

# 中国农村生殖健康状况的社会性别透视

刘慧君

(西安交通大学 公共政策与管理学院, 陕西 西安 710049)

**摘要:** 利用卫生统计年鉴数据和两个县(区)的生殖健康调查数据,从宏观和微观两个层次评价我国农村生殖健康现状,揭示农村育龄人群在生殖健康风险模式中的性别差异及其社会性别渊源。结果显示农村生殖健康状态有所改善,但总体仍然不乐观。女性因承担更多避孕责任和避孕失败后果而面临较大健康风险,更易感染生殖疾病和承受心理压力。农村育龄人群面临着系统性生殖健康风险,在社会性别机制作用下,风险模式存在显著性别差异。

**关键词:** 生殖健康; 社会性别; 评价; 农村

**中图分类号:** C923    **文献标识码:** A    **文章编号:** 1000-4149(2009)01-0025-06

国际主流舆论积极倡导以人的发展为中心,尊重夫妇特别是妇女的健康自主权,提供优质普遍的生殖健康服务<sup>[1]</sup>。随着经济的发展和人口社会的转型,中国政府更加关注生殖健康问题。1995年起,中国政府不断强化生殖健康管理与服务,推出了以生殖健康优质服务为核心的一系列政策。在此背景下,有必要认清现阶段我国农村生殖健康风险类型和程度,为调整和改进行我国生殖健康政策提供依据。本文将从宏观和微观两个层次,描述和评价我国农村生殖健康状况。

社会性别无论是作为两性差异和分化的描述,还是作为社会建构的原则,都是生殖健康的重要分析范畴,对理解生殖健康有重要的作用<sup>[2]</sup>。它的引入,可以帮助人们认识现有性别文化机制和以男性为中心的传统生育观念给妇女健康带来的影响,有助于发现男女两性在享有生殖健康资源和健康服务上的差异与不平等,并从增强妇女权力和地位的角度促进人类的生殖健康<sup>[3]</sup>。因此,本文拟从社会性别的视角,透视我国农村生殖健康风险的性别差异及其社会性别机制。

## 一、评价指标的选择

1. 宏观评价指标。以卫生部生殖健康统计指标为蓝本,参照实际需要微调之后,用于在宏观层面分析我国生殖健康的基本现状及其政策配置意义。具体选取的评价指标包括:一是计划生育手术方面,选择放置、取出节育器数,输精管结扎人数,输卵管结扎人数,人工流产例数;二是法定报告传染病方面,选取艾滋病病毒(HIV)携带者报告数,其他性病如淋病和梅毒的传播数据不够翔实,暂不列入评价范畴;三是孕产妇保健方面,选择产前检查率、产后访视率、住院分娩率、新法接生率、孕产妇死亡率、高危产妇比重;四是妇女病方面,选择各类妇女病检查率、查出妇科病率、泌尿生殖系统疾病占前十位疾病死亡原因的比重。

收稿日期: 2008-06-27

作者简介: 刘慧君(1975-),女,山东莱芜人,西安交通大学公共政策与管理学院讲师,研究方向公共政策学,健康人口学。

2. 微观评价指标。根据世界卫生组织的界定, 生殖健康是生殖系统、生殖功能和生殖过程所涉及的, 在身体、精神和社会等方面的良好状态<sup>①</sup>。具体包括: 有满意而且安全的性生活; 有生育能力; 可以自由地负责任地决定生育的时间与数目; 有权获得生殖保健服务; 能够安全妊娠并生育健康的婴儿; 有权知道并获得选定的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法等六方面内容。可见, 生殖健康是一个多维度的概念。为此我们还将从生理健康、心理健康和性生活满意度三个维度, 进行生殖健康微观评价。这与世界卫生组织 1948 年在其《组织法》中提出的三维健康观(身体健康、心理健康、社会幸福)较为一致。此外, 为分析农村人口生殖健康风险的来源, 我们还将对生殖健康行为进行评价, 具体选择了婚外性行为、婚外风险性行为、健康检查、生殖疾病预防行为、流产经历等五个指标。

