



## 人口与发展委员会

### 第四十五届会议

2012年4月23日至27日

临时议程\* 项目3

国际人口与发展会议各项建议的后续行动

## 青少年

### 秘书长的报告

#### 摘要

本报告是根据人口与发展委员会第 2010/101 号决定编写的，委员会在该决定中决定在 2012 年审议青少年这一主题。本报告概述了青少年的人口状况，描述了青少年人口的当前和预期趋势、其在婚姻、生育和避孕使用方面的经验、其健康和生存所面临的挑战及其参与国际移徙的情况。报告还提出行动建议，以确保青年人有机会获得他们安全地度过关键的人生过渡期所需要的服务和指导，并更加充分有效地参与社会。这些建议还将有助于加快实现国际人口与发展会议青少年问题行动纲领的各项目标。

\* E/CN.9/2012/2。



## 目录

	页次
一. 导言 .....	3
二. 青少年人口的发展趋势 .....	4
三. 结婚 .....	8
四. 青少年的生育和性活动 .....	11
五. 计划生育 .....	13
六. 青少年健康 .....	17
七. 青年的国际迁徙 .....	21
八. 结论和建议 .....	22
表	
1. 2012 至 2100 年按区域分列的 12-24 岁人口 .....	4
2. 1990 年和 2005 年已婚曾婚或同居曾同居者的百分比 .....	10
图	
一. 1950-2100 年青少年人口的区域分布 .....	5
二. 1950-2100 年期间根据三个预测变量得出的 10-24 岁年龄段人口 .....	7
三. 1950-2100 年期间 12-24 岁年龄段人口占 12-64 岁年龄段人口的比例 .....	7
四. 20-24 岁妇女中 15 岁前结婚的比例与经父母同意最低法定结婚年龄的比较, 按区域分列 ..	9
五. 20-24 岁妇女中 15 岁前结婚的比例与完成初等教育妇女比例的比较, 按区域分列 .....	10
六. 青少年生育率与 15-19 岁已婚曾婚妇女百分比的比较 .....	11
七. 20-24 岁妇女中 20 岁前开始性活动的百分比与 20 岁前结婚妇女的比较 .....	12
八. 青少年妇女生育率与 20-24 岁妇女中 20 岁前开始性活动的百分比的比较 .....	12
九. 15-19 岁男子和女子在 15 岁前开始性活动的百分比比较 .....	13
十. 15-19 岁和 20-24 岁妇女的避孕普及率和未满足避孕需要, 按目的分列 .....	14
十一. 采用传统避孕方法的妇女百分比 .....	16
十二. 按年龄、性别和区域分列的死亡率, 2008 年(每 10 万人) .....	17
十三. 按主要死因、年龄和性别分列的死亡百分比分布, 2008 年 .....	19

## 一. 引言

1. 青春期是从童年到成年的过渡时期。青春期被认为始于青春发育期，这是一个由一系列内分泌变化导致性成熟并形成生殖能力的过程，也是一个生理、心理和情感发展的过程。对于女孩而言，青春发育期的一个关键标志是初经(即月经初潮)，但男孩没有这样一个明确标志。女孩的平均初潮年龄在发达国家<sup>1</sup>为12至13岁，发展中国家可能大致相同或更大一点。男孩的性成熟迹象在大约13或14岁变得明显。不论是女孩还是男孩，每个人的青春发育期开始年龄不尽相同，有可能与平均起始年龄相差4至5岁。虽然青春发育期一般持续2至4年，但是青春期的起止没有严格的界定。在许多社会中，青少年需长期在校学习，法律一般规定法定成年人年龄在18岁或以上，因此，确定青春期的一个办法是重点关注12至17岁的人群。

2. 同样，青年也没有公认的定义。不过，在筹备1985年第一届国际青年年时，国际青年年咨询委员会的报告指出：“相对于儿童和成年人的年龄界定，青年的年龄界定每个国家和文化都有所不同。不过，联合国出于统计目的，将15至24岁的人定义为青年，但不影响其他会员国的定义。”使用15岁而不是18岁作为青年的年龄下限，确实是出于统计的考虑，因为数据通常只是按5年一个年龄组划分的。在实践中，关于青少年的研究对青少年的划分较为灵活。本报告将主要讨论12-24岁的年轻人，但由于数据的限制，“青少年”可能指的是不同年龄组。

3. 2012年，在16亿12-24岁人口中，有8.5亿人的年龄是18-24岁。如果发展中国家的生育率和死亡率水平继续下降，预计青少年的整体人数在未来十年变化不大，可能在本世纪的其余时间保持相对稳定。不过，非洲12-24岁的人口仍在迅速增加，而所有其他区域这一年龄段的人口都在下降，或很快将下降。因此，生活在非洲的青少年在全球青少年总人数中的比例预计将从2012年的18%上升到2040年的28%，而所有其他区域的比例将下降。预计亚洲及太平洋区域的下降幅度将最大，将从2012年的61%下降到2040年的52%。

4. 今天，大多数青少年生活在一个同他们的父母的成长环境所不同的世界。与20年前的年轻人相比，今天的青少年更加健康，更有可能在学校中度过他们的青春期，更有可能推迟加入劳动力大军并推迟结婚和生育。然而，由于变化并不是在世界各地同步发生的，在国家内部和国家之间，青少年之间的差距越来越大。特别是那些生活在贫困中的年轻人面临严峻的不利条件。他们更有可能成为童工，从未上过学或中途辍学，从事危险性行为，以及早婚早育。

<sup>1</sup> G. C. Patton and R. Viner, “Pubertal transitions in health”, 《柳叶刀》第369卷, 第9567号(2007年3月)。

5. 为了缩小年轻人之间的差距，迫切要把重点放在可以给他们生活带来重大变化的服务上。生育率下降和儿童健康的改善增加了上学的需求。确保普及初级教育和扩大中学入学率，可以带来很多好处，特别是提高生产性就业技能，减少危险行为，并培养可以影响年轻人一生健康的习惯。要从教育中获得最大收益，教育的时间长短和内容就都十分重要。年轻人比以往任何时候都不仅需要教育，也更需要积极参与学习，并培养在飞速变化的社会生活所需要的行为技能。

6. 今天的青少年对于实现可持续公平发展至关重要。加大对他们的教育、健康和劳动力市场机会的投资可以为明天的成年人创造好的生活，并在这个过程中，最终缩小国家之间的人类发展差距。这份报告提供了一个青少年人口概览，从其人数和在劳动年龄人口中所占比例谈起，因为青年人口的绝对规模和相对规模影响到公共部门服务需求和劳动力供给。报告还介绍了他们的家庭组建模式、性和生殖健康、主要的病因和死亡原因及一些移徙问题，并就在这些与人口有关的重点领域改善青少年的生活条件提出了建议。

## 二. 青少年人口的发展趋势

7. 在全球范围内，青少年人数正处于历史最高水平，<sup>2</sup> 但如果全球生育率继续下降，这一数目在未来几十年可能不会增加很多。2012年，全世界12-24岁人口有16亿，其中7.21亿为年龄在12-17岁之间的少年，8.5亿为年龄在18-24岁的青年(见表1)。如果全球生育率和死亡率继续下降，那么在本世纪其余时间内，这两个年龄组的人数预计将在窄幅范围内波动，少年人数将在2015年的7.21亿和峰值2030年的7.62亿之间波动，青年人数将在2020年的8.35亿和峰值2065年的8.84亿之间波动。2040年，世界预计将有7.55亿少年和8.83亿青年。

表 1

2012 至 2100 年按区域分列的 12-24 岁人口

(百万)

区域	2012	2040	2100
<b>12-17 岁</b>			
世界	721	755	731
非洲	142	225	305
亚洲及太平洋	432	387	293

<sup>2</sup> 第二节中列出的所有估计数均来自《世界人口前景：2010年订正本—扩展数据集》，联合国出版物，出售品编号：11.XIII.7，DVD。

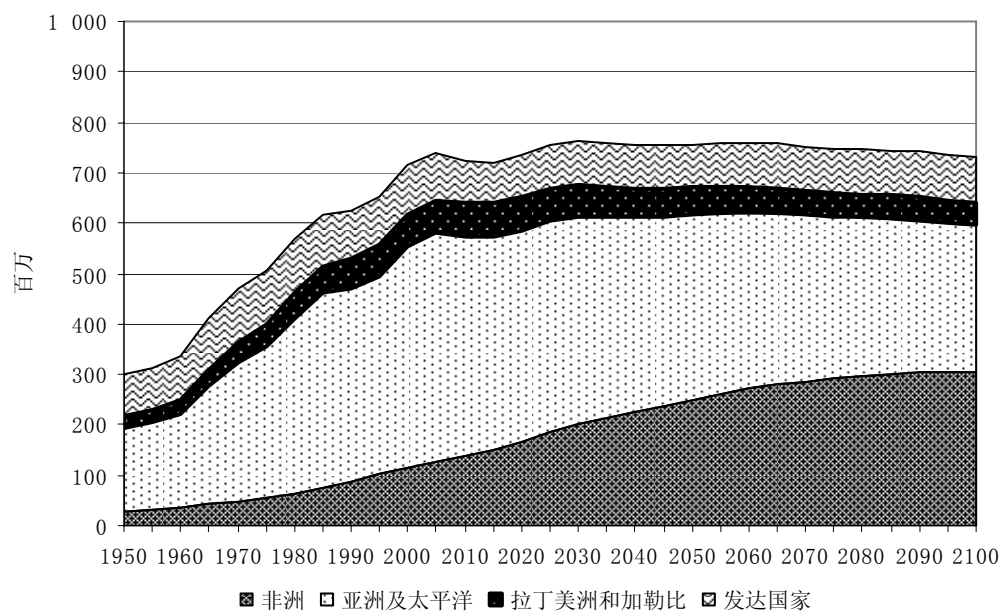
区域	2012	2040	2100
拉丁美洲和加勒比	66	58	43
发达国家	82	85	90
<b>18-24 岁</b>			
世界	850	883	859
非洲	144	241	353
亚洲及太平洋	521	469	349
拉丁美洲和加勒比	74	70	51
发达国家	111	104	106

