

千年发展目标-5 (MDG 5)在亚洲： 进展、差距和挑战 2000-2010

2000年9月，世界各国的国家元首和政府首脑共同签署了《千年宣言》，其中明确表示，要决心将孕产妇死亡率降低至当年水平的四分之一¹。随后，在“2005年全球峰会”上，为了实现“国际人口和发展大会”（ICPD）²确立的“截止2015年，使所有人享受到生殖健康”的目标，各国领导人把“将孕产妇死亡率降低75%”作为各国达成共识的目标之一纳入到了《全球峰会成果文件》中。

《文件》中还包括《千年宣言》中所列降低孕产妇死亡率、改善孕产妇健康状况、降低儿童死亡率、促进性别平等、防治艾滋病（HIV/AIDS）和消除贫困等目标³。

“千年发展目标”体现的“权利”日程

促进、尊重、实现权利和消除不平等是实现MDG的基本条件，这一点非常重要。《千年宣言》明确指出，人权

是发展的核心。此外，各成员国还签署和通过了一系列人权公约。因此，MDG所呈现的发展框架应该涵盖在人权框架之内。另外，鉴于MDG5的内容，这一框架还应该包含健康权，尤其是性与生殖健康和权利。尽管评估MDG的指标中并未包含衡量上述各项权利进展的具体指标或措辞，但是，权利仍然是MDG日程的关键。

MDG5在亚洲

联合国《亚太地区报告》^{4,5}指出，亚太地区的MDG5实现情况进展缓慢。ARROW对联合国指标及替代指标的密切监测结果显示了相同的趋势。

我们应该看到，亚太地区开始追踪监测MDG 5B（即“使所有人享受到生殖健康”）的国家并不是很多。这可能是因为MDG 5B及其监测指标仅仅是在2007年才确定的。

千年发展目标 MDG 5A在亚洲

1. 截止2015年，将孕产妇死亡率(MMR)降低75%.

世界卫生组织 (WHO)、联合国儿童基金会 (UNICEF)、联

合国人口基金 (UNFPA) 以及世界银行2008年的估算数据表明，十二个国家中有八个（在实现MDG方面）正在取得进展，越南和中国已经步入了实现“截止2015年，将MMR降低75%”这一目标的“轨道”。这次的国家之间对比没有包括马来西亚和泰国，因为这两个国家1990年的MMR低于100。

表1: 基于世界卫生组织 (WHO)、联合国儿童基金会 (UNICEF)、联合国人口基金 (UNFPA) 和世界银行的统计数据，亚太地区各国1990、1995、2000和2005年MMR对比情况；各国最新MMR统计数据以及2008年孕产妇死亡终身罹患风险统计

国家	1990	1995	2000	2005	2008	1990年至2008年年际变化比例	改善孕产妇健康是否取得了进展**	每十万例活产的孕产妇死亡人数 (国家统计局)	孕产妇死亡的终身风险 (…中有1例)
孟加拉国	870	640	500	420	340	-5.3	取得进展	322(2001年孟加拉国孕产保健服务和孕产妇死亡率调查BMMS)	110
柬埔寨	690	640	470	350	290	-4.8	取得进展	472(2005年柬埔寨人口和健康状况调查 CDHS)	110
中国	110	82	60	44	38	-6.0	步入轨道	30(2005年中国人口和健康状况调查 CDSS)	1500
印度	570	470	390	280	230	-4.9	取得进展	254(2004/06年印度国家综合登记系统调查 RGI-SRS)	140
印度尼西亚	620	440	350	270	240	-5.4	取得进展	228(2004-07年印尼人口和健康状况调查 IDHS)	190
老挝	1200	970	790	650	580	-4.0	取得进展	405(2005老挝人口普查)	49
马来西亚	56	46	39	34	31	-3.2	1990年MMR小于100, 因此不在对比之列	30-2000(2004年马来西亚卫生部调查MOHAR)	1200
尼泊尔	870	700	550	440	380	-4.6	取得进展	281(2006年尼泊尔人口和健康状况调查 NDHS)	80
巴基斯坦	490	410	340	290	260	-3.6	取得进展	276(2006-07年巴基斯坦人口和健康状况调查 PDHS)	93
菲律宾	180	140	120	110	94	-3.6	取得进展		320
泰国	50	52	63	51	48	-0.2	1990年MMR小于100, 因此不在对比之列	12.2(2005年泰国卫生部调查 BPS MOPH)	1200
越南	170	120	91	66	56	-6.0	步入轨道	165(2003年越南卫生部调查MOH)	850

