

生殖健康领域中的妇女赋权*

—中国的探索与实践

郑真真

中国社会科学院人口与劳动经济研究所

生殖健康是妇女健康的重要组成部分，缺乏能力和权力则是影响妇女健康的重要因素。如果不能实现妇女赋权，促进妇女健康不可能真正实现，正如世界卫生组织 1995 年 8 月为第四届世界妇女大会准备的世界卫生组织报告的开篇中所指出的：“只有当妇女最终有权作出自由的、知情的和负责任的抉择，并且在其所处社会中能够自觉地维护自身权益时，可持续发展才能实现。妇女健康是通向全民健康的必由之路。”^①

近年来，妇女赋权的主题在各种场合中频繁出现，联合国制定的千年发展目标将社会性别平等和赋权妇女作为 8 个主要发展目标之一，更使这个问题受到普遍关注。不过，围绕“赋权（empowerment）”概念的争议一直存在，而这个名词被译成中文后，更带有强烈的“给予”和“自上而下”的色彩，这个词可以被拆解为“赋予……权力”，如果望文生义则容易误解其原意。目前在不同领域对这个概念有不同的解释，有人更愿意使用“能力增长”或“权力增长”的说法，认为它能够更为确切地表达该词的含义。不同的中文表达反映了对这个名词的不同理解。无论怎样翻译和解释，empowerment 这个词本身就具有相当的模糊性；而更有观点认为这正是该词汇的价值所在，因为其模糊而提供了更宽泛并能够延伸和发挥的空间。

本文试图在一个较可操作的框架之下，根据事实和数据来回顾和总结改革开放以来中国在生殖健康领域中妇女赋权方面的探索与实践。“赋权”可以被看作是一个过程，前提是资源的配置，例如通过制度或政策的保障向某个群体提供前所未有的机会或资源；是否去获取并控制资源，取决于个人的能力和获取资源的愿望，同时还需要有社会环境的支持，从而使个人能够做出自主的选择。这种选择和获取资源或抓住机会的过程即是赋权的过程，而赋权目的是使个人能够最终实现有利于自身发展的目标。^②如果把“赋权”归纳为具有资源-选择-成果三个环节的过程，则可以根据不同环节分析生殖健康中妇女赋权的状况。

本文将回顾中国生殖健康发展历程中与妇女赋权的相关方面，根据资源-选择-成果框架，审视和分析改革开放以来的不同阶段中生殖健康领域的妇女赋权问题：在生殖健康的各个方面，是否有足够的资源或机会供妇女选择；在机会或资源分配上是否公平；增强妇女的自我保健意识和决策能力是否得到关注，妇女选择的权力是否得到保障，最终，妇女的生殖健康状况是否不断得到改善。

通过对历史文献的回顾和对事实与数据的分析，作者认为：中国在生殖健康领域中的妇女赋权方面不仅已经有深入的理论探讨和较为丰富的学术研究成果，并且开展了各种试点项目、进行了有益的探索、积累了一定的经验。当前面临的挑战是如何将社会性别主流化纳入国家和项目的决策过程，如何在政策制定和研究中更关注妇女赋权的过程和各个环节，如何将研究成果和试点经验转化为制度化和规范化的可持续实践。

* 本文载于：张开宁主编：《中国性与生殖健康 30 年》，社会科学文献出版社，2008 年。

^①世界卫生组织：《妇女的健康：增进健康，造福世界》，日内瓦，世界卫生组织，1995 年。

^② Kabeer, Naila. “Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women’s empowerment.” *Development and Change*, 1999 (30) : 435-464.

一 对生殖健康与妇女权力的反思

（一）问题的提出

人口计划生育和生殖健康领域中的妇女赋权始于对该领域中妇女权利的反思。20 世纪 70 年代在全球普遍开展的计划生育项目的初衷是应对人口过快增长，虽然各个国家的计划生育方案内容千差万别，但其最终目的都是缩小家庭规模、减缓人口增长。在以人口目标为主的项目中，妇女往往被作为生育的载体而成为计划生育的对象，妇女个人生活质量的改善和发展问题在计划生育方案中往往被忽视。围绕 1994 年开罗“国际人口与发展大会”和 1995 年北京“第四次世界妇女大会”，包括筹备工作和会议之后的讨论，妇女在计划生育中的角色得到充分的反思，这些反思和讨论逐渐超越了人口、医学和技术的范畴，被扩展到地位、权利和发展的更广阔视野中。生殖健康与妇女权力问题在不同场合被提到各种议事日程中，开始得到有关领域越来越多的关注。

生殖健康概念的产生有其特定的时代背景。它源于 20 世纪 60 年代初的妇女运动和妇女健康运动，其初衷是提醒人们变换一个角度来看待生育问题，把注意力的焦点不仅仅放在婴儿身上（生育率），也应关心母亲、即生育婴儿的人；它提醒人们，妇女既是生育的载体、更是具有独立地位的人，她们除了生育的需求以外，还有其他生殖健康和社会经济需求；它提醒人们，生育问题不仅是人口问题，也是卫生保健问题和社会经济问题。生殖健康的核心是唤起人权意识，即“以人为本”。从生殖健康概念的产生、发展到完善的过程，展示了人们在不同阶段和不同历史条件下的认识和追求。

1994 年开罗国际人口与发展大会以及 1995 年北京世界妇女大会，明确将生殖健康问题与妇女权力密切相联，指出生殖健康权力是妇女的基本人权，应当受到保障和尊重；强调了促进男女平等、增强妇女权力、消除针对妇女的暴力等基本原则；同时还强调男性在性与生殖健康中的责任。这两次国际会议促进了社会性别纳入人口项目的主流化进程。国际组织、相关部门和学界开始反思以人口控制为目标的计划生育政策，涌现出一批对生殖健康与妇女权力问题讨论和反思的论著，从社会性别的视角重新审视这个问题，倡导生殖健康项目的目标应当是改善妇女的生殖健康状况、提高妇女对自己身体和生活的支配能力。在关于生殖健康的讨论中尤其注意到以往的计划生育项目几乎没有关注妇女赋权问题，提出应当在项目设计和实施中注重增强妇女能力、提高妇女自我保健意识，并将生殖健康与妇女发展结合起来。

如果说，开罗国际人口与发展大会在人口发展进程中起到了关键作用，1995 年在北京召开的世界妇女大会则对全社会强化社会性别平等意识、强调保障妇女权益产生了更为重大和深远的影响。在第四届世界妇女大会非政府组织论坛上，生殖健康与妇女权力的议题得到了更为广泛的关注和讨论，中国方面组织的论坛有“妇女健康与发展”和“人口与计划生育”等。由于此次会议在北京召开，对中国的影响尤甚。围绕世界妇女大会的筹备、参与和后续活动，涌现出一批活跃的研究机构、妇女组织、民间社团和社会网络。这些组织自 20 世纪 90 年代以来积极开展了有关社会性别平等和改善妇女地位的倡导、宣传、培训及学术活动，妇女的生殖健康是这些活动所关注的重要内容之一。妇女赋权与生殖健康问题通过有组织的活动和社会倡导，被有机地结合起来，并逐渐对具有社会性别视角的生殖健康形成共识，妇女生殖健康问题不再局限于妇幼保健和计划生育中，而是与妇女权利、地位、发展相连，被置于社会经济发展和全球化视野之下，得到了更为广泛的关注。国内外围绕生殖健康与妇女权力的讨论，为中国在生殖健康领域中实践妇女赋权创造了有利的环境、提供了良好的条件。