8. 相对稳定的全球青少年人口数掩盖了各区域的重大变化(见图一)。也就是说, 尽管在未来数十年中, 大多数区域的青少年人数预计将减少或变化不大, 但是在非洲, 青少年人数将显著增加(到 2040 年, 少年人数增加 62%, 青年 70%)。因此, 非洲在世界青少年中所占比例将从 2012 年的 18% 上升到 2040 年的 28%, 并可能到 2100 年达到 41%。在非洲, 年轻人数量的快速增加将可能产生深刻的社会和经济影响, 因为这种增长发生在失业青年和贫穷的就业青年比例高于成年人的地方。<sup>3</sup>

图一

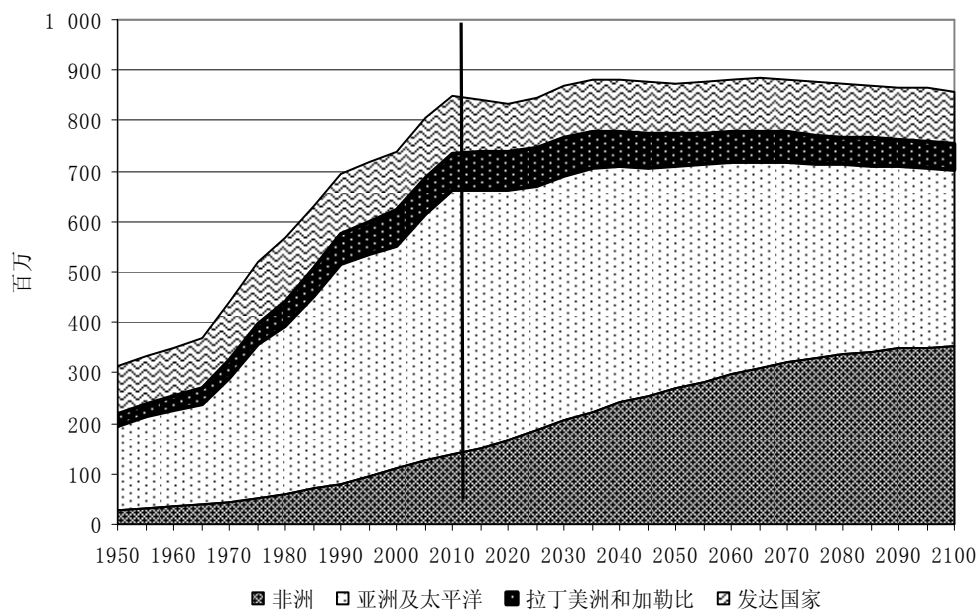
## 1950-2100 年青少年人口的区域分布

## 12-17 岁人口



<sup>3</sup> 国际劳工局《2012 年全球就业趋势: 防止就业危机的加深》, (日内瓦, 国际劳工局, 2012 年)。

## 18-24 岁人口



9. 在除非洲以外的所有主要区域，12-24 岁的人口正在下降或很快将下降。发达国家的青少年人数正在迅速下降，每年下降 1.4%。然而近年来，生育率上升加上较年轻的移民数量净增，这将减缓下降速度，甚至导致未来出现短期增长。在亚洲及太平洋区域，12-24 岁人口正在以每年 0.6% 的速度下降，预计在可预见的未来将会减少。在拉丁美洲和加勒比区域，青少年的数量在缓慢增长，每年增长 0.2%，但预计在 2015 年后将以越来越快的速度下降。

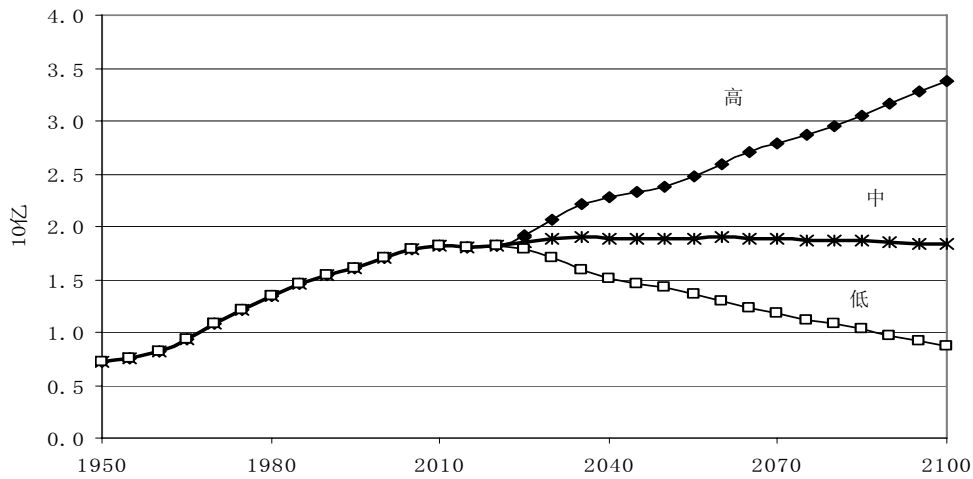
10. 与此形成鲜明对比的是，在非洲，12-24 岁的人口正在以每年 1.9% 的速度上升，一直到 2040 年以后很长时间都将继续迅速增长，即使非洲的生育率从今天的每名妇女生育 4.5 个子女降至 2040 年的每名妇女生育 3.1 个子女。如果生育率下降速度比这更慢，则将导致人口的更快增长。

11. 未来青少年人数的稳定无法保证。即使未来生育率有小的差异，也会意味着青少年人数的重大变化。在本世纪其余时间，要想让 10-24 岁年龄段人口<sup>4</sup> 在 18 亿和 19 亿之间波动，全球生育率就必须从 2010 年的每名妇女生育 2.5 个子女下降到 2100 年的每名妇女生育 2.0 个子女。如果未来每个妇女的生育率保持在比上述水平仅仅多 0.5 个子女，那么 10-24 岁年龄段人口就可能到 2040 年上升至 23 亿，到 2100 年上升至 34 亿。如果生育率下降更快，保持在每个妇女比上述水平少 0.5 个子女，那么 10-24 岁年龄段人口到 2040 年就可能下降至 15 亿，到 2100 年就可能下降至 9 亿(见图二)。

<sup>4</sup> 只有按 5 岁一档划分的年龄组才有不同的生育率预测变量数据。

图二

1950-2100 年期间根据三个预测变量得出的 10-24 岁年龄段人口

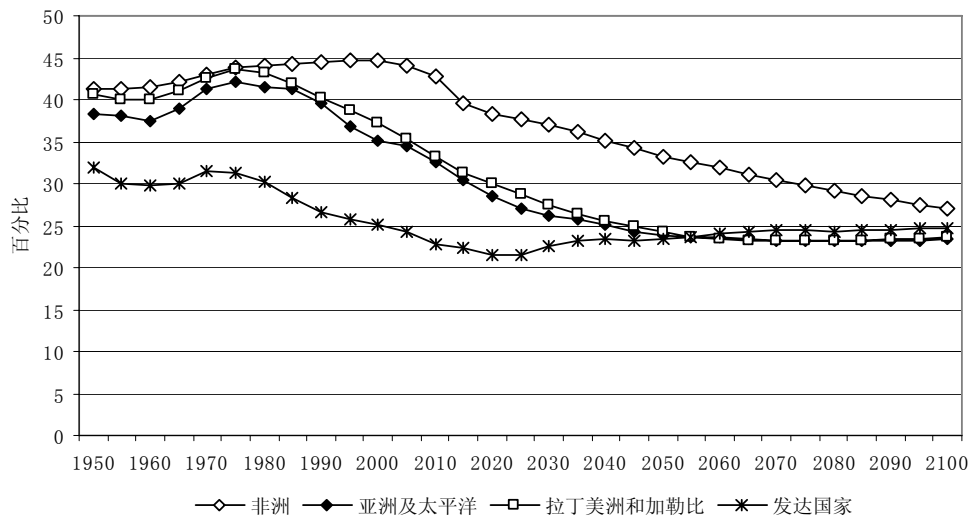


12. 一种担心是人口中青年人的比例居高，但在全球范围内，这一比例在 1985 年达到峰值 26%。青年人在 12-64 岁的“工作年龄”人口中的比例在 1975 年达到高峰 39%。这一年，亚洲及太平洋区域和拉丁美洲和加勒比区域 12-24 岁的年轻人在 12-64 岁年龄段人口中的比例分别达到 42%和 44%的高峰。在发达国家，1970 年达到高峰 31%。在非洲，年轻人在劳动年龄人口中的比例在 2000 年达到最高点 45%。今天在所有区域，12-24 岁年龄段人口在 12-64 岁年龄段人口中的比例正在减小，预计将继续下降，条件是发展中国家的生育率继续下降(见图三)。