来源: 《1990年—2008年孕产妇死亡变化趋势》，WHO, UNICEF, UNFPA和世界银行统计数据, WHO, 2010

注释:

*负值说明1990年至2008年的MMR是下降的，正值说明相反的趋势。但因为各国之间对比的年度间隔不同，所以运用这些数字时要十分注意。

**MMR≥100的国家，如果年际减少比例大于等于5.5%，则视为“步入轨道”；如果年际减少比例处于2%和5.5%之间，则视为“取得进展”；如果年际减少比例小于2%，则视为“进展不足”；如果MMR没有降低，则视为“没有进展”。1990年的MMR小于100的国家不在对比之列。

尽管已经取得了一些进展，但亚太地区的MMR仍然很高，尤其是在南亚国家，即孟加拉国（340）、印度（230）、尼泊尔（380）和巴基斯坦（260）以及东南亚的老挝（580）、印度尼西亚（240）和柬埔寨（290）。

本地区很多国家并未设立死产和活产登记系统，因此，宽泛的置信区间很大程度影响了上述MMR的估算。另外，这些以国家为单位的MMR数据不能反映省（或州/邦）和地区之间的差异。例如，印度的北方邦，比哈尔，贾坎德邦，奥里萨邦，中央邦和拉贾斯坦邦等各邦的MMR都高于国家平均水平⁶。另外，贫困妇女、低教育水平妇女、少数民族妇女和流动妇女等人群的MMR也与国家数据有所差别，这点在统计中也未得到体现⁷。

2. MDG：由有熟练技能的卫生人员负责的接生的比例

这是降低MMR的关键措施。但是，要对“有熟练技术”进行明确定义。WHO规定，技能熟练的接生员是指“经认证的卫生职业人员，即助产士、医生或护士，经过教育和培训，熟练掌握了所需技能，能够处理正常的（未出现并发症情况下）怀孕、生产和产后早期等状况；对于出现并发症的孕妇和新生儿，能够识别并发症，进行

表2：参与接生的卫生人员中有熟练技能的人员比例

国家	有熟练技能的卫生工作人员比例（包括医生、护士、助产士等）	ICPD/ICPD+5为2005年确立的目标是否完成？（即：截止2005年，80%的接产由有技能的医护人员负责）
孟加拉国	20. (2006)	否
柬埔寨	43.8(2005)	否
中国	97.8 (2006)	是
印度	46.6 (2005-06)*	否
印度尼西亚	66.3**(2002-03)	否
老挝	19.4*** (2005)	否
马来西亚	100 (2006)	是
尼泊尔	18.7 (2006)	否
巴基斯坦	54(2005-06)	否
菲律宾	59.8 (2003)	否
泰国	97.2 ****(2005-06)	是
越南	87.7***** (2006)	是

*包括“辅助护理助产士、女保健员以及其他卫生人员”（1.1%）

**包括“农村接生婆”（20.3%）

***包括“辅助助产士”（8.9%）

****包括“辅助助产士”（0.3%）

*****包括“辅助助产士”（3.9%）

来源：《2008年参与接生人员中卫生技术人员比例》（WHO, 2008）

紧急处理和安排转院。”

提高分娩时获得有熟练技能卫生人员的护理的比例，是防止孕产妇死亡的关键措施。尽管中国、马来西亚、泰国和越南在这方面都已经取得了很大进展，但其他亚洲国家仍然有很长的路要走。

“熟练技术助产”是一个比“有熟练技术的卫生人员参与接生”更加全面的术语，因为“熟练技术助产”不仅表明助产士及有助产技术的人员在场参与，而且表示周围环境也有利于这些专业人员发挥作用。同时，这个术语还暗指，若产妇万一出现并发症，需要手术或者输血⁸，同样能得到全面的产科护理。研究结果⁹表明，南亚国家在配备救生设施方面非常落后。

