

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

暴力：对性和生殖健康
与权利的障碍

Volume 24 Number 47
May 2016

一本聚焦性与生殖健康和权利的国际杂志



*Edited by Shirin Heidari and
Claudia García-Moreno*



生殖健康要略中文翻译版
第 24 卷 47 期
中文翻译时间 2016 年 11 月

本期译文来源于：

Reproductive Health Matters (RHM)
Volume 24 Number 47 May 2016
© **Reproductive Health Matters 2016**

翻译者姓名：

郑真真 夏红飞 罗翼昊 邹 燕 王慧萍
罗语嫣 罗宏志 汤梦君 周 云 贾孟春
陆彩铃 刘美玲 刘德瑜 肖晓辉

审校者姓名：

贾孟春 罗宏志

主 编

肖碧莲

编 辑

罗宏志

RHM is part of Ob/Gyn Advance a cluster of Elsevier journals and book focusing on women's health, obstetrics/gynaecology and sexual and reproductive health issues.

Publishing Information

Reproductive Health Matters is published by Elsevier.

- Source Normalized Impact per Paper(SNIP): 1.297
- SCImago Journal Rank(SJR): 1.151
- Impact Factor: 1.855
- 5-Year Impact Factor: 1.962

RHM 是在英格兰和威尔士注册的慈善机构
No.1040450
注册有限公司 注册号 2959883 (英格兰)
ISSN 0968-8080

RHM 编辑办公室

Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
Tel: (44-20) 7267 6567
Fax: (44-20) 7267 2551

RHM 由下列机构数据库索引

Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

文章投稿联系：

Shirin Heidari 编辑
E-mail: editorial@rhjournal.org.uk
可在 www.rhjournal.org.uk 下载指南

RHM 是 Elsevier 生殖和妇女健康网上资源的一部分.网上查询: <www.rh-elsevier.com>

RHM 《生殖健康要略》英文网站：

<http://www.rhjournal.org.uk>

中文翻译版可以从下列网站下载：

中国计划生育生殖健康远程培训平台
<http://jsw.e-health.org.cn/jsw/firstpage/dzpk/rhm-1.htm>

国家人口与生殖健康科学数据共享平台网站
<http://www.poprk.org/article/detail/0-0501-392>

RHM 中文译本在百度云的下载地址
rh201410@163.com
密码: rhm666666

RHM online

RHM Website: www.rhmjournal.org.uk

All journal issues – all RHM subscribers:

Institutional and personal subscribers, paid and free: www.rhm-elsevier.com

ScienceDirect – subscribers to RHM:

www.sciencedirect.com/science/journal/09688080

Jstor – open to participating libraries and institutions: www.jstor.com

HINARI – Free access to all RHM journal issues for public institutions in developing countries:

www.who.int/hinari/en/

RHM in translation

Chinese <http://jsw.e-health.org.cn/jsw>

Arabic www.arabicrhm.org

Portuguese www.mulheres.org.br/www.grupocurumim.org.br

Hindi

<http://www.creaworld.org/publications/reproductive-health-matters-hindi>

Spanish

www.diassere.org.pe/temas-de-salud-reproductiva

Russian <http://www.ranir.ru/prz/>

French

www.rhmjournal.org.uk/translation/french.php

Acknowledgements

Editorial Committee

Avni Amin, Tine Gammeltoft, Ana-Cristina Gonzalez, Barbara Klugman and Heidi Stöckl

Peer reviewers

Ayse Nurdagül Akin, Sandra Valongueiro Alves, Avni Amin, Ghida Anani, Estela ML Aquino, Ines Aristegui, Smriti Aryal, Tasnim Azim, Stefan Baral, Henrique P Barros, Iccha Basnyat, Janie Benson, Marge Berer, Deevia Bhana, Oyolabi Bjalkander, Marian Burchardt, Joanna Busza, Cristiane Da Silva Cabral, Mauro Cabral, Carlos Cáceres, Rosamaria Giatti Carneiro, Lidia Cecilia Casas, Sarah Chynoweth, Michaela Clayton, Manuel Contreras-Urbina, Rebecca Cook, Bergen Cooper, Jane Cottingham, Marilyn A Crawshaw, Elizabeth Dartnall, Padma Deosthali, Sapna Desai, Roger R Detels, Karen Maria Devries, Simone Diniz, Christopher Dolan, Marion Jean Doull, Laura Ferguson, Jane Fisher, Fouad M Fouad, Tine Gammeltoft, Surekha Garimella, Alexandra Garita, Lêminh Giang, Laura Gil, Anne Marie Goetz, Federico González, Paul Greenough, Catherine Hankins, Wendy

Harcourt, Hermine Hayes-Klein, Rebecca Helman, Rebecca Hodes, Roger Ingham, Sharad Iyengar, Chimaraoke Izugbara, Vasanti Jadva, Pilar Jimenez, Ruxana Jina, Elena Jirovsky, Malin Jordal, Shveta Kalyanwala, Cecile Kazatchkine, Ines Keygnaert, Eszter Kismödi, Barbara Klugman, Els Leye, Sarah MacCarthy, Rupsa Malik, Linda J Mason, Laura Davis Mattar, María Consuela Mejía, Rita Melendez, Elizabeth Mills, Alexandra Muller, Priya Nanda, Sisi Ngabaza, Carla Makhlof Obermeyer, Monica Onyango, Neha Pathak, María Angélica Peñas Defago, Rosalind P Petchesky, Sahar Taghdisi Rad, Mariana Romero, Mindy Roseman, Helle Samuelsen, Raffaella Schiavon, Helen Schneider, Roslyn Fraser Schoen, Anubha Singh, María Eugenia Socías, Marion Stevens, Heidi Stöckl, Rebecca Stotzer, Agnete Strøm, Johanne Sundby, Ivonne Szasz, Regina Tamés Noriega, Mihoko Tanabe, Verónica Undurraga, Jean Pierre Unger, Jinan AR Usta, Sherine Van Wyk, Deepa Venkatachalam, Carmen Vives-Casas, Jane Welsh, Christina Zampas

Translation

Françoise DeLuca-Lacoste translated abstracts from English to French and Lisette Silva translated abstracts from English to Spanish.

Cover photo:

Colombia, Corcora, Antioquia
Woman of the Mujeres de Negro (Women in Black) group—a feminist peace movement—at a rally in the countryside. The message reads: “We women want to live free of violence”. Paul Smith/Panos Pictures .

©2016 Reproductive Health Matters. Published by Elsevier BV. All rights reserved.
ISSN 0968-8080

RHM in translation online

Selected papers from the RHM journal are published in Arabic, Chinese, French, Hindi, Portuguese, Russian and Spanish. Go to: www.rhmjournal.org.uk/rhm-in-translation/

Find us on Facebook, follow us on Twitter and network with us on LinkedIn.

<https://www.facebook.com/reprohealthmatters>

<https://twitter.com/RHMjournal>

<https://www.linkedin.com/company/reproductive-health-matters>

目 录

评述 (Editorial)

- 基于性别的暴力：性与生殖健康及权利的障碍
(Gender-based violence: a barrier to sexual and reproductive health and rights)·····(1)

当前政策中的问题 (Issues in current policy)

- 理解冲突中的妇女受暴经历和性别的政治经济学：叙利亚案例
(Understanding women's experience of violence and the political economy of gender
in conflict: the case of Syria)·····(5)
- 性权利不是健康权利吗？南非将女同性恋和女双性恋纳入到国家抵御艾滋病和
性传播感染战略计划
(Sexual rights but not the right to health? Lesbian and bisexual women in South Africa's
National Strategic Plans on HIV and STIs)·····(17)
- 反思青少年进展中的性与生殖健康权利：南非夸祖鲁—纳塔尔省社会工作者的观点
(Reflecting on adolescents' evolving sexual and reproductive health rights:
canvassing the opinion of social workers in KwaZulu-Natal, South Africa)·····(26)

讨论 (Discussion)

- 超越不尊重和虐待范畴：应对产科暴力的结构维度
(Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence)·····(35)

评论 (Commentary)

- 印度社会中烧伤的性别模式：一个被忽视的健康问题
(Gendered pattern of burn injuries in India: a neglected health issue)·····(43)

当前服务提供中的问题 (Issues in current service delivery)

- 药物流产的自我管理：一个定性证据荟萃分析
(Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis)·····(50)

特选文章 (Feature)

- 隐形创伤：美国的产科暴力
(Invisible wounds: obstetric violence in the United States)·····(62)
- 产科暴力：阿根廷用以辨识孕产保健中各类挑战的新框架
(Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare

in Argentina).....	(71)
“当天空在战斗”：HIV、暴力以及岌岌可危的途径，南非 (“When the skies fight”：HIV, violence and pathways of precarity in South Africa).....	(79)
是否应当将与暴力问题*相关的服务整合到人工流产服务中？——英国案例分析 (Should violence* services be integrated within abortion care? A UK situation analysis).....	(90)
巴西三城市低收入年青人群中基于性别的暴力和性与生殖健康 (Gender-based violence and sexual and reproductive health among low-income youth in three Brazilian cities).....	(103)
产前诊断胎儿异常和终止妊娠的切身体验 (Embodied experiences of prenatal diagnosis of fetal abnormality and pregnancy termination).....	(114)
表象之下：2001~2012年加拿大完全代孕现状与结果 (Hidden from view: Canadian gestational surrogacy practices and outcomes, 2001-2012).....	(123)

悼念 (In memoriam)

罗莎·滕伯格 (Rosa Tunberg).....	(135)
-------------------------------	-------

摘要 (Abstract)

针对难民妇女的性暴力和基于性别的暴力：难民危机的隐藏面 (Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis").....	(136)
针对叙利亚难民妇女的系统性暴力，以及有效内心干预的谎言 (Systemic violence against Syrian refugee women and the myth of effective intrapersonal interventions).....	(136)
走出阴影？将男人和男孩纳入战时性暴力的概念框架 (Out of the shadows? The inclusion of men and boys in conceptualisations of wartime sexual violence).....	(136)
双性人的人权：探讨有害的临床实践和修辞变化 (The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change).....	(136)
肯尼亚的女性生殖器毁损：年轻男性是社会变革项目的同盟军？ (Female Genital Mutilation in Kenya: are young men allies in social change programmes?).....	(137)
新闻头条上的暴力和沉默的快感：印度德里有关认同的性行为、权力和强奸的争议性框架，2011-2014 (Headline violence and silenced pleasure: contested framings of consensual sex, power and rape in Delhi, India 2011-2014).....	(137)
变革社会规范，防止针对妇女的暴力和 HIV：来自乌干达的规划视角 (Creating social norm change to prevent VAW and HIV: a programmatic perspective from Uganda).....	(137)
目标于更聪明的法律：在撒哈拉以南非洲地区改善 HIV 专项法律的思考 (Towards smarter HIV laws: considerations for improving HIV-specific legislation in sub-Saharan Africa).....	(138)

基于性别的暴力：性与生殖健康及权利的障碍

Shirin Heidari,^a Claudia García Moreno^{b*}

a Director and Editor, Reproductive Health Matters, London, UK. Correspondence: editorial@rhmjournal.org.uk

b Lead Specialist in Violence against Women, World Health Organization, Geneva, Switzerland

全球针对妇女和女童暴力的泛滥程度令人警醒，不仅因为这是对人权的严重侵犯，而且还是影响全球数百万妇女和女童的生活、身体和精神健康的公共卫生问题。源于性别不平等的针对妇女和女童的暴力是对她们的性与生殖健康及权利的主要障碍。

1979年通过的“消除对妇女一切形式歧视公约（CEDAW）”迄今已经得到187个国家[†]的认可¹。在“可持续发展目标”（SDGs）中进一步重申终止所有形式针对妇女和女童的暴力的重要性，首次将其作为实现SDG5有关性别平等和增强妇女权能以及其他SDG目标的核心内容，包括与健康有关的目标（SDG3）²。尽管有这些承诺，针对妇女的暴力仍在泛滥，而且据估计，全球35%的妇女和女童在一生中会遭受身体暴力、亲密伴侣的性暴力或其他人的性暴力³。

生殖健康要略第47期主要收入了有关暴力的内容，旨在加深我们对不同维度的基于性别暴力的了解，并扩展有效应对的视野。本期的数篇文章强调在冲突和移民过程中加剧了这种暴力，揭示了多种损害性与生殖健康及权利的基于性别暴力的一些表现情况和形式。

冲突和危机中的暴力

目前有6千5百万人离乡背井，半数以上是妇女和儿童⁴。在武装冲突和战争中，针对妇女以及男人的性暴力被作为战争的一种手段，给受暴者造成身体、精神和性与生殖

健康方面的严重后果。尽管冲突下的性暴力已经受到高层的政策关注，例如发起“防止性暴力倡议”（PSVI），但在了解这类暴力以及问题的严重性方面还有很大差距。在人权框架下应对性暴力的有效干预也很有限，说明在这方面需要改善数据收集状况^{5,6}。

本期中的一篇文章进一步强调了在武装冲突中针对男性的性暴力，突出了应对包括男性受暴者问题的政策必要性（Touquet and Gorris）。对于男性来说，由于文化上对男性气质的普遍看法和性暴力属于女性的观点，进一步加剧了性暴力所特有的羞耻与沉默。

然而妇女和女童面对更大的性暴力风险，包括强迫的性交易、强奸和性虐待，这些风险不仅存在于冲突环境中，而且存在于迁移过程中和到达目的国时。本期有数篇文章聚焦当前叙利亚冲突下的难民危机。其中一篇文章（Alsaba and Kapilashrami）从政治经济的视角批判地审视了“暴力的性质变化和相關风险，以及妇女在国内和跨越国境时不断面临的暴力经历”。另一篇文章（Freedman）重点介绍了包括叙利亚妇女在内的难民在避难旅程的不同阶段和在落脚的欧洲国家所面对的各种形式的暴力。由于很多欧洲国家的关注点是收紧边境控制并实施严格限制，该文强调这些努力进一步加深了难民遭受性暴力的脆弱性，性暴力来自走私犯，以及边境和目的国的警察和安全部队。

冲突中和冲突后的性暴力受到越来越多的关注，同时正如几项研究揭示的，也不应忽视妇女面临的其他暴力，例如亲密伴侣的暴力，仍然在难民中流行^{7,8}。例如迁移带

* 这里所表达的是作者观点，并不代表世界卫生组织政策。

† 美国、伊朗、苏丹、南苏丹、索马里和两个太平洋岛国（帕劳和汤加）尚未认可CEDAW。

来新的环境，影响到家庭中的性别内部关系和权力关系，有一些迹象表明家庭暴力的增加。在这些情况下，妇女面临语言障碍和羞耻感，同时对官员和驱逐出境的恐惧更使她们不敢报告受到虐待，并阻碍她们接受医疗、法律和心理学服务（Freedman）。另一篇文章重点介绍了日益增多的暴力，包括在黎巴嫩难民中妇女和女童的早婚和性交易（Yasmine and Moughalian）。该文揭示了影响女性难民接受性与生殖健康服务，例如计划生育、产科急诊和安全流产等服务的系统性障碍，而且影响她们的决策能力。该文进一步强调在医疗卫生场所普遍存在对女性难民的虐待和欺辱，包括拒绝接收产妇分娩以及强制性剖宫产。

卫生场所的暴力和虐待

卫生系统中对分娩妇女的虐待、无礼和忽视不仅发生于难民中，而是更为普遍地存在，这是本期一些文章中提出的另一个问题（Sadler et al, Vacafior, and Diaz-Tello）。这个问题逐渐被视为一种暴力形式，并在一些拉丁美洲国家被称为“产科暴力”，并纳入立法。这个问题中的挑战是明确定义，哪些属于虐待和无礼行为，哪些属于薄弱的卫生系统中服务质量差的问题。正如有些文章所指出的，应当从人权角度以及针对妇女暴力的框架下处理这种虐待和欺辱形式，旨在强调这种暴力的结构性维度，增加其曝光度，推动卫生系统采取行动，从而保证以完全尊重妇女选择、自主和权利的方式提供一切性与生殖健康服务。相同的原则应当适用于所有人，包括异性恋正统主义之外的性取向和性认同。其中一篇文章特别提到对双性者的医学化处理，认为对健康的双性者进行不必要的医疗干预侵犯了身体自主和自决的权利（Carpenter）。

卫生系统的回应

在面对卫生服务场所的虐待和欺辱时，性与生殖健康服务在解决针对妇女的暴力问题方面具有独特的切入点。最近在世界卫生大会

上通过了世界卫生组织的“关于加强卫生系统在应对暴力、特别是针对妇女和女童的暴力中作用的全球行动计划”。这是一份重要文件，强调了受过良好培训的医疗卫生人员可以判断和提供支持性回应，从而极大影响妇女的生活，并减轻暴力后果和暴力再次发生^{9,10}。大多数妇女在她们一生中都会去性与生殖健康服务场所，无论是为了计划生育、产前保健、分娩、治疗性传播感染、人工流产，还是为了孩子的健康，所以这是预防暴力和提供充分关爱与支持的机会窗口。然而，需要循证指导建立最佳综合模式。本期中的一篇文章介绍了英国妇女和服务人员对在人工流产服务中引入针对亲密伙伴暴力的综合服务的看法，结论是在这样的场景下整合两种被污名化的服务并不理想。这项研究强调需要有相应的符合当地情况的数据，而且要顾及新服务模式的可接受性和可行性（Penn Kekana et al）。

家庭暴力

印度的一篇文章进一步强调了卫生系统在辨别家庭暴力受害者中的作用，该文揭示医疗卫生人员如何忽视烧伤在印度的性别特点（Bhate-Deosthali and Lingam）。根据印度国家烧伤项目的估计，印度每年约有 91 000 妇女死于烧伤相关的伤害¹¹。这些死亡是完全可以避免的。其中，如果不是大多数、至少很多是家庭暴力的结果，这些案例往往被归类为意外事故、自杀、有时为他杀，而与暴力无关。这一事实强调要更多数据，而且医疗卫生人员需要意识到烧伤背后的性别模式，并引入干预及早辨别和支持烧伤患者，避免导致死亡。

当媒体忽视烧伤是一种暴力形式的同时，印度的公众舆论和政策焦点却主要集中在性暴力方面，尤其是“陌生人强奸”，而无视家庭暴力的严重性。与之相矛盾的是，印度的另一篇文章通过对德里的中产阶级男人和妇女的访谈，重点揭示了亲密关系和家庭中存在的性及其他形式虐待的普遍问题（Edmunds and Gupta）。在家庭环境中，对

双方同意、安全和性愉悦等方面的理解不仅有争议，而且含糊不清，主要是因为印度法律不认为婚内强奸是犯罪。

多数研究显示男人往往是暴力施加者，不过男人也会经历不同形式的暴力。在结束针对妇女的暴力和消除有害的实践方面，男人也可以起到关键作用。Brown 在本文中讨论了肯尼亚的年青男人如何认识到他们自己是消除女性割礼的同盟者，强调干预工作需要男性实质参与，与妇女共同推动改变强化女性割礼和使暴力常规化的文化和社会规范。这些对于针对妇女的所有形式的暴力都至关重要，特别是性暴力、亲密伙伴暴力和约会暴力。

进展需要有实证

本期还有其他重要的来稿，这些世界不同地区的研究和观点在丰富知识的同时，也提出进一步研究的问题，并强调需要进一步投入到基于性别的暴力的研究中去，以增进对暴力种类以及高风险人群的了解。

我们正向前推进证据建设，这将有助于提高语言的准确性，以及懂得如何界定不同形式的暴力。基于性别的暴力这个词汇最初是用来强调将妇女和女童置于某些高风险形式的暴力的性别不平等（即男女之间的权力关系不平等以及妇女获得资源的不平等）。不过现在越来越多地被用于指基于个人性别、性取向和性别认同的暴力。对男性气质和女性气质的习惯看法既支持了针对妇女的暴力，也支持针对性别多样化和不同性别认同人群的暴力，不过，性别动态和各种形式暴力的根本驱动因素并不一定相同。基于性取向和性别认同的暴力需要从其自身权利的角度来研究和理解。记述个人所面对的基于性取向和性别认同的暴力程度和性质，有助

于开发更具有针对性的方法来处理这类暴力并解决诸多障碍，包括妨碍她们获得服务的污名和歧视问题。

我们需要更多有关妇女和青少年面对的其他形式暴力的事实，诸如拐卖、童婚、早婚和强迫婚姻，还有关于针对特定妇女群体暴力的交叉问题，例如残疾和土著妇女，我们知道这些人受到频发暴力的影响。我们需要有更多数据，得以深入研究暴力根源、结构性影响因素以及有效应对措施。

针对妇女的暴力广泛存在，三分之一的妇女在其一生中会经历来自亲密伙伴或非伴侣的身体或性暴力³。如果这是一种疾病，全球的研究者就会被动员起来，资源也会投入到寻求控制其流行和发现治疗方法的研究之中。随着对这个问题的认识日益增长，加之消除基于性别暴力的政治力量日益强大，如果我们要在各个层面解决这个问题并实现SDG的宏大目标，更多研究和更完善的数据收集就不仅重要，而且急迫。实现崇高的SDG目标需要全面的研究议程，同时还需要与增加研究投入的明确承诺携手并进，包括政策分析、实施研究和项目评估等，从而产生使用哪些方法、在何处、针对何人的有关具体情境的证据。

致谢

作者感谢 Avni Amin 对编辑工作的宝贵贡献，以及 Pathika Martin 的认真审阅和编辑。编辑部特别要感谢本期编委的支持和贡献，他们是 Avni Amin, Tine Gammeltoft, Ana-Cristina Gonza-lez, Barbara Klugman and Heidi Stöckl。

(郑真真 译; 贾孟春 校)

参考文献

1. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [Internet]. 1979. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>.
2. United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. 2015. Available from: Sustainable Development Goals.
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *Statew Agric L Use Baseline 2015* [Internet]. 2013. Available from: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1.
4. UNHCR. Global Trends, Forced displacement in 2015. 2016. Available from: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>.
5. Spangaro J, Adogu C, Ranmuthugala G, et al. What Evidence Exists for Initiatives to Reduce Risk and Incidence of Sexual Violence in Armed Conflict and Other Humanitarian Crises? In: Kissinger, editor. *A Systematic Review*. PLoS One, 8(5)e62600 [Internet] Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062600>.
6. Schopper D. Responding to the needs of survivors of sexual violence: Do we know what works? *International Review Red Cross*, 2014 Jun 18;96(894):585–600 [Internet] Available from: <https://www.icrc.org/en/download/file/12251/irrc-894-schopper.pdf>.
7. Hossain M, Zimmerman C, Watts C. Preventing violence against women and girls in conflict. *Lancet*, 2014 Jun; 383(9934):2021–2022 [Internet] Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614609648>.
8. García-Moreno C. Responding to sexual violence in conflict. *Lancet*, 2014 Jun;383(9934):2023–2024 [Internet] Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614609636>.
9. World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system in addressing interpersonal violence , in particular against women and girls , and against children. 2016.
10. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 2015 Apr;385(9977):1567–1579 [Internet] Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614618377>.
11. Sanghavi P, Bhalla K, Das V. Fire-related deaths in India in 2001: a retrospective analysis of data. *Lancet*, 2009 Apr;373(9671):1282–1288 [Internet] Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360960235X>.

理解冲突中的妇女受暴经历和性别的政治经济学： 叙利亚案例

Khuloud Alsaba,^a Anuj Kapilashrami^b

a PhD Chrystal Macmillan studentship at Global Health Policy Unit, University of Edinburgh. Researcher and Public Health Advocate, Syrian Center for Policy Research, Syria

b Lecturer, Global Public Health Unit, Social Policy, University of Edinburgh, UK. Correspondence: anuj.kapilashrami@gmail.com

摘要：政治冲突给妇女带来重大风险，因为暴力在冲突中以新的形式和途径出现，并可能放大和加剧已有的暴力模式。已有充分证据表明，性暴力被作为一种战争手段被系统性地加以利用。中东越来越多的证据也凸现了在受冲突影响的国家周边难民营中日益增长的暴力风险和暴力事件。不过相对而言，我们更少了解在国内和跨越国境的历程中不断面对暴力的妇女所经历暴力性质的变化以及相关风险和生活经历。有关冲突中针对妇女的暴力（VAW）问题的讨论往往未涉及对国家变化中的政治经济学的理解，及其如何在冲突前、冲突中和冲突后构建性别关系，从而产生了特别的暴力风险并影响妇女的经历。本文采用未公开的和已发表的文献以及作者的经历，通过判断在叙利亚冲突中的妇女所处的风险环境和经历的暴力生活现实，研究政治冲突中针对妇女的暴力的鲜为人知的一面，人们对这个背景本身也缺乏了解。我们认为，考虑到更广泛的政治经济学对暴力形成和妇女反应的现实生活的影响，以及对妇女获取资源进行抵抗与恢复的影响，应当运用多层分析研究妇女的受暴经历。©2016 生殖健康要略。Elsevier BV 出版。保留所有版权。

关键词：社会性别，冲突，针对妇女的暴力，暴力的政治经济学，叙利亚

引言

武装冲突和战争都具有社会性别特征。冲突发生在某种文化背景之下，这种文化赋予男性和女性不同的角色和价值，从而对他们的生活产生不同影响。此外，一个社会中的社会性别结构在战时会得到强化¹。

政治冲突给妇女带来重大风险，因为暴力以新的形式出现，且放大和加剧了原有的暴力模式。已有证据充分说明，性暴力被用作战争手段，如军中的性奴役和强迫卖淫²，这些暴力发生在卢旺达的种族灭绝中，塞拉利昂、利比亚和刚果民主共和国的国内战争中，伊拉克战争³、巴勒斯坦⁴、还有当前的叙利亚冲突中^{5,6}。

关于阿拉伯地区冲突中的暴力问题，越

来越多的证据表明居住在邻国难民营的难民中的暴力风险和案例日益增多⁷。这意味着跨境流动在增加暴力风险的同时，为妇女创造了空间，尽管这些空间有限，也将社会性别问题摆在了妇女面前，其中不仅有暴力问题，还有一向被忽视的平等问题。

在当下的叙利亚冲突中，无论是在国内还是跨越国境后，妇女在她们日常生活中所面临的暴力形式及相关风险都鲜为人知。此外，有关冲突的社会性别性质以及原有的社会性别关系如何影响风险和脆弱性的分析也极其有限。

本文研究在叙利亚当前冲突背景下针对妇女的暴力（VAW）的鲜为人知的一面，这是史无前例的人道危机，对全世界都具有

重要的政治、经济和社会启示。本文考虑到该国冲突前的社会性别关系，并将其与冲突中出现的暴力风险模式和程度相关联。我们采用政治经济学框架，分析冲突的社会性别维度如何与市场和国家结构相互作用，从而强化了性别不平等，并使妇女面对特定形式的暴力风险，在关于针对妇女的暴力的主流文章中严重忽视了这一观点。

我们研究叙利亚的针对妇女暴力问题的背景是这场冲突的激烈程度和复杂性。我们首先简要介绍叙利亚冲突的关键特点，并追溯现代叙利亚治理和政治经济学的关键历史转变，及其对妇女地位和性别关系的影响。然后介绍叙利亚妇女最近面临的暴力倾向，并分析包括冲突地区、居住地和拘留中心在内的环境，妇女在这些地方所面临的特定风险。我们概述了叙利亚冲突中暴力的主流派和反对派双方的叙述。

本文基于作者对两类关键数据源进行的批判性思考和分析。首先通过回顾已发表和未公开文献，主要是国际和本地非政府组织的报告和评估、新闻报道，分析了政治经济框架中确定的关键主题。其次更为重要的是，文中资料来自第一作者的长期现场经历，她是一位叙利亚研究人员，具有在叙利亚和伊拉克开展人道主义工作的长期经验（包括在叙利亚为不同的人道主义组织完成多次实地考察工作）。

叙利亚冲突的主要特点

受阿拉伯革命的影响，叙利亚 2011 年的起义迅速升级为暴力对抗，到 2012 年夏演变为区域和国际势力代理者之间的战争⁸。死亡登记和大规模人群的流离失所明确反映了冲突的暴力程度和无差别性质。最新数据显示，伤亡人数占人口的 11.5%，2015 年的死亡率达到 10%，受伤人数超过 188 万⁹。冲突导致叙利亚产生了约 311 万难民，还有 636 万人流离失所，大多数仍在迁徙过程中⁹，估计有 1350 万人需要人道主义援助¹⁰。

叙利亚冲突的复杂性之一是交战方的多样性。广义来说，控制国土的主要几方大致

为：叙利亚政府、伊拉克和叙利亚的伊斯兰国（ISIS），以及叙利亚反对派武装集团^{*}。反对派武装成分复杂，包括不同的民兵和伊斯兰旅，具有各种不同意识形态、政治目标和军队结构，往往作为临时的军事联盟的一部分作战。这种联盟的形成取决于多种因素，包括地区势力的协定，以及围绕 ISIS 或政府军控制的大城市开展的军事行动的规模。这些由土耳其、卡塔尔和沙特阿拉伯主导的区域性协定，揭示了这场冲突复杂性的另一面，因为这些国家一向是交战方的主要资助者，并利用实质上的宗教和教派话语作为政治卷入的借口。这种与意识形态之间的交错关联导致了影响到普遍性的暴力倾向，特别是针对妇女的暴力的狂热话语。除了对反对派武装集团的区域性支持外，还有来自美国、法国和英国的国际支持。即使在叙利亚政府控制的地区，也高度依赖非正规民兵控制人民¹²。此外，叙利亚政府依靠地区政党，如真主党（Hisbullah），以及伊拉克和伊朗的民兵，国际上主要依靠俄罗斯。在冲突中国际势力的投入导致了另一个复杂的层面。土耳其民主联合党（PYD）和 ISIS 最近已经参与了冲突，后者在践踏人权和战争罪行方面已经受到全球关注。

国际和区域大范围地卷入叙利亚，在冲突各方中制造了分裂，削弱了叙利亚的社会和经济制度的政治基础，造成了政治真空并对国际关系形成了史无前例的影响¹³。冲突各方的杂乱无章和区域利益的混合对妇女有着重要影响，因为不同的冲突方利用不同的手段控制和征服人口。

叙利亚针对妇女的暴力

起义初期有关侵犯妇女人权的报道显示，政府安全和军事力量系统性地将对妇女的暴力作为一种政治镇压的工具，用以威胁社区和政治活动人士¹⁴。自从 2012 年对抗升级为军事行动以来，叙利亚人民对亲眼目睹的

^{*} 这些集团至少包括：自由叙利亚自由军（FSA）和伊斯兰旅，诸如 Harakat Ahrar al-Sham al-Islamiyya, Jeish Al-Islam, Liwa al-Tawhid, Al Nusra Front（隶属于基地组织）¹¹。

由冲突各方引起的史无前例暴力已司空见惯。这使冲突性质对叙利亚妇女而言具有特别严重的后果。

在冲突升级过程中，暴力的规模和冲突方的复杂性都在升级，将叙利亚妇女和女童暴露于各种形式的暴力风险之中，包括绑架、妇女政治活动人士和男性活动人士的女性家属的被迫失踪、处决、强奸和其他性暴力、虐待、奴役、强制加入民兵、强制拘留以及得不到公平审判。妇女还面对其他间接形式暴力的风险，包括被迫背井离乡和迁徙、在邻国难民社区中的强制性婚姻和早婚，以及得不到基本的服务包括健康服务^{6,14-16}。

为了更全面地了解冲突的性别影响，有必要考虑冲突之前和由冲突造成的政治、社会和经济背景。虽然冲突加剧了妇女面对暴力的脆弱性并影响了她们的应对和恢复方式，但在2011年冲突开始之前就已经形成了性别不平等和不利状态的结构层面。因而，只有了解叙利亚的社会性别关系和社会、政治、经济背景，才能全面理解冲突对妇女造成的生活现实和暴力风险。为了说明更广泛的政治和经济结构如何塑造和强化妇女的风险和机会分布，我们应用了Jacqui True^{17,18}提出的女性主义政治经济学框架。她指出，女性主义政治经济学方法修补了当前基于性别暴力和安全保障研究之间的漏洞，由于存在漏洞，这些研究无法分析政治、经济和社会结构如何“影响和提高了妇女面对暴力风险的脆弱性”¹⁸。我们在本文相应部分的分析和讨论中应用了该框架的三个元素¹⁸。这三个元素是：

- i) 国家现行的宏观经济环境和新自由主义政策及其对性别关系的影响；
- ii) 在公共领域和私人领域中的社会性别劳动分工，以及在家庭中的性别关系。我们认为这些关系与国家及宏观环境密不可分；
- iii) 冲突本身的社会性别维度。我们展示了控制权力和生产资源的斗争已经强化了男性侵略的特定形式。

叙利亚国家和社会性别关系的政治经济学

叙利亚经过长达20年之久的反抗镇压革命和独立运动的斗争后，于1946年摆脱法国统治获得独立¹⁹。妇女在独立运动中扮演了核心角色，并在此后的数十年间在政治上发挥着积极作用，直到20世纪70年代末国家军事化关闭了政治空间²⁰。阿拉伯民族社会复兴党在1963年通过军事政变获取权力之后，于20世纪60~70年代在全国范围采取普遍的社会政策，显著提高了该国在20世纪后半叶的发展指标，主要是健康和教育方面的发展，同时还有公共卫生、水、能源和基础设施方面的改善²¹。发展进步反映在预期寿命上升、婴儿和儿童死亡率降低，以及男童和女童的入学率上升。这些发展得益于阿拉伯民族社会复兴党经过一系列军事政变和反政变后掌握政权后带来的稳定时期²²。发展所积累的利益使叙利亚妇女获得较好的健康和教育机会^{23,24}，她们被视为经济发展的主要力量，并占据了提供社会[†]和经济保障的公共部门的空间²³。然而，在社会经济、区域和地理范围内以及社会性别上日益增长的不平等明显给这些改善蒙上了阴影，这种不平等尤其影响了欠发达省份和农村地区的妇女儿童²⁴⁻²⁶。

20世纪80年代，几个因素，最显著的是阿拉伯地区不稳定的政治和经济环境及战争，社会支出减少并导致经济和服务崩溃，这反映在家庭生活水平上²⁷。随着政府在20世纪90年代末采取新自由经济政策，经济崩溃后停滞不前，导致了社会部门商业化和取消补贴²⁸。这种新自由主义模式在21世纪头10年更为显著，尤其在阿萨德总统逝世、他的儿子继位总统之后。在贫困增加的同时，地缘和社会不平等也在加剧，而几次政治和制度改革的尝试均受挫²⁶⁻²⁸。

2000年的住户数据显示，妇女和年轻男性以前所未有的规模从劳动市场退出。在此期间，因为干旱、日益增强的新自由主义政策以及正规和非正规就业工人缺乏合法性与社会保障，妇女在农业部门的就业人数大

[†] 妇女更偏好公共部门工作，因其保障产假和儿童福利。

大下降（从 54% 降至 22%）。总的来说，妇女劳动参与率从 2001 年的 21% 降至 2010 年的 12.9%，下降速度远远快于同期的男性²⁹。2010 年，本应是劳动力一部分的 15 岁以上妇女有 85% 成为家庭妇女，被排除在劳动市场之外²⁹。Nasser and Mehchy²⁹ 发现，由于在冲突发生前 10 年已有较多已婚妇女离开劳动市场，妇女的劳动参与取决于婚姻和受教育状况。这个趋势意味着妇女在经济和社会方面更为依赖男人和家庭，因而在冲突中面对暴力也更为脆弱。在较低收入群体、农业工人、农村母亲、大马士革和阿勒波贫民区以及如 Der Ezzor 和 Hassaka 等欠发达行政省份的妇女中，社会、经济和健康不平等最为明显²⁶。这些群体中的妇女更难获得生殖健康和其他健康服务，更缺乏对生育决策的控制，文盲率和辍学率更高²⁴⁻²⁶。

很少研究探索这些发展指数如何反映和关联叙利亚社会中性别关系变化。对国家机器及其与国民之间的关系如何影响社会性别关系的分析则更为罕见。在叙利亚的情况下，需要研究国家压制政治反对力量（伊斯兰教和社会主义）对妇女地位的影响后果。这一点至关重要，因为执政党的天然政治同盟是传统的伊斯兰精英[‡]，结果是权力转移到宗教机构，使他们在监管妇女生活方面有日益增长的话语权^{30,31}。Sharabi³² 在涉及叙利亚和该区域其他国家的“新父权制”概念中使用了宗教和父权制的汇集。他认为，在这一背景下的权力与宗教和亲属结构相结合，并通过国家合法强化其统治。

Annika Rabo²³ 认为，在分析国家（及其机构）和公民社会之间的（变化）关系中，重视社会性别是非常必要的，因为有关“‘好的’男人和女人的观念是政治斗争中的重要标志”。

叙利亚的妇女、国家和公民：对社会性别关系的影响

[‡] 主要的盟友是来自叙利亚、伊拉克和埃及的传统和宗教团体联盟，从而对抗穆斯林兄弟会的反对力量，打破联盟并在民众和宗教机构中获得合法性。

在叙利亚社会中，妇女（和“家庭”）一向具有核心作用，而且在社会中的现代化论述以及强化文化传统中被作为标志。独立后“现代”叙利亚国家的形成和民族认同是基于将传统社会性别规范和意识形态作为“党努力消除的父权秩序的残余”²³。叙利亚妇女的政治斗争和积极参与独立运动使她们在 1949 年获得了选举权。不过，正如 Makdisi³³ 指出，为了在（很大程度上为父权制的）民族主义运动中维持地位，并将国家建设和国家安全置于优先于促进妇女在社会经济、公民和政治领域的议程的位置，对此妇女必须做出艰难的选择。与在国家议程中妇女中心的修辞相反，在 20 世纪 60~70 年代，公民和政治生活受到束缚，而公共空间主要被执政的阿拉伯民族社会复兴党把持。这种形势迫使在党内的妇女撤退，同时组建妇女联合会（General Women's Union），其作用仅限于发动妇女支持阿拉伯民族社会复兴党政治合法性的活动。在妇女联合会中妇女的独家政治代表，没有从事平等问题，反而去强调妇女的参与和责任是为国家经济发展目标服务。政治参与的这种边缘化导致妇女在议会中只拥有不到 12% 的席位³⁴。此外，叙利亚在 2003 年加入“消除对妇女一切形式歧视公约”（CEDAW），但是政府对涉及国籍、流动、离婚、继承、生育和保护儿童婚姻等若干条款都提出保留。因此，当冲突发生时，叙利亚在全球社会性别差距报告（2011 年）的 135 个国家中名列 124 位，排在其他阿拉伯邻国之后³⁵，绝非偶然。

在冲突发生之前，公共领域由对妇女怀有敌意和暴力的老牌国家资产阶级、宗教正统精英、新企业机构和军事机构把持。将宗教机构植入政治权力中对妇女来说是倒退的，并与“现代性”的主张相矛盾³⁰，而且对私人领域越来越压制和暴力。社会和经济环境的改变限制了妇女的公共参与和获得经济机会，因而她们更需要依靠家庭中的男性成员。由于妇女的地位越来越受到家庭关系的限制，她们在家庭中的协商权力削弱，因此增加了她们在冲突形势下的脆弱性³⁶。

在国家与军事派别之间正在进行的权力斗争中，妇女在起义中和军事冲突中成为关键的政治角色，她们在战争中既是受害者又是肇事者^{37,38}。在2011年的叙利亚起义过程中，妇女在动员非暴力运动时发挥了关键作用。因为妇女在为各种草根组织建立法律、政治和社会支持网络，她们在社区获得认可。Sadiki援引的说法是，妇女因她们在动员非暴力运动中的工作获得男性同行的“感谢和尊重”，并“成为公民”³⁹。尽管因彰显冲突的暴力程度使叙利亚起义蒙上阴影并受到质疑，但女性政治活动者仍被认为发挥了关键作用。叙利亚冲突中出现的暴力模式正塑造妇女新的风险和机会，并将决定她们未来在“公共”和“私人”领域的参与，尤其是当宗教正统和军事组织正在填补受影响地区的治理真空之时⁴⁰。

冲突的社会性别维度和针对妇女暴力的新模式

在叙利亚冲突中，妇女遭受暴力的经历受到妇女的地位、角色和社会关系的变化影响。这些变化的原因是流离失所、丧失经济和社会资本（诸如家庭成员和亲近的人），而且最重要的是，在政府和非政府力量之间夺取政治控制的斗争中，社会性别角色和动态关系发生了变化。这些因素的交织作用造成了新的脆弱性、风险和机会，影响到妇女的应对手段。暴力的模式和经历在全国不同地区和不同人群中并不相同。

在叙利亚，对危机之前的针对妇女暴力模式迄今为止鲜有记载，这也是在叙利亚社会中闭口不谈的问题⁴¹。家庭暴力和性骚扰被视为私人事务，是由关于男人有权控制妇女的性行为的父权信念造成的。因此，挑战针对妇女暴力的隐私以及解决或报道这类事情的企图往往被认为背叛家庭和破坏社会凝聚力^{42,43}。

不过，阿拉伯世界发生的冲突和政治暴力的起始，揭示了这种对于针对妇女暴力的羞耻和沉默文化的现象。在这些地区，妇女以沉默应对暴力为她们获得了“民族抵抗”

的象征性意义⁴⁴。在巴勒斯坦占领区、黎巴嫩和伊拉克的冲突揭示，私人问题如何转为公众事务，由家庭耻辱转变成为“国家”的或地区的耻辱，并唤起和加剧更多的暴力和复仇行为⁴⁴。这种论调在媒体发表的几个证词中是显而易见的，也出现在对难民营妇女状况的评估中，暴力受害者说：“[报道]只会使情况更糟糕”⁴⁵。因此，沉默和羞耻的文化轮廓在冲突中被强化和放大。有必要进一步了解这种面对针对妇女暴力表示沉默，在影响该区域冲突期间的民族抵抗的论述上的象征意义，将会对冲突后的国家建设工作有意义。

暴力的社会性别层面与父权制以及冲突如何影响到经济和社会资源的性别分布密切相关。2015年叙利亚的贫困水平达到83.5%，估计极度贫困占69.3%，在地理上分散且集中在冲突地区⁹。这种情况加剧了妇女和儿童的脆弱性，她们被迫卷入非正规劳动市场和战争经济。Raqqa（在ISIS控制之下）的贫困率最高，高达91.6%，其次是受冲突影响最严重的Der Ezzor、Idleb、霍姆斯和大马士革郊区。2016年SCPR关于冲突影响的报告揭示了，如何将国家和外部资源集中到暴力经济，再分配到实地作战各方。经济和政治上的不安全和排斥直接增加了针对妇女暴力的发生和风险常态化¹⁸，使妇女陷入家庭中和公共场所的潜在暴力环境中。由于社会部门和服务的崩溃，妇女无法获得基本健康服务和食物与药品补贴等支持性服务。对医疗卫生设施和针对医务工作者的持续打击，剥夺了人们的基本服务和拯救生命的服务，诸如向孕妇和强奸受害者提供的服务⁴⁶⁻⁴⁸。

社会经济和政治不安全引起对妇女权利的抵制，往往“通过暴力和以捍卫文化与传统的形式清楚表达出来”⁴⁹。尽管已经有很多证据说明，武装冲突直接导致的针对妇女（以及男性）的性与身体暴力的增多，关于妇女遭受的其他暴力形式和她们持续面对的风险还所知甚少。

在冲突中，妇女被视为物品并被严重商

品化⁵⁰。我们将在下节讨论妇女在冲突地区的检查点和拘留中心是如何成为目标且被当作商品的。

在冲突地区，也意味着在全国几乎所有的人烟稠密地区，库尔德集团、叙利亚政府军和民兵积极招募女兵，有时反对派也这样做。这种招募（以及吸纳妇女进入军事力量）往往被西方媒体作为挑战传统叙利亚社会的性别框架加以赞扬，显示妇女积极与男性同伴并肩作战（例如，2014年Zulver, Aljazeera关于库尔德女战士的专题报道）。不过，对招募这些女战士的背景基本没有报道。叙利亚人权网络（2015）记载了库尔德民兵诱骗和强迫招募69位妇女（包括34人不满18岁）⁵¹。这种招募背后是一种手段，叙利亚政权和不同的反对党都在利用这种手段，即从宗教信仰和性的社会结构出发，羞辱穆斯林男性战士和削弱他们的男性气质⁵²⁻⁵⁵。例如，库尔德民兵招募女战士对抗ISIS，是因为人们相信如果被妇女杀死就进不了天堂⁸。公民社会网络报道民主联合党强迫招募儿童和青少年，但是也发生在反对派军事集团和亲政府民兵中^{51,57}。此外，也有在报道几起女性自杀式炸弹袭击案件时，认为妇女接受过训练不被“活捉以避免遭受强奸和性奴役的耻辱”⁵⁸。

需要注意的是，独立以来，叙利亚正规军队中一向有少数妇女。不过，缺乏有关在政府民兵中的女战士数据，她们也被称为“阿萨德女战士”⁵⁹，集中在大马士革和霍姆斯。需要注意，因为这些可能揭示位于这些地区的民兵的特定的重要信息（如她们的居住地，在招募时的强迫程度）。为反对派作战的妇女相对更少，只限于一些特定区域，最近的发生在阿勒波，据报道那里的招募是意识形态和宗教驱动的⁶⁰。与声称这些招募是自愿的并受到宗教和派系的影响并不一致，这里的形势更为复杂，并有经济社会因素推动，例如妇女在暴力中失去男性配偶。对于社会、

⁵⁰ 这种说法广泛见于媒体，最近的一则在独立报上的标题是“ISIS害怕女孩”⁵⁶，作为回报，西方媒体使用东方话语来颂扬招募女兵。

经济、宗教和意识形态的驱动因素，以及这些因素与居住地（农村—城市）、种族等其他因素的交互作用，我们知之甚少。例如，冲突前的经济和社会指标显示了在欠发达地区妇女的严重脆弱性，例如在Lattakia（这些区域的库尔德女战士最为集中）、霍姆斯和Lattakia，还有阿勒波农村和城市贫民区^{24,25}。了解这些方面的情况对理解妇女的不同脆弱性和经历至关重要。

军事占领和居住地是形成这类暴力风险的其他重要决定因素。媒体大量报道ISIS占领区的邪恶和反人道行为，妇女就是这些集团暴行和宣传的目标之一。例如，征服妇女和女童以及对“非信仰者”的性奴役是西方媒体所报道的有关ISIS战术的主要特征⁶¹。媒体特别关注（伊拉克的）Yizidis等非穆斯林妇女的恐怖经历，但是生活在ISIS控制区的妇女面对的更多其他形式的攻击和剥削仍然鲜为人知⁶²⁻⁶⁴。例如，居住在Raqqqa（ISIS在叙利亚的主要控制区）还有横跨国家北部和东北部的阿勒波和Der Ezzor的小片区域的大部分妇女的情况仍未得到关注。由于各种对流动的制裁措施，和常规公开“惩罚”违背流动、性行为 and 穿戴的监管守则的妇女，在ISIS控制下生活的妇女被严密隔绝。这些惩罚包括拘留、殴打或处决被认定有婚外性行为的妇女。所有在ISIS占领区的妇女都受到影响，无论其年龄或社会地位，户主为女性的住户以及未婚妇女和女童面对更高风险⁶⁵。

反政府势力控制区的居民面对政府部队的无差别炮击和武装围攻⁵⁷。在这些地区，由于武装集团持有的激进理念，生活在反政府势力下妇女的公民自由日益受到新规则的限制。其中之一是“Jeish Al-Islam”的干预，这位前领导人曾出资帮助男人与战士遗孀结婚，来促进婚姻和“杜绝未婚”⁶⁶。

在战斗地区，妇女被视为高价商品，在通过检查岗和保障家庭的食物和其他资源时被策略性地用来讨价还价。人权组织的报告显示，妇女遭受到不同形式的人身侵犯包括性交易、金融走私和绑架^{14,67}。这些暴力经

济活动是妇女被作为商品的例证。例如，妇女活动人士促进受伤人员的转移和过境、人道主义援助和金融转移⁶⁸。这种“跨境”趋势日益普遍，尤其在冲突军事化之后，这是她们失去其他公民和政治空间后参与当地跨境运动的另一种选择⁶⁵。

由于男人、特别是男青年都是招募对象，或被拘押，或作为工人使用，妇女在保障资源、医疗和军事援助方面成为家庭、社区和不同交战方的宝贵资产。妇女在这些地区越来越多地被用于接近军事包围区、穿越政府控制区域，到达反对势力控制地区，反之亦然⁶²。这种跨境将妇女暴露于来自跨越边界的士兵、人口贩子和走私者的各种形式的性虐待和任意敌对行动之中。

此外，由于基于性别暴力的文化污名化和驱动这些跨境活动的经济和社会需求，这些暴力经历均未得以报道。这些暴力经历在跨境运动中日益泛滥，叙利亚妇女在少数民族志研究⁶⁹中，记述了这些经历对妇女健康、福祉与生存的灾难性后果。对于特别脆弱的妇女群体而言风险就更高，如贫困、流离失所、性工作者、监狱犯人以及受战争影响的女性家庭成员。这些经历并不仅限于反政府武装控制地区，而且蔓延到暴力经济和制度崩溃明显的政府控制地区。在政府和反政府控制地区，流离失所的人们失去了家庭成员、资产和安全保障。由于流离失所民众生活在社会边缘，对他们之中发生的事情知之甚少^{14,62}。

拘押中心的暴力和为政治利益交换被拘押的女性（还有男性）是叙利亚冲突中的另一类独特现象。这场冲突自始就伴有政治和随意拘捕与强制性失踪。人权组织估计，仅政府拘押中心就有近8万5千人被强制拘押⁶²。无论是政府还是反政府控制地区的各种中心的拘押条件都是极端非人道的⁷⁰。而被关押女性的经历则由于拘押中心普遍存在的性暴力，更彰显了文化上的污名化。拘押妇女延伸到反政府武装集团的控制地区，拘押政治活动人士在这些地区正在成为一种模式，其中包括在推动非暴力运动中发挥重要

作用的妇女活动人士⁷¹。众多妇女被作为政治犯关押，并被象征性地用来向与她们有关联的男性战士或活动家施加压力。例如，有些反政府武装力量经常用被拘押的高级别政府人员与政府拘押中心和监狱中的妇女儿童做交换。据报道，这些交换是通过由其他政府监督执行的双边或区域协定进行谈判的，尤其是诸如土耳其、卡塔尔、伊朗等在不同程度上卷入了冲突（特别是以资助的方式）的国家⁷²⁻⁷⁴。绑架妇女以交换在押犯人和资源，通过地区势力提出的赎金，增加财政资源。最初这种做法包括男人和妇女，但不久就成为只针对妇女，大多数是针对战士的妻子和家庭成员⁷⁵。而另一方面，使妇女作为“荣誉”管家的象征性符号永久化，为冲突创造财政收入。

结论

叙利亚特别是北部和东北部的人道主义形势恶化，严重影响和加深了妇女面对暴力的脆弱性。本文力图突出国家、市场和军事结构在造成边缘化和排斥的新形式以及在强化社会性别不平等中的作用。通过对叙利亚人民经历冲突的分析，揭示了三个重要问题。

第一，叙利亚冲突各方的多样性和各方意识形态和议程的差异给妇女带来的暴力风险的影响有所不同。在所有持续形式的暴力中，性暴力在冲突中和冲突后往往最为突出。不过，正像文章所揭示的，暴力经历不仅限于冲突中的性暴力和强奸，这些经历在不同区域也不尽相同。妇女面对多种形式的暴力风险，包括ISIS控制地区的奴役，或与ISIS作战的库尔德武装力量强制征兵，以及随意拘押、强制性失踪和绑架。妇女们还承担某些民兵镇压意识形态学说的后果，被迫结婚或屈从其他安排。然而媒体陈述和主流政治话语则倾向于忽视这些差别，将暴力视为影响居住在特定政权统治下妇女所遭受的同质和统一的经历。尽管在交战各方和受围攻地区的暴力模式不同，但形成冲突的基本话语（以及交战各方的意识形态）则具有高度的社会性别含义和性的特征。

第二，妇女遭受暴力的风险和经历受到阶级、民族、政治激进主义、居住地域、经济和宗教的交互影响。然而，在造成妇女脆弱性的政治和经济不平等的社会性别结构的背景下认识暴力问题是不足的。贫困、边缘化和冲突的破坏效应致使妇女容易成为暴力目标，削弱了妇女在社会中所有潜在的收益。这些宏观的政治和经济因素，还有正在进行的争夺权力和生产资源的斗争，也同样削弱了男人的权能，他们试图通过在公共领域中，作为民兵的活跃成员，或在私人领域的进一步暴力行为，来重新表明其对妇女的权力，如难民社区日益增多的家庭暴力事件证明了这一点。

第三，对风险和脆弱性的深入评估需要考虑妇女的社会位置（在各种边缘交互作用之下）和社会性别与国家的关系在冲突前后的变化。至关重要的是要了解不同的交战方如何利用社会性别和性的象征性标志影响妇女面对暴力的脆弱性。由于政治权力和宗教及家庭等制度的密切关联，叙利亚妇女的政治、社会和经济地位受到极大损害。这种不利地位的模式产生于现代叙利亚国家形成过程中（和新父权制的崛起），并在冲突中被交战民兵和地区干预进一步强化。在民族、宗教和家庭层面与暴力相关联的污名会进一步限制妇女进入公共领域，并掩盖暴力，同时强化不受惩罚和践踏人权的文化。本文特别强调了通过妇女的坚忍和对暴力的沉默忍耐所表达的国家抵抗的令人不安的倾向。在建立新国家的进程中，这可能意味着“对妇女不公正”的原则将嵌入文化，使妇女更难为争取平等原则和追求公正而自卫和行动。此外，这还可以象征性地用来吸引该地区的某些政治同盟，或推进服务于社会中更为传统的势力的政治议题，从而阻止任何实现平等的进步。新政权的这种普遍性和强化将毁坏建国期间和 2011 年起义之初所取得的平

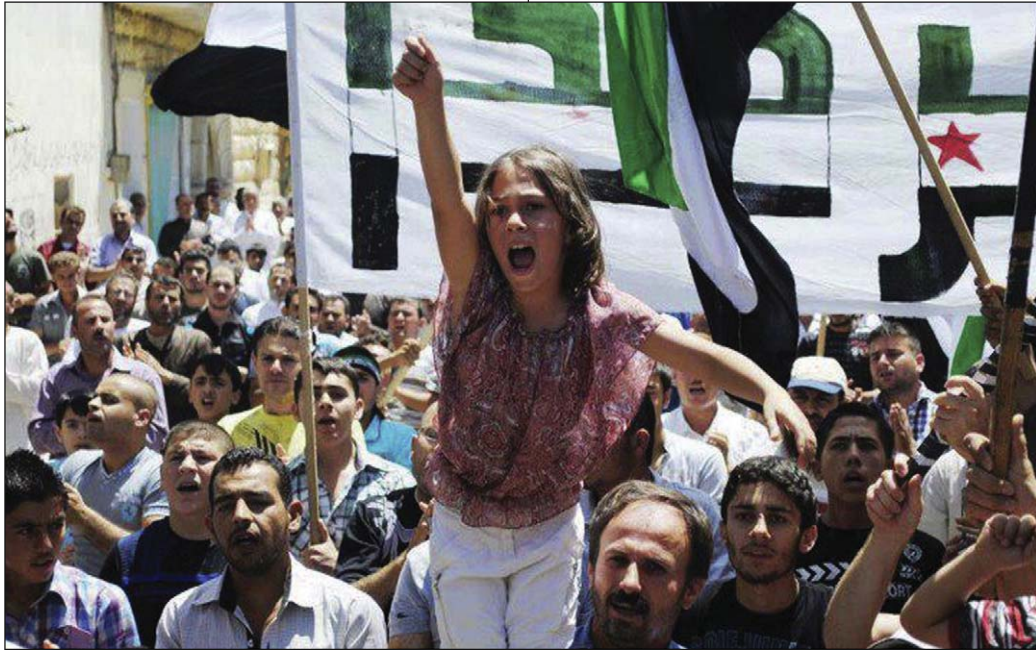
等成就和要求。

本文确定了进一步研究的必要性，以便描述和更深层次地了解新的针对妇女暴力的模式，并评估影响妇女经历的风险因素与环境 and 制度的交互作用。这些研究需要有实证数据，建立纵向的、以案例为基础的冲突地区暴力的政治经济学概念。对于受影响妇女，有必要采取基于实证的包容性对策，恢复她们的尊严、信任和安全。

在政策方面，重要的是关注暴力的隐蔽性和在私人领域的猖獗的不受惩罚的文化如何影响妇女当前和未来的公共空间。应当在政治解决冲突、谈判进程中和过渡时期考虑到这种公 - 私互动关系的含义。包括军队和武装团体之外的妇女和男人的包容性和参与性进程，是保证和平进程的政策制定既公平又可持续的关键。我们的研究显示，暴力的影响和经历不仅限于性暴力行为，而且延伸到与暴力经济有关的更为多样的形式（例如绑架和赎金）。某些控制区域的特殊妇女群体中的这些经历被大肆报道，但并不是仅在她们之中发生的。为了重建安全和缩小不平等，过渡时期和未来的经济社会政策应当在保护方式上具有普遍性。尽管在解决冲突时，叙利亚的国家稳定和公正是重要且期望的目标，然而将公民尤其是妇女的社会和经济权利和安全置于次要地位，已经给叙利亚带来不稳定和破坏性后果。

暴力的政治经济学是基于引起冲突的激励机制，包括新的社会权力、财政收益、强制推行父权制和非正规市场的不负责任性。这些激励酿成了暴力循环怪圈，并被地区性和国际上的利益与权力进一步激化。打破这个怪圈需要综合性应对措施，其中一个方面就是引入另一种能够消除和边缘化暴力的激励机制的以人为中心的经济。

（郑真真 译；贾孟春 校）



ANONYMOUS CITIZEN PHOTOGRAPHER

2012年在叙利亚Idleb的Sarmada示威活动，该地区现被激进伊斯兰团体占领。

参考文献

1. Cohn C. *Women and Wars*. Cambridge: Polity Press, 2013.
2. Etienne M. Addressing Gender-Based Violence in an International Context. *Harvard Women's Law Journal*, 1995; 18:139. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=664530>.
3. Green P, Ward T. The Transformation of Violence in Iraq. *British Journal of Criminology*, 2009;49(5):609–627. <http://dx.doi.org/10.1093/bjc/azp022>[Online]. Available at: <https://bjc.oxfordjournals.org/content/49/5/609.full>.
4. Jacobs S, Jacobson R, Marchbank J. *States of Conflict: Gender, Violence and Resistance*. London: Zed Books, 2000.
5. United Nations (UN) News Centre. Impunity, unprecedented violence, denial of aid hallmarks of Syria conflict – UN rights panel. 2014. 17, June, 2014. Available at: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=48070#.Vzvf4vkrKUK>.
6. Violence against Women in Syria. *Lancet*, 2013; 382(9908):1858.
7. Hidden Crisis: Violence against Syrian Female Refugees. *Lancet*, 2015;385(9985):2341–2342.
8. Rogers P. Syria, the Proxy War. In: *Global Policy Forum*; 2012 [Online]. Available at: [https://www.globalpolicy.org/security-council/index-of-countries-on-the-security-](https://www.globalpolicy.org/security-council/index-of-countries-on-the-security-council-agenda/general-issues/51693-syria-the-proxy-war.html)
9. Syrian Center for Policy Research (SCPR). *Syria: Confronting Fragmentation*. In: *Impact of the Syrian Crisis, Quarterly Report, 2015 Report Supported by UNDP Syria Country Office*. February, 2016. [Online]. Available at: <http://scpr-syria.org/publications/policy-reports/confronting-fragmentation/>.
10. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Country Profile: Syria*. 2016. [Online]. Available at: <http://www.unocha.org/syrian-arab-republic/syria-country-profile/about-crisis>.
11. Stanford University. *Mapping Militant Organizations Project*. 2015. [Online]. Available at: <http://web.stanford.edu/group/mappingmilitants/cgi-bin/groups>.
12. Lund A. *Who Are the Pro-Assad Militias*. *Carnegie*, 2015. Published on: March, 2, 2015. [Online]. Available at: <http://carnegieendowment.org/syriaincrisis/?fa=59215>.
13. UN. *Note to Correspondents: Joint Press Release by UN Secretary-General and President of the International Committee of the Red Cross*. Geneva, Switzerland: UN, 2015.

14. Euro-Mediterranean Rights Network. VAW: Bleeding Wound in the Syrian Conflict. Euro-Mediterranean Rights Network 2013, 2013. [Online]. Available at: <http://www.wluml.org/sites/wluml.org/files/Euromedrights-VAW-Syria-Nov-2013.pdf>.
15. Wolfe L. Syria has a Massive Rape Crisis. [Blog] Women under Siege, 2013 Available at: <http://www.womenundersiegeproject.org/blog/entry/syria-has-a-massive-rape-crisis>.
16. UN Women. Inter Agency Assessment: Gender-Based Violence and Child Protection among Syria Refugees in Jordan, with a Focus on Early marriages. Amman: UN Women, 2013.
17. True J. The Political Economy of VAW: A Feminist International Relations Perspective. *Australian Feminist Law Journal*, 2010;32(1):39–59. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13200968.2010.10854436>.
18. True J. *The Political Economy of VAW*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
19. Hinnebusch RA. *Syria: Revolution from Above*. London: Routledge, 2001.
20. UNDP. *The Arab Development Report: Towards the Rise of Women in the Arab World*. UNDP Regional Bureau of the Arab States, 2005. [Online]. Available at: <http://www.arab-hdr.org/publications/other/ahdr/ahdr2005e.pdf>.
21. Nasser R, Mehchy Z, Abu Ismail K. *Socioeconomic Roots and Impact of the Syrian Crisis*. SCPR, 2013.
22. Mufti M. *Sovereign Creations*. New York: Cornell University Press, 1996.
23. Rabo A. *Gender, State and Civil Society in Jordan and Syria*. In *Civil Society: Challenging Western models*. In: Hann C, Dunn E. London: Routledge, 1996.
24. League of Arab States and Syrian Arab Republic. *Family Health Survey of the Arab Republic of Syria 2001*. Cairo: The League of Arab States, 2001.
25. League of Arab States and Syrian Arab Republic. *Family Health Survey of the Arab Republic of Syria 2009*. Cairo: The League of Arab States, 2009.
26. Alsaba K. *Inequalities in Infant and Child Mortality and Health in Syria and their Social Determinants: Evidence from the Family Health Survey, 2009*. 2011. Unpublished paper.
27. Nasser, et al. *Socioeconomic Roots and Impact of the Syrian Crisis*. The Syrian Center for Policy Research, 2013.
28. Nasser R, Mehchy Z. *The Role of Economic Factors in Political Movement*. *Development and Economic Policies Journal*, 2012;15(1). Arab Planning Institute in Kuwait. [Online]. Available in Arabic at: http://www.arab-api.org/images/publication/pdfs/118/118_j15-1.pdf.
29. Nasser R, and Mehchy Z 2011. *Determinants of Labour Force Participation in Syria (2001–2010)*. In: Submitted to the Labour and Human Development Theme of the 18th Annual Research Forum (ERF) Conference, 2011 [Online]. Available at: <http://erf.org.eg/publications/determinants-labor-force-participation-syria-2001-2010/>.
30. Moghadam VM. *Modernizing Women: Gender and Social Change in the Middle East*. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2003.
31. Barakat. *The Arab Family and the Challenge of Social Formation*. In: Moghissi H, editor. *Women and Islam: Critical Concepts in Sociology*. London: Routledge, 2005.
32. Sharabi H. *Neopatriarchy: A Theory of Distorted Change in the Arab World*. New York: Oxford University Press, 1988.
33. Makdisi JS. *Feminism and the Language of Arab Feminist Movements*. In: Makdisi JS, Sidawi RR, Bayumi N, editors. *Arab Feminism: A Critical View*. Beirut, Lebanon: Bahithat and Center for Arab Unity Studies Publication, 2012.
34. UNICEF. *Syria, MENA Gender Equality Profile*. UNICEF, 2006. [Online]. Available at: <http://www.unicef.org/gender/files/Syria-Gender-Eqaulity-Profile-2011.pdf>.
35. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. *The Global Gender Gap Report*. Geneva: World Economic Forum, 2011.
36. Bahithat. *Arab Feminism: a Critical Review*. Beirut: Bahithat and Center for Arab Unity Studies Publication, 2012.
37. Satterfield R. *An Unfulfilled Promise? The Role of Women in the Arab Awakening*. *Journal of Women and Human Rights in the Middle East*, fall, 2013 [Online]. Available at: <https://bakerinstitute.org/media/files/Research/dfe28b28/WHR-Pub-StudentJournal-101613.pdf>.
38. Ghazzawi R. *Seeing the Women in Revolutionary Syria*. *Open Democracy*, 2014. Viewed: 13 November 2015. [Online]. Available at: <https://www.opendemocracy.net/arab-awakening/razan-ghazzawi/seeing-women-in-revolutionary-syria>.
39. Sadiki L. *Routledge Handbook of the Arab Spring: Rethinking Democratization*. London: Routledge, 2014.
40. SCPR, UNDP, UNRWA. *Alienation and Violence: Impact of Syria Crisis Report*. SCPR, 2014. [Online]. Available at: <http://scpr-syria.org/publications/policy-reports/scpr-alienation-and-violence-report-2014-2/>.
41. Maziak W, Asfar T. *Physical Abuse in Low-Income Women in Aleppo, Syria*. *Health Care for Women International*, 2003;24(4)2003.
42. Sharara. *What do you say on Gender?* Lebanon: Saqi Books, 2012.
43. Abadeer ASZ. *Norms and Gender Discrimination in the Arab World*. Palgrave Macmillan, 2015.
44. Maraie. *Conflicts and War: the Silent Discourse of Women in Arab Feminism: Acritical View*. In: Makdisi JS, Sidawi RR, Bayumi N, editors. *Arab Feminism: A Critical View*. Beirut, Lebanon: Bahithat and Center for Arab Unity Studies Publication, 2012.
45. UNHCR. *Women Alone: the Fight for Survival by Syrian Refugees Women*. UNICEF, 2014. [Online]. Available at: <http://www.refworld.org/pdfid/53be84aa4.pdf>.
46. International Amnesty. *Annual Report 2012: Syria*.