图三

1950-2100 年期间 12-24 岁年龄段人口占 12-64 岁年龄段人口的比例

12-24 岁人口在 12-64 岁人口中的百分比



13. 目前, 12-24 岁年龄段人口仍然占劳动年龄人口的相当大部分。这一比例在非洲最高(43%), 其后是亚洲及太平洋以及拉丁美洲和加勒比区域(各为 33%)和发达国家(23%)。到 2040 年, 全世界 12-24 岁年龄段人口预计将占 12-64 岁年龄段人口的 27%, 非洲为 35%, 亚洲及太平洋与拉丁美洲和加勒比区域均为 25%, 发达国家为 23%。

14. 在全球范围内, 12-24 岁年龄段人口中男性多于女性, 男女比例为 106 比 100。非洲及拉丁美洲和加勒比区域的男性比例最低, 为 102 比 100, 亚洲及太平洋区域最高, 为 109。在发达国家, 年轻男性比例是 105。

### 三. 结婚

15. 结婚是通往成人道路上的一个重大里程碑。历史上, 在多数社会结婚标志着夫妻生殖生活的开始。目前, 各个社会在结婚后是否立即生育方面差异较大。此外, 在许多社会同居已经成为常见的结婚替代做法, 而同居关系的形成不像正式结婚那样具有明确的起始日期。

16. 在预期寿命低、许多儿童年幼夭折、产妇死亡率居高不下的情况下, 社会鼓励早婚以充分延长夫妻的生殖生活。今天, 各国的预期寿命达到历史新高, 绝大多数儿童能够长大成人。并且, 为所有儿童提供最低限度的教育已经成为共同目标。随着义务教育年数增加以及社会为青年就业和创造价值提供的选择增多, 青年人有了更大的抱负, 往往选择推迟结婚。此外, 人们普遍认为过早生育会加大母婴双方的风险。各社会一致认为应采取更好的做法, 即通过法律规定最低结婚年龄, 把结婚年龄推迟至成年。因此, 在提供法定最低结婚年龄信息的 187 个国家中, 有 158 个国家允许妇女在未经父母同意的情况下最早在 18 岁结婚, 有 180 个国家允许男子在未经父母同意的情况下最早在 18 岁结婚。

17. 大多数国家禁止妇女在未经父母或有相关决定权者同意的情况下在 18 岁前结婚, 但有 29 个国家允许在有上述同意的情况下更早结婚, 其中 16 个为亚洲和太平洋国家, 7 个为非洲国家, 2 个为加勒比国家, 其余 4 个为发达国家。在其中 7 个国家, 妇女在未经父母同意情况下可在 15 岁结婚。此外, 至少有 146 个国家的法律允许妇女在 18 岁前结婚, 条件是需得到父母或有相关决定权者的同意, 至少有 27 个国家的结婚年龄低于 15 岁。在男子方面, 107 个国家允许其在经父母或有相关决定权者同意的情况下在 18 岁前结婚。

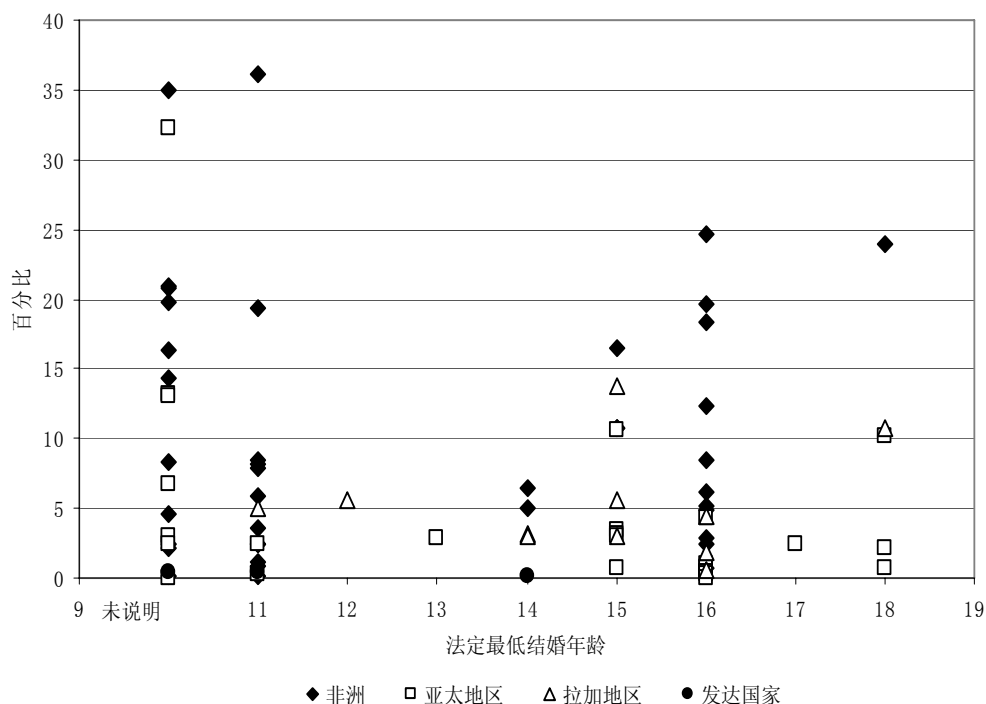
18. 在一些国家, 众多妇女过早结婚, 或因为法律允许经父母同意可以早婚, 或因为法定最低结婚年龄没有严格执行。在一些国家, 法律可能会包括对一些种族或宗教团体和婚姻形式的豁免规定。最近 80 个国家的调查数据显示, 23 个国家在接受调查时 20-24 岁妇女在 15 岁前结婚的至少占 10%, 其中 16 个是



非洲国家，5 个为亚洲和太平洋国家，2 个为拉丁美洲和加勒比国家。但是，妇女早婚比例与经父母同意的最低可结婚年龄之间的联系十分松散(见图四)。即使经父母同意的最低结婚年龄为 15 或 16 岁，一些国家仍有很高比例的年轻妇女在 15 岁前结婚。并且，在没有规定妇女经父母同意最低结婚年龄的国家，15 岁前结婚的年轻妇女的比例差异很大。这一证据显示，法律行动不足以减少妇女早婚现象。如果父母允许甚至鼓励年幼的女儿早婚，那么推迟结婚年龄也就取决于改变父母对接受早婚的看法，取决于如何看待与早婚相联系的实际或认为的利益。

图四

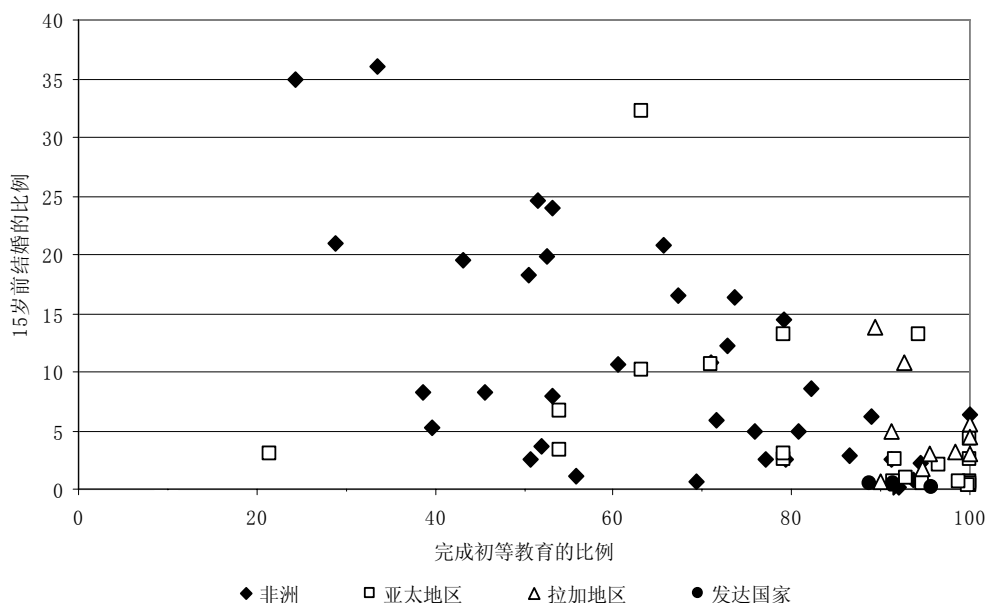
20-24 岁妇女中 15 岁前结婚的比例与经父母同意最低法定结婚年龄的比较，按区域分列



19. 如果女童接受教育，她们早婚的可能性就会降低。因此，15-24 岁妇女的文盲比例越高，其早婚的可能性也就越大。并且，20-24 岁妇女中 15 岁前结婚的比例在妇女完成初等教育比例较低的国家往往较高(见图五)，调查显示没有受过教育或接受过初等教育的妇女的早婚倾向要大于完成中等教育的妇女。如果社会认可女童接受教育的价值，那么女童的结婚年龄就会推迟。

