

# 中国妇女健康研究

孙淑清

**摘要** 作者从社会学角度阐述了妇女健康的重要性,个人健康与社会健康之间的复杂联系;妇女健康对个人、家庭、社会的影响;中国妇女健康状况与国际比较;提高妇女健康水平的障碍及影响妇女健康的因素分析。

**作者** 孙淑清,女,中国社会科学院人口研究所 副研究员。(北京市 100732)

## 一、健康概念与健康的重要性

怎样看待人的健康,近些年来,哲学家、经济学家、临床医师、社会卫生学专家对健康的社会方面表现出浓厚的兴趣,于是大大扩展了研究领域,而且就一系列广泛的问题进行了分析,其中包括“个人——健康——社会”三位一体的问题。

在很长时间内,关于健康是大自然赠物的说法在科学和实践中占统治地位,既然如此,如何提高健康水平问题就没有必要关心了。但怎样在补偿人的体力支出之后尽可能多地得到大的回报,生物学为这种社会管理的实践方针提供了理论依据。在30、40年代,这种观点事实上已成为一条准则,那时保健福利是作为特殊奖赏来分配的,而且其“多少”不等同于个人向社会提供的脑力、体力的量,其后果是影响社会发展,同时也使国家卫生保健理论和实践遭到冷漠。籍此情况,(原苏)M. C. 克利涅尔在评《健康——社会价值》一书中指出,“看待人的健康不能采用对待自然界现象或者对待矿藏的方式的观点。资源的双向异变完全不是大自然的无偿赠送,可以随便耗费而丝毫不顾及其补充。把健康理解为没有疾病并认为仅仅是个人问题是不对的。这种观点不仅意味着各种社会价值的健全性的丧失,还会造成由个人身体的不健康演变为人的形态和心理情绪方面的疾病<sup>[1]</sup>。”

有许多学者认为,目前世界上有半数以上的人处于“病态与健康之间的过渡状态”,这种状态可以持续几年,几十年,甚至人的整个一生,这种情况将

给社会造成无法弥补的损失;人们积极利用的只能是自己心理生理的部分潜力,这里指的是从生产到科学的最广泛的领域。

学者们之所以对健康的社会方面感兴趣,其目的在于揭示个人健康与社会健康之间的复杂的相互联系;一方面驳斥只满足个人狭隘需求的观点。另一方面首先着眼于全人类的价值;人的健康是人类文明的基础,同时也是文明发展的主要宗旨之一。

这一基本思想不仅与社会发展相适应,而且对保健事业的超前发展也很重要,更重要的还在于,只有为每个人参加社会活动提供更广泛的保健的可能性,才能使在这个领域的投资完全得到偿还,换句话说,就是公民的个人健康是社会健康不可分割的组成部分。

总之,个人健康与社会健康既相互联系又相互影响,而且都是社会发展所必需。

妇女健康不仅对自身产生影响,而且对子女、家庭,乃至整个社会都会产生影响。对子女和家庭来说,若母亲的营养不良和健康不佳,将会对下一代的健康造成恶性循环。婴儿的营养和健康,在很大程度上取决于母亲的健康、营养和教育水平。

对家庭和国民生产总值来说,妇女对家庭收入的贡献不可低估,对国民生产总值的贡献也不能低估,也就是说,妇女不仅参与非正规劳动力市场,而且还参与正规劳动力市场。所以说,妇女的营养和健康状况会直接影响其劳动生产力,影响其创收能力。妇女在社会经济发展中的作用越来越被人们所

认识,妇女在任何社会都是重要的人力资源。没有妇女的贡献,人类发展,实际上人类的生存将是无法实现的。妇女健康是一个社会问题,如果社会向有益于妇女健康的投资(或教育,或有酬劳动),这不仅有利于妇女本人,而且也有益于与其相关的人群。只要妇女拥有健康并受到社会的重视,那么,她们就能为人类的发展作出更多贡献。