- London: Amnesty International, 2012. [Online]. Available at: <https://www.amnesty.org/en/region/syria/report-2012>.
47. Office of the UN High Commissioner for Human Rights. Assault on medical care in Syria. An update by: The Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, 2013 [Online]. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/IIICISyria/Pages/IndependentInternationalCommission.aspx>.
 48. Médecins Sans Frontières. Syria Update: October 2015. 2015. [Online]. Available at: <http://www.doctorswithoutborders.org/country-region/syria>.
 49. Banda F, et al. Montréal Principles on Women's Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights Quarterly*, 2004; 26(3):760–780.
 50. Raven-Roberts A. Women and the Political Economy of War. In: Cohn, editor. *Women and Wars: Contested Histories, Uncertain Futures*. London: Polity Press, 2012.
 51. Syrian Network for Human Rights. Syrian Women in the Eye of the Storm. The Syrian Network for Human Rights, 2015 [Online]. Available at: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Syrian_women_in_the_center_of_the_hurricane_en.pdf.
 52. Gatehouse G. The Kurdish Female Fighters Bringing the Fight to IS. BBC, 2014. Published on Line: September, 5, 2014. [Online]. Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/world-middle-east-29085242>.
 53. Dirik D. Western Fascination with 'Badass' Kurdish Women Fighter. Aljazeera, 2014. Published on: October, 29, 2014. [Online]. Available at: <http://www.aljazeera.com/indepth/opinion/2014/10/western-fascination-with-badas-2014102112410527736.html>.
 54. Cockburn P. War with Isis: Meet the Kurdish women's militia fighting for their families west of the Syrian town of Ras al-Ayn. The Independent, 2015. Published on: May, 25, 2015. [Online]. Available at: <http://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/war-with-isis-meet-the-kurdish-womens-militia-fighting-for-their-families-west-of-the-syrian-town-of-10274956.html>.
 55. Tavakolian N. Meet the Women Taking the Battle to ISIS. Time. Published April, 2, 2015. [Online]. Available at: <http://time.com/3767133/meet-the-women-taking-the-battle-to-isis/>.
 56. Dearden L. ISIS are afraid of Girls: Kurdish Female Fighters Believe They Have Unexpected Advantage Fighting in Syria. The Independent. Published on December, 9, 2015. [Online]. Available at: <http://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/isis-are-afraid-of-girls-kurdish-female-fighters-believe-they-have-an-unexpected-advantage-fighting-a6766776.html>.
 57. Human Rights Watch. Armed Groups Send Children into Battle. 2015[Online]. Available at: <https://www.hrw.org/news/2014/06/22/syria-armed-groups-send-children-battle>.
 58. Eleftheriou-Smith L-M. Kurdish Female Suicide Bombers Attack ISIS in Fight for Kobani. The Independent. Published on October, 6, 2014. [Online]. Available at: <http://www.independent.co.uk/news/world/middle-east/kurdish-female-suicide-bomber-attacks-isis-in-fight-for-kobani-9776779.html>.
 59. The Telegraph. Syrian Conflict, Bashar Al Assad's Female Fighters in Pictures. 2014. [Online]. Available at: <http://www.telegraph.co.uk/news/picturegalleries/worldnews/11489803/Syrian-conflict-Bashar-al-Assads-female-fighters-in-pictures.html>.
 60. The Syrian Observer. Syrian Women Join in Armed Conflict. The Syrian Observer. Published on: 24, October, 2014. [Online]. Available at: <http://syrianobserver.com/EN/News/28043/Syrian+Women+Join+in+Armed+Conflict>.
 61. Ali MR. ISIS and Propaganda: How ISIS Exploit Women. Reuter Institute Fellowship Paper University of Oxford, 2015. [Online]. Available at: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/Isis%20and%20Propaganda-%20How%20Isis%20Exploits%20Women.pdf>.
 62. Human Rights Watch. The World Report 2015: Syria. 2015[Online]. Available at: https://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/syria_8.pdf.
 63. UN. Fight against Sexual Violence in Conflicts Reaches 'New Juncture', Security Council Told. Security Council Meeting Coverage. 7428 Meeting, 2015. [Online]. Available at: <http://www.un.org/press/en/2015/sc11862.doc.htm>.
 64. Human Rights Watch. Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape. 2015[Online]. Available at: <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>.
 65. Al Ali. The Impossible Trip in IS land. The Syrian Women's Network, 2014. Published on April, 22, 2015. [Online]. Available at: <http://swnsyria.org/?p=2799>.
 66. Baladi E. Zahran Alowsh yeuharab alanowsa fi Al Ghoutta Al Sharqia. Published on Line October, 4th, 2015. [Online]. Available at: <http://www.enabbaladi.org/archives/30937>.
 67. International Federation for Human Rights. VAW in Syria: Breaking the Silence. 2012[Online]. Available at: https://fidh.org/IMG/pdf/syria_sexual_violence_web.pdf.
 68. Alhayek. I must Save my Life and not Risk my Family's: Untold Stories of Syrian Women Surviving War. Jadaliyya, 2015. Published on: 26 August 2015. [Online]. Available at: <http://www.jadaliyya.com/pages/index/21989/i-must-save-my-life-and-not-risk-my-family%E2%80%99s-safet>.
 69. Saleh. On the Forgotten Women Prisoners in Adra State Prison. Aljumphuriya, 2015. Published on: 5, November, 2015. [Online]. Available at: <http://aljumphuriya.net/33984>.
 70. Amnesty International. Amnesty International Report, 14/15. 2015[Online]. Available at: <https://www.amnesty.org>.

-
- org/en/countries/middle-east-and-north-africa/syria/report-syria/.
71. Human Rights Watch. Syria: Human Rights Organizations Mark Birthday of Razan Zaitouneh with Renewed Call for Release of 'Duma Four'. 2015[Online]. Available at: <https://www.hrw.org/news/2015/04/28/syria-human-rights-organizations-mark-birthday-razan-zaitouneh-renewed-call-release>.
72. Aljazeera America. Syrian women freed in three-way prisoner exchange. Aljazeera America, 2013. Published on: October, 23, 2013. [Online]. Available at: <http://america.aljazeera.com/articles/2013/10/23/syrian-women-freed-in-three-way-prisoner-exchange.html>.
73. Guardian. Syria releases 61 female detainees in three-way prisoner exchange. 2013Published on: October, 24, 2013. [Online]. Available at: <http://www.theguardian.com/world/2013/oct/24/syria-releases-women-detainees-prisoner-swap>.
74. BBC. War of narratives in prisoner exchange of Syrian nuns. BBC, 2014. Published on: March, 10, 2014. [Online]. Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/world-middle-east-26519284>.
75. France 24. Nusra-Front teqtarah mubadalet zawgat Al Baghdadi w arba'a sajenat be askarein makhtofien. 2015. Published online: July, 19th, 2015.

性权利不是健康权利吗？南非将女同性恋和女双性恋纳入到国家抵御艾滋病和性传播感染战略计划

Felicity Daly,^a Neil Spicer,^b Samantha Willan^c

a Executive Director, Kaleidoscope Trust, UK. Correspondence: felicity_daly@yahoo.co.uk

b Lecturer, Global Health Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK

c Capacity Development Manager, What Works to Prevent Violence against Women and Girls, Medical Research Council, South Africa

摘要：保障性权利和健康权之间的协同作用一直追求要有明确的公共卫生效益，如降低 HIV 和其他性传播感染（STI）的发生率。南非 1996 年宪法规定禁止基于性取向的歧视，并促进健康权。本文对卫生政策进行定性分析，试图了解为什么以及如何采取干预措施来改善女同性恋和女双性恋的性健康和解决性暴力问题，这最初是在“2007~2011 年南非 HIV/AIDS 和 STI 战略计划”中提出的，以及为什么和如何在“2012~2016 年 HIV、STIs 和结核病的国家战略计划”（NSP）中被取消优先权。此概念框架考虑了 2007~2011 年将围绕与女性发生性关系的妇女人群的性健康问题纳入到国家战略计划（NSP）发展的政治优先事项的几个决定因素。本文展示了来自 25 位关键信息受访者和文献综述的结果，并重点强调如何将框架分类运用于在南非国家战略计划中纳入女同性恋和女双性恋问题的政治优先事项的决定因素中，其包括：行动者权力，理念，政治背景和问题特征。本文阐述了如何在政策论坛中表达女同性恋和女双性恋人群对 HIV 和 STIs 的易感性（包括性暴力和其他侵犯性权利的问题）的流行病学和结构驱动因素，以及这是否对女同性恋和女双性恋者要求健康权的能力产生了影响。© 2016 生殖健康要略。Elsevier BV 出版。保留所有版权。

关键词：南非，女同性恋，HIV，性健康，性权利

背景

在非洲和世界其他地区普遍存在同性恋恐惧症的背景下，南非往往被视为是维护性权利的灯塔。南非向民主过渡之后，鉴于 1996 年宪法规定的平等权利的保障¹，女同性恋和男同性恋人的权利变得更加可行。在过去 20 年，南非的女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者（LGBT）运动确保了包括同性婚姻在内的一系列公民权利，这与非洲其他地方对性取向少数群体的整体负面气氛相比引人注目²。此外，南非有意识地努力把“反对依据种族、阶级、性、性别、宗教、年龄、

残疾和性取向排除和边缘化某些人的政策和法律...”作为正在进行的关于国际人口与发展会议议程的一部分³。然而，南非仍持续存在同性恋歧视，南非人类科学研究理事会（HSRC）2008 年的一项全国人口调查显示，80% 的成年人认为同性性行为“总是错误的”⁴。南非的 LGBT 人群时常遭受歧视和骚扰，特别是在资源贫乏的农村和乡镇⁵。女同性恋、女双性恋、或与女性发生性行为的妇女（WSW）“既作为女性，又与女性发生性关系，生活在父权制、异性恋社会中”遭受被边缘化⁶。

社会边缘化对于 LGBT 人群来说并不罕见，但在南非，HIV 的负担是全世界最高的，女同性恋和女双性恋人群对性病更为脆弱。在过去十年间在南非 LGBT 社区进行的研究发现，黑人 WSW 的 HIV 患病率为 9%，与白人 WSW 相比她们感染的风险更大⁷⁻¹¹。一项多国研究发现，南非和南部非洲其他国家的 WSW 在同性性关系以及异性性关系中面临性健康风险，包括交易性行为和男性强迫性行为。在接受调查的感染 HIV 的 WSW 中，20% 的人认为，他们是在同性性关系中感染的^{12,13}。这些结果是出乎意料的，其他地方疾病的负担很难达到这样的程度，另外缺乏对高收入和中、低收入国家关于女同性恋和女双性恋的性和生殖健康一系列问题的分析，包括感染 HIV 的风险。

有一个常见的误解，认为 WSW 没有感染性传播疾病（包括 HIV）的风险¹，导致许多 WSW 认为自己的同性性关系是不会感染 HIV 的¹⁴，因此使她们“感染 HIV 的风险大大高于预期”¹⁵。虽然关于南非 WSW 中 HIV 和其他性传播感染的发病率和患病率的数据有限，但南非有许多自己确认已感染 HIV 的女同性恋者呼吁，不能再认为 WSW 在同性性关系中对感染 HIV “没有风险”，而将 WSW 从南非的 HIV 政策、研究和预防方案中排除出去。

已经确定，基于性别的暴力（GBV）是妇女 HIV 易感性的一个重要驱动因素¹⁶，南部非洲的性别暴力发生率极高，有 17.4% 的妇女经历过非伴侣性暴力¹⁷。Holland-Muter 指出，在南非女同性恋和女双性恋人群因为性征被明确定为性暴力的目标。这种暴力导致创伤和增加 HIV 传播的风险，而耸人听闻的媒体和某些活动家称之为“矫正强奸”，因为一些犯罪者声称他们打算“治疗”同性欲望的妇女。然而，有关人士提出，南非不应把对妇女的暴力行为，包括同性恋和双性恋的女性，“主要或仅仅作为一种引起 HIV 传播的行为，而不是视为严重侵犯了妇女的基本权利、身体完整性、个人自由和性主体本身的行为”¹⁹。

在南非，“宪法”规定了健康权，健康政策的发展为公民，即便是最边缘化的人群提供了独特的机会。2007 年，民间团体参与南非国家 AIDS 委员会（SANAC）取得了突破，包括给感染 HIV 的女同性恋者提供证词的机会。由此导致在“南非 2007~2011 HIV/AIDS 和性传播感染战略计划”的政策内容中包括了对 WSW 的承诺，其包括：“为与男性、女同性恋和跨性别者发生性关系的男性提供定制的 HIV 一揽子综合预防措施；公平代表 LGBT 人群的护理、治疗和支持的规划；以及关于 HIV 预防、治疗和支持权利的信息材料，以满足男同性恋、女同性恋人群的特殊需要...”²⁰。这是值得注意的，因为女同性恋或女双性恋群体很少被公共卫生干预规划所重视，也很少被纳入国家性传播疾病或 HIV/AIDS 政策，特别是在撒哈拉以南非洲，在这些地区，正如 HIV 的普遍流行的情况，异性性行为是 HIV 和 STI 传播的主要因素。虽然该区域已经出现了针对 LGBT 人群的公共卫生策略，但是他们仅聚焦在预防与男性发生性行为的男人（MSM）和与跨性别女性发生性行为的男人的 HIV 预防上，这是由于此人群中的高 HIV 感染率。

2011 年，南非政策行动者在卫生部内制定了“2012~2016 年国家战略计划（NSP）”，强调“循证”干预措施。规范性指导，特别是来自联合国艾滋病规划署（UNAIDS），关注易感染 HIV 的关键人群，包括 MSM，以减少发病率，这对于塑造政策内容具有重要影响。最终，“2012~2016 年 HIV、STIs 和结核病国家战略计划”没有解决 WSW 面临的 HIV 和 STI 的风险，虽然它确实承认“对社会成员的歧视... 因为不同的性取向（例如，MSM 和与 WSW），可能导致因为害怕歧视不愿参加健康服务”²¹。

本文通过对健康政策分析提出了一些见解，分析了 2007~2011 年国家战略计划（NSP）最初如何和为什么提议实施有利于 WSW 的服务，并考虑如何随时间延长实现对 WSW 性健康的政策承诺。文章反映了在南非关于 HIV/AIDS 和 STI 政策的推进过程中，性权

利与性少数群体妇女获得健康权之间缺乏政策凝聚力。本文还揭示了性别暴力政策和规划在解决女同性恋和女双性恋人群遭受性暴力所产生的健康问题方面的局限性。

论证和方法

该研究响应 2007 年在人类科学研究委员会 (HSRC) 会议上发出的呼吁,旨在研究在南非 HIV/AIDS 政策中体现 WSW 的利益的过程,审查 LGBT 所处环境,以及妇女权利,组织参与以及基于宣传的研究如何推动 WSW 人群的 HIV 预防、治疗和保健²²。公共健康价值的研究基于获得健康的权利,特别是性和生殖健康的权利,其中考虑到人权侵犯与健康之间的因果联系,以及基于性取向的歧视导致侵犯健康权利的方式²³。

这项卫生政策分析纳入了 Walt 和 Gilson²⁴ 在制定卫生政策时考虑的因素:参与的个人和团体或组织的成员的背景、内容和过程,作为健康政策分析模型的中心。该研究利用定性方法了解导致制定 2007~2011 年国家战略支持计划的政策进程,并将其与 2012~2016 年国家战略计划进行比较。数据收集,包括在 2013 年与参与南非 HIV 政策和 LGBT 权利制定过程的主要知情者进行的 25 次深入、半结构式访谈。访谈成员由以下代表组成:负责研究、健康和 HIV 服务的公共部门机构的七名代表,五个社区 HIV 组织,四个 LGBT 组织,三个捐助者和两个多边组织。抽样方法采用的是目的抽样,纳入标准是基于知情者或组织的情况:参与 2007 年或 2011 年制定国家战略计划;是南非国家艾滋病委员会 (SANAC) 的成员;向 SANAC 提供技术援助;或参与收集 HIV 和性传播疾病在 WSW 或其他人群中造成影响的证据。通过一个理论框架制定了一个访谈主题指南,并由 NVivo 10 研究软件辅助数据的主题分析。通过对官方出版物的文件分析对这三方面数据进行分析:以前 (2007~2011 年) 和现有 (2012~2016 年) 版的“国家 HIV 战略计划”;对 2007~2011 年国家战略计划执行情况的官方评估报告;

以及为制定 2012~2016 年国家战略计划编写的报告和提交材料。

采用的理论框架取自众所周知的 Shiffman 和 Smith²⁵ 的为解决孕产妇死亡率的全球方案的政治优先事项的决定因素,该框架考虑了以下影响因素:行动者权力,理念,政治背景和问题特征。这些因素涉及各方面问题,例如,哪些卫生问题被整合到政策中并起到决定性作用,哪些适用于 WSW 问题的政策优先事项的决定因素的框架,而被纳入南非的 2007~2011 年和 2012~2016 年国家战略计划。

本文介绍了应用框架分类,探讨在卫生政策中维护性权利的主题,以及解决成为 WSW 获取性和生殖健康服务障碍的基于性别的暴力的结果。“行动者权力”表述了个人和组织的力量和影响,例如 LGBT 组织在 2007~2011 年政策制定流程中代表 WSW 的问题。“理念”是指那些代表在性健康和性权利领域关注 WSW 问题的理解和描述的方式,既通过“内部框架”反映政策行动者对于 WSW 对 HIV 和性传播感染易感性的观点,又通过“外部框架”,反映媒体报道对与 WSW 有关的问题的描绘,引起公众共鸣,包括影响掌握资源的领导。“政治环境”描述了行动者所处的政治和社会经济环境。该研究发现了存在某种时刻或“政策窗口”,也就是某些时刻有利于提出 WSW 问题,向决策者进行宣传并影响他们,而某些时刻则时机尚未成熟。“问题特征”包括流行病学证据和其他展示女同性恋和女双性恋性者的不良性健康和性别暴力问题性质和程度的措施。

结果

行动者力量

对在 2007 年和 2011 年两个制定政策期间参与政策行动者,包括来自 LGBT 社区组织和其他民间社会组织,和南非国家艾滋病委员会 (SANAC) 的参与者进行了回访。询问受访者哪些行动者在 SANAC 议程上纳入 WSW 问题最有权威。许多人强调,来自 LGBT 和 SANAC 妇女部门内的妇女权利组

织的行动者发挥影响，并提出了将 WSW 纳入 SANAC 话语中的基于权利的论点。他们的力量在许多方面是来自较广泛的社会运动，并结合对 HIV/AIDS 的反应，越来越多地促使政府负起责任，并使许多民间社会组织能够发表意见。值得注意的是，民间社会运动，例如“治疗行动运动”，在改变南非政府对 HIV/AIDS 的反应方面发挥了重要作用。来自学术界的一位受访者认为，2007 年的进程受到“南非境内和 ... 跨国界的激进组织网络”的影响。

许多知情者反映，2007 年的“国家战略计划”政策磋商与早期和以后的政策制定进程相比具有高度参与性。一位来自 HIV/AIDS 组织的受访者回忆说：“一个漫长的参与过程 ... 开放，包容性的空间 ... 在那里你可以尽情提出特定的问题”。来自公共部门的一位知情者记得这个过程是“非常漫长和艰苦的，但它可以有更多的参与和很大的能量”。一些知情者指出，2007 年与后来相比，有更多的组织能够参与宣传和投入咨询活动。调查结果显示，SANAC 妇女部门里有支持感染 HIV 的女同性恋的成员。2007 年至 2011 年，一些发展对关注 WSW 的行动者影响 HIV 和性传播疾病政策制定的能力产生了负面作用。在 SANAC 内的权力平衡似乎转移到发展伙伴，包括政府捐助者和技术机构，特别是联合国艾滋病规划署，并且使他们对社区为基础的组织的投入享有特权。专注于 WSW 的行动者在后来的过程中似乎容易被忽视，因为具有更大权力和资源的组织在政策制定中起主要的作用。来自 LGBT 组织的一位受访者反映说在 2011 年“我们已经靠边站了”。

研究发现，2007 年至 2011 年，包括 SANAC 妇女部门在内的民间社会组织活动空间被削弱，LGBT 组织特别努力争取获得在政策制定中拥有与 2007 年一样的话语权。卫生部政策行动者越来越关注证明技术能力，到 2011 年，他们将重点放在 HIV 防治工作中“游戏规则”上。来自 HIV/AIDS 组织的一位受访者反映：“那些比 LGBT 社群

更有影响力的组织遭受了 ... 何况不能发出非常强大声音的组织呢？”。研究结果表明，随着时间的推移，支持 WSW 的行动者的权力大大缩减，这是受多种因素的影响，包括：由于外部资源的变化造成的经济制约；包括妇女团体中的社会保守主义的增强；以及在 LGBT 组织内部缺乏凝聚力，只试图通过依靠具有优势的最强的流行病学证据，特别是 MSM 中的 HIV 易感性的问题，来捕捉给他们提供的机会。

在两个政策制定过程中，成立了 SANAC 中的 LGBTI 部门，并且参与制定 2012~2016 年的国家战略计划。许多知情者反映该部门很快就几乎完全关注 MSM 政策和规划，一个最重要的焦点是以南非 MSM 和 HIV 流行病学数据为其辩护。一个民间社会的知情人强调，由 LGBT 部门所代表的各个选区之间没有政策社会的凝聚力：

“没有一个统一的声音 ... 在 HIV 暴露、传播和相关权利滥用的背景下，WSW 相比 MSM 具有极大的不同的现实和风险。”

理念

政策行动者证明，在两个时期 WSW 人群对 HIV 和其他性传播疾病易感性的定义、原因和解决方案几乎没有达成一致意见。在南非，在 HIV 和性别暴力的流行的背景下，宪法没有实现对取消基于性取向的歧视的承诺。2007 年，政策行动者通过提供南非女同性恋和女双性恋者的生活现实的个人证词来促使 WSW 的性健康问题，首先是参与国家战略计划的制定。一位来自公共部门的受访者认为，虽然该国“有这些美好的、进步的宪法保护 ... 然而妇女的真实生活没有任何实质性的改变”。来自民间社会组织的一位受访者分享了他们的观点，即在 2007 年至 2011 年期间，在南非国家艾滋病委员会内提出有关 WSW 的新证据的空间“变得越来越小”，对现有数据的反应通常是比较 WSW 群体中 HIV 感染率与 HIV 高危人群的感染率的统计学差异，结果是“几乎结束了（国

绕 WSW) 的讨论”。

一些受访者指出，虽然在非洲其他地方同性恋仍然是犯罪，新的立法正在提议中，南非仍被认为在对 LGBT 人群的权利方面是进步的。然而，LGBT 组织的一个受访者说“我们生活在我们可以自由的信念中 ... 但仍可能有一个 ... 反弹”。另一个 LGBT 组织受访者反映了南非民间社会中的保守主义的增加，特别是在信仰为基础的社区中，这可能对政策制定过程中坚持的内容产生影响，因为“对性少数群体的歧视是普遍的 ... 在决策者内部，这肯定会有影响 ... 如何起草政策，实施什么，优先考虑什么，资助什么”。来自双边捐助者的一位受访者认为，尽管在 2007~2011 年 NSP 中最初提及了 WSW 性健康需求，但是“南非作为一个整体 ... 不愿意承认 WSW 的存在 ... 因此也不会解决 [她们的需求]。”

在 2007 年和 2011 年的 NSP 制定过程中，某些政策行动者试图利用基于性别的暴力反应的理念，作为整合 WSW 性健康问题的一种方式。结果指出，虽然在南非存在着打击性别暴力的政策，但它们没有得到实施，总体而言，政府对这一根深蒂固的问题反应不力。此外，公共部门对基于性别的暴力行为的反应不能应对由同性恋恐惧驱使的性暴力，包括因为性取向和 / 或性别认同问题而强奸女同性恋、双性恋和性别不符合的妇女。考虑到公众对女同性恋和女双性恋者所面临的健康问题的看法，很明显，媒体对“矫正强奸”经常发出强烈抗议。然而，耸人听闻的媒体报道没有揭示基于性别的暴力和感染 HIV 风险之间的联系，也没有解决在卫生或刑事司法系统中女同性恋和双性恋暴力受害者的边缘化问题。受访者们抱怨，媒体报道后知名度的增加没有引发可持续的政策行动，也未见政治领导人发表任何反对针对女同性恋和女双性恋者的性暴力的言论。

政治背景

许多受访者反映，2007 年标志着南非政府开始改变他们以前对 HIV/AIDS 灾难性的立场，

包括拒绝通过公共部门向南非 HIV 感染者提供抗逆转录病毒治疗。来自公共部门的一位受访者回忆说：“很多战斗 ... 与我们的 ... 实际是政府”。因此，正如 Kingdon²⁶ 所说的存在“政治窗口”；在条件有利的政治时刻，提倡者有机会影响决策者。于 2007 年打开了这些窗口，在政策制定过程中可以听到更多的边缘声音，允许重要的民间社会团体参与。2011 年，由于新的卫生部长更加强调“循证的”卫生政策和管理 NSP 政策进程，以避免产生无法实施的“细目清单”，这种开放性变得不再明显。政策的覆盖面由于资源减少进一步受到限制，原因如下：全球经济衰退；一些双边捐助者的撤出；失去对 LGBT 部门的私人基金资源；以及可用于妇女权利组织的资助有限。社会保守主义者在 2011 年更加活跃，与祖马总统对妇女和性少数群体的问题态度相一致。作为一个信仰为基础的组织的受访者指出，有许多突出的声音称“不以任何方式、形态或形式支持 LGBTI 的权利”。他们指出，在这种保守的环境下，WSW “甚至不被看到”，只有少数支持者，“只有很少的宗教领袖 ... 将承担整个文化、性别、法律联系。”

问题特征

在分析问题特征因素时，研究发现，几乎没有客观健康指标可用于帮助决策者优先考虑 WSW 群体的性健康问题。关于 WSW 群体中 HIV 和其他性传播疾病的发病率和患病率的数据有限。鉴于很少有针对 WSW 群体的公共卫生干预，因此很少有关于实施活动的有效性或障碍的信息。感染 HIV 的女同性恋者的个人证词被认为是“轶事”的证据，在政策话语中分量很轻。曾经亲身遭受过性暴力的女同性恋和女双性恋的证词也被播出，“（建立）了暴力和健康更广泛的联系 ... [和] 对根深蒂固的父权制的挑战”。来自 LGBT 社区组织的一位受访者认为这种证词的要点“不仅仅是关乎（HIV 和 STI）流行 ... 更关于人权”。还表达了女同性恋和女双性恋者面临性暴力后“二次伤害”的挑

战：刑事司法系统的报告限制；缺乏对犯罪者的定罪；卫生系统中的保健失败，例如不提供预防 HIV 传播的暴露后预防（PEP）；和缺乏心理 / 社会关怀资源。

自 2007 年开始进行的对 WSW 人群的研究¹¹⁻¹³，在 2011 年既没有得到广泛传播也没有引起充分的重视。许多受访者认为，这是政策言论改变背后的一个关键因素，因为政策行动者被授权制定一个“循证”计划。认为缺乏传播研究结果或开展进一步研究的资源是对这些健康问题缺乏理解的主要原因。研究结果表明，2011 年对于 WSW 与男性发生性行为，包括交易目的或性暴力行为，而面临感染 HIV 风险的讨论，被视为有效的关注。作为一个基本原则，2012~2016 年国家战略明确表示，干预措施应“基于证据... 在缺乏证据的情况下，应该有明确的动机... 支持干预的优先次序，例如，基于权利的论证”²⁷。然而，访谈和文件复习都表明，在磋商过程中代表 WSW 提出的基于权利的论点没有在最终政策文件中得到确认。

讨论

研究表明，将 WSW 纳入 2007~2011 年国家战略计划的若干目标主要基于感染 HIV 的女同性恋者提供的个人证词。如果不是因为这些行动者的强烈的声音，特别是激进主义通过“治疗行动运动”获得健康权的全面成功，这种轶事证据可能被忽视。也许在 2007 年在 SANAC 内围绕 WSW 性健康倡导的更具战略性的方法本来可以号召一个资源充足的研究议程，以获得有关南非各社区 / 地点的 WSW 的 HIV 和 STI 发病率和患病率的更多数据。到 2011 年，该国已开展了几项关于 WSW 人群性健康的研究，但似乎很少有政策行动者了解研究结果，而那些知晓的人认为这些研究结果并没有足够的说服力将 WSW 人群的预防工作列入到 2012~2016 年国家战略计划中。部分原因是在边缘化群体中进行小样本量研究的固有问题，其所得数据通常被认为不足以具有统计学意义²⁸。

2011 年在卫生部坚持“循证”计划的

背景下，支持关注 WSW 群体有限的流行病学数据似乎是将这类关注推向政策话语边缘的一个关键因素。研究结果还表明，对于妇女性行为认为只有异性恋是正常的观点可能使女同性恋和女双性恋的 HIV 和性传播疾病的讨论政治化，这在 HIV 研究中也边缘化了。这反映了普遍缺乏对女同性恋和女双性恋者健康关注²⁹。然而，在技术专家政策进程不断变化的背景下，为实施循证计划制定坚实的基础，而较少关注确保对健康权的广泛承诺，这可能是性少数群体妇女所面临的难以表达诉求的一个不可避免的问题。

虽然健康问题的严重性可以通过具体的指标来反映，还有许多社会和政治方面的因素经常在关于性健康和性行为的政策话语中发挥作用。诸如妇女的社会边缘化，特别是社会性别不相符的妇女，以及那些具有非异性恋主流价值观的性行为的因素，往往使健康政策话语复杂化。南非宪法关于结束基于性取向的歧视的愿望和促进健康权之间缺乏政策凝聚力，这在缺乏性健康和经历性暴力的女同性恋和女双性恋中尤为明显。这阻碍了他们进入公共卫生和刑事司法系统，继续面临污名和歧视³⁰。

鉴于受访的政策行动者似乎理解女同性恋和女双性恋者所遭遇的性暴力，必须利用解决性别暴力或亲密伴侣暴力（IPV）的干预措施，来解决 WSW 群体的问题。2012~2016 年国家战略指出，妇女对 HIV 的易感性“在遭受身体和 / 或亲密伴侣暴力的受害者中”特别高³¹，一项关于异性恋关系中权力、不平等和暴力的研究支持这一观点³²。显然，“矫正强奸”是针对 WSW 人群的憎恶同性恋的仇恨犯罪，不是亲密伴侣暴力。此外，亲密伴侣暴力通常被置于异性恋主流价值观念的背景中，这可能捕捉不到女同性恋伴侣关系中的强迫性行为，这是一项关于感染 HIV 的 WSW 人群的多国研究中发现的问题¹²。基于性别的暴力和 / 或亲密伴侣暴力的政策可能试图捕获基于非异性恋主流价值观的性行为和性别不符合而实施的性暴力，同时有必要考虑女同性恋和女双

性恋遭受的暴力与其他形式的性暴力有何不同，可以更有针对性地满足这些妇女的需要。卫生保健提供者、警察和司法部门需提高敏感性观察，以解决遭受仇恨同性恋的性暴力的女同性恋和女双性恋者获得特定服务的障碍。否则，WSW 人群从基于性别的暴力和/或亲密伴侣暴力政策规划中受益有限。

虽然南非小报媒体围绕“校正强奸”和谋杀女同性恋和女双性恋有很多耸人听闻的报道，但其他公共话语仍很少。特别是，忽视了这种形式的性暴力与对女同性恋和双性恋受害者造成的健康威胁之间的联系，包括 HIV 传播。相反，一些支持女同性恋和女双性恋者的人士担心会将女同性恋者和女双性恋者的现实生活完全与性暴力的威胁或实施等同起来。他们更希望那些支持性健康计划的国家卫生政策，能促进全盘考虑维护其性权利和福利的妇女之间以及与其他伴侣之间的健康关系，包括在同性关系中更安全的性行为。

结论

我们的研究表明，在 2007 年至 2011 年期间，围绕女同性恋和女双性恋者对 HIV 和其他性传播疾病的易感性进行的基于权利的争论的接受度下降，这些政策言论的变化导致对 WSW 人群性健康风险的关注减少，以及她们要求健康权的能力降低。与一些学者、民间社会组织、捐助者、政府官员和服务提供者的访谈显示，对 WSW 群体中不良性健康的结构和流行病学驱动因素有不同程度的了解。总体而言，强调国家战略计划的决策必须解决普遍的 HIV 流行问题，以及根据强有力的证据确定的对 HIV 具有高度易感性的人群的需求。虽然政策行动者已经较好地了解 WSW 人群对 HIV 和其他性传播疾病的易感性，但由于上述各种因素，在政策和实施中采取行动仍然未获得优先重视。

虽然 HIV 政策越来越特别强调促进 MSM 和性工作者的性权利的重要性，但仍然没有对女同性恋和女双性恋者以及其他性少数和性别少数群体进行探讨。从历史上来看，男同性恋者和女同性恋者之间的团结对

于在南非法律中确立性权利至关重要。然而，在易感性的流行病学和结构驱动因素方面，MSM 和 WSW 性健康的不同背景可能意味着应该通过不同的政策方法更好地解决他们的需求，这些政策方法应该发现在满足 LGBTI 人口的多样化健康需求方面的不足。

在 2016 年国家战略发展计划制定的下一阶段，支持女同性恋和女双性恋者需要重申南非符合宪法规定的健康权和不基于性取向歧视的承诺。他们应继续确保各种各样的妇女有意义地参与政策咨询。政策行动者还必须审查基于性别的暴力行为，以确保实现解决涉及女同性恋和女双性恋者的性暴力，同时利用对性别暴力的关注作为 HIV 的结构驱动因素，并作为提出与 WSW 有关的问题的切入点。

包括来自 SANAC 的 LGBTI 和妇女部门内的各种民间社会行为者需要增加力量，整理出 WSW 中包括 HIV 的性传播疾病负担的现有定量和定性证据。倡导者还可以敦促投资额外的研究，旨在证明在同性关系的妇女中 HIV 和性传播感染的流行病学和结构驱动因素。这些包括性别不平等、基于性取向的歧视和社会边缘化交叉的动态。满足证据阈值只是政策参与挑战的一部分³³。更重要的是，就是否以及如何如何在 HIV 和性传播感染政策中纳入女同性恋和女双性恋者的需求达成一致意见，必须吸引更多广泛的学者、民间社会、卫生工作者和决策者、所有具有各种不同要求的人，这将影响未来的国家战略计划的内容。

现在南部非洲其他地方已经出现了 WSW 对包括 HIV 在内的性传播感染的易感性的证据³⁴，LGBT 组织和其他机构应该反思南非经验的成功性和局限性。希望这些见解能够向代表女同性恋和女双性恋者的性健康的倡导者提供信息，以便更有效地与 SANAC 和其他政府机构的政策参与者进行接触。作为将这些权利纳入法律的第一个非洲国家的代表，南非政策行动者有责任维护女同性恋和女双性恋者的性权利和健康权。

(刘美玲 译; 贾孟春 校)

参考文献

1. Reid G, Walker L. Sex and secrecy: a focus on African sexualities. *Culture, Health & Sexuality*, 2005;7:185–194.
2. Johnson CA. Off the map. In: How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa.
3. Statement by Minister Of Social Development Ms. B.O. Dlamini, Republic Of South Africa to the 29th Special Session of the UN General Assembly On The Follow-Up To The Programme Of Action of the International Conference on Population And Development (ICPD) New York, 22 September 2014.
4. Roberts B, Reddy V. Pride and prejudice: Public attitudes toward homosexuality. *HSRC Review*, 2008;6: 9–11.
5. Reid G, Dirsuweit T. Understanding systemic violence: Homophobic attacks in Johannesburg and its surrounds. *Urban Forum*, 2002;13:99–126.
6. Tallis V. *Feminisms, HIV and AIDS: subverting power, reducing vulnerability*. Palgrave Macmillan, 2012:11.
7. Wells H, Polders L. HIV and Sexually Transmitted Infections (STIs) among Gay and Lesbian people in Gauteng: Prevalence and Testing Practices. Pretoria, Gauteng, South Africa: OUT LGBT Wellbeing, 2004.
8. Wells H, Polders L. Levels of Empowerment among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) People in Gauteng, South Africa. Pretoria, Gauteng, South Africa: OUT LGBT Wellbeing, 2004.
9. Wells H. Levels of Empowerment among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) People in Kwa-Zulu-Natal, South Africa. Pretoria: Out LGBT Wellbeing, 2006.
10. Rich E. Levels of Empowerment among LGBT People in the Western Cape, South Africa. Cape Town Triangle Project and University of South Africa Centre for Applied Psychology, 2006.
11. Cloete A, Sanger N, Simbayi LC. Are HIV positive women who have sex with women (WSW) an unrecognized and neglected HIV risk group in South Africa? *Journal of AIDS and HIV Research*, 2011;3:1–5.
12. Sandfort TG, Baumann LR, Matebeni Z, et al. Forced sexual experiences as risk factor for self-reported HIV infection among southern African lesbian and bisexual women. *PLoS One*, 2013;8:e53552.
13. Matebeni Z, Reddy V, Sandfort T, et al. "I thought we are safe": Southern African lesbians' experiences of living with HIV. *Culture, Health & Sexuality*, 2013;(15 Suppl.): 34–47.
14. Dolan KA, Davis PW. Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine*, 2003;57:25–38.
15. Fishman SJ, Anderson EH. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2003; 14(48-55):53.
16. Stockman JK, Lucea MB, Campbell JC. Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: a global review of the literature. *AIDS and Behavior*, 2013;17:832–847.
17. Abrahams N, Devries K, Watts C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*, 2014;383:1648–1654.
18. Holland-Muter S. *Outside the Safety Zone: An Agenda for Research on Gender-Based Violence Targeting Lesbian and Bisexual Women in South Africa*. Braamfontein, South Africa: Ma Thokos Books, 2012.
19. Nath D. "We Were Never Meant to Survive": Violence in the Lives of HIV Positive Women in South Africa. *The One in Nine Campaign*, 2012.
20. Republic Of South Africa. *The HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007-2011*. 2007.
21. Republic of South Africa. *National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016*. 2011.
22. Sandfort T, Reddy V, Rispel L. Taking research and prevention forward. In: Reddy, Sandfort, Rispel, editors. *From Social Silence to Social Science. Same sex sexuality, HIV and AIDS and Gender in South Africa*. Pretoria, South Africa: HSRC Press, 2007. p.228–241.
23. Miller A. Sexual But Not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights. *Health and Human Rights*, 2000;4:68–109.
24. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 1994;9:353–370.
25. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet*, 2007;370:1370–1379.
26. Kingdon J. *Agendas, alternatives, and public policies*. Longman classics in political science. 2003.
27. Republic of South Africa. *National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016*. (Pretoria, Gauteng, South Africa)2011:21.
28. Malterud K, Bjorkman M, Flatval M, et al. Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges; lesbian health as an example. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2009;62:703–710.
29. Richardson D. The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*, 2000;2:33–49.
30. Smith R. Healthcare experiences of lesbian and bisexual women in Cape Town, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 2015;17(2):180–193.
31. Republic Of South Africa. *National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016*. (Pretoria, Gauteng, South

-
- Africa)201125.
32. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010;376:41–48.
33. Klugman B. Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress. *Reproductive Health Matters*, 2011;19(38):146–162.
34. Poteat T, Logie C, Adams D, et al. Sexual Practices, Identities And Health Among Women Who Have Sex With Women In Lesotho - A Mixed-Methods Study. *Culture, Health & Sexuality*, 2014;16:120–135.

反思青少年进展中的性与生殖健康权利：南非夸祖鲁—纳塔尔省社会工作者的观点

Zaynab Essack,^a Jacintha Toohey,^b Ann Strode^c

a Senior Researcher, KwaZulu-Natal Legislature at the time the data was collected. Honorary Research Fellow at the School of Law, University of KwaZulu-Natal, Senior Research Specialist for the Human and Social Development Programme at the Human Sciences Research Council, Sweetwatres, South Africa. *Correspondence:* zaynab.essack@gmail.com

b Assistant Co-ordinator, HIV AIDS Vaccine Ethics Group, University of KwaZulu-Natal, South Africa

c Senior Lecturer, Faculty of Law, University of KwaZulu-Natal

摘要：在南非，18岁以下的孩子是法律上的未成年人，并且被认为不具备完全的独立行为能力。然而在某些特定的情况下，法律已经批准了未成年人的独立行为能力，包括关于他们的性与生殖健康（SRH）。本研究探讨了来自夸祖鲁—纳塔尔省的17位社会工作者有关青少年进展中的性与生殖健康及权利、以及两厢情愿的性行为合法化的立法方面的观点和实践。一个关键的发现是，许多社会工作者对于青少年获得SRH建议和服务有着保守的观点，而且许多人对近期未成年人两厢情愿的性行为的合法化表示批评。大体上，社会工作者们担心青少年缺乏做出SRH医疗决断的能力，并且担心宽容的法律促进未成年人的性行为而不是保护青少年。尽管有着与青少年相关的SRH法律对抗的观点，许多社会工作者感到他们能够在工作中坚持自己的职业观点，而不是个人观点。考虑到妨碍青少年获取和利用SRH建议和服务的一个关键因素是担心自己受到服务提供者的评判，这些结果非常重要。因此服务提供者需要定期更新有关青少年SRH议题（包括权利、法律和政策）的认识，并且参与有关青少年性行为方面冲突性文化、道德和个人判断的批判性思考。这种培训应当包括应对保密性、青少年的尊严、隐私和最佳利益等问题的咨询和沟通技巧。©2016 生殖健康要略. Elsevier BV 出版. 保留所有版权。

引言

18岁以下的孩子被认为是易受伤害的，并且由于他们年轻、缺乏经验¹、以及对于同伴压力的敏感性及其它原因而应受到特殊保护²。在南非，18岁以下的孩子是法律上的未成年人，如果没有父母/法定监护人的帮助，是没有完全独立行为能力的。然而在某些特定的情况下，法律已经批准了未成年人独立行为的能力，包括关于他们的性与生殖健康（SRH）³。孩子们的性与生殖健康及权利（SRHR）在《儿童法案》、《选择终止妊娠法案》、《绝育法案》和《性侵犯修正案》中有所陈述。这些多方面的立法提供了孩子们一定程度的独立决策权，让他们自

主决定是否秘密地使用避孕药具（12岁及以上）、终止妊娠（在任何年龄，承认他们具有足够的成熟度行使同意权）、以及获取治疗性传播感染（STIs）的方法，包括HIV状况的诊断³。

针对所有南非人的SRHR的发展与提升已经取得了重大进展⁴。然而，由于许多危险因素，青少年依然容易受到HIV/AIDS、STIs和妊娠的伤害，包括高危性行为、身体的和社会的挑战、以及被限制使用关键的初级SRH保健服务⁵。尽管南非政府已开发了一个更为全面的青少年SRH框架，目前尚不清楚青少年是否能够充分实现这些权利。这一框架的实施也具有挑战性，包括青少年

获取信息和 SRH 保健服务的权利⁶。因此，需要适时地反省关于南非青少年的 SRH 的看法，特别是来自那些帮助实现这些这些权利和服务的服务提供者们的观点。

最近，《刑法 [性犯罪及相关事件] 修正案，2007》⁷（以下简称 SORMA）受到宪法审查，特别是关于 12~16 岁青少年两厢情愿的性行为 / 性活动的第 15 和 16 节，在其中，范围从接吻和爱抚到性侵入行为的两厢情愿性行为被视为性犯罪，尽管有些人认为此类行为是发育规范^{2,8}。宪法审查内容不包括性同意权的年龄，仍然是 16 岁；也不涉及成年人与 16 岁以下青少年的两厢情愿或非双方自愿的性行为或性活动内容，因为这仍然是一种犯罪。审查不关注同龄青少年的非双方自愿的性行为，而只是关于青少年（12~16 岁）彼此间两厢情愿的性行为。根据旧有的法律，参与者双方均负有刑事责任；而且年龄差距超过两岁的情侣间性活动（比如接吻）被认为是一种法定罪行，但只有年纪较大的那位伙伴才会被控犯罪⁸。该法案对于从事性行为的青少年的潜在影响包括暴露于刑事审判制度，如被报道、指控、逮捕、起诉和审判⁹。被依据该法案定罪为性犯罪的青少年，他们的名字将会进入到“性犯罪者全国通报”，有着可怕的影响²。除了与被判性犯罪有关的巨大耻辱和羞愧之外，对未来的工作前景也有影响，如被禁止从事与孩子们打交道的工作。

在“受虐儿童及预防儿童虐待和忽视 (RAPCAN) 泰迪熊诊所诉司法及宪政发展部长”案件中（案例号 73300/10）¹⁰，一项申请被提交到宪法法院，要求确认由比勒陀利亚北豪登省高等法院所做出的“宪法上无效”判令。宪法法院认为，SORMA 第 15 和 16 节⁷将 12~16 岁的青少年两厢情愿的性行为刑罪化的内容，侵犯了青少年隐私、尊严和身体完整性的宪法权利¹¹。此外，针对青少年之间两厢情愿的性活动处以刑事责任并不符合他们的最佳利益^{10,11}。因此，声明 SORMA 的第 15 和 16 节⁷不符合宪法，并将其发送议会修正^{9,12}。2015 年 7 月，

《刑法 [性侵犯及相关事项] 修正案之修正案 (2015 年第 5 号)》¹³ 签署为法律。该修正案将 12~15 岁青少年彼此间两厢情愿的性活动和性插入合法化；而且当一个孩子是 12~15 岁和另一个是 16~17 岁时，判定他们之间没有超过两岁的年龄差距¹²。具有关联意义的是，法院作出结论：“青少年有权探索他们性方面的事情并从事两厢情愿的性活动。这种‘性权利’意义深远，并将会影响学校、父母及其他参与这一问题的青少年监护人的行为方式”¹⁴。

已经对影响青少年的各法律中的明显矛盾、对定罪两厢情愿的未成年性行为的后果以及强制服务提供者报告他们所了解的未成年性活动的后果进行了广泛审核^{1,11,15,16}。在南非^{17,18}和其他地方¹⁹⁻²¹还探讨了青少年 SRHR 和享受服务方面卫生保健提供者们的观点。然而，到目前为止，很少关注其他南非服务提供者们（包括社会工作者）对于青少年相关的 SRH 法律的观点。这一定性研究探讨了社会工作者们关于青少年发展中的 SRHR 以及两厢情愿的未成年性行为合法化的看法。作为相关立法的具体执行者，服务提供者们的观点很重要，因为他们能够帮助识别法律上的差距和挑战，以及在哪些环节可以通过改善政策和 / 或促进提供者培训而加强服务的递送。

由于南非青少年妊娠和 HIV 高发，产生了这一问题的紧迫性。关于青少年妊娠，统计资料表明在 2010 年有 36,702 名学生怀孕，夸祖鲁 - 纳塔尔省是在校妊娠人数最多的省份 (14,340)²²。2012 年全国调查发现，在全国 15~24 岁的年轻人之中 HIV 患病率为 7.1%，而在夸祖鲁 - 纳塔尔省有 12%²³。然而在南非，青少年首次性交与国际惯例一致，平均年龄发生在 17~20 岁之间，10.9% 的年轻人报告说他们首次性交是在其 15 岁之前²³。

社会工作者们为青少年提供核心咨询和支持服务，社会发展部有针对青少年的各种结构化项目，旨在解决青少年妊娠、HIV/AIDS、性意识和青年赋权等问题。社会工

作者是在年轻人和有关保健服务的信息之间的一个关键接口——因此对社会工作者而言，重要的是了解法律并带来高质量的咨询技巧，以便服务于青少年的需求。负责社会发展规划的议会委员会在公共部门中雇佣了南非的社会工作者，对致力于对目标优先事项展开有针对性的研究。在本研究进行期间，孩子的问题被该委员会确定为一项关键的优先考虑事项。其立法监督授权的一个核心方面与相关立法的履行有关。此外，在对夸祖鲁-纳塔尔省的一个儿童法院的监督访问中，由工作人员报告的关键挑战之一就是解释并履行那些适用于孩子的特定立法内容，尤其是与最近性侵犯修正案有关的立法。我们认为这项研究对于理解在执行法律的过程中所面临的挑战很重要，也有助于确认法律不清楚的地方，并为已改进的立法和服务递送（包括培训和能力建设的需求）提出建议。

方法

样本、程序和工具

在这个国家的学校青少年中，几乎 40% 的少女妊娠发生在夸祖鲁-纳塔尔省，因此本研究专注于该省的社会工作者，有目的地从该省参与儿童保健的社会工作者中抽取了 17 位参与半结构式访谈。这些潜在的参与者经区域管理者推荐，受邀参加电话访谈或者面对面访谈（取决于研究人员的邻近距离和 / 或参与者的方便程度）。

访谈由研究人员在 2013 年 11 月至 2014 年 1 月进行，持续 45 分钟到 1 小时。尽管大多数受访者以祖鲁语为第一语言，访谈用英语进行，因为所有参与者在其工作过程中和工作范围内使用的是英语。所有参与者对访谈及其录音资料提供了知情同意。这项研究得到了夸祖鲁-纳塔尔大学人类和社会科学伦理委员会的伦理批准（HSS/0945/013）。

在人口特征方面，16 位受访者为女性，一位受访者为男性，年龄均在 26 至 47 岁之间。所有受访者都是有资格的社会工作者，已经获得了最低的本科学士学位（n=15），两人具有研究生学历。被挑选出的受访者涵

盖农村和城市背景。

数据分析使用主题分析²⁴。通过听取访谈录音并总结每一个访谈，归纳出重点主题。鉴定出与研究问题相关的新问题，并且逐字抄录下来阐明这些问题的访谈内容。这些显露出的问题为制定编码框架提供了资料依据，并经研究团队讨论加以精炼。根据这一编码框架用 QSR NVIVO 10（一种定性的软件包）对访谈誉录本进行编码。誉录的样本由两位研究人员（ZE 和 AS）合作编码以确保可靠性。

考虑到样本小，社会工作者们关于青少年 SRHR 和未成年两厢情愿的性行为合法化的观点可能不代表夸祖鲁-纳塔尔省或南非更广大地区的所有社会工作者的观点。然而，本研究中所确定的观点有可能在南非青少年 SRH 服务大背景下得到确认。

结果

以下部分呈现了三个广泛的类别；1) 社会工作者们关于青少年进展性 SRHR 的观点；2) SRHR 法律对社会工作实践的影响；3) 控制个人观点，同时满足法律义务。每个副标题下都引述了一些语句以为佐证。

社会工作者们对于青少年不断进展的 SRHR 的看法

法律赋予青少年独立同意 SRH 服务的能力破坏了法定成年年龄

大多数参与者不赞同让孩子们得以独立使用诸如终止妊娠、获得避孕药具及 HIV 检测的 SRH 服务的法律。如此反对往往是出于担心青少年没有能力做出成熟和经过深思熟虑的决定，因此应该由其父母引导。例如：

“就我个人而言，我觉得 12 岁做出像终止妊娠这样的重大决定太年轻了。我的意思是那些孩子仍需要他们父母的指导。我认为对他们而言，不得不做出这样一个重大决定太不寻常了…他们可能做出一个当他们长大一些以后，他们会后悔一生的决定。”（P15）

“我认为如果你是 12 岁，你还是个孩子，所以我不认为在那个年龄应该给予他们获得

避孕药具或者终止妊娠的权利。所以他们在那个年龄不应该沉迷于自己的性行为。因此我认为要纠正，而且也应该终止法律，因为也许在满 18 岁之前，孩子就是孩子。” (P10)

“有些法律也有争议，就像假如孩子是 16 岁，她能做她喜欢的任何事情…就我而言，在她满 18 岁之前，孩子还是孩子。” (P5)

上述摘录表明，有些参与者不赞成青少年获得一系列的 SRH 服务。一般来说，这些参与者不认可青少年进化的能力。在本研究中，做出深思熟虑的、成熟的决定，并且重视这种决定的后果，这些方面的能力与大致 18 岁年龄有关。在南非还有许多其它国家，这个年龄被参考为法定成年人的年龄。这些社会工作者没有仔细思考高发的性暴力现实或者年轻妇女由于近亲乱伦而怀孕的可能性，在这类情形下，没有父母的参与而获得服务的权利会是至关重要的。这些问题在他们的应答中没有表现出来。

宽容的法律促进了未成年性行为

允许青少年获得 SRH 服务的宽容法律被认为是促进了未成年性行为，而不是保护青少年。考虑到在青少年中 HIV 和少女妊娠的高发，很令参与者们担忧：

“…这是鼓励他们性交…将孩子们暴露于 HIV 和 AIDS 的较高风险之中，而且也逐渐摧毁着孩子们的未来。” (P7)

“呜呼，这个法律。假如他们说你们必须在 12 岁时采取避孕措施，就像他们正在促使孩子们必须参与性侵犯，而且你能够使其终止。就像是说孩子们在很小年纪的时候必须有性行为…” (P4)

宽容的法律也被认为导致了青少年不必为他们的行为承担责任。一名参与者认为应当让青少年直面他们所做决策的后果，胜于确保参与未成年性行为的青少年获得医疗保健服务。这似乎是基于矛盾的情绪：即青少年没有足够成熟到从事性行为，但是他们应该足够成熟到没有外部的干预来处理此类活动的后果：

“…我不认为应该给予孩子们这样的权利。我觉得孩子就应该是孩子，直到…他们长大到足以…做出明智的决定…我们正在促进他们发生性行为，体验更多，因为他们知道我仍然能够获得 HIV 检测，我仍然能够得到一个避孕套，即使我怀孕了，我能够终止妊娠。我觉得这非他们力所能及。我们的国家，我感觉…正在舍弃我们的孩子，因为我们被指望以一种他们能做出明智决定的方式培育他们。即使一个孩子做出什么事…，我觉得这事 [是] 错误的，[例如，当] 你发现这个孩子正在从事比预期早的性行为，应当促使那个孩子终止那样做，而不是，嗯，教化有关如何 [获得服务] 的技能。我觉得假如这个孩子已经 [有] 性行为，他 / 她应该处理这些后果，所以他会知道如果我这样做了，…这将会发生什么。” (P3)

一些社会工作者认为“宽容的法律”是他们对青少年和家庭履行服务的一个障碍。他们觉得这些法律将获取特定服务设定为权利，从而破坏了社会规范。目前尚不清楚参与者们是总体上反对那些解决青少年保健需求的 SRHR 法律，还是只反对当前南非法律框架中的那些规范。

宽容的法律通过增加使用 SRH 服务来保护青少年

少数参与者支持授权给青少年 SRHR 的法律。因为现实是许多青少年正在参与未成年性行为，这些法律被认为是通过确保获得 SRH 服务来保护青少年：

“我个人认为你不能阻止他们性交。你不可能每时每刻照管他们。所以我认为最好是给予他们权利去努力获取避孕药具、使用 HIV 服务和有关的一切事情。” (P11)

“我的职业观点是他们已经在体验这种事情了，这将有所帮助。如果这个孩子是个性活跃者，这将有助于检验。” (P3)

这小部分参与者描述了他们支持这些法律是基于务实的原因。因此，他们并没有把这些法律条款视为根据孩子们进化能力考虑其宪法权利，而是视为一种必然。

未成年两厢情愿的性行为合法化是不恰当的
大多数参与者都不知道更改了有关两厢情愿的未成年性行为的法律¹⁵，并且严厉批评了未成年两厢情愿性行为的合法化，他们认为这些更改促进了提早首次性交和性活动：

“…我个人的观点是，当孩子们还小的时候，不应当参与性行为…现在法律已经改变了，他们就会觉得这很好，而且已经向他们提供了一切以确保他们不会怀孕，即便的确怀孕了，他们还可以堕胎…这些正在促进早期的性行为。”（P3）

“我反对它。看着事情发生着。假使12岁怀孕了将会怎样，谁打算负责？而且一个12岁的孩子，我认为是在做7年级或8年级的事情，我不确定，而且我们说什么？…我反对它是因为其后果。”（P9）

“这是很困难的事情，因为我完全不同意这种更改，我很抱歉。我就是这样。就我所知，政府是正试图保护孩子们免受刑事起诉，但是这也成了突破口，因为到某天结束时，未成年人的父母…到头来他们受苦，因为我知道在我们的社区中，我工作的社区，有着很高的未成年妊娠率，并且你发现这些孩子被留在祖父母身边照管…”（P12）

三位参与者对于这些法律中的变化更为矛盾，他们认识到需要协调各种法律去保护青少年免受刑事指控的后果。然而，他们也担心像12岁的青少年是否具有决策能力来领会性行为的后果：

“首先，政府一直在谈论12[岁]的孩子们，他们能够获得避孕药具及其它种种，但是你在未满16岁时参与性行为则是非法的。因此，因为政府已经通过了这些法律，又因为这些法律自相矛盾，不得不去修修补补。”（P13）

SRH 法律对社会工作实践的影响

未成年性行为的合法化破坏了社会工作者劝告青少年延迟首次性行为的权威

一些参与者反对将某些形式的未成年性行为合法化，因为他们觉得先前的刑事处罚对未成年性行为起到了威慑作用，而且青少年没

有能力处理诸如 HIV 和妊娠等未成年性行为的后果：

“这是在鼓励许多孩子继续 […] 性行为，因为这是两厢情愿的性行为，而且他们是未成年人…所以会鼓励他们做得更多，因为他们不会被逮捕，或者他们不会得到相应的处理，这是在给予他们去做他们喜欢做任何事情的自由。”（P7）

这种处理方式与本文中下面所陈述的一些观点相左，其中的参与者观点认可利用一项国家制裁来建立一组特定的性行为规范，而青少年的性与生殖权利是对于家庭私人领域的侵蚀。

法律为青少年提供独立同意 SRH 服务的资格危害了家庭关系并使得干预措施复杂化

一些参与者认为 SRH 法律起着危害家庭的作用，例如：

“就我自己而言我不开心，而且我不喜欢…父母必须相应地引导他们的子女。”（P17）

虽然有些参与者完全不同意青少年获得一系列 SRH 服务，其他人只是觉得父母参与获得 SRH 服务的决策过程是必要的。有趣的是，一些参与者似乎认为这些法律所建立的规范是国家将手伸得过长侵入了家庭空间，剥夺了父母指导其子女的权利。

控制个人观点，同时满足法律义务

尽管大多数受访者对青少年 SRH 法律持对抗的看法，但绝大多数人辩称他们能够在宽容的法律规定范围内，在其个人观点和社会工作实践之间控制好这种冲突。

“…对我来说，如果我在工作中，我必须将我个人的事情放在一边并依据该法案做事。”（P7）

“我只说…在工作时，我的观点和信仰会放到背后，…我被告知当你在工作时，你只是在执行法律。你不干预，而且你不要加入你自己的想法…你只要告诉这个人法律宣称了什么并且你只是给予指导。”（P16）

“…作为一个社会工作者，我们在大学里受到的教导是…你的专业观点比你的个人观点

更加重要。” (P17)

一些人承认在尊重法律的同时，价值观和文化习俗也是重要的因素。我们注意到这些有时相互矛盾的观点很难调和，因此必须了解在哪些情况下个人观点会与专业观点相左，以确保专业观点得到支持：

“…这会变得很困难…你不得不按照法案所述规定行事，而忘掉你观念中认为是错误的那些事情。” (P14)

“因为我正在社区里工作，这是一个乡村社区，尤其非常困难。” (P4)

“不，我们得总是将专业职责放在首位。我的意思是，这是我们在大学就学到的东西，任何时候都要客观，不要让我们的个人价值观干扰我们的工作。因此我们在任何时候都必须保持中立并客观地处理情况…当然，这有时具有挑战性，但是就像我说的，你有义务根据法律规定提供服务。” (P15)

“…我个人的观点总是不同于我的专业的观点，但身为监督人，即便…我不认为在孩子们的年龄足够大之前应该给予他们这种权利，要等他们长大到能够做出可以使用这些权利的明智决定。” (P3)

显而易见，大学教育以及社会发展部实施的框架和政策（例如，针对试用官员的结构性评估）促进了对于职业责任的遵从。然而，一位参与者明确地表达，很有必要对社会工作者进行持续的价值观培训。

讨论

本研究探讨了社会工作者的实践以及他们对于青少年发展中的 SRHR 及两厢情愿的未成年性行为合法化相关立法的观点。考虑到最近在某些类别的青少年中将两厢情愿的未成年性行为合法化¹²，这样的研究是及时的。此外，时事评论者们已经确认了在促进青少年 SRHR 方面所存在的一些差距⁶。

“了解并促进性与生殖权利在社会工作专业中至关重要”²⁵。社会工作者们为青少年知晓 SRHR 并通过学校、医疗保健设施和服务机构获得服务提供了一个关键的切入点。这多半是通过支持、信息共享和咨询活

动而发生的。这种深入的咨询和教育为保健服务人员提供了宝贵的辅助，因为后者与青少年就 SRH 服务展开详细讨论或咨询的机会有限¹⁷。

一些参与者以正面的态度看待那些促进使用 SRH 服务的开明法律和关于青少年中两厢情愿的未成年性行为的宽松条款，因为这是在保护青少年，并使各种法律协调起来。然而，大多数参与者对该法律持强烈批评态度。看来大多数参与者并不反对青少年的性与生殖权利本身，但是担心，作为法定的未成年人，年龄在 18 岁以下的孩子太年轻，而且对独立于其父母 / 监护人之外做出 SRH 决定缺乏经验。对 SRH 服务行使同意权的能力一直是一个被南非和国外的法院认为有争议的问题。在“基督教律师协会诉卫生部长和其他人”案件中²⁶，法院认为能力是同意权的固有元素，而一个没有能力的孩子不能就某项健康干预行使同意权，即使立法部门已经设置了一个假定他们具有能力的年龄。然而，对于性行为行使同意权的能力是基于年龄，而非决策能力²⁷。麦肯齐和瓦茨²⁷以孩子们对医疗行使同意权的能力为例，来证明“一些 16 岁以下的孩子可能能够了解和同意某些性行为”。这一立场似乎是与那些法院和决策者关于在青春期同龄人中两厢情愿的性行为合法化相一致。

不得与未成年人讨论性和性行为的社会 - 文化禁忌，以及青年性行为所附带的普遍性污名，可能造就了人们对于那些旨在促进获取 SRHR 和服务的法律会促成乱交的担心¹⁷。在本研究中，社会工作者们担忧青少年可能没有认知能力去领会他们的决策所带来的后果，而且担心 SRH 法律可能促进不道德的行为。同样地，布特莱齐和伯纳德²⁸指出，法院判决可能会被社会各界批评为促进了青少年乱交，这在很大程度上归因于对判决的了解不足。就参与者而言，最为关注的是未成年性行为的合法化是否废除了国家对于“不适当的”行为所实施的某种处罚。这导致了有关刑法在执行基于道德的性规范方面所起作用（如果有的话）的更广泛的问

题。这可能也反映了社会工作者所面临的复杂性：他们费力去寻找独特的方式以鼓励青少年们延迟首次性行为，但这类性行为却并未被附加任何处罚。社会工作者们似乎赞成刑事处罚，仅仅是因为它意味着要为这种鲁莽行为承担后果。然而，“一个人或许可以在道德上反对两个青少年彼此间的性关系，但对于领域广泛的道德立法而言，‘性’并不是个适当的区域。在不道德和犯罪之间有着一条分界线”²。这种担忧也反映了缺乏对 **SORMA** 修正案⁷ 的了解，它并没有改变行使性同意权的年龄，仍然是 16 岁。这意味着在建议青少年们延迟首次性行为时，社会工作者们仍然具有道德权威。

此外，许多人可能从未成年性行为可能放大妊娠、**HIV** 和其它 **STIs** 的风险这一道德立场加以反对²。在本研究中参与者们提出了类似的意见，他们中的许多人就是在人们认为与青少年们讨论性和性行为是禁忌的环境中工作²⁹。先前在夸祖鲁-纳塔尔省的一个乡村社区进行的研究发现，在年幼者和年长者之间有关性的讨论在很大程度上是被禁止的，除了某些文化背景之外，诸如成人礼（青春期或者准备结婚）²⁹。鉴于这样的讨论在社会工作实践中必不可少，许多社会工作者不赞成扩大青少年的 **SRHR** 也就不足为奇了。

然而，这种家长式的观点与实证研究不符，后者显示限制性法律可能与孩子的最佳利益相左，因为它们对青少年获得对于健康以及对于性行为做自主决定至关重要的正式信息、建议和 **SRH** 服务的意愿和能力造成了重大障碍³⁰。刑法对于阻止青少年从事性行为不是一个有效的或道德的方法³¹，尤其是由于青少年们甚至不太可能意识到与同龄人的性行为可能有必要受到刑事处罚³²。

获得建议、信息和 **SRH** 服务对于在青少年中促进健康的性行为很重要。然而，研究已经确定了开展这类服务的几个障碍因素，包括担忧保密性和服务提供者的审判态度^{19,29}。先前在 **SRH** 法律里与青少年们有关的条款存在着歧义，服务提供者有法律义务

向有关当局报告未成年两厢情愿的性行为 and 性活动，由此限制了青少年获得私密性 **SRH** 服务的能力²⁹。重要的是，未成年两厢情愿的性行为合法化使各种法律开始协调起来，并且消除了服务提供者的一揽子强制性报告义务，特别是在保密要求和举报义务（报告由青少年们披露的同龄人两厢情愿的性活动）形成矛盾冲突的情况下¹⁵。

研究表明，服务提供者们的个人价值观和观点也可能影响服务的可及性、利用率和质量²¹。如同提供青少年 **SRH** 服务的护士²¹，社会工作者们正处于有关青少年性行为的保守的社区价值观与青少年性行为的现实之间的一个关键接合点。本研究发现许多社会工作者对青少年性行为有着保守的观点，而其他研究则表明害怕被服务提供者评判、责难或问及困难的问题是影响 **SRH** 服务可接受性和利用率的关键障碍^{17,19,20,29}，要将这两方面结合起来考虑。此外，社会工作者们报告了针对孩子的 **SRH** 法律有限的知识¹⁵。这表明，他们可能无法在确保其服务对象了解相关法律和提供适当的性咨询之间把控正确的方向以帮助服务对象明确他们自己的需求、性与生殖欲望、以及他们保护自身健康的能力。

在本研究中，社会工作者们报告说尽管有强烈反对“宽容的”法律的个人观点，但他们能够在其针对青少年的工作中履行这些法律。然而，并不能排除服务提供者无意或者有意地将个人观点凌驾于其法律义务之上的可能——这已经在其它地方证明了^{32,33}。此外，在决定报告未成年两厢情愿的性行为时，社会工作者们考虑到了诸多因素，尽管那时候法律明确规定所有情况都应该报告¹⁵，提示在做出决定时可能获胜的不总是法律。

结论

本研究发现，关于使青少年能够独立地获得 **SRH** 服务的法律以及将两厢情愿的未成年性行为合法化的法律修正案，大多数参与者持批评态度。只有极少数参与者认为宽容的法

律保护了性活跃的青少年去获得必要的 SRH 服务。考虑到服务提供者的评判式观点对于获得 SRH 信息和服务是一个主要的抑制因素，让那些与孩子打交道的社会工作者接受继续教育尤其关键，教育内容应包括青少年的性与生殖、相关法律的演化、以及可使服务对象能够探讨他们自己的情感并且计划将要采取的行动等方面的性咨询。研究表明，具有较高教育水平的卫生保健提供者们采用的方案更为有利于青少年，在青少年 SRHR 方面接受了进一步培训的那些人也是一样²¹。本研究呼应了之前的建议²¹，即本科生社会工作计划应当促进有关文化和道德尺度的批判性思维，以帮助服务提供者们更好地应对青少年性行为。特别是，服务提供者们应当频繁地更新有关 SRH 问题、相关的立法、保密性、青少年的尊严、隐私和最佳利益、性与生育权利等方面的知识，以及他们

的交流和咨询技能¹⁹。这样的培训应该清晰地详述法律的基本原理，并加入价值观培训，以便社会工作者们能够不带个人价值判断去履行他们的职责。关键利益相关者，包括社会工作者及其他帮助青少年获得 SRH 服务的提供者，应当参与有关青少年性行为方面相冲突的文化、道德及个人判断的批判性思考。

致谢

本研究是作为在夸祖鲁-纳塔尔省立法院“社会发展投资委员会”监督活动的一部分进行的。本文中所表达的见解不一定反映出“社会发展投资委员会”或夸祖鲁-纳塔尔省立法院的观点。真诚感谢所有的参与者和社会发展部的 Ngcongco 博士协助募集社会工作者。

(刘德瑜译；罗宏志校)

参考文献

1. Strode A, Slack C. Sex, lies and disclosures: Researchers and the reporting of under-age sex: opinion. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 2009;10(2):8–10.
2. Stevens P. Decriminalising consensual sexual acts between adolescents within a constitutional framework: The Teddy Bear Clinic for Abused Children and Another v Minister of Justice and Constitutional Development and Others Case: 73300/10 [2013] ZAGPPHC 1 (4 January 2013). *South African Journal of Criminal Justice*, 2013;26(1):41–54.
3. Strode A, Slack C, Essack Z. Child consent in South African law: Implications for researchers, service providers and policy-makers. *South African Medical Journal*, 2010;100(4):247–249.
4. Ramkissoon A, Searle C, Burns C, et al. Sexual and reproductive health and rights. *South African Health Review*, 2010:33–47.
5. Beksinska ME, Pillay L, Milford C, et al. The sexual and reproductive health needs of youth in South Africa-history in context. *South African Medical Journal*, 2014;104(10):676–678.
6. Department of Social Development (DSD). National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy. 2015. Available from http://www.dsd.gov.za/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=578&Itemid=39 [Accessed 9th August 2015].
7. Criminal Law [Sexual Offences and Related Matter] Amendment Act 32 of 2007
8. Gevers A, Mathews C, Cupp P, et al. Illegal yet developmentally normative: a descriptive analysis of young, urban adolescents' dating and sexual behaviour in Cape Town, South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 2013;13(1):31.
9. Jamieson L, Proudlock P, Nhenga-Chakarisa T. Legislative developments in 2011/2012. Available from http://scholar.google.co.za/scholar?q=jamieson+Legislative+developments+in+2011%2F2012&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5 [Accessed 20th February 2014].
10. Teddy Bear Clinic for Abused Children and Another v Minister of Justice and Constitutional Development and Another 2013 (12) BCLR 1429 (CC).
11. Strode A, Toohy J, Slack C, et al. Reporting underage consensual sex after the Teddy Bear case: A different perspective. *South African Journal of Bioethics and Law*, 2013; 6(2):45–47.
12. Bhamjee S, Essack Z, Strode AE. Amendments to the Sexual Offences Act dealing with consensual underage sex: Implications for doctors and researchers. *South African Medical Journal*, 2016;10(3):256–259.
13. Criminal Law [Sexual Offences and Related Matter] Amendment Act Amendment Act No. 5 of 2015.