（二）计划生育对妇女的双面影响

计划生育、生殖健康和妇女赋权之间存在密切的关系，但是对三者之间关联的认识经历了一个思考、讨论和再认识的过程。从不同时期的政策制定、项目实施和相关的调查研究结

果，可见其在中国的发展历程。

中国的计划生育工作虽然在 20 世纪 50 年代就已经被提上议事日程，但是避孕节育一直没有得到普及。当时人民生活稳定、生活水平和医疗卫生水平改善，同时国家没有对控制人口增长采取任何引导措施，缺乏计划生育服务，生育水平处于基本上没有控制的自然状态，总和生育率在 20 世纪 50-60 年代曾经高达平均一对夫妇 6 个孩子左右。1970 年以前仅在城市中提供了有限的计划生育服务。20 世纪 70 年代对生育率下降起主要作用的是国家推行“晚、稀、少”的计划生育政策并在城乡普遍提供免费的避孕节育服务，当时采取这些措施的初衷是控制人口过快增长。由于育龄妇女也迫切希望控制生育，所以积极响应国家倡导，避孕方法使用率大幅度上升，从 1971 年的 17.3% 迅速上升到 1981 年的 69.7%，20 世纪 90 年代以后一直稳定在 80% 以上。由于长效避孕措施的使用普遍推广，在短短的 10 年间生育水平快速下降，总和生育率从 1970 年的 5.8 下降到 1981 年的 2.6。群众的生育水平能够如此快速地下降，说明国家政策与群众的意愿和需求相吻合，因而当时政策的实施相对顺利，并能够在短时期内快速收到显著成效。

中国计划生育的开展虽然以控制人口为初衷，但是不可否认，在避孕节育服务长期缺乏的情况下，20 世纪 70 年代开展的计划生育工作向妇女提供了前所未有的机会和资源，即提供以长效避孕措施为主的计划生育服务，在一定程度上帮助她们根据自己的需求延长了生育间隔或终止生育，避免了非意愿的妊娠和生育，大大减少了避孕节育方面未满足的需求。从结果看，晚婚晚育使妇女推迟进入婚姻期和生育期，避孕方法的普及使妇女能够按照自己的意愿提前结束生育，为妇女延长受教育年限和参与社会经济活动提供了更多的时间，为她们的个人发展创造了条件；计划生育减少了妇女的生育数量，从而降低了与孕产相关的死亡和患病风险，也减轻了她们从事家务和养育子女负担，改善了儿童的成长环境和成长条件；计划生育的开展普及了与生育和避孕相关的知识，在实效上起到了促进妇女生育保健意识、改善妇女生殖健康状况的作用；避孕节育方法的普及以及较低的服务代价，使妇女意识到控制自己生育的可能，从而在生育上具有更大的自主性和决策权。很多经历过 20 世纪 70 年代计划生育推广时期的育龄妇女，对计划生育心存感激。1996 年在皖北和苏南开展的一项调查生动地记录了 50 多岁的农村妇女对这一历史事件的叙述和感受^①。不过，当时计划生育工作的主要目标是控制人口过快增长，对计划生育工作成就的评价主要在于人口数量的变化，或者更确切地说是出生人数的变化。而与健康有关的内容侧重优生优育，主要关注点是出生婴儿的健康，妇女的生殖健康问题没有受到应有的关注。

短期内大规模开展的计划生育普及工作以及后来实行的更为严格的生育政策，也使妇女付出了代价。从妇女健康的角度考虑，避孕节育为妇女提供了调节生育时间和控制生育数量的可能，但是由于对生育的控制不仅仅是个人和家庭层面的行为，更大程度上是政府和国家的行为，而且在早期生育政策的实施过程中有强制的成分，在一定程度上对妇女的生理和心理健康造成了损害，尤其是身处边远欠发达地区或社会经济地位较低的妇女。妇女往往在国家生育政策和家庭生育需求上处于矛盾的中心，例如“超生”虽然是家庭和夫妻行为，但是针对这个问题的措施往往落实在妇女身上，给妇女造成心理压力甚至健康风险；在时间短数量大的避孕节育需求下，避孕服务方式和服务质量中存在的问题使妇女为避孕节育付出了健康代价，一部分人甚至有严重的避孕副作用或并发症。而由于避孕节育服务的最终目的是控制出生，因此进入更年期的妇女没有得到足够的重视、没有享受到应有的服务。朱楚珠等围绕计划生育对妇女的双面影响进行了深刻的反思和研究，研究结果提示我们应当从正负两个方面来考察一项公共政策的效果，而妇女的生殖健康与权力在任何时候都不应当被忽视。^②

^①解振明主编：《计划生育与妇女地位》，北京：中国人口出版社，2000 年。

^②朱楚珠、李树苗等：《计划生育对中国妇女的双面影响》，西安：西安交通大学出版社，1997 年。

（三）基于社会性别视角的反思

从妇女赋权的视角反思 20 世纪 70 年代和 80 年代的计划生育工作，当时国家确实为妇女提供了充足的资源，即避孕药具和计划生育服务，但是由于缺乏社会性别视角，工作的开展背离了赋权的宗旨。避孕药具的种类有限和以控制人口为主的导向，致使妇女往往不能自主选择而只能使用限定的长效措施（上环或结扎）。这种做法不仅侵犯了妇女权利，而且影响了避孕效果。有研究发现，与主动选择避孕措施的妇女比较，被动使用避孕措施的妇女报告有避孕副作用的比例更高，说明被动使用避孕措施对妇女心理健康有负面影响。^①虽然计划生育工作对妇女发展有积极作用，如果考虑资源-选择-成果的分析框架和妇女的健康，可以说在 20 世纪的 70-80 年代，计划生育工作的内容和方式方法离妇女赋权还有很大差距。

20 世纪 90 年代是中国生殖健康发展历程中的关键时期。1994 年 6 月在开罗人口与发展大会前夕，北京首次召开了国际妇女生殖健康研讨会，联合国人口基金会、世界卫生组织等国际组织代表、中国相关部门官员以及国内外专家，围绕妇女生殖健康和计划生育展开了比较全面的讨论，尤其是关于生殖健康与妇女权力问题、妇女的生殖健康问题等，在会议上被反复讨论和强调。尽管会议参与者有限，不过其中几位国际与会者的重要发言稍后被编入“生殖健康与计划生育国际观点与动向”^②一书，如“以妇女为中心的生殖健康模式”和“未被听见的妇女之声：论生殖健康及权利”等，介绍了生殖健康概念及其内涵、国际上以妇女为中心生殖健康战略的项目案例，并讨论了生殖健康概念引入中国计划生育、健康与妇女发展项目的重要性。此书在全国计划生育部门广为散发，对将生殖健康和妇女赋权引入中国计划生育工作产生了重要的影响。这次会议另一个值得注意的内容是，会议纪要最后的建议中包括了“提高育龄夫妇及社会各方面对妇女生殖健康与生殖权利的认识”、“借鉴国际上关于妇幼卫生/计划生育优质服务的经验……将这六个要素作为评估计划生育优质服务的指标。可先在部分地区试点。”等明确的倡议，^③可以说是一次重要的高层倡导。

在此背景下，学术界、非政府组织和国家相关部门中兴起了对中国计划生育工作的反思和再认识，并开展了一系列倡导活动，这些活动为在生殖健康领域实现妇女赋权创造了有利的政策条件，奠定了理论基础。

二 中国实践的回顾

（一）研究与倡导

从观念的转变成到研究的开展，人们对生殖健康领域中妇女赋权的问题有了越来越明确、清晰和一致的认识，从理论上的梳理和思考到实际中的应用，对生殖健康和妇女赋权不断深化的认识被引入相关的决策、项目规划和活动中。在这个过程中，一系列有关生殖健康与妇女的研究及其成果的介绍和应用，为倡导和推进生殖健康项目中的妇女赋权作出了重要贡献。国际组织以及一批国际专家学者在引入、倡导和推动过程中发挥了极其重要的作用。各种组织和研究机构深入基层，实地调查和研究妇女的生殖健康状况，以研究成果的形式表达妇女的生殖健康需求。随着时间的推移，越来越多的研究转向运作式研究和评估研究，将研究成果转化为具体实践。