## 二、中国妇女健康状况及国际比较

妇女的健康水平不仅反映一个国家或一个社区的经济发展水平,而且也反映妇女的地位状况。解放前,由于中国社会经济发展滞缓,致使其医疗保健事业的落后,严重损害妇女的健康,1949年初妇女的平均寿命仅为36岁。

新中国成立后,在党和政府的关怀下,医疗保健事业不断发展,从中央到地方妇幼保健网络逐步扩大和完善。截止1993年,全国妇幼保健所373个、保健站2791个。在17000个县级以上的医院设有妇产科,在农村基层的乡卫生院和村卫生室中,还有专门培训的妇幼卫生人员。在一些边远贫困地区,虽然医疗保健条件差一些,但已有305个老少边穷县和177个地市妇幼保健机构。与联合国儿童基金和联合国人口基金合作已覆盖了全国27个省,帮助基层培训和提高卫生保健业务,已有36万乡村医生在基层服务。特别是1995年6月1日《母婴保健法》的公布与实施,母婴健康、保健权力有了可靠保障。

### 1. 中国妇女的就医状况及国际比较

能否及时就医这是保障妇女健康的重要因素之一。解放后我国对职工实行公费医疗,城市女职工患病一般都能及时得到医治。而且一些威胁妇女健康的常见病、多发病得到了有效防治,每年接受预防性普查的妇女近4000万人。针对少数民族地区卫生和医疗条件差,妇女患病率高的状况,国家一方面重视发展少数民族地区的妇女保健事业,大力普及新接生法;另一方面各级政府经常组织医学专家和医务人员到农牧区和少数民族聚居区进行巡回医疗,对西藏妇女普遍实行免费医疗,中国妇女的健康状况逐步得到改善,预期寿命由解放初期的36.7岁提高到今天的72岁,高于非洲所有国家,也高于亚洲半数以上国家。

但由于我国地域辽阔,经济发展不平衡,因此,目前影响妇女健康的因素还很多:如居住地区的医疗设施与医疗技术水平、个人或家庭承担医疗费用

的程度、人们对就医态度上的性别差异、营养状况及风俗习惯等。

目前,在我国城市男女儿童就医情况无明显差别,也就是说,父母对男女孩子的医药费投资是平等的,但在某些地区或家庭因孩子的性别而有差异。男孩患病常常能得到及时治疗 and 很好的照料,而患病的女孩往往就得不到同等的待遇。这种性别差异主要在中国农村,特别是在贫穷的边远地区。

这种就医性别差异不仅在中国有,在其他发展中国家也有类似情况,如1979年南韩的一个社区健康课题研究表明,每100个5岁以下男孩中,有85人曾去过康复中心,而同等数量的女孩中,仅有50人曾去过。又如来自孟加拉的报导,如果男女孩距离就医地点较近,那么男女孩就医比例相等。若距离较远,孩子就医只能父亲陪伴,而母亲则不能远行,而且父亲只能陪伴男孩,女孩患病可以置之不理<sup>[2]</sup>。就是成年女性就医也同样存在性别差异。这种情况在发展中国家的落后地区似乎是普遍现象。

### 2. 中国妇女的营养状况

营养是人身体的重要源泉,但不是任何人任何时候都能获得的。生活在旧中国被压迫被剥削的人们,在那个年代粗茶淡饭能填饱肚子就已很满足了。现在不同了,随着我国社会经济的发展,特别是改革开放后,人们的生活水平普遍提高,营养成为每个人、每个家庭所关注的问题。目前,在发达地区、在城市,家庭饭桌上的食物营养也都开始讲究起来,强身营养滋补品也多种多样,男女均可平等享受。但这种情况在中国大地上的分布还很不均衡,营养性别差异还存在。

在中国,由于历史遗留下来的传统观念的影响,重男轻女的现象还存在,特别是在农村更为明显。在一个传统的家庭,食物分配的原则,一般是女人把好的饭菜优先给男人和孩子,尤其是男孩子吃,然后才是自己,因为男人是一家之主,是主要劳动力。这种营养的性别差异似乎是理所当然的。诚然,这种因性别分配食物的原则,有社会习俗的因素,也有社会经济发展水平和家庭富裕程度的因素。如果社会经济发展了,人民生活水平提高了,有差别的食物分配原则也就自然消失了,营养不再成为影响妇女健康的主要因素。

