



联合国



Distr.
LIMITED

经济及社会理事会

E/ICEF/1993/P/L.13
23 February 1993
CHINESE
ORIGINAL: ENGLISH

联合国儿童基金会
方案委员会
1993年会议

供采取行动

国别方案建议*
孟加拉国

执行主任建议执行局批准1993-1995年孟加拉国国别方案,从一般资源项下拨出5280万美元,但须视资金有无着落而定,并拨出补充资金5682.1美元,但须视有无特别用途捐款而定。

目 录

	<u>页 次</u>
妇幼情况	2
1988-1992年方案合作	4
建议的1993-1995年方案合作	9
表	
1. 关于儿童和妇女的基本统计资料	18
2. 上一个合作期(1988-1992年)的开支	21
3. 1993-1995年的计划开支	22
4. 由方案预算支付的员额费用	23

* 为了赶文件期限,本文件是在总的财政数据最后确定前编写的。考虑到1992年年底未动用的方案合作款项余额而作的最后调整,将载于“1993年建议的一般资源和补充资金方案摘要”(E/ICEF/1993/P/L.2和Add.1)。

妇幼情况

1. 孟加拉国具有3个有形特点：人口密度；普遍的贫穷；善变的环境。这些特点限制了妇幼情况和生活得到改善。物质贫穷是家常便饭。1990年，人均国民生产总值为200美元，七分之六的人民生活在赤贫中。按照另外一个指标（营养情况），该国人口的60%以上生活在贫穷线以下。贫穷线的定义为每天消费的热量2 100卡路里以下。

2. 孟加拉国自从1971年建国以来，一直争取建立民主的政治制度。1991年民选的国民议会属于一种进步。虽然目前的经济改组（私有化、放松管制、自由市场导向）应当带来加速的经济增长，但是，必须密切注意要查明和纠正有害的社会后果。已经编制了几项安全网方案，其中内容具有不同程度的效率和效能。孟加拉国享有比较强大的有形基本建设。

3. 孟加拉国全部发展预算中，75%以上来自外援。捐助者大部分主张资本投资，使得该国政府的经常开支日益增加。这种外援模式促进了有限的政府资源，同时意味着，无法物尽其用。

4. 孟加拉国的儿童目前面临困难，女童更差。女童的一生当中，从吃的食物到决定前途的上学，都比男童少。婴儿面临严重的危险。1991年，孟加拉国全部死亡人数的一半属于5岁以下儿童。在每千出生的儿童中，不到100名是由传统的产婆接生的，280名是体重不足的婴儿。因此，在每千婴儿中，12名由于受伤或早产而在婴儿出生1小时后死亡，另外，23名婴儿在出生后1个星期内死亡，大部分由于早产和新生儿破伤风。目前的母亲破伤风病毒免疫率（70%以上）降底了这些死亡三分之一，但是，死亡人数仍然每年大约5万名。这些1 000名婴儿中的另外75名不到1岁生日就死了。主要的原因包括：急性呼吸道感染、腹泻病、营养不良、破伤风。虽然孟加拉国普遍采用母乳喂养，但是，母亲在生产之后就很少亲自喂养。此外，大多数儿童没有得到专门的母乳喂养，10名婴儿中的9名在满5个月之前就接受补充食品。

5. 每千名婴儿的另外31名在1岁至5岁期间死亡。因此,根据《1993年世界儿童状况》报告5岁以下儿童死亡率为每千活产133人。5岁以下儿童腹泻病例每年超过6 500起,造成了26万名儿童死亡(全部死亡儿童的三分之一)。农村家庭中只有16%使用自来水;其它家庭由于使用不安全的水,丧失了立刻可以得到的安全供水的效果。卫生仍然是主要的问题;农村家庭中只有四分之一享有卫生的厕所。高的人口密度,加上不卫生的排便习惯,使得居民容易碰到病源体。

6. 12岁到18个月的儿童的90%以上是营养不良的。这不但由于贫穷和缺粮,而且也由于健康不良和照顾习惯不当。由于维他命A短缺,每天大约100名儿童失明,其中一半以上死亡。比较轻微的维他命短缺影响6岁到72个月之间100名儿童。1982年公共卫生和营养研究所的调查结果指出,人口的大约38%显然患有缺碘症,在些南部地区,甲状腺肿普及率达到50%至80%。几乎全部人口患有边缘的缺碘症。

7. 1985-1990年期间,免疫范围扩大了,第三剂三联疫苗从2%以下增加到65%,抗肺结核疫苗几乎增到90%。1991年2月,该国政府/卫生组织/儿童基金会联合调查指出,12个月到17个月的全部儿童中,86%接受了抗肺结核疫苗69%接受了第三剂三联疫苗和口服小儿麻痹症疫苗,65%接受了12个月以前的麻疹疫苗。接受破伤风病毒疫苗的妇女比例为74%。

8. 虽然大约77%的儿童上了学,但是,其中只有一半定期上课,几乎一半完全辍学,尤其是头两年。在进入一年级的儿童中,大约35%完成5年的小学,只5%能够完成7年級的中学资格考试。入学的女童比男童少,辍学的女童比较多,入学的城市儿童多于乡村儿童。在最穷的农村居民中,文盲几乎清一色。