20 世纪 90 年代，生殖健康（或称生育健康）这个曾经带有浓重生物医学色彩的词汇进入社会科学的研究领域，引起了包括卫生、妇幼保健、计划生育等相关政府部门、妇女组织和社会科学界的广泛关注，围绕性与生殖、人口和计划生育的各个方面，兴起了有史以来最为集中和频繁的关于生殖健康与妇女权益的研究和讨论。在引入国际理念、介绍相关文献和研究成果的同时，相关机构和组织还针对不同的主题组织了多学科跨领域的讨论。例如，1992

^①刘鸿雁、娄彬彬：《从避孕节育措施的应用看育龄妇女的生殖健康状况》，《中国人口科学》，1999 年第 4 期。

^②顾宝昌主编：《生殖健康与计划生育国际观点与动向》，北京：中国人口出版社，1996 年。

^③“国际妇女生殖健康研讨会”论文汇编，1994 年 6 月 23-25 日，北京。

年 11 月，北京大学中外妇女问题研究中心组织的妇女问题首届国际研讨会，专门以妇女生育与健康为主题，讨论了人口/计划生育政策与妇女、计划生育对妇女生殖健康的影响、出生性别比问题等；又如，对“我们的身体，我们自己”一书的翻译引进，倡导妇女赋权的健康理念。特别值得一提的是中国社会科学院邱仁宗在福特基金会的支持下，自 1993 年以来连续组织了多次关于生殖健康与伦理学以及社会性别方面的研讨，讨论内容包括性传播疾病的蔓延及其防治对策，生育、性伦理学和妇女权益，计划生育、伦理学和人的价值，艾滋病与卖淫的伦理、法律和社会问题，反对家庭中对妇女的暴力，开罗/北京会议与中国生殖健康等，^①其中特别关注了生殖健康、伦理、妇女权益，从伦理学的角度审视妇女与生殖健康问题。讨论引入了更为广泛的视角，涵盖了多种多样的人群，尤其是处于弱势和边缘的人群，如性工作者、同性恋以及艾滋病患者群体等。这些研讨会不仅吸引了众多学者，还有很多相关部门的政府官员参与，对结合中国实际在生殖健康与妇女权益方面进行理论探讨和政策倡导有不可低估的贡献。

1994 年紧随国际人口与发展大会之后，在上海组织了“生殖健康社会科学研究国际研讨会”，国内外参会者讨论了包括生殖健康概念、计划生育评估、计划生育服务、避孕与节育、男性参与计划生育、人工流产、性行为与性病、特殊人群的生殖健康问题以及其他亚洲国家的生殖健康研究等内容，展示了国内外的相关研究成果和工作经验。这次研讨会对于推动中国生殖健康社会科学研究、提高公众对生殖健康问题的了解和认识、制定合适的生殖健康政策与方案、改进生殖健康服务质量起到了促进作用。^②

在推动以妇女为中心的生殖健康研究、特别是社会科学研究中，全国妇联妇女研究所和云南生育健康研究会（现更名为云南健康研究会）在国家相关机构组织和国际组织的支持下，分别在全国妇联系统和云南省组织开展了妇女与生殖健康问题的研究，^③这些研究的特点是超越医学和计划生育范畴（但并不是排除）对妇女生殖健康的多学科全方位研究，并且特别重视应用社会学、人类学的调查研究方法，从妇女的视角深入了解妇女在生殖健康方面存在的问题，倾听和反映妇女的呼声，并对实际工作的开展和改善提出建设性的政策建议，部分研究成果已被逐渐转化到决策和实践当中。这些研究联合了不同学科的研究者以及相关的实际工作者，突出了妇女在生殖健康中的重要位置，并与相关决策和实际工作紧密结合，在中国的生殖健康与妇女问题的研究中起到了引领性的作用。

随着越来越多学者的加入和认识的不断深化，有关生殖健康的社会科学研究论文数量显著上升，其中与妇女权力和社会性别有关的讨论占了很大比例。初期论文涉及的内容较为广泛：介绍生殖健康概念；探讨生殖健康概念中妇女权力的含义；反思中国生殖健康与妇女的关系；呼吁对妇女权益的关注；提醒避免将生殖健康与母婴保健等同的狭隘理解；倡导在与生育相关的方面注重妇女赋权，包括提高妇女在生育相关活动中的自主意识，保障妇女的平等权利，尊重、关心、照护妇女的妊娠、分娩以及流产；强调男性参与和男性在生殖健康中的责任；主张为妇女提供优质服务和充足的信息等。随着更多社会科学学者的加入，关于妇女赋权、生殖健康领域中的社会性别主流化讨论在更深层次逐渐展开，在引入国际理念的同时，开始了对生殖健康领域中社会性别分析框架本土化的探索和研究。20 世纪 90 年代后期，涌现出更多从社会性别视角分析生殖健康社会影响因素的研究。例如，应用社会关系分析框架探讨陕西边远山区农村贫困妇女获得生殖健康服务问题，从社会性别关系分析男女两性社会地位不同对生殖健康疾病患病和诊治的影响，研究社会性别机制对妇女及时寻求生殖健康

^①邱仁宗主编：《生育健康与伦理学》，北京：北京医科大学、中国协和医科大学出版社，1996 年；邱仁宗主编：《生殖健康与伦理学》，北京：中国协和医科大学出版社，2006 年。

^②涂平、高尔生、赵鹏飞：《中国生育健康社会科学研究的回顾与展望》，《中国人口科学》，1995 年第 2 期。

^③赵捷、张开宁、温益群、杨国才等：《以妇女为中心的生育健康》，北京：中国社会科学出版社，1995 年；陶春芳、萧扬主编：《中国妇女生育健康研究》，北京：新世界出版社，1995 年。

服务的负面影响，提出应当将社会性别视角纳入生殖健康项目和政策的建议。^①

21 世纪的生殖健康与妇女赋权的研究更有新的进展，其特点是研究视野更为开阔，关注内容延伸到妇女的整个生命周期和不同妇女群体、尤其是弱势群体的生殖健康问题；与最初强调妇女为中心的议题相比，男性参与日益成为关注重点；更为结合实际工作的试点经验总结、干预式研究和运作式研究显著增多。围绕流动妇女生殖健康、更老年期妇女的身心健康、基于性别的暴力对妇女健康尤其是生殖健康的影响、出生性别比偏高对妇女健康的影响、男性参与在生殖保健中的重要性、艾滋病预防中的社会性别问题等，涌现了大量的研究成果。^②通过研究和实践，有学者总结出社会性别应当在生殖健康领域的 4 个方面得到体现，即（1）参与：男性和女性在生殖健康决策、活动过程和资源控制方面的参与或受益；（2）公正和平等：关注发展过程、决策过程以及其他参与过程的男女差异；（3）赋权：增强妇女控制个人生活和在生殖健康方面决策的能力；（4）人权：尊重个人的生殖健康权利，如控制个人性生活的权利，夫妇或个人自主地和负责任地决定生育孩子的数量和间隔，并且有权获得相关信息和方法，获得高质量性与生殖健康的权利，获得免受歧视、强迫和暴力的权利。^③

在过去的 10 多年间，通过一系列针对不同层次和不同类型听众的讲座、研讨会、培训班以及其他方式，关于生殖健康与妇女权力、生殖健康项目中的社会性别主流化的倡导从未停止，以上提到的学术研究及研究成果的传播也起到了倡导的作用。在倡导者不懈的努力下，这些活动为实现生殖健康领域中的妇女赋权逐渐营造了更为适宜的社会氛围。例如中国/联合国人口基金会合作的生殖健康倡导项目和社会性别平等项目，以研究为基础，以宣传倡导为手段，从项目县试点开始，制定倡导战略，开发倡导材料，组织社会性别倡导培训，通过项目地区政府与非政府组织的密切合作，推进生殖健康事业的发展。尤其是其后在国家层面进行的对高层决策者的倡导，提高了相关部门的社会性别意识，为改善妇女生殖健康创造了有利条件，推进了生殖健康领域社会性别主流化的进程。