如果要降低亚太地区的孕产妇死亡率，首先要清楚造成孕产妇死亡的主要原因，而后根据这些原因制定干预措施。

从下图可以看出，导致孕产妇死亡的最主要原因是大出血和高血压。另外，由不安全流产导致的死亡病例至少占9-10%¹⁰。因此，提供安全流产服务和流产后护理将有助于挽救生命。另外，探索妇女求助不安全流产服务背后的原因也会对降低孕产妇死亡率起到关键作用。

表3：亚洲孕产妇死亡原因

亚太区域	南亚 (1997-2007)	东南亚 (1997-2007)
大出血	35%	32%
高血压	17%	17%
流产	10%	9%
间接原因	19%	22%
其他直接原因	11%	10%
栓塞	1%	2%
败血症	7%	8%

来源：《向2015迈进：（2000-2010）十年报告——评估各国孕产妇、新生儿和儿童存活状况》（WHO, UNICEF, 2010）

针对这些原因制定的干预措施，例如提供全面的紧急孕产护理和产后护理等，将纳入到MDG5现有的评价指标，这一点也非常重要。

与此同时，我们还要认识到，暴力同样会造成孕产妇死

亡和生殖系统疾病。但是，对于这个原因造成的孕产妇死亡，在MMR的监测中缺乏持续和全面的统计。

千年发展目标 (MDG) 5B 在亚洲

2007年，MDG 5中增加了B项，即截止2015年使所有人享受到生殖健康。这个目标包含四个指标：避孕措施普及率、未满足的计划生育需求、产前保健覆盖率和青少年生育比例。

3. MDG: 避孕措施普及率

世界各国的人口和健康状况调查以及《全球避孕普及率报告》显示，中国 (90.2%)、越南 (78.5%) 和泰国 (71.5%) 的避孕普及率最高，而老挝 (38.4%) 和巴基斯坦 (29.6%) 则处在最低水平。其他七个国家的避孕普及率水平在40–61%之间。

但是，如果我们对这些国家的避孕措施进行深入的分析，则会发现，孕妇自由选择避孕方式以及享受知情选择服务仍然是一个遥不可及的梦想。

表4: 避孕措施整体普及率和现代避孕措施普及率

国家	避孕措施整体普及率	现代避孕措施普及率
孟加拉国	55.8	47.5
柬埔寨	40.0	27.2
中国	90.2	90.0
印度	56.3	48.5
印度尼西亚	60.3	56.7
老挝	38.4	35.0
马来西亚	54.5	29.8
尼泊尔	48.0	44.2
巴基斯坦	29.6	21.7
菲律宾	48.9	33.4
泰国	71.5	70.1
越南	78.5	56.7

来源: 各国人口和健康状况调查 (DHS)。孟加拉国: 1993–4, 1999–2000, 2007; 印度: 1992–93, 1998–99, 2005–6; 尼泊尔: 1996, 2001, 2006; 巴基斯坦: 1990–91, 2006–7. 柬埔寨: 2005, 2000, 1998; 印度尼西亚: 2007, 2002, 1997; 菲律宾: 1993, 1998, 2003; 越南: 1997, 2002, 2005; 老挝: 2005. 《世界各国避孕措施使用情况》2007: 中国, 马来西亚, 菲律宾和泰国。

不论是在普及率较高的越南，处于中级水平的马来西亚和菲律宾，还是在普及率较低的老挝，获取现代避孕措施对人们来说仍然很困难。我们需要对低避孕普及率背后的原因进行探究。这些原因可能包括缺乏选择权、宗教限制、价格昂贵和供应不足等。中国人中采用长效避孕措施的比例很高。在所有的避孕措施中，放置宫内节育器 (IUD) 的比例几近一半 (49.7%)。另外，通过女性绝育手术进行避孕在所有措施中占34.5%。相比之下，通过男性绝育手术进行避孕仅占7.42%。而在印度，女性绝育手术占所有避孕措施的三分之二 (66.25%)，而男性绝育手术仅仅占1.77%¹¹。