### 3. 中国女性死亡状况

揭示女性死亡状况,在此我们用以男性为参照基准的方法,即从死亡率的性别差异角度考察(或分

析)女性死亡率时有比较的标准。死亡率的性别差异在一定时间内可能直接影响到人口中的性别比例,如女性的择偶机遇,女性的预期寡居时间等社会学和人口学变量,同时也是一个很好的衡量社会中妇女价值和地位的客观指标,因此,研究死亡率的性别差异及造成差别的原因有很重要的理论价值。另外在一个特定的地区,由于两性生活在相同的经济、社会、医疗环境中,死亡率上的性别差异可以解释为外界环境对两性作用的方式不同和两性内在的生理差异。死亡率的性别差异可以反映女性同男性相比在该社区中的生活状况和健康状况,是衡量女性的健康的有效指标。

就一般规律而言,一个国家的人口死亡率模式大多数经历三次转变:从女性死亡率在所有年龄段都高于男性,到女性死亡率仅在儿童期和育龄期高于男性,最后转变到女性死亡率在所有年龄段都低于男性。但人口的预期寿命总是随着社会经济的发展而提高。例如,1957和1975两年,我国城乡年龄别死亡率表明,1957年0—49岁各年龄组城乡女性死亡率均高于男性,到了1975年男性的死亡率开始高于女性。0岁婴儿死亡率在1957年城乡女性均高于男性,1975年城乡女婴的死亡率均低于男性,见表1。又据世界银行《1994世界发展报告》,1992年我国5岁以下活产婴儿死亡率女性为32%,男性为43%,女性低于男性,出生时预期寿命女性(71岁)高于男性(68岁)。这表明,随着时间的推移,社会经济的发展,现代医用仪器的广泛应用和医疗条件的改善,即使就医和营养性别差异的存在,但其对女性健康的影响也会相对削弱,由此女性死亡率也会开始下降,预期寿命也会提高。但是影响女性死亡率和两性死亡率性别差异的社会中的性别歧视和男女不平等因素也不容忽视。

#### 4. 中国妇女生殖健康状况及国际比较

关于妇女生殖健康远不止是生育子女的生物功能及保持其健康的问题。“就世界而言,迄今还有很多妇女说不清其内涵,就连保健人员也通常停留在对生物学和医学问题的认识上。

##### (1) 生殖健康的概念

世界卫生组织(WHO)宪章把生殖健康定义为:“生殖健康并不仅是指在生殖行为过程中没有疾病或不适,正确地说,生殖健康是一种条件,在这种条件下,生殖行为的进行在一种完美的身体、精神和健康愉快的状态中完成。这就意味着每个人有生育的

权利,妇女能够经历安全的怀孕和分娩,生殖活动应有一个成功的结局(即婴儿能生存下来并健康地成长)。这一定义还意味着,人们能够调节他们的生育行为,而对他们的健康没有任何风险,人们能够有一个安全的性生活”<sup>[3]</sup>

表1 中国1957年、1975年两性死亡率比较(%)

年龄	城市				农村			
	1957		1975		1957		1975	
	男	女	男	女	男	女	男	女
0	35.01	35.73	10.23	9.72	75.71	76.62	20.53	19.79
1-2	21.42	24.32	5.80	5.62	34.55	37.94	9.20	9.36
3-6	5.25	6.44	1.39	1.31	10.65	12.49	3.02	3.27
7-9	1.77	1.87	0.84	0.57	3.74	3.68	1.34	1.19
10-14	1.31	1.33	0.64	0.40	2.32	2.53	0.85	0.70
15-24	1.08	1.66	0.98	0.75	2.37	2.91	1.06	0.91
25-29	1.34	2.37	1.14	1.10	2.91	3.69	1.47	1.48
30-34	1.85	3.00	1.44	1.38	3.77	4.70	1.82	1.74
35-39	2.84	4.19	1.94	1.75	5.12	5.18	2.56	2.39
40-49	5.67	6.27	3.76	3.19	8.38	7.04	4.52	4.09
50-59	14.65	12.40	10.92	8.88	15.96	12.33	11.79	9.55
60-69	34.93	25.73	32.38	23.61	35.85	27.52	31.55	25.14
70+	83.77	71.66	99.77	83.24	84.44	73.69	96.89	86.20
	8.03	9.21	5.70	5.40	13.28	13.56	7.08	6.63