从国家人口计生委对社会性别问题的重视程度和各项实践，可以看出社会性别主流化的倡导成效。在国家层面，人口与计划生育项目及工作重点的转变，为生殖健康和妇女赋权提供了政策上的条件，1995 年，国家计生委提出计划生育工作要由孤立地就计划生育抓计划生育向与经济、社会发展紧密结合，采取综合措施解决人口问题转变；由以社会制约为主向逐步建立利益导向和社会制约相结合，宣传教育、综合服务、科学管理统一的机制转变。《人口与计划生育法》中对妇女权利和男性参与的规定，计划生育/生殖健康优质服务工作的开展，计划生育利益奖励和社会保障制度的建立以及“关爱女孩行动”等项目的开展，对性别平等和妇女发展都起到了积极的推动作用。^④

（二）实践中的探索

在各种研究陆续开展的同时，也开始了科学研究与实际项目的结合。1991 年在云南农村开展的妇女生殖健康需求评估，^⑤是中外结合、研究与实践结合、公共卫生与社会学结合、妇女生殖健康与经济发展结合的范例。研究本着各方充分参与、尤其是农村妇女参与的主导原则，通过参与式的调查研究活动，使妇女本人和妇女组织能够对农村妇女的健康需求有更清楚的了解，并能够充分地表达出来；通过社区参与决策和制定规划，使生殖健康相关

^①杜洁：《社会性别与生育健康政策促进》，朱明若主编：《中国妇女生育健康促进—从需求评估到政策发展》，北京：中国出版社，2005 年。

^②姜秀花：《妇女健康研究综述》，全国妇联妇女研究所编：《中国妇女研究年鉴（2001~2005）》，北京：社会科学文献出版社，2007 年。

^③刘鸿雁：《生殖健康中的社会性别问题》，《人口与计划生育》，2003 年第 9 期。

^④韩雪丹、苏荣挂：《中国人口政策的转变及其对性别平等与妇女发展的影响》，谭琳主编《1995-2005 年：中国性别平等与妇女发展报告》，社会科学文献出版社，2006 年。

^⑤王绍贤、李滨主编：《云南农村妇女的心声—生育健康需求评估》，北京：北京医科大学、中国协和医科大学出版社，1994 年。

政策能够较好地满足当地需求。研究强调了提升妇女的意识和能力,使妇女能够说出自己的困难、问题和最希望得到的帮助;研究还强调了社会经济发展与妇女生殖健康促进的密切联系,提出妇女的生殖健康绝非单纯的医疗卫生服务和技术问题,而是与她们的生活、教育、地位、经济社会活动等息息相关,只有多部门合作才能真正有效地解决妇女生殖健康问题。需求评估中特别强调,各级干部、妇女组织成员、特别是农村妇女的能力提高是整个项目的重要组成部分,鼓励妇女从自己的视角讲述自己的需求,具有非常鲜明的妇女能力增强特色。尽管当时还没有普遍运用“妇女赋权”的词汇,但这项需求评估本身就是一次在生殖健康方面妇女赋权的实践尝试。

随着相关研究的不断深入,在生殖健康中的妇女赋权方面以不同方式在不同范围进行了实践。避孕方法知情选择可以说是计划生育中最为直接体现妇女赋权的内容。1991年,国家计生委与美国洛克菲勒基金会合作,在华北4个县开展了“引进新型避孕药具、提高服务质量和开展知情选择避孕方法的研究”。1993年,国家计生委又在10个城市进行了知情选择避孕方法的试点^①,提高服务质量、尝试在当时的计划生育政策框架下开展避孕方法的知情选择,同时还翻译引进了国际上介绍知情选择的指南。华北4县项目开展之后取得的主要成果有:广大干部和计生人员对知情选择和优质服务的认识有了根本性的转变;服务质量和干群关系明显改善;避孕率进一步提高,方法构成更加合理,而生育率进一步下降,人工流产大幅度减少。^②这大约是最早尝试避孕方法知情选择的研究和实践。10多年后在这些项目县依然可以感受到项目试点对当地计划生育工作的长期积极效应。

妇女的参与是赋权的关键。云南省计划生育协会自1992年起在云南农村开展的生殖健康项目中一个突出的特点是强调目标人群的参与,尤其是农村妇女的参与。项目自始至终贯穿了民主化的参与过程,创造了各种必要的条件,使基层协会组织和普通会员能够直接参与确定项目内容和设计项目的行动计划,参与项目中后期的评估工作等。群众的参与使他们能够直接表达自己的需求和关注点,也使他们具有更高的积极性,从而使项目内容更为贴近群众需求、收到更好的效果。正如在项目总结《我们的手册》中所指出的,群众参与决策和赋权,不仅是方法上的创新,更是思想观念的转变,是对以往传统的由上到下的管理制度和专家权威至上思想意识的挑战。^③遗憾的是,这种参与式的过程目前依然只停留在项目的层面上,尚未形成规范的工作机制。

国家计划生育委员会于1995年启动的计划生育优质服务试点,是迄今影响范围最大、影响人口最多的相关项目。国家计生委在1995年5月5日下发的关于开展试点工作的通知中,提出7条试点工作的基本内容,尽管当时对项目的具体内容以及如何开展项目尚不是十分清楚,但是能够提出这样的要求实属不易。其中第四条和第五条与妇女赋权的思路一致,值得引述如下:

“开展多种形式的宣传咨询服务。增加有关生殖保健方面的内容,提高群众的自我保健意识和能力,引导他们成为计划生育工作的主人。”

“开展避孕药具和计划生育技术的优质服务。逐步做到避孕节育措施知情选择。积极配合卫生部门开展优生优育、妇幼保健等服务,使育龄妇女健康地渡过生育期。”

1998年,由22名中外学者和计划生育干部组成的评估组对6个优质服务试点区县进行了评估,肯定了项目试点带来的变化,尤其重视育龄妇女感受到的变化和她们的反应。评估组总结了项目的成功经验,认为“优质服务”试点具有可持续性和可推广性。^④时至今日,

^① 涂平:《积极稳妥开展知情选择避孕方法,提高计划生育工作水平》,《人口研究》,1995年第4期。

^② 涂平、邱淑华、倪家俊、范慧民:《在中国农村地区引进新型药具、提高服务质量的研究》,《人口研究》,1998年第4期。

^③ 云南省计划生育协会:《我们的手册》,1999年,18页。

^④ 张二力、顾宝昌、解振明主编:《第一批优质服务试点区县(1995-1998)评估报告集》,北京:中国人口出版社,1999年。

“优质服务”已经成为计划生育先进工作的标志和人口计划生育综合改革的主要内容之一。

①

妇女赋权和社会性别主流化的理念反映在优质服务的各项内容中,如生殖健康项目中的管理评估改革、避孕方法知情选择、性与生殖健康综合咨询、生殖道感染和性传播疾病的预防等(本书的第一章已经对优质服务有详细介绍,这里不再重复)。值得指出的是,随着优质服务项目的发展和深化,许多有关生殖健康和妇女权力的研究内容和政策性建议被纳入到项目管理评估和相关决策中。例如,2004年修订的全国优质服务先进县评估指标体系的33项评估指标中,有5项与育龄妇女的生殖健康权利直接相关,^②如群众满意率、规范的避孕方法知情选择、提供规范的咨询和随访服务、接受规范的基本生殖健康服务、群众对计划生育基本权利和基本知识的知晓等。