-
14. Lutchman S. 'Child savers 'v' kiddie libbers': the sexual rights of adolescents. *South African Journal on Human Rights*, 2014; 30(3):555–571.
 15. Essack Z, Strode A. The mandatory reporting of consensual, underage sex: Knowledge, practices and perspectives of social workers in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Bioethics and Law*, 2015;8(2):21–25.
 16. McQuoid-Mason DJ. Decriminalisation of consensual sexual conduct between children: What should doctors do regarding the reporting of sexual offences under the Sexual Offences Act until the Constitutional Court confirms the judgement of the Teddy Bear Clinic case? *South African Journal of Bioethics and Law*, 2013;6(1): 10–12.
 17. Alli F, Maharaj P, Vawda MY. Interpersonal relations between health care workers and young clients: Barriers to accessing sexual and reproductive health care. *Journal of Community Health*, 2013;38(1):150–155.
 18. Wood K, Jewkes R. Blood blockages and scolding nurses: barriers to adolescent contraceptive use in South Africa. *Reproductive Health Matters*, 2006;14(27):109–118.
 19. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, et al. "Be kind to young people so they feel at home": a qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Services Research*, 2013;13(1): 455.
 20. Tilahun M, Mengistie B, Egata G, et al. Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. *Reproductive Health*, 2012;9(1):19.
 21. Warenus LU, Faxelid EA, Chishimba PN, et al. Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters*, 2006;14(27):119–128.
 22. Department of Basic Education. Annual Schools Surveys: Report for Ordinary Schools 2010 and 2011. 2013. Available from <http://www.education.gov.za/LinkClick.aspx?fileticket=TAaLF9pu6JU%3D&tabid=57&mid=2632> [Accessed 21 March 2016].
 23. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Cape Town: HSRC Press, 2014 . Available from http://heaid.org.za/site/assets/files/1267/sabssm_iv_leo_final.pdf [Accessed 5 May 2014].
 24. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006;3(2):77–101.
 25. Alzate MM. The role of sexual and reproductive rights in social work practice. *Affilia*, 2009;24(2):108–119.
 26. *Christian Lawyers Association v. Minister of Health* 2005 1 SA 509 (T)
 27. Mackenzie R, Watts J. Capacity to consent to sex reframed: IM, TZ (no 2), the need for an evidenced-based model of sexual decision-making and socio-sexual competence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2015;40:50–59.
 28. Buthelezi MC, Bernard RB. The court knows the law. *Journal of South African Law*, 2014;3:625–639.
 29. Yarrow E, Anderson K, Apland K, et al. Can a restrictive law serve a protective purpose? The impact of age-restrictive laws on young people's access to sexual and reproductive health services. *Reproductive Health Matters*, 2014;22(44):148–156.
 30. Franklin J. Where Art Thou, Privacy: Expanding Privacy Rights of Minors in Regard to Consensual Sex: Statutory Rape Laws and the Need for a Romeo and Juliet Exception in Illinois. *The John Marshall Law Review*, 2012;46:309–332.
 31. Meiners-Levy S. Challenging the Prosecution of Young Sex Offenders: How Developmental Psychology and the Lessons of Roper Should Inform Daily Practice. *Temple Law Review*, 2006;79:499–514.
 32. Essack Z, Strode A. "I feel like half a woman all the time": The impacts of coerced and forced sterilisations on HIV-positive women in South Africa. *Agenda*, 2012;26(2): 24–34.
 33. Strode A, Mthembu S, Essack Z. "She made up a choice for me": 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. *Reproductive Health Matters*, 2012;20(39):61–69.
-

超越不尊重和虐待范畴：应对产科暴力的结构维度

Michelle Sadler,^a Mário JDS Santos,^b Dolores Ruiz-Berdún,^c Gonzalo Leiva Rojas,^d
Elena Skoko,^e Patricia Gillen,^f Jette A Clausen^g

a Assistant Professor, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
Correspondence: msadler@uchile.cl

b Research Assistant, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Lisboa, Portugal

c Assistant Professor on History of Science, Department of Surgery and Medical and Social Sciences, University of Alcalá, Alcalá de Henares, Spain

d Assistant Professor, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

e Independent Researcher, Laboratorio Multimediale di Comparazione Giuridica, Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi "Roma TRE", Unità di Ricerca "Diritti Umani nella Maternità e Nascita", Roma, Italy

f Head of Research and Development for Nurses, Midwives and AHPs, Southern Health and Social Care Trust, Belfast, United Kingdom; Lecturer, School of Nursing, Institute of Nursing and Health Sciences, Ulster University, Belfast

g Senior Lecturer, Metropolitan University College, Copenhagen, Denmark

摘要：近几十年来，对于分娩过程（甚至是生理性且无并发症的分娩过程）日益增多的过度医疗干预，连同分娩过程中虐待和不尊重女性的行为，遍及世界各地。尽管有研究和决策致力于解决这些问题，但要改变习惯的分娩做法已经被证明是困难的。我们的分析表明，分娩过程中的医疗干预和不尊重女性的比例过高是结构性暴力的结果，而在拉丁美洲分娩行动主义和法律文件中所采用的产科暴力概念可能是一个有用的工具，可用于解决孕产保健中诸如高比例的医疗干预、未经同意的医疗处置、不尊重妇女及其他虐待行为等结构性暴力。
©2016 生殖健康要略 . Elsevier BV 出版 . 保留所有版权。

关键词：分娩中的人权，非循证实践，医疗化，针对妇女的暴力行为，结构性暴力

前言

从 1985 年，世界卫生组织就开始关注分娩的过度医疗化，推荐合理使用分娩技术，敦促管理人员和医疗卫生人员审查干预方案，并持续性调查一些做法的适当性，同时促进在需要作出判断的事情上尊重女性的自主性和观点¹。然而，自那时以来，无医学适当性的产科干预率在中高收入国家增加，而孕产妇和围产儿的发病率和死亡率并无显著改善。并且，无临床必要性的产科干预所带来的医源性影响也越来越让人担忧，因此，“正常”分娩议题牢牢地占据于 21 世纪的议程²。

有建议认为，通过阐明并遵守知情同意的基本法律原则³（包括拒绝医疗干预的权利⁴）可能减少那些不必要的干预。知情同

意原则并不新鲜，19 世纪的美国法院文书就倡导维护每个人（特别是女性）的身体尊严得到尊重的权利，陌生人的非法接触被视为攻击或侵犯⁵。新近，联合国教科文组织（UNESCO）通过其世界生物伦理与人权宣言，认可“健康并不完全取决于科学技术研究的发展，也涉及社会心理和文化因素”，并且强调了自主权和决策权应该受到尊重³。

然而，必须认识到，认为“妇女完全了解她们的选择，并总是能够自主恰当地选择医疗护理的性质”这样的假设是有缺陷的。这个问题在 1993 年“分娩改革”报告中被强烈提出，呼吁以妇女为中心的护理，并强调在分娩过程中的选择的重要性⁶。后来的报告继续强调，妇女应该是孕产保健的中心，

她们应当有能力根据自身需求作出决定，并与专业人士充分讨论遇到的麻烦事²。但全世界的妇女仍被排除参与孕产保健的设计和评估。尽管被邀请来制定分娩计划和行使自主权，但医疗界提供给妇女的选择范围有限^{7,8}。并且，现有的医疗保健系统可能无法提供恰当的循证医护。

在有立法规定由医疗保健人员提供的家中分娩服务或助产士为主的生育中心是为不合法或近乎于不可能存在的那些国家，这些限制尤其明显。甚至那些在医院以外分娩不违法的地方，计划并完成分娩对家庭和专业人士都是一个具有挑战性的任务。现有的证据表明，许多医疗干预被过度使用，而结构性干预和社会干预往往不足，对实践的影响有限⁹。

非循证实践

事实是，在许多国家（包括高收入国家），孕产保健实践所采用的指导证据并不总是那些最好的，而是受到当地的分娩信仰以及专业或组织文化的驱动。这是特别明显的，表现在国家间或国家内、甚至在同一国家的机构和健康从业者间干预率的变化。例如，我们可以看看在分娩时两个最普遍的干预：会阴侧切术和剖宫产。两个都是手术性质，常常被用于健康妇女，而且极少或甚至没有正当的理由。

会阴侧切术的限制性使用要比常规应用有更好的分娩结局¹⁰。然而，会阴侧切率在欧洲医院变化极大，在塞浦路斯、波兰和葡萄牙高达70%，在瓦隆、佛兰德斯、捷克共和国和西班牙为43%~58%，在威尔士、苏格兰、芬兰、爱沙尼亚、法国、瑞士、德国、马尔他、斯洛文尼亚、卢森堡、布鲁塞尔、拉脱维亚和英国为16%~36%¹¹。2010年报道的最低会阴侧切率是在丹麦（4.9%）、瑞典（6.6%）、冰岛（7.2%）¹¹。然而，在一些国家，第一次当母亲的妇女通常都会给予会阴侧切，尽管这一做法缺乏证据支持¹⁰。一个以医院为基础的描述性研究分析了1995~1998年间16个拉丁美洲国家的

122家医院的数据，显示87%的医院会阴侧切率高于80%，66%的医院会阴侧切率超过90%¹²。2005~2006年在墨西哥开展的一项研究报道了会阴侧切率为84%¹³。

剖宫产术的非必要性应用也被很好地记录。世界卫生组织证实，剖腹产率高于10%与人口水平上更低的孕产妇和新生儿的死亡率不相关¹⁴。然而，根据经济合作与发展组织（OECD）资料，北欧国家（冰岛、芬兰、瑞典和挪威）、以色列和荷兰2013年剖宫产率最低，占有活产的15%~16.5%；而土耳其、墨西哥和智利剖宫产率最高，达45%~50%¹⁵。拉丁美洲是世界上剖宫产率最高的地区，好几个国家超过40%¹⁵，巴西以54%居于领先¹⁶。

如果说剖宫产率在不同国家间巨大的差异提出了对于非必要性医疗干预的恰当性的质疑，那么在同一国家不同地区和医院的差异率则更让人担忧¹⁵。在加拿大、芬兰、德国和瑞士，不同区域剖宫产率变化达两倍，在西班牙超过三倍，在意大利达到6倍¹⁷。全球范围内，在私人机构和妇女经济地位更高的地方，剖宫产率往往更高。在智利，2012年公共卫生机构的剖宫产率为39%，而私立卫生机构的剖宫产率为72%，而且系统内的差异更大¹⁸。更有意思的是，在公立医院，同样的产科医生和助产士，支付私人护理费用的妇女将有三倍的机会进行剖宫产¹⁹。

剖宫产率的变化与供需相关因素有关，最直接关联于经济因素¹⁷。2015年《经济学家》上的一篇文章中指出，全球剖宫产率的上升不是受医疗必要性的推动，而是受日益增长的财富和对医生的不正当的财政激励所推动²⁰。在影响过度干预的那些主要的非医疗因素中，玩忽职守问题居于高位^{8,15}。即便是在妇女自己请求剖宫产的情况下，医生也应该询问她们所接受的信息的质量，必须认识到，在各种各样的国家中仅有少数妇女偏爱剖宫产²¹。

分娩过程中的不尊重和虐待

对于非循证性干预的担忧是国际社会日益关

注并争辩分娩过程中不尊重和虐待妇女问题的原因之一。在过去几年里，已经多次尝试组织对这个主题的讨论。在2010年，鲍泽和希尔提出了分娩过程中的七类不尊重行为：身体虐待、未经同意的医疗处置、非保密性的医疗处置、有损尊严的医疗处置、基于病人特征的歧视、放弃医疗处置和扣留妇女²²。弗雷德曼和他的同事们认为，这些分类缺乏依据医疗保健提供者的行为、设施条件或其他可以构成不尊重和虐待的因素等的定义²³。他们提出了一个模型来评估在具体问题上的个人、组织结构和政策层面的相互作用，将分娩过程中的不尊重和虐待定义为：“当地舆论认定为羞辱性或有损尊严的互动或设施条件，这些互动或条件或被体验为羞辱性或有损尊严，或本意就是羞辱性或有损尊严”。这样的定义承认了分娩过程中对于妇女的不尊重和虐待与不同人群间的不平等以及权利不平衡等更广泛的社会动态相关联²³。

在越来越多的辩论中，世界卫生组织于2014年就“预防和消除住院分娩中的不尊重和虐待问题”发布了一个强有力的声明，强调每一个妇女都有权获得有尊严的和受尊重的卫生保健²⁴。博伦和他的同事对妇女在分娩过程中所受的虐待进行了一个系统回顾，提出了一个新的7主题分类：身体虐待、性虐待、言语虐待、污名和歧视、未能满足专业保健标准、妇女与保健服务者之间的关系差、卫生系统的条件和限制²⁵。并且讨论了在妇女与提供服务者之间互动水平上产生虐待的方式，以及在卫生设施和卫生系统的水平上经由系统失灵所发生的虐待²⁵。

朱克斯和佩恩-柯卡娜认为，借助博伦及其同事的系统回顾，可以清楚地表现出妇女分娩时所受虐待与更广泛意义上的针对妇女的暴力行为之间的并行关系，强调了“针对妇女的暴力行为本质上源于结构性的性别不平等”²⁶。国际妇产科杂志最近一篇题为“妇女生殖健康的未完成的议程”的社论中表述²⁷：

“随着孕产妇保健相关临床指标的改善，我

们开始更侧重于保健质量，这引发了对性别相关的不尊重和虐待问题的关注，分娩中的妇女往往承受着男性和女性保健服务者所施予的这类痛苦”。

事实上，性别一直是产科暴力概念的中心。产科暴力经常被作为分娩中不尊重、辱骂和虐待的同义词，但我们认为产科暴力这一术语有潜力解读多种形式的尊重和虐待等暴力行为的结构维度。

产科暴力作为一种针对妇女的暴力形式

尽管19世纪的记录中就提及了产科暴力²⁸，但产科暴力的概念最近才在拉丁美洲分娩活动家开展的运动中得到普及。巴西率先做出了反应，认识到保健服务所处的暴力及骚扰环境，于1993年建立了人性化待产与分娩网络(ReHuNa)²⁹。该地区的一个标志性事件是2000年在巴西举办的第一次国际人性化分娩大会，由拉丁美洲活动家、研究人员和卫生专业人员聚集成一个有凝聚力的团体，讨论如何应对分娩干预率高以及如何响应于对分娩妇女受虐待问题日益深入的认识。这次会议建立了拉美及加勒比地区人性化分娩网络，领导该地区有关妇女享有“受尊重地分娩”权利的辩论³⁰。

2007年，委内瑞拉通过“妇女有权在生活中免受暴力的组织法”，成为第一个正式定义产科暴力概念的国家³¹，产科暴力作为19种应受制裁的针对妇女的暴力形式之一被编入刑法典。在刑法典的第15款中将产科暴力描述为：

“卫生人员对女性身体和生殖过程的侵占，表现为非人性化的治疗、滥用医疗化处置以及将自然过程病态化，导致妇女对于自己的身体和性欲失去自主权和自由决策能力，负面地影响到她们的生活质量”。(作者的翻译)

此外，第51款详细说明了那些构成产科暴力的行为：不合时宜和无效的产科急诊转诊；具备直立分娩条件却强迫妇女仰卧位分娩；阻碍新生儿与妈妈早期接触而无医学上的理由；通过应用催产技术改变低风险待产和分娩的自然过程；未取得妇女自愿、主

动的知情同意，对可能自然分娩的妇女执行剖腹产³¹。

多国民间社团推动了产科暴力概念的发展。在阿根廷³²和墨西哥一些州³³，将产科暴力置于更广泛的关于性别不平等和暴力的立法中，强调了在医疗保健系统和社会中妇女尤其是孕妇的不平等地位。自2014年以来，由民间社团建立了五个产科暴力观察站，分别位于智利、西班牙、阿根廷、哥伦比亚和法国，并于2016年3月发表了一个共同声明，宣称产科暴力已经成为一种最无形和最自然化的针对妇女的暴力形式，并且构成了对人权的严重侵犯³⁴。对于产科暴力概念的这类社会认同是对于孕产保健设施中的医疗化和侵犯妇女性与生殖健康权利的批判的公开确认³⁵。

产科暴力的定义不仅注重于那些非人性化的治疗，还凸显了当前的教育和权力结构在产科维度的根源性影响^{36,37}，将有关虐待和不尊重的讨论置于更广泛的结构不平等和针对妇女的暴力的背景之下。

揭露结构性暴力

妇女在分娩过程中所受的虐待有别于作为患者所受的总体虐待，因此将产科暴力独立于其他形式的医疗暴力加以分析是极为重要的。产科暴力有需要单独分析的特殊之处：它是一个女权主义问题，是一种性别暴力事例；临产妇女一般是健康的，非病理状态；待产和分娩可归于性事件，经常遭遇到产科暴力并可解读为强奸³⁸。生物医学是一个社会和文化体系，具有复杂的历史建构，有着一系列顽固的内部信念、规则和习惯做法³⁹，其响应并再现那些贯穿于卫生专业、法律制度和政府的性别意识形态。然而，生物医学文化一直被忽视。生物医学在卫生系统中的影响力普遍存在但未被明确提及，它的霸主地位似乎抹杀了报道其存在的必要。

这些离散机制可被认为是多种形式的结构性暴力，是嵌入社会脉络中的暴力的无形表现，其产生并再现着不同群体间的社会不

平等⁴⁰。事实上，产科暴力已被列入女权主义与公共政策议程，但基本上被专业人士和机构忽视²⁹。需要时刻牢记在知情同意方面所讨论过的那些局限性，妇女几乎没有选择而只好默认专业人士的权力⁷。因此，不应脱离于背景去讨论孕产保健服务中那些明确且故意的暴力和虐待形式。若将辩论的中心放在个体失职上，可能导致在对分娩过程中的不尊重和虐待行为的讨论中，特别是在卫生专业人员中，产生无意义的敌意。这就是为什么朱克斯和佩恩-柯卡娜认为有必要避免“将卫生工作者作为一个群体加以指责”的原因²⁶。产科暴力这个术语不是更广泛被使用的一个原因是卫生专业人员抵制使用暴力的概念，认为其有违他们的行业精神。像狄尼兹和他的同事解释的那样，这使得九十年代巴西的ReHuNa慎重决定不公开讨论产科暴力，而选择使用“人性化分娩”和“促进妇女的人权”这类术语。然而，狄尼兹和他的同事也承认，在相关的辩论内容开始被归于某种暴力和侵犯人权问题时，事情发生了显著的变化²⁹。

这进一步强化了进行更广泛分析的必要性，将讨论的中心放在那些埋藏在产科暴力现象中的文化和社会维度。如此一来，就可能从局限于受害者（妇女）和加害者（卫生专业人员）的关注点，转换到更广泛的视角，从而认识到是无处不在的社会化过程将暴力和不同人群间的权力动态转化为习以为常的隐形模式。应将那些嵌入和再现于生物医学中的权力结构加以现形。在卫生专业教育和实践的隐含课程中，若中心作用是对于规范、行业纪律和惩罚措施的接纳⁴¹⁻⁴³，却忽视了医疗处置上的情感维度⁴⁴，那么这方面的问题也应包括在产科暴力的国际议程中。卫生专业人员恶劣的工作条件及其在暴力中的社会化体现（及由此驱动行使暴力），也应该被归入不尊重和虐待的形式。证据表明，卫生服务人员经历分娩暴力可能会遭受到继发性创伤应激或同情疲劳，可理解为二次暴露于那些类似于患者初次暴露所经历的极端的创伤性应激源⁴⁵。

社会科学的贡献

社会科学家已经出示了对于很多关于分娩的医疗管理研究的分析结论，认为其反映了不对称的性别权力以及女性身体的被物化过程。在产科建立的初始，男性化的医疗行业把男性的外貌和生理机能作为规范，其在产科专业设置、助产士职业化^{36,46,47}和妇女健康^{48,49}方面有着特别的影响。结果，女性身体和它的自然过程被描绘成异常、疾病或偏离，并延续至今。在专业和非专业的话语中，涉及妊娠的论述无不充斥着这种男性规范的离散标记，如妊娠诊断、妊娠症状、分娩后孕妇回归正常等等⁴⁶。

以前的哲学及社会科学的观点将医疗分化分娩定位于客观暴力和系统暴力的范畴。傅科描述了通过将机构（如教会、政府以及后来的医疗机构）加以标准化而出现的控制分娩，以及女性的身体如何通过其相对于男性规范的差异和偏离而首次被物化和研究^{43,50}。今天，产科暴力确实可以被视为如何利用分娩妇女的身体潜在地反对女性权利的一个反映——要统治她们，恢复她们“固有”的女性服从和被动性，暴力是必须的。它成为一个工具，用于惩戒在分娩时不守纪律的身体，目的在于将其重新女性化和重新物化³⁸。事实上，在医院分娩常常被描述为受一系列的宗法势力控制——参与者试图教导和控制分娩妇女，医院试图控制夫妻双方⁵¹。

男性的统治地位和女性的屈从地位不仅是通过暴力得以执行，更主要是通过那些全然归化于事物正常秩序中的离散机制⁵²。它们已经融入社会中，并努力地在日常生活中再现。在布迪厄的论点中，产科暴力必须被视作一种被社会构建的各种象征意义所包围的存在，远超于单纯的虐待行为⁵²。它可能意味在某种社会关系上支配者和被支配者双方的赞同，只不过在这种社会关系里，所有行动者间共享的知识仅允许将暴力本身定义为犹如它是一个自然的、预期的和可接受的生活部分。在这样的背景下，暴力不仅被所有参与方（妇女、家庭、专业人士和决策者）

所接受，而且由他们再现和加强。如此一来，产科暴力得以充分地运转开来，强化着性与生殖健康保健中的性别偏见式叙事模式，并由此构建孕产保健体系。

失于应对结构维度的那些研究、政策和指导方针、专业和学术教育以及社会运动，仅能解决微观和细观层面的症状，但不能解决这些暴力形式在宏观层面的成因⁴⁰。产科暴力是一个有用的概念，可以帮助我们更好地理解这些宏观层面的原因，有潜力重新界定过度干预、未经同意的医疗处置和各种不当行为，并触发新的行动呼吁。产科暴力概念起源于草根运动，代表着女性的声音，应被置于讨论的中心。然而，有必要更精确地定义这个概念，将委内瑞拉法律³¹所定义的“对于妇女身体和生殖过程的侵占”置于卫生系统背景之下，而不是只放到卫生服务人员身上，以强调这是孕产保健服务的结构维度上的一个内在现象。

结论

对于分娩过程中的不尊重和虐待问题，将关注点超越出互动维度，开辟了审视这一全球性问题的综合视角。健康科学和社会科学之间的动态对话、调动有关产科暴力结构维度的既有知识、承认这一现象是化形于卫生保健系统之中的针对妇女的一个特殊暴力形式，这些举措可为孕产保健的结构改善奠定基础。如此一来，产科暴力的概念可以被用作一种工具，有潜力重新制定有关分娩中的不尊重和虐待问题的国际议程，并有助于改变全世界的孕产保健实践。

行动建议

产科暴力是一个多方面的复杂现象，需要来自不同学科的多维度解决方案和贡献。为了推进辩论和影响变革，至关重要的是要有国际和国家的措施来解决分娩过程中的结构性暴力。

在立法和经济层面，每个国家都需要制定相关的立法，推动各类机构去解决产科暴力问题，包括纠正知情选择和知情同意方面的

谬误，并纠正那些非循证的医护规定，特别是需要纠正不正当的财务激励机制。必须辨识并解决孕产保健服务（包括医院以外的服务）可及性方面的法律障碍。此外，必须解决个人所感知的障碍与法律障碍之间的差距。识别那些已经解决产科暴力并带来持续性改变的成功措施可能有助于确定最佳的做法，并为其他孕产服务和其他国家提供效仿的路线图。

在组织层面上，我们建议妇女团体和公民社会运动成员强制性/法定参与孕产保健的决策，包括设计、规划、服务提供和评估各方面。这可以通过引入如英国⁵³和其他欧盟国家卫生保健中的类似立法及“个人和公众参与（PPI）”监测来实现。如果孕产保健服务提供者真想让妇女和他们的家人参与决策，就需要去探究他们对于产科暴力的理解和经历。

医疗保健的管理机构应确保所有的妇女有机会获得有关各种干预措施的循证且无偏倚的信息。应定期评估出版资料和口头信息。此外，我们建议实施报告系统，让妇女和卫生专业人员得以举报产科暴力的实例，而且可以评估在分娩过程中医疗干预措施的全部范围。应当对孕产保健单位加以监督，并给那些可提供恰当医护标准（像2015国际妇产科联合会母婴友好式分娩设施指南中所提出的标准⁵⁴）的单位颁发合格证书。

在教育层面，所有相关教育机构（法学、医学、助产学、护理学及其他）的课程中，应包含分娩中的人权原则，以及对产科暴力及其对专业人士、母亲、孩子和他们家庭的影响等相关讨论内容，并强调其性别维度²⁹。这是一个必要的步骤，因为产科暴力的许多方面都没有受到质疑而被认为是理所当然。

最后，在研究层面，我们确定需要一个强大的、跨学科的、跨国家的研究，以协助决策者、孕产保健服务提供者以及获得孕产服务的妇女及其家庭，更好地理解、定义并挑战这种现象。

致谢

本文是基于 COST Action IS1405 BIRTH 的工作：“通过卫生保健建立分娩研究：一种用于理解并情境化生理性分娩的跨学科整体系统方案”（<http://www.cost.eu/COST-Actions/isch/IS1405>），该工作受 COST 基金 CGA-IS1405-3（欧洲科学技术合作）资助。MS 和 GLR 受 FONIS SA13I20259（国家健康研究和发展基金：智利卫生部和国家科技委员会）项目“智利私立和公立卫生机构的剖宫产认知与实践”的资助，参与 COST Action IS1405 BIRTH。

（夏红飞 译；罗宏志 校）

参考文献

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 1985;326(8452):436-437. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3).
2. Zeitlin J, Mohangoo A. European Perinatal Health Report. <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>. 2008.
3. Universal Declaration of Bioethics and Human Rights. In: Records of the General Conference of UNESCO; Oct 3-21. Paris: UNESCO, 2005 <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001428/142825E.pdf>.
4. Birthrights. Protecting human rights in childbirth [Internet]. Available at: <http://www.birthrights.org.uk/>.
5. United States Supreme Court. *Union Pacific Railway Co. versus Botsford*, 141, U.S. 250. <http://supreme.justia.com/cases/federal/us/141/250/case.html>. 1891.
6. Department of Health: Great Britain. *Changing childbirth: Report of the expert Maternity Group*. London: H. M. Stationery Office, 1993.
7. Dixon-Woods M, Williams SJ, Jackson CJ, et al. Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis. *Social Science & Medicine*, 2006;62(11): 2742-2753. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.006>.

8. Morris T. *Cut it out: The C-section epidemic in America*. New York: New York University Press, 2013.
9. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>.
10. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>.
11. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. European Perinatal Health Report. Health and Care for Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf. 2013.
12. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, et al. Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth*, 2006; 33(4):270–277. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00118.x>.
13. Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberan J, et al. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un Hospital de Acapulco, México. *Pam American Journal of Public Health*, 2008; 23(1):44–51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000100006>.
14. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.
15. OECD. Health at a glance 2015. OECD indicators. OECD, 2015. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
16. UNICEF. Informe anual. New York: UNICEF, 2012. http://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF-AnnualReport2012_SP_9_July.pdf.
17. OECD. Health at a glance. Europe 2014, 2014. OECD http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm.
18. Sadler M, Leiva G. Cesáreas en Chile (I): ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal? CIPER. Centro de Investigación Periodística [Internet]. 2015 March 13 Available from: <http://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la-cesarea-al-parto-vaginal/>.
19. Sadler M, Leiva G. Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento. CIPER. Centro de Investigación Periodística [Internet]. 2015 Julio 27 Available from: <http://ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/>.
20. Anonymous Caesar's Legion. *The Economist* [Internet]. 15/08/2015 Available from: <http://www.economist.com/news/international/21660974-global-rise-caesarean-sections-being-driven-not-medical-necessity>.
21. Mazzone A, Althabe F, Liu N, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*, 2011; 118(4):391–399. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x>.
22. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. In: Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research Co., 2010 http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf.
23. Freedman LP, Ramsey K, Abuaya T, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 2014 Dec 1;92(12):915–917. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.137869>.
24. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014. Geneva, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1.
25. Bohren M, Vogel J, Hunter E, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 2015; 12(6):1–32. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
26. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Medicine*, 2015;12(6): e1001849. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>.
27. Purandare C, Adane R. The unfinished agenda of women's reproductive health. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2015;131(Sup. 1):S1–S2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.025>.
28. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery. *Lancet*, 1827 12/1;9(222):329–335. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)75285-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)75285-3).
29. Diniz SG, de Oliveira Salgado H, de Aguiar Andrezzo H, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 2015;25(3):377–384. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
30. Vera López G. Relacahupan-10 años de trabajos, desafíos y logros. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, 2010;4(4): 233–236. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/852/815>.
31. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. GORBV, 2007 Sept. 1738.668, <http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>.
32. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley de protección integral a las mujeres. BORA, 2010 Jul 20. http://www.cnm.gov.ar/Noticias/BoletinOficial20_07_

- 2010.pdf.
33. Grupo de Información en Reproducción Asistida. Mujeres y niñas sin justicia. Derechos Reproductivos en México. México A C. https://drive.google.com/file/d/0B8jIzTd6J_gVTHEwX1kwaDFvRGc/view. 2015.
 34. Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. Declaración conjunta. <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRZXFOQ18xWGd4d1U/view>. 2016 March 8.
 35. Bellón Sánchez S. Obstetric violence: Medicalization, authority and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues [master's thesis]. Utrecht: Utrecht University, 2014. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>.
 36. Donnison J. Midwives and medical men. A history of the struggle for the control of childbirth. London: Heinemann, 1988.
 37. Ruiz-Berdún D. La enseñanza de la obstetricia en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos: la cátedra de partos. *Medical History*, 2014;1:22–35. <http://www.fu1838.org/pdf/2014-1b.pdf>.
 38. Cohen Shabot S. Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 2015:1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.
 39. Gaines A, Hahn R. Among the Physicians: Encounter, Exchange and Transformation. In: Hahn, Gaines, editors. *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1984. p.3–22.
 40. Montesanti S, Thurston W. Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Womens Health*, 2015 Nov 11;15(1):100. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>.
 41. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 2014;76(2): 167–197. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_arttext.
 42. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993.
 43. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge, 1989.
 44. Olza Fernández I. ¿Humanizar el parto? Una reflexión sobre la violencia sanitaria. *Maternidad y ciclo vital de la mujer Zaragoza*. Prensas universitarias de Zaragoza, 2008:113–120.
 45. Beck CT, Gable RK. A Mixed Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2012; 41(6):747–760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x>.
 46. Rothman BK. *In labour: women and power in the birth place*. London: Junction Books, 1982.
 47. Ruiz-Berdún D. Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil. [dissertation]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, 2012.
 48. Oakley A. *Women confined. Towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson, 1980.
 49. Martin E. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press, 1992.
 50. Foucault M. *History of sexuality: The will to knowledge*. London: Penguin Books, 1978.
 51. Segal S. The masculinization project of hospital birth practices and Hollywood comedies. *eSharp*, 2007;9:1–18. www.gla.ac.uk/media/media_41220_en.pdf.
 52. Bourdieu P. *Masculine Domination*. Stanford: Stanford University Press, 2001.
 53. The Secretary of State and the health service in England. *National Health Service Act*. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>. 2006.
 54. Lalonde AB, Miller S. Mother-Baby Friendly Facilities Initiative. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2015;128:93–94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.002>.

印度社会中烧伤的性别模式：一个被忽视的健康问题

Padma Bhate-Deosthali,^a Lakshmi Lingam^b

^a Coordinator, CEHAT, Mumbai, India; PhD Scholar, Tata Institute of Social Sciences, Hyderabad, India
Correspondence: padma.deosthali@gmail.com

^b Professor, Tata Institute of Social Sciences, Hyderabad, India

摘要：印度每年估测有 7 百万例烧伤发生，其中 70 万例需要住院治疗，14 万例导致死亡。根据国家烧伤管理规划的数据，这些烧伤死亡人数中，9.1 万为妇女，这是一个高于孕产妇死亡的数值。育龄妇女死于烧伤的风险高出男性 3 倍。本文回顾了有关印度烧伤的文献资料，提出了有关烧伤患病率、原因，以及在那些导致大量妇女死于烧伤的性别化因素上的认知缺口等问题。各妇女团体和烧伤受害者的研究者们就有关烧伤死亡的意外、自杀和他杀分类以及卫生系统未能认识其背后的暴力等提出了疑问。尽管有着令人信服的证据，卫生系统还是未能将其视为一个需要优先处理的事项。鉴于烧伤处理的庞大费用，预防是为关键，而有效的预防则需要卫生系统认识到烧伤与家庭暴力的关联。卫生系统需要整合有关家庭暴力的知晓项目，并培训卫生专业人员识别暴力的症状和体征。这将有助于虐待事件的早期识别，让幸存者在早期获取支持服务。©2016 生殖健康要略 . Elsevier BV 出版 . 保留所有版权。

关键词：烧伤，火灾相关死亡，家庭暴力，卫生系统，法医角色

引言

烧伤是一个严重的公共卫生问题，可导致死亡、残疾和毁容。全球每年约发生 30 万例烧伤所致死亡，95% 发生在发展中国家，其中东南亚记录了其中近 57% 的烧伤死亡¹。根据各大医院的数据推断，印度每年发生 7 百万例烧伤事件，仅次于交通事故，位列第二大致伤原因²。根据 WHO 的数据，在 1998 年印度是全球唯一火灾位列前 15 位死亡原因的国家³。然而，印度政府尚未部署全国性的伤害监测系统，因而烧伤所致疾病和死亡的确切发生率不明。在 2010 年，印度政府宣布成立国家预防烧伤规划(NPPBI)，目标于预防和管理烧伤并建立一个中央性烧伤登记处，但其效果目前尚不明显²。

在印度，对于都市区域医疗记录的一项回顾性研究，以及对乡村人口的一项基于口头尸检的抽样调查，估测 2001 年火灾相关死亡数为 16.3 万。该数字占到了所有死亡

数的 2% 左右，而且发现比警察所报告的高出 6 倍。其中 10.6 万发生在妇女身上，她们大多数处于 15~34 岁年龄段。多个地方研究都一致性地表现出这种年龄 - 性别模式，年轻妇女相对于年轻男性的平均火灾死亡比率为 3:1⁴。基于 2004 年的死亡估测数据和 WHO 全球疾病负担研究的疾病负担数据，一项关于妇女健康优先事项的研究发现，东南亚年轻妇女中的烧伤较为常见，是 15~44 岁年龄段妇女的第三大死亡原因，紧随其后的是自残伤害⁵。

印度妇女的烧伤相关伤害和死亡可能来自于：使用煤油及穿着易燃服装的厨房事故、自我献祭或自杀、以及与家庭暴力相关的凶杀。证据提示，印度普遍存在的家庭暴力（身体暴力、性暴力或情感暴力）可能在这些烧伤事件中起到重要作用⁶。来自于各社区研究的暴力事件发生率估测数据波动在 18%~70% 之间。然而，由于各研究的设计

和数据采集的方法学上的差异，在暴力事件的量度上存在一些问题。国家家庭卫生调查（NFHS III）和国家犯罪统计局（NCRB）就针对妇女的暴力行为（VAW）的发生和性质提供了深层次的认识。根据 NFHS III 的数据，在妇女一生中，每三人就有一人遭受某种形式的暴力行为，且 25% 的妇女在调查之前的 12 个月中遭遇过身体暴力和/或性暴力。在报告过去 12 个月内遭受暴力行为的已婚妇女中，42% 报告了某种类型的伤害，40% 报告了切割伤、瘀伤或疼痛，10% 报告了眼伤、扭伤、脱臼或烧伤，7.5% 报告了深部伤口、骨折、牙齿或其他部位严重损伤，2% 报告了严重烧伤⁷。NCRB 记录则显示 122 877 例来自于丈夫或亲属的暴力事件，8 455 例因嫁妆不足惨遭杀害，以及 2 233 例因嫁妆而受屈自杀⁸。NCRB 的数据是基于警察的案件登记，因而数字被严重低估，可能难以提供准确的烧伤案件数据。

需要注意到，在印度的卫生政策和规划中，VAW 并未被充分视为一种公共卫生问题。卫生服务人员通常不会将当前和既往暴力事件加以记录，其所起的作用只限于治疗机体症状和体征⁹。如果在卫生服务单位这一层面依然保持这种不报告的状态，这将继续成为估测家庭暴力的健康后果的障碍。

本文基于近几十年来由医学专业人员、卫生研究人员和妇女团体发表的文献资料，聚焦于印度妇女的烧伤这样一种鲜为人知的 VAW 形式。文章内容涵盖烧伤相关死亡的宏观形势、烧伤研究上的缺口，并突出了通过卫生系统强化干预来应对这一问题的必要性。

有关烧伤的医学文献

全球烧伤文献大多来自于发达国家，并且重点放在烧伤的治疗上，为这些国家减轻烧伤损害的负担发挥了作用。中低收入国家虽然也有一些烧伤研究，但就界定其发生程度、性质、流行病学、原因、治疗和预防而言远远不够。可靠的国家级别的数据也是必须的，目前这方面相当有限。

印度烧伤文献大多数是由医生（法医学家、烧伤专家）发表于同行评阅期刊，如 BURNS(烧伤)、Journal of the International Society of Burn Injuries(国际烧伤学会杂志)、Journal of Burns Care and Rehabilitation(烧伤治疗与康复杂志)、Lancet(柳叶刀)、Medicine, and Science and the Law(医学、科学与法律)等。1993 年烧伤学会的成立标志着印度对于烧伤这一严峻问题的首次正式认同，随后便形成了对于烧伤相关各个方面的连续性报道，如烧伤患者的流行病学和管理等，并特别涉及预防和减少死亡的方法学。这些文章通常是以尸检报告、烧伤登记或医院记录为资料来源的回顾性研究，报告烧伤患者性别、燃烧媒介、烧伤程度、原因（自杀/他杀/意外事故）以及烧伤结局等相关资料。

印度文献表明，年龄和性别是烧伤的重要决定因素。烧伤往往更多地发生于特定的年龄组。在资源匮乏条件下居住环境不安全时，常见因儿童缺乏有关危险物的意识和父母监护不周所致的意外烧伤^{10,11}；在男性中，烧伤与暴露于危险状况相关联，大多发生在户外；而对于女性而言，烧伤发生于户内。

烧伤所致死亡在 18~35 岁的妇女中高出 4 倍。来自于全国（如德里、孟买、坎普尔、哈里亚纳、马尼帕尔、西北，以及新近的查谟）的报告表明，这些死亡出自于意外，如煤油炉爆裂或煤油溢漏致衣物着火¹²⁻²⁴。这可从印度妇女所着衣物如纱丽^{*}和杜帕达[†]的性质得到更进一步的解释。证据显示，烧伤是 15~44 岁妇女中的主要死亡原因之一²⁵⁻²⁶。

烧伤原因

印度的社区研究显示，嫁妆相关的暴力是焚烧新娘事件（或称嫁妆死亡[‡]）的一个重要原因²⁷⁻³¹。这些暴力可能被伪装成意外事故或

^{*} 纱丽是南亚妇女特有的一种服装，为一片很长的织物包裹身体。

[†] 杜帕达是南亚妇女所用的一种长条围巾，用以包住头颈肩。

[‡] 嫁妆死亡是指年轻妇女因嫁妆不足而被婆家成员杀害，通常方式是给她身上浇上燃油点火焚烧。

自杀。有少量文章指出了提示他杀或自杀的可疑细节^{25,32-35}。

印度妇女实施自杀的一种方法是自焚，其他常见方法有服毒，例如农药或杀虫剂，或者煤油⁷。一项研究报道了一家医院的女性烧伤患者中有70%是自杀性质，74%的病例是已婚妇女³⁶。作者解释说，妇女自杀的原因有家庭纠纷、嫁妆烦扰、酗酒、压力以及年轻新娘在婆家不适应等，但未提及家庭暴力。一篇文章甚至称实施自焚的妇女为胆小鬼^{12,34}。NCRB 2014 报告显示，自杀者中32%是妇女，通常是以嫁妆相关问题和婚姻问题为缘由⁸。

调查“意外烧伤”的文献

与上面提及的文献不同，少数研究深入探究了烧伤事件，包括与患者和/或家属进行访谈以收集烧伤发生原因的完整信息。在一项研究中，烧伤死亡病例中有29%报告死因为煤油炉爆裂，但事实上厨房里根本就没有炉子³⁷。其他一些研究着重关注了妇女烧伤案例的调查和处理，发现在很多案例中受害者的尸首都找不到，因为夫家（或被告人）未通告警方或死者亲属就将尸体火化了³⁸⁻³⁹。

印度警察总局（Bureau of Police）于1986年对一些案例研究做了详细分析后给出结论：因为在妇女几乎得不到娘家支持的这样的一种社会环境下，年轻妇女没有可能完全脱离婆家而勉强维持独立生活，大量的年轻新娘不得不忍受婆家人的羞辱并最终非自然死亡⁴⁰。该警察报告承认，对于相关于嫁妆的犯罪和非自然死亡的调查是困难的，需要有特别的专业技能和奉献精神，同时也明确认可法医专家在调查煤油燃烧案件中的作用。

烧伤是暴力事件的证据和证词

VAW，尤其是妇女在其婚姻家庭中的死亡，常被归于“焚妻”或“嫁妆死亡”，在印度于上世纪80年代就被妇女运动辨识，并作为一个问题提出⁴¹。这一运动导致将嫁妆死亡视为一项新的犯罪行为引入刑法中，如果

结婚7年以下的妇女非自然死亡，就必须进行医学检查。临终遗言也可以作为妇女的证词记录在案⁴²。

由 Vimochana（一个工作于印度城市班加罗尔一家大型三级医院的妇女团体）提供了基于医院的支持证据，揭露出烧伤死亡有可能是凶杀案，是由男性伴侣及其家人对妇女的谋杀，也可能是妇女不断遭受虐待后的自杀。妇女常常屈服于家庭压力和顾虑孩子，因而不能公开述说所遭受的虐待。由此，绝大多数烧伤案件被报告为“意外”。Vimochana 于1997~1999年间在班加罗尔市调查了婚姻期妇女的非自然死亡案件，发现70%的年轻新娘的这类死亡以“意外死亡”结案⁴³。警察的报告中记录了1200例这类非自然死亡。Vimochana 在警察调查、验尸报告和临终遗言中发现了许多漏洞。他们迫使警察重审了怀疑为家庭暴力和/或嫁妆骚扰所致非自然死亡的100个案件。Vimochana 还发动了一场“有尊严的死亡”权利运动，诉求改善班加罗尔市医院烧伤病房的凄惨条件⁴⁴。

CEHAT 是一个以人权视角致力于健康的研究组织，它于2014年在孟买市一家大型三级医院开展了一项研究，发现在133个关于烧伤原因的案例记录中，有62%的案例存在医疗记录和律师记录的差异。医疗记录中陈述烧伤的原因为“意外”或“无资料”，而律师则提到自杀、他杀和家庭暴力。出现这种差别的原因可能在于卫生服务人员糟糕的文档记录、未问询家庭暴力史、以及患者畏惧警察调查等⁴⁵。孟买一家立足于社区的非政府组织 SNEHA 的一项研究为上述调查结果提供了佐证，他们发现医院对于烧伤妇女死亡性质的分类基于多重因素，包括与医院相关的因素、妇女自身因素、妇女娘家因素、配偶及夫家因素，以及警察因素。常常观察到对于受害者的各类偏倚和不公⁴⁶。

卫生系统的作用

现有的刑事司法系统保障了对于烧伤所致死亡的法医学处理。现行法律要求对于结婚不

满7年的妇女的非自然死亡进行强制性调查。医生在以下多方面起着重要作用：记录临终遗言，判定伤害发生于生前还是死后，判定是自杀、他杀、还是意外，以及判定伤害是否是妇女自己造成等。

在那些基于医院记录的文献中所观察到的，大多数案例被记录为妇女及其家人所报告的“意外烧伤”。其中存在多重疑点，都彰显了进一步调查的必要性，如：“煤油炉爆裂”，实则绝大多数家庭采用的是液化石油气（LPG）来烹饪；所报告的煤油炉爆炸发生在夜间不寻常的时间；烧伤的性质，例如煤油泼洒到妇女身上；以及其他类似案例的矛盾，如患者陈述与烧伤模式不符等。这些均指向需要进一步调查。然而，卫生专业人员常常未能记录这类细节，也未能问询有关家庭暴力事宜，只限于起到治疗身体症状和体征的作用^{47,48}。

暴力被视为一种私人行为，不在医疗人员的关注范畴，医护人员认定自己只负责治疗疾病和处理身体不适的表征。生物医学模式在绝大多数保健设施中占统治地位，而这种模式不便于妇女披露家庭暴力，也不便于让服务提供人员做出恰当的反应⁴⁸。暴力通常被视为社会问题或刑事司法问题，而非临床问题或公共卫生问题。卫生服务人员也认同男人凌驾于女人之上和容忍暴力的主流社会文化规范，确切地说这种态度助长了针对妇女暴力行为⁴⁷⁻⁴⁹。文献证明，印度医疗和护理教育中存在着性别偏倚，而这些长期存在于医学教科书中以及医疗实践中的不利于妇女举报强奸的偏倚受到了法庭的挑战⁵⁰。这种教育中的性别鸿沟导致了未能将性别认同为健康的一种社会决定因素，并由此不能认识到妇女所面临的不公平^{49,51}。

讨论

从上世纪80年代至今，印度所发生的烧伤相关伤害和死亡表现出一种性别化模式，受伤害者以18~35岁的年轻妇女最著。燃烧媒介是煤油，烧伤大多发生在厨房。妇女的烧伤结局是悲惨的。相关医学文献表明这种

事件一再发生，但对于为何有如此之多的10~12岁时就入厨的年轻妇女却在婚后死于厨房中的意外烧伤，失之于探究。为何她们在娘家做饭做得好好的，但一到婆家就遭遇了意外烧伤？为何所有妇女和女孩在做饭时全都穿着纱丽或杜帕达，以至于年轻的新婚妇女最后都是在厨房里衣服意外着火？这些问题都未被提及。多数医学文献根据医院记录报告了烧伤患者的一般情况、烧伤的严重程度、结局以及烧伤的发生原因，而医院记录的烧伤原因则又是依据受害者和/或家人在住院或死亡时的报告。这些并不能提供对于事件的完整了解。对于妇女烧伤死亡的原因没有任何调查，也没有对于煤油炉质量或厨房安全性做任何研究。虽然一再声称烧伤是一种公共卫生常见问题，甚至是一种危机，但无任何举措调查其发生原因或制定相关预防策略。考虑到烧伤是最有可能得到防止的，这显然是一种严重的遗漏。此外，缺失一种管理烧伤的公共卫生方案（包括对妇女烧伤发生情况的详细分析和医院中的信息收集模式），因而没有探究烧伤原因和烧伤发生前各种环境因素，结果是拙劣的管理和惨痛的结局。

最让人不解的是，在印度有关妇女烧伤的医学文献与妇女团体和NGOs的工作之间完全脱节，而且这一问题还未得到应有的重视。这从如下事实就可以明显看出：与交通事故不同，如此多的妇女每天死于所谓的“厨房意外”，却没有由此促成任何让厨房变得安全的运动；也没有任何举措让医疗保健单位能够辨识烧伤为一种家庭暴力征象。正如一位研究者所指出²⁵，任何一家工厂一旦发生1/10的妇女烧伤死亡事件，都会引起很大的关注并寻求补救措施。由于受害者是妇女，而且大多来自于较低的社会经济阶层，所以这么大数字的死亡还是无人理睬。而那些幸存者也只是带着残疾或毁坏的容颜孤独地承受着社会后果和心理后果。

在医学文献中几乎未提及后续治疗和康复问题。对于烧伤幸存者而言，治疗是长期而艰难的。烧伤幸存者需要接受重建手术、

职业治疗 (occupational therapy) 以及包括心理支持的长期治疗和康复计划。其他国家的烧伤幸存者团体都致力于改善融入家庭和社会,但在印度的医学文献中对此的重视有限,只有孟买的一家三级医院在努力组织儿童烧伤幸存者训练营。鉴于烧伤的疾病负担呈现性别化差异,幸存于烧伤的妇女承受着更加严重的健康、社会和经济后果,尤其是那些留下伤疤和容貌毁损的妇女。

卫生专业人员在面对烧伤病例时不去探究妇女所述内容之外的情况,即使她们的病史与其身体所受伤害不符。甚至在自杀性烧伤的情况下,也只是将“袭扰”归类于妇女所说的“不适应”或“争吵”,而非暴力,显示出医疗界不愿意超越医疗救治的范畴,并且不愿将 VAW 视为一种医疗保健问题。生物医学模式将医生训练为专注于身体症状,而且绝大多数医生认定他们的角色只是去治疗患者的疾病诉求。此外,他们不认同性别不平等是健康的一个社会决定因素,因而认识不到妇女所面临的艰难处境和各种障碍因素。再者,对于患者的病史、环境因素、烧伤的模式和部位等缺乏性别敏感性记录方案,也阻碍了医生去记录那些相关的关键信息。

尽管妇女运动已经重视和宣教 VAW 问题 30 多年,但印度医学院校所采用的临床法医学教科书中仍未提供用于检查烧伤或识别烧伤与家庭暴力关联的系统性指南。对于医务人员在为预防策略提供信息,协助妇女获得司法公正,而调查烧伤原因中所应承担的角色和责任,也没有任何指导意见。

结论和政策意义 / 建议

妇女烧伤未被视为一个重大问题有着其性别

不平等的根源。卫生专业人员和卫生系统必须认识到发生在印度的烧伤所表现的性别化模式。卫生系统需要发挥关键性作用,对卫生专业人员进行暴力相关问题方面的培训,包括烧伤相关伤害的特殊培训,让他们具备充分的能力来应对幸存者的特殊需求、记录伤害和事故、并协助幸存者寻求司法公正。必须颁布应对烧伤的记录、救治和支持的明确方案。

当务之急是从医疗单位、警察记录和死亡原因登记中记录和收集有关烧伤的准确数据。当前尚无任何系统机制来采集这类数据。已经拟定建立的 NPPBI 下属“国家伤害登记”应当尽早贯彻实施。

NPPBI 的构成中有一个知晓建设的内容,其提供一个机会,即通过对现有数据的性别化分析,提高对相关问题的认识。就意外事故而言,重要的是去评估如何改善厨房的安全性,以及如何让家庭和社区对家庭安全负起责任。重要的步骤是宣传厨房安全措施,并给予厨房事故的调查优先度等同于交通事故。对于采用焚烧的自杀或他杀案,有必要重新检讨围绕家庭暴力和嫁妆的性别规范来防止这类事件的发生。

同样,必须对 18~35 岁年龄段妇女中奇高的意外烧伤进行调查。在孕产妇死亡的调查中,口头尸检曾经成功地用来辨识出社区及卫生系统层面上的障碍因素,它也可以被用作烧伤死亡的调查方法。其他问题,诸如家庭成员在事故发生时能起的作用,即灭火、浇水、提供急救和紧急寻求医疗救治,仍然未得到探究,结果是大量的妇女继续死于烧伤,并永久地沉默。

(罗宏志 译; 贾孟春 校)

参考文献

1. World Health Organization (WHO). A WHO Plan for Burn Prevention and Care. Geneva: WHO, 2008. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf.
2. Gupta JL, Makhija LK, Bajaj SP. National programme for prevention of burn injuries. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2010;43:S6–10.
3. WHO. In: Krug, Dahlberg, Mercy, et al. *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.
4. Sanghavi P, Bhalla K, Das V. Fire-related deaths in India in 2001: a retrospective analysis of data. *Lancet*, 2009; 373(9671):1282–1288.
5. Ribeiro PS, Jacobsen KH, Mathers CD, et al. Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2008; 102:82–90.
6. Garcia-Moreno C. Gender inequality and fire-related deaths in India. *Lancet*, 2009;73(9671):1230–1231.
7. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*. Mumbai: IIPS, 2007.
8. National Crime Records Bureau, Ministry of Home Affairs, Government of India. *Crimes in India and Accidental Deaths & Suicides in India*. 2014. (Accessible at <http://ncrb.gov.in>).
9. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 2014;385(9977):1567–1579.
10. Balan B, Lingam L. Unintentional injuries among children in resource poor settings: where do the fingers point? *Archives of Disease in Childhood*, 2012;97:35–38. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2011-300589>.
11. Ramakrishnan MK, Sankar J, Venkatraman J. Profile of pediatric burns, Indian experience in a tertiary care burn unit. *Burns*, 2005;31(3):351–353.
12. Parry A, Ashraf M, Sharma R, Saraf R. Burns in Jammu: retrospective analysis from a regional centre. *Current Medical Research and Practice*, 2015;5.
13. Shinde AB, Keoliya AN. Sociodemographic characteristics of burn deaths in rural India. *International Journal of Healthcare and Biomedical Research*, 2013;1(3):227–233.
14. Akther JM, Nerker NE, Reddy PS, et al. Epidemiology of burned patients admitted in Burn unit of a rural tertiary teaching hospital. *Pravara Medical Review*, 2010;2(4).
15. Tapse SP, Shetty VB, Jinturkar AD. A study of burn deaths in North Karnataka. *Indian Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2010;3(4):149–155.
16. Jaiswal AK, Aggarwal H, Solanki P, et al. Epidemiology and sociocultural study of burn patients in MY hospital, Indore, India. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2007;40(2):158–163.
17. Ambade VN, Godbole HV. Study of burn deaths in Nagpur, central India. *Burns*, 2006;32(7):902–908.
18. Subrahmanyam M, Joshi AV. Analysis of burn injuries treated during a one-year period at a district hospital in India. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 2003;16(2).
19. Ahuja RB, Bhattacharya S. An analysis of 11,196 burn admissions and evaluation of conservative management techniques. *Burns*, 2002;28(6):555–561.
20. Singh D, Singh A, Sharma AK, et al. Burn mortality in Chandigarh zone: 25 years autopsy experience from a tertiary care hospital of India. *Burns*, 1998;24(2):150–156.
21. Subrahmanyam M. (1996). Epidemiology of burns in a district hospital in western India. *Burns*, 1996;22(6):439–442.
22. Jayaraman V, Ramakrishnan KM, Davies MR. Burns in Madras, India: An analysis of 1368 patients in 1 year. *Burns*, 1993;19(4):339–344.
23. Gupta M, Gupta OK, Yaduvanshi RK, et al. Burn epidemiology: the pink city scene. *Burns*, 1993;19(1):47–51.
24. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 1985(Aug 24):1424.
25. Batra AK. Burn mortality: recent trends and socio-cultural determinants in rural India. *Burns*, 2003; 29(3):270–275.
26. Mohanty MK, Panigrahi MK, Mohanty S, et al. Victimologic study of female homicide. *Legal Issues in Medicine*, 2004;6:151–156.
27. Gajalakshmi V, Peto R. Suicide rates in rural Tamil Nadu, South India: verbal autopsy of 39000 deaths in 1997–98. *International Journal of Epidemiology*, 2007;36:203–207.
28. Lester D, Agarwal K, Natarajan M. Suicide in India. *Archives of Suicide Research*, 1999;5:91–96.
29. Sharma BR, Dasari H, Sharma V, et al. Kitchen accidents vis-a-vis dowry deaths. *Burns*, 2002;28(3):250–253.
30. Wagle SA, Wagle AC, Apte JS. Patients with suicidal burns and accidental burns: a comparative study of socio-demographic profile in India. *Burns*, 1999;25(2): 158–161.
31. Ganesh K. Deaths of women due to burns: an analysis of hospital data. In: Jesani, Deosthali, Madhiwalla, editors. *Preventing violence, caring for survivors: role of health profession and services*. Delhi: Kalpaz Publications, 2004.
32. Kumar V, Tripathi CB. Burnt wives: a study of homicides. *Medicine, Science, and the Law*, 2004;44(1):55–60.
33. Kumar V. Burnt wives: a study of suicides. *Burns*, 2003; 29(1):31–35.
34. Shaha KK, Mohanthy S. Alleged dowry death: a study of homicidal burns. *Medicine, Science, and the Law*, 2006; 46(2):105–110.
35. Rao AV, Mahendran N, Gopalakrishnan C, et al. One hundred female burns cases; a study in suicidology. *Indian Journal of Psychiatry*, 1989;31(1):43–50.
36. Rao NKG. Study of fatal female burns in Manipal. *Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 1997;5(2):57–59.
37. Jutla RK, Heimbach D. Love burns: an essay about bride

