



云南农村妇女的心声

● 生育健康需求评估

主編 王紹賢 李汝
EDITORS: SHAOXIAN WANG VIRGINIA LI
WOMEN'S VOICE FROM RURAL YUNNAN
NEEDS ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

谨以此书献给

第四次世界妇女大会

**This book is dedicated to
The Fourth World
Women's Conference**

序

——方法与成果

为了较好地了解云南农村的生育健康状况，我们设计实施了一个参与性的研究。本书阐明了这一研究是如何进行的。它虽然没有全面反映许多个月来为设计这一创新的研究策略在当地所经历的许多非正式的、官方的谈话与会议，但它提供了这一研究的部分成果。我很荣幸被邀请写序言介绍此书，在此，我感谢两位编者——王绍贤教授及李滇教授给了我这一机会。

1991年初，福特基金会为建立其在中国的新的生育健康项目，开始探索在云南建立项目的可能性。为此，我们组织了云南省与生育健康有关的机构的领导会议，它们包括卫生厅、计划生育委员会、妇联、教育委员会及扶贫办公室。我们也会见了云南省有关研究机构（云南省社会科学院、昆明医学院、云南大学）的关键人物及两位主管卫生、教育、计划生育与经济发展的副省长。在这些讨论中，很多人谈到在农村各服务部门间缺乏联系。看来，最好的办法是先了解决策者及研究者对省的生育健康的需求的看法，然后组织大家一起来讨论。在前卫生厅长、现计划生育委员会主任吴仲仪的领导下，成立了多部门的有代表性的指导小组。吴组长对这一研究的敏锐思考、坚决及坦诚的诺言使这一参与性的研究获得了成功。

本书中的一些论文描述了在第一次指导组会议时使用过的程序，这一程序使大家易于集中讨论生育健康，并从众多障碍中找出优先要解决的问题。我们发现，“Reproductive Health”一词没有适当的中文译名，现有的翻译（本书将其译为“生育健康”）都极易使人单纯从生物学的观念来理解健康，而忽略了生育健康与社区的能动性、妇女的权力及福利、物质条件、受教育的机会之间的联系。尽管指导小组包括了许多有丰富经验及有成就的人，但当大家第一次来到指导组会议时，对“生育健康”的理解都是不全面的，这在一定程度上会妨碍取得成绩。经过多次讨论，我们决定担当起“参与性研究”的担子，以达到更好地理解在资源缺乏、人们需求很多的云南农村的生育健康的真实情况。

从一开始我们就知道，决策者及研究者只能提供一个方面的情况，能给“需求”下最好的定义，是真正有需要的人，只有通过自下而上，自上而下，以及横向之间的活动才能更好地理解问题。因此，我们在两个县内选了四个乡，帮助他们建立起多部门参与的指导小组，并开始与当地的决

策者、保健及社会服务提供者，以及乡村的男人、妇女一起工作，对他们社区的生育健康状况进行评估，并征求他们对需求变化的意见。可以说，这一研究方法本身也是成果的一部分，因为，这一程序使人们一起工作，共同理解真实情况、共同定义存在的问题及解决的策略，这本身就是研究希望达到的目的。

这一研究是从三方面做的：1) 参与性研究程序本身就要求合作，这就使原来合作不够、没有多部门共同讨论与决策的问题得到了解决。2) 邀请当地有兴趣的研究机构参与分析资料，并培训研究方法。3) 研究设计做到可以使大家了解下一阶段的试验、组织及如何进行继续研究。在一些方面，我们发现的信息很简单，仍然了解不够，例如生殖道感染的情况、为什么女孩不上学等；有些方面，我们的发现是肯定的，而且是已知的；还有一些暴露出来的问题比原来想象的要糟或好或不同。

福特基金会热情鼓励并资助了在云南的需求评估研究，这一点在本书中已得到反映。有许多中国和外国有丰富经验并刻苦工作的人参与了研究过程，他们的贡献使这一研究得以实现。他们中有的人的名字已出现在本书合作的论文中，而有些人的名字并没有在本书中出现。我们感谢所有的人，我尤其要特别代表我们全体感谢的是澄江、陆良两县社区的人们，他们身体力行地热情地参与了这项工作。如果在此过程中或结束时，他们的努力改进了他们社区的生育健康状况，则我们就达到了目的。如果说这一次我们学到了在将来如何确定生育健康的需求，那我们将会有另一次的成功。让我们将此书献给世界，使大家认识这一研究的方法与成果，使我们能够理解生育健康的真正含义，并一起来实现它。