(三) 从变化看效果

根据资源-选择-成果的框架,相关政策是提供资源和公平配置资源的制度保障,宣传教育和倡导是提升妇女能力的必要活动,而当前在生殖健康/计划生育领域开展的研究、项目试点活动以及全国或区域性调查结果,可从不同方面部分或间接反映生殖健康中妇女赋权的结果。

保证资源和机会的提供要靠政策和制度。1992年颁布、2005年修订的《妇女权益保障法》和1994年颁布的《母婴保健法》都对促进和保障妇女健康权利有明确的规定。2001年颁发的《中华人民共和国人口与计划生育法》中对于公民实行计划生育的权利作出了8条规定,其中4条直接与生殖健康赋权相关,即:实行计划生育男女平等的权利,获得计划生育、生殖健康信息和教育的权利,获得避孕节育技术和生殖保健服务的权利,获得知情选择安全、有效、适宜的避孕节育措施服务的权利。《中国妇女发展纲要(2001-2010年)》中将孕产妇死亡率、妇科病普查率和生育保险覆盖率作为重点统计指标,将会使妇女健康问题得到更多重视。当然,从法律和政策的制定到真正落实还有很长的路途。

实现生殖健康领域的妇女赋权,关键在决策者的认识和决心及政策引导。自2003年以来,全国妇联在生殖健康领域系统地开展了社会性别主流化的高层倡导,旨在提高决策者和项目管理者以及广大群众对社会和经济地位中性别差异的认识,促进生殖健康/计划生育中有关性别平等的法律及政策的制定和落实。项目通过讲座、培训、会议、宣传活动、调查研究、国内外的参观访问等各种形式,在省部级官员和项目相关人员中开展社会性别主流化的倡导,已经逐渐形成了一整套倡导战略。社会性别平等的高层倡导活动,使社会性别平等和妇女赋权的理念逐渐被各领导层和决策层所接受,为在生殖健康领域中实现妇女赋权打下了良好的基础。相对而言,目前生殖健康领域中有关妇女赋权的社会倡导较弱。

20世纪80年代以来的几次全国性的计划生育调查内容,反映出在国家层面发生的变化和社会性别主流化的影响。表1为国家人口计生委在1982年至2001年间开展的5次人口与计划生育抽样调查中所收集的主要信息,不仅内容的变化反映了数据收集部门的工作重点变化,甚至调查名称的改变也反映出关注问题的变化。在1982年、1988年和1992年开展的全国范围人口与计划生育调查中,主要的调查内容都是生育和避孕的简单指标,如生育史和避孕方法使用等,但1997年和2001年的调查中增加了大量有关生殖健康、服务质量、知识和态度以及权益方面的内容。从近20年间的变化可以看出,中国的计划生育工作从单纯注重控制生育水平逐步发展到同时关注育龄妇女的生殖健康和需求。而且随着年代的推进,调查越来越关注妇女享受服务和相关生殖健康知识方面的内容,这些内容实际上关系到妇女赋

① Joan Kaufman, Zhang Erli, Xie Zhenming. Quality of Care in China: Scaling up a Pilot Project into a National Reform Program. *Studies in Family Planning*, 2006, 37(1): 17-28.

② 王铁明、解振明、冯庆才、张二力编著:《管理与评估工作指南》,北京:中国人口出版社,2006年。

权过程中的重要环节—能够享受所需要的规范服务可以被视为资源,而拥有必要的知识和信息则是选择能力的关键之一。同时,调查关注的对象也有所改变。过去有关计划生育和生殖健康的调查对象仅仅是已婚育龄妇女,最近的两次全国调查已经扩展到所有已婚和未婚育龄妇女。更值得一提的是,在中国/联合国人口基金会第五周期项目的基线调查中,不仅包括了妇女,还调查了一部分男性。

表 1 人口与计划生育抽样调查的主要内容 (1982~2001 年)

调查年份和名称	主要收集信息内容
1982 年生育力调查	生育史和人工流产史, 现用避孕方法
1988 年生育和避孕调查	孕产史和避孕史, 婚姻、死亡、迁移
1992 年计划生育调查	生育与子女存活, 现用避孕措施和当年节育手术
1997 年人口与生殖健康调查	孕产史, 孕期保健、人工流产和不孕, 经期保健, 性生活, 避孕, 计划生育技术服务, 性病艾滋病知识, 更年期, 妇女需求等; 同时还包括调查点的经济社会状况
2001 年计划生育与生殖健康调查	在 1997 年内容的基础上, 增加了服务使用的内容, 如每次妊娠的孕期检查情况, 接生地点和接生人员, 选择避孕方法时是否接受了咨询

资料来源: 国家计生委计划财务司编. 全国计划生育调查资料汇编. 2003 年.

为了在生殖健康领域实践妇女赋权, 项目管理者、服务提供者和服务对象的社会性别意识的提高、服务提供者的服务能力增强就显得至关重要。近年来, 西安交通大学课题组在福特基金会的资助下, 在生殖健康领域开展了社会性别需求分析。^①研究者将社会性别需求理论应用于课题实践, 利用典型组专题讨论方法, 分别从服务提供层角度和服务对象角度调查服务对象在生殖健康领域的社会性别需求 (包括现实性社会性别需求和战略性社会性别需求), 全面考察服务对象的需求。研究者认为, 服务对象在生殖健康领域的社会性别需求可以划分为现实性和战略性两个相互联系、相互促进的层次; 计划生育优质服务应该将满足服务对象的现实性需求作为短期目标, 将满足服务对象的战略性需求作为长期目标, 全面体现社会性别视角; 服务对象在生殖健康领域的现实性社会性别需求和目前正在开展的计划生育优质服务是一致的。研究者还认为, 在现有的社会性别规范下, 保护育龄妇女在公民权益、知情选择、规范服务以及管理评估四大领域当中的生殖健康权益, 虽然不能够完全改变育龄妇女在生殖健康领域的责任和权利不对等的状况, 但是可以在传统的社会性别规范还没有最终改造的前提下, 实现育龄妇女的生殖健康权利的最大化。由此可以把“治标”和“治本”结合起来, 在现实的条件将实现社会性别平等的事业实际的向前推进。目前, 该课题组正在开发应用于计划生育/生殖健康领域的社会性别公平促进“工具箱” (包括评价工具、诊断工具和干预工具), 使社会性别公平的理念具有可操作性, 推动在生殖健康领域落实社会性别主流化。

避孕方法知情选择的变化也反映了生殖健康项目中与妇女赋权相关的实践。2001 年, 全国计划生育与生殖健康调查结果和中国/联合国人口基金项目调查结果都显示, 妇女在知情和选择的权利方面普遍有了显著的改善。2001 年的全国性调查中, 第一次在问卷中详细询问了与避孕方法知情选择相关的问题, 例如: “避孕方法是由谁选择或推荐的?” “选择方法前, 你们夫妇是否向技术服务人员咨询过?” “除使用的这种方法外, 他们是否还向你们夫妇推荐过其他方法?”^②尽管技术人员推荐的避孕方法也有其道理和依据, 但是由自己选择避孕方法更体现妇女自主决策; 在选择方法之前咨询技术服务人员一方面说明妇女具有自我保护意识和获取知识的主动性, 另一方面也说明妇女有可能得到相关咨询; 按照优质服务

^① 杨雪燕、吴克俭、李树苗: 《生殖健康领域的社会性别需求分析》, 《妇女研究论丛》, 2005 年第 5 期。

^② 国家计生委计划财务司编: 《全国计划生育调查资料汇编》, 2003 年。

规范的要求，服务人员应当向服务对象介绍几种能够提供的避孕方法供选择，所以推荐过其他方法，反映了服务对象选择的可能。调查结果显示了近年的变化。图 1 中，随着年龄的降低，妇女自己选择避孕方法或与丈夫共同选择避孕方法的比例逐渐提高，说明近年来妇女在选择避孕方法上的主动性和决策权的变化，20 多岁的妇女中有一半以上都报告说在使用避孕方法上是自己决策或与丈夫共同决策的选择。