-
- burning in India. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 2004;25(2):165–170.
38. Agnihotri A. The epidemiological study of dowry death cases with special reference to burnt cases in the Allahabad zone. *Internet Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 2002;1:1–16.
39. Gautam DN, Trivedi BV. *Unnatural Deaths of Married Women with Special Reference to Dowry Deaths: A Sample Study of New Delhi*. Bureau of Police Research and Development. New Delhi: Ministry of Home Affairs, Government of India, 1986.
40. Kumar R. *The History of Doing: An Illustrated Account of Movements for Women's Rights and Feminism in India 1800-1990*. Kali for Women: New Delhi, 1993.
41. Modi JP. *A Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology* (24th edition). LexisNexis: Haryana, 2012.
42. *Unnatural Deaths of Women in Marriage: A Campaign Diary*. Produced by A Movement to Defend Women's Right to Live. Bangalore: Vimochana, 1999.
43. Fernandes D. Investigating kitchen accidents. In: *Daughters of Fire: Speaking Pain; Seeking Justice, Sustaining resistance*. Vimochana: Streelekha Publications, 2011.
44. Bhate-Deosthali P, Contractor S. Burns injuries amongst women: investigating medical vs counsellors' records. Submitted to *Indian Journal of Burns* 2016.
45. Belur J, Tilley N, Daruwalla N, et al. The social construction of 'dowry deaths'. *Social Science & Medicine*, 2014;119:1–9.
46. Bhate-Deosthali P, Ravindran S, Vindhya U. Addressing Domestic Violence within Health Settings: The Dilaasa Model. *Economic and Political Weekly*, 2012;47:66–75.
47. Deosthali P, Malik S. Establishing Dilaasa: A Public Hospital Based Crisis Centre. In: Nadkarni, Sinha, D'Mello, editors. *NGOs, Health and the Urban Poor*. Mumbai: Rawat Publications, 2009. p.140–160.
48. Garcia-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*, 2014;385(9977):1685–1695.
49. Bhate-Deosthali P. Moving from evidence to care: ethical responsibility of health professionals in responding to sexual assault. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2013;10:2–5.
50. John P, Bavadekar A, Hasnain A, et al. Gender in Medical Education: Perceptions of Medical Educators. *CEHAT: Mumbai*, 2015978-81-89042-69-1.
51. Puri V. Survivors of pediatric burns: reclaiming the joys of childhood. *Indian Journal of Burns*, 2013;21:1–2.
-

药物流产的自我管理：一个定性证据荟萃分析

Megan Wainwright,^a Christopher J Colvin,^b Alison Swartz,^c Natalie Leon^d

a Postdoctoral Research Fellow, Division of Social and Behavioural Sciences, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa. *Correspondence:* megan@meganwainwright.ca

b Associate Professor, Division of Social and Behavioural Sciences, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa

c Lecturer, Division of Social and Behavioural Sciences, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa

d Specialist Scientist, Medical Research Council, South Africa

摘要：药物流产是终止妊娠的一种方法，它的性质使妇女能够更积极地参与管理过程，有时甚至可以自己用药进行流产。此定性证据荟萃分析回顾了全球对此经验的证据、偏好，以及对较少依赖医疗专业人员参与而更多自我管理的药物流产的关注。我们从多重视角聚焦在有关女性在早孕期（< 12 孕周）自我管理药物流产的经验定性研究。我们纳入了来自流产合法和受法律限制环境下的研究，无论药物流产是通过正式还是非正式的系统获取的。四人审查小组确定了 36 项符合纳入标准的研究，从这些研究中萃取了数据，并荟萃分析了评审结果。按以下主题编排了评估结果：对自我管理的一般看法，自我管理的准备，后勤方面的考虑，选择和控制的问题，以及意义和经验。此荟萃分析强调定性证据基础依然薄弱，但现有的证据指出，从整体上来看，自我管理的药物流产是可以接受的。我们强调了在提供自我管理的选项时应该特别考虑的一些事项，并且提出了未来研究的重点领域。需要进一步的定性研究加强这一重要的证据基础。©2016 生殖健康要略 . Elsevier BV 出版 . 保留所有版权。

关键词：药物流产，自我管理，自我用药，定性证据荟萃分析，定性研究的系统评估

引言和背景

药物流产是一种终止妊娠的方法，它可以允许妇女更积极地参与管理过程，有时甚至可以自己用药进行流产。我们将“自我管理”定义为在药物流产进程某个方面或多个方面发生在临床环境之外时，妇女可以总体上自我管理这一过程。我们也使用“自我用药”的术语来表示自我管理的一个具体方面，例如在临床之外没有临床监控的环境中自我服药（米非司酮、米索前列醇——也称作 Cytotec——或两种药联用）。使妇女更能自我管理她们的流产，可通过减少对卫生系统的依赖、克服访问卫生机构的地理和经济上的障碍，从而改善安全流产的可及性。然而，在哪种形式的自我管理方式更安全、有

效、可行和可接受方面，依然存在忧虑。关于可行性和可接受性，此定性证据荟萃分析（也称作定性研究的系统评估）回顾了在全球进行的对医疗专业人员较少参与、更为自我管理的药物流产的研究证据、偏好、和忧虑。本文的目的是荟萃分析全球自我管理的证据。

现存的药物流产方案——以及在方案中自我管理的选择——千差万别。在我们回顾的定性文献中，所叙述的大多数环境中流产是合法提供的，药物流产护理的计划安排深深根植于医疗化的三次门诊就诊模式：第一次就诊启动流产程序，接受咨询和服用米非司酮；第二次就诊一般是在 2 天后，服用或发放米索前列醇；1~2 周后随访确定是否完

全流产。目前，世界卫生组织药物流产指南的指导性意见是，妇女在门诊服用米非司酮，或从卫生保健提供者处获得米索前列醇在家中自己服用，前提是对妇女进行了适当的咨询，并且随访和急救护理方便可及。然而，这种三次门诊就诊模式是以高度医疗化机构为主导的模式¹。

我们借鉴了“医疗化”框架^{2,3}来叙述从最大医疗化到最小医疗化环境中管理药物流产的各种方式。朝着较少依赖医学化护理的转变可能包括：在门诊使用米索前列醇，但妇女可以选择回家自我处理妊娠产物排出的过程^{4,5}；妇女也可选择在门诊服用米非司酮后，自己在家使用米索前列醇^{6,7}；妇女还可以选择米非司酮和米索前列醇两种药物都在家使用；并且用远程监控/自我评估是否完全流产来替代随访，例如通过手机⁸，或独立使用自我评估卡片和妊娠试验^{9,10}。

在此评估中，我们只关注孕早期（头3个月）的药物流产。虽然，孕早期和孕中期（妊娠第二个3个月）药物流产之间的界限有时是随意的，但是在政治上、在经验上和医学上是有重要区别的。由于孕中期药物流产意味着在用药的途径、时间和用量方面的变化¹¹，风险随着胎儿孕龄而增加，妇女可能需要更多专业指导的支持¹²。

此荟萃分析是为2015年世界卫生组织颁布的题为“在提供安全流产护理中卫生工作者的作用”的指南¹²所进行的几个前期工作之一。该指南承认，“…有可能使妇女在卫生保健机构之外自我管理一些过程中发挥作用”¹²，并且让她们在自己的药物流产中扮演重要角色。

方法

检索策略

我们从MEDLINE, CINAHL Plus, WHO Global Health Library, Global Health 和 Popline 等电子数据库搜索了符合标准的研究，同时还搜索了文献目录和非正式出版物。对于WHO指南¹²的原始搜索是直到2014年6月23日。对于发表的文章，我们更新我们

的搜索到2015年10月27日。图1的流程图代表了搜索和纳入流程（合并了原有的和更新的搜索）。我们纳入的研究包括英语、西班牙语、葡萄牙语和法语语种文章。

研究选择

我们主要纳入标准是该研究以某种方式或从某种视角（当前或未来）报告妇女自我管理她们的药物流产的经历。我们纳入了从妇女、她们的伴侣、家庭成员、卫生专业人员、规划管理人员或政策制定者的视角报道的研究。正如在定性的证据荟萃分析中常见的，当我们通过阅读所有的文章摘要，并对标准达成了共识之后，我们对入选和排除标准进行了修订¹³。在选择过程的一开始，4个作者独立评估头200篇摘要。然后，他们讨论被选入的研究，明确纳入标准。然后MW审阅所有摘要，AS和NL各审阅一半的摘要，以确保由两名评审员筛选所有摘要。纳入、回收和评估所有标记为“可能相关”的论文的全文。通过讨论解决分歧。通过这个阶段修改并明确纳入标准，以回应新出现的证据。

一个关键的决定是纳入来自于流产受法律限制的地区的资料，将其视为“间接相关”。根据Lewin等的观点，“如果某个前述的审查范畴（如角度或环境）被另外一个所取代，那么支持一个审查结果的证据可能是间接相关的”¹⁴。在这种情况下，来自流产受到法律限制地方的证据补充了来自流产合法的地方的证据。虽然间接证据可能威胁到我们对于评估结果的自信心（见Lewin等的CERQual方法），但是我们认为，来自流产受到法律限制环境的在家自我管理流产的经验有可能是重要的见解。这一决定也拓展了纳入研究的地理分布。

来自流产合法地区的研究必须满足4个纳入标准：定性方法学；早孕期（<12孕周）的药物流产（米非司酮联合米索前列醇，或单方米索前列醇）；如在引言中概述的转向于较低医疗化程序；以及特指自我管理的数据。我们纳入了那些使用定性方法收集和分析数据的研究，以及使用混合方

法但满足了上述关于定性成分的标准的那些研究。

来自流产受到法律限制环境中的研究没有特别详细说明妊娠所处阶段，并且常常提取了来自非正式护理网络的经验，在这些非正式的网络体系中可能有，也可能没有卫生专业人员。所以，纳入这样的研究是基于定性设计/方法/分析，并且是基于它们所报告的数据具体涉及到在家自我管理流产和/或在没有卫生专业人员在场的情况下使用药物的经验。排除了那些不涉及自我管理内容而仅报道了一般流产经验的研究。

具有流产研究专长的同事（见致谢）审查了我们纳入研究的目录，并且帮助我们防止遗漏重要的研究。鉴别并纳入了一篇正在印刷中的文章。在符合纳入标准的研究中，有5篇是葡萄牙文，其余均为英文。

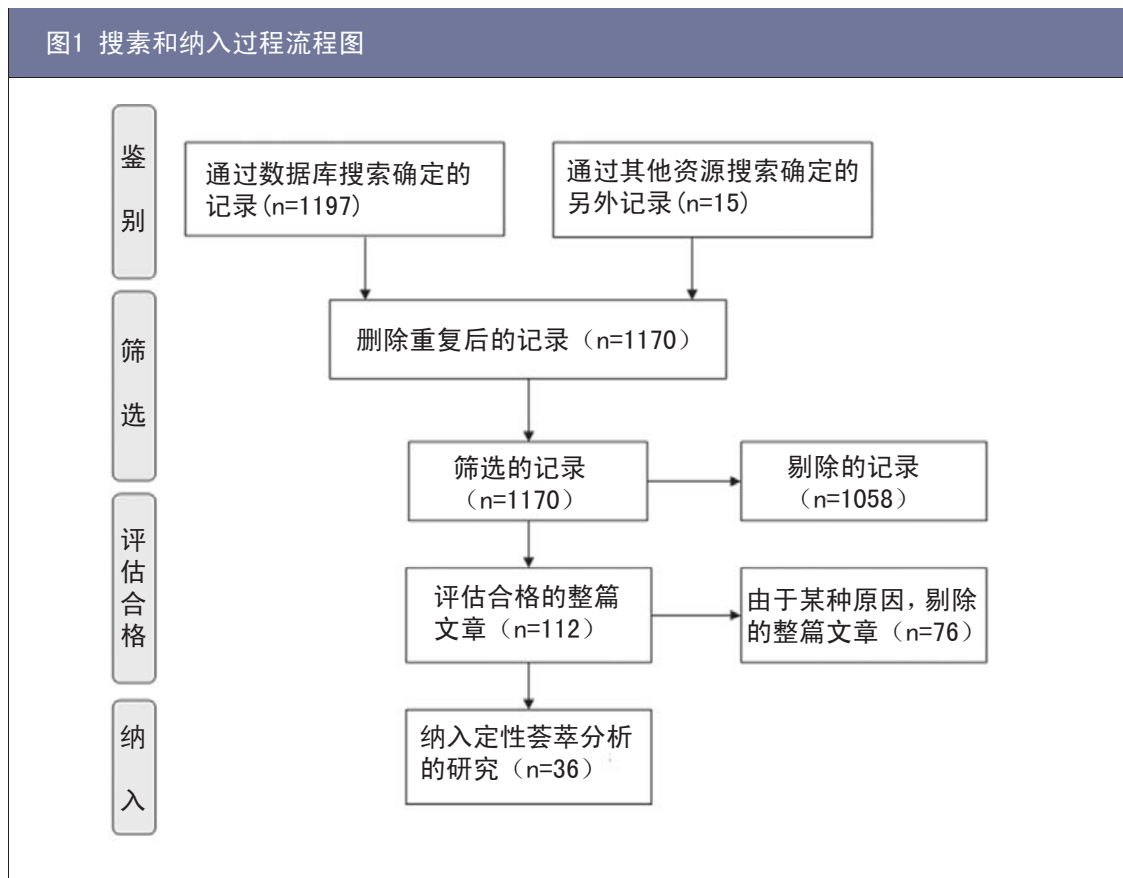
数据提取和管理

对于数据提取，我们围绕四个领域组织开发了一种初步框架：a) 技术知识/理解/交流；b) 在家用药的动机/可接受性（态度方面）；c) 流程/后勤/措施/可行性；d) 主观体验/感觉/人际交往环境（包括提供者对妇女经历的看法）。所有4位作者独立从5个研究中提取数据。在对数据提取框架和方法经过讨论达成共识之后，MW提取剩余的数据。

数据荟萃和 CERQual

我们使用主题分析来荟萃资料，这是“Cochrane 定性评价方法小组”推荐的几种方法之一¹⁵。提取数据后，MW 和 CC 确定了4个主要专题领域，各自从2个专题领域采集数据，并起草了初步评估结果。然后经过讨论和精炼，重点是澄清结果，由数据支

图1 搜索和纳入过程流程图



持它们，并且彼此区分开来。第二轮的荟萃形成了第5个重点专题领域“选择和控制的 问题”，并将评估结果进行了相关于该主题 的分组。MW 起草了详细说明这些重要结果 的叙述报告 并且所有作者修改了最后的综 合文本。

如果当地的环境因素（例如流产的合法 性）影响结果时，我们给予注释。若结果中 没有提及特殊的当地环境，这是因为我们相 信在不同环境中结果基本上是相同的。

我们采用了 GRADE-CERQual [Confidence of the Evidence from Reviews of Qualitative Research (来自定性研究评估的证据的可信 性)] 以获得对于每一项评估结果可信性的 整体评价，其可信性等级是高、中、低，还 是非常低（登录 http://www.publichealth.uct.ac.za/phfm_publications-sbs 可以发现我们结 果的总结，包括 CERQual 评估）。注意： CERQual 不是用于评价每个研究的质量或整 个荟萃分析质量的方法¹⁴，而是我们判断每 个单独评估结果的可信性的程序。

结果

一共有 36 个研究符合我们的纳入标准（表 1）。19 个研究是在流产合法化的环境中进 行的，14 个是处于流产受到法律限制环境， 3 个是跨国研究，其证据既来自于流产合法 化的环境，也来自流产受到法律限制的环境。 在合法环境中，我们发现，以前的研究描述 的医疗化较高的流产方案是要求妇女使用米 索前列醇后在诊所观察 4 小时^{16,17}。在最近 的研究中则转向较少依赖医疗化护理而采取 了以下几种形式：在第二次就诊时给妇女使 用米索前列醇，然后让她们回家流产^{18-20,4}； 在第二次就诊时给予妇女米索前列醇，但 允许她们自己在家使用^{18,21}；在第一次就诊 时给予妇女米索前列醇，让她们自己在家使 用^{19,22-27}；以及在第一次就诊时给予妇女米 非司酮和米索前列醇两种药，让她们在家使 用^{27,28}。来自流产合法环境中的一些单用米 索前列醇的研究报道了在家自我用药^{29,30}。 当涉及在家使用药物而没有直接医疗监护

时，我们在结果中用“自我用药”术语； 当结果不是特指服药，而是指人工流产过程 中其他或更一般的方面，我们使用“自我管 理”术语。

对药物流产中自我管理的一般看法

医疗工作人员一般赞同自我管理的观念，包 括如果是由专业医务人员启动药物流产后的 自我用药，他们认为，这样做是可行、有效 和安全的^{16-19,25,27-32}。即使在受法律限制的环 境中，在提供临床建议和咨询，并注释药物 的可能来源的情况下，一些人支持妇女自我 用药。然而，提供者一般不支持在药房柜台 上获得流产药物³³⁻³⁶。在受法律限制的环境 中，自我管理和自我用药合法地使提供者撇 清流产的责任^{37,38}。在流产合法的环境中， 同样也可以使提供者摆脱基于道德考虑的责 任¹⁷。

妇女一般也赞同自我管理的观念。她们 常常讲在开始接触流产过程时感到某种程度 的焦虑，但是在结束时就释然了，并且对选 择自我管理有很强的满意感^{19,20,22,23,29}。在一 些环境中，早孕期在家使用米索前列醇进行 药物流产适合现有的解释性框架和实践（例 如孟加拉国的“月经调节”），并且被理解 为当地疾病分类中关于经期错过的很多治 疗方法之一（例如，在巴西成为“月经延 迟”）^{32,35,36,39}。妇女在很少能获得有关流产 正式公开信息的环境中（无论是在流产合法， 还是受到法律限制的环境中），有时会混淆 米索前列醇用于药物流产、紧急避孕和口服 避孕药之间的区别^{36,38}。

从妇女的视角来看，对不需要接触到卫 生专业人员的自我管理的可接受性取决于： 护理标准和她们以前药物流产的经历、当地 人对于专业医疗体系的观念、流产的禁忌和 污名，以及围绕药物的效力、危险性和复杂 性的看法^{20,32,40,41}。

对哪些医务人员能为自我管理的妇女提 供药物流产的药品，提供者的看法是各式各 样的，并取决于：对药物效力的认知，以及 解释药物的全部作用所必需的解剖学和生理

表 1. 按照当地流产是否合法分组的纳入研究的情况

参考文献号	作者	年份	国家	参与者
在流产合法环境中进行的研究				
4	Lohr 等	2010	英国	162 位药物流产使用者
16	Ellertson 等	1999	美国	77 位临床职员
17	Simonds 等	1998	美国	27 位药物流产使用者 和 78 个卫生护理人员
18	Acharya 和 Kalyanwala	2012	印度	270 位服务提供者
19	Alam 等	2013	孟加拉	651 位药物流产使用者和 40 个服务提供者
20	Ganatra 等	2010	印度	63 位药物流产使用者
21	Elul 等	2000	美国	22 位药物流产使用者
22	Fielding 等	2002	美国	43 位药物流产使用者
23	Kero 等	2009	瑞典	100 位药物流产使用者
24	Kero 等	2010	瑞典	23 位药物流产使用者和 23 个伴侣
25	Grindlay 等	2013	美国	25 位药物流产使用者和 15 个临床职员
26	Makenzius 等	2012	瑞典	24 位药物流产使用者 13 个伴侣
27	Petit 等	2015	柬埔寨	30 位药物流产使用者, 6 位伴侣, 8 位提供者, 2 位药剂师, 2 位非正式销售员
28	Ganatra 等	2005	印度	12 位潜在药物流产使用者, 9 位提供者, 9 位药剂师, 5 位男人焦点访谈小组
29	Mitchell 等	2010	莫桑比克	70 位药物流产使用者 (8 位拒绝药物流产), 11 位护士
30	Nanda 等	2010	印度	120 位药物流产使用者, 39 位提供者, 28 位药剂师, 8 位零售商, 13 位关键利益相关者
39	Grossman 等	2010	美国	30 位潜在药物流产使用者(她们试图自己流产)
42	Subha Sri 和 Sundari Ravindran	2012	印度	大约 168 位潜在药物流产使用者
43	Harvey 等	2002	美国	73 位潜在药物流产使用者

表 1 接上表				
参考文献号	作者	年份	国家	参与者
在流产受到法律限制环境中进行的研究				
33	Cohen 等	2005	拉丁美洲某国	6 位药物流产使用者, 9 位潜在使用者, 9 位提供者, 9 位药剂师, 3 位倡导者访谈小组 (非政府组织私人部分)
34	Fiol 等	2012	乌拉圭	29 位潜在药物流产使用者, 21 位提供者, 24 位非正式销售员, 46 位政策制定者, 3 位管理人员
35	Nations 等	1997	巴西	66 位药物流产使用者, 25 位重要的提供信息的“大众”专家
37	Ariha	2012	巴西	2 位药物流产使用者和 2 位伴侣
38	Bury 等	2012	玻利维亚	115 位咨询流产后护理的妇女
40	Drovetta	2015	阿根廷, 智利, 厄瓜多尔, 秘鲁, 委内瑞拉	14 位药物流产使用者, 10 位卫生专业人员, 3 个组织
41	Gipson 等	2011	菲律宾	32 位潜在药物流产使用者, 43 位男人
44	Ramos 等	2015	阿根廷	45 位药物流产使用者
45, 46	Barbosa 和 Ariha	1993	巴西	14 位妇女 (不一定是药物流产使用者), 2 个妇产科医生访谈小组
47	Diniz 和 Madeiro	2012	巴西	7 位药物流产使用者, 2 位伴侣, 5 位非正式销售员, 1 位政策制定者
48	Silva do Nascimento Souza 等	2010	巴西	17 位药物流产使用者
49	Vallery 等	2015	巴布亚新几内亚;	28 位药物流产使用者 (和其他流产药使用者)
50	Grossman	2013	秘鲁	22 位潜在药物流产使用者
来自流产合法和受到法律限制环境中的多中心研究				
31	Espinoza 等	2004	洪都拉斯, 墨西哥, 尼加拉瓜, 波多黎各	70 位医生
32	Pheterson 和 Azize	2005	安圭拉, 安提瓜, 圣基茨和尼维斯, 圣马丁和圣马丁岛	27 位医生, 30 位卫生专业人员、顾问或政府官员
36	Sherris 等	2005	未特定国家 (2 个南美国家, 1 个非洲国家, 1 个东南亚国家)	18 位药物流产使用者, 91 位潜在药物流产使用者, 20 位医生, 38 位护士 / 助产士 / 医务人员 / 受过培训的社区卫生人员, 40 位药剂师

学专业知识；提供者在适当流产咨询方面的培训状况；提供者对于那些流产友好式急诊部门的了解，可在发生并发症的情况下及时转诊；以及患者与之相处的经历和随之而来的信任程度^{16, 33, 42}。

自我管理的准备工作

在自我管理的药物流产准备阶段，妇女报告焦虑、不确定和矛盾心理，有时候是出自于终止妊娠的决策，但更经常与药物流产过程的经历相关^{19, 20, 22, 23, 29, 39, 43, 44}。在药流的第一阶段通过专业卫生人员的有效咨询可以使妇女增强自信心，让她们形成一种做好准备、做出选择和一切尽在掌握中的意识，这对于建立妇女对自我管理的可接受性是非常重要的^{17, 22-24, 44}。妇女和服务提供者都认为通过咨询教育让妇女做好可能发生副作用和并发症的心理准备至关重要。重要的心理咨询内容包括：使妇女知晓每个妇女药物流产的实际经历是多种多样的；在家中处理流产物排出存在实际上的和身体的困难；大多数妇女在药物流产开始时感到的焦虑会随着流产结束而缓解^{20, 22, 23, 30, 33, 36}；然而，有人认为在医疗单位环境中提供充分的咨询是耗时的，而且有报道说为患者准备的书面材料利用不足^{19, 22, 29, 33, 34}。

在流产合法和受到限制的环境中，有的妇女通过非正式的网络获得米索前列醇来自我流产，这方面的一些证据也让我们得出一些见解。妇女从各种渠道征求建议：朋友、家人、老年妇女、网站、热线、药剂师、非正式销售员以及没有流产专业知识的普通开业医生。然而，她们获得的信息可能不一致和/或不适当，并可能导致：剂量、使用途径和间隔时间的差异；妇女不知道接下来会发生什么情况；不信任药物的质量；不知道该过程的持续时间；害怕造成死亡；以及不知道在哪些情况下寻求帮助。有可能一开始出血就因为害怕会大出血而过早寻求帮助，或者也可能在发生需要三级护理的并发症时却延迟求助而出现危险状况^{21, 27, 30, 31, 36, 37, 39, 41, 44-49}。最近的研究指出，女性在流产受法律限制的环境

中，可以从有信誉的热线电话和网站获取可靠和清晰的信息^{40, 44}。

后勤方面的考虑

妇女被吸引到自我管理（包括自我用药）的一些实际原因包括：经济、容易安排时间表、减少交通费、能够避开污名以及能够较早终止妊娠。总之，妇女发现可通过远程医疗、网站和热线获得帮助，这样可以大大降低药物流产的后勤方面的需求，而且是可行的、保护隐私和去污名化的。然而，少数妇女讲，同样是出于隐私性、容易获得和安全性等类似的原因，她们更喜欢直接接触训练有素的服务提供者和诊所环境^{18, 20, 25, 30, 37, 40, 42, 44, 50}。

自我管理或将要实施自我管理的妇女重视对过程的控制感，如控制症状出现的时间（相反，如果在从诊所回家的路上开始出现症状，会感到焦虑），能够规划时间而避免在工作 and 当值时出血，并且能够最大限度地提高舒适性和安排人陪同，或在少数情况下，选择有电话帮助的单独处理^{4, 21-23, 44}。当妇女接受了专业服务提供者有关自我使用米索前列醇的咨询，提供者相信妇女能够依从剂量和时间的要求，妇女则感到自信，并且报道流产在大多数情况并不复杂。一旦流产过程不是像预期的那样进行，女性可以给热线打电话或咨询服务提供者^{19, 21, 26, 28, 32-34, 37, 44, 50}。

为妇女开出米索前列醇用于在家自我用药，在某些方面会有着担心，如没让口服米索前列醇在口腔颊部停留足够长的时间、发生擦伤、无法忍受米索前列醇的味道想吐、没有遵医嘱而提前使用米索前列醇、阴道给药有麻烦等，并担心是否正确使用药物^{19, 29, 44}。幸而实际报告的问题并不常见。还有报道，作为在家用药的咨询的一部分，在给予和使用止痛药方面可能产生误解和矛盾，包括卫生人员没有提供止痛药，或妇女因为担心止痛药会停止流产过程而不敢服用，或认为米索前列醇药片已含有止痛药^{18, 44}。

选择和控制的问題

对于每一个妇女来说，众多的社会、经济和

文化因素，包括对隐私、成本、便利性、舒适性的担忧和医疗保健的观念，影响着自我使用米索前列醇作为流产方法的接受程度。妇女表示希望能够选择适合她们的背景情况的流产方法^{20,29,41,42,44}。可以选择在家里自我用药（相对于在门诊用药），可能是影响妇女药物流产可接受性的一个重要因素^{4,20,23,25,43}。

在妇女对于自身的性与生殖健康事宜的自主决策权方面，在围绕通过自我管理和自我用药增加药物流产的可获得性而可能产生潜在的意想不到的后果方面，妇女和服务提供者都有着一些顾虑。特别是，人们担心增加获得米索前列醇的机会，尤其是通过药剂师，需要或不需处方，能增加男人和母亲们参与或控制流产——无论是以限制还是强制的方式——并且加大对性别选择性人工流产的压力^{26,30,33,42,49}。同样，虽然提供者乐观地认为，具有选择自我管理的机会可以帮助年轻女性获得更多的流产服务，但是其年龄经常成为获得流产服务的障碍。同时，一些年龄较大妇女却担心，增加获得流产服务的机会可能鼓励年轻女性将流产作为一种常规避孕的形式^{22,42}。

药剂师通常被视为有关终止妊娠的信息来源，但在流产受法律限制的地方，药剂师担心法律后果。一些人会冒险咨询妇女（常常根据不适当的培训和知识）如何使用米索前列醇以及会出现什么情况，甚至在某些情况下出售米索前列醇^{28,33,36,47}。然而，妇女和流产服务提供者均不太相信药剂师能够适当地咨询和管理药物流产。不信任感源自将药剂师视为商人，认为他们不可能掌握正确的知识，并且在发生并发症的情况下，他们不能或没有兴趣提供随访。从某种意义上不信任也源于认为药房和药剂师受到的监管不足，增加了顾客在治疗选择/价格上被不公平对待的可能性，甚至可能提供假冒或质量差的药品或“效力差”的药物^{19,20,28,32,33,36,42,47}。

无论从女性本身，还是从医师和药师的角度来看，价格是选择自我管理的一个重要因素^{18,28,30,31}。为了节约成本，一些妇女直接

去找药剂师而不去找医生，有些人选择只使用米索前列醇（而不是用米非司酮和米索前列醇两种药物）^{28,30}。药剂师还讲到，在推荐终止妊娠的治疗时，要判断他们的客户的购买力²⁸。

意义和经验

有证据表明，自我流产管理产生了一个新范畴的流产意义和经验，提高了自我管理的可接受性。其中包括，它更像“自然过程”（更像是一次月经或自然流产）而不像是“杀害”，较少依赖临床/医学方法，使妇女更能“自我控制”，并允许悲痛和其他另类的道德诠释和情感体验^{17,22-24,35,39,43,44}。

自我管理与自我用药，通过在家药物流产，也增加了妇女的伴侣参与支持她们的机会。然而，男女双方均表示希望对伴侣进行更多有关药物流产过程本身的咨询（例如，预期什么时候可能出现疼痛、出血，预期的副作用以及过程持续时间），以及更多了解在支持伴侣上他们可以发挥什么作用^{24,26,27,40,44}。

在家里流产也意味着更多地直接接触到流出的妊娠产物，有证据表述了处理它们时的不同感受。许多人好奇地观看，有些人担心他们会看到些什么，而其他则是拿着妊娠产物近距离地检查它们。看到这些产物的感觉取决于个人以及文化背景^{17,20,23}。

讨论

与定性结果一致²，在流产合法环境中大多数女性在讲述药物流产的经验时声称对选择自我管理流产非常满意，而一些人则希望更医疗化的护理，原因包括对正确用药无把握、便利、能够处理并发症、在流产过程中可以获得支持，以及维护隐私。“隐私”这个概念是说明这些结果的文化特殊性的一个很好的例子。同样，“便利”取决于女人如何看待她的家与诊所的差异，这些差异影响是否感觉舒服。例如，瑞典的妇女及其伴侣报告，选择在家流产是因为它提供隐私、安静、安全和舒适性^{23,24}。然而，在印度农村妇女的

研究显示，即使能够在家里可以帮助保护隐私（防止邻居看到来往医院），大多数也都反对在家里使用米索前列醇。她们担心家里没有相应的配套设施，没有地方躺下，并给继续在家庭操持家务的其他人增加负担⁴²。如果可能的话，女人应该选择适合自己的环境和喜好的药物流产方案和不同程度的自我管理方式¹。

综合在流产合法和受法律限制的环境中自我管理的经验和看法证明，知情咨询对于确保药物流产的正确使用和提高女性的自信心起到关键作用。减少危害的方案已经表明，即使在受法律限制的环境，提供充足的咨询也是可能的^{34,50}。在受法律限制的环境中进行了一项有趣的干预，所采用的方案是由卫生专业人士负责告诉妇女面对非意愿妊娠时有哪些选择，这些选项之一是从黑市上获得米索前列醇³⁴。干预内容包括：为妇女咨询在黑市上获得米索前列醇的可能性，当购买药物时要看什么；如果她们确定了该选项，那么如何用药，以及如何安排随访预约。在流产受到限制的地方，咨询项目必须让妇女做好自我管理的准备工作，包括自我用药的方案（并经常自我评估）。他们的做法为在合法环境下工作的项目规划者提供了重要的经验，朝着减少对医疗化流产服务的依赖而努力。根据从流产合法和受到法律限制的环境获得的证据，我们的建议是，咨询和支持那些正考虑自我管理的妇女，应该包括如下的指导和信息：1) 药物流产不应该与紧急避孕或口服避孕药混淆的事实；2) 如何服药，包括剂量、时机以及实际上如何经阴道或口服给予药物；3) 预期服药后将会发生什么，包括药物流产各种不同程度的身体变化，以及可能出现的心理变化；4) 可能产生的副作用，以及如何处理它们；5) 如何计划管理在家里妊娠产物排出过程；6) 是否服用和何时服用止痛药，使用哪种止痛药，以及什么地方可以得到它们；以及7) 如何识别在哪些情况下需要寻求帮助。

至于管理妊娠产物的排出过程，一个指南建议，妇女应接受有关如何处理妊娠产物

的指导，一种选择是应该将妊娠组织带到保健中心进行处置⁵¹。处理妊娠产物是药物流产的自我管理的一项重要经历成分，这也是一个在定性文献中没有很好报道的问题。这可能是女性敏感地带，因此，研究设计应为研究者留下空间和时间，从而与参与者建立融洽和信任的关系，以便能探索这个问题。了解妇女对排出的妊娠产物的实践和偏好是重要的，尤其因为这种差异不仅与文化有关，也与胎儿的胎龄相关。这些差异可能让妇女更容易或不那么容易去叙述她们的流血表现并确定胎儿排出，也影响到妇女对于如何处理妊娠产物的选择。

无论是在流产合法或受限制的环境中，均应该为那些支持妇女在家里流产的人，尤其是妇女的伴侣，进行咨询辅导。未来研究一个重要的问题是，伴侣或其他支持者的期望、心理舒适度和信心水平如何影响到妇女的流产体验和自我管理过程。在男人对疼痛或出血产生焦虑，使他们坚持让伴侣寻求卫生护理时，这个问题尤为重要。然而，男性的参与有可能导致流产问题上的限制或强迫，因此围绕伴侣需求的考虑也必须顾忌到这种可能性，并寻求其间的平衡。一项巴西研究描述了一个刑事案件，一个男人在性交时，将米索前列醇插入到他怀孕的伴侣的阴道中，不让她知道⁴⁷。另一方面，在流产受限环境中，男人在从药房为他们的伴侣采购米索前列醇上发挥着重要的作用，因为很可能药剂师问他们的问题较少（此药还可用于治疗溃疡，在男人中更常见）。

随着护理标准显著移向不仅自我管理米索前列醇，还有米非司酮⁵²，需要更多的定性研究提供这些医疗化较低的服务形式的经验。例如，在那些由医生开处方可以从药房购买复合包装的米非司酮和米索前列醇的地方如澳大利亚开展的一项定性研究⁵³，将为原本有限的资料^{27,28}增添新的证据。进一步，在妇女可能对药物流产一无所知的环境中，当地的提供者可能会，也可能不会将它作为一个选择，这取决于他们自己对合格性、适宜性和风险的看法。了解让某些妇女（而不

是其他妇女) 在家来管理流产其中隐藏但明确的原因是重要的, 因为每个从业人员可以有自己隐含的评估“合格性”的标准, 反过来限制了某些妇女(例如农村妇女)的选项。

评估的局限性

本次评估的主要局限性是, 不同的环境中物流产护理模式的多样性。另一个局限性是, 在纳入研究中很少将自我管理作为感兴趣的基本主题, 因此, 有关自我管理的数据是相对薄弱的。这可能是由于研究参与者没有彻底探究那些涉及到自我管理的问题, 或者是因为他们没有尽可能多报道他们已经探索的问题, 这是他们原本可以做到的。从定性文献也很难说明经验的差异是否与不同的自我管理模式有关, 而且米非司酮配伍米索前列醇流产相对于单方米索前列醇流产也可能影响到经验的差异。

结论

自我管理物流产的总的可接受性和可行性得到定性证据支持。然而, 在进行这项定性

证据荟萃中, 我们从全球范围来看, 已经确定的是, 需要更多的有关自我管理的定性研究。需要从自我管理过程中的各个方面进行研究(例如, 自我用药、管理妊娠产物排出、评估妊娠终止、必要时的随访等), 将服务转向较少依赖医疗化的规划。根据目前的定性证据, 我们的研究结果强调已经出现物流产减少医疗化的变化, 以及从这些变化所带来的经验、偏好和关注。从流产合法和受到法律限制的环境获得的证据提供了这方面的相关洞察力。

致谢

感谢 Debbie Constant, Jane Harries 和 Bela Ganatra 审查我们纳入研究的清单并提供反馈。感谢 Kim Tapscott 的帮助, 以及 Kristen Daskilewicz 的反馈。我们承担的荟萃研究是世界卫生组织生殖健康和研究署制定的“在提供安全流产护理中卫生工作者的作用”指南的一系列证据荟萃的一部分。对该署的支持深表感谢。

(贾孟春 译; 罗宏志 校)

参考文献

1. Chong E, Frye LJ, Castle J, et al. A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the U.S. *Contraception*, 2015;92(3):215–219.
2. Iyengar K, Klingberg-Allvin M, Iyengar SD, et al. Home use of misoprostol for early medical abortion in a low resource setting: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2016;95:173–181.
3. Raymond EG, Grossman D, Wiebe E, et al. Reaching women where they are: eliminating the initial in-person medical abortion visit. *Contraception*, 2015;92(3):190–193.
4. Lohr PA, Wade J, Riley L, et al. Women's opinions on the home management of early medical abortion in the UK. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2010;36(1):21–25.
5. Cameron S, Glasier A, Dewart H, et al. Women's experiences of the final stage of early medical abortion at home: results of a pilot survey. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2010; 36(4):213–216.
6. Louie KS, Chong E, Tsereteli T, et al. The introduction of first trimester medical abortion in Armenia. *Reproductive Health Matters*, 2015;22(44 Suppl.1):56–66.
7. Shrestha A, Sedhai LB. A randomized trial of hospital vs home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion. *Kathmandu University Medical Journal*, 2014;12(47):185–189.
8. Constant D, de Tolly K, Harries J, et al. Assessment of completion of early medical abortion using a text questionnaire on mobile phones compared to a self-administered paper questionnaire among women attending four clinics, Cape Town, South Africa. *Reproductive Health Matters*, 2015;22(44 Suppl 1):83–93.
9. Puri M, Regmi S, Tamang A, et al. Road map to scaling-up: translating operations research study's results into actions for expanding medical abortion services in rural health facilities in Nepal. *Health Research, Policy and Systems*, 2014;12(24):1–7.
10. Whaley NS, Burke AE. Update on medical abortion:

- simplifying the process for women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2015;27(6):476–481.
11. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf.
 12. World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception [Internet]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1&ua=1. 2015.
 13. Colvin CJ, de Heer J, Winterton L, et al. A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 2015;29(10):1211–1221.
 14. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Medicine*, 2015.
 15. Noyes J, Lewin S, Noyes J, et al. Chapter 6: Supplemental Guidance on Selecting a Method of Qualitative Evidence Synthesis, and Integrating Qualitative Evidence with Cochrane Intervention Reviews. In: *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions. Version 1 (updated August 2011)*: Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group.
 16. Ellertson C, Simonds W, Winikoff B, et al. Providing mifepristone-misoprostol medical abortion: The view from the clinic. *Journal of the American Medical Women's Association*, 1999;54(2):91-6 (+ 102).
 17. Simonds W, Ellertson C, Springer K, et al. Abortion, revised: Participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone. *Social Science and Medicine*, 1998;46(10):1313–1323.
 18. Acharya R, Kalyanwala S. Knowledge, attitudes, and practices of certified providers of medical abortion: Evidence from Bihar and Maharashtra, India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2012;118:S40–S46.
 19. Alam A, Bracken H, Johnston HB, et al. Acceptability and feasibility of mifepristone-misoprostol for menstrual regulation in Bangladesh. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013;39(2):79–87.
 20. Ganatra B, Kalyanwala S, Elul B, et al. Understanding women's experiences with medical abortion: In-depth interviews with women in two Indian clinics. *Global Public Health*, 2010;5(4):335–347.
 21. Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, et al. In-depth interviews with medical abortion clients: Thoughts on the method and home administration of misoprostol. *Journal of the American Medical Women's Association*, 2000;55(3):169–172.
 22. Fielding SL, Edmunds E, Schaff EA. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: A qualitative analysis of women's experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002;34(1):34–40.
 23. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2009;14(5): 324–333.
 24. Kero A, Lalos A, Wulff M. Home abortion – experiences of male involvement. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010;15:264–270.
 25. Grindlay K, Lane K, Grossman D. Women's and providers' experiences with medical abortion provided through telemedicine: A qualitative study. *Women's Health Issues*, 2013;23(2):e117–e122.
 26. Makenzius M, Tyden T, Darj E, et al. Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012;27:569–579.
 27. Petitot PH, Ith L, Cockroft M, et al. Towards safe abortion access: an exploratory study of medical abortion in Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 2015; Suppl(44)(55):47.
 28. Ganatra B, Vinoj M, Prasad PS. *Medical abortion in Bihar and Jharkhand*. New Delhi, India: IPAS, 2005.
 29. Mitchell EMH, Kwizera A, Usta M, et al. Choosing early pregnancy termination methods in Urban Mozambique. *Social Science & Medicine*, 2010;71:62–70.
 30. Nanda P, Barva A, Dalvie S, et al. Exploring the transformative potential of medical abortion for women in India. New Delhi, India: International Center for Research on Women, 2010.
 31. Espinoza H, Abuabara K, Ellertson C. Physicians' knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries. *Contraception*, 2004;70:127–133.
 32. Pheterson G, Azize Y. Abortion practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". *Reproductive Health Matters*, 2005;13(26):44–53.
 33. Cohen J, Ortiz O, Llaguno SE, et al. Reaching women with instructions on misoprostol use in a Latin American country. *Reproductive Health Matters*, 2005;13(26):84–92.
 34. Fiol V, Briozzo L, Labandera A, et al. Improving care of women at risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2012;118:S21-S27.
 35. Nations MK, Misago C, Fonseca W, et al. Women's hidden transcripts about abortion in Brazil. *Social Science and Medicine*, 1997;44(12):1833–1845.
 36. Sherris J, Bingham A, Burns MA, et al. Misoprostol use in developing countries: Results from a multicountry study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2005;88:76–81.

-
37. Arilha MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(7):1785–1794.
 38. Bury L, Bruch SA, Barbery XM, et al. Hidden realities: What women do when they want to terminate an unwanted pregnancy in Bolivia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2012;118:54–59.
 39. Grossman D, Holt K, Pena M, et al. Self-induction of abortion among women in the United States. *Reproductive Health Matters*, 2010;18(36):136–146.
 40. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters*, 2015;23(45):47–57.
 41. Gipson JD, Hirz AE, Avila JL. Perceptions and practices of illegal abortion among urban young adults in the Philippines: A qualitative study. *Studies in Family Planning*, 2011;42(4):261–272.
 42. Subha Sri B, Sundari Ravindran TK. Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalized women from rural South India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2012;(118):S33–S39.
 43. Harvey SM, Beckman LJ, Branch MR. The relationship of contextual factors to women's perceptions of medical abortion. *Health Care for Women International*, 2002;23: 654–665.
 44. Ramos S, Romero M, Aizenberg L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*, 2015;Suppl(43):1–12.
 45. Barbosa RM, Arilha M. A experiência brasileira com o cytotec. *Estudos Feministas*, 1993;2(93):408–417.
 46. Barbosa RM, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*, 1993;24(4):236–240.
 47. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: A polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(7):1795–1804.
 48. Silva do Nascimento Souza ZC, Freire Diniz NM, Menezes Couto T, et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010;23(6):732–736.
 49. Valley LM, Homiehombo P, Kelly-Hanku A, et al. Unsafe abortion requiring hospital admission in the Eastern Highlands of Papua New Guinea – a descriptive study of women's and health care workers' experiences. *Reproductive Health*, 2015;12(22):1–11.
 50. Grossman D. Evaluation of a harm-reduction model of service delivery for women with unintended pregnancies in Peru. Oakland, CA, USA: Ibis Reproductive Health, 2013.
 51. Bpas. Clinical Guidelines: Early Medical Abortion. Warwickshire, UK: Bpas, 2015.
 52. Gold M, Chong E. If we can do it for misoprostol, why not for mifepristone? The case for taking mifepristone out of the office in medical abortion. *Contraception*, 2015;92(3): 194–196.
 53. Grossman D, Goldstone P. Mifepristone by prescription: a dream in the United States but reality in Australia. *Contraception*, 2015;92(3):186–189.
-

隐形创伤：美国的产科暴力

Farah Diaz-Tello, J.D.

Senior Staff Attorney, National Advocates for Pregnant Women, New York, NY, USA.
Correspondence: fdt@advocatesforpregnantwomen.org

摘要：近年来，一个被美国多数卫生机构和医务人员否认的现象引了越来越多的公众关注：在分娩过程中，孕妇被医护人员欺凌和强制手术，被称为产科暴力。通过对一系列真实案例的研究，本文提供了一位从法律从业者角度对于这种惯性性别暴力的系统问题的看法。往往受害孕妇只能通过个人侵权诉讼手段获得赔偿，即使如此，大部分的女性根本无法得到赔偿。本文概述了民事司法制度处理产科暴力的局限性，并与拉丁美洲地区的其他法律体制进行比较。最后，本文为法律体制和医疗系统拟设了一套解决方案。©2016 生殖健康要略·Elsevier BV 出版。保留所有版权。

关键词：产科暴力，分娩过程中的不尊重和暴力，分娩过程中的虐待，尊重人的孕产保健，美国

前言

2014年6月，佛罗里达州的产科医生莎拉·迪利奥吉博士向电视新闻记者宣称说不存在所谓的强迫性剖宫产手术¹。在被要求对附近一家医院发生的此类事情做出评论时，她告诉媒体：“如果一名妇女拒绝剖宫产，那你就不能把她送到手术室。”

尽管迪利奥吉坚持认为强制性手术是不可能的，但珍妮弗·古道尔的控诉显然是对该观点的反驳。珍妮弗·古道尔是一位3个孩子的母亲，经历了3次剖宫产后她希望第4胎能阴道分娩。怀孕后的第37周，古道尔收到了一封产科医生办公室发来的信，署名者是医院首席财务官，通知她医院将采取以下行动：

“1. 由于你拒绝接受剖宫产和医生给你的其他保健和治疗建议，而你的拒绝将给你和你未出生孩子的生命健康带来很高的风险，我们将就此与儿童和家庭服务部联系。

2. 我们将启动一项“有关医学治疗手段的快速司法干预”程序，就你的分娩方式启动快速司法干预。

3. 如果你现在到我们医院分娩，只要你的医生认为剖宫产在临床上是有必要的，无论你是否同意手术都将进行。”

该信声明医院的伦理委员会授权了这些威胁言辞，并附了一份对古道尔权利的奇怪评估：

“我们清楚你有对于剖宫产的同意权，即使你的医生一再建议，你还是选择了拒绝该方案。这个决定会使你和你未出生的孩子处于死亡或严重伤害的风险中。我们将根据你自己、你的家庭和你未出世孩子的最佳利益而采取行动。”

这就好像，古道尔有权同意手术，但却无权拒绝手术，医院自己定义的古道尔及其家人、孩子的最佳利益甚至可以凌驾于孕妇本人的意愿之上。最后该信还就她对于孩子的监护权发出威胁，提到了儿童保护机构、她的正当法律程序权利以及保持身体完整的权利，敦促她去“相信你的医生和我们的工作人为了你、你未出世的孩子以及你的家庭做正确的事”。

那么迪利奥吉为什么保证绝没有强制性

剖宫产发生呢？医院的声称 – 有没有古道尔的同意都有正当理由执行手术 – 又如何自圆其说呢？事实上，这些认识都是片面的，真正的是多层次的：非法的强制性剖宫产确实存在，而且很少被法院纠正。最重要的是，强迫手术只是医务人员和医疗机构对孕产妇不尊重和虐待的潜在模式中最触目惊心的一种。

任何强制性手术都是一种暴力的行为。但在妇女的孕育能力向来被做为她们不具备完整公民身份的理由的这样一个社会中，在妇女相比于医生是弱势的环境之下，强制性剖宫产的发生就不仅仅是一个伤害了，而是一种基于性别的暴力，全世界越来越认同其为产科暴力。最重要的是，本文中的案例研究证实，这种产科暴力侵犯了妇女享有不被歧视、人身自由、人身安全、生殖健康和自主的权利，以及免于残忍、不人道和有辱人格的待遇的权利。这种对女性人格尊严的伤害需要一个比提请民事诉讼（一种本身就是难以捉摸的补救措施）更有力的应对方案。

本文迈出了重要的一步，即承认美国产科暴力问题的存在，而从迪利奥吉的声明可以看出，这个问题尚未被充分肯定。开篇先对近年来的几个案例研究加以讨论（对于采用判例法或称“普通法”的美国法律制度而言，这是一类关键的数据），说明了这个问题的性质。然后对美国法庭对于该问题的法律认同现状进行归纳概括，揭示了以侵权诉讼作为解决某个系统性问题的手段所存在的局限性，同时将其与其他司法体制下的不同解决模式进行对比。最后，本文给出了一些从根源上更全面解决产科暴力的方案。

最近的案例研究

下面只是大量产科暴力案例中的小部分，分别代表了不同程度的威胁和实际暴力，这些案例由全国孕妇权益协会和其它孕妇保健倡导组织在过去几年里记录^{*}。单从案例报告很难了解到该问题的普遍性。然而，现有的美

国研究表明，女性在孕产保健中面临着巨大的压力和自主权的丧失。罗斯等²调查了很多产科工作人员（包括导乐师、分娩教育者和助产护士），发现一半以上的受访者表示看到过医生在违背孕妇意愿的情况下实施某种医疗手段，将近三分之二的受访者表示医疗人员“偶尔”或“经常”在不给妇女任何选择和考虑时间的情况下进行了医疗处置。德克勒克等³在“聆听母亲3”调查中发现，进行过人工引产或剖宫产的新妈妈们中有四分之一选择非自然分娩是由于感受到了压力，同时达63%的曾接受剖宫产的女性将医生视为最终“决策者”[†]。在消费者权益组织“促进生育”发起的社会传媒运动“打破沉默”中，数百名妇女公开表述了她们被欺凌、胁迫，甚至在分娩期间被迫实施了外阴切开术和阴道检查的经历⁴。

虽然被法律和媒体报道关注到的这类事件的数量相对于美国每年近4百万的出生量来说微乎其微，但对于亲历这种暴力的个体以及发生这种暴力的卫生系统而言却影响深远。而且对于美国这样采用普通法司法系统的国家，甚至一个单独的案例就足以形成法律。

未经同意的手术

里特纳·德雷是一名来自纽约布鲁克林皇冠高地地区的正统犹太教妇女^{5,6}。在她的宗教里，儿童是一种祝福，家庭欢迎尽可能多的孩子。她的头两个孩子是通过剖宫产手术分娩。手术给她带来了情绪问题和数月的术后疼痛；她也知道更多的手术意味着健康和生育能力的更大风险⁷。因此德雷这一次有强烈的动机采取剖宫产后阴道分娩（VBAC）。

当她在2010年怀孕时，她研究了包括美国妇产科医师学会（ACOG）2010年VBAC实践公报在内的各种医疗建议⁸，该公报称对一些女性来说，两次剖宫产手术后的VBAC也能够成为一种安全的选择。德雷利用了纽约市可用的资源（包括消费者权益和支持团

^{*} 个体案例获许可可公开分享。

[†] 也就是说，同一研究中83%的妇女对美国孕产保健系统报告了正面看法（“好”或“极好”）。

体、导乐保健,以及一项要求所有医院公开其产科剖宫产和 VBAC 率的孕产信息法案⁹⁾,以找到一个她最有可能实施 VBAC 的地方。她选中了位于斯坦顿岛的一家医院,虽然路程遥远且需要经过一座以拥堵著名的大桥,但该医院自称在该市几十家具有产科服务的医院中是剖宫产率最低和 VBAC 成功率最高的。

但当她临盆后来到医院时,当时的医生不再是在她怀孕期间支持她采用 VBAC 的那位医生,而这位医生劝她进行剖宫产,并告诉她,“你已经经历了两次剖宫产了,为什么不再做一次呢?”随着时间的流逝,她的产程进展缓慢,医生越发坚持她需要手术,但未给出任何紧急临床情况的理由。她想回家分娩,却被告知,如果她离开了,就不能再回来,也不能转诊到其它服务机构,因为“没人会帮你”。当她要求更多的分娩时间时,医生告诉她,她会得到一份强制她进行手术的法令,而且由于她不同意进行手术,政府将勒令带走她的孩子。根据德雷提交的法律文件中的说法,医生当时告诉她,“我的执照比你更为重要。”

产科医生带来了一位母胎医学专家,这位专家也劝她进行剖宫产,但两位医生都没能提出支持紧急手术的理由。德雷不知道的是,医生们已经多次申请了强制手术的法院命令,虽然是在星期一的早上和下午,这都是法院开放时间,但始终没有法院命令传下来。取而代之,医院法律顾问批准了手术,那位专家的记录提到“患者有能力(为她自己的医疗计划做决定),但我已经决定推翻她对剖宫产手术的拒绝。”

当她被推进手术室时,德雷恳求不要动手术。医生只是告诉她“不要说话”。德雷在术中遭受到了严重的伤害,膀胱横断让她疼痛难忍,并导致了到今天的泌尿问题。她起诉了医生和医院,目前还在不断上诉,因为之前法院的审理否定了她及其法庭之友的论点——孕妇与其他患者一样平等,她们有

⁹⁾ 当然,需要有阅读理解能力以及健康方面的素养从中获取信息,就导乐保健而言,还需要有充分的经济能力。

权利拒绝任何不想要的治疗⁶⁾。

被捕的威胁

在她的第五个孩子的预产期过去一周后,丽莎·爱普斯丁去了妇产科诊所进行超声诊断。这位来自佛罗里达州坦帕湾,之前经历了四次剖宫产的母亲很兴奋找到了一位支持她尝试对第五个孩子进行自然分娩的医生。然而由于预产期已过,爱普斯丁已经做好了有可能进行重复手术的准备,由于存在诸如妊娠期糖尿病和胎位不正等健康因素,甚至她也同意定下手术时间。

那天接诊她超声检查的医生看到结果后建议她住院手术。由于没有人帮助她照顾两岁的孩子,而且开来了家里的唯一车辆,所以她按计划选择了等几天后再手术。第二天早上,她醒来发现一封来自她产科医生的电子邮件,命令她立即申请手术,并且附上了如下的一段话:

“我不愿意选择最极端的选项——执法人员到你家里把你带来,你让(我们医院的)医务人员别无选择。”

担心会被逮捕而与她的孩子们分离,也害怕被迫接受不必要的手术,爱普斯丁躲了起来。她联系了全国孕妇权益协会,他们就此事咨询了医院的律师。医院顾问最终表示那些威胁在法律上是站不住脚的,爱普斯丁在没有被采取法律行动下于之前商定的日期生了一个健康的宝宝¹¹⁾。

带走孩子的威胁

2010年6月,米歇尔·米切尔进入产程活跃期,住进了维吉尼亚州奥古斯塔县的一家医院。不久之前她才离开了一家产科执业点,因为在那里由于怀疑是巨大儿,她面临着被当作病人而强迫引产的压力。虽然推荐她进行引产或剖宫产,但她从未被告知不能自然分娩。所以希望自然分娩的米切尔上了分娩课程,加入了提倡自然分娩的组织,并聘请了一位经过认证的专业助产士为导乐师。

当米切尔到达医院时,基于她的医疗记

录，医生建议她进行剖宫产手术。米切尔婉拒了，并签署她自愿违背医生建议、放弃应有权益的责任书。然而，根据法律文件中的表述，她的医生却变得越来越急躁，不停地对米歇尔和她的导乐师大叫大骂。甚至威胁道称，他会让地方法官发布一份法院命令以强制她进行手术，并电话联系儿童保护机构带走她的孩子¹³。面对强制手术和失去孩子的威胁，米切尔撤回了她的拒绝书，并接受违背其意愿的手术。尽管她最终默许了手术，由于她决定阴道分娩引发的矛盾，医院还是联系了儿童保护部门，指责米切尔不适合照顾她的孩子。最后，医院拒绝让米切尔分娩后立即接触她新出生的孩子，并拒绝将孩子交回她照顾。在调查被证实是毫无根据之前的三个月内，她不得不忍受儿童福利部门侵犯性的采访和家庭观察。

米切尔以受到暴力侵害为由提起了诉讼，称自己是在受胁迫之下同意手术的，因此是错误的。她的案子经历了无数次审议，申诉时间超过了四年。但当最终审判时，陪审团仅花了不到20分钟就作出支持医生的判决¹⁴。与被告一起工作的一名护士作为庭审证人告诉媒体，她认为被告“作出了对她（米切尔）和她的宝宝最佳的选择”。米切尔已经提起上诉，——这在最好的情况下也仅能得到同一司法辖区的重审。

护士的说法阐明了陪审团做出判决的最可能的推理，这正是用侵权诉讼的形式试图遏制产科暴力的主要缺点之一。换句话说，陪审团成员很容易受到一些偏见的影响，而正是这些偏见实际上助推了产科暴力。在这种情况下，尽管法律顾问和辩护律师做了最大的努力，但人们还是宁愿坚持相信是医生而不是孕妇应该拥有决策权，由此为威胁和胁迫披上了合理化的外衣。

沉痛的打击与破碎的正义

上述的所有女性都遭受了对她们个人自主权、生殖自主权和安全感的严重侵害，给她们留下了一次感到被背叛和感到害怕的生育经历，同时对她们生理健康造成了挑战（无

论是阴道分娩还是手术）。她们中的许多人经受到的创伤需要治疗，有的甚至改变了她们生殖生活的进程。这和巴拉德等人的研究¹⁵十分相符，他们的研究表明，即使在投入了大量资源的高标配的服务机构中，分娩也有可能是“一次痛苦和可怕的经验”。贝克等¹⁶发现，在分娩时遭受侮辱性的对待以及丧失尊严和控制权可能会导致产后的创伤应激失调。

尽管受到严重的伤害，很多经历过产科暴力的美国女性依然难以伸张正义。在大多数司法管辖区，根据普通法中的侵权行为法，任何受到非自愿的肢体碰触的人都可以用遭到暴力侵害发起诉讼，即使这种碰触是出于医疗目的¹⁷。没有任何法律限制孕妇的这项权利。即便如此，由于不公正的技术性原因，许多遭受了严重虐待的女性却被法院拒之门外。

第一个障碍是找到一个愿意接手她们案子的律师。聘请法律辩护律师非常昂贵，超出了大多数女性的承受能力。正如艾布拉姆斯解释¹⁸说，除非婴儿受伤或母亲受到严重伤害（远远超过非自愿或未经同意的治疗侵害），否则对分娩期间妇女受到伤害的经济赔偿很低，根本别提对孕妇心理造成的伤害赔偿了，后者几乎没有赔偿。这让以胜诉赔偿金计算酬劳的律师难有动力受理这类案子，即使案中的暴力行为十分明确——正如金伯利·特宾的例子一样，这位加州母亲掌握一份强制性外阴切开术的视频证据后，依然咨询了近80名律师并众筹了一份辩护资金，才找到一位愿意接手这个案子的律师¹⁹。

即使女性设法找到一位律师，她们的案子也很有可能受到时效性和一些不可预知的法规限制的阻挠。例如，里纳特德雷不断努力寻找一位愿意受理她未经同意就被实施手术的案子的律师，即使她的证据如此充分，但当她成功找到一位律师时，已经超过了法院规定的暴力侵害的一年起诉期。因此她只能起诉医院玩忽职守和过失执业，法院又以有些行为是暴力侵权而非医疗过失驳回了她

的部分诉求。但其他一些女性又被告知相反的话——她们所指控的暴力侵害与强制性干预是医疗事故而不是暴力。可想而知，罪名似乎通常都是失去了起诉时效的那一种，这使得判决是否驳回诉讼成了一种选择。

政治化根源性的系统失灵

将产科暴力交由民事司法系统裁决最令人不安的方面是将此事视为医疗错误或者类似于在街角互殴的人际冲突⁵。这个问题显然更为复杂。其中一个方面是对胎儿伤害责任风险的看法，在人们的认识中这种风险通常被明显高估了，导致了执业医师出于过失伤害的恐惧而对妇女施压，甚至是强迫她们¹⁸，也造成各相关机构采取了那些限制妇女分娩选择的政策²¹。再加上看低归属于孕妇所受伤害或未获其知情同意的责任程度，如此导致了不恰当的动机。这些都有明显的事实，如对古道尔的威胁由医院的首席财务官授权，对德雷的强迫手术是通过医院的风险管理法律顾问授权。但是这些不正当的动机并不是全部——产科暴力不仅仅是个别成本-效益分析的合力。相反，缺乏归属于分娩妇女尊严的货币价值观念是有害于女性独立自主权的一种表现，直接影响了医患互动。

奥伯曼²²的理论认为压制分娩女性的意愿违反了委托责任（考虑到医生和病人之间信息和权力的不平等），是由医生视胎儿为“第二病人”而产生的“分裂的忠诚”所驱使，的确如此。但塞缪尔斯等²³进行的一项调查也指出，有关妇女分娩自主权的隐藏观念是产科暴力犯罪的一个重要因素。塞缪尔斯等调查了医生和健康律师，发现

⁵ 有一个著名的例外——在被一位医生虐待后，凯瑟琳·斯科尔起诉其重大过失和随意情感困扰。该医生拒绝给她硬膜外麻醉镇痛，让她数小时用一种折磨人的体位躺着，当她抗议时告诉她“闭嘴，并用力”，采用一种并不合适的粗针进行外阴切术的缝合，并因为她来医院前未加通告而告知她“疼痛是最好的老师”。她通过陪审团获得了140万美元的赔偿，这是伊利诺斯州对医疗过失案中疏忽/故意造成情绪困扰的最高处罚判决²⁰。

他们归属于胎儿的个人价值（例如反人工流产或保守态度）与他们面对不情愿的服务对象抗议时愿意寻求法院判决进行剖宫产手术密切相关。作者得出的结论是，这种紧张关系让女性陷入了“那些重视孕产妇自主权利者和那些相信胎儿利益更重要者之间的代理人战争”。就此而论，利用司法程序强迫妇女顺从的做法暴露出对性别规范的粗暴管制。

产科医生试图赋予产科暴力以保护胎儿的正当理由，实则是在履行保护潜在生命的国家利益上将其作用发挥到了某种从未获得美国法律体系支持的地步。里纳特·德雷案例中的被告辩称，“鉴于妊娠状态带来的各种考虑”，视孕妇和其他人一样都有同样权利的观点是“天真而愚蠢的”⁶。被告甚至建议里纳特·德雷应该寻求法律救济而不是诉讼。也就是说，他们坚持认为妊娠状态给医务人员为了胎儿的最佳利益所做的任何行动带来了事实上的豁免权。被告称其案例是“发人深思的”和“有争议的”，主张了自己作为医生在保护潜在生命这一国家利益上所承担的职责，甚至是在面对有能力且不情愿的孕妇的反对的情况下。为了表明这一点，他们引用了一些支持孕妇的判决，包括在纽约确立流产权²⁴以及为随后出生的存活胎儿提供充分医疗保健确立责任²⁵的那些重大案例。被告的主张揭示了产科暴力深层的性别歧视：现有法律保障妇女有平等被保护的权力，但卫生保健提供者、卫生服务机构，甚至法院乐于“读出”不存在的免责条款，从而在法律下让女性永久处在二等地位。

正如查尔斯²⁶在一篇有争议的文章中所说，通过实施强制性的性别规范，欺凌和法庭授权的干预与家庭暴力有着共同的重要特性。尽管对该文的回应五花八门²⁷，但一个反复出现的主题是认为文中所描述的行为不可能是基于性别的暴力，因为有如此多的产科医生是女性。这种观念失缺了一项重要的理解：考虑某个行为是基于性别的

暴力，并不是出于作恶者是一名男性，而是出于受害者是一名女性。这解释了来自世界各地的研究，它们发现在分娩机构内，孕妇被男性或女性虐待了²⁸。

在所有司法辖区中，执业医师中关于推翻孕妇决策的适当性总是存在着争议，而法律未能直接加以纠正。一些不道德的行为很可能与这一现实相关联。ACOG 伦理委员会的态度是明确和具有指导性的：强迫手术和医疗干预诉讼都是没有任何道德依据的²⁹。尽管各审判法庭会有一些偏差³⁰⁻³²，但现代判例法否决了认为孕妇在宪法中比其他任何人享有更少的身体自主权等基本权利的观点。但这些权利并不总能转化为补救措施：在医生执业界和学术界都存在极端情况³³。