9. 年轻就当母亲是家常便饭,全部妇女的一半到了18岁就结婚。初婚年龄日益提高,但是,最近的1974年,一半的妇女到16岁就结婚。这尚未对生育率产生重大影响,因为很年轻就结婚的妇女一般没有立刻生小孩。

10. 女青少年一般没有足够的营养,因此经常矮小。她们经常贫血,当第一次生产时,尤其是得到20岁,死亡风险很大。另一方面是35岁以上妇女或已经有了5名以

上婴儿的妇女。一般说来,怀孕的15%属于高风险群体,经常达到60万次怀孕。每次怀孕都会消耗已经营养不良的身体,死亡风险因此提高。令死亡率为每10万活产600人,属于世界上最高的。不到三分之一的怀孕妇女接受破伤风病毒免疫以外的产前照顾,在“Thana”(分区)的460个保健中心中,没有一个中心的设备能够帮助难产或出血的妇女。过去15年期间,避孕的夫妇人数稳定增加,从1975年的大约7%,增加到1991年的40%。总生育率下降了,从1970年的75次生产到1988年4.9次生产。然而,大约50%的怀孕没有经过计划,经常属于意外。城市地区的避孕使用率大大高过乡村地区和30岁以上的妇女。

1988-1992年方案合作

11. 孟加拉国国别方案是透过所谓的该国政府/儿童基金会联合咨询小组这种机制而编制、监测、定期调整的。本小组由规划委员会加以组织,汇合了儿童基金会合作的所有部门部。其它联合国机构、各捐助者、各非政府组织也作为观察员参与工作。

12. 目前方案路线根据该国政府五年计划和儿童基金会中期计划的政策目标,内容包括:扶贫;普及小学教育;加速降低婴儿、儿童、孕产妇死亡率;透过改善儿童和母亲的福利,缓和人口增长。

妇女问题

13. 每个项目日益涉及妇女问题。已经指定主要的社会发展部门为联系中心,以便审查、提出、监测妇女问题。该国政府的第4次五年计划首次列入了妇女参与发展问题。孟加拉国推动了南盟区域合作协会地区“女童十年”概念。该国政府作为区域活动的一部分,提出了具体的计划,目的在于联系女童,倡议性别规划和觉悟训练;儿童基金会支助了这方面的活动。不过,资源仍然十分紧张,基本建设难以处

理妇女面临的问题。需要编制面向妇女的试验和示范方案,妇女问题也需要列入主流方案。儿童基金会也支助了Grameen银行的社会活动,包括银行作业和信贷管理训练。

保健

14. 儿童基金会支助的保健目标涉及儿童和孕产妇死亡率的主要原因以及妇幼营养和健康情况的改善。儿童基金会作为世界银行领导的第四人口和健康财团的成员,参与全面保健部门的协调工作。免疫过程包括每年同母亲和婴儿发生1 500万次接触,这些接触目前也用于促进计划生育。保健供应系统也由于设立100个口服体液补充治疗点、扩大训练营养性失眠防治同僚、预防腹泻病、训练孕产妇照顾和安全育婴,也得到加强。

15. 腹泻病防治工作已经继续促进腹泻病的适当管理。根据1992年同卫生组织联合进行的保健设施调查结果,中期审查工作调整了总业务计划,以便优先编制面向腹泻病防治的全面通信战略。1990年中期,该国政府、卫生组织、世界银行、儿童基金会联合审查了全国口服体液补充项目,该项目占了孟加拉国生产的口服体液补充盐的一半。

营养

16. 营养部门的立法获得通过,目的在于同许多争取成为“善待婴儿”的医院管制母乳代用品的销售。1989年通过了其它立法,其中规定1993年以前,供应碘化工厂,给所有个体碾碘户,将所有盐全部碘化,已经设立了90家盐的碘化工厂。营养性失眠防治方案已经取得了进展。儿童基金会在孟加拉国国际腹泻病研究中心、国际海伦·凯勒社、公共卫生营养研究所、孟加拉国农村进步委员会的协作下,资助了维他命A问题研究,协调了新的分配器的测试工作,这种机器会使得维他命A的分配更加精确、有效、适于保健工作人员和母亲。

教育

17. 教育部门长期以来受到忽略,最近才得到强大的政府支持,尤其是初级教育。正规和非正规部门目前取得进展,非政府组织的作用日益增加。儿童基金会支助编制了订正的课程,以便帮助各年级的学生获得一定程度的技能和知识。儿童基金会也支助印制和分发教科书、教员培训材料,加强了管理、监督、社区参与。国家更加觉悟到女童教育和初级教育的必要性,这反映在1992年通过了农村女童到八年级接受免费教育政策,以及通过了义务初级教育立法。儿童基金会主张了研制非正规教育政策,支助了透过5个非政府组织和孟加拉国农村进步委员会而编制实用扫盲方案,该委员会获得了1992年莫里斯佩特纪念奖,因为捐款给贫穷女童教育。

供水和卫生

18. 孟加拉国是达到“国际饮水供应和卫生十年”供水目标的少数国家之一。平均说来,农村人口的85%享有150公里之内安全饮水。儿童基金会透过公共卫生工程部,支助该国政府采用了农村地区低成本的、适当的水技术。最近的调查结果指出,在农村地区,公共自来水管的90%和私人自来管的96%目前可以运作。在这段规划期间,该国政府加速了执行工作;农村地区的自来水管的装置率几乎达到指标的100%。