资料来源: Mortality in South and East Asia: a Review of Changing Trends and Patterns, 1950 - 1975, World Health Organization, 1982, 293页。

1994年联合国第三届国际人口与发展大会行动纲领(以下简称《行动纲领》)也界定了生殖健康,它界定的内容与世界卫生组织宪章界定的内容是一致的,只是《行动纲领》的界定更强调了生殖健康包括计划生育和性健康的新概念;生殖同人的尊严一样重要,生殖健康权力是人权的一部分;生殖健康意味着人们不但享有充分的和优质的生殖健康信息和服务,而且还应获取计划生育的信息与方法。

生殖健康存在于广阔的背景之下:所谓的广阔背景包括性别平等:妇女享有平等的健康保健、教育、就业、收入、家庭责任和义务及家务劳动权力等。生殖健康意味着妇女不再忍受不平等的社会习俗,而且有能力控制自己的性生活和生育。然而,当今世界还面临着生殖健康的危机,妇女生殖健康受到威胁的程度比男性健康受到的威胁要严重得多。她们作为生育主体而遭受妊娠、分娩和流产并发症的危害。由于计划生育信息和服务的不完善而增加威胁她们的风险,并使她们易受多种性传染疾病的侵害。因此,建立生殖健康的新概念(而不仅仅是计划

生育的概念),有效地改善妇女的生殖健康,是人口与发展战略的重要组成部分。

## (2)中国妇女生殖健康状况及国际比较

就世界而言,特别是发展中国家的现有社会经济状况和环境状况,生殖健康所含各个要素,从各自的角度来看都是重要的,但生育调节则是生殖健康所有方面的核心。

在过去的几十年里,生殖健康领域最引人注目的进展,那就是各种避孕药具已成为生活在不同社会环境下的人们的共同需要,它已给个人、家庭、社会,乃至整个世界都带来了极大的利益或潜在的利益。

妇女利用避孕药具控制生育,这对保护个人生殖健康非常重要,首先是减少生殖风险,即降低产妇死亡率。妇女的生殖健康常常因受性行为、妊娠、分娩而增加风险。全球每年估计约有50万妇女因妊娠原因而死亡,1990年全球产妇死亡率为每10万活产婴儿中有370例产妇死亡,与发达国家相比,发展中国家产妇死亡率是发达国家的13倍,是产妇死亡率最低的发达国家的25倍。南亚和非洲产妇死亡人数占全球死亡人数的90%。在非洲,妇女的一生中面临死于妊娠原因的概率为1:25;在亚洲,估计为1:54;美国为1:6366;北欧为1:9850<sup>[4]</sup>。在产妇死亡的临床原因中,妊娠并发症占75%。据世界银行统计,每年因不安全的人工流产而致死的人数至少有6万人<sup>[5]</sup>,这主要发生在医疗条件差的农村。其实,如果有训练有素的医务人员的护理、增加较好的营养,注意计划生育和妊娠风险教育及产前保健,那么,妊娠死亡是可以预防的。

中国妇女的生殖健康水平已有很大提高,这主要是由于解放后医疗保健事业的发展,特别是计划生育服务机构的不断完善和发展,加之科学服务水平也有了新的提高,使妇女生殖健康得到了进一步保障。截止1994年底,全国已在90%的县和60%的乡镇建立了计划生育服务机构,大多数省建立计划生育科研所或技术指导所。县服务网络中在编人员9万多人,其中节育技术人员3万多人<sup>[6]</sup>。许多省区市实行了对育龄妇女进行经常性的孕情检查和定期走访制度,加强了避孕节育知识和方法的宣传指导。一些省市还协同卫生部门开展婚前指导和咨询,以及孕产前保健知识的宣传,提供生殖保健服务。实际上,从70年代以来,我国逐步开展了孕产妇系统保健和围产保健,提倡住院分娩,有效地控制