## 二、数据与方法

宏观评价主要利用历年的《中国卫生统计年鉴》统计数据。HIV 评价数据, 收集自历年卫生部的艾滋病专题报告和中国艾滋病防治联合评估报告。

微观评价利用两个县(区)生殖健康调查数据。2006 年 6 月和 7 月, 我们在浙江省德清县和安徽省居巢区两地组织了农村生殖健康抽样调查。调查对象为 20~49 岁处于育龄阶段的农村女性和男性。调查采用分层多级抽样方法, 每个县(区)选择 5~6 个乡镇, 每个乡镇抽取 4 个行政村, 每个村抽取 24 人作为调查对象。另外, 对 11 个乡镇的所有在岗管理和服务人员进行调查, 两次调查共发放问卷 1465 份, 回收有效问卷 1402 份。问卷复访一致率达 70% 以上, 调查结果可信。进一步剔除没有性生活经历和存在逻辑问题的样本, 最终保留 972 份。其中, 男性对象为 390 个, 女性为 582 个; 已婚同居的对象占 83.5%。75.1% 的调查对象出生于六七十年代, 高中以上文化程度的调查对象占 39.4%。

在研究中, 宏观评价主要采用描述性统计方法, 微观评价采用描述性统计分析和独立样本 T 检验方法, 利用 SPSS 13.0 统计软件完成。

## 三、评价结果

### (一) 农村育龄人群生殖健康现状的宏观评价

1. 计划生育手术方面。如图 1, 20 世纪七八十年代我国推行强制性计划生育政策, 在此期间农村计划生育手术总例数呈现整体上升趋势, 其中放置节育器、人工流产和输卵管结扎在手术类型中占有非常大的比重。1995 年以后, 放置节育器、输精管和输卵管结扎人数出现下降趋势, 但取出节育器和人工流产的人数和比例反而有所增加。这可能与 1990 年代以后我国政府不再强制推行“一环二扎”, 而是加强生殖健康优质服务有关。这时避孕节育知情选择工作更加深入, 若干副作用更小的避孕方式替代了“一环二扎”, 降低了对育龄人群生殖健康的损害。整体看, 人工流产比重一直较大, 且没有随计划生育、生殖健康优质服务的推进而下降。

根据第五次人口普查数据, 我国总和生育率由 1982 年的 2.86, 降到 2000 年的 1.22, 说明计划生育政策成效显著, 但是由图 1 可见, 农村育龄妇女在此过程中承担了主要避孕节育责任。1971~2006 年输卵管结扎手术的比例一直高于输精管结扎手术的比例, 年均女性输卵管结扎数是男性输精管结扎数的 3.94 倍。由于节育需用到物理、药物、手术等措施, 这种人为的病理过程易导致身体并发症和心身性症状的发生<sup>[4]</sup>。可见, 在传统的农村生育文化和社会性别环境下, 当政府推行强制性计划生育政策时, 妇女的生殖健康权益首先受到侵害。

2. 法定报告传染病方面。如图 2, 1990 年前我国大陆累积报告 HIV 感染不足千例, 而截止

<sup>①</sup> 该定义被国际人口与发展大会采纳, 见 1994 年开罗国际人口与发展大会《行动纲领》。

2005年底已达14.12万例<sup>[5]</sup>。这说明HIV正在我国持续扩散,经计算,1990~2006年间我国HIV检出报告数平均年增长率47.68%。这种惊人的HIV传播速度与我国大规模的城乡人口流动不无关系。“五普”数据显示,我国流动人口总量已逾1.21亿,其中大部分人群从农村进入城市打工。流行病学研究表明,流动人口是HIV扩散的“高危人群”和“桥梁”<sup>[6]</sup>。这说明在人口流动的大背景下,农村普通人群感染HIV的几率大大提高,需要加强防治与监控,但是目前国家的艾滋病监测网络和防治政策尚无法有效应用到广大农村地区。