这些异常情况在民事司法系统之外违反妇女的普适法律权利和人权的程度未知，但可能是相当有限的。ACOG 伦理委员会的意见不具有法律约束力，实际上在米歇尔·米切尔案例中就被排除在证据之外。一名医生被控以孩子监护权和法庭强制命令威胁一位新泽西孕妇接受了剖宫产，她在一份证词中公开承认，她不同意知情同意是必要的，也反对孕妇是其医疗措施的最终决策者这一观点。她解释说：

“她当然可以拒绝剖宫产，这不是问题。我尊重服务对象的意见。...但是我有两个服务对象，并不是只有一个...这就是为什么我不同意你的还有美国 ACOG 的认为母亲的愿望高于胎儿愿望的声明。我不同意这一点。...我现在对婴儿有一种义务，我得为婴儿说话，因为这是我的第二个服务对象。”³⁴

支持使用威胁手段和强制执行医嘱的性别偏见并不微妙。显而易见，不能逼迫一名心智健全的人接受某种医疗手术（如肾移植）。这一原则也适用于即使会拯救他人生命的手术，即便那个人是他们自己的孩子。然而，却要以拥有一个健康婴儿的名义，期望孕妇牺牲自己的健康和尊严，甚至可能是生命。

国外法律的选择

本文中所描述的问题并非美国独有。就在去年，世界卫生组织 (WHO)³⁵ 发表了一份预防和消除医疗机构在分娩期间不尊重和虐待孕妇的声明，称这一现象为“一个重要的公共卫生和人权问题”，世界卫生组织敦促各国政府和发展伙伴研究、识别和纠正产科保健中的不尊重和虐待行为。此外，联合国健康问题特别报告员³⁶ 以残忍、不人道和有辱人格待遇问题特别报告员³⁷ 对孕妇为寻求生殖保健而遭受的虐待表示担忧，因其导致了基于性别的不必要痛苦。正如埃德曼所指出³⁸，在产妇权利倡导中对分娩越来越多的关注，创造了突出制度性不公正和社会不公平的机会，并呼吁更广泛的改革。

拉丁美洲许多国家拥有相对较新的基于人权的宪法和法律体系，率先创建了法律结构来解决这个问题。委内瑞拉是首批创建法定诉讼权识别产科暴力行为的国家之一³⁹，将产科暴力明确认定为一种基于性别的暴力形式，并纳入到“妇女享有免于暴力生活的权利组织法”中。法律将产科暴力定义为：

“...卫生人员对于女性身体和生殖过程的侵占，表现为非人性化治疗、药物滥用以及将自然过程转化为病理过程，导致妇女丧失自主权和自由决定自己身体和性欲的能力，给妇女的生活质量带来了负面影响。”

并且提供了大量的例子，包括未注意到产科紧急情况、截石位分娩、不必要的母亲和孩子分离，以及未经同意加速产程进展或未经同意的剖宫产等。对于产科暴力的处罚是罚款 250 到 500 税点——相当于 5 000 至 10 000 美元——还有职业纪律处分。阿根廷以及墨西哥的 10 个州也认同产科暴力是一种针对妇女的暴力行为；恰帕斯州、格雷罗州、韦拉克鲁斯州甚至将对违法者实施刑事处罚。这些法律提供了一系列的补救措施，包括行政投诉、专业的医疗仲裁，以及向联邦和州人权委员会投诉。

关键是要认识到这些法律的实施已经受到各种挑战的困扰，女性在寻求司法公正过

程中面临着巨大的障碍,如执法不严、卫生保健提供者缺乏基于权利的培训、基础设施薄弱问题未得到解决等⁴⁰⁻⁴¹。例如,赫雷拉⁴²论证说,尽管2004年阿根廷已经通过了保障妇女生育权的法令,并在2009年法令禁止了产科暴力,但法院判决民事侵权的诉讼仍旧依赖于医疗不当解析,而不是基于人性化分娩和免于产科暴力的规范。在墨西哥,生育权信息团体(GIRE)⁴³。已经指出,当局不愿意指控医生犯罪,所以起诉产科暴力从来没有成功过。此外,该组织指出,行政投诉和医疗仲裁只关注个别医务人员的行为,而不是把医疗机构作为一个整体提请诉讼。

即便如此,在法律中明确表述产科暴力——尤其是在妇女享有健康、平等和免于暴力的人权范围之内——显示了对于分娩中虐待行为的原因和后果远超过于美国法学体系的理解。值得注意的是,提交给墨西哥各州人权委员会的投诉最近取得了积极的结果,包括对妇女的赔偿和州政府同意改善基础设施和推广产科保健标准⁴³。消除分娩时基于性别的暴力,有关工作还远未完成,但法律框架唤起了政府和机构的责任去保障妇女在分娩过程中得到受尊重的保健,前途是光明的。

建议

美国患者用来促成保健服务改善的基本工具是侵权诉讼。就产科暴力而言,通过改变立法如延长法定时效、界定诉因以及判处惩罚性赔偿等,这一工具会变得更为锐利。

但即使所有这些都通过了,考虑到妇女在一个还不承认产科暴力的系统中为寻求司

法公正所面对的各种障碍,不太可能会在短期内经由个人民事诉讼而显著改变分娩中对妇女的虐待和不尊重。产科暴力是一个系统性的问题,因此需要系统性的解决方案。拉丁美洲将产科暴力纳入治理基于性别的暴力的法律体系,这一模式具有启发性。对这些地区的研究表明,如果没有首先采取预防干预措施以纠正引起产科暴力的态度、颁布尊重性的产妇保健方案、并且明确预防和解决产科暴力的国家责任,处罚措施仅能产生有限的改变。

尽管在美国普遍缺乏有关非国家行为体侵犯人权的矫正机制,但联邦政策有关基于性别的暴力的政策(特别是《反针对妇女的暴力法案》)提供了一个解决产科暴力根源的模式。将产科暴力纳入到这些现有的框架中,其将为机构的研究和调查以及受害者的赔偿机制提供资金,并赞助能为医患双方提供在有尊严的孕产保健和预防分娩过程中虐待行为方面基于权利的教育。由白丝带联盟和全球其他的组织实施的^{44,45}就是这样的因地制宜、以机构为依托的干预模式。此外,某种程度上国家可以通过为尊重性的孕产保健制定具体标准和基准参照来履行责任,这种标准可以与联邦资助(例如孕产妇和儿童卫生服务分类拨款)联系起来。

个人侵权诉讼对于终结产科暴力的任务是必要的,但这还不够。真正的转变还需要对医护人员的教育,并加强卫生基础设施与公民社会倡导之间的联系,去解决有害的性别规范。但是,第一步是要将美国法律很大程度视而不见的这一问题暴露出来。

(罗翼昊、邹燕译;罗宏志校)

参考文献

1. Hubbell A. Doctor: No such thing as 'forced C-section'. [Internet]. *Abc-7.com*. 2015[cited 28 July 2014]. Available from: <http://www.abc-7.com/story/26133642/doctor-no-such-thing-as-forced-c-section>.
2. Roth L, Heidbreder N, Henley M, et al. Maternity support survey: a report on the cross-national survey of doulas, childbirth educators and labor and delivery nurses in the United States and Canada. [Internet]. 2014. Available from: <https://maternitysurvey.files.wordpress.com/2014/07/mss-report-5-1-14-final.pdf>.
3. Declercq E, Sakala C, Corry M, et al. Major survey findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth. *The Journal of Perinatal Education*, 2014;23(1):9–16.
4. Improving Birth. #breakthesilence | Facebook. [Internet]. 2014. Available from: <http://on.fb.me/1T0Wbo8>.
5. Hartocollis A. Mother accuses doctors of forcing a c-section and files suit. [Internet]. *NY Times*. 2014. Available from: <http://nyti.ms/1Rk8Dke>.
6. *Dray v. Staten Island Univ. Hosp.*, No. 500510/2014 (N.Y. Sup. Ct. Kings County).
7. Nisenblat V, Barak S, Ohel G, et al. Maternal morbidity associated with multiple cesarean deliveries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005;193(6):S127.
8. Practice bulletin no. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. [Internet]. American College Obstetricians & Gynecologists, 2015. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>
9. NY Pub Health § 2803-j.
10. Stein L. USF obstetrician threatens to call police if patient doesn't report for c-section [Internet]. *Tampa Bay Times*. 2013. Available from: <http://www.tampabay.com/news/health/usf-obstetrician-threatens-to-call-police-if-patient-doesnt-report-for/2107387>.
11. Stein L. 11-pound baby born to mother threatened by USF obstetrician [Internet]. *Tampa Bay Times*. 2013. Available from: <http://www.tampabay.com/news/health/11-pound-baby-born-to-mother-threatened-by-usf-obstetrician/2107899>.
12. Turk D. UPDATE: Verdict reached in mother's lawsuit that claimed c-section was coerced. [Internet]. *Whsv.com*. 2015. Available from: <http://www.whsv.com/content/news/Mothers-Lawsuit-Says-C-Section-Was-Coerced-341274302.html>.
13. *Mitchell v. Brooks*, No. CL13001773-00 (Va. Cir. Ct. Augusta County).
14. *Nbc29.com*. Update: Augusta Co. jury rules in favor of doctor in c-section case. [Internet]. 2015. Available from: <http://www.nbc29.com/story/30455784/update-augusta-co-jury-rules-in-favor-of-doctor-in-c-section-case>.
15. Ballard C, Stanley A, Brockington I. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 1995;166(4):525–528.
16. Beck C. Birth trauma. *Nursing Research*, 2004;53(1):28–35.
17. *Schloendorff v. Society of N.Y. Hosp.* 211 N.Y. 125 (1914). ("Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body, and a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault for which he is liable in damages.").
18. *Abrams J. Distorted and diminished tort claims for women*. *Cardozo Law Review*, 2013;34:1955–1997.
19. *Stanford K. Mom Kimberly Turbin files lawsuit against alleged forced episiotomy, sues for assault and battery*. [Internet]. *Bustle.com*. 2015. Available from: <http://www.bustle.com/articles/88868-mom-kimberly-turbin-files-lawsuit-against-alleged-forced-episiotomy-sues-for-assault-and-battery>.
21. Morris T. *Cut it out: the c-section epidemic in America*. New York University Press, 2013.
20. Illinois jury verdicts 2012-2013. In: *Chicago Lawyer* [Internet]. (Year in Review):28. Available from: <http://cdn.coverstand.com/3287/141683/141683.1.pdf>.
22. Oberman M. Mothers and doctors' orders: unmasking the doctor's fiduciary role in maternal-fetal conflicts. *Northwestern University Law Review*, 2000;94(2): 451–501.
23. Samuels T, Minkoff H, Feldman J, et al. Obstetricians, health attorneys, and court-ordered cesarean sections. *Women's Health Issues*, 2007;17(2):107–114.
24. *Byrn v. New York City Health & Hospitals Corp.* 31 N.Y.2d 194 (1972).
25. *Woods v. Lancet*, 303 N.Y. 349 (1951). NY.
26. Charles S. Obstetricians and violence against women. *The American Journal of Bioethics*, 2011;11(12): 51–56.
27. Weitlauf J. Informed Passion: Addressing the intersection of violence against women and contemporary obstetrical practice. *The American Journal of Bioethics*, 2011;11(12): 67–69.
28. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. [Internet]. Washington, DC: USAID, 2010. Available from: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf.
29. ACOG American College of Obstetricians & Gynecologists, Committee on Ethics. Committee Opinion #321: Maternal decision making, ethics, and the law. *Obstetrics & Gynecology*, 2005;106(5, Part 1):1127–1137.
30. *In re A.C.*, 573 A.2d 1235 (D.C. Ct. App. 1990).

-
31. In re Baby Boy Doe, 260 Ill. App.3d 392 (Ill. App., 1st Dist. 1994).
 32. Burton v. State, 49 So. 3d 263 (Fla. 1st DCA 2010).
 33. Chervenak F, McCullough L, Brent R. The professional responsibility model of obstetrical ethics: avoiding the perils of clashing rights. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011;205(4):315.e1–315.e5(calling the assertion that “there is no circumstance in which someone could be brought to the operating room against their will” fallacious “pregnant women’s rights reductionism”).
 34. Greenfield B. Mom sues doctor over c-section fight: ‘I was treated like a child’. [Internet]. *Yahoo.com*. 2015. Available from: <https://www.yahoo.com/parenting/mom-sues-doctor-over-c-section-fight-i-was-090037592.html>.
 35. World Health Organization. WHO statement on the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. [Internet]Geneva: World Health Organization, 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1.
 36. Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. [Internet]United Nations, 200916. Available from: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf>.
 37. Méndez J. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. [Internet]United Nations, 201310. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.
 38. Erdman J. Bioethics, human rights, and childbirth. *Health and Human Rights*, 2015;17(1):43.
 39. Pérez R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010;111(3):201–202.
 40. Terán P, et al. *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias* (Obstetric violence: users perspectives). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 2013;73(3):171–180.
 41. Quevado P. *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género* (Obstetric violence: a manifestation of hidden gender inequality) [Social Work Thesis]. Universidad Nacional de Cuyo, 2012.
 42. Herrera C. Obstetric violence in Argentina: a study on the legal effects of medical guidelines and statutory obligations for improving the quality of maternal health [L.L.M. Thesis]. University of Toronto, 2015.
 43. Grupo de Información en Reproducción Elegida. *Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos* (Obstetric violence: A human rights approach.) [Internet]. Mexico, D F. 201568–79. Available from: <http://gire.org.mx/images/stories/Informes/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>.
 44. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. [Internet]. Washington, D.C. 2011. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.
 45. Vogel J, Bohren M, Tunçalp Ö, et al. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015;671-674.
-

产科暴力：阿根廷用以辨识孕产保健中各类挑战的新框架

Carlos Herrera Vacafior

Visiting Scholar, Faculty of Law, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. Correspondence: charlie.herrera@mail.utoronto.ca

摘要： 阿根廷承认妇女有不受产科暴力侵害的权利，这种暴力是由卫生人员施加于怀孕妇女的身体和生殖过程，表现为非人性化处置、医疗化滥用和将自然生殖过程转化为病理过程。阿根廷立法将这类对于妇女的医疗滥用和虐待行为放到基于性别的暴力类目之下，有助于辨识在医疗保健系统和妇女参与社会这两方面的不足。本文探讨了应用“针对妇女的暴力行为”框架来解决孕产保健服务中的过度医疗和虐待问题是一种有益的方案，可从公共卫生、人权和伦理角度来分析那些内含的结构性问题。“针对妇女的暴力行为”框架通过保护妇女的生育自主权，并赋权女性参与社会，从而寻求改变现有的有害文化习俗。©2016 生殖健康要略. Elsevier BV 出版. 保留所有版权。

关键词： 孕产保健, 暴力, 妇女, 性别, 人权

引言

一位第一次怀孕的女性在分娩时经历了未经同意的会阴切开，并且由于不良护理导致括约肌控制无力¹；一位健康孕妇被注射催产素以加速产程，但长达6小时无人监管，结果胎儿受到损伤²；一名妇女因强奸而怀孕，被医生拒绝进行堕胎，要求她先获得司法授权³。这些都是阿根廷妇女在孕产保健服务中的体验，也代表着当前在保障安全高质的孕产保健服务方面所面临的各种不同类型的挑战。

这些经历的表现形式多样，但都被定义为孕产保健服务中对女性的医疗滥用和虐待。国际卫生机构，如世界卫生组织（WHO）将这些现象描述为“不尊重、虐待、治疗疏忽”，侧重于医疗机构在分娩期间提供的服务。其中，WHO认为“不尊重、虐待、治疗疏忽”可能包括身体虐待、羞辱或言语虐待，强制性或未经同意的医护操作、未保护患者隐私或未获得知情同意，以及拒绝使用止痛药或拒绝收治入院等等⁴。

2014年，国际妇产科联盟提出“母婴友好分娩设施倡议”，致力于制定指导方针

以识别“虐待性、强制性、疏忽性治疗”行为。这类行为包括：缺乏分娩隐私；身体、言语、情感或经济方面的虐待；禁止妇女偏好的分娩体位和/或禁止分娩中食物和饮料的摄入⁵。

国际组织正在进行系统研究和基准文件制定，以了解和评估女性在医疗机构分娩时遭受的医疗滥用和虐待⁶。一项对34个国家进行的系统回顾研究发现，女性遭受过身体虐待、性虐待、言语虐待、羞辱和歧视、卫生系统条件有限和劣质卫生条件、未达专业标准的医疗保健，这些都影响到她们的健康⁷。这项研究认为定义和评估女性在医疗机构分娩时的不同遭遇时，“虐待妇女”应该作为这些遭遇的最佳描述术语。

除了国际上这些对于不同的孕产妇保健服务中的保健质量和安全性的倡导和发展外，2009年阿根廷颁布了一项“针对妇女的暴力行为”法令，规定妇女有免受产科暴力的权利。该法令将产科暴力定义为：

“[产科]暴力是卫生人员对怀孕妇女的身体和生殖过程采取的暴力行为，表现为非人性

化处置、医疗化滥用和将自然生殖过程转化为病理过程...”⁸。

这项法令认为在不同的孕产保健服务（产前、待产、分娩、产后以及流产服务）期间，女性遭受的医疗滥用和虐待属于针对女性的暴力行为（VAW）范畴；法令旨在对卫生部门内存在的对女性的医疗滥用、虐待和不尊重提高认识。此外，产科暴力的法律概念试图揭示目前在公共和私立卫生部门的孕产妇健康服务中政府监管的缺失。同时值得注意的是，阿根廷立法确立的产科暴力概念代表了一种不同的术语，用于定义妇女在卫生部门中遭受的医疗滥用、虐待、和不尊重的医疗保健，有别于 WHO 提出的“不尊重、虐待和治疗疏忽”和 Bohren 等人提出的“虐待妇女”⁹。

本文批判性地探讨了以产科暴力概念为法律框架去识别那些构成虐待妇女的医疗实践。它考察了关于孕产健康和 VAW 的不同立法和卫生政策，并以这些政策和法律为工具来完整识别产科暴力的范围并解读产科暴力。此外，本文旨在从公共卫生、伦理和人权的角度证明，产科暴力概念有利于鉴定和处理孕产保健服务中那些伤害妇女、置女性于危险中、剥夺她们的决策权等的系统性行为。

阿根廷法规中的产科暴力

VAW 法令中的产科暴力定义确定了女性可能遭受的三种主要产科暴力：非人性化保健、过度医疗以及将生理过程转化为病理过程。在目前的 VAW 法规中，都没有定义上述三种行为影响女性的方式。不过，之前的“人性化分娩法令”、一项管理 VAW 法规的行政法令和卫生部的公共政策可以补充产科暴力的范围或定义。

这个管理一般性 VAW 法规的行政法令将非人性化保健定义为“由医护人员给予的残忍、不尊重、蔑视、侮辱或威胁性的处理”¹⁰，并造成了生理或心理上的伤害。然而，该行政法令没有具体说明这些行为。一般性 VAW

法令将身体暴力定义为让女性遭受痛苦和伤害的残暴和威胁行径。它还认可了在“形成情绪痛苦或自信心丢失；阻碍个人发展；试图看低或控制妇女的行动、行为、信念或决策”等方面的约束、不诚实或行为所导致的心理影响¹¹。这里，身体和心理暴力的定义有助于更好地了解一些产科实践是如何构成了对妇女的非人性化处置。

2004 年颁布的人性化分娩法令，承认了妇女在卫生设施接受各种孕产健康服务的权利，将过度医疗化描述为未带来更好的孕产妇健康或未能降低孕产妇死亡率和发病率的各类操作¹²，例子包括常规外阴切开术、例行灌肠、未经同意或不合理的剖宫产。有明确的证据表明，外阴切开术是一种不必要的且可能是有害的常规做法¹³。同样，仍然常规实施的灌肠术会引起极端不适，而且没有证据表明可以改善健康状况或减少感染¹⁴。针对这些过度医疗，人性化分娩法令规定了卫生人员的义务，包括不盲目开药、避免创伤性治疗，除非这种治疗对于母亲或胎儿的健康是必要的。

最后，可以通过 2004 年阿根廷卫生部颁发的医疗行为指南来鉴定那些将自然生殖过程加以病理化的各类操作，该指南推荐在待产和分娩过程中执行安全文明的孕产保健操作。根据指南原则，卫生人员限制妇女分娩时摄入食物或饮料的命令或决定可被视为将自然分娩过程病态化，因为这些行为并不违反护理规定，反而增加了舒适感，起到了非医疗手段缓解疼痛的效果¹⁵。这些指南有助于理解好的医疗行为，减少过度医疗。

除了在分娩阶段，女性可能在孕产保健服务的不同阶段遭受产科暴力。虽然 WHO 的声明主要关注女性分娩期间禁止遭受“不尊重、虐待、治疗疏忽”，但阿根廷的法规认识到产科暴力也可能发生在产前、产程中、产后以及流产保健等阶段¹⁶。因此，妇女在接受孕产保健服务时免受暴力的权利应得到广泛保护。在这个意义上，规范 VAW 法规的行政法令认为，针对妇女的产科暴力也可以发生在流产或流产后保健的背景下，而与

流产的合法性无关。过去的研究记录了那些寻求流产或流产后保健的妇女所遭遇的非人性化医疗服务¹⁷，例如不使用药物缓解疼痛的刮宫术，或急诊室工作人员的言语侮辱、判断性或贬损性言辞¹⁸。

此外，关于产科暴力的施暴者，VAW法令的定义明确为“卫生人员”。然而，行政法令具体规定，这里的“卫生人员”除医生、护士、社会工作者、心理学家或产科医生外，还包括行政人员或与卫生设施相关的其他人员。

最后，阿根廷法律规定：有意或无意地剥夺女性接受孕产保健服务可能也是一种产科暴力¹⁹。这个问题在拉美其他国家被特别提出，如委内瑞拉2007年“针对妇女的暴力行为法令”第51条规定，未能及时有效地为产科急症提供保健也构成产科暴力²⁰。这样的疏忽可能出于公共机构的歧视，或卫生系统的总体失职，例如床位不足或卫生人员不堪重负²¹。阿根廷最高法院裁定，拒绝强奸致孕的女性获得流产服务可构成制度性暴力，其要求司法授权的例行程序是违宪的，因为没有法律要求这种授权。最后，法院宣布，继续这种做法将使国家为针对妇女的暴力行为担责²²。本例显示，产科暴力本身就是一个狭隘的概念，更广泛的“针对妇女的暴力行为”框架应包括制度性暴力，以确保妇女的生殖权利。通过将制度性暴力描述为产科暴力的一种表现形式，政府应考虑到政府官员、政府员工或公共实体或机构的代理人妨碍、阻碍或延迟妇女获得公共服务或享受其权利的各类情况²³。

这一分析表明，免受产科暴力的权利旨在确保妇女在各类孕产保健服务中的安全、舒适、尊严和自主权。此外，它强调了如何利用其他国家的卫生政策和法律来识别不同的关系和那些发生虐待的孕产保健服务状况，帮助补充产科暴力的定义。

产科暴力是一个公共卫生问题

中低收入国家的卫生系统积极促进在卫生设施中提供孕产保健服务，来降低孕产妇死亡

率和发病率²⁴。然而，卫生设施中发生的医疗滥用和虐待妇女行为，以及未能保障保健服务的提供（例如由于患者太多和人手不足），已确定是阻碍女性使用卫生设施中的孕产保健服务的因素，并表现在降低孕产妇死亡率和发病率方面缺乏进展²⁵。

作为回应，区域卫生机构例如泛美卫生组织（PAHO）一直强调循证孕产保健的重要性。这种循证方案要求女性的医疗保健是基于经过系统审查的现有最佳科学证据，体现出患者的偏好并尊重于她们的权利和原则，而不是只关注疾病或医疗救助请求²⁶。这种方案支持安全、有效且个性化的医疗保健，同时消除那些无法改善健康结局的不恰当或不必要的风险式干预。

截至2001年，阿根廷98%~99%的分娩发生在卫生机构²⁷。此外，阿根廷78%~90%的孕妇在卫生机构接受了至少一次产前检查²⁸。虽然阿根廷卫生系统一直努力采取循证、安全的临床实践²⁹，但一些根深蒂固的行为（例如常规外阴切开术或高比例的不合理剖宫产）将女性置于不必要的风险，导致了这些努力的失败。阿根廷法律为了应对这些公共卫生挑战，强制医生有避免过度医疗行为的义务，并要求卫生部发布卫生政策和实践指南以识别并消除那些已知有害或不必要的顽固习俗。

一些认识上的差距已经转化为影响妇女的不必要或有害习俗，为了解决这一问题，卫生部早在2004年颁布了孕产妇健康服务循证安全操作的临床实践指南。这些临床指南建议卫生专业人员不要在妇女分娩的时候过度限制她们（例如，可允许由妇女选择的人士提供社会心理支持），并阻止常规会阴侧切或灌肠¹⁵。如上一节所述，这些推荐规范在2004年被转化为医生的义务，要求避免那些不能改善孕产妇健康结局的侵入式操作，并且不得阻止孕妇由她选择的人陪同³⁰。

然而，这些指导方针未能转化成临床实践³¹。例如，2004~2006年的一项公立医院研究发现，仅有41.2%的初产妇避免了外阴

切开术，仅有 17.9% 的妇女在分娩中有不间断的陪护³²。

对剖宫产率的分析也指向相同趋势。WHO 承认高于 10%~15% 的剖宫产率与降低死亡率无关，反而这些不必要的医疗行为与短期和长期风险相关，影响产后出院、妇女健康和以后怀孕³³。最近，PAHO 发出警告示阿根廷的不必要剖宫产率在增长，在 2012~2013 年间达 30%。一项在 13 个省的私立和公立医院的研究表明，54 000 例分娩的剖宫产率为 75%³⁴。阿根廷的高剖宫产率并不意味着孕产妇死亡率降低，因为在 2004~2013 年间孕产妇死亡率从每 10 万分娩 39 例降到 32 例，几乎没有下降³⁵。

阿根廷已经能够保证大多数孕产保健服务特别是分娩发生在卫生机构，但并不一定意味着妇女的健康风险降低。尽管卫生部作出了诸如颁布卫生政策和临床指南等努力，妇女依然面临着不必要的侵入性和有害的医疗行为。因此，在产科暴力概念中，医生避免过度医疗的义务可能提供一个额外的法律工具，在公共和私人服务中有效地确保循证、安全的孕产妇保健。

产科暴力侵犯人权

阿根廷承认诸如“消除对妇女一切形式歧视公约”，以及“阻止、惩罚、消除对妇女的暴力行为泛美公约”（贝伦杜帕拉公约）等国际人权条约。同样的，阿根廷宪法赋予“经济、社会和文化权利国际公约”和“美洲人权公约”以宪法地位。

同样重要的是将虐待问题概念化为政府失于保障妇女免遭残忍、不人道和有辱人格的待遇的权利。联合国关于虐待问题的特别报告员已经指出，在生殖保健设施里受到的虐待实际上是不人道或有辱人格的待遇³⁶。同样，CEDAW 委员会在第 19 号一般性建议中指出，基于性别的暴力“削弱或否弃了妇女享有人权”，被认为是歧视，是对不受残忍、不人道或有辱人格的待遇的权利的侵犯³⁷。在医疗保健机构中，通过对妇女的非人性化对待而实施产科暴力可被视为对其人

权的损害或否弃，因此构成了歧视，侵犯了不受残忍、不人道或有辱人格的待遇的权利。

一些研究分析了女性在医疗设施受到怎样的待遇，或医疗人员如何就妇女的保健需求来理解某些临床实践，它们可以帮助阐明当前的规范公约，并作为证据识别医疗设施中发生的人权侵犯³⁸。

一项定性研究访谈了接受孕产保健服务的妇女，结果揭示，处于脆弱经济环境的妇女可能受到歧视，因为她们无法负担私人医疗保健服务，不得不在公立医院分娩并在那里忍受羞辱和虐待³⁹。这样的言语暴力和身体暴力被认为是侵害了女性的人格完整权和身心完整权⁴⁰。

女性所遭受的虐待和不尊重也构成了对于她们隐私权和获取信息权的侵犯。一些个人证言揭示了弱势妇女是如何缺乏那些适应于她们的特殊需要和利益的保健服务，或是如何在没有妇女同意的情况下出于教学目而提供服务⁴¹。在一个案例中，一名妇女报告说，她接受产科护理时，医生未经她同意便邀请学生观摩，她指出“大约十三名学生触摸我。我感到羞愧、愤怒，不得不再将脸隐藏在床单后面，不让他们看到我”⁴²。CEDAW 委员会强调了知情同意以及适当考虑妇女的看法和需求的重要性，让所提供的保健服务是妇女所接受者，并尊重于妇女的隐私权⁴³。

因此，在公共卫生设施中虐待和不尊重女性可以理解为一种政府失职，未能在男女平等的基础上保障那些与怀孕、分娩和产后保健有关的适当服务。

2004 年“人性化分娩法令”承认妇女有权参与她们所接受的治疗，而不是被视为顺从的服务对象。该法令承认了对于各种可能性医疗干预的知情权，以及对于可能性替代方案的自由选择权。法令还规定了孕妇享有受尊重待遇的权利，以及享有接受个体化和个性化医疗救助的权利，以保障她的隐私并尊重她的文化习俗。

该法令也鼓励赋权妇女主张自己的权利，权利受到侵犯时可诉之于法庭。尽管法令自 2009 年已生效，国家监察专员办

室接到的产科暴力投诉数量还是很低。在2013年，只有13例女性投诉报告⁴⁴。阿根廷承认这一较低的报告数量，还承认妇女有权及时和有效地获得司法公正，由此确立了为性别暴力的受害者设立法律辩护人并保证免费法律代理的国家义务⁴⁵。这增加了另一个合法工具，使妇女能够诉诸法院寻求法律补救，而较少担心财政障碍。

关于“VAW和人性化分娩”的法令内化了国际人权法，并规定了国家有义务保障妇女获得适当的孕产保健服务。它们还有更进一步的目标：通过让妇女了解其在卫生资源中的权利而对妇女赋权；对卫生人员施加义务；为妇女提供法律资源，以便在法院或从政府机构获得补救。

产科暴力作为一个不道德的性别成见

一些社会学研究和医学研究揭示了卫生服务人员中有着将妇女视为孩子容器的一种文化，而这种文化是不同表现形式的产科暴力的根源所在。例如，Checa于1996年对布宜诺斯艾利斯市一家公立妇产医院的产前保健服务进行了研究，显示出在服务过程中，孕妇被物化为仅是其生殖能力的表现体。Checa的研究结果揭示了深植于产前保健服务中的性别成见，并由此阻碍了妇女作为掌控其妊娠的行为主体的能力⁴⁶。

Cook和Cusack解释说，性别成见是基于“因男性和女性不同的身体功能、生物功能、性功能和社会功能而导致的男女不同的社会和文化构建”，而将模式化形象赋予某个人或某一群人⁴⁷。当性别成见被用于漠视个体的偏好或能力，并以各种方式转化为否认人权或是形成或巩固性别等级制度时，就会产生问题⁴⁸。Checa的发现有助于说明性别成见是如何极大地影响到女性，因为她们在医生的医学知识中失去了决策能力。

此外，Cook和Cusack解释说，对孕妇的性别成见强化了妇女作为母亲、弱势个体或不称职的决策者的主要社会角色⁴⁹。通过性别成见强化这些社会角色更加剥夺了她们在分娩和孕产过程中思考并表达个人观点的

决策权力。

Eva Giberti描述了性别成见对医生如何应对妇女分娩的普遍影响。她描述了一个以男性为主的医疗文化，在孕产保健中对妇女的主观感觉和兴趣缺乏理解，将妇女的反应解释为疾病，需要医疗诊断和干预⁵⁰。在这个概念下，女人被长期视为脆弱的个体或决策无能。

此外，对布宜诺斯艾利斯省的公立妇产医院的研究发现，只有42%的医疗保健人员总是将医疗程序告知妇女。这项研究还显示，30%的医护人员认为，不应该允许妇女选择自己的分娩体位，虽然他们认为这样的选择是可能的和可取的⁵¹。对妇女的分娩偏好的定性研究发现，在公共产科设施中妇女不知道可以选择分娩模式；相反，她们认为这是一个医疗决定⁵²。

这些研究反映了这样一个事实：许多医生认为没有必要告知妇女有选择的权利，也无必要考虑她们的需要和喜好。医生的性别成见将妇女的感受和体验一概而论并归为病态，剥夺了妇女决策和控制自己身体的权利。通过将妇女的需求和喜好标准化而忽视她们的个性，这种医疗文化因而裁撤了妇女对于她们所接受的保健服务的理解和决策，是在不道德地行事⁵³。

为了改变这种模式，政策建议医疗机构将孕产保健服务文化转变为提供个性化保健的模式，同时解决妇女的生理、情感和文化需求⁵⁴。

卫生人员在提供孕产保健时将妇女视为弱势个体，认为她们没有能力控制自己的身体，也没有能力去理解她们的经历，这种性别成见极大地影响了妇女。出于这种性别成见，医生认为，取消妇女对于保健服务的选择权符合她们的最佳利益。这种道德反对(ethical objection)的根源在于临床医生未将妇女尊重为有能力的道德主体，而是出于对她们的无知成见加以漠视。

结论

阿根廷一直关注国际上在解决妇女在医疗机

构中分娩或接受其他孕产保健服务时遭受的医疗滥用和虐待方面的进展和努力。“VAW法令”为阿根廷法律引入了产科暴力概念。然而，这一概念的定义仍然存在局限性，如没有确定哪些行为构成非人性化治疗、过度医疗或将自然分娩过程病态化。本文视一项管理 VAW 法令的行政法令、人性化分娩法令和医疗实践指南为文献依据，可助于补充原始法令，并更好地理解产科暴力的范围。这些文献工具也可以帮助识别 VAW 法令中的狭义定义之外的产科暴力，因为它们也承认流产背景下的产科暴力，并且认识到医疗机构阻碍妇女获取孕产保健服务也构成暴力。

法官、律师和决策者必须全面考虑产科暴力的所有方面，包括公共卫生、人权和伦理。当妇女因产科医疗而造成不可挽回的身体和精神损害时，这远远超出了单纯的医疗不当行为，代表了在制度层面的滥用和疏忽，也意味着失于正确执行孕产保健政策。法官、律师和决策者应该意识到并调查那些惯例性的不必要的创伤性医疗行为（如会阴侧切和非必要剖宫产），以及这些没有科学证据支持的例行做法对于公共卫生所构成的挑战。这些医疗行为除了侵犯权利之外，也表达出在伦理层面的失败，并揭示了医生的性别化思维模式，医生在这种思维模式之下惯常忽视妇女在接受医疗保健服务时的利益、需求和选择。因此，产科暴力的法律概念可作为一个框架，将妇女在孕产保健中所面对的那些深层次的系统性挑战明确显现出来。为了

使公众意识能够真正了解问题的深度和范围，必须采取一种考虑到公共卫生、人权和伦理观点的多面方案，让妇女在接受孕产保健服务时了解自己的权利以及自己的权利主体身份。这种倡议行动的一个方面必须是激发相关的研究，在研究中听取妇女的意见，并将其具体经验、关切点和优先事项整合起来，形成新的解决方案。在这些数据收集和定性研究的同时，应进行学术思考，考虑如何让立法和程序准则在各级水平得到贯彻实施。必须全面治理产科暴力这种不良现象的所有方面，这样有望在保障妇女获得安全和优质的孕产保健服务方面实现长期的改善，并使她们在自己的医疗保健和自身幸福中发挥核心作用。

致谢

本文基于 Herrera Vacaflor C 的法律硕士论文“阿根廷的产科暴力：改善孕产妇健康质量的医学指南和法定义务的法律效果研究”。LLM 论文，多伦多大学法律系，2015 年。

感激 2014~2015 年加拿大卫生研究所卫生法律、伦理和政策培训项目奖学金对本研究的财政支持。非常感谢 Rebecca Cook, Bernard Dickens 和 Joanna Erdman 给予本文一些重点论据的评论和指导，感谢两个匿名评论者和两个编辑的评论和社评指导。欢迎批评指正。

(王慧萍 译; 罗宏志 校)

参考文献

1. G., M. C. Y c. Hospital Luis Lagomaggiore s/ d y p, RCyS2015-III. Third Appellate Chamber on Civil, Commercial, Mining, Peace and Tax Law of the Province of Mendoza (Argentina). 2014.
2. G., L. A. y O. v. Clínica del Buen Ayre y O. National Court of Appeals in Private Law, Chamber G [NCivAppeals] (Argentina). 2012.
3. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva, F. 259. XLVI. National Supreme Court of Argentina [C.S.J.N.]. 2012.
4. WHO, Department of Reproductive Health Research. The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth, 2014 WHO/RHR/14.23.
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Mother-baby friendly birthing facilities. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2015;128(2):95-99.
6. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Washington DC: White Ribbon Alliance, 2011. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.
7. Bohren MA, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods

- Systemic Review. *PLoS Medicine*, 2015;12:1–32. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
8. Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women, article 6(e). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31632 Translation is my own.
 9. Bohren MA, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods Systemic Review. *PLoS Medicine*, 2015;12:1–32. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847> P. 21.
 10. Executive Decree regulating Violence Against Women Statute (Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women), article 6(e). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31947.
 11. Medina G. Violencia Obstétrica. In: Revista DFyP10.
 12. Law on Humanized Labor (Rights in Health Facilities during the Process of Birth), article 2(d). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 30489.
 13. WHO. Department of Reproductive Health Research. Care in Normal Birth: a practical guide, 1996 WHO/FRH/MSM/96.24.
 14. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013;7 at 9 <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4>.
 15. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>.
 16. Executive Decree regulating Violence Against Women (Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women), article 6(e). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31947.
 17. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con Todo al Aire 2. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>.
 18. Instituto de Género, Derecho, y Desarrollo. Con Todo al Aire 2. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>. P.55.
 19. Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women, article 5(1), (2), (4), (5). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31632.
 20. Organic Law on the Rights of Women to a Life Free from Violence, article 51. In: (Venezuela) Official Statute Bulletin 38668.
 21. Pérez D'Gregorio R. Obstetric Violence: A New Legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010;111(3):201–202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>.
 22. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva, F. 259. XLVI. National Supreme Court of Argentina [C.S.J.N.]. 2012. para 24.
 23. Law on Violence Against Women (Integral Law for the Sanction, Prevention, and Eradication of Violence against Women), article 6(b). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 31632.
 24. Filippi V, et al. Maternal Health in Poor Countries: the Broader Context and a Call for Action. *Lancet*, 2008; 368(9546):1535–1541.
 25. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2015;128(2):95–99.
 26. Pan American Health Organization. Neonatal IMCI. Evidence-based Interventions. Washington, DC: PAHO, 20112.
 27. Ministerio de Salud. El Cuidado Prenatal: guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 20014. (Argentina).
 28. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina: Ministerio de Salud, 201311. (Argentina).
 29. Karolinski A, et al. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2009 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.01.003>.
 30. Law on Humanized Labor (Rights in Health Facilities during the Process of Birth), article 2(g). In: (Argentina) Official Statute Bulletin 30489.
 31. Kendall T, Langer A. Critical Maternal Health Knowledge Gaps in Low- and Middle-income Countries for the post-2015 era. *Reproductive Health*, 2015;12:55. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0044-5>.
 32. Karolinski A, et al. Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2009;4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.01.003> P. 4.
 33. WHO, Department of Reproductive Health and Research. WHO Statement on Cesarean Section Rates. WHO/RHR/15.02. Switzerland: WHO, 2015.
 34. PAHO. Advierten sobre el aumento de cesáreas innecesarias en Argentina. PAHO, 2015. http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9935:advierten-sobre-el-aumento-de-cesareas-innecesarias-en-argentina-&Itemid=512.
 35. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales: información básica – Año 2013. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2014. Argentina.
 36. Méndez J. UN Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, UN Doc. A/HRC/22/53. 2013.
 37. CEDAW Committee. General Recommendation No. 19. Violence against Women. UN Doc. A/47/38/Rev.1. C. 1. 1992. para7.
 38. Erdman J. Bioethics, Human Rights, and Childbirth. *Health*

-
- and Human Rights Journal, 2015;17(1):43–51.
39. Instituto de Género. Derecho y Desarrollo. Con Todo al Aire. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. Rosario: INSGENAR-CLADEM, 2003.
 40. Instituto de Género. Derecho y Desarrollo. Con Todo al Aire 2. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. Rosario: INSGENAR-CLADEM, 2008. <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf> P. 64-65.
 41. Instituto de Género. Derecho y Desarrollo. Con Todo al Aire 2. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. Rosario: INSGENAR-CLADEM, 2008. <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>.
 42. Instituto de Género. Derecho y Desarrollo. Con Todo al Aire 2. Observatorio de Salud, Género, y Derechos Humanos. Rosario: INSGENAR-CLADEM, 2008. <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>. P. 42.
 43. CEDAW Committee. General Recommendation No. 24. Article 12: Women and Health. UN Doc. A/54/38/Rev.1. 1999. para. 22.
 44. Galimberti, Diana. Coord. Violencia Obstétrica. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia: Comité Nacional de Violencia Obstétrica, 2015.
 45. Law on Legal Representation for Gender-violence victims (Law on the Creation of a Body of Lawyers for Gender-Violence Victims), article 2(a). In: (Argentina), Official Statute Bulletin 33265.
 46. Checa S. Uso y Gestión de los Servicios de Salud Pública en la Atención del Embarazo y Regulación de la Fecundidad, 1, 1996:12–16.
 47. Cook RJ, Cusack S. Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2011:20.
 48. Cook RJ, Cusack S. Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspective. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2011. P.20.
 49. Cusack S, Cook RJ. Stereotyping Women in the Health Sector: Lessons from CEDAW. Journal of Civil Rights and Social Justice, 2010;16(1):47–78.
 50. Giberti Eva. In: Eva Giberti, Ana María Fernández, editors. Mujer, Enfermedad y Violencia en Medicina. En La Mujer y la Violencia Invisible. Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1989. p.71–120.
 51. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional. Argentina: CEDES-UNICEF, 2015.
 52. Liu NH, et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean Women: a qualitative study. Reproductive Health, 2013;10:2.
 53. Cook RJ, Cusack S, Dickens BM. Unethical female stereotyping in Reproductive Health. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 2010;109: 255–258.
 54. Largaña MA, et al. Maternidad Segura Centrada en la Familia con Enfoque Intercultural. Buenos Aires: UNICEF, 2010:42.
-

“当天空在战斗”：HIV、暴力以及岌岌可危的途径，南非

Elizabeth Mills

Research Fellow, Institute of Development Studies at the University of Sussex, Brighton, UK. Correspondence: E.Mills@ids.ac.uk

摘要：基于在南非的多地人种学实地调查，本文探究了 HIV 侵入妇女生活和身体的各种影响因素。从早先在南非和南非之外开展的有关抗逆转录病毒（ARV）规划的研究开始，拓展到探索在根深蒂固的社会-经济不平等背景下的长期为生命抗争。本文呈现了有关结构性和人际间暴力在妇女的体现以及她们相应策略性抵抗的研究结果，根据岌岌可危（precarity）概念对暴力的关联形式进行了讨论。研究通过参与者观察、参与式影像和历程图，收集语言、视觉和书面记录的资料，两部分相互交叉，追溯了岌岌可危进入妇女生活的途径。如此，人种学研究清楚地表述了结构性和人际间暴力在妇女生活中的交汇。它还揭示了妇女对自身施加“约束机制”的程度，一方面通过健康行动抵抗结构性暴力并重构她们与政府的政治关系，另一方面通过谨慎地驾驭亲密关系和独立性来转变那些激化人际暴力的性别动态。©2016 生殖健康要略 . Elsevier BV 出版 . 保留所有版权。

关键词：南非，岌岌可危，性别，暴力，HIV

引言

“仿佛天空在战斗，乌云在那里翻滚撞击，闪电划过长空。你根本不知道闪电会击在何处，HIV 也是这样。”（Zama, 2011）

在扎玛（Zama）作为 HIV 治疗教育协调员所供职的办公室外，我和她坐在车里交谈着，此时雨越来越大，击打在挡风玻璃上。我和扎玛相识已有 8 年，但也只是此刻她才开始向我谈起她感染 HIV 的经历。扎玛讲起她的青葱岁月和与她发生性关系的男人，当时的她根本没有可以说“不”的意识，也不知道如何说“不”，当然也不知道自己有性享受的权利。她所叙述的生活与我从研究报告中读到的大相径庭，这使我感到震惊。

扎玛于 2001 年被诊断为 HIV，2002 年开始接受抗逆转录病毒（ARV）治疗。随着对 ARV 潜在毒性的担心，正如南非前总统姆贝基所断言的¹，扎玛出于经历 ARV 感染的体验积极投身于一项大型的社会运动，呼吁南非政府通过公共卫生部门来提供 ARV 服务。这个运动是由一个联盟牵头的，其中

最为突出的是，“治疗行动运动”（TAC）²，扎玛及其本文中述及的妇女们这类人群构成了其生力军。

在 2010 至 2011 年我开展了人种学研究，本文就是基于该研究。此人种学的结果植根于南非对抗逆转录病毒的斗争，并且产生于聚焦在跨越整个种族隔离和反种族隔离时代中的南非国民运动的生物政治学前提下的长期政治和医学人类学研究³⁻⁶。研究结果反映了这一久远的政治和研究历史，而且有别于其他有关 ARV 治疗规划的人种学研究，这些研究是从 1996 年国际上开发出抗艾滋病病毒药物到通过国家卫生系统分发它们之间的这段时间间隔^{7,8}。从紧紧围绕与 HIV 药物相关的生命政治学的重点，此人种学聚焦于废除种族隔离政策后的南非那些 HIV 阳性妇女的日常生活。本文特别注重于 HIV 阳性妇女作为结构性暴力和人际暴力的体现者和抗争者的生活中的政治。

鉴于这样的历史背景，我认识到人种学研究的起始点：

“如果你以‘消极的极简主义’⁹为出发点，关注于在暴力、苦痛、剥夺及贫困条件下简单的生存和赤裸的生活，你对于生命的描述将极不同于，如果你设身处地以那些人们的忧患为出发点所进行的描述...我们倾向于将这些错位事件作为重点关注，付出的代价是疏忽了以‘其他的思维方式’思虑¹⁰。”

本文中的人种学研究以人们为出发点。我们的研究结果呼吁人们去关注妇女们在险恶的结构性和人际暴力背景下的体验和长期生命抗争，同时也呈现以“其他思维方式”思考了让妇女策略性地抵抗，并重构那些暴力性结构和关系的微妙方式。研究结果的陈述在结构上分为两节，结果提示：体现在妇女身上的这些直接的人际暴力形式（如性暴力和基于性别的暴力）与那些激化南非结构性暴力的更广泛的驱动因素脱不了干系。

结构性暴力这一概念最早由 Johan Galtung 提出¹¹，指的是当社会结构或社会机构阻碍了人们满足其基本需求时所造成的伤害。医学人类学家 Paul Farmer 是最早将结构性暴力整合入 HIV 研究的人之一。他写道，“许多做法是结构性的，因为它们深入到我们这个社会世界的政治组织和经济组织中；它们也是暴力性的，因为它们对人们造成了伤害”¹²。研究结果显示了 HIV 阳性妇女与她们所在社会世界中的政治和经济机构的抗争，以及这些机构对她们施加结构性暴力的方式（例如，政府拒绝提供最基本的 ARV 治疗等），同时还讨论了妇女们在人际关系中遭受暴力的直接经历。虽然“人际暴力”被广泛认同为影响到所有的性关系和社会性别，尤其是影响到那些不符合社会规范的社会性别及性关系¹³⁻¹⁵，但在本文中，这一术语特指针对妇女的暴力行为（VAW）。本文采用了联合国的 VAW 定义，即“无论是在公共场合或私人生活中，任何基于性别的，对妇女造成或可能造成身体、性或精神伤害或痛苦的暴力行为，包括威胁进行这类行为、强迫或任意剥夺自由。”^{*}

* <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>; accessed November 2015.

本文明确表述了通过 HIV 体现的两个“途径”，这两个途径反映了结构性暴力和人际暴力的交汇。在本文中，通过“岌岌可危”（precarity）概念对这种交汇加以了解释：

“[岌岌可危]是一种政治催生的状态，在这种状态下，特定人群承受着社会和经济支持网络的衰败...这类人群中疾病、贫穷、饥饿、流离失所等风险高企，且无保护地暴露于暴力风险之中。”¹⁶

我采用这个“岌岌可危”概念是出于两个原因：首先，我要强调结构性暴力对于不同群体的影响是不均衡的；其次，可突出多重形式的暴力行为与其具体表现方式之间的关系。Butler¹⁷在其最初关于“岌岌可危”的写作中辩称，国际媒体在 911 事件后，关于“恐怖分子”的叙事建构致力于表述他们“没有人性”，而未能认识到他们生活的脆弱状态；在她后来关于性别、表现和岌岌可危状态的文章中建议，将“脆弱性”用于指代一种特定状况，而“岌岌可危”这一术语则用来说明那些联合起来导致“最大化脆弱性”的各种机制¹⁶。我采用了“岌岌可危”，而不是“脆弱性”的术语，以便摆脱妇女体验的非常真实的暴力的表象，吸引人们去关注更广泛的不平等和生物权力，而正是它们的协同作用加深了结构性暴力和人际间暴力。如此一来，本文目标于揭示妇女不仅是受到相关联形式暴力影响的弱者，也是战略性驾驭她们深陷其中的岌岌可危状况的活跃主体。

方法学

“在生物技术与结构性暴力同时并存的世界局部地区，以一种复杂的、且常常是矛盾的方式造就了新自由主义化的卫生结构、道德经济和生物学，而人种学研究有助于我们对这类方式的跟踪观察。”¹⁸

本文基于我在南非和巴西多地开展的人种志研究，为了在与生物医学的生物政治相关的区域和全球形势中定位南非，以及那些和我一起工作的人的生活。我采用了视觉及参与式手段，远离特权所说的，更接近对于

人们生活中更静谧甚至是不那么显眼的空间有更多层次的理解。

我在进行一项人种学研究，探究转变中的那些与 HIV 关联的体现和政治主体性，我意识到，正如 Whyte¹⁹ 所警告的那样，我冒有掩盖生命复杂性的风险，人们的生活不只是某种单一的身份如“HIV 阳性”、“妇女”、“接受 ARV 治疗者”等。而且进一步意识到，我不仅需要去了解人们如何通过调动特定的身份来提出主张和保障资源，而且还要考虑到他们的体现的主体性也可能影响到根深蒂固的结构性暴力形式。Whyte 称，“在我们关心身份、识别以及生物医学技术和社会技术的形成效应时，可能会存在忽视健康方面的政治及经济基础的危险”²⁰。本文中的结果说明了包括结构性暴力在内的更广泛动态，不只是单一关注 HIV，而且特别汲取了在卡雅利沙人群中开展的人种学研究成果。卡雅利沙是西开普省开普敦市城区的一个半正式住宅区，横贯 45 公里的开普平原区（Cape Flats）。

除了参与式观察、非正式谈话及生活史访谈之外，我采用了一些视觉研究方法，包括参与式摄影 / 摄像演员网络映射（actor network mapping）²¹⁻²³。参与式摄影^{24,25}和摄像²⁶方法的具体操作是发给 10 名妇女（我的人种学研究中的核心研究对象）人手一台数码相机，同她们一道去记录她们觉得在自己的生活中政府未尽或尽到责任的地方。所有这 10 名妇女在过去 10 年中都曾与 TAC 打过交道，这让我可以去探究她们在 ARV 经历方面对于政府的看法，并可以进行跨组比较以及与更广泛的样本比较（我在巴西和南非还做过与接受 ARV 治疗者的 40 次访谈，与政策制定者、活动家和学者的 20 次访谈）。核心组中的所有妇女每个家庭都定期收到由政府补贴的一份不多的伤残津贴（译注：政府发放的一种社会福利金，HIV 感染者也可以申请）。6 名妇女在一家生产纸型碗的公司工作，2 名妇女是一个 HIV 组织的研究者，另外 2 名是一家社区媒体公司的治疗教育实践者。核心组中的这 10 名妇女构建了一

一套生命历程图（追溯她们从出生到现在的生活）、社交图（显示家庭关系和家庭空间等）和数码地图（在谷歌地图上叠加故事和图片）。这些方法综合在一起，让我能够超出言语诉说开展人种学研究，并通过实践^{27,28}、意识²⁹和空间³⁰中了解它们的意义所在。

本研究正式得到苏赛克斯大学的伦理批准。每位研究参与都签署了书面同意书。通过贯穿整个研究过程的多次讨论，研究参与者们表达了她们所意愿的被表述方式，哪些故事可以随便分享，哪些则绝不可以披露等。下面都是妇女们愿意与公众分享的故事，但去除了故事中所有涉及讲述者的可辨识特征信息。

“岌岌可危”的途径

在我的实地调查中所显露的“岌岌可危”其主要形式与妇女的本身脆弱性相关联，特别集中于妇女和女孩的身体成为结构性暴力和人际暴力的作用实体。探究这种“岌岌可危”与两条交互链接的“途径”，突出表现了 HIV 是如何沿着社会、经济和政治上的裂缝侵入人们的身体和生活之间。从这个意义上而言，我采用了术语“途径”结合一般健康³¹⁻³³，特别是 HIV^{34,35} 的社会流行病学方法。大体上而言，社会流行病学方法围绕三个重点领域：社会心理方法；疾病的社会生产和 / 或健康政治经济学方法；和社会生态理论及相关的多级框架。研究的结果反映了健康政治经济学方法，“明确解决健康和疾病的经济和政治因素，包括那些阻碍人们实现健康生活的结构性障碍。”^{33,p.}

下面两节探讨了“岌岌可危”体现在 HIV 通过关系网，既可经垂直途径传播给下一代，也可在性伴侣间水平传播，从而侵入妇女和女孩生活中。

“所以，我的宝宝也染上 HIV”：岌岌可危的垂直途径

妊娠之后的分娩、孩子可能患病和夭折，就像晴天霹雳，妇女们由此获悉自身的 HIV 状况。本研究中的妇女在上世纪 90 年代和本

世纪的初始获知了自身及其孩子的 HIV 状况，而当时南非的公立部门还没有治疗及预防 HIV 垂直传播的方法（以下称 PMTCT，即预防母-婴传播）。在南非 2003 年开展 PMTCT 前所进行的研究表明，HIV 阳性儿童在得不到这种治疗的情况下有近 1/3 在其生命的头 5 年中夭折³⁶。

尽管政府最初承诺去确立奈韦拉平（nevirapine）（低资源条件下 PMTCT 方案的最基本药物³⁷）的有效性，但限制在公共卫生部门供应³⁸。在 2001 年，由各协会和公民社会成员组成了一个联盟，其中包括“拯救我们的宝宝”和“治疗行动运动”（TAC）[†]，向比勒陀利亚高等法院提请去除对于公共部门提供奈韦拉平的限制。庭审结果是赢了，但遭遇上诉，而且是两次。第二次上诉被驳回后，国家 PMTCT 规划最终于 2003 年启动³⁹。本节描绘了政府失于全面开展有效 PMTCT 的后遗症，并且提示这种过失构成了对于妇女和儿童的结构暴力，直至今仍体现在她们身上。

布伦达（Brenda）生于 1979 年，在其学业的倒数第二年有了身孕。她的伴侣告诉过她说自己是 HIV 阳性，然而这种披露并无多大意义，因为当时的她对 HIV 一无所知：“他是我的第一个男友，所以我们就没用避孕套。当时我不了解 HIV。那还是 1999 年。所以，男友说他是 HIV 阳性，就像是说了个笑话。”

布伦达家在东开普省的一个偏远村子，地理位置决定了她难以接触到可用的 HIV 信息和卫生服务。不了解 HIV 的传播途径（本例中是经由无避孕套保护的性交），也不知道预防垂直传播的治疗手段，布伦达没可能阻止病毒进入她的身体或她孩子的身体。结果，她的第一个和第二个孩子均死于 HIV。

米里亚姆（Miriam）在她的笔记本上写下了她年轻时的故事，而不是说出来。笔记本在她与我之间传递，就像是一场无声的交谈。米里亚姆出生于 1979 年，为了照顾妈妈，

她被迫在其毕业考试之前三个月中止了高中学业。回到妈妈家后，她发生了自己的第一次性关系，然后于 1997 年像布伦达一样有了身孕。由于不知道 HIV 的传播方式，而且也不可能得到治疗，米里亚姆也未能保护自己 and 女儿妮娜（Nena）免于感染 HIV。妮娜出生时正值她母亲死亡，一边是母亲的逝去，一边是女儿的新生命，米里亚姆写下了她在生与死之间的伤悲。她决定带着女儿离开位于东开普省中心地带的破败诊所，搬往开普敦市区的医疗中心。她女儿在那里得到了很好的，虽然是迟来的医疗救治。像布伦达一样，米里亚姆在 1998 年女儿检出 HIV 阳性时获悉了自己的 HIV 状况。

让 HIV 得以侵入布伦达和米里亚姆的生活并侵入她们孩子身体的途径阐释了结构性暴力的动态，其在两个方面联系于社会流行病学和岌岌可危状态。首先，公共卫生系统未能将基本的公共卫生资源（如 HIV 信息、避孕套和卫生保健）传递到偏远农村地区，而置她们“暴露于疾病高风险之中”；其次，政府未能提供预防母-婴垂直传播的治疗手段而致产生“政治性催生的岌岌可危状态”。早年间南非的 HIV 研究，如对于矿工的研究⁴⁰，同样发现感染不只是简单的个体风险，而且有着一系列广泛的社会、政治和经济决定因素。布伦达和米里亚姆后来都生育了健康的婴儿，但妮娜（米里亚姆的第一个孩子）却患上严重的认知功能障碍。米里亚姆还在继续等待着妮娜能进入一所特殊小学。符合 Fassin⁷ 人种学研究的具体记忆，妮娜以及许许多多 2003 年之前出生的孩子证明了由于延误治疗和拙劣卫生保健，使南非乡村持续存在岌岌可危的状态。

“在这个国家里当女孩太艰难了”：岌岌可危的水平途径

就像拍立得照片会随着时间和光照越发清晰，那些参与研究的妇女以及她们之前和之后一代又一代的女孩所遭遇的人际暴力的泛滥，随着我的实地调查进程而鲜明凸显。一项横向研究在南非东开普省和夸祖

[†] <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.html#fn5>

鲁-纳塔尔省的三个行政区访谈了 1 738 名年龄在 18~49 岁的男性⁴¹。该研究发现，在所有这些男人中 27.6% 曾经强奸过某个妇女或女孩，14.3% 报告强奸过现伴侣或前伴侣，11.7% 强奸过某个熟人（非伴侣）或陌生人，9.7% 既强奸过伴侣也强奸过陌生人。在所有接受访谈的男人中，近半数（42.4%）对亲密伴侣有过身体暴力行为。同样，于 2002~2006 年间在东开普省开展的一项集群随机对照试验纳入了 1 099 名年龄 15~26 岁的妇女，其纵向分析结果确凿地显示，关系上的权力不平等与亲密伴侣间的暴力行为有着因果关联，而且年轻南非妇女感染 HIV 的风险增高⁴²。

如前所诉，在应用“岌岌可危”概念时，我试图避免将妇女们的“风险”与她们作为弱势群体的暴力经历联系起来。我之所以这么做，是为了让造成妇女所受各种形式暴力的不平等的原因更加清晰可见。下面所讨论的结果并不寻求去表现性暴力与 HIV 的因果关系，相反，她们陷入“泥泞的中间地带”，因为妇女在她们的性伴侣和代际关系中，处于亲密和胁迫之间。本节中还用活生生的人来替代冰冷的数字，寻求挑战那些无处不在的霸权话语，将黑人妇女定位“脆弱的”，而认识不到妇女为勉力摆脱岌岌可危状态而采用的那些微妙但让人担忧的策略。这如同 de Certeau 提出的“将就”（making do）概念⁴³，妇女们要在各种复杂的格局中同时地体现、抵抗并身体力行岌岌可危状态，并不能直接了当地将妇女假定为“当然的可怜虫”或“自主的主体”⁴⁴。

强奸盛行

那是在布伦达怀第 3 胎的时候，她给我看了一张照片。照片中，她奶奶坐在屋外的一张长凳上，手臂张开搂着她两个曾孙女的柔细双肩，两个小女孩衣服破旧，露出了擦伤的膝盖，两眼茫然地望着镜头。布伦达手点着屏幕，移动着亲人的面孔，语调急促地问我是否知道“那个老师...就是上过 Vukani[一份当地报纸]的那个...他在卡雅利沙强奸了

30 个孩子。这俩孩子也被他强奸过”。她的手仍在点着屏幕上的奶奶和侄女，那是她的前辈和后辈们。我把我的手放在她的手上。我们肩挨着肩，沉默坐着。后来，她带着一份产前检查报告前来，“是个男孩”。再后来回到卡雅利沙时，布伦达说，“很高兴是个男孩。在这个国家里做个女孩子实在是太艰难了。”

莉莉安（Lilian）在还是布伦达侄女那个年龄的小姑娘时，父母就撇下了她，让她与陌生人住在一起。莉莉安于 1972 年出生于约翰内斯堡，她在迫使政府提供 PMTCT 的 TAC 运动中冲锋在前，她代表 TAC 作证时，她的书面证词在法院审理中被采纳为证据。随着时间流失，莉莉安在 2011 年制作了一份自己的生命历程图。图的左上角标注的是 40 年前她的出生日期，生日的旁边她写下了整个孩童时代因缺失父母保护而承受的虐待。当时的生活状况体现了岌岌可危的状况，并形成恶性循环：她的父母为了抗争种族隔离时代的结构性经济暴力外出寻找工作，而把她留给了陌生人。在没有任何保护的情况下，莉莉安遭受了这些陌生人的虐待和强奸，在她设法逃离他们后又遭到亲戚的强奸，只好再次逃离。由于没有任何社会或经济依靠，她流离于街头，进入了一种充满虐待的性关系，并于 1999 年怀孕。同布伦达当初一样，她的孩子病得很重，孩子出生后的头一年她几乎就是在进出医院中度过，直到 2000 年 6 月孩子夭折。在 2000 年孩子检出 HIV 时她获知自己是 HIV 阳性。

在莉莉安生命历程图的右上角是一张黑白的妊娠扫描图，从中可看到胎儿轮廓。在扫描图旁边，她写道“怀着我的女儿”。这个顶部图像下方是一排 3 张图片，反映了她投身于行动主义的进程。第一张是候诊室中一位怀抱孩子的妇女；第二张是一个撒满鲜花的坟墓，旁边写着“孩子的死亡让我成为一名积极分子”；从第二张图片引出一个箭头连向第三张人们排队的图片，图片旁的说明为“1999 年。寒冷中排队等待投票，期待‘更

好的生活’”，同时有个箭头回指代表着夭折女儿的坟墓照片，写着“只不过是失望”。

这些描述表明了莉莉安的信念：民主政府与她及孩子的生存能力息息相关；“生命政治”反复坚定了她的信念，政府应当建立一种“更美好的生活”来改善岌岌可危状态，让她的孩子免于 HIV 感染，并让她自己得到 ARV 治疗。因此，她要去挑战，针对那些民主政府应负责任的使她遭受的结构性暴力的问题、针对政府在预防 HIV 垂直传播上的不作为而造成的脆弱性局面发起挑战，这是她之所以成为一名行动主义者的根本所在。莉莉安如今有了一个小儿子，她表示这是她作为一名积极分子通过迫使政府提供 PMTCT 而终结特定形式的结构性暴力（具体体现在她自身及其孩子面对 HIV 的脆弱性）的一个“鲜活证据”。

回避 Shweshwe：驾驭风险和愉悦

我家里有个鲜红色的 Shweshwe（一种非洲染色棉布）碗，是米里亚姆制作的。里面装着从一个 LGBTQ 组织免费得到的避孕套、女用避孕套和润滑剂，上有彩虹图案以及诸如“同性恋恐惧不是非洲方式”之类的词句。本研究中的妇女都了解避孕套和女用避孕套，她们对于润滑剂更感兴趣。她们想要润滑剂，但是又不喜欢那些包装上的信息，为此犹豫不决。我以为也就这样了，但随后发现所有包装都不见了。此后便形成了一种心照不宣的默契：我总是在碗里装满润滑剂小袋，而妇女们总是拿走它们。几周后，米里亚姆告诉我，她认为润滑剂是一个了不起的发明。

这个小插叙体现了在我的实地调查中显现出的一种更广泛的矛盾关系：妇女们一方面享受性和亲昵，但在另一方面却发现难以同她们的伴侣就实际的性事进行协商。有三种情况特别有助于“岌岌可危”的垂直传播途径，由此关联于妇女在与男性性关系中的体现的风险。首先，核心组中的大多数妇女感觉无法坚持与她们伴侣进行安全性行为；其次，她们发现难以协商性交的频率；第三，