图五

20-24 岁妇女中 15 岁前结婚的比例与完成初等教育妇女比例的比较, 按区域分列



20. 从全球来看, 结婚年龄不断提高, 因此已婚曾婚青年比例也在下降(见表 2)。1990 年 15-19 岁妇女中的已婚曾婚比例为 18%, 到 2005 年降到了 15%。男子的比例分别为 4%和 2%。在 20-24 岁妇女中, 已婚曾婚比例从 60%下降至 51%, 已婚曾婚男子从 31%下降至 23%。各区域在结婚年龄, 特别是妇女结婚年龄方面的差异十分显著。2005 年, 15-19 岁妇女的已婚曾婚比例最高的地区依次为西非和中部非洲(33%和 29%)、南亚(28%)、东非(26%)和中美洲(20%)。与此相比, 发达国家妇女推迟结婚年龄, 甚至在 20-24 岁妇女中, 已婚曾婚或同居曾同居的比例仅占 26%。推迟结婚的做法在南部非洲和东亚也十分普遍, 2005 年 20-24 岁妇女中已婚曾婚者比例分别为 23%和 37%。

表 2

1990 年和 2005 年已婚曾婚或同居曾同居者的百分比

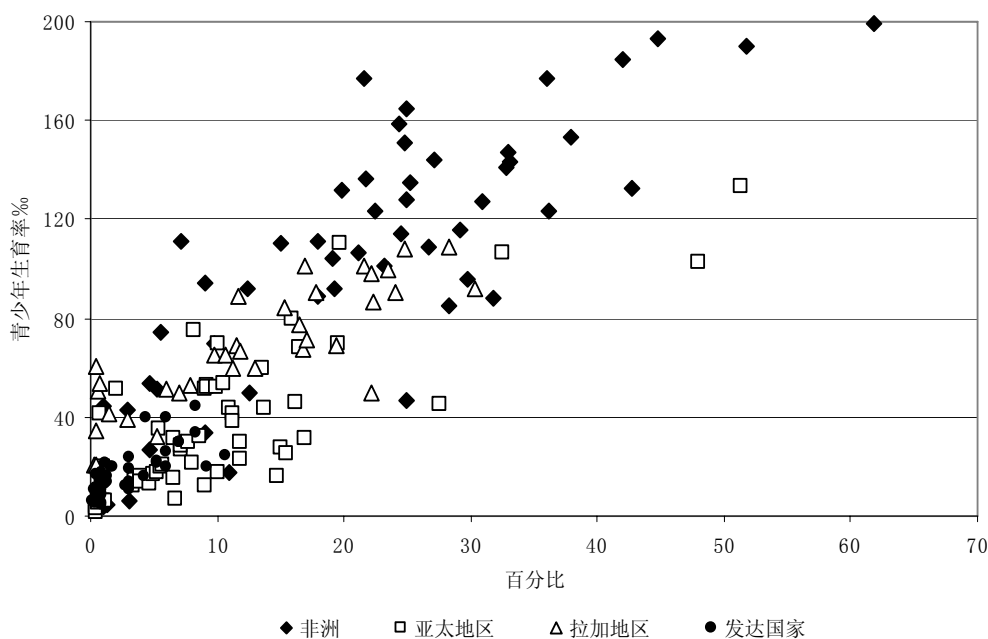
	妇女				男子			
	1990 年		2005 年		1990 年		2005 年	
	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24
世界	18	60	15	51	4	31	2	23
非洲	27	65	24	61	4	25	2	21
亚太地区	19	66	15	56	5	36	2	24
拉加地区	16	52	16	48	4	32	4	32
发达国家	5	37	4	26	1	19	2	14

#### 四. 青少年的生育和性活动

21. 结婚或同居往往是生育意愿使然，因此青少年的生育水平与结婚或同居的比例密切相关。包括 42 个非洲国家在内的 82 个国家的数据显示，青少年的生育率随 15-19 岁妇女的已婚比例增加而提高(见图六)。在各个区域，青少年生育率从 1990 年开始下降，但在非洲和拉加地区仍居高不下，2008 年 15-19 岁已婚妇女的生育率为 101%，南亚为 77%，拉丁美洲和加勒比为 73%。在全球范围内，2008 年青少年生育率为 56%，超过发达国家(24%)一倍以上。<sup>5</sup>

图六

青少年生育率与 15-19 岁已婚曾婚妇女百分比的比较



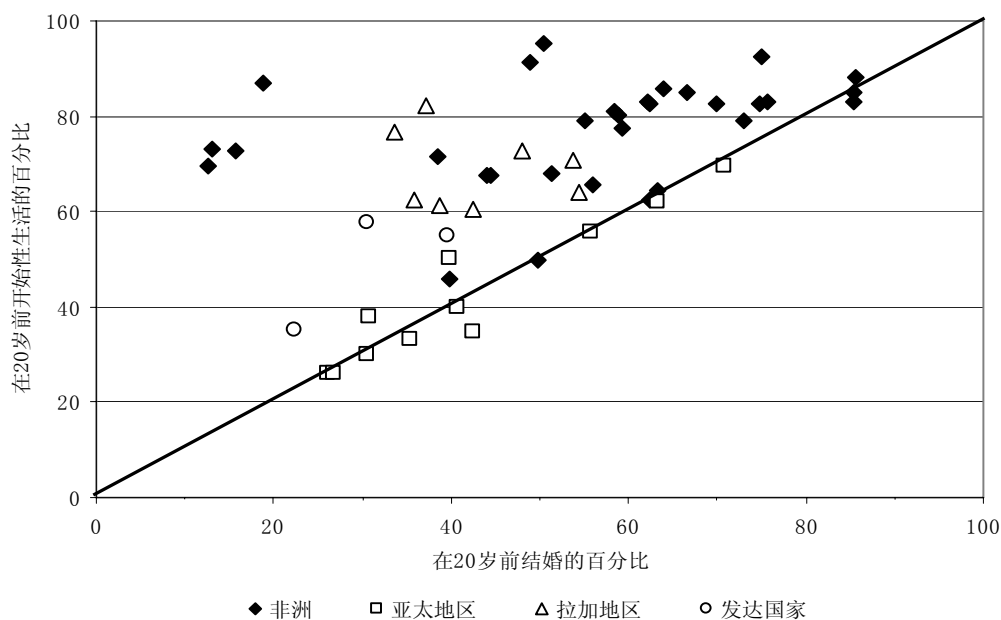
22. 年轻母亲在妇女生育总数中占有重要比例。2010 年，15-19 岁妇女生育人数占当年 1.35 亿新生婴儿的 12%，20-24 岁妇女占 32%。在非洲和拉加地区，15-19 岁年轻母亲分别占生育总数的 15%和 18%。在亚洲和太平洋和拉加地区，15-24 岁妇女占生育总数的 47%，在非洲占 42%。在发达国家，同年龄段妇女占生育总数的比例较低，为 25%。<sup>5</sup>

23. 在许多社会，青年的性活动在结婚之前就已开始。包括 31 个非洲国家在内的 53 个国家的数据显示，婚前开始性活动的妇女比例很高。因此，参加调查时 20-24 岁妇女中报告在 20 岁前有性活动的比例一般高于 20 岁前结婚并在之前有性活动的比例(见图七)，只有亚洲少数国家例外。由于青少年妇女的避孕比例较低，婚后或婚前性活动的早发造成了青少年生育率的提高(见图八)。