分析性别差异,我国首例HIV携带者是男性,当前也以男性为主,但是女性感染HIV的绝对数和比例正在迅速上升,两性的感染者规模正在趋近。由于受到生理结构和社会结构的影响,女性在性活动中感染HIV的可能性比男性大6倍。其中,异性接触传播是女性感染HIV的主导途径,在中国经异性接触传播的HIV感染者中,女性所占的比例已由2001年的44%,上升到2004年的55%<sup>[7]</sup>。不仅如此,感染了HIV的妇女还会在分娩和哺乳中将病毒传染给婴儿<sup>[8]</sup>。

3. 孕产妇保健方面。如表1,1996~2005年间农村高危产妇比重逐年上升,年均增长率6.46%。随着初婚年龄和生育年龄的推后,以及妇女身体健康状况的下降,高危产妇比重的上升已成为现代社会的重大问题。它不仅威胁着孕产妇的生命和健康,还对新生儿质量存在负面影响。可喜的是,2000年以来我国农村平均产前检查率达到89.71%,平均产后访视率达到87.65%,已超过《中国妇女发展纲要》(以下简称《纲要》)提出的孕产妇保健覆盖率达到85%的目标。

另外,我国农村新法接生率普及工作的效果明显,2000年以来农村新法接生率平均为95.9%,已经超过了《纲要》提出的95%的目标。尽管一些农村,由于交通不便,医疗卫生条件差,新法接生率普及率较低<sup>[9]</sup>。但这种情况正在逐步改观,2005年该指标值达97.5%,市县差异仅2个百分点。相对而言,农村住院分娩率一直在相对低位水平运行,但自1990年以后有逐年上升的态势,2000年首次达到65.2%,实现了《纲要》要求的农村孕产妇住院分娩率65%的目标。

随着住院分娩和新法接生的快速推广,以及产前检查和产后访视力度的加大,我国农村孕产妇死亡率下降幅度明显,但是年份之间的指标值仍然存在明显反复。《纲要》的全国孕产妇死亡率控制目标是以2000年为基数(69.6/10万)下降1/4。2005年该指标值出现大幅下降,达到了47.7/10万,但离目标仍有一定距离,需要加强政策力度。农村新生儿死亡率同样处于清晰的下降趋势,1991~2005年间年均下降约为6.99%。

4. 妇女病方面。由于无法获得农村妇女病检查率与妇女病患病率数据,以下以全国数据反映这两项指标的变动。从1998~2002年全国的妇女病检查和患病状况看,我国妇女病的年均检查率为38.68%,处于较低的水平;年均患病率为26.32%,处于相对高位。此外,这两项指标