了孕产期并发症和合并症的发生,降低了孕产妇死亡率,我国孕产妇死亡率已从1949年的1500/10万<sup>[7]</sup>降至1996年的95/10万<sup>[8]</sup>(低于非洲各国和美洲大部分国家,在亚洲也处于较低水平)。目前我国大部分城市95.8%的孕产妇能够得到平均5次以上的产前检查。到1992年底,我国住院分娩率城市为71.7%,农村为41.2%,新法接生率为82%。<sup>[9]</sup>

常因生育导致的子宫脱垂和尿瘘是严重影响妇女身心健康的疾病。鉴于这两种疾病在我国农村发病率较高,我国政府拨出专款为广大妇女患者免费治疗。据1988年统计,全国80%的妇女患者已治愈。<sup>[10]</sup>

此外,还有许多反映妇女生殖健康的指标,如:我国妇女早婚率不断下降,从1980年的18%下降到1992年的12.9%;1993年每千名15-19岁妇女生育数为1.15,这在世界上仅高于14个国家和地区(朝鲜12、香港6、日本4、韩国6、丹麦10、芬兰和瑞典13、阿尔巴尼亚14、意大利9、西班牙12、比利时10、法国9、荷兰7、瑞士5<sup>[11]</sup>);1992年已婚育龄妇女综合避孕率达83.4%;80年代以来(至1993年),在非农业人口生育中,有92%的妇女符合政策规定,在农业人口的生育中,有72%<sup>[12]</sup>的妇女符合政策规定,显示了城市和农村计划生育工作都取得了显著效果。妇女总和生育率从1970年的5.8降至90年代的2.0。妇女生育水平的大幅度下降,使她们摆脱了繁重的生儿育女负担,保障了生殖健康,同时也使她们有更多的时间参与社会生产活动,实现个人价值。

还有,妇女的性健康也逐渐被人们所重视,它也是生殖健康的重要组成部分。不过,从目前来看,全世界还有许多妇女的性健康面临着威胁,最大的威胁就是同性有关的性传染病(STDS),“在一些高传染率的国家,STDS在疾病对社会经济所造成的影响中排列在麻疹和疟疾之后的第三位。在STDS高传染率的城市地区,STDS的疾病负担估计接近15%。高传染率是指在性行为的成年人中超出5%,患有淋病或在怀孕妇女中超出10%患有梅毒。在撒哈拉以南非洲,艾滋病在许多大城市成为成年男性死亡的首位原因,并且成为这些城市女性死亡的第二位原因。艾滋病病毒(HIV)的传播和侵扰是当今世界面对的一个严峻事实,目前800多万感染HIV的成年人中包括300万妇女,她们绝大多数是育龄妇女,到1992年底,患艾滋病的妇女总共有60万<sup>[13]</sup>。

在全球艾滋病流行向亚洲转移的情况下,我国

近年来艾滋病传播速度也明显加快,1994年全国感染报告数字比1993年增加一倍,1995年报告数字是1994年的三倍。自1985年我国发现首例艾滋病感染者以来,到1996年8月底,累计报告感染者人数全国已达4305例,其中已发病者为131人。目前,发现感染者的省、自治区、直辖市已扩大到28个。专家认为,相当一部分感染者潜伏在正常人群中未被发现,据估算,我国实际感染者已达5—10万,而且女性开始增多,占14.5%<sup>[14]</sup>。

改革开放后,由于种种原因,卖淫女性增多,致使性病在我国,特别是在沿海开放地区蔓延之势越来越大,近几年性病患者每年增加一二十万<sup>[15]</sup>,故使HIV经性传播有了广泛的基础。1987年某市收容所的资料,44名卖淫妇女中,有50%的人感染上HIV。从长远看,经性传播将是我国艾滋病传播的主要模式,经性传播的HIV和艾滋病的传播也将是严重影响妇女生殖健康的重要因素。因此,艾滋病防治专家们劝告人们:洁身自爱,不搞性乱是艾滋病预防的最可靠的措施,也是自身、家庭、社会健康的重要保障。