她们试图在渴望亲密关系与渴望伴侣提供的支持之间寻求平衡，尤其是挣扎于还知道伴侣有着另外的性关系。这些状况凝聚在一起，进入体现岌岌可危的水平传播途径，因为伴侣还有与其他多个性伴发生无保护性性行为，这样一来，不安全的性行为让妇女们冒着感染新 HIV 株系，并产生病毒对 ARV 的抵抗的风险。

加入我的实地调查工作后几个月，莉莉安告诉我说发现她的伴侣还同其他妇女有性关系，到实地调查结束时她已经相当恼怒了。她不愿意忍受伴侣的不忠，便结束了他们的关系。米里亚姆的伴侣萨姆克罗（Samkelo）也有多重性关系，这是在查阅他的手机短信时发现的。米里亚姆为此质问时，萨姆克罗则表示米里亚姆是他的唯一，而且上次检测（2005 年）时也是 HIV 阴性。他不认为自己有再次检测的必要，而且觉得在无保护性交中是他而不是米里亚姆有感染风险。因为这些理由，他也拒绝使用避孕套。在米里亚姆心里，她是为了自己和孩子的生活中能留住他，而被迫同他性交，但总是担心会染上其他类型病毒并形成对于 ARV 的抗药性。

米里亚姆与萨姆克罗各自分开居住，儿子 Khanyo 同他父亲萨姆克罗住在一起，学校在米里亚姆家的对面。米里亚姆让儿子在那里上学是一种策略，意在逼迫萨姆克罗承担起父亲的责任。这样的手段也分担了米里亚姆对两个孩子的经济负担，而且让她维持经济独立并协商双方接触频率。

我最初是在米里亚姆的生日时得知萨姆克罗的。就像布伦达及其他核心组妇女一样，米里亚姆也有一台她自己用来拍照的相机。那天，米里亚姆邀我一起浏览她最近拍摄的照片，并指给我看她一位朋友的裙子布料。那是一种精致的蓝底白条图案，称作 Shweshwe，提示穿戴者已婚。米里亚姆告诉我说她永不结婚，因为“男人一旦结婚都会耍威风。我要是结了婚，科萨人传统都会要我的命。这就是你从未见过我穿 Shweshwe 的原因”。决意脱离于婚姻，米里亚姆得以

与妮娜坚持住在自己家里，而与萨姆克罗保持性关系则让儿子的父亲留在孩子的生活中并分担为人之父的责任。

核心组的 10 名妇女中有 8 位与伴侣各自分开居住。挣自己的钱，住自己的房子或与父母一起居住，这是这些妇女的中心策略，权衡她们对亲密和伴侣关系的欲望与担心亲密关系给她们身体及生活带来的风险之间的关系。不过布伦达是与伴侣居住在一起，因此她采用了不同的策略来协商坚持规避无保护性交。

布伦达在预订的剖宫产日之前做了最后的医院检查，之后我们驾车回她的住所。途中经过“三千”，这是一种小房间那么大的金属小屋，售价 3 000 兰特（205 美元）。此时布伦达对我说这将是她的最后一个孩子。她的伴侣是 HIV 阳性，但又不愿意使用避孕套。因为是住在伴侣家而不是她新近购买的“三千”里，她觉得无法坚持使用避孕套。她的房款还没有还清，所以租给了表亲以筹集最后一批付款。面对这种缺钱又难以在性关系上协商的困难处境，她的应对策略是进行输卵管结扎来防止妊娠。布伦达在他儿子 Mpilo 出生前做出的这一决定，是出于规避伴侣固执于不安全性交给她带来的压力。然而，这并不能保护她自己免于感染其他类型的 HIV，而且形成 ARV 抗药性的风险更高。

从静态的暴力描述到动态的岌岌可危

就像 HIV 运动本身一样，此人种学研究的重点关注点也从严格限于同 AIDS 治疗药物相关的政治生活，拓展到广泛聚焦全面展开 ARV 之后的后南非后种族隔离时代的 HIV 阳性妇女的日常生活。南非最新的研究证实，高失业率以及由此而来的食物短缺持续影响着 HIV 阳性个体及家庭的生活质量⁴⁵⁻⁴⁷。在南非之外，如在巴西⁸、莫桑比克⁴⁸、肯尼亚⁴⁹和坦桑尼亚¹⁰开展的有关 ARV 规划的人种学研究，也同样提及了“生命是活着的”以表示单纯的 ARV 并不足以保证增加权能的生活。

本研究探究了 HIV 阳性妇女“生命是活着的”的生存环境，尤其是通过岌岌可危的两条途径清楚地表达了暴力动态。虽然研究所观察的结果并不具有广泛代表性，但反映了一个更广阔的研究领域，包括探索了 HIV 沿着性暴力及基于性别的暴力侵入妇女生活的途径^{50,51}。以这些研究为基础，结果提示了结构性暴力和人际暴力之间交互关联的动态，并且指出了一些政治、社会和经济结构成为多种形式的岌岌可危的体现。“换句话说，“岌岌可危”状态在词源学上就不符合某种状态的静态表述，它所涉及的是社会不公的一种动态关系。”⁵²

另外，研究的结果不仅透过结构性暴力和人际暴力的镜头反映了社会不平等的动态，还提示了妇女们在其中的作用：她们运用一个“约束机制”，一方面去抵抗结构性暴力并重构与政府的政治关系（通过行动主义呼吁获取 AIDS 治疗药物），另一方面去转变那些激化人际暴力的性别动态（通过谨慎地驾驭性关系和独立性）。因此，暴力侵入妇女生活的岌岌可危的途径揭示了在“向下作用”的结构和“向上作用”的主体之间存在一个模糊的中间地带。从这个中间地带显现出三个结论。

首先，研究提示，重点着眼于同人际暴力关联的性别不平等，会将责任归咎于个体（主要是男人），而未能认识并解决男女双方所在的社会、经济和政治“生态系统”⁵³。以流行病学术语将 HIV 传播全然归因于人际间的性别暴力，其本身就失之于考虑其中复杂的途径，妇女们在极端困难的社会-经济背景之下，驾驭她们性关系中的欲望和风险。在这一方面，此人种学研究发现妇女们通过分开居住、工作并建立自己的经济独立性而机巧地（有时是顶着极大的困难）同男人们协商她们的亲昵关系。这不是一个能通过声称主体权利或屈从于相互交联的结构性不平等所能解决的简单事情。在这里，此结果挑战了那些只将主体放到结构的关系中而无视两者之间的“空间”的结构理论。

如我们所见，布伦达虽然享受于她与伴侣的性关系，但她感觉对于在性关系中坚持使用避孕套无能为力，原因在于她得依靠伴侣有个安身之所。如果从这个角度来考虑她决定让“输卵管结扎”在照片中曝光，似乎布伦达的生活符合一个经济上依赖他人，在不平等的关系中商讨性事的妇女进行挣扎的故事。这样的故事可能被理解为一种交易：付出性，换取一个住所，但这是不准确的。布伦达决定结扎输卵管是一种谋略，就如同她选择住在伴侣家一样，都是有意识的（虽然是迫不得已的）决定。回头看看前面的表述中 HIV 侵入妇女身体的多重途径，我们不仅看到了社会-经济结构“使得女孩子在这个国家里生活艰难”，还看到了妇女们沿着这些途径，采用各种的策略手段，为她们孩子寻求医疗救治、建立自身的经济独立性，以及权衡性关系中的风险和欲望。在这个意义上，这些研究成果为“赋权”提出了一种不同的解读，在这种解读之下，妇女们并不需要发展行动者们去“解救”，而是（或许是）需要在她们面对顽固性不平等和持续性结构暴力小心翼翼驾驭艰难处境时给与认同和支持⁴⁴。此外，正如在其他地方讨论的，妇女不仅在她们的社会关系和性关系中发挥了约束机制，而且在她们与政府的政治关系中成为非常活跃的积极行动主义者。

其次，单一地关注人际暴力有可能推动一种有问题的二元式解构，在其中妇女们被定位于被动的受害者，而男人则被认定为主动的施暴者^{cf.55,56}。在性权利和性多样性的研究¹⁵中，和有关男性在集体行动解决性和性别为基础的暴力（SGBV）问题中的积极作用⁵⁷，以及有关霸权男性气概对于男女双方的有害影响⁵⁸等研究中，越来越认识到这种二元论存在问题。

性别不平等及其在女孩和妇女生活中残酷的性暴力表现是我的实地调查所发现的一个突出特色。流行病学明确断定了性别不平等与妇女群体高于男人的 HIV 感染

率之间存在着关联，虽然我依然会正视这种流行病学解释的局限性，但不会去质疑这种关联。事实上，在我的研究中部分立论依据就在于多重及相互交织的不平等，用流行病学的术语来说就是这些不平等看上去驱动了 HIV 侵入妇女的生活和身体。这一点在 2008 年表现得最为惊人，当时南非年轻妇女 HIV 阳性率是同年组男性（20~24 岁）的 4 倍⁵⁹。后来该年龄组的总体患病率逐渐减低，但患病率的性别特征保持不变，年轻妇女 HIV 阳性率依然高于同龄男性⁶⁰。

我试图去理解这些数字所蕴含的意义，偶然发现了一些研究将这些统计数据与性暴力联系起来的研究，如标题为“AIDS 有着一张女性的面孔”⁶¹或“天使的烦恼”⁶²之类文章频繁出现在探究这种关联的各种研究中。其他一些研究则提示，性暴力及其与 HIV 的关系出现在非无处不在且错综复杂的各种不平等的背景之下，在那里性别、性、种族和阶级强力交汇而加深了贫穷黑人妇女的脆弱性^{13,63}。在南非⁶⁰，后来在非洲大陆，如塞拉利昂⁶¹，观察到了这种情况，那里同世界绝大多数地方一样，生命和生计通过情感和亲密关系应对物质上困境。

第三，通过重视结构性暴力和人际暴力之间的联系，更有可能直接分析和政策关注国家机构在持续存在的结构性暴力中所起作用。单一性聚焦于人际暴力会偏于“谴责”男人或“暴力文化”，有掩盖更广泛的影响因素背景的风险。政府可通过训练技术或提供 HIV 治疗药物，让躯体恢复健康，而影响到个体或群体的身体⁶⁴；而且结果还显示政府的缺席同样对人们的身体发挥着影响。对米里亚姆而言，在东开普省是不存在政府（尽管它确实存在于许多妇女的生活中），因此未能提供最基本的 ARV 治疗，而这种治疗原本可以防止 HIV 进入她女儿的身体，原本可以不让女儿生命一开始就挣扎在死亡线上。政府的缺失还见于那些暗中把责任转嫁给妇女，她们需要为那些生活在偏远地区不能获得卫生保健的亲属，或是为那些虽

然存在可就医而且运转良好的卫生中心但是无法获得维持生命的基本药物的人，去提供没有报酬的护理。

综上所述，研究提示，成功的政策性干预需要认识到那些存在于政治和社会制度中并通过个人层面的人际关系显现暴力政治和动态。人种学研究进一步揭示了更密切地关注个体在何处及以何种方式经历岌岌可危状态的价值是支持机构并谈判她们生存所忧虑的环境。将有关性别、暴力和 HIV 的研究放到某个中间地带，置于将“结构性暴力”概念化为“自上而下”¹²，或将“抵抗”概念化为“自下而上的全球化”⁶⁵两者之间，

从而更有可能识别出妇女体现并抵抗的岌岌可危状态的途径。

致谢

感谢 Hayley MacGregor 博士和 Melissa Leach 教授的学术支持。感谢 Nondumiso Hlwele 非常宝贵的深刻见解和研究支持。感谢我在实地调查中结识的所有人，让我进入她们的世界，她们也进入了我的心。本研究由英联邦奖学金和奥本海默纪念信托基金（Oppenheimer Memorial Trust）资助。

（罗语嫣 译；贾孟春 审校）

参考文献

1. Gevisser M. Thabo Mbeki – The Dream Deferred. Cape Town: Jonathan Ball Publishers, 2008.
2. Fox AM. South African AIDS activism and global health politics. *Global Public Health*, 2014;9(1-2):121–123.
3. Mills E. HIV Illness Meanings and Collaborative Healing Strategies. *Social Dynamics*, 2005;31(2):126–160.
4. Gobodo-Madikizela P, Ross F, Mills E, Peace WW. Women's Contributions to South Africa's Truth and Reconciliation Commission: Women Waging Peace Policy Commission. 2005.
5. De Paoli MM, Grønningsæter AB, Mills E. HIV/AIDS, the disability grant and ARV adherence. In: Summary report FAFO. Oslo: FAFO, 2010.
6. Mills E. 'You Have to Raise a Fist!': Seeing and Speaking to the State in South Africa. *IDS Bulletin*, 2016;47(1).
7. Fassin D. When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa. Los Angeles: University of California Press, 2007.
8. Biehl J. Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival. Princeton University Press: Princeton, 2007.
9. Thin N. "Realising the substance of their happiness: How anthropology forgot about Homo gausius." *Culture and well-being*, 2008:134–155.
10. Marsland R, Prince R. What Is Life Worth? Exploring Biomedical Interventions, Survival, and the Politics of Life. *Medical Anthropology Quarterly*, 2012;26(4):453–469.
11. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 1969;6(3):167–191.
12. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, et al. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, 2006;3(10):e449.
13. Jewkes R, Morrell R. Sexuality and the limits of agency among South African teenage women: Theorising femininities and their connections to HIV risk practises. *Social Science & Medicine*, 2012;74(11):1729–1737.
14. Butler J. *Undoing gender*. New York; London: Routledge, 2004. viii, (273 pp.).
15. Lalor K, Mills E, Sánchez García A, et al. *Gender, Sexuality and Social Justice: What's Law Got to Do with It?* 2016.
16. Butler J. *Performativity, Precarity and Sexual Politics*. *Antropólogos Iberoamericanos en Red (AIBR)*, 2009.
17. Butler J. *Precarious life: the powers of mourning and violence*. London; New York: Verso, 2004. xxi, (168 pp.).
18. Biehl J. *The Activist State: Global pharmaceuticals, AIDS and citizenship in Brazil*. *Social Text*, 2004;22(2).
19. Whyte SR. Chronicity and control: framing 'noncommunicable diseases' in Africa. *Anthropology & Medicine*, 2012;19(1):63–74.
20. Whyte SR. Health Identities and Subjectivities. *Medical Anthropology Quarterly*, 2009;23(1):6–15.
21. Dennis SF Jr., Gaulocher S, Carpiano RM, et al. Participatory photo mapping (PPM): Exploring an integrated method for health and place research with young people. *Health & Place*, 2009;15(2):466–473.
22. Kolb B. Involving, Sharing, Analysing – Potential of the Participatory Photo Interview. *Qualitative Social Research*, 2008;9(13).
23. Prins E. Participatory photography: A tool for empowerment or surveillance? *Action Research*, 2010;8(4):426–443.
24. Allen Q. Photographs and stories: ethics, benefits and dilemmas of using participant photography with Black

- middle-class male youth. *Qualitative Research*, 2012; 12(4):443–458.
25. Poletti A. Coaxing an intimate public: Life narrative in digital storytelling. *Continuum*, 2011;25(1):73–83.
 26. Kindon S. Participatory Video. Editors-in-Chief: In: Rob, Nigel, editors. *International Encyclopedia of Human Geography*. Oxford: Elsevier, 2009. p.96–101.
 27. Cornwall A, Gaventa J. From users and choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy. In: *IDS Working Paper 127*.
 28. Kleinman A, Kleinman J. How Bodies Remember: Social Memory and Bodily Experience of Criticism, Resistance, and Deligitimation Following China's Cultural Revolution. *New Literary History*, 1994;25(3):707–723.
 29. Csordas TJ. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press, 1994.
 30. Galvao J. Brazil and Access to HIV/AIDS Drugs: A Question of Human Rights and Public Health. *American Journal of Public Health*, 2005;95:7.
 31. Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, et al. Contemporary Epidemiology: A Review of Critical Discussions Within the Discipline and A Call for Further Dialogue with Social Theory. *Sociology Compass*, 2016;10(2):153–171.
 32. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social epidemiology*. Oxford University Press, 2014.
 33. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 2001;30(4):668–677.
 34. Rhodes T, Wagner K, Strathdee SA, et al. Structural violence and structural vulnerability within the risk environment: theoretical and methodological perspectives for a social epidemiology of HIV risk among injection drug users and sex workers. In: *Rethinking social epidemiology*. Springer, 2012. p. 205–230.
 35. Harling G, Ehrlich R, Myer L. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 2008;66(2):492–505.
 36. Richter L, Stein A, Cluver L, et al. Infants and Young Children Affected by HIV/AIDS. In: Rohleder, Swartz, Kalichman, Simbayi, editors. *HIV/AIDS in South Africa 25 Years On: Psychosocial Perspectives*. New York: Springer, 2009.
 37. Palumbo P, Lindsey JC, Hughes MD, et al. Antiretroviral Treatment for Children with Peripartum Nevirapine Exposure. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(16):1510–1520.
 38. Nattrass N. *Mortal Combat: AIDS Denialism and the Struggle for Antiretrovirals in South Africa*. Durban: University of Kwa-Zulu Natal Press, 2007.
 39. Heywood M. Preventing Mother-to-Child HIV Transmission in South Africa: Background Strategies and Outcomes of the Treatment Action Campaign Case against the Minister of Health Current Development. *South African Journal on Human Rights*, 2003;19:278.
 40. Campbell C. Migrancy, masculine identities and AIDS: The psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Social Science & Medicine*, 1997;45(2):273–281.
 41. Jewkes RK, Sikweyiya Y, Morrell R, et al. Understanding Men's Health and Use of Violence: Interface of Rape and HIV in South Africa. In: . *MRC Policy Brief, 2009 (Report No)*.
 42. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010;376(9734):41–48.
 43. De Certeau M. *The Practice of Everyday Life*. University of California Press, 1984.
 44. Jones RB. Creating Postcolonial Visual Pedagogy. In: *Postcolonial Representations of Women. Explorations of Educational Purpose*, 18. Netherlands: Springer, 2011. p.195–219.
 45. Le Marcis F. Struggling with AIDS in South Africa: The Space of the Everyday as a Field of Recognition. *Medical Anthropology Quarterly*, 2012;26(4):486–502.
 46. Vale B, Thabeng M. Redeeming Lost Mothers: Adolescent Antiretroviral Treatment and the Making of Home in South Africa. *Medical Anthropology*, 2016(just-accepted).
 47. Cluver LD, Hodes RJ, Toska E, et al. 'HIV is like a tsotsi. ARVs are your guns': associations between HIV-disclosure and adherence to antiretroviral treatment among adolescents in South Africa. *AIDS*, 2015; 29:S57–S65.
 48. Kalofonos IA. 'All I Eat Is ARVs'. *Medical Anthropology Quarterly*, 2010;24(3):363–380.
 49. Prince R. HIV and the Moral Economy of Survival in an East African City. *Medical Anthropology Quarterly*, 2012; 26(4):534–556.
 50. Russell BS, Eaton LA, Petersen-Williams P. Intersecting epidemics among pregnant women: alcohol use, interpersonal violence, and HIV infection in South Africa. *Current HIV/AIDS Reports*, 2013;10(1):103–110.
 51. Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: Reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2013;69(s1):20–26.
 52. Fassin D. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. University of California Press, 2011.
 53. Heise LL. Violence against women an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 1998; 4(3):262–290.
 54. Giddens A. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

-
55. Cornwall A. Spending Power: Love, Money, and the Reconfiguration of Gender Relations in Ado-Odo, Southwestern Nigeria. *American Ethnologist*, 2002;29(4): 963–980.
 56. Cornwall A. Women's empowerment: What works and why? In: WIDER Working Paper 9292308254.
 57. Mills E, Nesbitt-Ahmed Z, Diggins J, et al. 'They Call Me Warrior': The Legacy of Conflict and the Struggle to End Sexual and Gender-based Violence in Sierra Leone. IDS, 2015.
 58. Edström J, Hassink A, Shahrokhi T, Stern E. Engendering Men: A Collaborative Review of Evidence on Men and Boys in Social Change and Gender Equality. IDS, 2015.
 59. Johnson LF, Mosong J, Dorrington RE, et al. Life Expectancies of South African Adults Starting Antiretroviral Treatment: Collaborative Analysis of Cohort Studies. *PLoS Medicine*, 2013;10(4):e1001418.
 60. UNAIDS. A. Info. South Africa HIV prevalence. 2015.
 61. Annan K. In Africa Aids Has a Woman's Face. In: *Women and Environments International* 49–50.
 62. Lather P, Smithies C. *Troubling the angels: Women living with HIV/AIDS*. Westview Press, Inc., 1997.
 63. Dworkin SL, Colvin C, Hatcher A, et al. Men's Perceptions of Women's Rights and Changing Gender Relations in South Africa Lessons for Working With Men and Boys in HIV and Antiviolence Programs. *Gender and Society*, 2012;26(1):97–120.
 64. Rose N. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press, 2006.
 65. Robins S. AIDS, science and citizenship after apartheid. In: Leach, Scoones, Wynne, editors. *Science and Citizens Globalisation and the challenge of engagements*. London: Zed Books, 2005.

是否应当将与暴力问题*相关的服务整合到人工流产服务中? ——英国案例分析

Loveday Penn Kekana,^a Megan Hall,^b Silvia Motta,^c Susan Bewley^d

a Lecturer, Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

b Foundation Doctor, c/o Women's Health Academic Centre, King's College London, London, UK

c Midwife, Division of Women's Health, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

d Professor of Women's Health, Women's Health Academic Centre, King's College London, London, UK. Correspondence: susan.bewley@kcl.ac.uk

摘要: 全球内针对女性的暴力行为时有发生, 这种情况引发了各界对于将人际暴力 (IPV) 服务整合到人工流产服务的适宜性及可行性进行了讨论。通过检查英国伦敦的一个自治区当前提供的各项服务及内容, 以及状况分析, 探讨了将现有的、综合性、基于健康的服务 (包括提升意识、对工作人员进行常规人际暴力咨询和转诊到社区为基础人际暴力服务部门的服务培训, 以及转诊) 转入各个人工流产服务中心的设想。我们基于四种来源的定性资料研究了各方对于服务整合的看法: 对关键利益相关方的深入采访, 包括人工流产和人际暴力服务提供者、专员和曾做过人工流产的人际暴力受害者 (3 位接受人工流产服务妇女, 以及 15 位人工流产服务提供者); 对现有的无论是否经历过人际暴力的做过人工流产妇女所开展的一项开放式调查进行的定性分析; 源自于一项互动式座谈会的反馈以及源自于实地观察的资料。虽然所有的调查对象都认为那些经历了人际暴力并且寻找人工流产的女性均未得到识别和解决她们的需求, 但对如何进行干预以解决这些需求仍充满争议。因此, 有待我们解答的实际问题是: 是否、何时以及如何提出人际暴力这个话题, 以及我们应当提供哪些服务。存在两大顾虑: 中断一个适合大部分患者和工作人员的流水线式的人工流产服务所带来的现实问题, 以及对让寻求人工流产的妇女背上“危机受害者”污名的顾虑。因此, 我们的结论是: 在将人际暴力干预举措整合到人工流产服务中时, 需要考虑当地环境、服务整合的途径以及女性的安全性与能动性等因素, 尤其是当人工流产权利饱受攻击之时。我们需要引入和研究各种创新的方法及途径。©2016 生殖健康要略. Elsevier BV 出版. 保留所有版权。

关键字: 针对妇女的暴力行为, 人际暴力, 家庭暴力, 性暴力, 人工流产提供者和服务, 调查, 访谈研究, 状况分析, 英国

引言

针对妇女和女孩的暴力和施虐行为在全球范

* 在本项目实施周期内, 在地方、国家和国际层面上, 所使用的语言和术语不断发生着变化。由于人工流产仅对妇女和女孩造成影响, 故我们没有使用 VAWG (针对妇女和少女的暴力行为) 以及 GBV (基于性别的暴力行为) 这两个术语, 而是使用了更为宽泛的“人际暴力 (IPV)”这一术语; 后者既包含了家庭暴力与性暴力, 同时亦涵盖了那些可能与人工流产产生交集的其它暴力形式 (比如人口拐卖或“基于名誉的暴力”)。如果特定的服务、政策或文件中有相应的描述, 则我们亦会使用相应的其它术语。

围内时有发生, 并带来了健康、刑事司法和财务方面的种种影响¹⁻⁴。人际暴力 (IPV) 正日益成为各种原本可以避免的死亡和致病的元凶⁵⁻⁸。在各种国际性讨论当中, 某些主管部门建议对所有的育龄妇女进行人际暴力的筛查, 因为性与生殖健康服务为多重机构联合干预提供了一个绝佳的设置⁹⁻¹¹。其它人士则以缺乏改善妇女结局的实证为由提出相反观点^{2,12,13}, 并建议对卫生工作者进行培

训，使其对相关迹象保持警惕²，提供安全的倾述环境，并尝试跨越健康和社会关爱相关的途径¹²。因此，基于卫生部门的人际暴力干预目前依然处于初级阶段^{14,15}。

根据近期开展的一项系统性评估，我们发现寻求人工流产的妇女当中普遍遭遇过人际暴力，并且大多经历过多次人工流产¹⁶。荟萃分析显示：去年全球人工流产女性遭遇人际暴力的发生率从2.5%上升至30%；一生当中遭遇人际暴力的发生率达到24.9%（95% CI, 19.9%-30.6%）¹⁶。因被强奸而选择人工流产的比例亦居高不下¹⁷。尽管早前普遍引证的人工流产缘由是“配偶关系出现了问题”¹⁸，但仅少数研究探讨过人工流产与人际暴力之间的联系。目前尚没有文章涉及将人际暴力干预整合到人工流产服务中。虽然与特定背景相关，并非普遍现象，但上述系统性评估中所提及的一些个别研究涉及在人工流产服务中披露或干预人际暴力，其结果表明：在人工流产服务机构内开展人际暴力问卷调查完全可被接受¹⁹；与那些接受调查的女性相比，不接受调查的女性的不同之处在于她们经历了更多次的人工流产²⁰；在普遍筛查期内，只有半数的女性被询问到与人际暴力相关的问题²¹；某些女性讲述了可被界定为人际暴力的事件，虽然她们并不认为自己经历了人际暴力²²；许多女性希望讨论人际暴力的进一步管理或干预²³，而其他女性则引用医生的话作为主要的信息来源²⁴；身处暴力关系之中的女性倾向于参加后续调查²³，并且往往更了解社区所提供的各种资源²⁴。早先对提供安全人工流产和优质服务的情况分析，并没有涉及与人际暴力的交集情况²⁵⁻²⁷。

因此，是否应将人际暴力纳为人工流产服务机构的一项正当业务，并且医疗工作者需要获得的哪方面的培训和支持，这些问题仍存争议，尤其考虑到英国并没有颁布与人际暴力筛查相关的政策。虽然保健服务、社会关爱以及与他们合作的组织应采取有效的应对举措，但没有一致的结果证明筛查的益处¹²。

本研究的目的是探讨，在伦敦两个自治区的地方环境中，在人工流产服务范围内提供人际暴力服务的适宜性及可行性。一个附近现有的孕产服务中心已将人际暴力服务整合在内，包括提升意识、对工作人员进行常规人际暴力咨询的培训，以及向社区人际暴力服务部门转诊。围绕该服务已展示宣传墙报和传单。孕妇首次到访该服务中心时有强制保密时间，并被口头询问一个常规问题；如果已问过，则在便携笔记本上以编号形式打勾；也会问及一些案例相关的机会性问题，并由此披露出大约半数的人际暴力事件；然后转介到现场人际暴力服务部门。该人际暴力服务部门已经过评估¹⁴并定期接受审查。本研究的设想是将整合式的基于产科的人际暴力服务模式转化到人工流产服务设施之中。

研究环境

本研究于2012年在英国伦敦一个较贫困的多民族混居的内城区内展开，该区域具有一种由纳税人承担费用的国民保健服务（NHS）。1967年颁布的《流产法》（后于1990年通过《人类受精和胚胎法案》进行了修订）使人工流产在英格兰、威尔士和苏格兰成为合法。《流产法》要求两位医生签字确认满足五项法定要求之一，并确保人工流产手术系在一个有执照的机构内实施，但紧急情况则不在此例。在国家层面，如果人工流产女性系英国居民并有权享有国民保健服务，则其可以免费实施人工流产手术。除了人工流产手术之外，不同的国民保健服务信托承包商亦会同意提供不同的附加服务（比如人工流产前咨询或人工流产后避孕）。

在本研究所涵盖的两个自治区内，国民保健服务几乎将所有医学上较复杂的人工流产手术（例如孕妇心脏病/晚期诊断胎儿异常）都分包给非政府的非盈利性服务机构（共有三家人工流产服务中心）。这些中心的服务提供者均与NHS签约提供人工流产和避孕服务，并接诊来自全英国和爱尔兰的所有女性。

英国的人际暴力服务由政策、刑事司法、非政府以及地方政府倡议组成。因为并没有与其裨益相关的证据，所以保健服务项目中并没有正式的人际暴力筛查，但已经认识到需要卫生服务反应¹²。医疗工作者在应对人际暴力方面的培训较为有限，同时亦没有任何人工流产诊所提供专门的人际暴力服务。国家^{28,29}和伦敦层面³⁰的一些高官已承诺探讨妇女和女孩所面对的暴力行为，同时各界亦广泛讨论政府和多个机构联手提供相关服务的必要性。本研究所在的地方政府已承诺向那些遭受暴力的女性提供相关的服务^{31,32}，同时当地的各种保健服务机构亦提出人际暴力服务的倡议。在基于社区的“一站式服务中心”和初级保健机构以及两所教学医院之一（在产科¹⁴、泌尿生殖科、事故和急诊室）均配备有人际暴力咨询师。另一家医院则设置了一个由警察局和卫生服务机构共同委托运作的“性侵犯援救中心”。2012年，我们对该地区女性利用人工流产服务的情况开展了一项研究，并发现当年的人际暴力发生率是4%，而前一年的发生率是11%，并且一生当中遭遇人际暴力的概率是16%³³。

方法

本文定性分析的结果来自一个更大的研究项目（人工流产背景研究），该项目包含有3项主要研究：对人际暴力与人工流产之间关联性的系统性评价以及荟萃分析¹⁶；通过在地方流产诊所内开展的一项匿名调查来评估人际暴力发生率³³；以及一则状况分析。

共有四种来源的定性数据：

- 1、深入访谈。我们采访了18位利益相关方（3位人工流产妇女，15位人工流产服务提供者）以评估暴力和施虐行为是否构成了女性寻求人工流产服务的首要原因，人工流产诊所目前提供有哪些方面的服务，以及未来可能提供哪方面的人际暴力服务。我们于2012年5月9日至12月21日期间开展了这些深入访谈。三位服务对象均因为身陷暴力关系而经

历了人工流产（一次或多次），并自此起开始接受人际暴力服务。她们都是通过当地的一个人际暴力受害者互助小组招募而来。出于伦理上的考虑，研究人员并没有直接去接触这些女性，从而确保她们是在一个支持性的环境下自愿参加这项研究。我们通过一次人际暴力受害者小组组织的会议（人际暴力专家促成了此场会议）解释了本项研究的目的，并向受害者小组（现已解散，成员人数不详）发送了一封电子邮件，邀请那些由于暴力关系而进行人工流产的女性加入本项研究。人际暴力服务倡导者们亦主动接近那些他们认为也许能够提供帮助的人士。人际暴力服务倡导者扮演着联络人的角色，并将联系详情传递给研究者LPK；很难招募经历过人工流产的妇女，人际暴力受害者小组中只有三位女性自愿参加了我们的深入访谈。我们无法得知有多少其它成员没有来参加。这三位访谈对象均经历了数次人工流产，需求复杂，可能不属于典型范例。服务提供者的纳入标准是在相关的服务机构内工作。我们基于研究者SB对当地情况的了解列出了一份初始名单。要求接受采访的服务提供者通过雪球式抽样来举荐其它人员，以此来确保本研究可以获得不同的观点（样本规模及角色，见图1）。在我们所接触的服务提供者中，绝大多数人都同意参加深入访谈。一些服务提供者因未担任相关工作或者因认识一位更合适的知情者而拒绝了我们的访谈要求。没有人是彻底回绝，只有一位当地人工流产服务提供者一开始同意接受访谈，但在我们联系了三次之后仍无回应。

所有的访谈对象都收到了个性化的邀请（见下面的方框1），并且在获得受访者同意之后，我们进行了录音、记录、匿名编号，并存放在一个上锁的柜子之内。半结构化的访谈涉及16个开放式问题；我们亦拟订了提示内容，以便向

服务提供者和服务对象询问和了解人工流产女性对于人际暴力服务的需求，以及当地已提供哪些服务，并就未来待提供的服务的设计做出评价（参见下面的方框 2）。（参见：利益相关方访谈指南（MOSAIC-VR）——服务提供者；利益相关方访谈指南（MOSAIC-VR）——人际暴力受害者）。先前未曾公开发表过此访谈结果。

- 2、对一则匿名人际暴力发生率调查的开放式部分的定性分析。为了倾听那些经历人工流产女性的声音，请她们参与了匿名断面调查的自由文本评论³³（完全匿名，以此鼓励她们积极参与本项研究）。只有一家当地流产诊所允许我们对人工流产服务对象开展匿名调查，并由诊所工作人员协助分发了调查问卷。我们向调查对象询问“您认为在流产诊所内为施虐、家庭暴力或性暴力受害者提供一项支持服务是否有用？是/否。请详细阐述您的想法。”，并留出足够的空白供其写出说明。此举是为了确保当前的人工流产对象可以参与到服务设计之中，因为那些遭遇以及未遭遇人际暴力的女性可能都受到影响。在 190 位调查对象中，有 64 位女性回答了这个问题，其中 9 位倾述了当前所遇到的人际暴力（诊所工作人员均对此一无所知）。三分之一的调查对象拿走了订在问卷上的、印有国家和当地人际暴力服务相关信息的卡片³³。这项调查的结果已经发表，但其定性资料被本项研究用于次级分析。
- 3、反馈座谈会上提供的信息。2012 年 9 月 28 日，我们邀请了所有的服务对象和服务提供者参加了一个为期半天的互动反馈座谈会，同时到会的还有一些重要的地方和国家机构成员，以及在研究项目期间及通过知情人士明确的一些外部专家（图 1）。座谈会的目的是介绍“人工流产背景研究”的初步分析结果，以供与会者进行验证和评议，并收集更多的反馈意见，以便思考其对英国相关服

务和研究的意义所在。我们划分了多个小型圆桌自主焦点组来讨论两个关于设计和评估在人工流产服务中引入多机构人际暴力干预的开放式问题。我们将提交的反馈内容输入电脑并进行编号（无法追溯到个人）。所有的反馈座谈会参与者积极参加了小组形式的讨论（图 1）。

- 4、对参与对象的观察。研究人员 LPK 保管着详细的现场笔记，记录了相关的媒体故事，浏览了地方和国家层面负责人工流产或人际暴力事务的法定机构和非政府组织的网站，在利益相关方访谈期间走访了一些人工流产和人际暴力服务机构，询问了一些与人工流产和人际暴力相关的政策，并收集了一些可用的传单。这些举动都是为了明确背景，对来自访谈的调查结果进行三角分析，探究不一致性和反思分析。

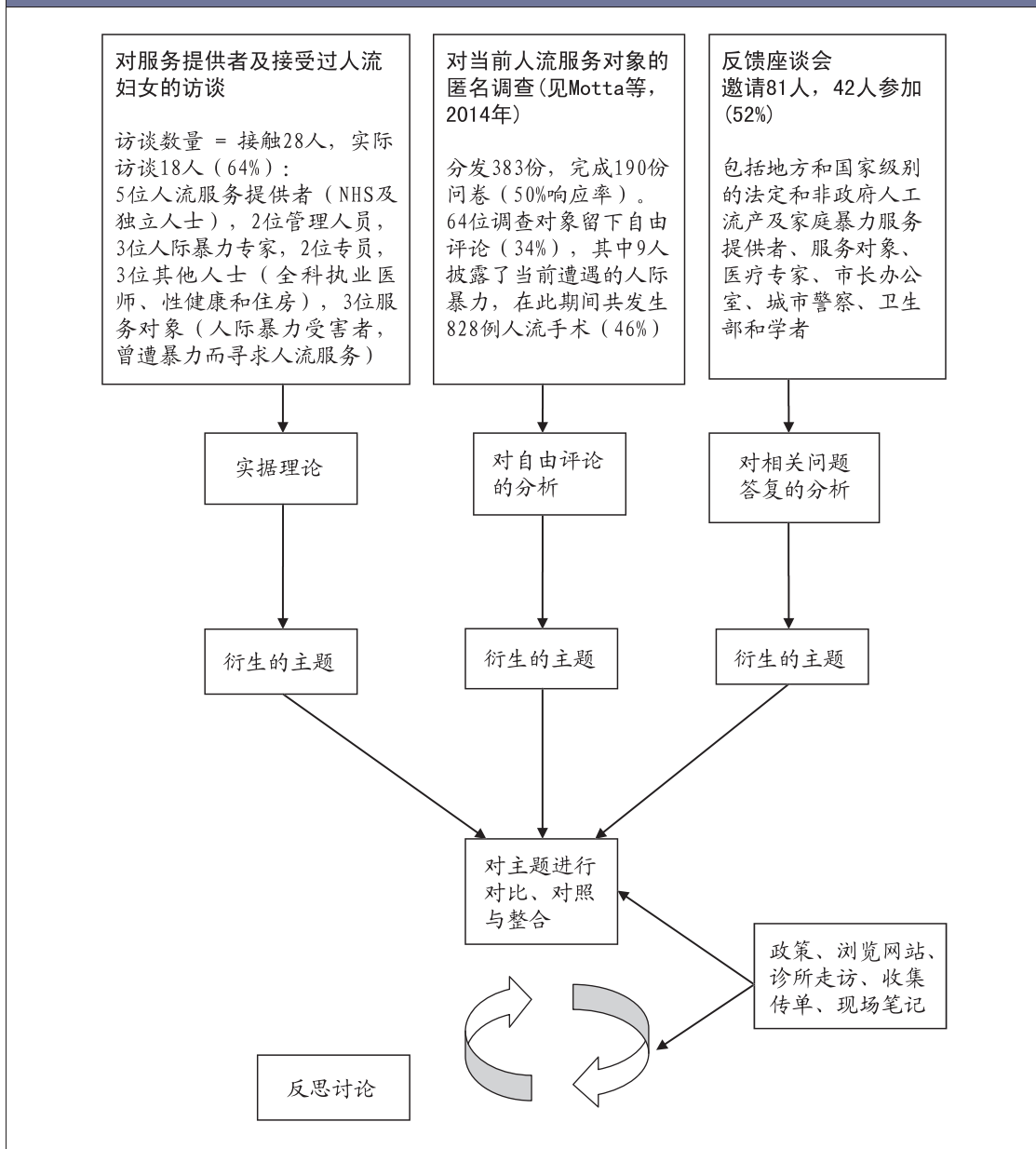
伦理

研究过程以参与对象的安全为核心，并遵循学术和犯罪学的实用指南^{34,35}。全国研究伦理服务中心（伦敦 - 威斯敏斯特委员会）批准了对利益相关方开展的访谈研究（11/LO/1832，2011 年 12 月 6 日）以及匿名人际暴力发生率研究（参考号：12/LO/0165，2012 年 1 月 31 日）。我们亦获得了人工流产服务提供者的伦理和研发（R&D）许可（参考号：2012/05/SM，2012 年 5 月 9 日）。

分析

我们利用实据理论（一个归纳和推断的过程³⁶）对记录的访谈资料进行分析，以确保主题分析系由数据驱动。由 LPK 提取初步主题，并进行了单独编码（LPK/SB）。三位研究人员（LPK/SB/MH）对调查获得的相关评论进行了分析。我们通过反馈座谈会实现了三角分析和验证。三位研究人员（LPK/SB/MH）对反馈小组座谈会的反馈内容进行了分析。我们亦每隔两个月召开一次会议（LPK/SB）来保证研究质量，讨论所出现的结果、假设、经验以及对于未来服务设计的意义所在。

图1：定性资料状况分析的来源



结果

在资料分析过程中我们明确了七大主题，分别展示如下：

分散的人工流产服务无助于提供综合的人际暴力咨询服务

现场工作与访谈显示，女性可以通过一位全科医师或其它保健服务提供者转诊、查阅相关广告或浏览提供流产服务的网站而获得人工流产服务。这些不同的组织均属于 NHS 的分包商，沿着人工流产服务的途径（即网站、电话预约、咨询、初诊预约以及手术）

为妇女提供部分保健服务。只有极少数的服务提供者知晓那些遭遇人际暴力的人工流产女性应当选择何种渠道。他们并不知道已经提供哪些人际暴力咨询服务，亦不知晓人际暴力服务包括哪些内容。这些机构各自为政，在处置人际暴力方面无法保持步调一致。保健服务提供者强调有不同的人工流产服务途径，但认为全科医师才是筛查人际暴力的最佳人选。但是，当地的自我转诊政策意味着女性并不需要全科医师安排转诊，虽然所有的女性需要致电给一个专门的中心号码来预约首次人工流产服务。

“...情况确实有些复杂！因为 NHS 的合约有两个层面，即提供‘人工流产’服务的合同，此外还有负责预约和...安排人工流产服务的合同。”（人工流产服务提供者，访谈）

人工流产服务遭受攻击

我们的实地观察显示，妇女和研究人员都必须小心翼翼地绕过那些反人工流产人士，并时常会遭到后者的跟踪³⁷。除了一些限制人工流产³⁸、孕龄限制³⁹以及强制性咨询⁴⁰相关的当代媒体报道之外，还有黑客攻陷一个重要的服务提供者数据库之后威胁将那些人工流产女性的姓名公之于众⁴¹。在这种全国性的背景之下，某些人工流产服务提供者对于这种专注人际暴力的后果表示担忧，因为绝大部分寻求人工流产服务的女性并没有遭遇过人际暴力。

“...政治问题才是我们当前所面临的一个真正问题...如果我们回到妇女性选择权的问题，我们必须相信，做出决定的人不是受害者。”（专员，访谈）

服务提供者口头上承诺将人际暴力纳入人工流产服务之中，但在实践中却并不如此

与服务提供者的访谈以及我们的实地观察显示，有许多行动倡议均试图处理针对女性的暴力问题。地方政府为各种人际暴力服务提供资金，并将该项服务与保健部门的相关科室挂钩（比如在产科、泌尿生殖科、事故和急诊室、全科诊室内工作的人际暴力服务倡

导者），但并没有将人工流产服务提供者考虑在内。在走访人工流产服务提供者工作机构（两家独立机构，一家 NHS 机构）的过程中，我们发现了一些与人际暴力相关的传单，同时亦在墙壁上看到了相关的海报。某些传单和海报已经过时。当传单和海报上标注有联系方式时，我们发现它们只是些政府的热线。

通过浏览相关网页发现与人工流产服务相关的国民保健信息鲜有提及暴力行为。人工流产服务机构的网站上根本就没有涉及暴力。我们通过实地走访发现，呼叫中心的接线员（虽然已向接线员介绍了相关风险）根本不会询问人际暴力问题。一个国家级流产服务机构有一项与弱势成年人相关的政策规定，在发现施虐行为之时应当立即通知管理人员，如果存在人身伤害则应呼叫警察局或救护车。在访谈中，我们发现仅有一家流产服务机构在其流产前的咨询中有一个非特异的筛查问题——“您在家中安全吗？”（虽然这个问题无法发现非同居的人际暴力行为）——将其纳入了短期陪同训练范畴，并有计划将人工流产女性转诊到可在线搜索人际暴力服务机构。其它人工流产服务机构根本没有对工作人员开展专门的培训，而工作人员亦不知晓要走哪些流程。警察局曾组织过一次性座谈会。虽然已有明确的儿童保护渠道并凌驾于隐私性，但对于那些 18 岁以上、不希望做出反应的女孩，相关的政策则显得混乱。偶有发现人际暴力，并且通常被视为紧急情况来对待；警察被视为是关键的救助者，虽然并没有经验显示报警可以有所帮助。例如，在某一个案例中，人工流产服务机构发现了一则现行暴力行为，而且受害女性亦想获得警察的帮助，但在报警 6 个小时之后警察才姗姗到达。

误认与低估人工流产女性所遭遇暴力的程度

绝大部分参与调查的受访者和女性都承认一些经历人工流产妇女遭遇过人际暴力。总体而言，接受访谈的人工流产服务提供者以及反馈座谈会的与会者均对人工流产女性中极

高的受虐发生率（数据来自系统性调查¹⁶以及在当地开展的发生率研究³³）感到震惊，并且均认为应当更严肃地对待人际暴力。尽管存在对暴力行为之严重程度的低估或者认为人际暴力行为较为罕见，但每位人工流产服务提供者都能回想起人工流产女性曾经披露过的暴力事件（通常令人难忘和感到悲痛）：

“她只告诉我们她经历了粗暴的性行为，而实际上就是强奸，而那个男人跟她说自己是一位牧师，主宰一切。”（人工流产服务提供者，访谈）

人际暴力服务提供者提到现实中存在“大量”的暴力行为，一些人认为人工流产只是那些女性所经历的艰难遭遇当中相对容易应对的一件小事。所有的人际暴力服务提供者以及某些受害者讲述了被迫流产的遭遇。人工流产服务中心的一些高级职员亦承认临时医师处理了一些病例，但并不将其视为一个重大问题：

“我不认为（人际暴力服务）适合我们...我不相信我们会看到足够的、显而易见的、值得我们去做的（人际暴力）案例。”（人工流产服务提供者，访谈）

整合两项蒙受污名的服务既存在机遇、亦面临威胁

访谈对象以及座谈会的与会人员对于人工流产服务有不同的反应。一些人十分赞成：

“如果您问我是否需要（人际暴力服务），我会说绝对需要。”（人工流产服务提供者，访谈）

在 64 位提供了自由答案的人工流产服务对象当中（无论是否遭遇了人际暴力），绝大部分人都赞同提供相应支持服务，并认为女性在当时的情况下可能孤立无援，需求帮助和保护：

“考虑到我的脆弱性，我更可能在这个时候愿意寻求帮助。”（人工流产服务对象，曾遭遇过人际暴力，问卷）

一些服务提供者认为人工流产饱受非议，但接受访谈的服务对象和服务提供者均

认为引入专业的人际暴力服务可以带来诸多裨益：

“...当我求助（基于保健服务的人际暴力服务提供者）之时，我真真切切地向他们敞开了心扉；我向他们倾述了所有的事件以及所有的事实。”（人际暴力受害者，曾经历过人工流产，访谈）

处理人际暴力可以避免某些胁迫之下的人工流产，但不是全部；这通过人际暴力服务提供者和一个持谨慎态度的服务对象的经验得到确认：

“咨询师注意到了我，但我撒了谎。我没有告诉她（有关暴力行为的）实情，即便当时她会尽力帮助我。”（人际暴力受害者，曾接受过人工流产，访谈）

回首过去，她的解释是她当时并没准备好倾述这些事情。

设计保障女性安全性与能动性的综合服务面临重重障碍

在访谈、实地走访以及反馈座谈会大家一致提到一些现实顾虑。资金来源、能力、员工能力和培训、任何干预手段的详细时间安排（人工流产前或人工流产后）以及可持续性等均是在一个如流水线的人工流产服务中引入人际暴力服务所面临的程序性障碍。任何质量上的改进都绝不应当给女性带来危机或更多的非议，亦不应使获得人工流产服务更加困难。

“关于一线服务应当做什么应该有更明确的规定...不得偏离主要的（人工流产）服务...必须要稳健——提供特别服务可能会将女性置于危险之中...”（座谈会反馈）

将人际暴力干预引入人工流产服务亦会引发一些设计上的问题。当对每一位女性开展人际暴力筛查并提供同等的优质建议之时，我们是否应当追求一种通用方法？如何使不同的渠道之间保持独立，让女性不会认为人工流产服务取决于她们对人际暴力问题的回答情况？仅在人工流产结束后才提供相关信息是否更合乎伦理，比如在出院时？提供人际暴力服务并非易事。人工流产手术要

求较高且与情感密切相关（取决于孕龄、方法以及个人状况），因此提出额外的问题可能无益。各方对于人际暴力问询（是否开展筛查或基于病历的问询），其时机选择（人工流产之前、当日或之后）或适当性（在未披露的情况下采取普遍干预举措）仍无一致意见。

“是，这可能是她倾述事实的唯一机会；不，在流产中心的这一天太过漫长，不能再承受更多了。”（人工流产服务对象，无遭遇人际暴力，问卷）

服务提供者之间的看法不尽相同

虽然绝大部分女性都支持在人工流产诊所提供人际暴力服务，但服务提供者之间却对人际暴力服务应当基于保健服务还是基于社区而争论不休。根据她们与妇女的相处经验，某些服务提供者认为妇女并不希望再次回到人工流产诊所与一位专业咨询师聊天。其它服务提供者则认为在人工流产服务中是尊重妇女意见的（比如未经人工流产女性的明确许可，不常规通知全科医师），故这种咨询安排将是安全和有利的。在人工流产诊所私密性、支持性以及女性友好的环境之下，隐私性受到了认真对待。但是，并非所有的人际暴力服务提供者一致赞成人工流产行为，因此人工流产服务提供者与人际暴力服务提供者之间的观点可能会相互冲突：

“对于许多年轻人而言，她们已经知道了（人工流产）是一种选择，你知道，就相当于一种避孕方式。”（人际暴力服务提供者，访谈）

座谈会与会者敦促引入其它环境下的优质实践，让服务对象参与其中，监测影响。服务对象之间可能有不同需求（比如因为年龄），因此应该让她们参与到设计或研究的创新过程之中。有人担心妇女可能由于害怕无法得到人工流产服务而不愿意披露遭遇的暴力行为。公共讨论人际暴力筛查问题可能会导致政府强制性要求开展“问题咨询”（作为反人工流产议程的一部分），可能有问题，重要的是避免污名化。

“这些女性面临着一场所谓的‘怀孕危机’。

我一点都不喜欢这个词，但我也找不到更好的词来代替它了。嗯，这是一个问题；她们希望解决这个问题，而我们为这个问题提供了一个解决之道，然后她们希望继续她们的生活。”（人工流产服务提供者，访谈）

讨论

这项研究对先前的研究发现进行了拓展，即人际暴力依然是各个人工流产服务机构内部的一个未解难题^{16,33}，但其亦展示了在尝试提供救助过程中所面临的各种错综复杂的状况。大部分的人工流产服务提供者和人际暴力服务提供者均承认，一些寻求人工流产的女性确实遭遇人际暴力，并且未得到识别和解决她们的需求，但并不确定是否可以或者应当将人工流产服务与人际暴力服务进行整合。如何组织干预活动仍存在争议：是否、何时以及如何提出这个话题？然后再提供哪些服务？面临的两大主要顾虑在于：中断一个适合绝大部分患者和工作人员的流水线式服务所带来的现实顾虑，以及让那些尚处于污名下的人工流产妇女又蒙上暴力受害者的顾虑。基于以上缘由，先前将附近一个现有的、综合性、基于保健服务的人际暴力服务机构简单转移到流产服务中心的设想似乎不太实际。

本研究的优势包括利用多种信息来源；让主要的国家级人工流产服务提供者参与，对服务对象以及来自各个渠道的服务提供者进行访谈，从而确保信息的全面性。并且通过寻求对初步研究结果的反馈意见来验证其有效性。本研究的局限性包括选择的研究地点位于可提供合法安全人工流产服务的高收入国家内的一个辖区，并且数据来源的质量亦存在变数。此外，我们招募参加访谈的人际暴力受害者太少，虽然这些女性均有多次人工流产经历。尽管我们的访谈对象和服务对象有广泛多样的背景，但本研究并非在于了解文化和民族差异性，而是由于人员招募和选择上的偏倚。访谈过程中我们提出了一系列的问题，但无法按照我们期望进行深入挖掘，比如人工流产行为以及人际暴力服

务的污名化问题，为什么以及如何发生的。

目前尚未发现有类似涉及整合人工流产服务和人际暴力服务的研究，所以对这两个“难以研究”⁴²的交集领域开展研究遇到诸多困难，是不令人惊讶的。本项研究支持先前的一些研究结果，这些研究发现了人工流产提供者对于污名化的抗拒是脆弱的⁴³，临床医师对于常规提供人际暴力咨询服务以及其对健康环境的影响所持的看法是不同⁴⁴。印度学者通过一项状况分析研究了人工流产、暴力和女性人权的交集情况，发现在缺乏适当的社会条件和两性平等的情况下，人工流产仅能暂时缓解妇女的受压迫状况⁴⁵。

我们的研究显示：人工流产服务提供者和临床医师缺乏相应的培训，对于如何应对人际暴力案例没有足够的认识。临床医师应当能够向前来寻求人工流产服务的女性告知相关的支持渠道（无论人工流产女性是否披露遭遇人际暴力，并且无论是她们自己还是她们所认识的其它女性遭遇人际暴力）。他们亟需接受相关培训，以便能够巧妙地提问，并非判断地做出反应。我们在少数列举的个案中发现了安全性与能动性之间的冲突，其中人工流产被视作为逃离暴力或其后果（比如强奸）的一种手段，或者那些遭遇了强制性控制的女性在胁迫下为获得人工流产服务而否认曾遭遇过人际暴力。为了促进整合相关服务以便同时提升安全性和能动性，利益相关方提出了几项建议，比如在不影响人工流产渠道的情况下，寻找机会绕过工作人员，指引妇女前往可以获得帮助的地方，或者直接安排自我转介（比如通过网站/海报）。然而，必须不断更新相关信息，同时服务提供者还必须监测那些正在使用的渠道，即使多机构联合行动较为鲜见。人际暴力和其它服务部门亟需开展有关人工流产服务以及非评判态度的重要性的培训。

在政策层面，我们需要明确保护人工流产权利的领导能力，并转变人工流产的多重污名，尤其是考虑到人际暴力亦可能是女性寻求人工流产的一个原因。需要重新考虑一

些潜在的单独或综合服务干预举措。相关研究应调查伺机和常规询问人际暴力的时机是否会影响披露、转介、非议、以及改善或恶化女性的安全状况，并需考虑各种文化和种族因素。一些新的干预举措可以在现有人工流产渠道之外聚焦于更广泛的公共卫生教育、提升社区意识以及直接获取相关服务和信息（点对点支持，或者采用视频或网络信息等新技术）。应该让人际暴力受害者参与以服务对象主导和自主选择的干预的设计、研究和现场活动。相关评估应当研究服务界线、分散式服务对于服务获取和利用的影响、人际暴力与人工流产服务的委派、弱势女性是否因服务缺口而失败，并需要考虑一些意想不到的伤害。我们需要检查 NHS（以及其它部门）内不同预算资金流对服务成本的影响。我们亦需注意到并非所有的人际暴力服务提供者都主动支持人工流产。

结论

此单一设置状况分析显示，医疗保健工作的背景以及地方条件十分重要。人工流产服务应将女性对于自己身体的掌控视为性与生殖健康以及人权的基石，并能提供以女性为中心、私密的以及无污名环境的服务。在全球，并非所有的医疗服务都友善对待妇女。医疗环境内部和外部都可见到践踏人权的行。活动家和创新者在关注妇女权利交集问题时，亟需考虑时点、环境、特别是资源。人际暴力服务亦应对妇女赋权采取一种基于权力、受害者主导、加强能动性的方法。干预必须考虑到女性的安全性与能动性、当地的背景以及各个渠道的完整性。我们需要进一步创新，尤其是在人工流产饱受攻击的情况下，我们要考虑此种整合所带来的危害，因为发现最初设想的提供一体化服务较为适宜且可以转化的想法在此种背景不实际。本文无法告诉服务提供者和女性保健倡导者在组织人际暴力以及人工流产服务之时应该做什么，但本文突出了在其自身所处背景之下有待思考的一些问题和事宜。本文亦指出了在该领域开展更多研究的必要性。

作者的贡献

作者们参与了以下工作：LPK 和 SB 参与了设想、设计、分析和解释；LPK、MH 和 SM 参与了数据采集；LPK、SB 和 MH 起草了初稿；所有的作者参与了手稿的修订和最终审查。KCL 是本次研究的担保人。

资助

盖伊之友慈善会(Friends of Guy's Charity)(慈善编号：264150) 资助了本研究。作者们可以全面查阅与本研究相关的所有资料，并可以对资料的完整性以及数据分析的准确性负责。

竞争性利害关系

LPK 所提交的研究报告得到了盖伊之友慈善会的经济资助；SM 曾是伦敦国王学院的硕

士生；SB 先前曾对孕产妇保健领域的家庭暴力服务开展过相关研究，她曾为玛丽斯特普国际组织提供过产科咨询服务(2011~2012年)，并曾是世界卫生组织“感染 HIV 女性的性和生殖健康及人权”指南制订小组的成员(2014~2015年)。过去三年内作者们所提交的研究报告没有与任何组织存在经济上的关联，亦没有任何其它关系或活动可能影响到作者们所提交的研究报告。

致谢

我们在此感谢 Fairley Murray 和 Loraine Bacchus 对初稿给予的鼓励和建议；感谢盖伊之友慈善组织提供的资助；同时感谢所有帮助完成此项研究的参与者。

(汤梦君 译；贾孟春 校)

文字框 1：利益相关方访谈指南 (MOSAIC-VR) -- 用于服务提供者

能否告诉我您目前的工作和职责？

[提示：生殖健康服务以及家庭暴力服务]

您认为施虐和暴力行为给那些接受您服务的女性的生活带来了怎样的影响？

[提示：哪位女性，频次如何]

如果接受您服务的一位女性透露受到虐待（或者怀疑她受到虐待），那么目前处理此种情况的流程是什么？

[提示：由谁处理此种情况，她们将被转介到何处，相关的文件、转诊以及监督？]

您认为现在已提供了哪些服务来满足女性的需求？

• 是否有任何其他特殊女性群体有不同的需求？

[提示：弱势，“红色警示”]

• 是否存在当前的服务所无法覆盖的女性需求的问题？

• 我们已讨论过的事项当中是否有一些并不适用于较年轻的女性？

[提示：16 岁以下，18 岁以下，18 岁以上的年轻女性]

对于提供优质服务存在哪些障碍因素以及促进因素？

[提示：提出问题、工作人员态度、培训]

如何改善当前的服务？

您对于向所有接受您服务的女性开展常规性别暴力咨询的优点和缺点持何种看法？

您是否认为需要开展新的服务项目？

在转诊方面，您对当前的流程是否感到满意？

现场与家庭暴力服务专家进行密切联系的优点和缺点？

[提示：质量、与工作人员的关系、特殊女性群体]

您是否认为需要向少女和年轻女性提供不同的服务？以何种方式提供？

是否有其它的女性群体需要有特殊设计的家庭暴力服务？

在这个问题上您是否有任何其它意见？

文字框 2：利益相关方访谈指南（MOSAIC-VR）——用于受害者

对于那些寻求人工流产和 / 或妇科服务的许多妇女，您是否认为施虐和暴力行为给她们的生活带来了很大影响？

您是否认为保健服务可以为那些身陷暴力关系的女性提供某些帮助？

[如果否，请说明为什么？]

如果是，您认为女性将需要哪一类的帮助？

您认为保健服务可以为身陷暴力关系的妇女提供哪些切实的帮助？

[提示：优先顺序]

您认为保健服务不应当涉及哪些事务？

[提示：较差、无帮助、不安全的实践]

您认为妇科服务机构是否是询问家庭暴力的一个好场所？

[提示：如果是，为什么？如果不是，为什么？时机，家庭暴力轨迹]

您认为对于那些身陷暴力关系的女性，当她们在妇科或流产服务机构被询问与家庭暴力相关的常规问题时有何种感受？

您认为在产科（或 GUM）服务机构进行问询是否会有什么不同？

我们正在考虑在人工流产或妇科服务机构设置一个新的家庭暴力服务部门。

您对于该服务部门的运作有何建议？

我们应当去避免哪些事情？

在同一个地点或者非常接近保健服务并且与医院内的其他工作人员有交集的地方，提供家庭暴力服务的优点和缺点？

[提示：质量，与工作人员的关系，特殊女性群体]

将女性转介给与医院无关联的服务机构的优点和缺点？

您认为在家庭暴力服务方面，是否存在不同需求的特殊女性群体？

是否应当向少女和年轻女性提供不同的服务？为什么，并且以何种方式提供？

[提示：经验、需求、与服务的交集、16 岁以下、18 岁以下、18 岁以上的年轻女性]

您是否还有未曾提及的其它想法？

参考文献

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organisation, 2002. (www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/).
2. World Health Organization. Global and regional estimate of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO, 2013. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>).
3. Patel DM, Taylor RM, on behalf of Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies. Social and Economic Costs of Violence. Workshop Summary. Chapter 6. Direct and Indirect Costs of Violence. Washington DC: The National Academies Press, 2011:83–83. (<http://www.nap.edu/catalog/13254/social-and-economic-costs-of-violence-workshop-summary>).
4. Willman A. Valuing the Impacts of Domestic Violence: A Review by Sector. In: Skaperdas, Soares, Willman, SC, editors. The costs of violence. Washington, DC: World Bank, 2009. p.57–96 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2009/03/11304946/costs-violence>).
5. World Health Organisation. Global status report on violence prevention. 2014(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/).
6. Lancet series. <http://www.thelancet.com/series/violence-against-women-and-girls>.
7. Chang J, Berg CJ, Saltzman LE, et al. Homicide: A Leading Cause of Injury Deaths among Pregnant and Postpartum Women in the United States, 1991–1999. *American Journal of Public Health*, 2005;95:471–477.
8. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 2011;118(Suppl. 1):1–203.
9. VA M. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: A U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 2013;158:478–486.
10. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 518: intimate partner violence. *Obstetrics & Gynecology*, 2012;119(2 Pt1):412–417.
11. García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira AF, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 2015;385:1567–1579. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7).
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guidelines [PH50]. Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. <http://www.nice.org.uk/guidance/ph50/chapter/introduction>. 2014.
13. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2014;348:g2913 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g2913> (Published online 2014 May 13).
14. Bacchus LJ, Bewley S, Aston G, et al. Evaluation of a domestic violence intervention in UK maternity and sexual health services. *Reproductive Health Matters*, 2010;18:147–157.
15. Bacchus L, Bewley S, Fernandez C, et al. Health sector responses to domestic violence in Europe: A comparison of promising intervention models in maternity and primary care settings. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2012. (Available online at: <http://diverhse.eu/project-outputs/>).
16. Hall M, Chappell L, Parnell B, et al. Associations between domestic violence and termination of pregnancy: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2014 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001581>.
17. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996; 175:320–324.
18. Bankole A, Singh S, Haes T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998; 24(3)(117-127&152).
19. Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005;45:321–324.
20. Roth L, Sheeder J, Teal SB. Predictors of intimate partner violence in women seeking medication abortion. *Contraception*, 2011;85:76–80.
21. Wiebe ER, Janssen P. Universal screening for domestic violence in abortion. *Women's Health Issues*, 2001;11: 436–441.
22. Souza VL, Ferreira SL. Influência da violência conjugal sobre a decisão de abortar Impact of spouse violence on the decision to have an abortion. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2000;53:375–385.
23. Leung TW, Leung WC, Chan PL, et al. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002;77:47–54.
24. Evins G, Chescheir N. Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Womens Health Issues*, 1996;6:204–210.