<sup>5</sup> 《世界人口前景》。

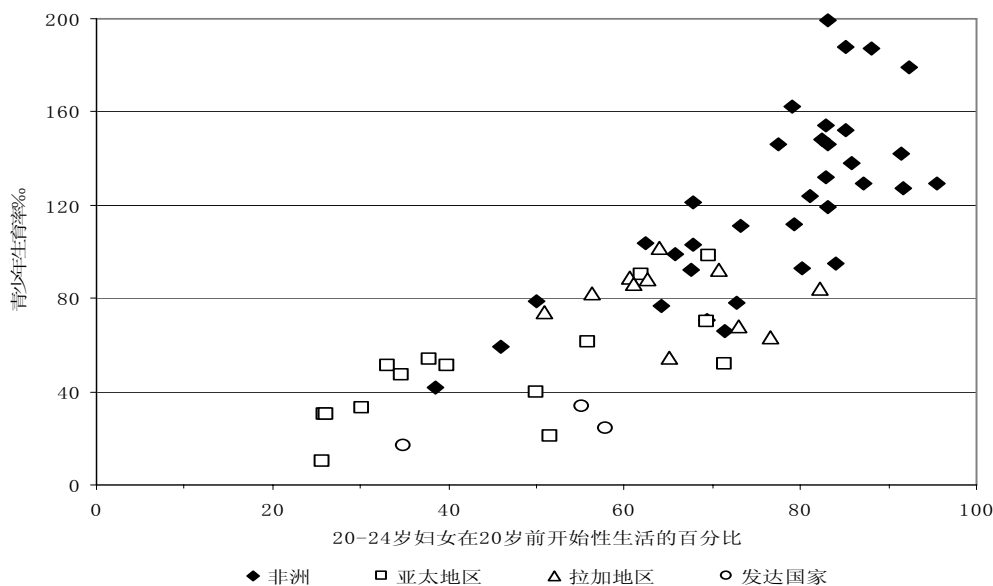
图七

20-24 岁妇女中 20 岁前开始性活动的百分比与 20 岁前结婚妇女的比较



图八

青少年妇女生育率与 20-24 岁妇女中 20 岁前开始性活动的百分比的比较

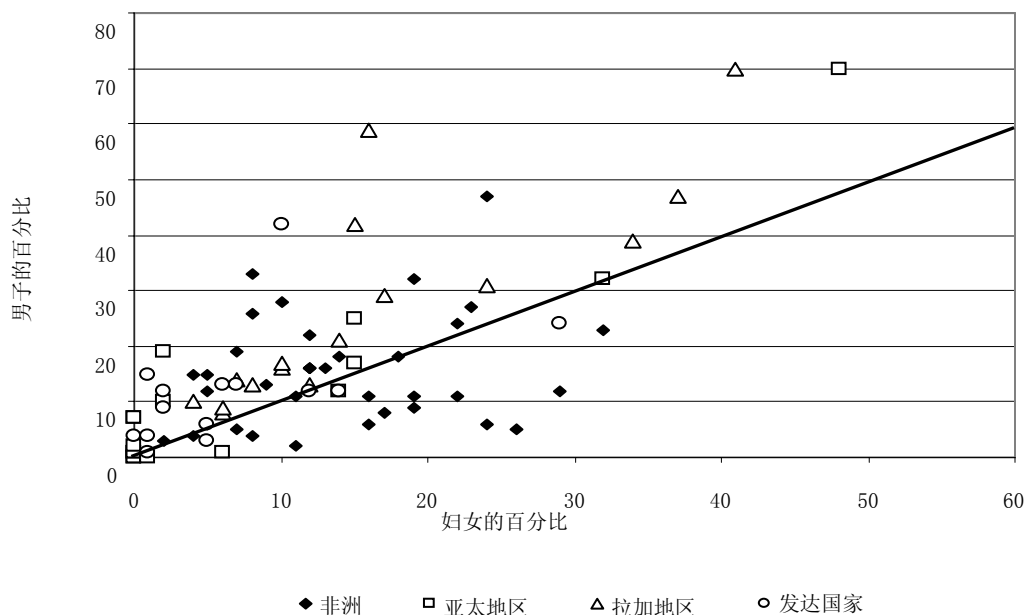


24. 在许多国家，性活动始于 15 岁前的少年期，男子的性活动往往早于女性。在有数据的 82 个国家(主要为非洲和拉加国家)中，55 个国家的 15-19 岁男子在 15 岁前开始性活动的比例高于女性(见图九)。在受调查的国家中，至少有 15% 的少年女子在 15 岁前就开始性活动的国家为 27 个，至少有 15% 的少年男子在 15

岁前就开始性活动的国家为 36 个。少年期开始性活动，受到胁迫或强迫的可能性要大于几年后开始性活动，而且性活动遭受胁迫的经历会产生风险性行为等不良后果，会增加意外怀孕和性传播感染(包括艾滋病毒)以及焦虑、抑郁或自杀等心理健康障碍的可能性。

图九

15-19 岁男子和女子在 15 岁前开始性活动的百分比比较



## 五. 计划生育

25. 青少年计划生育的数据主要局限于发展中国家。<sup>6</sup> 最近 64 次调查的相关数据涉及全球 15-24 岁妇女中的 26%，但在非洲同年龄段妇女中的百分比为 43%，亚洲为 27%，拉加地区为 29%。这些调查结果是本节的主要依据，因此本节重点述及发展中国家。

26. 近一半的已婚年轻妇女希望不久生育子女。因此，在 64 次调查中包括的目前 15-19 岁已婚妇女中，56%希望不久生育子女或已按计划怀了孕，20%采取避孕措施，24%不希望怀孕但也没有以任何方式避孕，这意味着她们的避孕需求没有满足。在 20-24 岁已婚妇女中，42%已经怀孕或希望怀孕，37%采取避孕措施，21%的避孕需求没有满足。

<sup>6</sup> 第五节中的估计数字来自 Measure DHS 最近的人口和卫生调查；大多为 2005 年或更晚的数据。见 [www.measuredhs.com/data/STATcompiler.cfm](http://www.measuredhs.com/data/STATcompiler.cfm)。

27. 在非洲和亚洲，已经怀孕或希望怀孕的年轻妇女的比例高于采取避孕措施的妇女。在提供数据的 64 个国家中的 26 个非洲国家和 11 个亚洲国家，15-19 岁已婚妇女就是这种情况，20 个非洲国家和 3 个亚洲国家 20-24 岁已婚妇女的情况同样如此。与此相对照，在有数据的所有拉丁美洲国家，年轻已婚妇女中采取避孕措施的比例要高于已经怀孕或希望怀孕的妇女。

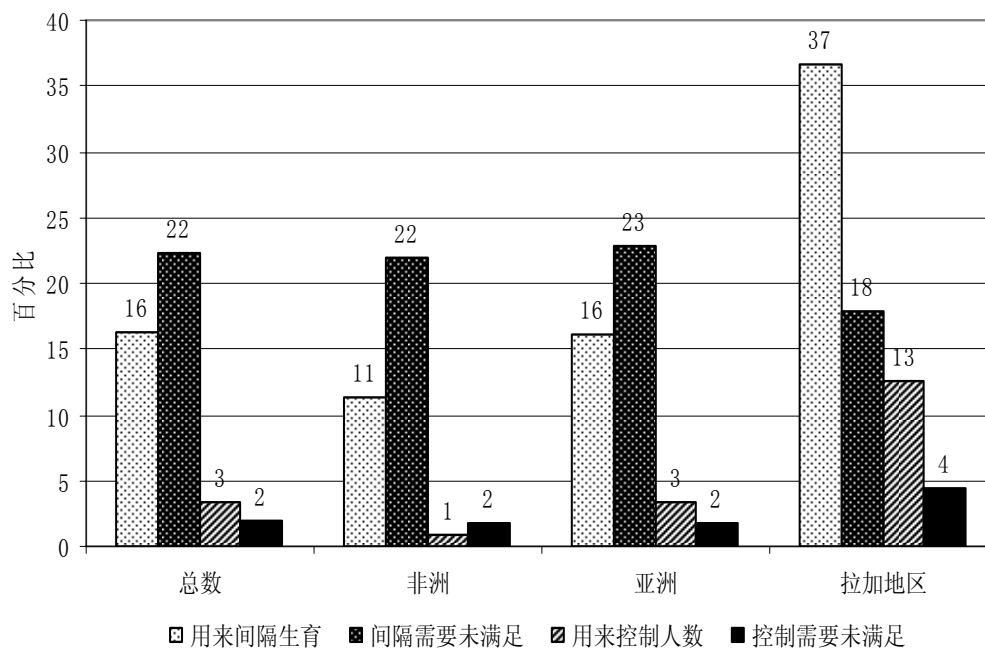
28. 拉加地区年轻已婚妇女采取避孕措施的比例最高，15-19 岁已婚妇女中的一半采取避孕措施(37%为间隔生育，13%为限制数量)，20-24 岁已婚妇女中有 62% 采取避孕措施(36%为间隔生育，26%为限制数量)(见图十)。在非洲和亚洲，15-19 岁已婚妇女采取避孕措施的比例要低得多，分别为 12%和 20%。在亚非两洲，20-24 岁已婚妇女采取避孕措施的比例要高出一倍，非洲为 24%，亚洲为 38%。

29. 各个地区避孕普及程度不同，但避孕需求未满足情况大致相同，在 15-19 岁已婚妇女中的比例更高一些。这一年龄段未满足需求的比例在拉加地区为 22%，亚洲为 25%。20-24 岁妇女未满足需求比例以拉加地区最低，为 17%，非洲最高，为 25%。在非洲，已婚妇女未满足需要的比例特别高，是 15-19 岁采取避孕措施妇女的两倍，并略高于 20-24 岁采取避孕措施的妇女比例。在亚洲，15-19 岁已婚妇女中未满足需求的比例大于采取避孕措施的比例。