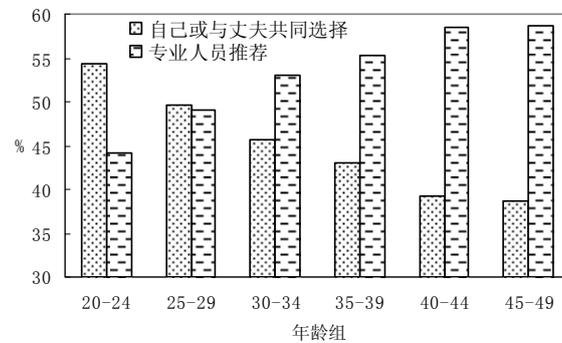


图 1 分年龄避孕方法选择状况

资料来源：2001 年全国计划生育和生殖健康调查数据

图 2 则显示了现在使用避孕方法的调查对象在选择避孕方法前咨询技术服务人员的比例，这个比例不仅随着年龄的降低而升高，且城乡差别也发生了变化，30 岁以上的城市妇女选择避孕方法前咨询的比例远远高于农村妇女，而在 30 岁以下则与农村妇女几乎没有差别，说明 20 世纪 90 年代末以后农村的计划生育服务发生了较大的变化。然而总的咨询比例依然不高，只有 30%左右，意味着在这方面还有较大的改进空间。目前计划生育部门引入了国际生殖健康综合咨询技巧的培训，加强生殖健康服务人员咨询能力的建设，强调对服务对象知情选择权利的尊重。生殖健康咨询师已经成为国家认定的新型职业。随着合格的具备咨询能力的生殖健康咨询队伍的建立，咨询服务质量将会有极大的改进，从而更有利于实现生殖健康领域中的妇女赋权。

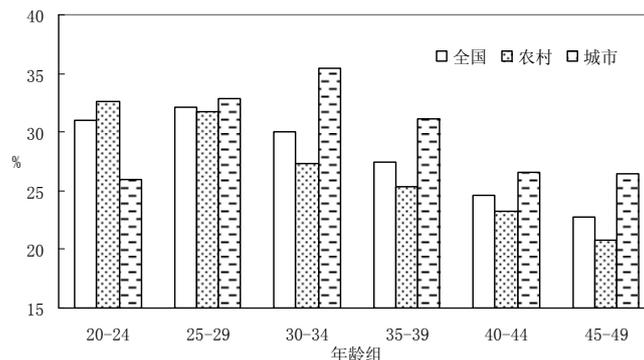


图 2 分年龄和城乡在选择避孕方法前咨询服务人员的比例

资料来源：2001 年全国计划生育和生殖健康调查数据

根据赋权的分析框架，选择和咨询还仅仅是过程而不是结果。服务的提供和选择的过程最终将落实在避孕方法的使用上。在开展避孕方法知情选择之前，全国大部分地区（尤其是农村地区）都要求妇女在生第一个孩子以后使用宫内节育器（IUD），生第二个孩子以后做绝育手术（俗称“一环二扎”），只有少数不适应者例外。因此在中国的避孕方法构成中，IUD

和绝育占了绝大部分。2001 年全国调查结果中，按照现用避孕方法最初使用年份来看，开始使用年份越早的妇女绝育的比例越高（包括男性或女性绝育，但绝大部分是女性绝育），20 世纪 90 年代以后绝育比例逐渐降低（该比例下降也与生育两个孩子的妇女逐渐减少有关）。随着年代的推移，在绝育比例下降的同时，使用其他方法的妇女比例却显著上升（见图 3），说明“一环二扎”的限定在逐渐弱化，而妇女不仅可以选择不结扎，也有更多的人使用除宫内节育器外的其他短效避孕措施，避孕方法的使用呈现出多样化趋势。

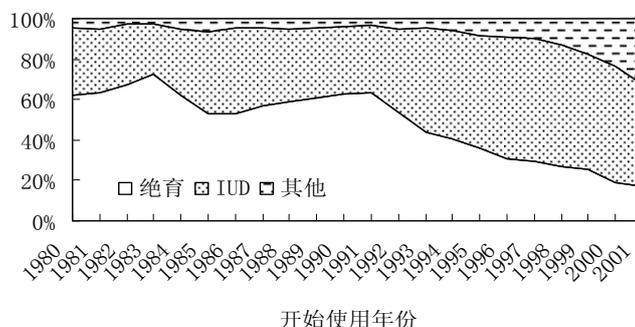


图 3 按避孕方法开始使用年份的现用避孕方法构成

资料来源：2001 年全国计划生育和生殖健康调查数据

孕产保健是妇女生殖健康的主要内容之一，孕产保健问题不仅仅是医疗卫生问题，也是社会问题，在一定程度上反映了相关服务资源的可获得性和可接受性，并且还取决于妇女寻求孕产保健的行为。一般来说，在资源有限的情况下，在社会经济方面处于弱势地位的妇女更难以利用资源，采取保健行动和寻求帮助的能力更差，从而会有较高的健康风险。近年来，卫生部门投入大量人力物力，致力于降低孕产妇死亡率和患病率的工作，计划生育部门也大力宣传孕产保健知识，边远农村地区、低收入人群和社会经济地位较低妇女的孕产保健状况有显著改善。根据 2003 年国家卫生服务调查，调查地区的产前检查率为 87.8%（城市为 96.4%，农村为 85.6%）。与 1993、1998 年调查相比，农村孕产妇产前检查率有明显的提高。2001 年全国计划生育和生殖健康调查结果显示，20 世纪 90 年代以来，农村妇女做产前检查的比例显著上升，逐渐向城市妇女的水平靠近，住院分娩的比例逐年上升（见图 4 和图 5）。这两项孕产指标的改善，将会进一步降低孕产死亡率和患病率，提高孕产安全的水平。根据卫生部监测数据，中国的孕产妇死亡率从 1991 年的 80.0/10 万下降到 2005 年的 39.0/10 万。^①从发展趋势看，产前保健和住院分娩的比例还有可能进一步上升，从而有可能进一步降低孕产妇死亡率。