### 三、影响妇女健康的因素

影响妇女健康的因素很多,归纳起来主要有以下三种:

其一,经济因素。妇女健康与贫困有很大关系。就世界而言,今天,世界上13亿贫困人口中多数是女性。无论是发达国家还是发展中国家,无论是城市还是农村,生活在贫困地区的妇女始终承受着缺医少药、愚昧无知、就业无门的痛苦。中国的情况也是如此,尽管从80年代中期起,中国政府开始了有计划、有组织的大规模扶贫工作,经过多年努力,全国贫困人口已从1985年的1.25亿人减少到1992年底的8000万人,但这8000万人口中,其中妇女比重约占62%<sup>[16]</sup>,这些未解决温饱的贫困人口,多数居住在耕地资源贫乏、水源困难、地处边远、交通不便的深山区和荒漠地区,解决温饱还成问题,又如何谈得上健康保健问题。不过,目前中国各级政府为了帮助妇女脱贫,在财力、物力上大力支持妇联、科协等非政府组织开展扶贫工作,我们相信,贫困状况将会逐步得到改善的。

其二,社会因素。妇女在社会中的地位,无论是高还是低都是影响其健康的一个重要因素,如妇女的教育机会能影响其经济地位,受教育程度和收入又直接影响着她们的健康和生育。

社会上的性别歧视——重男轻女也给女性健康带来严重后果,如产前性别鉴定、堕引女胎、溺弃女婴;家庭食物分配偏向男孩,致使女孩营养不良;生了女孩的妇女要继续生到男孩才能停止,严重损害了妇女健康,影响女性健康的社会因素很多……。

其三,人口因素。人口的各种事件——出生、成长、成熟、迁移、结婚、老化、生病、死亡都与人口健康有着千丝万缕的联系,所以,在人口变动的各个阶段,每个男人、女人和儿童的健康都显得至关重要。

无论在哪一个国家,人口因素、流行病因素、经济因素常常结合起来形成一个新的男女死亡模式和疾病模式。在这种情况下就要重新定义妇女健康的决定因素,这些决定因素包括青少年的结婚和生育;妇女的晚生、少生;妇女接触的职业危害;老年妇女由于没有个人和社会保险而面临的严峻问题;移民妇女遇到的困难等,所有这些及其他人口因素都不可避免地引起社会文化的变动和流行病学的变动,同时对医疗保健和社会服务制度也提出新的挑战,因此,对人口变动的每个阶段的女性健康的需求都要予以重视。

### 参考文献:

- 1 孙舟(译).评个人健康—社会价值.国外社会科学,1990,3:75—76
- 2 熊郁、孙淑清编.面对21世纪的选择——当代妇女研究最新理论概览.天津:天津人民出版社,1993,402—403页
- 3 顾宝昌主编.生育健康与计划生育国际观点与动向.北京:中国人口出版社,1996,263
- 4、5 中国社会科学院人口研究所编.中国人口年鉴(1995).北京:经济管理出版社,1995,359
- 6 同4,5,319页
- 7 李素瑾.家庭并非产妇的温床.中国妇女报,1994年10月21日,第3版
- 8 联合国人口基金.1996年世界人口状况.68—69
- 9、10 中华人民共和国执行《提高妇女地位内罗毕前瞻性战略》国家报告,第六章保健部分.中国妇女报,1994年10月12日,第4版
- 11 同8,67—71页
- 12 同4、5,1994年,554页
- 13 同4、5,364页
- 14 张晴.我国艾滋病警钟又鸣.中国妇女报,1996年10月17日,第1版
- 15 陈春明.艾滋病在中国.中国妇女报,1995年12月1日,第4版
- 16 同9、10,第四章妇女走出贫困部分