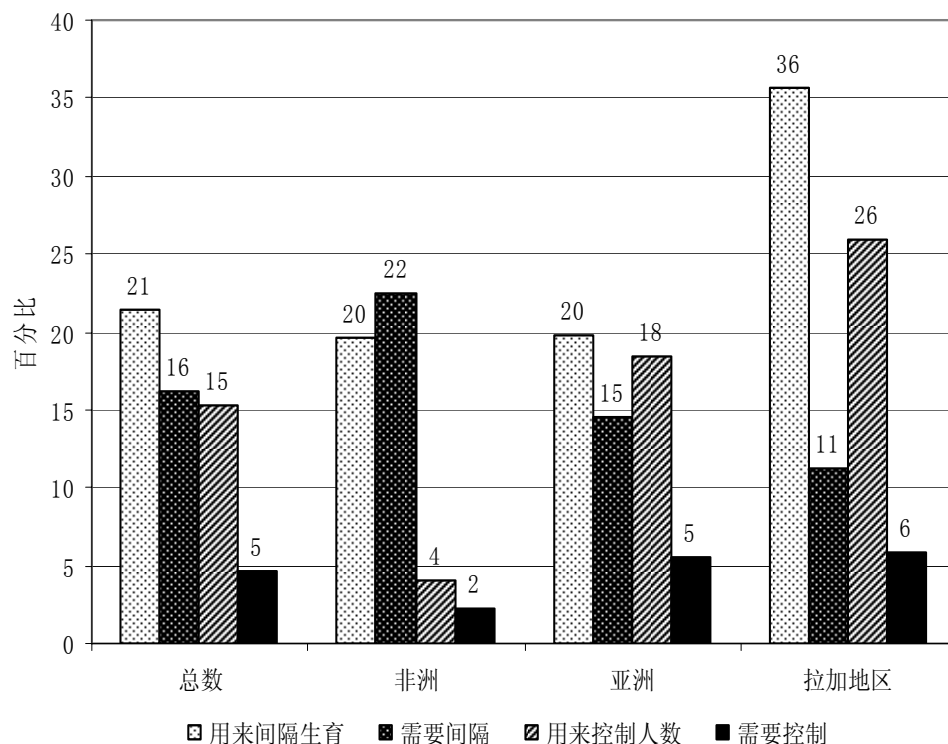
图十

15-19 岁和 20-24 岁妇女的避孕普及率和未满足避孕需要，按目的分列

15-19 岁已婚妇女



## 20-24 岁已婚妇女

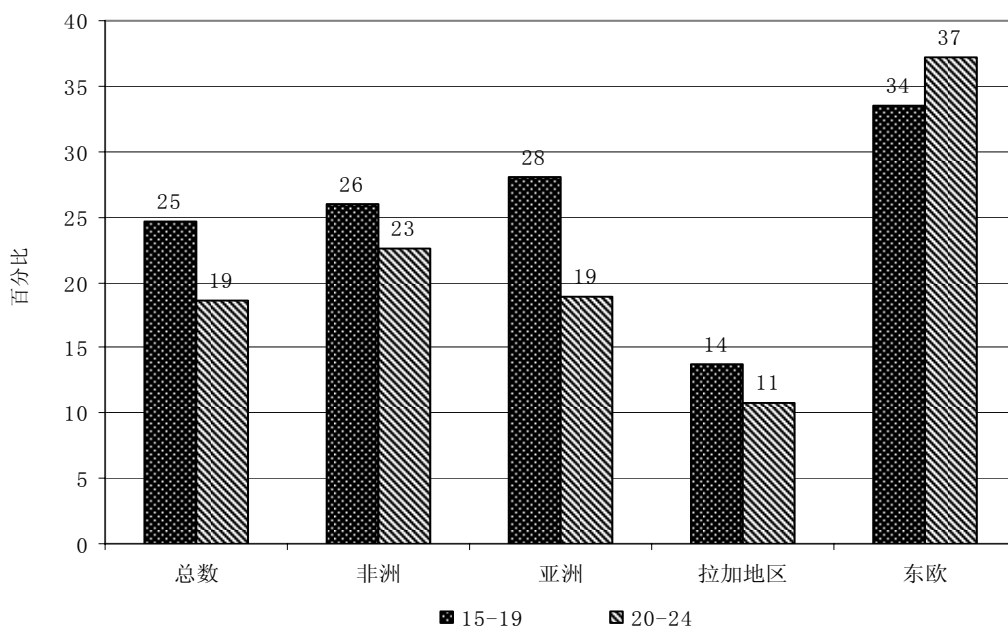


30. 15-19 岁年轻已婚妇女采取避孕措施，主要是为了间隔生育。因此，该年龄段 83% 的避孕妇女希望加大生育间隔。随着生育达到希望数目，更多的妇女会通过避孕控制家庭人数，因此为控制人数而避孕的妇女比例随年龄的增长而上升，而为间隔生育采取避孕措施的妇女比例则会下降。在 20-24 岁已婚妇女中，42% 希望通过避孕控制家庭人数。控制家庭人数的意愿在非洲最低，20-24 岁避孕妇女中仅有 17% 报告为此目的采取避孕措施。而这类妇女的比例在亚洲和拉加地区较高，在亚洲占 20-24 岁已婚妇女的 48%，在拉加地区 20-24 岁采取避孕措施的已婚妇女中有 42% 希望终止生育，特别值得注意的是，15-19 岁妇女中也有 25% 希望终止生育。

31. 在避孕需求未获满足的年轻妇女中，多数希望间隔生育，而不是控制家庭人数。因此，在非洲和亚洲 15-19 岁避孕需求未获满足的已婚妇女中，有 92% 希望推迟下次怀孕的时间。拉加地区的比例为 80%。

32. 未采取避孕措施的妇女中避孕需求未获满足的比例很高，而且大批采取避孕措施的妇女仍然依靠传统避孕方法，但其效力要低于现代方法(见图十一)。在提供避孕方法数据的 83 个国家中，15-19 岁避孕妇女中有 25% 采用传统方法，20-24 岁妇女的比例则为 19%。此外，在所有发展中地区，与 20-24 岁妇女相比，较年轻妇女使用传统方法的可能性更大。

图十一  
采用传统避孕方法的妇女百分比



33. 未婚但有性活动的年轻女子更希望避孕，因此与已婚妇女相比采取避孕措施的可能性更大。在提供相关数据的 62 个国家中，除 5 个国家外，在 15-19 岁年龄段，未婚但有性活动妇女的避孕普及率超过已婚妇女；除 10 个国家外，20-24 岁年龄段妇女的情况也是如此。但在包括 22 个非洲国家在内的 30 个国家中，15-19 岁有性活动妇女中采取避孕措施的不到一半，在包括 12 个非洲国家在内的 17 个国家中，20-24 岁有性活动妇女采取避孕措施的比例也是一样。总体而言，在所有受调查的 62 个国家，15-19 岁妇女中有性活动并采取避孕措施的比例约为 10%，20-24 岁妇女的这一比例为 27%。虽然现代避孕方法的使用较为普及，但有 23% 的 15-19 岁未婚妇女依靠传统方法，20-24 岁妇女用此方法的则为 16%，而在非洲，上述比例分别上升到 29% 和 20%。

34. 综上所述，许多 15-24 岁的妇女采取避孕措施以推迟怀孕或间隔生育。同时，众多想拉长生育间隔的妇女的避孕需要未获满足，大批妇女仍然采用传统避孕方法，非洲妇女和 15-19 岁妇女的情况尤为突出。并且，有性活动但未采取避孕措施的未婚年轻妇女比例很高。其结果是，在发展中国家每年发生 600 万起以上意外怀孕，<sup>7</sup> 多数以不安全流产告终。为所有有需要的青少年男女提供更好的计划生育服务，是减少意外怀孕和不安全流产的有效战略。各国政府有责任帮助青年获得以负责任姿态建立家庭的手段。

<sup>7</sup> 古特马赫研究所和国际计划生育联合会，《发展中世界青少年妇女性健康和生殖健康概况》，2010 年 6 月，见 <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>。



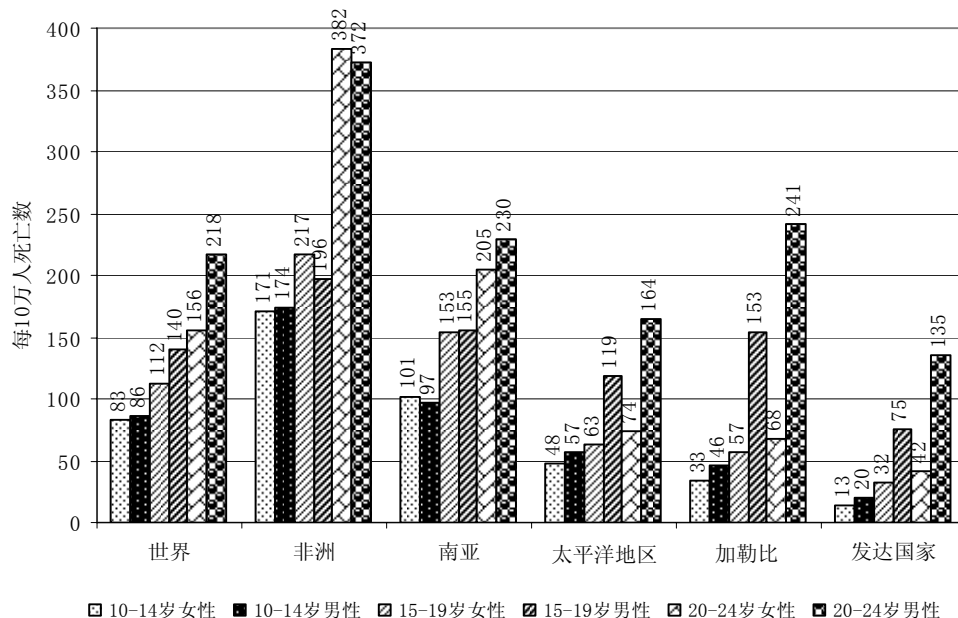
## 六. 青少年健康

35. 青春期一般是人生中最健康的时期。人的体力、速度、体能和许多认知能力在这一时期达到高峰。不过，青春发育期也是发生主要生理变化、可能威胁生命的健康风险变得突出的一个时期。<sup>8</sup> 对健康具有长期影响的少年行为包括吸烟、饮酒和使用非法药物。饮食和运动习惯也在人生的这一时期固定下来。生殖成熟和性活动的开始使年轻人容易受性传播感染，包括感染艾滋病毒的风险。对于少女来说，早孕和分娩与发病率和死亡率较高有关，尤其是在发展中国家。对于男性少年和青年来说，受伤的风险增加，特别是因为他们比女青年更可能会出交通事故、参与暴力或战争。青春发育期还出现某些心理障碍，增加自杀风险。结果是从青春期初期到成年初期的发病情况发生显著变化。