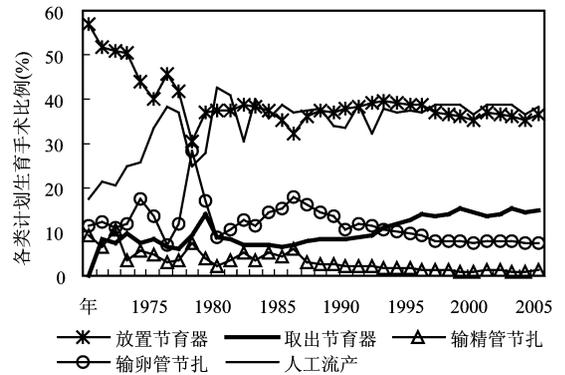


图1 1971~2006年农村各类计划生育手术比例  
数据来源:1980~2007年《中国卫生统计年鉴》。

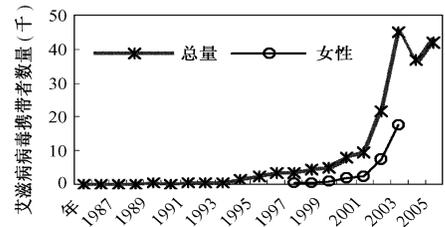


图2 1986~2006年中国报告HIV感染情况  
数据来源:历年卫生部艾滋病疫情监测报告,女性HIV数据仅及于1998~2004年。

的历年变化幅度都比较小，分别不超过 0.58% 和 1.72%。

表 1 1996~2005 年我国农村孕产妇保健情况

%

年份	高危产妇比重	产前检查率	产后访视率	住院分娩率	新法接生率	新生儿死亡率 (1/1000)	孕产妇死亡率 (1/100000)
1996	7.32	83.69	80.60	51.6	91.1	26.7	76.0
1997	8.11	85.89	82.25	54.8	93.3	26.7	80.4
1998	8.55	87.13	83.91	58.3	94.2	25.1	74.1
1999	9.18	89.25	85.86	61.5	95.4	25.1	79.7
2000	10.0	89.36	94.71	65.2	95.2	25.8	69.6
2001	11.90	90.31	87.15	69.0	96.1	23.9	61.9
2002	11.90	90.14	86.70	71.6	96.0	23.2	58.2
2003	11.77	88.93	85.38	72.6	94.8	20.1	65.4
2004	12.40	89.71	85.90	77.1	96.4	17.3	63.0
2005	12.79	89.80	86.30	81.0	96.9	13.2	47.7

数据来源：1997~2006 年《中国卫生统计年鉴》。

图 3 描述了我国农村泌尿生殖系统疾病占前十位疾病死亡原因比重的变化。2002 年以后，农村患该类疾病的死亡比例有所增加，其中 1996~2002 年男性的患病死亡比重高于女性，而进入 2003 年和 2004 年，女性的死亡数量明显高于男性。究其原因：一方面在人口流动背景下，频发的性风险行为导致感染生殖疾病的可能性增加；另一方面在“沉默文化”的作用下，感染生殖系统疾病的育龄群体，特别是女性患者往往采取隐匿、回避或忽视的态度，使疾病无法得到及时诊治<sup>[10]</sup>。

综上所述，目前中国农村人口的生殖健康风险主要集中在避孕节育和生殖疾病两个方面。关于避孕节育，由于农村妇女是避孕节育责任的主要承担者，因此避孕措施的副作用，以及 20 世纪 70 年代以来始终居高不下的人流比重，使农村妇女的生殖健康受到了更大的损害。关于生殖疾病，农村人口妇女病的预防和控制效果并不明显，性病和艾滋病等法定报告传染病的传播有加剧的趋势，泌尿生殖疾病在患病死亡疾病中的比重也在有所增加。此外，由于缺乏性决策权和“沉默文化”的作用，女性在生殖疾病的预防和诊治方面处于被动境地，导致女性感染性病、艾滋病比例和因生殖疾病患病死亡的比重不断上升。

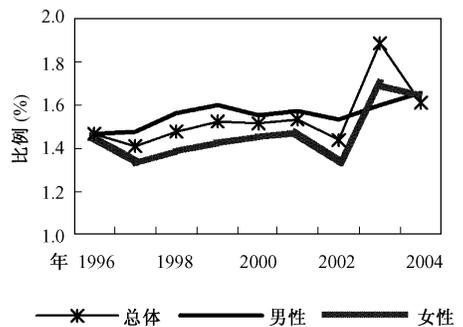


图 3 1996~2005 年农村泌尿生殖系统疾病占前十位疾病死亡原因比重  
数据来源：同上。

## (二) 农村育龄人群生殖健康现状的微观评价

### 1. 生殖健康

(1) 整体状况。如表 2 所示，在生理健康方面，回答不存在生殖疾病问题的人占 46.1%；患有 1 种或 3 种以上生殖系统疾病的人分别占 53.9% 和 21.4%。农村地区的生殖生理健康状况整体不太乐观，这主要是因为农村地区许多家庭和个人经济相对贫困、生殖健康知识缺乏、自我保健意识不足，存在较多从事不洁性交和风险性行为情况。此外，以往避孕措施的副作用也遗留下了不良影响。在性生活满意度方面，对自己的性生活满意或很满意的占 60.5%，不满意和很不满意的分别占 36.5% 和 3%。这说明传统的男性主导的性生活模式，导致性伴侣之间缺乏沟通，影