在实施人口控制政策的中国和印度，绝育手术和放置宫内节育器等长久避孕措施更受青睐，而且对象通常是妇女。在孟加拉国等其他国家，口服避孕药在所有措施中占有过半的比例 (来自“孟加拉国人口和健康状况调查2007”)，印度2007年的人口和健康状况调查则显示，注射避孕药的比例超过了一半。这种情况通常反映了一个国家在避孕措施服务供给方面不同的偏好。

另外需要注意的是，除了菲律宾和柬埔寨，上述国家的人口和健康状况调查只涉及了已婚妇女，因此避孕普及率的数据仅涉及已婚妇女。

4. MDG: 未被满足的计划生育需求

“未满足的避孕需求”被普遍接受的定义为“有生育能力的已婚妇女，不愿再怀孕，但却没有采取避孕手段。”¹² “未满足的需求”这个概念非常重要，因为它是在妇女是否以及何时愿意生孩子的基础上，而非从政府控制人口数量的角度评估避孕需求。但是，目前对“未满足需求”的调查也有其局限性。因为现有的人口卫生调查 (DHS) 数据只调查了已婚的异性恋妇女，而未对单身、未婚女性的需求做出统计。所以，这些数据不能反映整个国家未满足的避孕需求。另外一个局限性是，调查假设，所有已经采取避孕措施的人们的避孕需求都得到了满足。但问题是，因为避孕服务提供机构的偏好或者政府政策的限制，很多妇女采用的并不是她们自愿选择的避孕措施。因此，实际上，她们的需求也未得到满足。另外，避孕的首要目的是为了防止怀孕。但为了预防疾病/感染也需要避孕，这方面的需求也未得到满足，但这个因素在调查中并没有考虑在内。上表显示，在实施了调查的所有国家，未满足的避孕需求总体都在下降。其中，老挝未满足的避孕需求最高，其次分别是柬埔寨、巴基斯坦和尼泊尔。

越南未满足的避孕需求处在最低水平。经济条件、居住地区、年龄和受教育程度都是影响避孕需求满足情况的相关因素。孟加拉国¹³和印度富裕妇女中未满足的需求率最低：“因地域等因素造成的未满足需求随着财富的增加而减少。”¹⁴在巴基斯坦¹⁵、印度¹⁶和老挝¹⁷，相比

城市妇女，农村妇女中未满足的需求较高。即使是在避孕普及率较高的越南，偏远地区的妇女中未满足的需求也居高不下：“中部高地妇女未满足的避孕需求处于最高水平（12.3%），红河三角洲（3%）和湄公河流域（4%）最低¹⁸。”另外，在越南，年龄组最小的女性人群（15-19岁）中未满足的需求也最高。¹⁹

已婚妇女避孕需求未得到满足最突出的原因是担心副作用、对健康的影响和使用上的不方便。在南亚和东南亚国家，情况尤其如此²⁰。另外，配偶反对和宗教禁止妇女采取避孕措施也是需求未被满足的原因。这类原因需要我们认真看待并加以解决。避孕是妇女掌握自己的生育能力，进而决定生育的数量、间隔和时间而迈出的第一步。

表5：未满足的避孕需求（1995/2000/2005）

国家	未满足的需求		
	1995	2000	2005
孟加拉国	19.4	15.3	17.4
柬埔寨		32.6	25.1
中国			
印度	19.5	15.8	12.8
印度尼西亚	9.2		8.6
老挝			27.3
马来西亚			
尼泊尔	31.4	27.8	24.6
巴基斯坦	28.0		24.9
菲律宾	20.0		17.3
泰国			
越南			4.8

来源：各国人口和健康状况调查。孟加拉国：1993-4, 1999-2000, 2007；印度：1992-93, 1998-99, 2005-6；尼泊尔：1996, 2001, 2006；巴基斯坦：1990-91, 2006-7。柬埔寨：2005, 2000, 1998；印度尼西亚：2007, 2002, 1997；菲律宾：1993, 1998, 2003；越南：1997, 2002, 2005