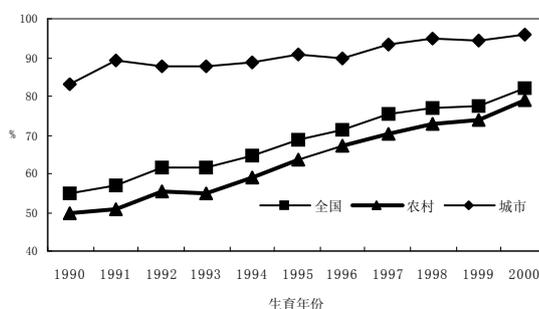


图 4 妇女做过产前检查的比例

资料来源：潘贵玉主编：《2001 年全国计划生育/生殖健康调查数据集》，北京：中国人口出版社，2003 年。

^① 卫生部《2006 中国卫生统计年鉴》

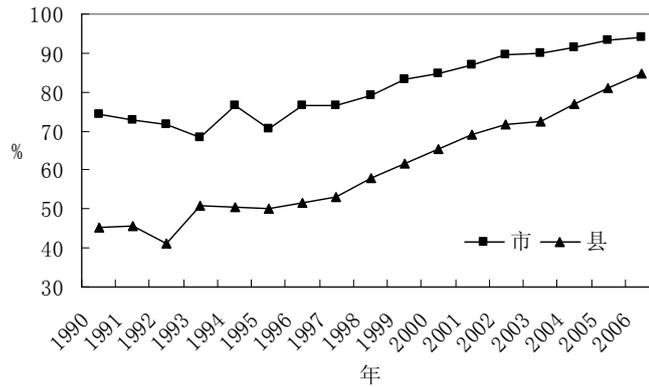


图 5 住院分娩比例

资料来源：卫生部编：《中国卫生统计年鉴 2007》，北京：中国协和医科大学出版社，2007 年。

不过，孕产妇死亡率一直存在较大的城乡差距，农村的这一指标是城市的两倍多。政府和卫生部门加强了在边远地区降低孕产妇死亡率的干预力度，主要措施为提高住院分娩率。但研究发现，贫困地区妇女孕产保健的问题不仅由于农村服务不足和服务质量差，还受到社会、经济、文化等各方面的因素作用，因此改善妇女孕产健康并不仅是妇幼保健系统的问题。即便妇幼保健系统能够提供足够的服务，同时也加强健康教育倡导妇女注意孕产保健，但是如果社会习俗和家庭决策不支持妇女去寻求和享有这些服务，妇女个人能力和自我意识不足以与社会和家庭抗衡，则不会达到预期的效果。因此，妇女赋权问题在妇幼保健工作中占有重要的分量，在资源有限的欠发达地区问题会尤其突出。如果忽视了妇女赋权的过程，即使提供了服务也会由于妇女缺乏自主权力或能力不足，而不能及时寻求服务或充分享受服务，从而难以改善她们的生殖健康状况。

（四）与生殖健康相关的社会问题

1、出生性别比偏高问题

中国自 20 世纪 80 年代中期就开始出现出生性别比偏高的现象，近年来这个问题日趋严重，出生性别比远远超出正常范围。中国的出生性别比偏高和女婴死亡率偏高的现象由来已久，这种现象存在的原因首先是来自社会、社区、家庭和父母对男孩的偏好和对女孩的相对轻视。这种偏好是上千年传统文化和观念的积淀，也与传统的家庭中男女分工的不同密切相关。虽然社会在向前发展，经济条件在不断改善，但是家庭对男孩的需求依然存在，这种需求仅仅用“传统落后的生育观念”来解释，难免有过于简单化之嫌。例如，从农村养老保障的角度来说，必须依靠一个儿子。出生性别比偏高是在强烈的男孩偏好下，通过一定的技术手段选择胎儿性别造成的后果。而育龄夫妇的男孩偏好是社会环境、经济发展、家庭需求和个人观念等多种因素共同作用的结果。这些因素既对男孩偏好有独立的影响，各部分之间也有相互联系，这些相互的作用间接影响到出生性别比的变化。出生性别比偏高是一个强烈信号，向我们昭示，尽管我们提倡“男女平等” 50 余年，社会中依然存在各种性别不平等问题。只有解决了根本问题，出生性别比的问题才可能得到真正的解决。

出生性别比偏高既是社会性别不平等的具体表现，同时也给育龄妇女带来了多方面的压力，影响到妇女的身体和心理健康。首先是生育的压力。在出生性别比严重偏高的地区，也是社区和家庭对儿子需求最强烈的地区，对育龄妇女必定要生一个儿子的压力也最大。而由于当前生育政策的限制，尤其是针对出生性别比偏高的行政管理措施，要实现“至少有个男孩”的生育期望，难免会在很多方面与当地生育政策和规定发生冲突，妇女则处于冲突的焦

点。例如有地方限定第二胎妊娠的人工流产必须有计生部门认可，否则不再批准二胎生育，这种做法并没有减轻社会和家庭男孩偏好对妇女造成的压力，而是形成两种力量在妇女身上的较量。妇女处于社区和家庭的生男压力与政策法规的少生和不选择胎儿性别的压力之间，为了在计划生育政策允许的生育数量范围内选择胎儿性别，妇女往往会想方设法绕开管理的限制，选择胎儿性别，实现“生男”目标。因此，她们寻求非正规孕产服务的可能性更大，孕产健康风险也随之上升。制定这些政策法规的本意，是控制出生人口数量和限制胎儿性别选择性人工流产，但是在无形中又给妇女增加了一重压力，实际上是对妇女身心健康的伤害。

中国的出生性别比失调，主要是通过产前胎儿性别鉴定技术和性别选择性流产实现的，而胎儿性别鉴定则主要是依靠 B 超机扫描实现。利用这种技术，最早需要在妊娠 4 个月时才能比较清楚地辨认胎儿性别，而妊娠 4 个月以上的人工流产会使妇女面临更大的健康风险。因此，选择胎儿性别的手段对妇女的生殖健康是有害的。近年来，由于行政管理措施力度加大，有些妇女离家到外地或选择私营医疗机构进行胎儿性别鉴定和大月份流/引产，这些行为对妇女本人的健康更为有害。

中国已经采取了一系列的措施应对出生性别比偏高，通过项目干预和各种行政手段来抑制出生性别比失调势头的进一步上升。例如在出生性别比偏高的地区开展“关爱女孩”活动等。不过 2005 年的人口抽样调查结果显示，全国人口的出生性别比为 118.6，依然远远高于正常范围。出生性别比的问题之所以难以解决，是因为各种经济、社会、文化影响因素的相互交织和相互作用，很难将它们分割处理。因此，要解决问题就需要从多方面入手，如果只解决一个问题，其他方面的影响因素没有改变，则不会收到显著的效果；如果所有的因素都在朝着弱化男孩偏好、促进出生性别比平衡的方向变化，将有利于问题的尽快解决。而进一步提高妇女地位，在相关政策法规的制定和贯彻、社会风气的改变、消除偏见等方面坚持不懈的努力，则是根本解决出生性别比失衡的关键。

2、针对妇女的家庭暴力问题

针对妇女的家庭暴力是一个社会问题，也与生殖健康和妇女赋权问题相关。调查发现，家庭暴力会直接或间接影响妇女生殖健康，丈夫有暴力行为、经期性交和强行性交的妇女生殖道感染的可能性更高。^①对农村地区家庭暴力发生情况及影响因素分析^②的研究发现，我国部分农村地区家庭暴力发生率比较高，其中精神暴力最为常见，其次是躯体暴力，性暴力发生率相对较低。生活中的暴力经历与家庭暴力的发生有非常显著的关联，妇女年幼时经历过或看到、听到过家庭暴力者，其遭受家庭暴力伤害的危险明显增高，但妇女的个人特征与家庭暴力发生之间没有明显关系。目前妇幼保健部门已经在系统中开展了有关预防针对妇女的家庭暴力和救助家庭暴力受害妇女的项目试点活动，并在宣教材料和项目培训中，特别向医务人员强调从社会性别的视角看待和处理针对妇女的家庭暴力问题。

21 世纪伊始，由法学家、社会学家、社会性别问题研究专家联合建立了反对针对妇女的家庭暴力网络，和法院、公安机关、医院、妇联等政府机构与民间组织一道开展了反对家庭暴力的研究、倡导、培训和干预活动。活动包括：了解对中国家庭暴力现状的认识，司法干预现状的理论及立法研究，旨在提高公众和相关机构对家庭暴力认识的宣传和社会性别培训，在城乡社区开展了反家暴的多机构合作干预项目。这项反家暴项目已经建立了专题资料中心和网站（www.stopdv.org.cn），在全国范围内积极开展了一系列的活动。^③在反对家庭内部对妇女的暴力方面，一些公民社会组织开展了有意义的实践活动，例如北京红枫妇女心

^① 刘云嵘、张立英等：《男性暴力行为和经期性交与妻子妇科疾患的关系》，《中国计划生育学杂志》，2004 年第 12 期。

^② 郭素芳、赵凤敏、吴久玲等：《农村地区家庭暴力发生情况及影响因素分析》，《中国公共卫生》，2007 年第 1 期。

^③ 荣维毅、宋美娅主编：《反对针对妇女的家庭暴力》，北京，中国社会科学出版社，2002 年。

心理咨询服务中心通过对针对妇女家庭暴力的个案调查,分析家庭暴力发生的特征和原因,并探讨了妇女热线家庭暴力咨询中的难点和对策,改进在相关咨询方面的效果^①。北京大学法学院妇女法律研究与服务中心等法律咨询机构开展了保护妇女权益、包括反家庭暴力方面的法律援助工作。对家庭暴力的干预存在很多困难,最主要的是社会和公众甚至执法人员和医务人员对这类案例的看法往往缺乏社会性别视角,认为这是家庭内部的私事。