响了性生活的和谐；一些人的流产经历也造成了性生活的阴影，影响到性生活质量。在心理健康方面，仅 52.5% 的人不曾因性生活、避孕节育、生殖疾病、生孩子等方面的问题而忧虑或伤感，说明因生殖健康问题承受心理压力的人群比例接近半数。生殖心理健康，反映了人们对于自身生理健康和性生活满意程度的主观感受，在当前生殖系统疾病患者和性生活不满意人群占有较大比重的情况下，农村育龄人群的生殖心理健康较难得到有效调适和保护。

表 2 生殖健康及其行为的描述性分析结果

变量	总体 (%)	男性 (%)	女性 (%)	T 值
生理健康	46.10	80.00	23.40	-19.96***
性生活满意度	60.50	61.30	60.10	0.46
心理健康	52.50	62.80	46.00	4.56**
婚外性行为	13.70	22.60	8.60	-6.27**
婚外风险性行为	50.00	45.50	48.00	0.29
健康检查	47.80	27.10	61.80	12.99***
疾病预防行为	26.90	25.30	28.00	-2.50*
流产经历	50.00	—	—	—

注：\* 表示  $P < 0.05$ ；\*\*\* 表示  $P < 0.000$ 。

(2) 性别差异。如表 2 所示，除性生活满意度外，我国农村育龄人群的生理健康和心理健康都存在显著性别差异，分别有 80% 和 23.4% 的男性和女性调查对象回答不存在生殖疾病问题；62.8% 和 46% 的男性和女性表示未曾因各类生殖健康问题忧虑或伤感过。这说明在农村男权文化社会，生殖健康方面的性别公平程度偏低，女性承担了更多生殖健康方面的损害性后果，其生殖健康权益保障居于劣势。另外，对自己的性生活感觉不满意的男性和女性分别占 38.7% 和 39.9%，不存在性别差异。但这一比重仍然较大，这说明性生活质量不高是两性共同面临的问题，男性固然避免了一些由于生殖生理疾病、避孕或者流产等而产生的生理和心理伤害，但仍然需要在性生活中承受由此产生的不良后果。

## 2. 生殖健康行为

(1) 整体状况。如表 2 数字表明，50% 的调查对象（或其配偶）有 1 次以上流产经历，其中 5.3% 的人流产 3~4 次。农村较高的流产率最主要是由于避孕失败，也有部分是因未采取避孕措施造成的。针对这种情况，面向农村育龄人群加强避孕知识宣传和避孕方法指导显得尤为重要。此外，调查还发现，13.7% 的调查对象发生过婚外性关系，且其中一半人不使用避孕套；47.8% 的人 1 年内至少检查一次身体，17.2% 的人 2~4 年才可能做一次体检，35% 的人 5 年以上才检查一次身体；73.1% 的人在性生活中很少采取生殖疾病感染预防措施。以上数据说明我国农村存在频率较高的性风险行为，但对应的生殖疾病预防措施和健康检查却没有到位。

(2) 生殖健康行为的性别差异。在表 2 中，分别有 22.6% 和 8.6% 的男性和女性有婚外性生活经历，男性显著高于女性；但在婚外性生活中不使用安全套的男性和女性分别为 45.5% 和 48%，差异不显著；16.2% 的男性 2~4 年检查一次，56.7% 的男性 5 年以上才检查一次身体，而 61.8% 的女性一年内至少检查一次，存在性别差异；性生活中很少采取生殖疾病预防措施的男性和女性分别为 74.7% 和 72%，无性别差异。以上说明我国农村生殖健康的风险模式具有显著性别差异。缺乏预防措施的婚外性经历是男性生殖健康的主要风险源，这种风险由于男性不及时查体或采取预防措施，得不到及时发现和遏制；而较低的婚外性生活比例和及时的生殖健康检查，使女性感染生殖疾病的风险降低了，但由于两性婚内性生活预防措施的缺乏，使得男性的生殖健康风险同样威胁到女性。