-
25. Chowdhury SN, Moni D. A situation analysis of the menstrual regulation programme in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 2004;12(24 Suppl.):95–104.
 26. Nguyen MH, Gammeltoft T, Rasch V. Situation analysis of quality of abortion care in the main maternity hospital in Hai Phòng, Viet Nam. *Reproductive Health Matters*, 2007; 15(29):172–182.
 27. Ojha N, Bista KD. Situation analysis of patients attending TU Teaching Hospital after medical abortion with problems and complications. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 2013;52(191):466–470.
 28. The report of the Taskforce on the Health Aspects of Violence Against Women and Children Chair: Alberti G.. Responding to violence against women and children – the role of the NHS. http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/external-publications/Responding-to-violence-against-women-and-children-the-role-of-the-NHS.pdf. 2010.
 29. Her Majesty's Government. Call to end violence against women and girls. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/97903/vawg-action-plan.pdf. 2011.
 30. Mayor of London. The way forward: taking action to end violence against women and girls. Final strategy 2010-2013. <https://www.london.gov.uk/sites/default/files/'The%20Way%20Forward'%20strategy.pdf>. 2010.
 31. Safer Lambeth Partnership. Violence Against Women and Girls Strategy 2011-14. <http://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/sc-safer-lambeth-vawg-strategy-2011-14.pdf>. 2010.
 32. Safer Southwark Partnership. Southwark Violent Crime Strategy 2010-15. http://www.southwark.gov.uk/downloads/download/2640/southwark_violent_crime_strategy. 2010.
 33. Motta S, Penn-Kekana L, Bewley S. Domestic violence in a UK abortion clinic: anonymous cross-sectional prevalence survey. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2014 May 20 <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100843>.
 34. Jewkes R, Watts C, Abrahams N, et al. Ethical and methodological issues in conducting research on gender-based violence in Southern Africa. *Reproductive Health Matters*, 2000;8(15):93–103.
 35. Lee RM, Stanko B. *Researching violence: essays on methodology and measurement*. London: Routledge, 2003.
 36. Seale C. The quality of qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1999;5:465–478.
 37. Anonymous. Pregnant woman accuses anti-abortion protesters outside London clinic of making women feel guilty. *The Independent*, 4 December 2014. (<http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/pregnant-woman-criticises-anti-abortion-protesters-for-filming-outside-london-clinic-9903105.html>).
 38. Jeremy SR. Hunt is controversial appointment as Health Secretary. *The Telegraph*, 4 September 2012. (<http://www.telegraph.co.uk/news/politics/conservative/9520269/Jeremy-Hunt-is-controversial-appointment-as-Health-Secretary.html>).
 39. Watts R. Senior ministers call for cut in abortion limit. *The Telegraph*, 6 October 2012. (<http://www.telegraph.co.uk/women/womens-politics/9591847/Senior-ministers-call-for-cut-in-abortion-limit.html>).
 40. Quinn B, Campbell D. Abortion providers alarmed over counselling plans. *The Guardian*, 28 June 2011. (<http://www.theguardian.com/world/2011/jun/28/abortion-providers-alarm-government-proposals>).
 41. BBC. Arrest after BPAS abortion advice service site hacked. <http://www.bbc.co.uk/news/uk-17309772>. 9 March 2012.
 42. Jewkes R, Sikweyiya Y, Jama-Shai N. The challenges of research on violence in post-conflict Bougainville. *Lancet*, 2014;383(9934):2039–2040.
 43. O'Donnell J, Weitz TA, Freedman LR. Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine*, 2011;73(9):1357–1364.
 44. Torres-Vitolas C, Bacchus LJ, Aston G. A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. *Public Health*, 2010;124:472–478.
 45. Sri SB, Ravindran TK. Safe, accessible medical abortion in a rural Tamil Nadu clinic, India, but what about sexual and reproductive rights? *Reproductive Health Matters*, 2015 Feb;22(44 Supplement 1):134–143.
-

巴西三城市低收入年青人群中基于性别的暴力和性与生殖健康

Alessandra Sampaio Chacham,^a Andrea Branco Simão,^b André Junqueira Caetano^c

a Associate Professor, Department of Social Sciences, Pontifical Catholic University of Minas Gerais, Brazil
Correspondence: achacham@pucminas.br

b Associate Professor, Department of Social Services, Pontifical Catholic University of Minas Gerais, Brazil

c Associate Professor, Pontifical Catholic University of Minas Gerais, Brazil

摘要: 本文主要研究基于性别的暴力 (GBV) 如何影响到贫困青少年和年青人的性与生殖健康。分析资料来自 2011 年对 15~29 岁 450 名的年青女性和 300 名年青男性的调查。他们住在巴西米纳斯吉拉斯州三个中等规模城市的贫穷区。此研究在每个城市以封闭式问卷方式调查了 150 名女性和 100 名男性。调研的主要目的是采用适合于巴西的指标, 探讨基于性别暴力与年青女性性行为中自主权之间的关系。研究发现, 年青女性与具有控制欲和暴力特性伴侣发生首次性交时使用避孕套的比例降低, 而十几岁少女怀孕的发生率上升。承认有暴力和控制欲的年青男性更少使用避孕套、他们十几岁时就可能使性伴侣怀孕。我们认为, 本研究所使用的伴侣具有控制欲与暴力特征的指标变量以及年青女性自主的指标变量可以帮助我们认识到, 一个基于性别的暴力关系会如何影响到年青男性和女性的性与生殖健康, 以及如何赋权于他们从而减少他们发生非意愿妊娠, 以及感染 HIV 和其他性传播疾病的机会。©2016 生殖健康要略. Elsevier BV 出版. 保留所有版权。

关键词: 基于性别的暴力、青年、青少年妊娠、性健康、生殖健康、巴西

引言

本研究力求分析基于性别的暴力 (GBV) 如何增加年青女性和男性发生非意愿妊娠以及感染 HIV 和其他性传播疾病 (STIs) 的易感性。众所周知, GBV 影响到妇女的生殖健康和性健康¹⁻³。对年青女性的影响可能会更大, 特别是已婚的年青女性, 她们的自主权可能更小、更难控制自己的性活动⁴。GBV 多对男性有益, 从而可以保持男性在私人生活和社会生活中统治女性的地位。但应该看到 GBV 也会负面地影响到男性, 因为男性的暴力和控制行为会置他们于健康风险, 使他们更少使用避孕套保护自己。

为了探讨这些问题, 我们利用基于 2011

年来自巴西米纳斯吉拉斯州三个中等规模城市的 META 调查资料。在此调查中, 我们收集了异性恋年青人的资料, 研究了在浪漫和性关系中 GBV 的发生率和年青女性自主和控制自己性行为 and 生殖决定之间的关系。自主权的定义是“妇女在家庭、社区和整个社会中获取和控制物质资源 (包括食物、收入、土地和其他形式的财产) 以及社会资源 (包括知识、权力和声望) 的程度³。”在生殖健康和性健康领域, 自主权意味着妇女/女孩能够安全地决定何时、与谁发生性关系以及能够控制自己的生育和安全分娩⁵。一些调查尝试在不同领域使用几个代表妇女自主权的指标, 例如亚洲和非洲国家, 和少数拉丁美洲国家^{1,2}

进行的人口健康调查 (DHS)⁶, 但在巴西的调查中还没有系统地纳入这些指标。

在我们的研究中, 使用了一些表示自主权的指标来分析在年青女性生活不同方面上她们自主权降低的程度, 是否和如何升高她们非意愿妊娠、感染 HIV 和其他 STIs 的易感性。Ventura 认为青少年和育龄妇女在被迫的性关系、强暴、强奸、卖淫和性侵中最为脆弱⁷。尽管发生率较低, 但男性也会受到伴侣暴力行为的影响。因此我们特别关注经济状况较差的青年男性和女性的经历, 因为在巴西人口中青少年怀孕和早婚现象更可能发生在最贫穷的人群^{8,9}。我们遇到的挑战是如何创建一套能代表年青妇女生活不同层面的指标, 它们对于揭示生活在巴西城市地区低收入青年的社会和文化背景是有价值的。巴西是一个表面上性开放但实际固守传统价值、充斥着大男子主义、浸透着拉美国家文化特点的国家¹⁰。两项早期对生活在贝洛奥里藏特 (米纳斯吉拉斯州的首府) 青少年和年轻妇女的调查对我们的设计很有帮助^{11,12}。

方法

米纳斯吉拉斯州是巴西第二最人口稠密的州, 2010 年有近 2000 万居民¹³, 地处国家经济比较发达的地区。然而, 真实反映了巴西整体不平衡现象, 这个州的南部富有、北部贫穷, 呈鲜明对比。为代表这种多样性, 我们选择了地处不同地区的三个城市——Teofilo Otoni、Varginha 和 Betim。

Teofilo Otoni 坐落在州的北部, 2010 年有大约 13.5 万居民, 是宝石提取和贸易中心。Varginha 坐落在南部, 2010 年的人口为 12.3 万人, 有工业和大的咖啡种植园。两个城市都是重要的地区中心, 吸引着周边地区的流动人口, 但 Varginha 比 Teofilo Otoni 要富裕的多。Betim 坐落在州的中部, 属于州府贝洛奥里藏特都市区, 2010 年有 37.7 万人, 是重要的工业区, 吸引着来自州内各个地方的流动劳动力。Betim 是一个富有的城市但财富非常不均, 有着最大的环绕着城市的贫

民窟¹³。

META 调查的地点包括了巴西这三个城市。在巴西, 有关青少年性与生殖健康的资料, 特别是青少年怀孕的资料, 很少是从大城市地区以外的小城市收集来的, 而那里是大多数巴西人的居住地。此 META 调查是少数几个能提供这类信息的研究之一。问卷调查包括 10 个不同部分, 收集了包括社会人口学特征、性、规范和价值的信息。本研究所用的资料来自有关教育、性、生育史、家庭和性暴力的调查部分, 以及旨在捕获规范和价值资料部分。META 项目获得米纳斯吉拉斯天主教大学伦理委员会的批准 (CAAE-0100.0.213.000-10)。

研究问题和假设只限于目标人群, 也就是城市的贫困人口。对贫困的定义, 我们遵循的是人口普查的口径, 也就是户主的平均收入低于 2000 年 7 月的最低工资标准 (84 美元)。在 2011 年可用于抽样程序的唯一一套完整的人口普查数据来自 2000 年的人口普查, 因此信息有些过时。

为尽可能多地保证调查地点的多样性, 我们在每个城市为青年男女随机各选择了 10 个普查小区。我们列出了这些普查区中每户的所有成员, 在抽到的住户中访谈了一位女性或一位男性。受时间和资源的限制, 我们的目标是在每个普查区调查 15 位女性和 10 位男性。2011 年 6~8 月, 男女在校大学生在研究人员的指导下进行了访谈。

我们共调查了年龄在 15~29 岁的 450 名女性 (每个城市 150 名) 和 300 名男性 (每个城市 100 名)。在每个城市, 对每个年龄组 (15~19、20~24 和 25~29 岁) 我们调查了同等人数的男女受访者。研究包括了年龄较大的青年 (25~29 岁), 以研究性行为与生育行为的纵向影响。

我们的问卷是基于以往一些聚焦巴西妇女自主权的调查^{11,12,14}。为研究调查人群中青少年怀孕和避孕套使用状况以及他们的 GBV 经历, 我们选择了一些问题作为对伴侣的控制和 GBV, 以及在性活动中的自主权的指标 (见框图 1)。

框图 1. 控制与基于性别的暴力（GBV）和性自主权

控制和 GBV 的指标（女性受访者）

- 伴侣是否曾禁止她穿某种类型衣服
- 伴侣是否曾经禁止她与某些朋友往来
- 伴侣是否曾规定她必须到家的时间
- 她是否有过伴侣规定必须到家的时间限制的经历
- 伴侣是否曾禁止她去什么地方
- 她是否曾被伴侣打过
- 她是否曾遭受过伴侣的性暴力

控制和 GBV 的指标（男性受访者）

- 他是否曾禁止伴侣穿某种类型衣服
- 他是否曾禁止伴侣与某些朋友接触
- 他是否曾规定伴侣回家的时间
- 他是否曾禁止伴侣去哪里
- 他是否打过自己的伴侣
- 他是否违背过伴侣的意愿与其发生性关系
- 他是否遭受来自女性伴侣的身体暴力

性自主权的指标（女性受访者）

首次性行为的年龄

- 首次性行为是否是自愿的
- 是否在第一次性行为时与伴侣讨论过使用避孕方法
- 伴侣是否曾拒绝使用避孕套
- 如果伴侣不想使用避孕套，她是否感到可以避免发生性关系
- 她是否会觉得可以中断性行为，要求伴侣使用避孕套
- 她是否有过违背自己意愿被伴侣强求发生性行为

性自主的指标（男性受访者）

首次性行为的年龄

- 首次性行为是否是自愿的
- 在第一次性关系时是否与伴侣商讨过使用避孕方法
- 是否拒绝过使用避孕套
- 如果伴侣不想用避孕套，他是否会避免发生性行为
- 他是否能接受为要求他使用避孕套而中断性行为的伴侣，
- 他是否有过违背伴侣意愿强求发生性行为

资料来源：“META-Projects and reproductive, educational and professional trajectories of young women and men between 15 to 29 years old in Minas Gerais: The role of adolescent parenthood”. Brazil, 2011

我们对收回来的问卷应答做了编码、输入数据库、并用社会科学统计程序 (SPSS16.0) 做了分析。我们用卡方检验来对每个双变量关系进行统计检验, 显著度定在 $P < 0.05$; 用 Cramer's V 方法测定相关关系的强度。针对每个双变量关系我们都计算了发生比 (OR)*, 表明青少年怀孕和首次性行为时使用避孕套的几率的差异。

结果

性与生殖行为及其社会与经济决定因素

我们发现, 已发生性行为的男女受访者的比例基本上相同, 分别是 81% 和 77%。女性开始发生性行为的平均年龄是 16 岁、男性为 15 岁。青年男女中婚前性行为普遍。然而多数女性 (74%) 第一次性行为是发生在与男朋友或未婚夫保持稳定关系的背景下; 但仅有一半的男性报告他们的第一次性经验发生在朋友或熟人之间。

首次发生性行为的避孕套使用率男女相似, 约 72%。在女性中, 最后一次性行为中使用避孕套的比例明显低于第一次的时候; 最后一次性行为中称使用了避孕套的比例为 40%。在男性中, 第一次和最后一次性行为中使用避孕套的下降比例则要小许多。根据我们的资料, 其原因是男青年不太可能处于一个稳定的关系中, 更可能发生随意性行为, 这一结果与其他调查结果相一致^{10,11}。几乎一半 (47%) 的女性受访者至少怀孕过一次, 其中 25.5% 人发生在 19 岁之前、44% 至少有一个孩子。三个城市受访者的十几岁少女怀孕比例相似。

仅有 22% 的男性受访者称自己从未使伴侣怀孕, 但这在青少年阶段非常不可能; 仅有 7% 的男性受访者称自己在 19 岁之前曾使伴侣怀孕。受访的青年男性和女性尽管住在同一区域, 他们在社会和经济特征方面的差异很大。女性受访者一般生活在低收入水平的家庭中, 然而她们受教育的平均年限

要长于男性受访者。在经历过十几岁怀孕的受访者中, 社会经济特征的差异就更大。结果说明, 十几岁曾怀孕过的年青女性相比没有这种经历的女性, 她们受教育年限更短、收入更低 (表 1)。怀孕和照看小孩是导致青少年母亲辍学的重要原因。与没有十几岁怀孕经历的年青妇女相比, 在调查时她们工作或仍在上学的可能性也非常小, 更可能已婚或者生活在稳定关系中。尽管她们的平均收入比没有十几岁怀孕经历的女性要少 (没有列出数据), 但很多人在调查时声称她们是家庭的主要供养者。

相反, 我们发现, 无论是否使伴侣在十几岁就怀孕的男性受访者在收入方面没有差异。但使伴侣十几岁就怀孕的男性受教育年限要短一些, 他们的收入与其他男性基本一样 (没有列出数据)。他们更可能声称自己是养家糊口的人、在调查时在外工作、不上学。辍学的主要原因是他们需要工作。与女性受访者相似, 男性受访者中较大部分在婚或者与伴侣住在一起、也是家庭的主要供养者。

性别不平等、自主权指标以及性与生殖行为通过对青少年怀孕和 GBV 之间关系的资料分析发现, 在女性受访者中, 那些十几岁曾怀孕的人报告遭受伴侣身体和性暴力的比例较高。其中 20% 的遭到伴侣的身体暴力, 10% 经历过被伴侣实施性暴力的经历; 而十几岁未曾怀孕的受访者中两者的比例分别仅为 5% 和 3%。尽管我们无法估计遭受暴力的程度被低估多少, 但十几岁怀孕和 GBV 之间显著关联, 表 2 展示的数据增强了此结论。数据说明, 大部分十几岁怀孕的女孩讲, 她们的伴侣曾禁止她们穿某种类型的衣服、交朋友、去特定地方, 或者规定她们几点必须回家。相对身体暴力问题, 受访者更乐意回答这些问题, 因控制一类的行为常常被浪漫化, 归为伴侣的爱意表达。所以, 受访者更不太可能少报这些问题。这支持我们的主要发现: 十几岁曾怀孕的受访者比没有此经历者或在 19 岁之后才怀孕者, 更可能积极回答每一个有关伴侣暴力和控制的问题。

* 发生比 (Odds Ratio, OR) 是社会科学中量化关系的常用方法。OR 只说明在有另外一种情况下, 发生一种情况的概率, 它并不建立起因果关系¹⁵。

表 1. 巴西 Betim、Teofilo Otoni 和 Varginha 按所选社会经济特征分类的年青男女自报的十几岁少女妊娠发生率，巴西，2011.

	年青女性 (450 人)			年青男性 (330 人)		
	是 (%) (n=115)	否 (%) (n=335)	Cramer's V	是 (%) (n=20)	否 (%) (n=280)	Cramer's V
家庭月收入						
<1 最低收入	25.2	12.8		0.0	6.1	
1 ~ 2 最低收入	32.2	27.8		30.0	26.8	
2 ~ 3 最低收入	23.5	28.7	0.175*	40.0	26.4	0.101
>3 最低收入	19.1	30.7		30.0	40.7	
受教育水平						
5 年级	18.3	6.9		30.0	9.7	
6 ~ 9 年级	40.0	21.8		15.0	27.6	
几年高中	21.7	27.8	0.286*	25.0	26.9	0.180*
高中	18.3	35.8		30.0	28.3	
大学	1.7	7.9		0.0	7.5	
户主						
父亲	15.7	39.4		25.0	48.2	
母亲	13.0	20.3		0.0	13.6	
被访者	11.3	7.8		55.0	20.7	
丈夫 / 妻子	48.7	19.4		0.0	1.8	
配偶的父母	4.3	0.3	0.382*	10.0	0.7	0.310*
养父	2.6	1.8		0.0	1.1	
其他亲属	4.4	11.0		10.0	13.9	
婚姻状况						
单身 / 离婚 / 丧偶	34.8	73.1	0.347*	35.0	82.1	0.289*
已婚 / 事实婚姻	65.2	26.9		65.0	17.9	
家庭外的工作						
从未工作	11.3	13.4		0.0	11.7	
在工作	35.6	44.2		100.0	62.7	
现在未工作	48.6	32.2	0.143*	0.0	19.0	0.150*
学生	4.5	10.2		0.0	6.6	
自己支付家庭花销 (%)						
无	26.2	27.1		5.3	16.3	
不到一半	16.4	32.6		26.3	38.9	
一半	11.5	22.1	0.293*	10.5	17.4	0.196*
一半多	21.3	8.3		21.1	11.1	
全部	24.6	9.9		36.8	16.3	
是否在学						
是	13.9	46.3		5.0	41.1	
否	86.1	53.7	0.291*	95.0	58.9	0.185*
为何辍学?						
上完高中	8.3	33.3		0.0	19.98	
需要工作	9.5	11.6		65.0	33.3	
怀孕 / 孩子	38.1	9.6		5.0	0.5	
不爱念书	23.8	12.6		0.0	17.2	
上不起学	3.6	15.7	0.432*	10.0	12.4	0.281*
其他	16.7	17.2		20.0	16.7	
人数	99	180		19	165	

资料来源: "META-Projects and reproductive, educational and professional trajectories of young women and men between 15 to 29 years old in Minas Gerais: The role of adolescent parenthood". Brazil, 2011
* 统计学意义的 P 值 ≤ 0.050.

表 2. 在巴西 Betim、Teofilo Otoni 和 Varginha 受访的, 按选择对伴侣施暴和控制的指标分类的青少年和青年男女中十几岁少女妊娠概率 (不含没有伴侣的个人), 巴西, 2011

(1) 参考类别	年青女性 (410 人)				年青男性 (258 人)			
	是 (%) (n=115)	否 (%) (n=295)	OR	置信区间	是 (%) (n=20)	否 (%) (n=238)	OR	置信区间
伴侣曾控制过衣服类型 (女性) / 控制过伴侣的衣服类型 (男性)								
是 (1)	39.2	22.3			55.0	20.2		
否	60.8	77.7	2.265*	1.423-3.605	45.0	79.8	4.863*	1.907-12.401
伴侣控制过交友 (女性) / 控制过伴侣的交友 (男性)								
是 (1)	37.2	26.4			30.0	10.9		
否	62.8	73.6	1.629*	1.028-2.580	70.0	89.1	3.511*	1.242-9.928
伴侣限制到家的时间 (女性) / 限制伴侣回家的时间 (男性)								
是 (1)	32.7	15.1			20.0	13.0		
否	67.3	84.9	2.706*	1.632-4.487	80.0	87.0	0.377	0.526-5.344
伴侣控制她的去处 (女性) / 控制伴侣的去处 (男性)								
是 (1)	40.7	27.4			30.0	21.0		
否	59.3	72.6	1.783*	1.134-2.850	70.0	80.0	1.620	0.592-0.430
曾遭受过伴侣身体暴力 (女性和男性)								
是 (1)	19.8	5.4			42.1	11.8		
否	80.2	94.6	4.351*	2.163-8.751	57.9	88.2	5.483	2.020-14.879
曾遭受过来自伴侣的性暴力 (女性) / 对伴侣施过身体暴力 (男性)								
是 (1)	9.8	2.9			21.1	8.2		
否	90.2	97.1	3.676*	1.437-9.400	78.9	91.8	3.022	0.907-10.071
资料来源: "META-Projects and reproductive, educational and professional trajectories of young women and men between 15 to 29 years old in Minas Gerais: The role of adolescent parenthood". Brazil, 2011								
* 统计学意义的 P 值 ≤ 0.050.								

结果是对称的: 在青少年期间使伴侣怀孕的男性受访者具有暴力和控制行为的比例比没有这种经历的要高。他们也常常限制伴侣的衣着、规定她回家的时间、还打过伴侣。他们是暴力受害者的比例比其他男性也较高 (42%), 但没有人报告伴侣的暴力造成的伤害需要治疗, 或者因为这种侵犯告发他们的伴侣。

这些受访者有轻描淡写施暴和所受暴力程

度的倾向, 认为“没啥大事”; 当问及控制行为时, 他们中很多人自豪地说他们不需要禁止伴侣做什么, 因为“她知道她的分量”或“她知道她该怎么做”。从这些回答中我们可以看到传统性别角色观念在巴西如何根深蒂固: 甚至在年青一代中, 女性依旧在她们行为上, 特别是性行为方面是顺从的, 男性理所当然地认为有控制权。

这些发现也揭示, 尽管男性对控制/暴力

行为问题作出肯定回答的比例非常接近女性经历来自伴侣的控制或暴力行为的回答比例，但年青男性中控制与暴力行为的发生率可能会更高。

在受访者中，选择代表女性对性行为自主权的一些指标与十几岁怀孕的发生率之间的关联（表 3），以及与首次性行为使用避孕套的关联（表 4）都说明了同样的问题。

表 3. 在巴西 Betim、Teofilo Otoni 和 Varginha 受访的，按选择的性自主权的指标分类的青少年和青年男女中十几岁少女妊娠概率（不含处女），巴西，2011

(1) 参考类别	年轻女性 (350 人)				年轻男性 (242 人)			
	是 (%) (n=115)	否 (%) (n=235)	OR	置信区间	是 (%) (n=20)	否 (%) (n=222)	OR	置信区间
开始性行为的年龄								
<15 岁 (1)	66.7	26.3			80.0	52.3		
16 岁 +	33.3	73.7	5.690*	3.482-9.297	20.0	47.7	3.655*	1.184-11.280
首次性生活时与伴侣讨论过避孕方法								
否 (1)	60.0	37.8			75.0	70.7		
是	40.0	62.2	2.435*	1.536-3.860	25.0	29.3	1.242	0.434-3.559
首次性生活使用避孕套								
否 (1)	40.4	20.1			30.0	27.0		
是	59.6	79.9	2.691*	1.673-4.422	70.0	73.0	1.157	0.425-3.149
伴侣曾拒绝使用避孕套 (女性) / 拒绝过使用避孕套 (男性)								
否 (1)	65.8	80.6			73.7	88.2		
是	34.2	19.4	0.462*	0.277-0.770	26.3	11.8	0.375	0.125-1.127
可放心地拒绝对方 (女性) / 可接受对方拒绝 (男性) 不用避孕套就不发生性关系								
否 (1)	26.8	16.5			45.0	25.0		
是	73.2	83.5	1.850*	1.067-3.206	55.0	75.0	2.440*	0.960-6.198
曾有过伴侣强求发生性行为 (女性) / 曾强求过伴侣发生性行为 (男性)								
否 (1)	89.5	95.6			95.0	96.7		
是	10.5	4.1	1.390*	0.775-2.494	5.0	3.3	0.714	0.085-6.012
最后一次性行为中是否使用了避孕套								
否 (1)	71.3	53.1			65.0	33.3		
是	28.7	46.9	2.193*	1.354-3.550	35.0	66.7	3.714*	1.422-9.703

资料来源：“META-Projects and reproductive, educational and professional trajectories of young women and men between 15 to 29 years old in Minas Gerais: The role of adolescent parenthood”. Brazil, 2011.
* 统计学意义的 P 值 ≤ 0.050.

如表 3 和表 4 所示，自主权差、遭受来自伴侣的控制和暴力的年青女性的性生活的整个轨迹常常伴随较高的十几岁怀孕发生率，以及较低的首次性交使用避孕套使用率。根据我们的研究结果，如果年青女性受访者对以下表示女性在性关系上自主权的问题做出肯定回答，那么她们青少年期怀孕的几率高，而避孕套使用率低：“她是否有过被伴侣强行发生性行为的经历”；“伴侣是否曾

拒绝使用避孕套”；“她是否感到可以十分安心地中断性行为，要求使用避孕套”；或者“如果伴侣不想用避孕套，她是否感到安心地拒绝发生性行为”。如果受访者对“首次性行为之前与伴侣讨论过避孕方法的使用”问题（这是一个表示年青女性对自己的性行为有自主权和控制权的问题）做出肯定回答，那么她们首次性行为时避孕套使用率较高，而十几岁怀孕发生率较低。

表 4. 在巴西 Betim、Teofilo Otoni 和 Varginha 受访的，按选择的性自主权指标分类的青少年和青年男女中首次性行为使用避孕套的概率（不含处女），巴西，2011

(1) 参考类别	年轻女性 (350 人)				年轻男性 (242 人)			
	是 (%) (n=249)	否 (%) (n=101)	OR	置信区间	是 (%) (n=176)	否 (%) (n=66)	OR	置信区间
首次性行为时是否是期望的								
否 (1)	12.0	20.9			9.4	9.4		
是	88.0	79.1	1.926*	1.023-3.629	90.6	90.6	0.996	0.372-2.668
首次性行为时与伴侣商讨过避孕方法								
否 (1)	37.1	67.0			63.6	90.9		
是	62.9	33.0	3.448*	2.076-5.726	36.4	9.1	5.714*	2.338-13.966
伴侣曾拒绝使用避孕套 (女性) / 曾拒绝使用避孕套 (男性)								
否 (1)	79.8	64.4			87.4	86.2		
是	20.2	35.6	0.458*	0.269-0.779	12.6	13.8	0.901	0.391-2.073
可安心地拒绝对方不用避孕套的性行为 (女性) / 可接受对方不用避孕套就不发生关系的要求 (男性)								
否 (1)	16.9	28.4			37.4	50.0		
是	83.1	71.6	1.995*	1.103-3.465	62.6	50.0	1.677	0.941-2.990
可安心地中断性生活要求使用避孕套 (女性) / 可以接受伴侣让他使用避孕套的要求 (男性)								
否 (1)	13.3	29.2			24.7	32.3		
是	86.7	70.8	2.695*	1.495-4.859	75.3	67.7	1.454	0.779-2.713
曾经打过伴侣 (男性)								
否 (1)					93.4	80.6		
是					6.6	19.4	3.408*	1.387-8.347
资料来源：“META-Projects and reproductive, educational and professional trajectories of young women and men between 15 to 29 years old in Minas Gerais: The role of adolescent parenthood”. Brazil, 2011.								
* 统计学意义的 P 值 ≤ 0.050.								

对于年青男性，只有“首次性行为的年龄”和“最后一次性行为中使用避孕套”这两个变量与使伴侣在十几岁就怀孕之间有显著的相关关系。然而，在这些受访者，和那些首次性行为没有使用避孕套的年青男性中，许多人说他们拒绝使用避孕套，或者他们不会因为伴侣希望使用避孕套，而中断性交，使用避孕套。正如我们预期的，“他是否在首次性关系之前与他的伴侣讨论过使用避孕方法”这一问题与避孕套使用情况相关，“他是否打过伴侣”的变量与较低的避孕套使用率关联（表4）。

当考虑男女双方受访者时，无论男女，初次性生活的年龄与十几岁怀孕之间都存在着显著相关关系。15岁之前就开始性生活与较高的十几岁怀孕发生率关联。这种关联并不能用长期处于受孕高风险来解释：在青少年阶段就怀孕的年青女性首次性生活的平均年龄在15.2岁、怀孕的平均年龄在16.6岁，两者相差仅1年多。相比之下，19岁之后再怀孕的年青女性首次性生活的平均年龄为17.5岁，第一次怀孕平均年龄为22岁，几乎晚了5年。开始性生活越早，对性启动的自主权和控制力越低，在伴侣强求发生性关系时的脆弱性越高。特别是女性，在这种情况下以及其后的关系中更难要求使用避孕套。其他有关避孕套使用的研究也支持我们的这一观点^{12,16}。

讨论

这项研究的目的是通过考察基于性别的不平等和暴力，扩展我们对青少年性与生殖行为，特别是青少年怀孕和首次性行为时避孕套使用状况的认识。研究项目的资料来自巴西中等规模城市青少年生活的META资料库。以往针对青少年的研究多在巴西大城市地区展开。例如，“GRAVAD调查”[†]集中在三个州的首府。大城市之外的青少年很少甚至没有引起人们的关注。此外，尽管很多研究确

[†] GRAVAD调查是在巴西所进行的有关青少年性与生殖行为的最大的研究。这一调查在2001~2002年间共调查了三个巴西大都市区4,634名18~24岁青年男女¹⁶。

认青少年怀孕给女孩的生活带来相当大的困难，仅很少文献探索充斥在年青人生活中的基于性别的暴力（GBV），更没有研究去评估GBV给男孩带来的影响。从这一意义上说，本研究阐明了生活在各种社会环境下的青少年性与生殖行为和GBV之间的一些重要因素。

我们的很多研究结果，特别是与性启动的初始年龄和避孕套使用率相关的研究结果，证实了“GRAVAD调查”¹⁶和其他有关巴西青少年性行为调查所发现的结果。本研究发现的青少年怀孕率与其他在巴西^{8,18}和拉丁美洲¹⁰农村和大都市区贫穷郊区所做研究的结果相似。在一项有关巴西最大城市圣保罗低收入青少年社会人口行为特征的研究中，Chalem等¹⁸发现在他们研究的1,000名少女中27%至少有一次怀孕的经历。Dias和Aquino¹⁹利用GRAVAD的数据，显示4,634名来自不同社会背景受访的青少年中，18%的女孩和大约6%的男孩在青少年期间就成为父母。GRAVAD和我们研究所发现的青少年怀孕率有差异，可以解释为来自高收入家庭的受访者要比低收入受访者的青少年怀孕率低¹⁹，而我们调查对象的平均收入水平比GRAVAD的要低¹⁶。因此，我们的研究与其他更早的一些研究结果相一致^{8,17,19,20}，指出阶级不平等对青少年期间当上父母概率的影响。

我们的研究也指出，在青少年怀孕后果问题上有性别差异。相比同一社会阶层、住在同一地区但未在青少年期就怀孕的年轻女性，曾怀孕的年青女性受教育年限短、收入水平低、辍学机会大。换言之，她们获得和控制物质和社会资源的程度更低。此外，本项研究有关性别不平等的一个特别结论是，十几岁怀孕和年青妇女被伴侣施暴或行为受控制之间相关联。

与没有在十几岁怀孕或者青少年期后才怀孕的年青妇女比较，十几岁就怀孕的年轻妇女更可能报告她们有过身体虐待和行为受控制的经历，这与婚姻状况无关。然而我们在此必须非常谨慎指出，根据我们的资料

无法建立一种直接的因果关系，因为我们不能说明青少年期怀孕更可能招致更多暴力可能性。我们以前的资料也不能说明遭受暴力的经历导致青少年期怀孕，因为我们的数据无法追踪事件时空序列。我们的研究仅证明以往研究中所发现的相关关系有统计意义^{11,12}。来自拉丁美洲不同国家九十年代的资料也显示，很多少女在怀孕期间开始遭受暴力或受到更多暴力²¹。

然而，我们的研究明确指出 GBV 对年青妇女的性与生殖生活的负面影响，因为 GBV 导致年青女性在个人关系中处于更脆弱的地位，让她们难以协商使用避孕套以及性行为发生的时间。使用避孕套的意愿与在性生活之前商讨采用避孕方法和实际使用避孕套之间呈正相关，这也表明年青女性自主权和更为平等关系的重要性，它可以提高男女双方更安全性生活的几率。

对于男性青年，我们的发现也印证和加强了这些结果，即使我们的调查中仅少部分男性受访者使其伴侣在青少年期怀孕。曾经对伴侣有过控制或暴力行为与其使用避孕套和让伴侣在青少年期怀孕之间有非常一致的关联。这些研究结果更加说明，GBV 对年青男孩和女孩的性健康会带来怎样的负面影响，因为年青男性拒绝使用避孕套也会影响其女性伴侣的性健康。在不同社会生活领域男女之间权利的不对称扩大了女性在不同层面上的脆弱性，特别是在性层面；当然这对男性的健康也有影响。在巴西和其他拉美国家，人们依然使用双重标准对待男女；人们期待年青女性要拒绝性行为，但却鼓励青年男性要有“男子气概”，在性方面要像捕食者一样。这就将年青男性置于尴尬位置上：他们不能拒绝性行为，也不能被拒绝发生性关系，从而引发冲突与暴力。在这种情况下，年青女性在协商性行为发生时间和使用避孕套方面的能力非常有限，因为她们的伴侣期待她们自己承担起避孕的责任，而不是坚持要求他们使用避孕套。将女性身体视作泄欲工具也意味着男性认为他们有权利控制女性的衣着、朋友圈、时间和活动，甚至采用身

体暴力的方式来维护他们的“权利”。

总之，我们的研究说明要制定一些能满足青少年和年青人需求的公共政策，帮助贫穷年青男女有更多的机会获得更多教育和经济机会。一般来说，较为保守、接受传统规范和价值的人受教育程度更低、也更有赚钱机会。众所周知，站在改革观念前列的人受教育程度较高。此外，针对贫困青年男女的公共政策也应该制定发展战略，保证他们获得性与生殖健康的教育和服务，以预防非意愿妊娠和感染上 HIV 和其他性传播疾病。非常重要的一点是，服务机构应该培训其工作人员能够满足青少年和年青人群的需求，并在提供服务时不要持偏见或采取保守方式。例如，卫生服务人员应该能够不考虑性别地、开诚布公地与青少年和年青人讨论如何获得愉悦但安全的性生活。然而，实现这些目标并非易事，意味着他们需要面对以自然规则为名而强化性别不平等的根深蒂固的文化和规范和价值。

此外，公共政策应该更认真地考虑在学校开展一些项目，告知和教育青少年无处不在的家庭和夫妻间性别暴力，并且制定发展战略遏制这种趋势和打击有罪不罚的现象。尽管非常不容易，但这些措施是消除顽固存在的性别关系中不平等和压迫现象的可行途径。

本研究的主要不足、也是这类研究中共同的问题是研究样本相对小，特别是男性样本不多，限制了统计分析的强度和广度。尽管如此，我们的研究结果还是给出了代表生活不同层面妇女自主权的指标。这些指标能够有益于衡量 GBV 以及男性对女性的性与生殖健康控制行为的影响，甚至在具有高度城市化和现代化特点的国家，例如巴西，也是如此。

致谢

此“META-项目与米纳斯吉拉斯州 15~29 岁年青男女生殖、教育以及职业发展轨迹：青少年父母身份的角色”的调查受到 CNPq (National Council of Technological and Scientific Development) – Edital CNPq 06/2008 的资助。我们在此感谢我们的研究

助理在实地调查过程中所做出的巨大贡献。
特别感谢 Ana Laura Lobato, Ana Carolina Maciel de Assis Chagas 和 Leila Regina da

Silva.

(周云译; 贾孟春校)

参考文献

1. Casique I. Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México. *Boletín Género y Salud en Cifras*, 2003;1:13–18.
2. Casique I. Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México. In: *Estudios Demográficos y Urbanos*, enero-abril, año, vol. 21, número 00149–81.
3. Jejeebjoy S. Women's autonomy in rural India: its dimensions, determinants and the influence of the context. In: Presser HB, Sen G, editors. *Women's Empowerment and Demographic Processes*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
4. Gage A. Female empowerment and adolescence. In: Presser HB, Sen G, editors. *Women's Empowerment and Demographic Processes*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
5. Sen G, Batliwala S. Empowering Women for Reproductive Rights. In: Presser HB, Sen G, editors. *Women's empowerment and demographic processes*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
6. Presser HB, Sen G. *Women's empowerment and demographic processes*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
7. Ventura M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. UNFPA: São Paulo, 2004.
8. Bassi C. Exposição à maternidade precoce e estratos sociais das adolescentes brasileiras: justificativas via determinantes próximos das taxas de fecundidade. In: *Texto para Discussão No. 1322*. Brasília: IPEA. Janeiro de, 2008 Available at: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4569&catid=306>. Accessed in December 15th, 2015.
9. Aquino EML, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003;19(Suppl. 2): S377–S388.
10. Rodriguez J. Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial? In: III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Córdoba, Argentina: Alap, 24 al 26 de Septiembre de 2008.
11. Chacham AS, Maia MB, Greco M, Silva AP, Greco DB. Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*, 2007;19:S12–S22.
12. Chacham AS, Maia MB, Camargo MB. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*, 2012; 29(2):389–407. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982012000200010>. [online] Accessed: December 15th, 2015.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2012-08-31. Available: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_dou.shtm Accessed: December 15th, 2015.
14. Pearce N. Effect Measures in Prevalence Studies. *Environmental Health Perspectives*, 2004;112(10): 1047–1050.
15. Araújo, Clara, Scalón, Celi. Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho no Brasil. In: Clara Araújo, Celi Scalón (Orgs.), *Gênero, Família e Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2005.
16. Heilborn ML, Aquino EML, Knauth D, Bozon M. *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2006.
17. Brandão ERE, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Jul. 2006;22(7):1421–1430.
18. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Jan. 2007;23(1):177–186.
19. Dias AB, Aquino ELM. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Jul. 2006;22(7): 1447–1448.
20. Chacón, Sérgio Munoz. En busca del pater familias: construcción de identidad masculina y paternidade en adolescentes y jóvenes. In: BURAK, Solum Donas (org). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional, p. 243 - 266, 2001.
21. Contreras JM, Guzmán JM. Violência doméstica y sexual. In: Guzmán, et al. *Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina el Caribe México*: UNFA, 2001. p.197–207.

产前诊断胎儿异常和终止妊娠的切身体验

Penelope Pitt,^{ab} Belinda J McClaren,^{ac} Jan Hodgson^{de}

a Research Officer, Genetics Education and Health Research, Murdoch Childrens Research Institute, Parkville, Australia.
Correspondence: penelope.pitt@vu.edu.au

b Lecturer, College of Arts, Victoria University, Melbourne, Australia

c Honorary Fellow, Department of Paediatrics, University of Melbourne, Parkville, Australia

d Project Manager, Genetics Education and Health Research, Murdoch Childrens Research Institute, Parkville, Australia

e Senior Lecturer, Department of Paediatrics, University of Melbourne, Parkville, Australia

摘要: 澳大利亚孕妇通常会进行产前筛查,这已成为作为母亲的一种常见经历。当产前筛查或产前检测结果诊断为严重的胎儿畸形时,妇女们将面临需要做出继续或终止妊娠的决定。近来很少有研究探讨妇女产前诊断和因为胎儿畸形终止妊娠的社会心理体验,而且在这一小部分研究中,更少有研究考虑妇女经历的切身体会。本文报道了与澳大利亚墨尔本59名产前诊断结果是胎儿明显异常,并决定终止妊娠的妇女进行深入访谈获得的定性研究结果。访谈记录通过主题分析进行了编码。通过访谈,针对切身体验产生两个主题:过渡期的体验和处在不适/舒适空间中的脆弱身体。在解读妇女叙述中体现了怀孕体验的理论。基于分析所提出的建议包括:卫生专业人士需要识别、确认和容纳妇女们处于因胎儿异常而终止妊娠的过渡体验期的思考、准备、经历和恢复阶段的状态。另一个建议是解决过渡体验期与诊所、医院和家庭的空间上的连接与断开问题。©2016 生殖健康要略. Elsevier BV 出版. 保留所有版权。

关键词: 体验, 终止妊娠, 胎儿畸形, 产前诊断和检测, 环境, 空间

前言

澳大利亚的孕妇经常会进行产前筛查,这已成为一种常见的母亲经验¹。当产前筛查或产前检测结果诊断为严重的胎儿畸形时,妇女们面临要做出继续或终止妊娠的决定。尽管在不同的国家和地区终止率有差异,但是澳大利亚维多利亚州大多数诊断为严重胎儿畸形者都终止了妊娠²。在妊娠中期终止妊娠可以通过外科手术——扩张宫颈和刮宫(D&C)/扩张宫颈和真空吸引(D&E)——或药物引产完成。很少有定性研究探讨妇女因胎儿畸形终止妊娠的心理体验³。在这篇文章中,我们展示了在澳大利亚墨尔本,妇女进行产前诊断和终止妊娠经验的深入访谈,并思考了医疗保健专业人员做法对

其的影响。

终止胎儿异常的妊娠(TFA):切身体验

研究报告是基于TFA的心理体验相关的定性数据,主要集中在妇女的心理和情感反应⁴⁻⁶、妇女关于终止妊娠的决定以及终止妊娠后的进一步的决定⁷⁻⁹、妇女的应对策略和失去胎儿后的调整¹⁰⁻¹³。近期很少有报告考虑妇女在产前诊断和终止妊娠期间及终止妊娠后的体验^{10,14}。对经历TFA的三位妇女进行的研究表明,妇女经历了从怀孕的喜悦过渡到人流后的痛苦,但未来的研究需要更大的人群参与¹⁰。稀缺的其他研究已经指出空间或环境方面对妇女护理经历的意义。美国的一项研究发现,让等待TFA的妇女与要进

行剖腹产的妇女呆在一个病房能引起情绪沮丧¹⁴。英国研究发现，妇女对于是在妇科病房，还是产科病房进行TFA的选择有所不同，拒绝妇女的选择会引起沮丧情绪¹⁵。

对TFA心理和情绪影响的研究报告包含了参与者引述的切身体验性质，这是很常见的。然而，研究者们倾向于将这些描述解释为悲伤、创伤或心理障碍的表现¹⁶⁻¹⁷，而不是探索妇女经历的细节及这些体验的意义。例如，在一个以色列的母亲经历TFA的报告中，一个妇女述说她的切身体验被解释为，提示她有急性应激障碍和分离性症状¹⁶。在本文中，我们专注于妇女TFA的切身体验，旨在进一步从互补性角度增加目前对产前诊断和终止妊娠的心理体验的理解。

政治化和国际社会对终止妊娠批评的极端性质意味着往往对经历终止妊娠的妇女的声音充耳不闻^{3,18}。这些批评包括反堕胎运动和批评产前诊断及随后终止妊娠的决定的残疾权利的评论¹⁹。终止妊娠的社会禁忌和污名毫无疑问限制了公众讨论经历终止妊娠妇女的体验和护理需求。我们报告妇女的体验旨在从细节和深度上加深医疗保健专业人士对产前诊断和TFA体验的理解，并对如何增强对经历TFA的妇女的护理提出建议。

研究背景：澳大利亚墨尔本的TFA

已知妇女的TFA体验随着文化、法律和背景而不同³。澳大利亚的私人机构和公共医疗机构都提供产前筛查、诊断、终止妊娠的服务；以前没有发表过澳大利亚妇女经历TFA的研究报道。终止妊娠的方法因医疗保健机构和从业者而变化，正如在澳大利亚州的流产法律所陈述的那样。在维多利亚，医生在任何情况下可以合法地为24孕周前的妇女进行人工流产。在此孕期之后，如果两个医生认为适当就可以合法地进行人工流产²⁰。在维多利亚，遗传咨询师常为接受产前诊断的妇女提供持续的护理服务。

方法

这里报告的数据是从一个较大的混合方法研

究得到的一个子集数据，该研究的题目是“产前检测：纵向研究（PeTALS）”，这项研究探索妇女和夫妇产前诊断胎儿畸形的体验和她们们的支持需求。参加PeTALS研究的人员需要符合以下条件：她们最近产前诊断为胎儿染色体、单基因、心脏或其他结构异常；年龄在18岁以上且英语流利。选择了三个招募点分别代表各种经验：在墨尔本的两个公立医院和一个私人超声诊所。所有招募点都获得伦理批准，从2012年7月至2015年4月进行招募。遗传咨询师接触所有正在就诊并符合纳入标准的妇女，向她们提供了有关研究的书面和口头信息，并邀请她们向研究者提供详细的联系方式。随后一名研究人员打电话给那些同意接触的人，并完整地解释研究情况。招募持续进行，直到在数据分析中没有出现新的观点。

在三个时间点进行数据采集：胎儿产前诊断为畸形后的6周（时间点1），6-9个月（时间点2）和两年（时间点3）。在时间点1已经完成102名参与者的访谈和分析（女性n=75；男性n=27），他们收到胎儿畸形的产前诊断并做出了终止妊娠的决定。时间点1的访谈尽可能在诊断后6周进行，确保已经选择终止妊娠的妇女至少在两周前已经接受了手术。

电话访谈由具有遗传咨询资格和定性研究访谈经验的研究小组成员进行。半结构式访谈邀请参与者讲述她们有关接受产前诊断和随后发生的事情。在参与者同意的情况下对访谈进行录音。访谈指南包括妇女体验的广泛主题：首先发现她们怀孕；意识到可能有问题；筛查和/或测试；决定继续或终止妊娠；正式和非正式的支持渠道；卫生专业人员的护理。在采访后的第一天给所有参与者打电话随访，以核实访谈没有引起她们的痛苦，如果需要的话，转给咨询顾问或支持组织。

访谈录音逐字记录和去除识别信息。然后，研究小组的一位成员回顾了记录，检查记录的准确性，修改错误。去除识别信息的记录导入NVivo 10（澳大利亚墨尔本QSR

国际有限公司)以进行数据管理和主题分析。由研究团队的几个成员完成归纳编码的过程。这涉及到阅读和重新阅读记录,寻找参与者体验的相似性和差异性。用研究人员开发的代码标记文本部分,共同编码记录,对浮现的主题进行讨论。

在这里,我们特别报告了时间点1对终止妊娠的妇女进行访谈获得的定性数据。我们通过解读产前诊断胎儿畸形和终止妊娠的妇女体验得出怀孕体验理论。女性主义学者将怀孕的身体体验描述为扰乱了我们对作为单一和固定的主体的理解²¹⁻²²。基于此现象,Young建议怀孕的主题是“去中心化、分裂,或双重”和“使她自己体验作为一个创造过程的源泉和参与者”²²。怀孕的切身体验被理解为受医疗实践和技术的影响和塑造。特别是,女性主义学者认为,医疗技术在产前筛查方面的发展有助于从妊娠产科的视角在概念上区分胎儿和孕妇^{21,23-24}。在编码过程中,许多程序代码指向体验主题,我们借助上面提及的怀孕体验的文献将这些代码发展转化为主题。

结果

在这个较大的PeTALS研究中,为研究小组提供了作为潜在参与者的59名妇女和61对夫妇的联系方式。其中,39名妇女、27对夫妇(访谈个体)和另外9名妇女(未带伴侣参加),在接触时同意接受采访,并向她们提供了进一步的研究信息。总之,120名潜在的孕妇中有75名孕妇参加了这一较大的研究(参与率62.5%)。在这75名孕妇中,59名妇女终止了妊娠,这篇文章的重点是时间点1(诊断后6周)对这些妇女进行的访谈。

在终止妊娠的59名妇女中,从三级医院1招募了23名,从三级医院2招募20名,从私人超声诊所招募16名。妇女年龄在18~49岁之间,每人在10~21孕周都收到确定的胎儿严重畸形的诊断,包括:21三体综合征(n=23)、结构异常(n=10)、其他三体(n=9)、其他染色体异常(n=9)、

心脏畸形(n=5)、单基因突变(n=3)。虽然不都是意愿妊娠,但是所有的妇女都讲她们的怀孕在收到诊断前是“意愿”的。在12~23孕周之间终止了妊娠。在59名终止妊娠的妇女中,35例进行了手术(D&C或D&E),24例药物流产(引产)。电话访谈的时间从43到179分钟不等。

两个关键的主题如下:1.过渡期体验;2.处在不舒服/舒适空间的脆弱身体。在采访中,参与的妇女使用“胎儿”和“婴儿”两个词汇。当多个妇女参与访谈时,有时用“胎儿/婴儿”词汇来传达女性表达怀孕的不同方式,以及一些妇女随着时间推移而发生的变化。为了便于阅读,在不改变原意的情况下省略了一些引用,在文本中用“……”表示省略。用假名来保护参与者的匿名性。

主题1:过渡期体验

威胁怀孕体验

妇女强调在收到疑似或确诊的胎儿畸形消息对身体的影响。贝基解释说,在她妊娠12周超声扫描后的一天,她收到了医生透露疑似胎儿异常的电话:

“我的整个身体都陷入了震惊和……我浑身颤抖,扔下电话。”

妇女常用隐喻的方式来描述由不分青红皂白外部力量造成的对身体的创伤和破坏。丽迪雅描述了她收到CVS结果时的感受:

“我接到一个电话,我们发现胎儿有21三体综合征。……它就像一次爆炸。你已经被炸弹掀翻了。”

梅林达曾因为胎儿异常终止了妊娠,她将收到妊娠12周超声扫描结果异常的消息描述为“我被倒置于炮筒另一端”(“looking down the barrel of another termination”)。妇女在经历她们的怀孕体验时,因披露胎儿异常而受到威胁,对许多妇女而言,这标志着她们开始远离怀孕的体验。

中间体验

妇女描述了在她们决定终止妊娠后,仍然经历怀孕的身体变化和胎儿/婴儿的运动,这

对她们而言是多么的困难。凯莉表达了当她准备接受终止妊娠而身体却提醒她怀孕体验时的苦恼：

“我只是觉得宝宝在动，我想，‘我是什么样的妈妈呢，要杀自己的孩子？’”

Young 暗示怀孕体验的一个重要方面就是女人“身体的自我定位”，“除了她的头以外，还专注她的躯体”²²。妇女经常讲述在做出决定和等待终止妊娠期间她们是如何刻意把注意力从“躯体”转移走。有些人描述了她们如何避免在这个时候看镜子，因为她们不想看到在镜子里映出来的她们的身体。很多妇女，包括乔治亚，在做出终止妊娠的决定后阐述进行超声波扫描是很困难的：

“[医生]说，‘你是否想要我们再做一次扫描，让你看’，但在那个阶段，我和我的丈夫都不忍心再看他的心跳。”

乔治亚的经验可以解释为正从关注她自己躯体的正常怀孕体验中摆脱出来。然而，在我们的研究中有一些妇女寻求另一次超声波扫描，以反复确认胎儿异常的诊断。对这些妇女，虽然在屏幕上看到胎儿/婴儿异常时感情上难于言表，但是它帮助她们确定终止妊娠是正确的选择。

妇女叙述她们做出决定等待终止妊娠的那个阶段，提示她们经历了自己不再有正常怀孕体验，但也不是“不再怀孕”或“终止妊娠后”的体验。罗谢尔描述她在这个时候的体验像是在“梦魇境地”。几位妇女用“机器人”的比喻来描述她们如何在决策和等待期与胎儿/婴儿分离。路易丝讲诊断和流产之间两周半的时间为一个“中间阶段”：

“我最后彻底分离。我正在散步，能够应付，管理得很好……我感觉很冷。我让自己处在这样的精神状态……所以我是机器人，我正和婴儿分离。”

像许多妇女一样，路易丝在这期间把她的注意力从她的“躯体”转到她的头部。对于一些女性，决定终止妊娠后与胎儿/婴儿分离涉及到暴饮暴食，而这些本是她们怀孕期间所回避的。在中间体验阶段，酒精和其

他药物成为一种远离怀孕体验和麻痹痛苦的一种方式。

结束的开始

女性描述了如何服用药物开始终止体验过程；当她们对胎儿/婴儿“说再见”时是一个不可逆转的时刻。黛安娜叙述了作为她终止妊娠的第一步服药是什么样的情形：

“这是我在桌上旋转药片很长的时间……我知道一旦我服用了药片，这就是结束的开始，所以对我而言服用这片药是非常、非常困难的事情。”

同样，苏珊娜描述了在她插入阴道栓剂为终止妊娠做准备是怎样的情景：

“整个经历中最艰难的部分，因为……这是我发起的。这不像医生干的，而是我干的……这真像我亲自开始做这件事。我宁愿是由医生做的。”

那些由医务人员开始进行终止妊娠过程的妇女也经历了这样刻骨铭心的时刻。梅林达讲述手术终止妊娠，插入阴道栓剂时的感受：

“我很害怕……对我而言，就是这一时刻一切都变成现实，当她们给我插入栓剂开始终止妊娠……这一刻沉重打击了我。”

在最近的研究中很少提及使用药物启动终止妊娠时刻对妇女的意义，对瑞典6名妇女进行的研究是个例外²⁵。在怀孕的时候，什么是女人身体的一部分，什么是与她分开的，对她而言是模糊的²²。妇女服用第一种药促使终止妊娠发生时，体验就发生变化；药物启动了胎儿从妇女身体分离的生理过程。按要求自我服药的妇女在结束自己身体与胎儿/婴儿身体的纠缠关系上与她们的母亲身份相拼争。

分离

许多经历了人工流产的妇女描述 TFA 经历中最艰难的时刻是最后她们与死去的胎儿/婴儿的身体上的分离。乔治亚讲述了她看到婴儿死后外表的变化时的感受：

“我们要回家……我希望她也[回]家

里……我从来都不想离开，但我不能永远呆在那里……你最难的事是把你的孩子留在那里。”

同样，因为需要从身体上分离她死去的胎儿/婴儿，她们之间产生不可逾越的距离，帕特丽夏为此感到痛苦：

“我们回家了，这是最糟糕的一周，我知道他在那里，而他没有和我在一起。这是如此不自然，这不是一个母亲应该经历的。他在停尸房……我们在这里，他在那里，天地两隔。我真的很纠葛。”

一个女人的正常经验是作为身体持续亲密的一部分的一个活产婴儿的诞生，这与帕特丽夏身体与她死去的婴儿分离形成鲜明对比。

终止妊娠后的体验

妇女终止妊娠后在家度过的这几天或几周，需要一段时间适应自己不再有怀孕的明显体征的现实。奥德利描述了回家的第一周：

“当你怀孕的时候，你触摸了你的肚子……[在第一个星期里]，我发现，当我触摸我的肚子时，我突然意识到，‘我不再怀孕了’，这是很难的。”

同样，对一些妇女而言，在终止妊娠后经历的第一个月经周期也令人苦恼。丽迪雅陈述在她终止妊娠几周后的状况：

“我是真的，真的难过……，因为我来例假了，这是一种视觉上的提示（哭了）。”

一些妇女描述了终止妊娠后她们的怀孕体验持续了几个星期，使其难以“继续向前”。对于一些妇女，这是因为发现她们仍然保留着需要经过一个过程来消除的妊娠的身体变化。对于另外一些妇女，这是因为她们的乳房正在流初乳，因为怀孕使她们的身体形状和体重都发生了改变。在终止妊娠后几个星期，凯特林解释说：

“我觉得我承载着这重量，但我没有一个孩子来显示它。所以有时候我发现我……很想快速前进，但我的身体还不能。”

我们可以将“继续向前”解读为从终止妊娠后体验到非怀孕女性体现的过渡。

妇女所经历的调整为不再妊娠状态的渐进性质并不总是能被卫生专业人员理解和认可，她们将女性简单地分为怀孕和没有怀孕。当奥丽芙妊娠时登记了一个看病预约：

“我原来想，‘我可以去看预约的医生，我可以进行检查，并和他谈话’。一天早上，我打电话给前台，只是想确认我的预约，她说：‘哦，已经取消了’。我说，‘为什么？’她说，‘你不再怀孕了。那是一个产前预约’……我挂断电话，我真的很难过……她知道发生了什么事。”

奥丽芙经历一个从孕妇突然转变到非孕妇的过程。这并没有反映她终止妊娠后的生活状态。

主题 2：处在不舒适 / 舒适空间的脆弱身体

许多妇女表示她们的身体对周围环境高度敏感和脆弱，如超声室、临床医生和咨询室、医院候诊室、产房、私人流产诊所和家里。妇女在讲述她们经历时所使用的言辞和比喻体现了这种感受。在诊断和终止妊娠时环境对于形成妇女切身体验起到重要作用。

不协调的诊所和医院

妇女描述在披露胎儿异常和终止妊娠的日子里，在诊所和医院的大厅和候诊区感到非常不舒服。格瑞丝讲述，接诊员电话告知她胎儿异常，并预约她去医院进行遗传学检查：

“你一来[医院]，你面对成簇的鲜花和小泰迪熊以及‘这是一个女孩！’气球，诸如此类。当一切都是阴冷时，却面对随处可见的婴儿用具，和快乐的女人和婴儿……这非常不舒服。”

妇女很感激医务人员意识到医院大厅和候诊室对妇女所造成的痛苦并提供快速通道通过不舒服的区域。乔治亚说在她终止妊娠的那天：

“[助产士]说她[在医院门口]与我们会面，并带我们直接通过，所以我们不必和大家坐在一起。”

妇女述及要求她们在普通候诊区等待超声扫描和终止妊娠增添了她们的不适和痛

苦。娜蕾在医院终止妊娠，她说：

“房间安排的方式让我困扰。我坐的地方对所有来进行剖腹产的妇女……看着所有大周龄的孕妇带着她们的箱子一起过来。”

海莉建议重新配置医院候诊区以减轻这些经历的负面影响：

“我认为这肯定是可以改善一些事情……在空间上分隔这些区域。”

在私人诊所终止妊娠的妇女讲述了她们的痛苦，她们不得和一些不是因为胎儿异常而是其它原因要终止妊娠的妇女共享候诊区。海莉说：

“从精神上讲真的很难，我想任何人都 不应该在我们的处境下这样做（叹息）……你和所有这些并不想怀孕的孕妇坐在一起，而我坐在那里却想要我的孩子。”

对终止过程涉及流产和引产的妇女来讲，与准备分娩健康的婴儿的妇女同处一个产房，引产出死去的婴儿是怎样一种情景。黛安娜描述了她在终止妊娠那天对产房实际空间的感受：

“我没有意识到我要到实际是婴儿出生的产房去……我以为可能为终止妊娠的人提供一个单独区域……我有一点恐慌。后来护士把我们带进一个候诊室，这时另一个护士竟然把一个刚出生的婴儿带进房间里。我失去理智了。”

通过这些叙述可感知医院和诊所的环境可加剧妇女的痛苦经历。这种环境要求接受胎儿异常诊断的妇女与一般公众以及“正常”怀孕等待就诊的妇女同处一个候诊室，要求这些妇女与那些不是因为胎儿异常而终止妊娠的妇女，以及分娩健康活产婴儿的妇女，同在一个产房。

家是庇护所、隔离和纪念的地方

在终止妊娠后几周内，妇女们经历了将家作为一个避难所和隔离的地方。一些妇女讲述了她们在流产/娩出后想尽快回家的感觉。菲奥娜描述了情感和娩出她（死去的）婴儿的房间轮廓如何驱使她迫切回家的愿望：

“在那个房间里充满创伤。很明显，这

是我们花很多时间与我们的[婴儿]呆在一起的地方，但是在那儿充满创伤……我们都真的觉得，如果我们可以回家……我们可以开始抚平创伤。”

家是一个女人觉得她们在终止妊娠后可以从世界上撤退后恢复的地方。对一些妇女来说，家也是一个隔离的地方，特别是一旦她们的配偶回到工作岗位时。露西说：

“我真的从整个世界撤退了，我没有去上班……我基本上在家里呆了两个星期，只是等着我的伴侣晚上回家，说真的，他是我两个星期以来唯一看到的人。我甚至不能见我的家人，我只是不想解释发生了什么事。总而言之，可能大约五个星期，我只是把自己关闭起来，除了我的伴侣，不见任何人。”

一些妇女描述了她们在家里创造的记忆空间。妇女常常在家中的橱柜里保存放置与婴儿和怀孕有关的物品的存储盒。这些盒子里装着一些物品，如婴儿的照片、婴儿的手印或脚印、毛毯、婴儿袜、来自家人和朋友的卡片、超声图像和 DVD、剩下的叶酸片、和妊娠有关的信件等。妇女可以选择什么时候来处理这些纪念物。一些妇女还展示纪念物来纪念婴儿。黛博拉说，给她终止妊娠的医院让她将婴儿袜带回家：

“我仍然在我的床头柜保存婴儿袜，我还不能放它们走。”

奥德丽告诉我们，她在家里一个较公开的地方布置了一个视觉展示：

“我想让人们知道我有一个孩子（哭）……我们有一张家庭照片（哭泣），我抱着婴儿，我的丈夫亲吻宝宝的头。照片挂在起居室里。”

通常女人报道很感激给她们提供创造纪念品的机会，如照片、婴儿的脚印。然而不是所有的女人都想要纪念品；有些妇女担心未来几年在她们自己和她们的家人看到纪念品引起悲伤。格雷斯说：

“我觉得我不需要保留任何东西，因为我仍然保留记忆（哭泣）……我也不想在轨道上设置障碍物，我不希望我的孩子们发现它们。”

返回伤心之地

妇女描述返回她们第一次获悉胎儿畸形的指标或诊断，或者终止妊娠的诊所和医院的情景，那里是一个充满伤感体验的地方。一些妇女告诉我们，她们避免或推迟到这些地方的随访预约。格瑞丝描述了开车经过她曾做过超声波扫描的地方的情形：

“经过曾经进行超声扫描的楼房是（叹息）可怕的。我们返回和看到同一栋楼是很痛苦的。”

妇女有时会想像将来怀孕时再回到当初终止妊娠的地方的情形。戴安娜描述，当告诉她不能在她通常去的医院终止妊娠，必须去另一个陌生的医院时的复杂的感受：

“这有点震惊……但我还看到了好的一面，如果我们再次怀孕，我可以去[我通常去的医院]，在那里我们没有在产房分娩死产婴儿的感受。”

讨论

我们建议，可以认为妇女获知胎儿畸形指证后经历了“受威胁的妊娠体验”，并可能过渡到“中间体验”和“终止妊娠后的体验”。我们已经详细说明了妇女获知产前诊断的体验。其涉及几种不同体验状态的转换。这方面的文献报告比较少，本研究结果有助于从另外一种角度增加目前对收到产前诊断和终止异常胎儿妊娠的妇女心理体验的了解。

在我们的研究中，这些妇女就诊的诊所和医院的环境往往不适合她们的心理需求。我们发现，这些环境中的生理和社会维度往往增加妇女的痛苦。该研究结果与以往有限的美国¹⁴和英国¹⁵的研究结果是一致的。我们的结果建立在以前研究的基础上，描述了妇女在一系列临床环境的经历，以及妇女在终止妊娠当日，以及预约前后那种“格格不入”的体验。诊所和医院的空间有助于使人感到诊断和终止胎儿异常妊娠的事件是异常的，并超出这些机构的正常实践，而且将经历这些事件的妇女视作另类。

医务人员需要考虑过渡体验期的妇女正处于诊断和终止妊娠中的思考、准备、经历和恢复的过程，另外还要考虑过渡期体验状态和诊所、医院及家庭的空间之间的连接与断开过程。我们建议，医务人员在治疗过程中认识和承认妇女从怀孕到不再怀孕这种过渡状态的困难。我们的研究结果还表明，医务人员应该认识到服用药物开始终止妊娠是非常艰难的时刻。许多妇女都经历“开始结束”她们的怀孕。医务人员可以在这一时刻提供额外的情感支持。

在尽可能的情况下，应该采取措施尽量减少和减轻妇女在诊所和医院环境中的不适。医务人员可以在医院门口会见妇女，并直接引导到一个私人房间。应该为确诊胎儿异常后到诊所和医院预约就医和终止妊娠的妇女单独设置一个候诊区。通过这些护理程序，使因此原因来医院的妇女不需要与其他产妇以及并非因胎儿异常原因准备和实施终止妊娠的妇女同处一个空间。对于许多妇女，返回她们获悉坏消息或终止妊娠的地方是困难的。鉴于这种“伤心之地”对妇女的影响以及终止妊娠后不舒服的经历，我们建议让妇女能够选择她们接受随访护理的地点。可以用电话随访来替代让妇女返回到伤心之地。在电话随访中，可以酌情提议将家庭访问扩大到适合的妇女。医务人员可以为妇女提供个性化选择的环境，她们在那儿可以接受随访护理和支持。

这项研究的一个局限性是参与者的语言同质性：这些妇女都说英语。这些研究结果与来自不同文化和语言背景的妇女的相关程度是不清楚的。然而，参与研究的妇女既来自公立医院也来自私人卫生诊所，这增强了本研究结果的可靠性。

我们的研究结果表明，发展护理方案，旨在调解妇女的过渡状态和减少医院和诊所实际空间的负面影响，可能缓解被诊断胎儿异常和需要终止妊娠的妇女的一些额外痛苦和不适。在这方面的研究仍然是有限的，有

必要进一步研究妇女护理需求的变化, 以及这些需求如何与特定的特性, 例如特定的诊断相关。

致谢

我们非常感谢那些慷慨地与研究团队分享她们故事的妇女们。我们要感谢遗传咨询专家花费时间和精力来协助招募研究对象, 以及PeTALS项目团队所有成员。

这项研究由澳大利亚研究理事会 (ARC) (资助号 DP120100092)、Shepherd 基金会和默多克儿童研究院的资助, 受到维多利亚政府运作基础设施支持计划项目 (Victorian Government's Operational Infrastructure Support Program) 支持。

(陆彩玲 译; 贾孟春 校)

参考文献

1. Hui L, Muggli EE, Halliday JL. Population-based trends in prenatal screening and diagnosis for aneuploidy: a retrospective analysis of 38 years of state-wide data. *BJOG*, 2016;123(1):90–97.
2. Lewis S, McGillivray G, Rowlands S, et al. Perinatal outcome following suspected fetal abnormality when managed through a fetal management unit. *Prenatal Diagnosis*, 2010;30(2):149–155.
3. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reproductive Health Matters*, 2014;22(44):191–201.
4. Ekelin M, Crang-Svalenius E, Nordstrom B, et al. Parents' experiences, reactions and needs regarding a nonviable fetus diagnosed at a second trimester routine ultrasound. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2008;37(4):446–454.
5. Ferreira da Costa LdL, Hardy E, MJ DO, et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 2005;13(26):139–146.
6. Gammeltoft T, Tran MH, Nguyen TH, et al. Late-term abortion for fetal anomaly: Vietnamese women's experiences. *Reproductive Health Matters*, 2008;16(31):46–56.
7. Asplin N, Wessel H, Marions L, et al. Pregnant women's perspectives on decision-making when a fetal malformation is detected by ultrasound examination. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2013;4(2):79–84.
8. France EF, Locock L, Hunt K, et al. Imagined futures: how experiential knowledge of disability affects parents' decision making about fetal abnormality. *Health Expectations*, 2012;15(2):139–156.
9. Hunt K, France E, Ziebland S, et al. "My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral": a qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. *International Journal of Nursing Studies*, 2009;46(8):1111–1121.
10. Bryar SH. One day you're pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1997;26(5):559–566.
11. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies. *Prenatal Diagnosis*, 2013;33(12):1173–1182.
12. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 2013;23(7):924–936.
13. Nazaré B, Fonseca A, Canavarró MC. Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2013;31(3):257–273.
14. McCoyd JLM. What do women want? Experiences and reflections of women after prenatal diagnosis and termination for anomaly. *Health Care for Women International*, 2009;30(6):507–535.
15. Fisher J, Lafarge C. Women's experience of care when undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly in England. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2015;33(1):69–87.
16. Leichtenritt RD. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. *Social Science and Medicine*, 2011;72:747–764.
17. Kolker A, Burke BM. Grieving the wanted child: ramifications of abortion after prenatal diagnosis of abnormality. *Health Care for Women International*, 1993;14:513–526.
18. Harris LH. Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse. *Reproductive Health Matters*, 2008;16(31 supplement):74–81.