19. 卫生工作进步迅速,但是,范围仍然有限,使得公共卫生进展缓慢。1988年,有防水厕所的家庭不到8%;1995年,农村地区卫生设施的政府指标为11%。该国政府在儿童基金会的支助下,采用了“一体化办法”,其中主张一揽子的厕所用途、良好的清洁习惯、安全用水。儿童基金会在公共卫生工程部的协作下,同其它伙伴形成联盟。儿童基金会也向公共卫生工程部提供了建筑材料、培训、津贴。这些政策改变,加上更加侧重许多非政府组织方案的卫生工作,帮助扩大了所有种类厕所的范围

到1992年的26%。该国政府根据这种改良,订正了1995年指标到35%。

城市基本服务

20. 目前正在20个城市地区的100个社区内,执行贫民窟改善项目,使1.8户家庭得到利益。该项目帮助了这些地区的妇女获得新的技能,提供了贷款给妇女,以便自己创造收入。

处境特别困难的儿童

21. 本方案正在萌芽期间。儿童基金会为了响应街道儿童面临的日益困难的处境,支助了各项活动,重点放在提高觉悟、建立网络、进行培训。一些主要的行动包括:举办“Shishu Adhikar”(儿童权利)论坛,这是面向处境不利的儿童的机构网;编制具有面向城市地区处境不利儿童的项目的机构清单;印制书籍和课程表以便用于打工儿童的职业学校;训练儿童照顾者和儿童了解《儿童权利公约》;对于街道儿童和女童家务,展开行动研究。

地区基点方案

22. 该国政府优先推动了部落民族居住的山地的经济和社会发展。1976年,设立了吉大港山地发展局。1985年以来,儿童基金会同该局合作执行了一体化基本服务项目。该项目支助初级保健、非正规教育、供水和卫生、应用营养和营养教育、创造收入。它使9 000户家庭能够透过妇女技能训练和信贷方案,提高生活水平;它使该地区的儿童更加能够享有保健、教育、其它基本权利。

资料、宣传和社会动员

23. 儿童基金会透过许多公共资料和宣传活动,促进了儿童生存,使得领导人和一般群众更加了解孟加拉国内儿童情况。这些活动包括:推动和分发《1993年世界

儿童情况》报告,印发《伊斯兰儿童》等材料。也透过新闻传播媒介,进行了宣传工作。儿童基金会也展开了区域传播项目,其中根据典型的南亚村庄内虚构的女童“Meena”,叙述了南亚女童生存、保护、发展情况。

取得的教训:管理和动员

24. 新的合作方案将用几种方法汲取过去的经验,尤其是管理的加强、地方能力建设、方案通信/社会动员工作方面。在许多社会变化领域,难以缩小知识与行为之间的差距。虽然母亲的93%知道口服体液补充疗法,但是,大约只有四分之一在必要时加以使用。情况审查结果指出,必须汲取其它国家的成功经验,更加侧重和协调通信办法。

25. 次国家的成就也可以提供指导。该国4个部门的2个达到了普遍儿童免疫率。该国政府、卫生组织、儿童基金会、扶轮社、其它非政府组织目前正在联合探讨如何在孟加拉国的其它地方重复这种成就。到目前为止,已经查明的一些因素包括:该国政府与服务提供机构之间更有结构的协作;非政府组织更加积极参与扩大免疫方案,地方更加积极管理本方案。免疫方案的成就带来的另外一种教训是,必须更加针对最容易受害的受益者,以便预防、而非治愈疾病。这种教训也同样适用于其它保健领域、营养、甚至教育。

26. 在教育部门,可以从社区管理的非正规学习中心的成就取得教训。非政府组织经营的一些学校,例如,孟加拉国农村进步委员会的学校,成功地透过社区参与、高质量教学、有效利用时间、交通便利、灵活的上课时间、切题的课程,吸引了儿童留在学校。附近的学校也吸引了更多的女童上课。为了达到普及教育目标,鉴于政府预算资源有限,政府和非正规系统需要获得支助,以便结合和扩大已经证明的办法。

27. 卫生范围最近的迅速扩大指出,有重点的政府方案结合普遍宣传和全面社会动员时,能够产生广泛影响。公共卫生工程部乡村卫生中心提供津贴的简单厕占

了孟加拉国内新建的厕所的三分之一弱。造成卫生设备比较普遍的其它因素包括：个体户制造厕所；许多基地广大的非政府组织的方案列入卫生工作；该国政府的最高级别和卫生部门的前线工人进行宣传。

建议的1993-1995年方案合作

建议的一般资源:\$52 800 000

补充资金:\$56 821 000

建议的方案合作a

(千美元)