5. MDG：孕产期保健覆盖率

印度（74%）、印度尼西亚（92%）、马来西亚（79%）、菲律宾（88%）、泰国（98%）和越南（91%）的孕产妇至少会进行一次产前检查。东南亚国家中，老挝（27%）的孕产保健覆盖率最低；而在南亚国家中，最低的是巴基斯坦（36%）。值得注意的是，尽管在孕产保健覆盖率较高的菲律宾（70%）和印度尼西亚（80%），孕产妇至少会接受四次产前检查，这两个国家的MMR仍然分别为230/100,000和420/100,000，处于较高水平。²¹

6. MDG：青少年生育率

世界范围内，青少年生育（即未满20周岁的女孩生育孩

子）在所有生育中占11%。因青少年怀孕及分娩所致的疾病负担（伤残调整年）占疾病负担的23%。早育使得分娩死亡和致残的风险增大。在南亚和东南亚，近10%的女孩在16岁之前都有怀孕的经历。²²

在12个国家开展的青少年生育状况调查中有两种明显的情况。在南亚，结婚年龄通常较低，很多人在青少年时期都已经结婚。因此，很多青少年都被作为已婚人士考查他们对服务的享受状况。而在结婚年龄相对较高的东南亚，青少年性活动通常是在未婚的时候发生的。但是，生殖健康服务一般都是针对已婚人士提供的。所以，在获取性教育和性有关信息方面，青少年就会遇到问题。

建议

1. 要认识到性与生殖健康权利和妇女权利是性与生殖健康领域取得进展的基础

性与生殖健康权利和妇女权利一直受到宗教和政治保守势力、卫生服务提供的市场化改革等因素的侵害。因此，我们需要不断努力，持续投入，从而尊重、促进和实现这些权利。

2. 加强卫生系统建设，实现MDG5

每个国家要认清距MDG5的实现还有哪些差距，进而制定优先发展的计划和有效的策略。策略之一即保证卫生系统有效运行，并且在初级、二级和三级保健服务中融入性与生殖健康服务。国家要对卫生领域增加投入，保证卫生系统得到充足的发展资源。

3. 应对统计数据方面的不足

所有国家应该不遗余力地建立死产和活产登记系统。此外，还应补充与孕产妇死亡相关的尸体解剖的口头资料和秘密调查资料。这都是准确统计孕产妇死亡率和防止未成年婚姻的有效手段。亚太地区各国目前的MDG5报告中也存在很大的数据缺陷。对于那些在政治、地理空间和社会等各方面受到排挤的妇女群体，例如贫困妇女、年轻妇女、受教育水平低的妇女、流动妇女（尤其是不合法的流动妇女）、（因战乱或灾害）背井离乡的妇女、寻求避难的妇女、难民、少数民族妇女、宗教少数派妇女和土著妇女，来自低社会阶层/种姓的妇女、性别观念和性取向不符合正统观念的妇女、性工作者、残疾妇女、偏远地区和农村妇女以及战乱和灾害发生地的妇女，在获取包括孕产保健服务在内的性与生殖健康服务方面更为困难。如同其它的MDG指标一样，对于以上人群这方面的数据还没有进行分别的统计。

4. 要认识到性与生殖健康服务的囊括范围

尽管MDG5B的内容是“使得所有人享受到生殖健康”，但计划生育几乎是这个目标的唯一重心。我们应该充分认识到，涉及性与生殖健康的卫生服务应该囊括《ICPD行动纲领》第7.2段所提到的所有内容，并且应该保证所有人群，尤其是受社会排挤的弱势群体，享受到这些服务。提供这些服务，并且保证所有人群都享受这些服务，是政府的责任。

5. 增加必要的新指标，从而实现MDG 5A 和 5B的宏伟目标

我们必须认识到，现有的MDG 5评价指标并不足以评估各国政府和元首为实现MDG5所作出的努力，即“2015年之前，使所有人都享受到生殖健康”。为了更全面地评估MDG 5的实现情况，ARROW及其亚太地区合作伙伴发起了以MDG 5为重点的活动，制定了附加或替代指标（见表6）。