-
19. Parens E, Asch A. The disability rights critique of prenatal genetic testing: reflections and recommendations. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2003;9(1):40–47.
 20. Abortion Law Reform Act (Vic). Victorian legislation and parliamentary documents Australia 2008. State of Victoria, Australia. 2008 Available at. http://www.austlii.edu.au/au/legis/vic/consol_act/alra2008209.
 21. Rothman BK. *The tentative pregnancy: how amniocentesis changes the experience of motherhood*. New York: Viking Penguin, 1986.
 22. Young IM. Pregnant embodiment: subjectivity and alienation. In: *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford: Oxford UP, 2005. p.46–61 (Reprinted from *Journal of Medicine and Philosophy*. 1984;9:45-62).
 23. Rapp R. *Testing women, testing the fetus*. Oxford: Routledge, 1999.
 24. Purdy LM. *Reproducing persons: issues in feminist bioethics*. New York: Cornell UP, 1996.
 25. Mikkavaara I, Ohrling K, Lindberg I. Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 2012;28:e720–e725.

表象之下：2001~2012 年加拿大完全代孕现状与结果

Pamela M White

Specialist Associate Lecturer, Kent Law School, University of Kent, Canterbury, UK. *Correspondence:* p.white-229@kent.ac.uk

摘要： 本文就加拿大完全代孕者所接受的生殖治疗提出了一些棘手的问题，这些代孕的女性从遗传角度来说和她们所孕育的孩子并无关系。本文通过加拿大辅助生育登记处 2003~2012 年公布的信息，追溯了日益增长的完全代孕出生率。一个以上胚胎的移植在增加妊娠机会的同时也增加了多胎发生率。虽然多胎发生率自 2010 年起整体出现下降趋势，但完全代孕者依然维持较高的多胎分娩率和较高的多胚胎移植水平。2012 年，移植一枚胚胎的完全代孕者仅占 26%，而其他体外受精（IVF）患者移植一枚胚胎的占 47%。本文认为需要重新关注为完全代孕者提供的咨询服务和 IVF 中心使用的治疗知情同意机制，并重新审视加拿大医学会 2007 年提出的代孕治疗指南。最后，本文描述了获得加拿大辅助生殖医学数据的困难。如果没有良好的数据，辨别那些可能存在隐患的有害做法就会变得更加困难。©2016 生殖健康要略 . Elsevier BV 出版 . 保留所有版权。

关键词： 完全代孕，辅助生殖技术登记，加拿大，单胚胎移植，IVF 多胎分娩

导言

一名女性为因医学原因或社会原因不能拥有自己孩子的个人或夫妻孕育胎儿，这种做法一直有着道德困扰，因为它打破了人们认知中的遗传、妊娠与母亲身份之间的封闭连接^{1,2}。代孕言辞和行为引出了在合同、利他性、自主权和独立性等方面的矛盾，并且因其可能造成人类生殖商业化和身体商品化而备受关注³⁻⁵。

在加拿大，无论是“传统”代孕（译注：委托方提供精子，而代孕者提供卵子，因而代孕者与地所孕育的胎儿有遗传联系），还是“完全”代孕（译注：配子均由委托方提供，因而这种代孕者与子代并无遗传联系），均是合法的，前提条件是代孕行为是利他性质，但所产生的相关费用可得到补偿⁶。对于加拿大日益增多的无子女夫妇和个人（包括同性恋者），代孕可能是他们获得生物学后代的唯一办法。2012 年的一项调查显示，代孕既不是一个禁忌话题，也不是众多加拿

大人不切实际的生育选择；如果他们或他们的伴侣不能受孕并生下他们自己的生物学后代，有四分之一无子女的成年女性和 40% 无子女的成年男性会考虑使用代孕⁷。流行杂志上的个人推荐⁸⁻¹⁰，报纸文章报道省外和国外的代孕出生儿¹¹⁻¹³，以及曝光媒体名人如 Joël Legendre 和她丈夫强迫魁北克政府为他们的代孕买单¹⁴，这些就导致人们得出结论，认为在加拿大实行的代孕是 21 世纪一种虽然存在争议、但被认可的家庭活动。

尽管加拿大人越来越接受代孕，但对现状所知不多。缺乏数据¹⁵、不育的社会污名¹⁶、对于代孕法律不确定性的认知¹⁵⁻¹⁷，以及生殖旅游^{18,19} 都被认为是造成加拿大代孕行为缺乏可靠和全面信息的影响因素。

本文旨在填补这块知识空白，并且还提出了一些关于完全代孕者所接受的生殖治疗的较为棘手的问题。虽然数据来源有限，只有加拿大辅助生殖技术登记系统（CARTR）和良好结局登记及网络（BORN）用于分析

完全代孕的趋势和结局，但本文证实了辅助生殖技术（ART）登记信息产生了一些重要见解。

加拿大的辅助生殖技术登记：CARTR-BORN

胚胎学、生殖医学实践，以及生殖治疗数据收集系统的调整在 ART 登记构架和生殖治疗知识管理中发挥了重要作用²⁰。这些因素塑造了关于一般生殖治疗和特殊代孕行为的医疗叙事结构，表述为“我们知道和不知道”的那些事情²¹。

不像他们的美国²²和英国²³同行，相关法律不要求加拿大生殖门诊向公共卫生当局报告 ART 治疗信息。2004 年加拿大人类辅助生殖（AHR）法通过，当时以为 CARTR 会被替换或可能并入联邦立法的个人健康信息登记系统，但事实并未如此。2010 年 AHR 法案参考条目²⁴决定终止联邦政府建设 ART 和捐赠者登记系统的资格，因其被加拿大最高法院裁定越权，认为原法案的管制区部分应该隶属于省宪法管辖的“医学和研究实践”。2010 年魁北克规范了生殖医学实践²⁵，2016 年年初，安大略省决定为一个 IVF 刺激周期提供资助²⁶。虽然加拿大生殖和男科学会（CFAS）近来在倡议创建国家级捐赠者登记机构，但是到目前为止，还没有一个省级政府创建生殖治疗或捐赠者登记机构²⁷。

CARTR-BORN 自 1999 年由加拿大各 IVF 中心负责人创建并管理，是一个自愿性的 ART 登记系统，其功能相当于国家 IVF 医学实践信息的主要来源。关于代孕，登记信息包括提供给完全代孕者 IVF 治疗的所有数据，其中完全代孕者的定义为：

“一名已经受孕的女性，并根据协议要求其在分娩后需将子代交给意向父母。配子可以来源于意向父（母）和（或）第三方（当事人）²⁸。”

更典型的传统代孕采用供精人工授精，但登记系统并不记录这类信息。虽然传统代孕也可以使用 IVF，但加拿大生殖中心像他们的美国同行一样，只对完全代孕者提供

IVF 服务³⁰，因此，加拿大和美国 ART 登记系统没有传统代孕行为的任何资料。相比之下，英国人类受精和胚胎管理局（HFEA）则对传统代孕（遗传相关）和完全代孕都进行记录，但是并不例行公布此信息³¹。

CARTR-BORN 展示了一幅为完全代孕者提供 IVF 治疗的全国性画面，但是受制于其重点和结构，信息量有限。它没有社会学信息或加拿大境外开展的生殖治疗信息，并且几乎没有患者的人口统计信息。然而，它可以告诉我们非加拿大居民对加拿大 IVF 中心的使用情况，因为患者和意向父母的地址信息都被收集起来，即便不是所有中心都持续向 CARTR-BORN 提交这些信息³²。

生殖治疗信息按 IVF 周期*编排，这种编排方式反映了胚胎学和 ART 医学实践，更多的是告诉我们关于配子、胚胎以及生殖过程的信息，而非患者信息^{20,36}。然而，随着对这些信息的长期追踪分析，清晰地浮现出完全代孕现况，揭示了与非代孕者相比，提供给代孕者的生殖治疗存在的重要差异。

方法

2001~2007 年间，加拿大 ART 治疗的统计数据发表在《生育与不育》（Fertility and Sterility）杂志上。从 2008~2012 年，CFAS 成员可以得到年度数据报告，并发布在该组织网站上³⁷。2013 年开始，只发布媒体概览，而 BORN 核准的研究者则可以获取定制报表²⁸。BORN 是目前代表各 IVF 中心负责人管理登记系统的组织。

为了满足对加拿大代孕操作信息的需求^{16-18,37}，本文统计了 2001~2012 年完全代孕 IVF 出生儿的发生率（表 1），并重点着眼于 2003~2012 年，因为在此期间大多数生殖中心逐年上报信息，并且在此期间发生了一些重要的生殖治疗和政策变化，包括联邦立法、代孕治疗和胚胎移植指南发布、更高的捐赠配子（卵和精子）可利用性、魁北克

* 当进行卵巢刺激的女性接受第一剂促性腺激素，或在非刺激周期中 [例如冻融胚胎移植（FET）] 开始监测时，认为是“开始”了治疗周期。

生殖医学调整，以及无子女夫妇和包括男同性恋者等个人对完全代孕的依赖性增加³⁸⁻⁴⁰。2012年的数据是BORN最近的可利用数据。由于保密的原因，仅仅加拿大级别的信息可以被获取。

描述性统计展示了完全代孕治疗周期

数、妊娠数、分娩数以及多胎分娩发生率等数据，来自于发布在2001~2012年CARTR-BORN年度报告中的ART治疗数据，并依据数据请求加以汇编。魁北克级别的数据取自于2014年魁北克委员会报告⁴¹。作者设计的定制报表用于验证以前发布的完全代

表 1. 2001~2012 年加拿大出生人口

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
出生人口	333,744	328,802	335,202	337,072	342,176	354,617	
IVF 出生人口 (占总出生人口的百分率%)	2,214 (0.7%)	2,679 (0.8%)	3,067 (0.9%)	3,161 (0.9%)	3,514 (1.0%)	3,871 (1.2%)	
完全代孕 IVF 出生人口 (占总 IVF 出生人口的百分率%)	18 (0.9%)	18 (0.7%)	12 (0.7%)	20 (0.6%)	30 (0.8%)	35 (0.9%)	
完全代孕出生婴儿数 (占总出生婴儿数的百分率%)	21 (0.9%)	22 (0.9%)	15 (0.5%)	27 (0.8%)	38 (1.1%)	47 (1.2%)	
所有 IVF 出生婴儿数	2,247	2,337	3,107	3,210	3,554	3,927	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	合计
出生人口	367,864	377,886	380,863	377,213	377,636	380,659*	3,959,990
IVF 出生人口 (占总出生人口的百分率%)	4,432 (1.2%)	5,040 (1.3%)	5,653 (1.5%)	5,632 (1.5%)	6,301 (1.8%)	6,924 (1.8%)	52,488
完全代孕 IVF 出生人口 (占总 IVF 出生人口的百分率%)	48 (1.1%)	59 (1.2%)	79 (1.4%)	78 (1.4%)	1 1 3 (1.8%)	113 (1.7%)	626
完全代孕出生婴儿数 (占总出生婴儿数的百分率%)	67 (1.5%)	77 (1.5%)	1 1 3 (2.0%)	1 0 3 (1.8%)	1 4 0 (2.2%)	133 (1.9%)	803
所有 IVF 出生婴儿数	4,499	5,104	5,710	5,707	6,381	6,988	52,771

来源：CARTR-BORN。加拿大统计局，CANSIM 表 102-4509。加拿大省属和领地的活产数，按出生体重和性别分类。
* 加拿大统计局，CANSIM 表 053-0001。加拿大省属和领地的活产数、死亡人口和婚姻状况估算数值。

孕信息，并用于计算非完全代孕人口的统计数据。还收集了完全代孕者和其他 IVF 患者(非完全代孕者)在治疗周期中单个、两个、甚至三个以上胚胎移植发生率的数据⁴²。可以通过疾病控制和预防中心(CDC)从国家 ART 监测系统获得定制比较报表⁴³。

参数统计被用来计算完全代孕者接受单个胚胎移植相比于双胚胎、三胚胎及以上胚胎移植的风险比(RR)⁴⁴。均为双侧检验，P 值小于 0.05 被认为具有统计学显著意义。捐赠者和意向母亲自己的卵子以及新鲜和冷冻胚胎都纳入分析。

结果

完全代孕日益增加

2001~2012 年间，有 52,488 名出生儿报告给 CARTR-BORN。2012 年，IVF 婴儿占加拿大总出生人口数的 1.8%⁴⁵，占魁北克出生人口的 2.0% 以上⁴¹。与之比较，2012 年美国的该比例为总出生人口数的 1.5%³⁴，英国的为总出生人口数的 2.2%⁴⁶。

2001~2012 年间，完全代孕者共有 803 例 IVF 婴儿出生。2012 年完全代孕者共有

133 例婴儿出生，占加拿大所有 IVF 出生儿的 1.9% (所有 IVF 周期的 1.8%)。同年在美国，CDC 估计完全代孕占有所有 IVF 周期的 2.5% 左右³³ (表 1)。

加拿大的完全代孕者一般比意向母亲(IM)更年轻；完全代孕者的平均年龄为 31.8 岁，相比之下 IM 的平均年龄为 38.2 岁⁴⁰。CDC 的数据体现了类似的年龄差：完全代孕者的平均年龄为 31.7 岁，而 IM 的平均年龄为 36.5 岁⁴³。2003~2009 年期间，约 1/3 的完全代孕周期所使用的胚胎来源于捐赠者卵子而不是意向母亲的卵子。然而，到 2012 年，52% 的代孕周期所用胚胎来自于非 IM 卵子。相比之下，同年其他 IVF 患者周期中使用捐赠者卵子者仅仅 5.5% (图 1 和 2)。

完全代孕更可能发生多胎分娩

人们早就知道，与不使用生殖药物或 IVF 的女性相比，接受生殖治疗的患者有更高的多胎出生数量^{47, 48}。可能人们较少了解的是完全代孕者的多胎出生率比其他 IVF 患者更高^{33, 36, 49}。如图 3 所示，2003~2009 年间，加拿大非代孕母亲的多胎出生率保持

图 1. 2001~2012 年完全代孕周期、妊娠以及活产数

来源：CARTR-BORN

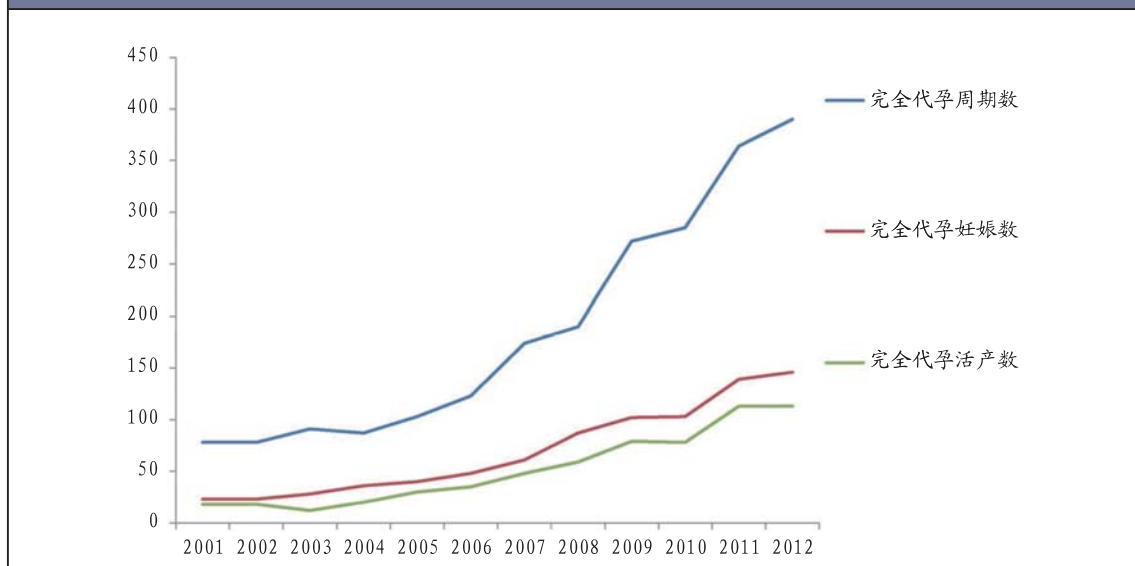


图 2. 2003~2012 年完全代孕周期的精卵捐赠数据
来源: CARTR-BORN

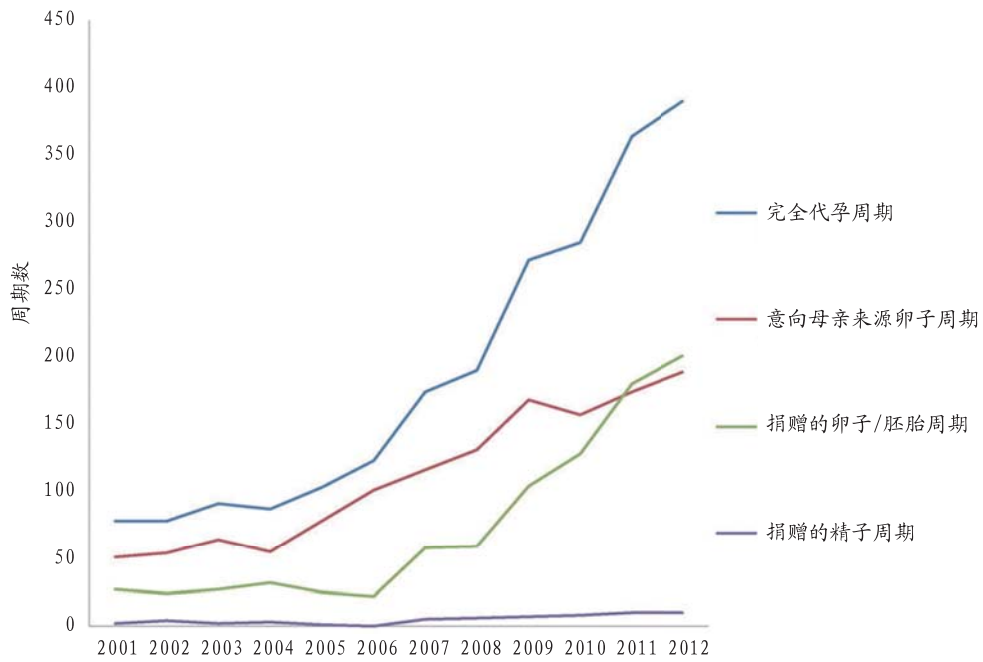
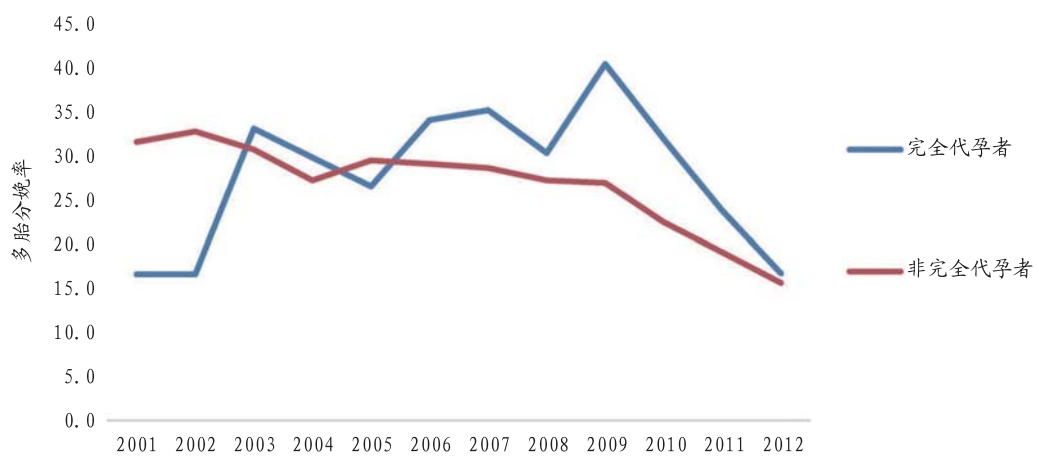


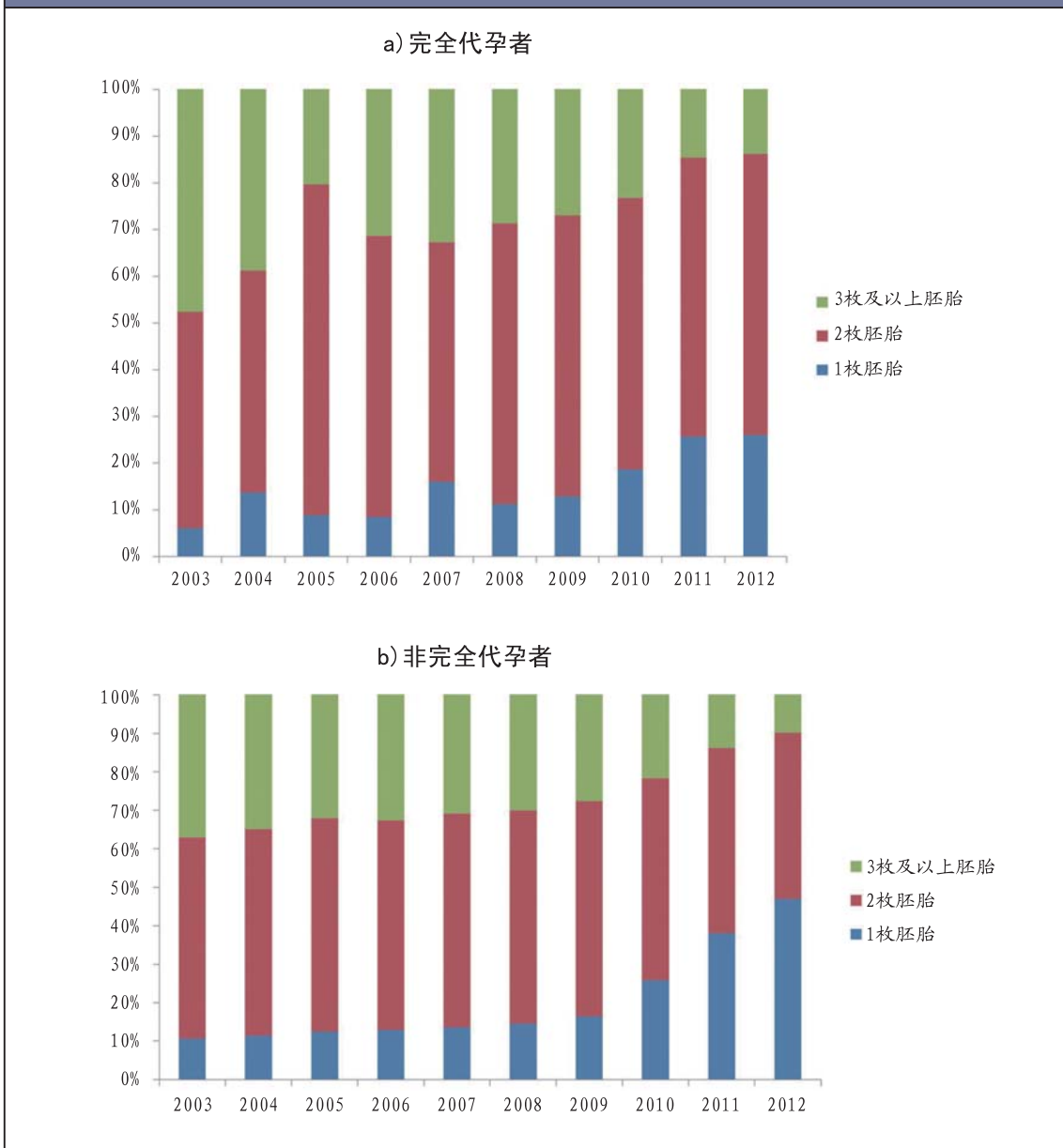
图 3. 2001~2012 年的多胎分娩率
来源: CARTR-BORN



在 27% ~ 31% 左右。从 2010 年开始，魁北克规范了 ART 医学操作，加拿大其他地方的生殖中心也开始采取措施限制胚胎移植的数量^{25,41,50}。到 2012 年，非完全代孕患者的多胎分娩率显著下降至略低于 16%（图 4）。

同期，完全代孕者的多胎分娩率一直维持在较高水平，到 2009 年，约 41% 的完全代孕者一次分娩超过 1 名婴儿。2010 年，完全代孕的多胎分娩率开始下降，到 2012 年降至 17%，与非完全代孕妇女水平相当。

图 4. 2003 ~ 2012 年的胚胎移植数分布
来源：CARTR-BORN



然而，自 2009 年以来，代孕妊娠数与出生人数之间的差距开始增大，代孕妊娠的妊娠丢失率从 2009 年的 6.6% 增加至 2012 年的 19.2%³⁷。一个可能的解释是出生结局的随访标准不一致，这也是 ART 登记系统的一个已知的数据缺陷^{41,48}。

多胚移植

造成多胎分娩的因素包括每个周期移植的胚

胎数、卵子捐赠年龄、使用新鲜或冷冻的人体组织和胚胎、患者年龄^{33,48}。2003~2012 年间，加拿大完全代孕者接受多胚移植的风险显著高于其他 IVF 患者 [风险比 (RR) : 1.08, 95% 可信区间 (CI) 1.06-1.10]。即使代孕者更年轻、生殖问题更少，这种情况也会发生⁴⁰。与其他 IVF 患者相比，她们也更可能移植的是来源于捐赠卵子 (非 IM 卵子) 的胚胎 (表 2)。

表 2. 加拿大 CARTR-BORN 系统中 2003~2012 年完全代孕周期和非完全代孕周期的人口特征和 ART 治疗因素

	完全代孕 n (%)		其他 IVF 患者 n (%)	
	2003-2012	2012	2003-2012	2012
IVF 周期数	1, 955 (1. 5)	377 (1. 7)	131, 427 (98. 5)	21, 522 (98. 3)
胚胎移植数				
1	351 (18. 0)	98 (26. 0)	31, 653 (24. 1)	10, 107 (47. 0)
2	1, 141 (58. 4)	227 (60. 2)	67, 853 (51. 6)	9, 293 (43. 2)
3+	463 (23. 6)	52 (13. 8)	31, 921 (24. 3)	2, 122 (9. 9)
意向母亲供卵的胚胎移植数	1, 156 (59. 1)	181 (48. 0)	124, 283 (95. 6)	20, 358 (94. 6)
捐赠卵子的胚胎移植数	799 (40. 9)	196 (52. 0)	7, 144 (4. 4)	1, 164 (5. 4)
意向母亲供卵的胚胎移植数 / 周期				
1	244 (21. 1)	68 (37. 6)	30, 241 (24. 3)	9, 600 (47. 2)
2	595 (51. 5)	89 (49. 2)	63, 550 (51. 1)	8, 701 (42. 7)
3+	317 (27. 4)	24 (13. 2)	30, 492 (24. 5)	2, 057 (10. 1)
捐赠卵子胚胎移植数 / 周期				
1	107 (13. 4)	30 (15. 3)	1, 412 (19. 8)	507 (43. 5)
2	546 (68. 6)	138 (70. 4)	4, 303 (60. 2)	592 (50. 9)
3+	146 (18. 3)	28 (14. 3)	1, 429 (20. 0)	65 (5. 6)

注意:

1. 加拿大境内和境外患者 / 意向父母的居所。CARTR-BORN 收集，专供安大略省各生殖中心。
2. 2007~2012 年间，使用捐赠卵子 (非 IM 卵子) 的完全代孕占所有捐赠卵子移植的 13.5%。在此期间，所有捐赠卵子中的 83%~91% 由年龄小于 35 岁的女性捐赠；2012 年，89% 的用于 IVF/ICSI (卵胞浆内单精子注射) 的捐赠卵子由年龄小于 35 岁的女性捐赠 (617 个周期)，91% 的用于冻融胚胎移植的捐赠卵子由年龄小于 35 岁的女性捐赠 (637 个周期)。捐赠年龄的信息在 2007 年之前没有持续报告给 CARTR-BORN。
3. CARTR-BORN 没有收集完全代孕者的年龄信息。系统仅仅收集了意向父母的有限的人口统计信息。类似美国的 ART 登记系统 NASS，加拿大的 CARTR-BORN 认为 IVF 患者是意向父母而不是完全代孕者，因为是意向父母存在不育问题并寻求生殖治疗。然而，系统收集完全代孕者的胚胎移植信息。参见 Perkins、Boulet、Jamieson 等人文献 (2016) 和 Dar、Lazer、Basilie 等人文献 (2015)。

来源: CARTR-BORN (加拿大安大略省辅助生殖技术登记系统和良好结局登记及网络)。渥太华, 2015 年 11 月。

应该指出的是，到 2012 年，虽然加拿大代孕者和非代孕者的多胎分娩率均开始下降，但 60% 的完全代孕者接受两枚胚胎移植，而其他 IVF 患者接受两枚胚胎移植的比例为 40%。此外，当代孕者接受来源于捐赠卵子而非 IM 卵子的胚胎时（这种情况在所有完全代孕移植中占多数），85% 的代孕者每个移植周期接受两枚或更多的胚胎（图 5）。这个结果导致了一个麻烦的问题，就是与其他 IVF 患者相比，完全代孕者被提供了不同的医学治疗。它还提示，当患者是完全代孕者时，并非总是遵循胚胎移植指南。

讨论

在本研究的最后 5 年，加拿大完全代孕出生儿童数量增加了 91.5%。无子女的加拿大人越来越多，完全代孕逐渐成为更常见的生殖选择。这一观察结果提示，判处生殖顾问

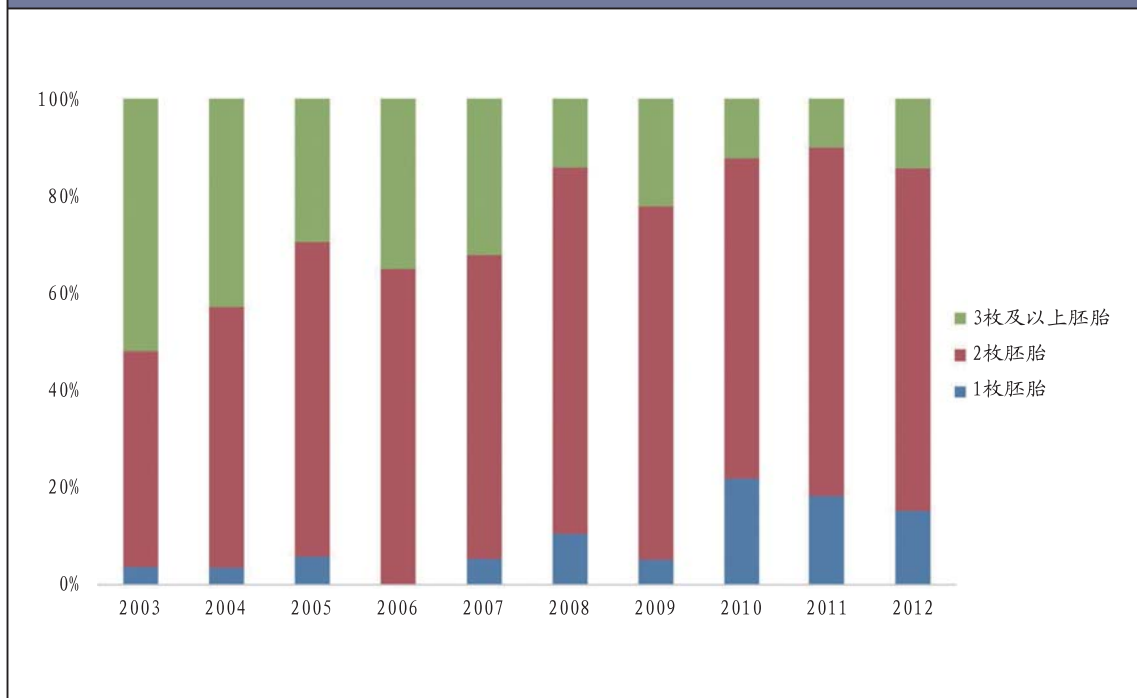
Leia Picard 欺诈罪和联邦政府失于规范代孕费用补偿额，并未阻止无子女的夫妇和个人寻求通过代孕来组成家庭^{51,52}。

虽然加拿大的 ART 登记系统可提供完全代孕的相关资料，但我们对于其他的代孕实践仍然知之甚少。本研究因无代孕者和意向父母的人口特征、外国和传统代孕实践等方面的信息而未达成深层次的见解，但是其调查结果在法律专家^{15-18,29,38,54}、伦理学家^{19,52}和意向父母¹¹⁻¹³要求重新检视代孕协议的法律地位、修订省级亲子法律并审查联邦 AHR 法案中的代孕规定等增添了砝码。

为完全代孕者提供的生殖治疗改变带来的影响

2001~2012 年间，为完全代孕者提供的 IVF 生殖治疗越来越依赖于捐赠者卵子而非意向母亲的卵子。在美国，2012 年超过 70% 的

图 5. 2003~2012 年捐赠（非意向母亲）卵子移植的完全代孕周期
来源：CARTR-BORN



完全代孕周期移植了来源于第三方（而非意向母亲）卵子的胚胎⁴³。在加拿大，这个现象可能增加捐赠配子的可用性，比如对于男性同性恋者的完全代孕，以及意向母亲高龄的情况。使用捐赠者卵子进行完全代孕面临两个较为棘手的问题：第一个是加拿大的配子筛查和检测制度，第二个是关于胚胎移植指南的应用。

1996年，加拿大规范了ART治疗中人类精子的筛查和检测⁵⁵。有人认为在传统代孕和完全代孕中捐赠精子筛查和检测的方式存在不一致性²⁷。关于卵子，迄今尚未有公认的筛查方法或筛查规定，负责执行联邦AHR法案的加拿大卫生部也没有提出制定规定的时间表。2012年12月，加拿大各IVF中心自发采用加拿大标准协会（CSA）关于辅助生殖组织的Z900.2.1-12标准。到2015年中期，该标准按计划进行再审查和修订。2016年，CFAS发布了“第三方生殖指南”，该指南概述了完全代孕中精子和卵子的筛查和检测流程²⁷。毫无疑问，对国家标准以及临床实践指南的专业坚持，让IVF中心工作人员和患者双方都放心。然而，在2012年通过“人类辅助生殖法修正案”时，CSA标准和CFAS临床指南都没有获得议会所设想的联邦法律的效力。

多胚胎移植

IVF费用昂贵，出于经济和保健方面的压力每个生殖治疗周期都力求获得成功。多胚胎移植增加了妊娠机会，但同时也增加了多胎分娩，并且一次生育一个以上孩子会对母亲和孩子构成健康风险。婴儿低出生体重、早产、死胎、新生儿死亡和出生异常发生率的增加都与多胎妊娠相关^{56,57}。安大略省的“不孕不育和收养专家组”认为多胎妊娠婴儿更容易出现早产、剖宫产，甚至出生后以及整个生命过程中需要更为昂贵的护理和保健费用，相关风险达普通单胎妊娠的17倍⁵⁸。

然而，正如本研究所揭示的，加拿大完全代孕更多地采用多胚胎移植，直到最近，与其他IVF患者相比仍然更可能出现多胎

分娩。该发现提示加拿大完全代孕者与其他IVF患者相比承受着更高的健康风险。它提出了关于患者自主权的根本问题，认为对于完全代孕者的医学治疗除了无害和善行的责任还需要知情同意。它还提出是否应该进行必要的保护以控制代孕者需要承担的风险，因为代孕者面临着强大的思想压力，包括她们希望帮助别人的愿望，有可能让她们对自身健康和幸福的关注不足。

昂贵的IVF费用、意向父母对孩子强烈渴望、双胞胎偏好、低估健康风险^{47,48,59}等都是鼓励代孕者默许许多胎移植的影响因素，尤其是涉及亲密的朋友、亲戚，或者同事时。在加拿大，据估计有25%的完全代孕者是意向父母的家庭成员或者朋友⁴⁰。正如Ashenden提醒我们的¹，代孕者在利他氛围下所承受的社会压力是微妙和可调解的。

鉴于完全代孕者一般更为年轻，并更倾向于使用来源于年龄小于35岁女性捐赠卵子的胚胎—这些因素可以增加妊娠和成功分娩的机会^{33,48}—相比于非代孕者，人们预期代孕者可能更乐于接受单胚胎移植，因为非代孕者年龄相对更大且一般使用她们自己的卵子。然而事实并非如此。例如2012年，仅仅26%的完全代孕者接受单胚胎移植，而其他IVF患者有47%接受单胚胎移植。并且，完全代孕者的所有移植周期中有一半以上所移植的胚胎是来源于非IM的捐赠卵子。捐赠卵子用于生殖治疗时，捐赠者的年龄往往被用来确定胚胎移植的数量⁵⁰。例如在2012年，如果严格遵循胚胎移植指南，一半以上的完全代孕周期应该采用单胚胎移植，但事实上该比例只有不到1/4。基于这个发现，我们不禁要问，为什么加拿大胚胎移植指南不能在完全代孕中得到更加一致地应用。

基于这些调查结果，我们希望2016年CFAS第三方生殖临床实践指南提供更多急需的条例和指导²⁷，最好是在2007年加拿大医学会的临床医生指导⁶⁰中就有关照顾代孕者的责任加以修订。此外，加拿大胚胎移植指南⁵⁰应该加以修订，以反映欧洲人类生

殖和胚胎学会的建议，该组织自 2005 年以来一直倡导完全代孕 IVF 患者接受单胚胎移植，仅在特殊情况下移植两枚胚胎^{61,62}。为了完善这些监督措施，CFAS 应该提供一份代孕者多胎分娩以及来源于 IM 卵子和非 IM 卵子的胚胎移植的年度报告。

法律、政策以及研究的教训

这些调查结果促使我们重视生殖医学的操作方式以及它在代孕者中的应用。代孕者是一群特殊的患者，往往隐藏在调查之外，但对她们的保健责任却很高。虽然本研究考察了加拿大利他性完全代孕的现状，其调查结果可能在其他国家或地区也有借鉴意义。尤其是，它专注于多胚移植和多胎分娩，这方面的结果对于研究一些欠发达国家的商业代孕行为有助益，因为国外代孕行为在这些地区正成为一个不断增长的产业，而且相关信息严重不足⁶³。

本文展示了比目前已知的更多的关于加拿大完全代孕行为的信息。此外，随着对 ART 治疗趋势的分析，能揭示生殖治疗的变化、不同医疗实践的亮点、值得深入研究的热点话题。但是，这些数据源并不能填补传统代孕和外来代孕操作长期以来的数据空白。它也不能取代深入的案例研究和定性研究；相关研究方法往往偏离于家庭决策医学模式，这种方法长期以来支配了我们对于不育和代孕的理解^{3,20,40,53,64}。

以 ART 为基础的研究有一些额外的数据限制，包括时效性^{20,33,36,41}。本研究的调查发现是基于 CARTR-BORN 登记系统 2001~2012 年的数据，因此，它不能澄清 2012 年后可能发生的变化。同时，因为保密关系，分析未能纳入省级数据，不知道加拿大省级甚至区域间的差别趋势，而这在代

孕研究中很为重要，因为各省对于意向父母家长地位的立法^{29,38} 以及对于生殖医学的监管措施有所不同^{25,26}。

其他一些混杂因素限制了研究结果，包括缺乏代孕者及意向父母的社会经济学及人口学信息。例如，CARTR-BORN 并没有收集代孕者的年龄信息，因此也没法纳入研究。此外，加拿大代孕人群相对较小，虽然这一局限性都在其他已发表的代孕研究中显而易见⁶³（表 2）。正是发现了这些不足，关于完全代孕者多胎分娩和胚胎移植趋势的附加研究将进一步开展，届时将有更多的最新数据可以使用。

总之，本文突出了加拿大完全代孕行为的发展和变化，意在表明加拿大用于解决代孕问题的利他性代孕方案也必须加强监督，并为代孕者提供额外的保护。加拿大 ART 立法旨在保护妇女和辅助生殖技术后出生的儿童，但本研究的调查结果对其实现这个目标的能力表示怀疑。

2013 年更新：

2013 年，共有 416 个完全代孕 IVF 周期，有 166 个周期成功妊娠，最终获得 116 例活产，其中 28 例为多胎分娩。即，2013 年的多胎分娩水平上升至 24.1%，这与多胎分娩的下降趋势正好相反。2013 年完全代孕一共获得 145 名婴儿，这就使 2001~2013 年间完全代孕所获得的儿童总数上升至 948 名。

致谢

CARTRBORN 的 Daniel Bédard 先生和 Jodi Wilding 女士；Sally Sheldon 博士和匿名评审者。

（肖晓辉 译； 罗宏志 校）

参考文献

1. Ashenden S. Reproblematizing relations of agency and coercion: Surrogacy. In: Madhock, Phillips, Wilson, editors. *Gender, Agency and Coercion*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. p.195–218.
2. Teman E. Embodying Surrogate Motherhood: Pregnancy as a Dyadic Body Project. *Body and Society*, 2009;15(3): 47–69.
3. Shanley ML, Jesudason S. Surrogacy: Reinscribing or Pluralizing understandings of Family? In: Cutas, Chan, editors. *Families: Beyond the Nuclear Ideal*. London: Bloomsbury, 2012. p.110–122.
4. Dickenson D. *Property in the body: Feminist perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
5. Phillips A. *Our Bodies, Whose Property*. Philadelphia: Princeton University Press, 2013.
6. *Assisted Human Reproduction Act* SC 2004 c-2. Amended 2012.
7. Daniluk JC, Koert E. Childless Canadian men's and women's childbearing intentions, attitudes towards and willingness to use assisted human reproduction. *Human Reproduction*, 2012;27(8):2405–2412.
8. Lau, A. My co-worker gave birth to my baby. *Chatelaine Magazine*, April 18, 2014. <http://www.chatelaine.com/health/coworker-gave-birth-to-my-baby/>
9. Treleaven S. What it feels like to have children by a surrogate. *Chatelaine Magazine*, November. 20, 2013. <http://www.chatelaine.com/living/real-life-stories/what-it-feels-like-to-have-children-by-a-surrogate/>.
10. Ewart K, Tansey C, Moore T. Candid chat about surrogacy. *Chatelaine Magazine*, March 18, 2014. <http://www.chatelaine.com/living/cityline/can-you-pay-a-surrogate-in-canada/>
11. Desrosiers S. A surrogacy story: Parts 1 & 2. *Parenting Times*, February/March 2015; April/May 2015. <http://www.ottawaparentingtimes.com/a-surrogacy-story-part-1/>; <http://www.ottawaparentingtimes.com/a-surrogacy-story-part-2/>
12. CBC News. Greg and Elaine Smith fight to bring surrogate-born twins home from Mexico. <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/greg-and-elaine-smith-fight-to-bring-surrogate-born-twins-home-from-mexico-1.2933862>. January 27, 2015.
13. Blackwell T. Canadian surrogates get hefty bills as hospitals start charging when babies heading to foreign parents. *National Post*, February 21, 2013. <http://news.nationalpost.com/2013/02/21/ontario-surrogate-gets-1400-bill-after-giving-birth-as-hospitals-start-charging-third-party-carriers-for-post-natal-care/>
14. CBC News. Quebec to reimburse gay men for surrogacy costs, Celebrity radio host Joël Legendre and husband first to receive coverage in Quebec. <http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-to-reimburse-gay-men-for-surrogacy-costs-1.2620309>. April 24, 2014.
15. Nelson E. Global trade and assisted reproductive technologies: Regulatory challenges in international surrogacy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2013;240–253; Spring.
16. Busby K, Vun D. Revisiting 'The Handmaid's Tale': Feminist theory meets empirical research on surrogate mothers. *Canadian Journal of Family Law*, 2010;26(1):13–93.
17. Busby K. Of surrogate mother born: Parentage determination in Canada and Elsewhere. *Canadian Journal of Women & Law*, 2013;25:284–314.
18. Lozanski K. Transnational surrogacy: Canada's Contradictions. *Social Science & Medicine*, 2015;124: 383–390.
19. Panich V. Surrogate Tourism and Reproductive Rights. *Hypatia*, 2013;28(2):274–289.
20. Thompson C. *Making parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technology*. Cambridge, Mass: MIT Press, 2005.
21. Proctor D. *Cancer Wars: How Politics Shapes What We Know and Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books, 2005.
22. 106 Stat. 3146 – *Fertility Clinic Success Rate and Certification Act of 1992*.
23. *Human Fertilisation and Embryology Act 1990* amended 2008.
24. 2010 SCC 61, [2010] 3 S.C.R. 457.
25. Quebec Government. *An Act respecting clinical and research activities related to assisted procreation*, CQLR. C-A-5.01. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/A-5.0>. 2009 amended 2015
26. Ontario Government. *Building Ontario Up: Ontario Budget*. 2015.
27. Havelock J, Liu K, Levitan, et al. *Guidelines for Third Party Reproduction*. CFAS, 2016.
28. BORN. website. www.born.ca.
29. Tremblay R. Surrogates in Quebec: The good, the bad and the foreigner. *Canadian Journal of Women & Law*, 2015; 27(1):94–111.

-
30. Bernstein G. Unintended consequences: Prohibitions on gamete donor anonymity and the fragile practice of surrogacy. *Indiana Health Review*, 2013;10(2): 291–324.
31. F2013-001510 Surrogacy Treatments and information, 2007-2012. HFEA.
32. Email exchange. BORN, March 16, 2016.
33. Perkins KM, Boulet S, Jamieson D, et al. 2016. Trends and outcomes of gestational surrogacy in the United States. *Fertility and Sterility*, 2016 April 14. Pii:S0015-0282 (16)611057-9 .
34. Sundaram S, Kissin DM, Crawford SB, et al. Surveillance Summaries, Assisted Reproductive Technology. *Surveillance – United States*, 2012. *MMWR*, 2015;62(9).
36. Council for Responsible Genetics. Surrogacy in America. <http://www.councilforresponsiblegenetics.org>. 2010.
37. Gunby J, Bissonette F, Librach C, et al. 2001-2007, Assisted Reproduction Technologies (ART) in Canada. *Fertility and Sterility*, 2006-11. Gunby J. 2008-2012 results for Canadian ART Register. www.cfas.ca.
38. Nelson E. *Law, Policy and Reproductive Autonomy*. Oxford: Hart Publishing, 2013.
39. Fauser B, Devroey P. *Baby Making: What new Reproductive Treatments Mean for Families and Societies*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
40. Dar S, Lazer T, Brasilie D, et al. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Human Reproduction*, 2015; 30(2):345–352.
41. Commissaire à la santé et au bien-être. *Avis détaillé sur les activités de procréation assistée au Québec*. Gouvernement du Québec, 2014.
42. Canadian Assisted Reproductive Technologies Registry. *Better Outcomes Registry & Network Ontario*. Ottawa ON November 2015.
43. Analyses of the National ART Surveillance System (NASS) data. Written communication with the Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, August 8, 2015 & March 16, 2016.
44. Schmidt CO, Kohlmann T. When to use the odds ratio or the relative risk? *International Journal of Public Health*, 2008; 165–7.
45. Statistics Canada. CANSIM Tables: 102-4509; 053-001.
46. HFEA. *Trends in Fertility Treatment, 2013: Trends and Figures*. 2014. www.hfea.gov.uk
47. Price F. Having triplets, quads or quins: Who bears the responsibility? In: Stacey, Editor. *Changing Human Reproduction: Social Science perspectives*. London: Sage, 1992. p.92–118.
48. Kulkarni AD, Jamieson DJ, Jones HW, et al. Fertility treatments and multiple births in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2013;23: 2218–2225.
49. Ragoné H. In: Ragoné, Franklin, editors. *Incontestable Motivations*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.118–131.
50. Min J, Sylvestre C. Guidelines for the number of embryos transferred: Clinical Practice Guidelines. CFAS, 2013.
51. R. v. Leia Picard and Canadian Fertility Consulting Ltd. Statement of Facts. http://noveltechethics.ca/files/files/ELA2/AHR/AHRA_Facts.pdf.
52. Baylis F, Downie C, Snow D. Fake it till you make it: Policy making and assisted human reproduction in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014;3(6): 510–512.
53. Horsey K. *Surrogacy in the UK: Myth busting and reform*. London: Surrogacy UK, 2015.
54. Manitoba Law Reform Commission Assisted Reproduction and Birth Registration: Issue Paper. <http://manitobalawreform.ca>. April 2014.
55. *Processing and Distribution of Semen for Assisted Conception Regulations*. SOR/96-254.
56. Jeng HB, Wilcock LS. Low and very low weight infants conceived with the use of assisted reproductive technology. *New England Journal of Medicine*, 2002;346: 731–737.
57. Pharoah PO. Risk of cerebral palsy in multiple pregnancies. *Clinics in Perinatology*, 2006;33:301–313.
58. Expert Panel on Infertility and Adoption. *Raising Expectations*. Toronto: Ontario Government, 2009.
59. Jones HW, Schnorr JA. 2001. Multiple pregnancies: Call to Action. *Fertility and Sterility*, 2001;75(1):11–13.
60. Reilly DR. Surrogate pregnancy: A guide for Canadian prenatal health care providers. *Canadian Medical Association Journal*, 2007;176(4):483–487.
61. Shenfield F, Pennings G, Cohen S, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, 2002;20(10):2705–2707.
62. Shenfield F, Pennings G, Cohen S, et al. ESHRE’s good practice guide for cross-border reproductive care for centres and practitioners. *Human Reproduction*, 2011; 26(7):1625–1627.
63. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, et al. Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systemic review. *Human Reproduction*, 2016;22(2):260–276.
64. Imrie S, Jadvá V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online*, 2014;29: 424–435.
-

罗莎·滕伯格 (Rosa Tunberg)

怀着沉痛的心情，我想向诸位传递一个不幸的讯息：2015年1月10日，罗莎·滕伯格女士 (Rosa Tunberg) 因癌症于加利福尼亚逝世。在此之前，罗莎女士从1999年10月到2007年8月为《生殖健康要略》辛勤工作了十余个年头。

1939年2月5日，罗莎出生于智利首都圣地亚哥，是三姐妹中的老二。她的父亲在她很小的时候就已经去世了。当她18岁时，她和母亲、妹妹一起从智利搬到了美国洛杉矶。而她的姐姐则留在了智利。罗莎在加州大学洛杉矶分校修完比较文学后到二十世纪福克斯电影公司工作，此间她遇到了好莱坞编剧卡尔·滕伯格，他们于1968年结婚。在抚养她的两个孩子（卡洛斯和维多利亚）期间，她于1976年获得了蒙塔梭利初级职称，并开始教学。同时作为继母，她也抚养着她丈夫的两个孩子：特伦斯和托马斯。1978年，他们一家移居英格兰。此后几年，罗莎在伦敦郊外的里士满学院任职。不幸的是，她的丈夫于1992年去世，她此后一直寡居。

1999年左右，退休的日内瓦世界卫生组织科学家彼得·霍尔来到伦敦，设立了名为“生殖健康联盟 (RHAE)”的非政府组织。他在肯特镇设立了RHAE的一个办公点，紧邻《生殖健康要略》杂志社。他刊登了一则招聘兼职秘书或办公室管理人员的广告。彼得给我看了她的简历，甚至在彼得面试她之前，我就抢先插入问她是否也愿意接受我们的面试。罗莎欣然接受并在之后立即和我们都签下了正式的雇佣合同。罗莎是一位集聪明、开朗、高技能水平、以及极其热心于一身的女性，并且具有敏锐、深刻的思维。只要你要求，她就会做好，甚至做得更好。她协助推广和宣传杂志，同时致力于拓展读



Rosa in 2010

者。她和财务主管宝拉·哈依那尔库·努伊及我都有密切的合作。

她的眼睛总是光华饱满，并且善于用诙谐的方式给予我们恰当的指点与批评。她辛勤工作，不辞辛劳；她对他人充满希望，作为回报她也甘于奉献。

2007年，罗莎决定退休，和卡洛斯一道搬回了美国洛杉矶，与2004年回到美国的维多利亚住在一起。回到美国的罗莎依旧活力四射并对所有事都葆有好奇，她再次与她的老友们取得了联系。他们一家三人只要有可能就四处旅行，在夏威夷、在意大利、在北加州、在佛罗里达都留下了他们的足迹。在她与癌症拼争了3年后离开了这个世界，平静而安详。她始终坚强，从未因为病魔缠身而显露痛苦。

作者：Victoria Tunberg (罗莎之女)
及 Marge Berer (RHM 前主编)

(罗翼昊、邹燕 译；罗宏志 校)

针对难民妇女的性暴力和基于性别的暴力：难民危机的隐藏面

Jane Freedman

摘要：当前的欧洲难民“危机”使难民妇女产生出多种形式的脆弱性和不安全性，包括各种形式的性暴力和基于性别的暴力。越来越多的妇女，或孤身一人或随家庭，试图进入欧洲，寻求保护而免于国内的冲突和暴力。但是，这些妇女在行程中和/或抵达目的国后遭受到暴力行为。欧洲缺乏足够的住宿或接待设施来安置难民和移民，而边境关闭则让她们为了抵达欧洲而增加了对于走私者的求助，这些都起到了加剧暴力和不安全性的作用。

关键词：性暴力和基于性别的暴力，难民，庇护，欧洲

针对叙利亚难民妇女的系统性暴力，以及有效内心干预的谎言

Rola Yasmine Catherine Moughalian

摘要：自2011年3月叙利亚叛乱以来，超过430万叙利亚人逃离到邻国。过百万人到黎巴嫩寻求避难，几乎相当于黎巴嫩人口的四分之一，成为全球最大的人均难民群体。由于在黎巴嫩健康保险覆盖上的不公平由来已久，叙利亚难民妇女的健康，尤其是性与生殖健康更是受到了极大的影响。基于性别的暴力和早婚增多、紧急产科保健缺失、避孕服务可及性有限、强迫性剖宫产，以及卫生保健费用高企等，都是性与生殖健康不佳的原因。在本述评中，我们采用生态模型将针对叙利亚难民妇女的暴力概念化，探究基于种族、性别和社会经济状况的歧视的交汇点，同时批评一些干预措施只着眼于个人内心层面而忽视微观系统性、外在系统性及宏观系统性负面影响因素所起的作用。这些健康方面的社会影响因素取代了个人境界的健康行为，并阻碍了妇女对于其性与生殖健康

的决策。

关键词：黎巴嫩，叙利亚，性与生殖健康，难民健康，妇女难民，生态模型

走出阴影？将男人和男孩纳入战时性暴力的概念框架

Heleen Touquet, Ellen Gorris

摘要：研究者们逐渐认识到，男人和男孩同女人和女孩一样，在冲突中常常沦为性暴力的受害者，所不同的是后者一直是最受伤害的群体。这种日益增强的意识为那些要在政策中以及在国际刑事法中将男人和男孩纳入冲突相关的性暴力概念框架的重大努力做出了贡献。本文分析了近年来在这两个领域中所发生的改变。我们认为，虽然在2013~2014年将男性受害者纳入战时性暴力的国际政策发生了重大转变，但是这种进展还未被落实到重要的政策指南和手册中。虽然通常认同男人和男孩是潜在受害者这一概念，但大多数政策文献并未深入探讨男性受害这一主题。另一方面，国际刑事法已经率先采用了性别中立性和兼容性定义。然而，性别兼容法的解读和应用却常常由法官和检控方自由裁定，而他们有时未能充分考虑男性的遭遇，表现出性别定型观念和根深蒂固文化神话的顽固影响力。因此，建议重新努力，将男性受害者彻底整合到政策和法律中的冲突相关的性暴力概念之中。

关键词：性暴力，基于性别的暴力，男性受害者，冲突，性别

双性人的人权：探讨有害的临床实践和修辞变化

Morgan Carpenter

摘要：双性人及双性身体向来被认为不可能融入社会。对于通常是健康的身体加以医学干预仍然视为规范做法，目的是满足人们认

知中的家庭和文化需求，尽管对这样做的必要性、结局、行为和同意存在顾虑。全球和分散的双性人运动追求简单的核心原则：身体自主权和自决权，并结束污名化。国际人权系统正在做出响应，一些人权机构和国家政府发表一系列政策声明认同双性人的权利。然而，重大的挑战在于贯彻落实这些声明。对于双性人个体人权的侵犯持续存在，其深深嵌入一个故意的沉默历史之中。临床实践的修辞变化依然缺乏事实依据。政策背离源自将双性人问题作为性取向和性别认同，而不是先天的性特征的框架，由此导致了一个与事实不相符的修辞包涵。本文总体回顾了有关双性身体的有害临床实践、人权发展以及修辞变化和包涵。

关键词：双性人，人权，有害操作，释义不公，性发育异常

肯尼亚的女性生殖器毁损：年轻男性是社会变革项目的同盟军？

Eleanor Brown, Faith Mwangi-Powell, Miriam Jerotich, Victoria le May

摘要：2014年召开的女孩峰会（Girl Summit）目标于动员更大的力量在一代人时间之内终结女性生殖器毁损（FGM）。这种努力是建立在一项全球运动基础上的，该项全球运动将FGM视为一种针对妇女和女孩的严重暴力行为，和对她们人权的侵犯。包括联合国在内的多个机构签署了终结FGM的“全面性”策略，包括有法律措施、社会保护和社会沟通等。FGM是一个敏感性问题且难以研究，快速人种志研究方法可以利用社会网络中的信任关系，去探究假定FGM是社会需求的主流社会规范的态度。本研究采用了参与式人种志评估研究（PEER）方法去了解肯尼亚西波克特一个小镇中年轻男性（18~25岁）对于FGM的认识、对未来配偶的FGM要求、以及对于终结FGM举措的认知等。据报道该地区FGM率很高（85%~96%）。共招募了12名PEER研究

者，由他们与各自的朋友们进行了两次访谈，共计产生72次叙事访谈。大多数年轻男性认为自己具有“现代”观点而且有强烈愿望娶“受过教育的”女人，他们很可能不支持FGM。我们的研究结果显示，年轻男性视自己为终结FGM的宝贵盟友，但让他们直接说出反对FGM则通常是困难的。需要有多方利益相关者（活动家、政府及地方领导）更多的努力，去开创一种能够大声喊出反对意见的有利环境。

关键词：肯尼亚，男人，女性生殖器毁损，社会变革

新闻头条上的暴力和沉默的快感：印度德里有关认同的性行为、权力和强奸的争议性框架，2011-2014

Emme Edmunds, Ankit Gupta

摘要：虽然当前印度社会中的性胁迫和强奸事件给性健康和认同的性行为笼罩上一层持久的阴影，但是其他故事、机构和方法正在悄然兴起，以转变权力和身体尊严的集体主张。这些来自于群体、非政府机构、社交媒体和朋友间流转的故事突出地表现出有关认同的性行为和性愉悦的对话。本文对德里的中产阶级人群进行了人种志研究和半结构式访谈，并根据从中提炼出的主题，对一些知名政治人物和公众人物在新闻媒体上有关强奸问题的说法进行了分析。为了质询最基本的性别规范，采用社会框架策略审视了有关强奸和认同的性行为方面有争议的设定、比较那些假定的强奸“原因”，并强调地方措施在促进性同意、性健康和性幸福中的作用。

关键词：印度，性胁迫，强奸，认同的性行为，性暴力，妇女机构

变革社会规范，防止针对妇女的暴力和HIV：来自乌干达的规划视角

Katy Chadwick

摘要：近年来，预防暴力的循证规划得到了

越来越多的重视，但采用哪些工作来防止暴力依然是一个新兴的研究领域。从实践中也得到许多重要经验教训。在乌干达“提高声音”组织的经验是，通过社区动员规划可以帮助转变那些根深蒂固的规范、态度和行为。最近一项随机对照试验就显示了这些转变。同时，这类研究是开发行动路径的关键，但由社区成员及活动家们持续发声来不断地告知我们也是必不可少的。随着我们不断地累积证据，了解到何种工作可用来防止暴力，但还必须确保将社区的经验和观念置于我们干预措施的中心。

关键词：预防暴力，社会规范变革，社会动员，乌干达，SASA!

目标于更聪明的法律：在撒哈拉以南非洲地区改善 HIV 专项法律的思考

Partick Michael Eba

摘要：截至 2014 年 7 月 31 日，撒哈拉以南非洲地区有 27 个国家通过了 HIV 专项立法，以回应 HIV 流行带来的法律挑战。随之而来的则是对于这些法律的深切担心，并已经导致要将它们加以废除和复审的呼吁。本文通过“更聪明立法”理论发展出一个框架，用于分析相关于 HIV 专项法律的程序、内容和贯彻实施的那些担忧。该理论框架为改革 HIV 专项法律，并确保实现产生有利于 HIV 反应措施的法律环境的目标，提供了针对性的指导和各种思考。

关键词：HIV/AIDS，立法，撒哈拉以南非洲，HIV 专项法律

（罗宏志 译；贾孟春 校）