	<u>一般资源</u>	<u>补充资金b</u>	<u>共 计</u>
保健和营养	17 631	15 414	33 045
教育	13 020	13 405	26 425
供水与卫生	4 395	24 427	28 822
城市基本服务	2 865	660	3 525
以妇女为核心的方案	1 950	-	1 950
处境特别困难的儿童	900	-	900
备灾	600	900	1 500
资料、宣传和社会动员	2 280	-	2 280
规划、监测和评价	1 866	-	1 866
地区基点项目	2 100	2 015	4 115
方案支助	<u>5 193</u>	<u>-</u>	<u>5 193</u>
总计	<u>52 800</u> =====	<u>56 821</u> =====	<u>109 621</u> =====

a 估计年度支出细目载于表3。

b 此外,有着落的补充资金项目也载于表3。

28. 三年连接方案之后,儿童基金会方案周期将结合国家五年计划、开发计划署和人口基金的规划周期。这项三年合作方案源自,该国政府将《儿童权利公约》的普遍规定和世界儿童问题首脑会议1990年代全球目标,转变成为具体面向孟加拉国需要和列入国家行动方案的各项活动。该方案作为连接方案,将根据取得的教训,探讨如何充分达到今后五年国别方案的1990年代目标。

29. 1993-1995年合作方案的通盘目标在于,帮助和支助下列主要的国家儿童生存和发展目标:降低婴儿死亡率,从千活产110人到80人;降低5岁以下儿童死亡率,从每10万活产600人到450人;几乎消灭腹泻病;几乎消灭缺维他命A造成的营养性失明;使得普遍享有安全饮水,扩大卫生范围到75%;透过正规教学和相同标准的非正规教育,提高中小学就学率到85%,毕业率到45%,同时侧重缩小性别差距;提高成人(15岁到35岁)识字率到40%;同时侧重妇女识字率;透过妇女结合发展主流,缩小性别差距。

30. 孟加拉国儿童基金会透过三大方式,在所有方案部门展开工作:(a) 透过财力和技术支助给政府和非政府组织,日益透过地方一级规划和方案执行能力,建立培训和管理支助能力;(b) 展开方案通信、宣传、社会动员;(c) 提供用品。

保健

31. 在保健部门,儿童基金会将继续支助免疫。由于本方案扩大到额外的扩大免疫方案,将侧重透过管理资料系统、通信系统、规划,提高国家能力。将采取各种步骤,扩大本方案到今后受益者,加强扩大免疫方案,以期确保成为公共卫生方案的固定内容。也会强调提高所有服务工作人员的通信能力。向边远地区提供更多的服务,加上指标方案行动,会扩大方案服务范围。管理支助也会在所有各级继续下去,尤其是为了改善监督。在供应方面,儿童基金会将提供疫苗和冷链。将支助公共卫生研究所生产破伤风病毒疫苗,方法是改善质量控制单位,利用样品抽查。如果行得

通,也会支助公共卫生研究所开始生产其他疫苗。

32. 在目前的扩大免疫方案服务点,将提供更多的保健服务。第一阶段包括:面向儿童的三种服务(维他命A、母乳喂养宣传、腹泻病案例,包括供应口服补充盐),面向妇女的三种服务(计划生育、铁叶酸补充、怀孕期间高风险妇女的筛选和查询)。儿童基金会将继续协助训练传统的产婆,供应安全的接生袋。儿童基金会将同人口基金、孟加拉国腹泻病研究中心合作采用这些和其他安全育婴措施。只有四项《额外扩大免疫方案》措施(麻疹免疫、妇女破伤风病毒疫苗、口服体液补充盐、维他命A)能够预防每年10.1万名婴儿死亡(目前为43.5万名)。

33. 腹泻病防治方案内的新活动包括执行以研究为基础的通信战略,目的在于提高口服补充盐的使用和腹泻病的家庭管理。其他通信战略会达到保健工作人员。在“thana”保健联合中心,将设立另外的156个口服体液补充疗法点,也将喂养患有腹泻病的儿童,以便鼓励共同喂养和使用口服补充体液疗法。对于3万名基本保健工作人员和妇女经常首先拜访的2万名传统的私营部门乡村医生,提供适当病例管理和通信能力提高方面的培训。儿童基金会将继续提供口服体液补充盐和适当的抗生素。

34. 儿童基金会将支助面向5 000名保健提供者的急性呼吸道感染病例管理培训和本项目第一阶段审查工作。急性呼吸道感染项目的其他组成部分包括提供基本药品,以便处理肺炎和计时器等设备。为了改善药品管理项目,将提供有关的药品、药品使用训练、报道系统设立经费,该系统用于监测疾病情况和药品用途。将编制资料、教育和通信战略,以便预防艾滋病。将结合其他初级保健项目,提高“thana”一级保健服务管理能力。

营养

35. 在营养部门,新战备的根据是目前的方案构架,目的在于指出,营养的改善是可能的,尤其是透过防止年轻婴儿的营养不良。儿童基金会将同世界粮食计划署

密切合作,粮食计划署透过易受害群体发展方案,同大约一半的该国最贫穷的妇女,每月发生联系。此外,儿童基金会将提供维他命A、维他命A分发器、盐碘化工厂、碘化钾、铁叶酸片,以便减少或消灭微量营养不足。到1993年底,孟加拉国内所有265名盐生产者将建立盐碘化工厂,以便达到普遍可食盐碘化指标。主要的活动是,训练保健工作人员诊断和治疗干眼病,训练盐制造者学习盐的碘化技术。将展开知识、态度、习惯研究。也将编制适当的通信战略,以便推动为消灭微观营养不足所需的长期行为改变。