36. 在大多数人口群中，10-14 岁年龄组的死亡率最低。在全球范围内，10-14 岁男性的死亡率是每 10 万人中 86 人，女性为每 10 万人中 83 人(见图十二)。在这段年龄后，死亡率明显增加，但男性增幅高于女性：20-24 岁男性的死亡率比 10-14 岁男性高 2.5 倍，而对于女性来说，20-24 岁组的死亡率比 10-14 岁组高 1.9 倍。

图十二

按年龄、性别和区域分列的死亡率，2008 年(每 10 万人)



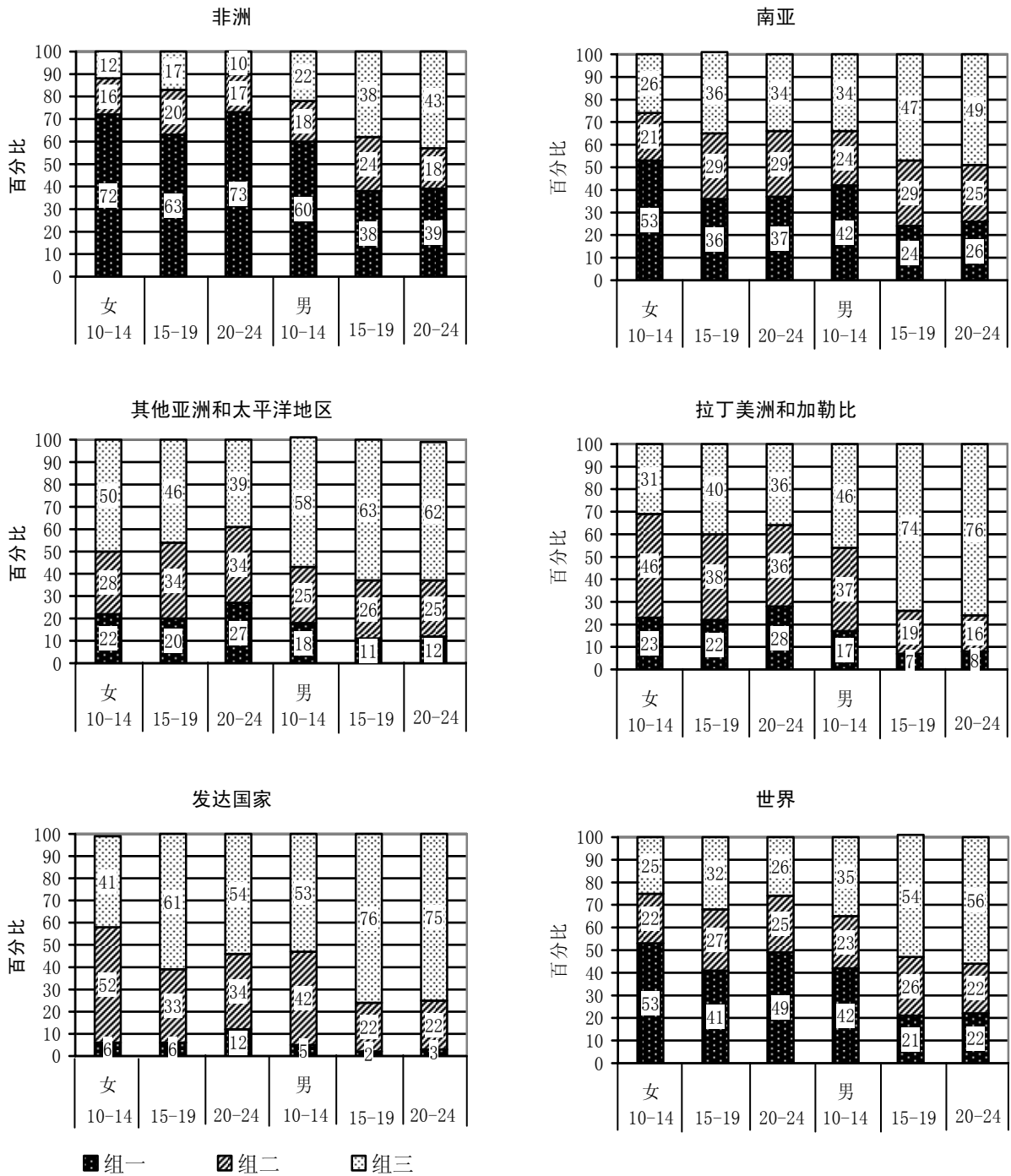
<sup>8</sup> 除非另有说明，第六节中列出的数据产生于世界卫生组织制作的 2008 年按起因、年龄和性别分列的死亡率估计数特别表格，见 <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/index.html>。

37. 青少年死亡率一般是男性高于女性，往往差距很大。非洲 15-24 岁和南亚 10-14 岁的女性死亡率是例外。在非洲，孕产死亡率和艾滋病毒/艾滋病流行率居高，是女青年死亡率一直较高的主要原因。在南亚，妇女地位低下是女性少年和青年死亡率较高的根源，导致早婚、早育和无法获取保健服务。在其他亚洲和太平洋地区、在拉丁美洲和加勒比以及在发达国家，15-24 岁的女性死亡率明显低于男性死亡率。男青年死亡率很高以及随着年龄增加而迅速上升，在很大程度上，要归因于包括道路交通事故、凶杀和自杀的伤害造成的死亡人数增加。

38. 世界卫生组织(世卫组织)将死因分为三组。组一包括传染病和寄生虫病、呼吸道感染、孕产妇和围产期的疾病。<sup>9</sup> 组二覆盖非传染性疾病，包括肿瘤(癌症)、心血管、呼吸和消化系统疾病、糖尿病、营养和内分泌失调以及神经精神障碍。组三包括所有伤害，无论是有意还是意外伤害。1950 年以来取得的死亡率下降在很大程度上是成功控制传染病传播和治疗传染病的结果。因此，今天在大多数国家，在所有死亡中，传染病致死的比例较低。主要例外是在撒哈拉以南非洲和南亚各国。在那里传染性疾病仍然是主要死因。由于与较年长的人相比，10-24 岁人口不太可能死于非传染性疾病，故在非洲和南亚该年龄组死于传染病的比例很高(见图十三)。在非洲，包括孕产原因和艾滋病毒/艾滋病的传染病仍是 10-24 岁妇女的主要杀手，占其死因的 70%和男性同龄人死因的 44%。在南亚，传染病占 10-24 岁女性死因的 40%和男性死因的 29%。从全球来看，10-24 岁女性死因的 47%和男性死因的 26%是传染病，在女性的情况下，包括孕产原因。

<sup>9</sup> 这里所用的“传染病”一词是指组一死因，同时认识到许多孕产和围产死亡不是传染病造成的。“非传染病”一词在这里是指所有组二死因，尽管如有些癌症表明有传染性起因。

图十三  
按主要死因、年龄和性别列的死亡百分比分布，2008年



39. 15-24 岁产妇死亡的 90%发生在非洲和南亚。早育、高生育率以及缺乏足够的孕产保健服务，包括训练有素的接生员，导致这些区域的产妇死亡人数很高。此外，少女孕产死亡和疾病是大多数发展中国家的一个重大公共卫生挑战。与 20-24 岁妇女相比，15-19 岁妇女在怀孕或分娩期间死亡的可能性高一倍。在不安全条件下堕胎危害妇女生命，是另一个主要的健康问题。2008 年发生的 15-19 岁妇女不安全堕胎估计为 300 万人次。<sup>10</sup> 要预防不安全堕胎，就必须降低少女意外怀孕发生率，特别是便利她们获取现代避孕药具。

40. 艾滋病毒/艾滋病是非洲的一个主要死因。2008 年，非洲占 10-24 岁艾滋病毒/艾滋病所致死亡的 83%。联合国艾滋病毒/艾滋病规划署(艾滋病署)估计，非洲 15-24 岁妇女的 3.4%和其男性同龄人的 1.4%是艾滋病毒感染者，但各国的发病率有很大差异。<sup>11</sup> 在博茨瓦纳、莱索托、南非和斯威士兰等受影响严重国家，12%至 16%的 15-24 岁妇女是艾滋病毒感染者。由于在大多数国家这场流行病始于 1980 年代或 1990 年代，从母亲感染艾滋病毒的儿童是今天的青少年艾滋病感染者。随着抗逆转录病毒治疗利用的扩大，围产期感染儿童活到青春期和成年初期的人数将增加。不过，总体而言，大多数人是因无保护性交患病的。