综上所述，我国农村育龄人群的生殖健康形势比较严峻，相当一部分人遭受着生殖疾病的折

磨, 承受着沉重的心理负担, 或者在性生活方面得不到满足。尤其是女性的生殖健康状况更为堪忧。这与农村频率较高的生殖健康风险行为有关, 也与农村妇女承担避孕后遗症和流产比例居高不下有关。不仅如此, 与频率较高的性风险行为相对, 农村育龄人群生殖疾病预防措施和健康检查却不到位, 这不仅使得男性面临较高的感染生殖疾病的风险, 而且进一步加大了向女性扩散和传播的风险。此外部分女性还因为流产, 身心健康受到摧残。

#### 四、结论与讨论

以上基于社会性别视角, 从宏观和微观两个层次, 描述和评价了我国农村的生殖健康状况。结果表明中国农村人口生殖健康状况正在趋于好转, 主要表现在孕产妇保健和计划生育手术方面, 有多项指标已经超过政策基准线。但是我国农村人口的生理健康、性生活质量和心理健康状况仍然不容乐观。避孕节育和生殖疾病感染严重威胁着农村人口的生理健康, 相当部分人口的性生活满意度较低, 或受到生殖心理健康问题的困扰。特别是农村女性, 由于承担避孕措施的副作用和避孕失败, 以及受男性性风险行为影响等后果, 生殖健康状况更差。

针对以上问题, 建议: ①积极推进避孕节育知情选择, 倡导在夫妻双方充分知情的前提下, 选择和落实更适宜的避孕措施; ②加大高危行为干预力度, 遏制生殖疾病传染和扩散风险, 重点通过宣传倡导和技能培训, 提高农村居民的风险防范意识 and 能力, 通过健全生殖健康检查制度和技能, 确保生殖疾病及早被发现和诊断; ③构建和谐的两性关系, 提高女性的社会性别意识, 倡导性别平等的理念, 鼓励男性参与避孕责任的分担和生殖疾病的共同防治, 促进夫妻在性生活中的平等交流; ④提高生殖健康优质服务质量, 针对具体生殖健康问题, 采取多样化的生殖健康宣传和服务手段, 针对不同服务对象需求, 提供个性化服务。

#### 参考文献:

- [ 1 ] 翟振武. 中国计划生育/生殖健康技术服务的市场与需求 [ R/OL]. 21 世纪中国计划生育/生殖健康产业论坛, 2004. 中国人口网, 2004- 03- 26 [ 2008- 04- 20], [http://www.chinapop.gov.cn/rkl/ztl/20040326\\_1731.htm](http://www.chinapop.gov.cn/rkl/ztl/20040326_1731.htm).
- [ 2 ] Gary WD. Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS [ J]. Reproductive Health Matters, 2003, 11 ( 22): 21- 29.
- [ 3 ] 萧扬. 社会性别视角下的妇女生殖健康 [ J]. 浙江学刊, 2001, ( 5): 110- 113.
- [ 4 ] 董琳. 心理卫生健康——计划生育服务的新观点 [ J]. 中国计划生育, 1999, 7 ( 10): 435- 436.
- [ 5 ] 卫生部, 联合国艾滋病规划署, 世界卫生组织. 2005 年中国艾滋病疫情与防治工作进展 [ R/OL]. 2006- 01- 24 [ 2006- 12- 01] <http://www.moh.gov.cn/newshml/11327.htm>.
- [ 6 ] 杨延忠. 艾滋病危险行为的扩散研究 [ J]. 中华流行病学, 2006, 27 ( 3): 264- 269.
- [ 7 ] 张灿灿. 艾滋病感染者女性达 28. 1% [ DB/OL]. 2005- 09- 02 [ 2008- 06- 01], <http://www.chain.net.cn>.
- [ 8 ] UN Chronicle. Women and children: Increasingly targeted by HIV [ G]. UN Chronicle, 1994, 31: 56- 57.
- [ 9 ] 朱楚珠, 蒋正华. 中国女性人口 [ M]. 北京: 妇女研究出版社, 1991. 74.

[ 责任编辑 王树新 ]