36. 儿童基金会将透过讲习班、讨论会、其他宣传工作,推动和保护母乳喂养。将在所有孕产妇中心,推动“善待婴儿”的医院概念。也将进行哺乳管理训练。

37. 儿童基金会积极主张必须处理蛋白质营养不良之后,将在粮食计划署和其他机构的协作下支助小型社区基点营养项目,主要的内容包成长监测、选定的和临时的粮食补充、方案通信、营养教育。这些项目的有效落实会确定全国营养项目的性质。儿童基金会将协助编制面向营养的资料、教育和通信战略,也将支助定期营养情况调查工作。

教育

38. 儿童基金会将透过正规和非正规教育手段,支助普及基础目标。在正规制度中,儿童基金会将同该国政府、尤其是新设立的初级和群众教育司合作促进普及初级教育。也会侧重改善初级教室内教学和学习质量,以及提高小学生的成就程度。这些工作将涉及提高教材和教学的质量,支助辅助的非正规教育手段,促进社区参与。

39. 儿童基金会作为多种捐助者一般教育项目的伙伴,将继续支助编制更加适当的课程,设计和印制教学和辅助教材,包括《保健知识》、由于中央编制这些教材,儿童基金会将帮助建立一种制度,以便监测教室内教材的使用情况。

40. 将支助建立在职训练制度。其中包括建立样板教员的资源中心。也将支助

职前训练方案的质量改善。儿童基金会将提供援助,以便广泛采用最近编制的“基本能力评价”调查方法。也将支助旨在提高教学质量和保持学生上学的试验和改革。

41. 该国政府推动了面向儿童和成人的试验性非正规教育项目,儿童基金会将支助面向儿童的组成部分。其中包括幼儿发展,主要的工作在于编制可行的模式,以便帮助处于不利地位的家庭接受小学教育。儿童基金会将帮助非政府组织伙伴提供以社区为基础的幼儿发展。也将支助孟加拉国农村进步委员会和其它非政府组织,以便扩大有效的非正规教育支助。以利无法上正规小学的儿童。这样会带来新的非政府组织,使这些组织更加能够编制和采用新的热门课程。也将支助教师培训和管理制度。也将继续稍微支助“madrashas”(以清真寺为基础的学校)和“makhtabs”(社区中心),将密切监测这些非正规教育工作,也将为此目的设立管理资料系统。

42. 由于地方规划和管理工作是普及教育目标、甚至新课程的执行工作的关键,因此,儿童基金会将帮助加强各部门和地区的能力,以便规划、监测、协调教育活动。Kushtia一体化基础教育项目就是一个例子。在这个地区,成功地争取了不同的伙伴,在社区实现普及教育。可能提供经费,以便重复该国其他地方的成就。

43. 上述许多活动将侧重带领女童进入正规和非正规学校,鼓励她们完成最起码的基础教育。政府的义务初级教育方案提供免费教育给女童到8年级,男童还有另外3年。学校内的厕所会鼓励女童留在学校稍微久一点,因为提供必要的隐私和便利。以乡村为基础的非正规教育能够带领更多的女童接受教育,许多活动会支助和执行教育部编制的面向普及基础教育的社会动员行动计划,目的在于有系统地应用免疫方案带来教训。

供水和卫生

44. 儿童基金会本部门的援助目标在于,帮助该国政府透过安全饮水甚至更加

容易得到、扩大卫生厕所范围,帮助人民采用更好的卫生习惯,降低儿童腹泄病和寄生虫感染病例。本方案也会争取加强政府在城乡地区的供水和卫生能力。

45. 农村供水方案将侧重缩小安全饮水供应差距。本供水方案将促使社区更加参与装设和管理自来水。按照新的方案,目前正在减少装设津贴,用户将全部支助水泵部件费用。此外,1995年以前,浅水泵的维修将转移给用户。儿童基金会将继续支助装设服务不足地区的自来水。儿童基金会将提供建筑材料,这段规划期间,按照自来水管和供水系统种类而有所不同的社区捐助,也会增加。总的说来,为了890万人民,将装设新的自来水管。

46. 在卫生部门,将采取步骤,迅速扩大卫生范围。儿童基金会将在许多不同组织的协作下支助面向改善卫生的全面社会动员。将在易患腹泄病“*thanas*”,展开全面活动,其中涉及各种各样的人民尤其是妇女,作为卫生推动者。将展开特别的项目,目的在于确保小学装有厕所,以便作为求学的基础。将更新有关供水、卫生、清洁的教育包,包括训练课程。行为研究结果指出,面向妇女的“便利和隐私”是家庭为什么装设厕所的主要原因,因此,通信包将侧重这点和健康原因。卫生促进工作也包括各种廉价的厕所技术,例如,公共卫生工程部乡村卫生中心和新生个体户推销的土法毛坑和防水厕所。儿童基金会将训练自来水管工、泥水匠、其他建筑工人学习卫生厕所的适当建造、使用、维修。本方案周期期间,1 700多万人将享有卫生厕所,接受清洁和卫生教育。

城市基本服务

47. 城市基本服务战略的关键在于,采用以儿童和妇女为核心的手段,促使部门各部提供基本服务给城市穷人。城市基本服务将支助城市的贫穷妇女组织成为团体,以便在所有城市地区的街道一级展开支助活动,重点放在城市穷人居住的4个主要城市地区。将训练家长--教师,以便同学前儿童展开每天2小时的幼儿对话。儿童基金会将便利信贷供应给这些团体,同社区和市政府负担费用的50%,以便准备这些