三 挑战与展望

纵观中国近 30 年来走过的历程,在促进妇女生殖健康方面已经取得了一些成就,并继续向前发展。同时,在生殖健康领域的社会性别主流化方面依然面临着诸多挑战。

(一) 政策法规的进一步完善

生殖健康领域中的妇女赋权需要制度保障,首先要有相应的政策法规,其次要有具体的措施,同时还需要有效的监督机制保证这些政策法规的落实。虽然在现有的相关法律和政策中已经体现了对妇女生殖健康权利的重视,但是从社会性别视角和维护妇女权利的角度审视,现有政策法规依然还有进一步完善的空间。

(二) 生殖健康项目设计和决策中的妇女赋权问题

生殖健康在中国的发展,可以说是从以妇女为中心的倡导到社会性别主流化行动的发展过程。最初“以妇女为中心”的避孕节育是通过控制妇女生育达到人口目标,此后的“以妇女为中心”强调要考虑妇女的需求和认知、避免将妇女仅视为生育载体,后者虽然似乎比前者更为进步,但是妇女赋权的要素往往缺失。例如生殖健康服务意味着提供资源,但是在服务提供过程中缺乏社会性别视角和妇女赋权的策略,并不必然获得预期的健康效果。对于服务的利用需要有意识、有愿望、有决心、有能力,而在不少场合中,传统的社会性别关系和社会环境会成为妨碍妇女决策、削弱妇女能力的关键因素。目前,对于这一点还缺乏普遍的共识,妇女赋权往往被等同于向妇女提供机会和资源(如提供某项服务),而对于其后的选择和成果两个环节则重视不够。更为广泛地介绍妇女赋权思想并将妇女赋权的框架引入生殖健康项目设计决策中,依然是重大挑战。

(三) 社会性别主流化需要更强有力的持续性倡导

社会性别主流化的倡导工作已经有了良好的开端:相对成熟的相关理论、有说服力的调查研究、实际工作中积累的经验和教训为倡导工作提供了有力的理论依据、事实和案例;社会性别主流化的倡导工作得到了国家相关部门和国际组织不同程度的支持和资助;建立已经相对稳定的团队并拥有一批热心投入这项工作的成员。可以预见,有关这方面的培训和倡导将会继续并得到进一步发展。不过,这项工作也面临着巨大的挑战。

首先,生殖健康领域中的社会性别主流化问题实际上与整个社会背景相关,正如不少地区和部门对经济发展的重视往往胜过对改善民生的关注,对人口控制的重视也往往依然优先于对妇女权利的尊重。如果与生殖健康相关部门的决策者、管理者和服务提供者不能充分认识到妇女赋权的重要性,那么就难以推动生殖健康领域的社会性别主流化。此外,因高层主管部门和基层相关人员的频繁更替而产生的重复培训和持续倡导活动的需求,也表明了不断开展高层倡导和社会倡导的必要性。对倡导者来说,需要不断开展活动而无法一劳永逸。因此,社会性别主流化的培训与倡导将仍然是一项长期的任务。

其次,虽然多年来关于社会性别平等的一般性倡导从未间断,但是真正使决策者具备社

^①王行娟:《家庭内针对妇女的暴力及其对策》,见:邱仁宗主编:《生殖健康与伦理学》,北京:中国协和医科大学出版社,2006年。

会性别意识，并将这种理念转化为政策和行动，现状并不乐观。关于生殖健康中的社会性别主流化倡导与培训已经开展数年，目前还在进行中。从倡导的效果看，首先高层决策者已经基本接受了社会性别平等的理念，但是如何将这种理念落实还不太清楚。随着倡导活动的深入，仅仅停留在理念已经不够了，还需要有强大的推动力将理念转化为行动，对于这样一个过程，还需要更多的尝试和经验的积累。

第三，随着倡导活动的深入和国内外形势的发展，倡导者本身也面临知识更新、倡导策略和方式方法的创新、能力建设和队伍建设等问题。目前在总结经验和成功案例的积累方面还远远不够，需要有更多的研究和实践。

最后，有关妇女赋权和社会性别主流化的社会倡导还远远不足以引起全体公众包括妇女的重视。如果没有广大妇女的积极参与，生殖健康领域的妇女赋权将只能停留在决策者和研究者的设想之中。

（四）男性参与和妇女赋权

在促进妇女生殖健康的同时，男性的角色不容忽视。事实上，如果没有男性的参与和支持，妇女就不可能实现真正意义上的赋权和知情决策。此外，一些学者质疑：如果强调以妇女为中心的生殖健康模式，那么是否意味着男子处于这个格局的边缘？因此建议生殖健康的战略思想应当是以男性参与为条件、以妇女为中心。不过，推动男性参与实际上是在知识和文化方面重构社会性别关系。最终需要解决的并不是具体的男性人群和女性人群的问题，而是需要面对整个社会挑战现实，创建一种综合的社会支持系统。^①由于改变文化、重构社会性别关系和创建社会支持系统是一项长期的系统工作，在这方面还需要探索比较成功的模式。

（五）从研究到决策和实践的转化

倡导在生殖健康中的妇女赋权是要通过妇女赋权实现妇女生殖健康的目的。在生殖健康和妇女赋权方面存在规划、实施、推广与持续4方面的问题。清楚妇女赋权的理论和概念固然重要，把概念转化为政策和规划则是第二步，而还需要真正落实政策和规划，随后是成功经验的推广以及持续。每个环节都需要不断探索和尝试，并付出艰辛的努力。

尽管生殖健康领域的不少研究尚未能从妇女赋权的角度分析问题，也缺乏广大妇女的参与，不过已经积累了一定数量的研究成果、试点经验和国内外的经验总结，但是要结合国家和不同地区的实际情况，从社会性别视角和妇女赋权的框架设计或规划项目依然具有挑战性。改变传统做法，按照规划推行新的服务内容和工作方式，将会遇到诸多困难。不过，只有将项目经验制度化和规范化，才有可能真正改变行为。唯有规范化和制度化才可能将具有社会性别视角的生殖健康项目推广并使之持续下去。但是，将成功的尝试规范化和制度化也需要有一个过程。此外，可能面临的挑战是：这些尝试不一定在短时期内看到显著的效果。因此需要有各个相关部门的合作和服务对象的参与，需要有政府的承诺和投入，也需要社会的支持和耐心。

经过10多年的研究、探讨、试点及各种活动的开展，中国在生殖健康和妇女赋权方面已经积累了一定的经验，并在不断地汲取更多的理论知识和学习国际上的成功实践；生殖健康相关领域的社会性别主流化倡导已经初见成效，社会性别问题在一些部门、机构和团体的相关工作中开始受到重视；在一些生殖健康国家项目和国际合作项目中，具有社会性别视角已经成为项目活动设计的评判标准；在生殖健康与妇女赋权方面，不仅已有较为深入的学术理

^① 赵捷：《贴近真实的过程》，朱明若主编：《中国妇女生育健康促进—从需求评估到政策发展》，北京：中国社会科学出版社，2005年。

论探讨，各级相关政府部门和非政府组织也在积极实践和探索。这些基础为生殖健康促进和在生殖健康领域中的妇女赋权提供了有利条件。但是我们也看到在发展的过程中还有不少问题需要解决。事实上妇女赋权和生殖健康与社会经济发展息息相关，也需要全社会的参与。真正实现生殖健康领域中的妇女赋权需要超越妇女和健康领域，结成更为广泛的联盟共同应对挑战。