6. 全面回顾以往工作，确立报告机制

对以往的MDG工作进行全面回顾，需要相关国家撰写进展报告。报告要涉及所有的利益相关方，并且附有NGO的影子报告。报告完成以后，要提交到有政府监督职能

的专家委员会评审，此后，由该委员会向政府提出建议，并且监督政府的相关工作。（类似《消除对妇女一切形式歧视公约CEDAW》报告机制）。

7. 将相关国际和区域进程统一起来，持续强调MDG 5中的权利日程，使政府担负起责任

为了使孕产妇死亡和伤残作为人权问题看待，“人权委员会”已经做出了切实努力。这种努力也需要NGO和捐助机构的支持。另外，NGO和捐助机构也需要注意一下，CEDAW报告中的卫生篇和妇女NGO的影子报告是如何对性与生殖健康权利（SRHR）进行全面报告的。

8. 重新明确非政府组织(NGO)和社会运动团体在社会发展中作为平等参与者的作用

在国际进程中，NGO和进步社会运动团体在促进社会变革方面的作用需要得到重新明确和声明。他们在地方、国家、区域和全球发展领域（尤其是MDG 5方面）作为平等参与者的地位必须得到承认。NGO要积极参与在地方、国家、区域和全球层面政策纲领的制定、实施、监测和评估。在UN的组织下，各国政府会对各自的发展进程进行回顾和报告。广大NGO，尤其是欠发达国家的

表6: 现有的官方MDG 目标、指标和建议附加或替代指标

MDG 5:改善孕产妇健康	官方指标	建议附加或替代指标
MDG 5A: 将孕产妇死亡率 (MMR) 降低75%	孕产妇死亡率 (MMR)	<ul style="list-style-type: none"> 孕产妇死亡的终身罹患风险 由不安全流产导致的孕产妇死亡（需要调查妇女寻求不安全流产措施的原因） 由针对女性的暴力导致的孕产妇死亡
	由有熟练技术的卫生人员负责的接生的比例	<ul style="list-style-type: none"> “紧急产科护理” (EmOC) 服务的有效性（建议级别：每五十万人口中有一所一级EmOC综合服务点和四个基础服务点）²³ 分娩后48小时内产后护理的可及性
MDG 5B: 截止2015年，所有人都享受到生殖健康	孕产期保健覆盖率（至少一次产前检查和至少四次产前检查）	
	未满足的计生需求	<ul style="list-style-type: none"> 对比“期望生育率”和“事实总生育率” 不使用避孕措施的原因
	避孕措施普及率	<ul style="list-style-type: none"> 避孕措施的选择范围 提供知情选择
	青少年生育率	<ul style="list-style-type: none"> 对比“法定结婚年龄”和“结婚年龄中位数” 获取全面性教育的渠道 青年易于接受的性与生殖健康服务的可及性和可用性

NGO, 要成为这些UN进程的积极参与者, 督促各国政府履行自己的承诺。

9. 分配足够的资源和资金以满足所有人性与生殖健康的需求

捐助机构和各国政府都需要对包括孕产妇健康在内的性

与生殖健康重新作出资金方面的承诺。2009年联合国人口基金 (UNFPA) 就《ICPD行动纲领》中涉及花费的各项内容 (包括性与生殖健康和计划生育、艾滋病、基础调研和政策分析) 所需资源的计算结果表明, 2009年需要489亿美元, 2015年需要698.1亿美元, 七年共计4576.8亿美元²⁴。

尾注:

1. 2000年联合国大会, 《联合国千年宣言》第19段, 2010年9月14日摘自联合国网站: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
2. “生殖健康是指生殖系统及其功能和过程所涉一切身体、精神和社会等方面的健康状态, 而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此, 生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活, 有生育能力, 可以自由决定是否和何时生育和生育多少。最后所述的这一条意指男女均有权获知并能实际获取他们所选定的安全、有效、负担得起的计划生育方法, 以及他们所选定的不违反法律的调节生育方法, 有权获得适当的保健服务, 使妇女能够安全地怀孕和生育, 向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。依照生殖健康的定义, 相应地, 生殖保健是指为向人们提供促进生殖健康的方法、技术和服务, 防治生殖健康问题。生殖健康还应包括性健康。性健康服务不应仅限于就生殖系统疾病和性传播疾病提供咨询和护理, 还应该丰富生活和促进人际关系。” (ICPD, 第7.2段)
3. 2005年联合国大会, 《2005年全球论坛成果文件》, 16页第57段, 2010年9月15日摘自联合国网站: <http://www.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan021752.pdf>
4. 亚太经济社会委员会 (EXCAP)、亚洲发展银行 (ADB)、联合国开发计划署 (UNDP), 2010, 《在全球充满不确定性的时代实现千年发展目标: 亚太地区报告 (2009—2010)》, 2010年9月15日摘自“亚太地区的MDG”网站: http://www.mdgasiapacific.org/files/shared_folder/documents/Regional_MDG_Report_2009-10.pdf
5. 亚太经济社会委员会 (EXCAP)、亚洲发展银行 (ADB)、联合国开发计划署 (UNDP), 《在全球充满不确定性的时代实现千年发展目标: 亚太地区报告 (2009—2010)》. 该报告主要考察了两个指标: 至少一次产前检查的孕产保健覆盖率和由技术熟练的卫生人员负责的接生的比例。这两个指标显示本地区进展缓慢。
6. Thanenthiran, S 和Racherla S. J., 《值此 ICPD召开15年之际——重新定义和重申权力: SRHR在亚洲的地位》, 马来西亚吉隆坡, 亚太妇女资源研究中心 (ARROW)。
7. 同上。
8. 《熟练技术助产》, 2010年9月15日摘自联合国人口基金 (UNFPA) 网站: http://149.120.32.2/mothers/skilled_att.htm。
9. Paxton A, Bailey P, Lubis S.M和Fry D, 2006, 《紧急产科护理可用性的全球模式》, 《国际妇产科学杂志》, 美国马里兰州艾斯维尔出版社。
10. WHO, UNICEF, 2010, 《向2015迈进: (2000-2010) 十年报告——评估各国孕产妇、新生儿和儿童存活状况》, 2010年9月15日摘自“向2015迈进——评估各国孕产妇、新生儿和儿童存活状况”网站: <http://www.countdown2015mch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>
11. MDG 3: 印度: 《妇女在注视着她们的政府》, 《MDG 5观察》, 2010年9月15日摘自: http://mdg5watch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=94&Itemid=156#_edn39
12. 结婚年龄处于 15—49岁之间的妇女比例, 《2005年各国未满足的避孕需求统计》, 2009年8月6日摘自Nationmaster网站: http://www.nationmaster.com/graph/hea_unm_nee_for_con_of_mar_wom_age_1549-married-womenages

13. 孟加拉国国际人口调查和培训研究所 (NIPORT), Mitra&Associates, ORC, Makro, 2009, 《生育偏好》, 《孟加拉国人口和健康状况调查》
14. 国际人口科学研究所和Macro国际, 2007, 《发现结果摘要》, 《国家家庭健康调查》, 印度Deonar, Mumbai。
15. 国家人口研究所, Macro国际, 2007, 《生育偏好》, 摘自《2006-07巴基斯坦人口和健康状况调查》(81页), 巴基斯坦伊斯兰堡: 国家人口研究所, Macro国际。
16. 同上。
17. 计划和投资委员会 (CPI), 国家统计中心 (NSI), UNFPA, 2007, 《2005年老挝共和国健康状况调查》, 越南, 老挝: CPI, NSI, UNFPA。
18. 越南人口、家庭和儿童委员会, ORC Macro, 2003, 《生育偏好》, 摘自《2002年越南人口和健康状况调查》(71页), 越南: 越南人口、家庭和儿童委员会, ORC Macro。
19. 同上。
20. Sedgh G, Hussain R, Bankole A和Singh S, 2007, 《发展中国家妇女未被满足的避孕需求以及不采取避孕措施的原因》, 2009年10月1日摘自Guttmacher Institute网站: <http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/or37.pdf>
21. UNICEF, 2008, 《孕产妇死亡报告——儿童方面的进展》, 2010年9月15日摘自UNICEF网站: http://www.unicef.org/childsurvival/files/Progress_for_Children-No._7_Lo-Res_082008.pdf
22. WHO, 2009, 《青少年怀孕状况》, 2009年9月25日摘自WHO网站: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/print.html
23. 《六个联合国进程指标以及建议级别》, 1997, UNICEF, WHO, UNFPA
24. UN, 2009, 《秘书长报告: 实施<ICPD行动纲领>的资金流向》, 纽约: 联合国。