平民窟的排水道和行人道。儿童基金会也将透过非政府组织和有关的研究所,支助更新城市穷人的情况分析报告。本方案支助的保健、营养、基础教育、供水和卫生服务将直接有利于240万名婴儿、150万名儿童、200万名妇女。

地区基点项目

48. 在本方案建议中,面向吉大港山地(部落居民居住的较不发达地区)的地区基点项目,将从目前50个“moujas”(包括几个村庄的行政区)扩大到75个。在新的地区,挨户调查工作将查明1.6万户贫穷的部落家庭。将成立前合作社实用集团,作为各种活动的核心,活动包括储蓄和贷款方案,以便提供资本给自助项目。儿童基金会将支助在每个“mouja”设立区域中心,用于集团会议、非正规教育教室、营养教育教室,以及作为“mouja”项目办公室和库房。各社区将提供土地和劳工费用,以便建造这些中心。地方能力建设是本项目的重要内容。将向每个实用集团的成员提供领导能力训练,也将训练部落妇女作为社区保健工作人员,训练其他妇女作为接生人员和学前教室;集团成员将接受各种行业的技能训练。也将支助小部落的儿童接受正规教育。将透过管理训练、实地研究、到项目地点的旅费,加强吉大港山地发展局的能力。

处境特别困难的儿童

49. 由于本项目仍然处于萌芽阶段,儿童基金会的支助重点将放在规定有关街道儿童和打工儿童现况的基线,将提供所有各级群众觉悟到这些儿童和处境特别困难儿童的特别需要。儿童基金会将继续支助和加强“Shishu Adhikar”论坛,帮助它主持街道儿童和打工儿童。将设立街道儿童避难中心,以便儿童接受咨询意见,获得医疗帮助,使用安全饮水、卫生厕所等基本设施,甚至接受1个小时的非正式教育。儿童基金会将支助编制面向方案管理人员、实地工作人员、雇主的课程和教材。将加强社会事务部,以便响应这些儿童的需要,编制面向这些儿童的全面政策。

备灾和救灾

50. 飓风和水灾会继续影响孟加拉国,儿童基金会将在开发计划署和其他捐助者的协助下,协助该国政府加强备灾系统。主要重点在于训练备灾方面的次国家干事。将研究传统的村民救灾行动,这种行动将列入社会动员和社区备灾计划。将面向容易发生飓风和水灾的地区,编制通信战略。也将编制各项战略,以便减少可以预测的、定期的联系干湿季节周期的腹泻病高峰产生的影响。因此,通常的救灾行动会更加面向发展,将特别侧重确保紧急情况不会过分影响妇幼。

情报、宣传和社会动员

51. 方案通信将继续扩大到所有部门。也将进行各种活动,以便建立政府和非政府组织的能力,帮助进行协调,从而编制通信战略,与同样方案中的伙伴交换情报。儿童基金会将同其他机构、尤其是开发计划署合作透过市场研究机构、大学、其他专业通信集团的工作,达成通信部门的专业化。个人交往训练会加强实地工作人员的能力,以便交换情报。宣传工作将包括透过会议联络传播媒介、各国政府、各非政府组织、各服务部门、舆论领袖,透过《1993年世界儿童状况》、《保健知识》等出版物传播特殊的事件,透过各种传播媒介展开工作。社会动员将涉及同各种各样的组织密切合作。“Meena”女童故事丛刊将继续编制、试验、扩大到包括更多的问题和材料,同时更加广泛分发。

规划、监测和评价

52. 儿童基金会将支助初级数据收集机构的联网,便利数据收集定义和频率的标准化。儿童基金会透过孟加拉国统计局,将帮助建立全国社会部门妇幼问题数据库,以便监测全国行动方案目标的成就。将支助编制次国家行动方案,以便达到1990

年代目标,也将支助公共行政训练中心。将展开全国情况分析,最后编制孟加拉国儿童情况年度报告。本项目期间,将继续支助孟加拉国政府/儿童基金会联合咨询小组及其秘书处。政府同僚在儿童基金会的参与下,在部门基础上面向全部方案,将进行年度和终期审查工作。这些审查结果将指出方案执行工作所需修改以及面向今后合作的教训。

方案管理

53. 驻在达卡的儿童基金会孟加拉国国别办事处工作人员一直负责国家政策,同该国政府联合建立通盘财政构架,管理次国家方案经费。地方办事处工作人员在地方、区、“thana”、工会各级,合作履行全部职责,从宣传、对外关系,到监测儿童基金会支助的方案。提议的国别计划期间期间,最近设立的地方办事处的作用将扩大到包括,在地方政府的密切合作下,结合全国决定的范围,进行更多的次国家规划。

54. 为了响应新方案拟订需要,满足该国集中的政策结构,达卡办事处由1名代表主持,1名高级方案协调员、1名高级方案和规划干事、各级的方案和业务人员提供支助。1991年,7个区办事处合并成为4个地方办事处,由专门职类够高的工作人员负责这些次国家办事处,以便发挥在规划、宣传、对外关系方面更多的作用。1名国家干事主持每个儿童基金会地方办事处。本3年过渡周期期间,将分析这些地方办事处的交通、责任、潜力,以便下次5年国别方案周期(1996-2000年)期间作出今后改变。