41. 伤害是年轻人的主要杀手，特别威胁男青年。在全球范围内，伤害造成的死亡占 10-24 岁男性死因的 51%和女性死因的 28%。在发达国家(73%)、拉丁美洲和加勒比(72%)和亚洲(不包括南亚)和太平洋地区(62%)的 10-24 岁男性中，伤害造成的死亡最多。伤害也是发达国家 10-24 岁女性的主要杀手，导致其死亡的 55%。在南亚，伤害造成的男青年死亡的比例高于传染病(45%对 29%)。伤害是女性的第二大死因，占 10-24 岁女性死因的 33%。甚至在非洲，10-24 岁男性死亡 36%的是伤害造成的。

42. 伤害分为故意和非故意伤害。故意伤害包括无论是暴力还是战争造成的自杀和杀人。意外伤害由所有事故组成，包括道路交通事故、中毒、溺水、火灾和坠落。在全球范围内，在 10-24 岁组的所有伤害死亡中，意外伤害比例在男性和女性中是一样的，均为 63%。在所有区域，意外伤害在男女青年伤害死亡中的比例很大，但拉丁美洲和加勒比是一个例外，那里主要由暴力造成的故意伤害是男青年的主要杀手(占 10-24 岁男性伤害死亡的 60%，仅暴力就造成 50%)。暴力杀死的 10-24 岁男性比女性多五倍。69%的暴力死亡发生在非洲及拉丁美洲和加勒比。

43. 道路交通事故杀死的 10-24 岁男性比女性多 4 倍，在全球范围内，占这个年龄段男性伤害死亡的 30%。在发达国家男女青年和其他亚洲和太平洋地区的男青年中，道路交通事故死亡人数特别多。自杀——年轻人的另一个主要伤害死因——

<sup>10</sup> 卫生组织关于在发展中国家预防少女早孕和不良生殖健康后果的指南(日内瓦，2011 年)。

<sup>11</sup> 艾滋病署：《全球报告：艾滋病署 2010 年艾滋病流行病学报告》(日内瓦，2010 年)。

在亚洲特别多。世界上所有自杀的 75%发生在那里。在南亚，所有 10-24 岁女性伤害死亡的 40%是自杀。

44. 鉴于青少年的主要死因因区域和国家而差异相当大，必须考虑各式各样干预措施，在年纪小时降低死亡率和发病率。下面第八节所载建议中列出了这些措施。

## 七. 青年的国际移徙

45. 2010 年，全球有 2.14 亿国际移民，其中有 3 500 万人年龄为 10-24 岁。同占总人口中所占比例的情况一样，在移民人口中 10-24 岁者的比例在下降。此外，青少年在移民人口中的比例小于其在总人口中的比例 (17%对 26%)，表明移民人口的年龄较大。

46. 10-24 岁国际移民的一半生活在发达国家，而总移民人口则是 60%。相比之下，所有发展中区域的 10-24 岁移民的比例都高于其各自在总移民人口中的比例。青少年移民较多集中于发展中区域，也使这些区域的移民人口较年轻。也就是说，在所有发展中区域，10-24 岁移民在所有移民中的比例都较高，从亚洲和太平洋的 19%到非洲的 26%，高于发达国家，那里是较低的 14%。

47. 总移民人口中的女性比例 (49%) 高于 10-24 岁移民的比例 (48.4%)。然而，在发展中区域，女孩和女青年在 10-24 岁移民中的百分比高于其在所有国际移民中的百分比。因此，非洲 10-24 岁移民的 52.5%是女性，而女性则构成该区域所有国际移民的 46.8%。在发达国家，情况相反：女性在总移民人口中的比例 (51.5%) 高于 10-24 岁移民的比例 (48.9%)。

48. 2000-2010 年期间从出生国移居到其他国家的 10-24 岁的人在 2010 年年龄为 20 岁到略低于 25 岁之间。这些人的净估计数为 690 万，其中 62%移居到发达国家。与 1990 至 2000 年相比，2000-2010 年期间的流动量增加了 28%。此外，2010 年 25-29 岁移民人数净增，达到 910 万，这其中也包括在 15-24 岁时移居的人。

49. 年轻人移徙有不同原因。18 岁以下少年可能会随父母移徙，或与他们团聚。年轻人也可以移居到国外学习。据联合国教育、科学及文化组织说，2008 年有 280 万外国学生在海外接受高等教育，其中 49%在欧洲，22%在北美，15%在亚洲，9%在大洋洲。这些学生的大多数来自发展中国家，其中 53%来自亚洲，12%来自非洲，6%来自拉丁美洲和加勒比。31%来自发达国家，包括 25%来自欧洲国家，3%来自加拿大和美利坚合众国。

50. 虽然由于缺乏按年龄分列的数据而不能量化青年参与劳动力移徙的人数，但间接证据表明，年轻人可能在被接受的移徙工人中占很大比例。即使年轻人并非为就业而移徙，他们也常常在国外工作。然而，像其本国移民一样，移民青年可能会遇到高失业率，其失业率往往高于当地人，部分原因是他们不能熟练运用当

地语言。在特定国家的研究表明，如果人在儿童时移徙，他们更容易适应东道国社会，并可以熟练运用当地语言。这是以后生活中的一个重要优势。如果移民在少年时移徙，掌握语言较为困难，在目的地获取受教育的机会对确保成功适应也就更为重要。

## 八. 结论和建议

51. 在女孩 18 岁前结婚比例较高的国家，政府需要制定和实施移风易俗方案，以促进晚婚，包括以减少办嫁妆送彩礼习俗为重点的方案。各国政府也应该研究本国婚姻法，以确保根据《消除对妇女一切形式歧视公约》的规定，给予男女“有相同的自由选择配偶和非经本人自由表示、完全同意不缔结婚约的权利”。确保法院切实执行现行法律也很重要。最终，改善穷人的生活条件和支持少年尤其是女孩继续接受教育，这对减少早婚诱因至关重要。

52. 由于年轻人的性活动是现实，迫切需要通过改善其商谈技巧，解决性别双重标准，营造支持性家庭和体制环境，并采取措施防止亲密伴侣间暴力和一切形式的性暴力，使他们能够对其性生活作出负责任的决定。性教育和预防艾滋病毒的方案值得支持，因为它们使少年了解什么是负责任的性行为和生殖行为，以帮助他们采取这些行为。

53. 需要作出特别努力，为青年男女提供计划生育服务，无论他们是否已婚。在制定帮助年轻人的战略时，必须考虑他们的多样情况，因为有些人可能上学，有些人则不上学，有些人可能工作，而其他人可能不工作，有些人可能已经是父母。社区多方位生殖健康方案允许使用几种策略向年轻人伸出援手，并让社区领导人和父母了解这些问题。要取得成效，这些方案必须适应特定文化，积极响应青少年所表达的需求，并在当地机构力量的基础上发展。

54. 性保健和生殖保健服务应是各级保健系统，特别是初级保健系统为青少年提供的一揽子最基本保健服务的一个组成部分。为了帮助低收入青年，应消除阻止或限制其获取性保健和生殖保健服务的法律、财政和文化障碍。年轻孕妇应获得一揽子保健，其中包括产前至少 4 次到孕产妇保健设施就诊，熟练人员接生，使用适当的设备和药物，如果出现并发症有能力将她们转诊到产科急诊，以及产后随访和咨询。

55. 有必要对年轻人艾滋病毒/艾滋病防治采取一套综合战略。其中包括增加对传染机制和所有预防感染方法的了解，尤其是对感染风险较高的年轻人来说；发展方便的适合青年的服务，特别要培训保健人员，在照顾年轻人包括艾滋病毒感染者时不带偏见；促进自愿咨询和测试，并为需要者提供抗逆转录病毒疗法；提供其他性传播感染诊断和治疗，并实施公众教育运动，以减少歧视和促进安全和有利的环境。

56. 在低收入国家，防治传染性疾病，尤其是肺结核和下呼吸道感染，仍是重要的，特别是这些疾病导致无数年轻人死亡，但未能引起足够的政策注意。
57. 要改善健康和健康前景，就必须在卫生系统之外采取行动。例如，防止青少年吸烟，不仅可以通过与吸烟有关的风险教育活动，尤其可以通过税收提高香烟价格来实现。预防酒精滥用可以通过提高酒精饮料价格，禁止或减少针对年轻人的广告，以及采取和执行禁止未成年人在公众场所喝酒的法律来实现。
58. 为了减少道路交通事故，预防性措施包括对道路基础设施进行投资，强制使用汽车内安全带，骑摩托车必须戴头盔，执行禁止在饮酒后或药物影响下驾车的法规。
59. 由于枪支造成绝大多数的暴力所致死亡，加强枪支管制法律可有助于降低年轻人的死亡率。
60. 由于失业是影响青年的社会问题的根源，考虑到失业率和贫困率(即使对有工作的人来说)在青年中特别高，各国政府应特别关注促进年轻人体面工作机会的政策与方案。
61. 促进教育移民的好处不仅在于提高教育水平。年轻的移民学生可以成为社会和文化之间的桥梁。他们的移徙有利于技能和专业知识的传输。他们在适应东道国社会的过程中获得的技能，可以使他们有能力在一个全球化的世界中更有效地发挥作用。为了从这种移徙中得到最大好处，原籍国可积极与国外学生保持联系，在他们培训结束后为其在国内求职提供方便，以此促进其归国。
-