表1. 关于儿童和妇女的基本统计资料

孟加拉国	(1991年和以前各年)	儿童基金会国别分类		
5岁以下儿童死亡率	133 (1991)	5岁以下儿童死亡率很高		
婴儿死亡率	101 (1991)	婴儿死亡率很高		
人均国民生产总值	\$220 (1991)	国民生产总值低		
总人口	117万 (1991)			

儿童生存与发展的主要指标		1970	1980	1990	1991
出生数	(以千计)	3 222	4 032	4 422	4 515
婴儿死亡数(1岁以下)	(以千计)	476	524	460	456
5岁以下死亡数	(以千计)	770	831	605	583
5岁以下死亡率(每1 000活产)		238	211	141	133
婴儿死亡率(1岁以下)(每1 000活产)		148	130	104	101

		1980年左右	最近
体重不足的儿童(5岁以下)	中度和严重	--	66 ^{aa}
(占适龄体重%, 1989-1990)	严重	--	27 ^{aa}
婴儿出生时体重不足(%, 1983-1990)		47	50
完成初等教育的儿童%(1980/1988)		17	46

营养指标		1980年左右	最近
母乳育婴3/6/12个月		96/86/82	.../.../...
(%, 1975-1976)			
消瘦情况(%, 1989-1990)		..	16 ^{aa}
发育不良情况(%, 1983-1990)		..	65
每日人均摄入热量(占需要量的%, 1988-1990)		..	88
人均粮食生产指数(1979-1981 指数=100, 1980/1991)		102	96
家庭用于所有食品和谷类的开支(占总收入的%, 1980-1985)			59/36

保健指标		1980年左右	最近
口服体液补充疗法使用率(%, 1991)			26
享有保健服务	共计	..	45
(占人口的%, 1985)	城/乡	../..	../..

表1(续)

孟加拉国						
享有安全用水 (占人口的%,1980/1990)	共计 城/乡	38 26/40	81 76/81			
享有适当的卫生 (占人口的%,1980/1990)	共计 城/乡	4 21/1	16 57/8			
由培训过的人员接生的婴儿(%,1988)		..	5			
孕产妇死亡率(每10万活产,1985)		..	600			
免疫情况	1981	1985	1990	1991		
接受免疫预防下列疾病的1岁儿童(%):						
结核病	1	3	86	86		
白喉/百日咳/破伤风	1	2	62	60		
小儿麻痹	1	2	62	60		
麻疹	..	1	54	53		
接受免疫预防破伤风的孕妇(%)	1	3	74	78		
教育指标	1980年左右		最近			
小学入学率(总额/净额) (%,1980/1990)	共计	62/..	73/65			
	男	76/..	78/69			
	女	46/..	68/61			
中学入学率(总额/净额) (%,1980/1990)	共计	18/..	17/16			
	男	26/..	22/21			
	女	9/..	11/11			
成人识字率,15岁和5岁以上 (%,1970/1990)	共计	24	35			
	男/女	36/12	47/22			
收音机/电视机架数(每1 000人,1980/1990)		../1	42/5			
人口指标	1970	1980	1990	1991	2000* *	
总人口 (百万)	67	88	114	116	144	
0-15岁人口 (千)	32	44	50	51	59	
0-4岁人口 (千)	12	15	17	18	21	
城市人口(占总人口的%)	8	11	16	17	23	
出生时预期寿命(岁)	共计	44	48	52	52	56
	男	45	48	52	53	56
	女	43	47	52	52	56

表1(续)

孟加拉国					
总生育率		7.0	6.4	4.9	4.8
粗出生率(每1 000人)		48	46	39	39
粗死亡率(每1 000人)		21	18	15	15
				1980年左右	最近
避孕普及率(% ,1979/1989)				13	31
人口年增长率	共计			2.7	2.5
(%,1965-1980/1980-1991)	城市			8.0	6.3
经济指标				1980年左右	最近
国民生产总值人均年增长率				-0.3	1.9
(%,1965-1980/1980-1991)					
通货膨胀率(% ,1965-1980/1980-1990)				15	10
赤贫人口	城/乡			86/86/..
(%,1976-1977)					
家庭收入百分比额	最高20%/最低40%			39/22	37/24
(%1981-1982/1985-1986)					
政府开支	保健/教育			6/12	5/11
(占总开支的%,1980/1989)	国防			9	10
家庭开支	保健/教育		/..	2/1
(占总收入的%,1980-1985)					
官方发展援助:	(百万美元)			1 283	2 142
(1980/1991)	占国民生产总值的%			12	9
偿债数额				7	16
(占出口货物和劳务输出的%,1980/1989)					

** 指异于标准定义或只涉某国一部分的数字。

* 儿童基金会外地办事处资料。

** 联合国人口司根据以往及目前趋势预测。

表2. 上一个合作期(1988-1992年)的开支^a
 (千美元)

国家: 孟加拉国
 执行局最后核准日期: 1988年
 一般资源: 65 000 000美元

方案 部门/领域	用品和设备 (包括运输)		培训津贴 (实数)		项目人员 (实数)		其他现金 (实数)		共 计					
	GR	FSF	GR	FSF	GR	FSF	GR	FSF	GR		SF		共计(GR+SF)	
									实数	计划	实数	计划	实数	计划
保健	12 525	22 245	1 554	833	800	1 704	3 777	5 570	18 656	22 641	30 352	22 746	49 008	43 357
家庭粮食安全和营养	3 563	2 061	225	117	176		500	257	4 464	5 728	2 435	6 390	6 899	12 118
供水和卫生	569	24 317	109	210	750	365	443	5 833	1 871	1 287	30 725	31 490	32 596	32 777
教育	4 740	15 858	299		147	30	5 237	35	10 423	12 489	15 923	16 273	26 346	28 762
社区组织和 以妇女为中心的 方案支助、规划与 宣传	784		311	25	250		3 896	56	5 241	8 323	81	4 000	3 322	12 525
紧急事项 运费	428	127	1 308	48	371	63	1 830	368	3 937	3 941	606	150	4 543	4 091
	162	445	217	87	8 091		613	261	9 083	10 391	793		9 876	10 391
	996	7 910		17		17	62	1 961	1 058	1 150	9 905	12 466	10 963	13 616
	526	11							526		11		537	
总计	24 293	72 974	4 023	1 337	10 585	2 179	16 358	14 341	55 259	6 6150 ^b	90 831	93 515	146 090	15 9665

GR = 一般资源。

FSF = 有着落的补充资金。

SF = 补充资金。

a 实际开支包括1992年12月17日为止记录的开支。

b 包括来自紧急储备金的\$115万。

表3. 1993-1995年的计划开支
 (千美元)

国名: 孟加拉国 时期: 1993-1995年	资金状况	1993	1994	1995	共计
保健与营养	GR	5 877	5 877	5 877	17 631
	FSF	7 011			7 011
	NSF	5 808	4 803	4 803	15 414
教育	GR	4 340	4 340	4 340	13 020
	FSF	2 695			2 695
	NSF	4 535	4 435	4 435	13 405
供水和卫生	GR	1 465	1 465	1 465	4 395
	FSF	673			673
	NSF	8 143	8 142	8 142	24 427
城市基本服务	GR	955	955	955	2 865
	NSF	220	220	220	660
	GR	650	650	650	1 950
以妇女为核心的方案	GR	300	300	300	900
	GR	200	200	200	600
	NSF	300	300	300	900
处境特别困难的儿童	GR	760	760	760	2 280
	GR	622	622	622	1 866
	GR	700	700	700	2 100
备灾	NSF	2 015			2 015
	GR	1 731	1 731	1 731	5 193
	GR				
信息宣传与社会动员 规划、监测与评价 地区基点项目	GR				
	GR				
	NSF				
方案支助	GR				
	GR				
	NSF				
共计	GR	17 600	17 600	17 600	52 800
	FSF	10 379			10 379
	NSF	21 021	17 900	17 900	56 821
总计		49 000	35 500	35 500	120 000

GR = 一般资源。

FSF= 已有着落的补充资金。

NSF= 新补充资金。

表4. 由方案预算支付的员额费用
 孟加拉国

方案部门/领域 和经费来源	1993-1997年方案预算 (千美元)				员额a和b							员额费用c (千美元)							
	GR	FSF	NSF	共计	目前员额							小计	共计	国际	当地	共计			
					D2/L7	D1/L6	P/L5	P/L4	P/L3	P/L2	国际						本国	一般 事务	
一般资源	17 631			17 631									3	4	3	10	1 017	360	1 377
保健与营养	13 020			13 020					3				1	3	7	12	753	360	1 113
教育	4 395			4 395			1		1					4	1	7	711	235	946
供水和卫生	2 865			2 865										1	1	2		73	73
城市基本服务	1 950			1 950															
以妇女为核心的方案	900			900															
处境特别困难的儿童	600			600															
灾备	2 280			2 280					2					4	5	11	678	358	1 036
信息、宣传与社会动员	1 866			1 866					1					1	1	2	339	31	370
规划、监测与评价	2 100			2 100					2	1				5	113	139	1 731	3 303	5 034
地区基点项目	5 193			5 193															
方案支助																			
GR 共计	51 700			52 800			1	3	10	1	15	37	131	183	5 229	4 720			9 949
补充资金																			
保健与营养		7 011	15 414	22 425															
教育		2 695	13 405	16 100															
供水和卫生		673	24 427	25 100															
城市基本服务			660	660															
灾备			900	900															
地区基点方案			2 015	2 015															
SF 共计		10 379	56 621	67 200				3	4		7	12	23	42	2 472	1 134			3 606
GR和SF 共计				120 000			1	5	14	1	22	49	154	225	7 701	5 854			13 555

表4(续)

孟加拉国

ADM和方案支助预算 (1994-1995年概算)	业务费用		3 063	1	4	1	4	1	7	9	4	60	1 933	1 474	3 407
	员额编制														
总计 (GR+SF+ADM)			1	1	5	7	15	1	29	58	198	285			
员额数目和费用															
- 前项方案开始时 (1988年)	29														
- 拟议方案开始时 (1993年)	29														
- 拟议方案结束时 (1995年) (指示数字)	29														
	无														
	无														
	无														

- a 不论经费来源,每名员额支助整个国别方案。
 - b 1994年1月1日员额有效。
 - c 项目员额为期5年,核心员额为期2年。
- 简称: GR= 一般资源, FSF= 有着落的补充资金, NSF= 新的补充资金, SF= 补充资金, IP= 国际专门人员, NP= 本国专门人员, GS= 一般事务人员, ADM= 行政管理。