福特基金会项目官员

白梅 博士

目 录

0	绪言	(1)
1	项目规划程序——需求量调查	(5)
1.1	需求评估——作为给妇女授权和体制建设的措施	(6)
1.2	选题小组和议题小组——同决策者的讨论	(23)
1.3	议题小组——了解农村妇女的心声	(38)
1.4	《妇女生育健康与发展》的现场调查	(53)
1.5	《妇女生育健康与发展》调查数据的计算机录入处理	(82)
1.6	让中国农村妇女给自己拍照是决策者了解下情的一种 新方法	(89)
2	来自生育健康与发展调查的报告	(97)
2.1	育龄妇女生育健康与发展的现况调查	(98)
2.2	妇女保健服务对婴儿死亡率的影响	(114)
2.3	已婚育龄妇女子宫脱垂和宫颈糜烂的危险因素分析	(124)
2.4	未婚妇女外阴瘙痒症的患病分析	(129)
2.5	常用避孕措施的使用效果研究	(132)
2.6	母乳喂养, 辅食添加, 断乳模式及产后无月经状况分析	(138)
2.7	已婚育龄妇女婚姻状况	(147)
2.8	已婚育龄妇女与其丈夫初婚年龄差分析	(153)
2.9	妇女生育行为与民族差别分析	(157)
2.10	决定妇女生育力的直接因素	(163)
2.11	女青少年教育及心理意愿分析	(169)
2.12	妇女地位探讨	(173)
2.13	从男性角度看妇女的社会及家庭地位	(183)

3	附录部分——需求评估方法	(189)
3.1	选题小组讨论	(190)
3.2	中国云南省妇女生育健康及发展规划——议题小组方法	(192)
3.3	“摄影故事”工作方案	(197)

0 绪 言

李 湏 白 梅 王绍贤 黄国俊

1992年在云南省制定的妇女生育健康及发展规划(Women's Reproductive Health and Development Program, WRHD),为满足该省最穷困最边远地区的妇女生育健康需求打开了新的局面。这项工作的一个中心内容,就是进行了一系列有各方人士参加的规划工作,鼓励当地人员积极参与,加强了体制规划,弥合了政府各部门的分工界线,拟定了一套协调的工作方针,可以在广阔的社会文化基础上来解决妇女保健问题。由1992年的初步活动开始,WRHD进展很快,已着手进行了下述工作:

- * 在省一级建立了一个多部门合作的领导小组,在澄江县和陆良县也建立了对等的小组;

- * 对规划地点的生育健康需求进行了广泛的评价工作,包括家庭普查,以及在政策制定者、卫生工作人员和农村妇女本人之间进行了议题小组讨论;

- * 推行了一项拍照“摄影故事”的项目,使农村妇女得以用摄影机为工具记录下个人健康及工作的实际情况,并得以表达她们关心和希望的事;

- * 分析了需求评价和摄影故事中发现的问题,然后开了5天的会,着重研究有针对性的规划工作,在会上把发现的问题提交给省级和县级的领导小组;

- * 帮助县级领导小组制定以社区力量为基础的多部门合作的提高妇女生育健康和妇女生活的措施;

- * 协助省级各部门找出支持地方倡议的途径。

在1992年中,这些活动持续了一整年,工作达到高潮是在12月同省级和县级领导小组共同举行了一系列合作规划会议。这些会议又导致了一系列于1993年在澄江县和陆良县开展的活动,其目的是解决县里认为的在贫苦农民中提高妇女生育健康的最大障碍。同时,省里各部门和机构也拟订计划,指出他们通过培训、提供资料,以及提高管理和督察工作效率等方式在哪些方面最能支持地方倡议。

WRHD的初步规划是于1991年在云南省开始的,目的是要更好地了解云南省贫困农业地区的妇女健康需求并制定一些新的方针来解决这些需求。这个规划是云南省政府各部门、县政府各部门、学校研究单位、乡镇领导,以及社区的妇女组织的合作成果,技术支持则来自美国加利福尼亚

州伯克利的西方公共卫生联合会及中国北京医科大学公共卫生学院。

自一开始构思这个规划起,就有两个主导的原则。第一个是参与式的规划原则,即让有关的人都来参加规划,这是根据我们的一个信念:让大家平等而充分地参与规划工作才能保证广泛和协调的行动;第二个主导原则是,我们深信只有妇女本身才最明确她们自己的需求并能充分表达出来,而在研究如何解决这些需求时,也只有求教于她们本人才最恰当。WRHD的参与者理解,让妇女来参与规划,也就是使自己能了解得更清楚,能更好地满足云南省农村妇女的生育健康需求。

利用参与式的规划工作以谋求协调的行动,WRHD通过这样做还想取得下述长远的成果:

1. 使妇女和妇女组织,特别是穷乡僻壤的妇女和妇女组织能够对自己的健康需求有个更清楚的了解,能以更充分地表达,并采取更有效的行动;
2. 建立一个有效的规划体制,使社区能参与决策和制定规划,使制定出的生育健康政策能满足当地提出的需求;
3. 创建一种体制,使在地区层次了解到的需求能反映到较高的决策层次,而上级的帮助能最有效地支持地区解决这些需求,并通过这种方式来加强各个业务部门;
4. 在各个垂直式组织的机构之间横向弥合其间的分工界线,促进它们联合起来,共同处理影响生育健康的社会、文化,及生物医学等诸般因素;
5. 加强省一级的卫生、教育、文化、经济及社会科学等方面的机构,提高它们进行技能训练、人才培养、规划制定,以及评价工作的能力。

规 划 地 点

云南省位于中国的西南边陲,在国内属于最贫困的地区。尽管云南省已尽了很大力量来提高卫生部门的能力,但崎岖的地形再加上财力不足,就限制了将卫生服务推广到贫苦农村的努力。在山区和不易达到的腹地,能做到提供基本的实质性卫生服务实属罕见之事。大部分妇女还在家中生育而得不到受过训练的接生婆或医务人员的协助,产妇死亡率至今保持在每100,000个活产中有100个以上。这个地区的妇女中还普遍存在营养缺乏、生殖道感染、子宫脱垂、膀胱阴道瘘,以及其他健康问题。

云南省居住着许多汉族以外的其他民族,在过去曾长期被视为中国边疆的一个半开化的前哨。在历史上,在公元前100多年,该地区已列入汉朝版图,但多山的地形一直隔绝了中央的统治。但这个地区仍然维持着边疆状态,汉族定居者住在河谷和较低的盆地中,而少数民族则占据着全省95%的高原和山地。

云南省至今仍在其种族和文化多样性这一点上保持着独特性。该省的三千七百万居民中，有三分之一以上是非汉族人，有 52 个少数民族，其中有 26 个民族的人口超过 4,000。较大的少数民族有彝族、白族、傣族和壮族，它们每一个民族的人口都超过一百万。对这些少数民族的管理一直是政治敏感问题。在省內已经建立了几个自治州，对于几个较大的少数民族给予了更多的行政、经济和文化的管理权。

县的选择标准

1991 年，由北京医科大学、昆明医学院、美国加州大学洛杉矶公共卫生学院以及福特基金会的代表们与省一级的政策制定者商谈，想找出适合开展 WRHD 规划的县。当时选定了两个县：澄江县，大约在省会昆明的东南 60 公里处；陆良县昆明东 136 公里处。选择这两个县的依据有下面几点：

人均收入水平属于全国最下的四分之一。虽然澄江和陆良两县都没被归入贫困县，但每个县中都有相当的人口处于县定的贫穷线之下，穷人大都集中在县内较边远的地区。

在县一级和乡一级都有较强的妇联组织。妇联（妇女联合会）是个全国性的半政府组织，它的管辖范围包括一切妇女事宜，如妇女的法律权利、参与经济活动的权利、在社区和家庭中的地位和作用，以及妇女的健康和教育。在全国许多地区，妇联已显示出很强的实力，可以跨部门地完成地方卫生、计划生育、技术培训，以及反映妇女情况动员上层人士等工作，这使她们成为参与 WRHD 的最佳候选者。再者，妇联还提供了在地区上培养领导才能的机会，并可作为表述妇女的经济、社会和保健需求的论坛。

在县和乡两级存在计划生育协会。计划生育协会是志愿组织，原来创立时是为了支持地方上的计划生育工作。在中国其他地区，计划生育协会曾帮助解决与计划生育只有间接关系的复杂问题，如老年人的生活保障问题。它们还有相当的灵活性，可以在很宽广的范围内工作，包括公共卫生、计划生育、教育，以及经济发展等方面。

有县长的支持。在 WRHD 规划中，我们依赖县长来提供重要的政治领导，促进跨部门的规划工作和规划在地区的实施。

在乡镇一级有现成的初级保健机构。如果连最初级的保健机构都没有，那么 WRHD 就得出组建提供基本医药服务的机制入手。

由省会昆明不难到达（一日内可达）。WRHD 一开始就想更多地以社区为基础来搞规划和开展生育健康活动，当初提出这个条件就是为了便于更好地支持和评价这些初期工作，将来随着 WRHD 规划的结构性工作得到进一步落实，预计要在更边远的地方开展规划的组织工作。

我们的规划志在提高贫穷且处于不利条件的社区的妇女健康和生
活，本着这个宗旨，我们在每个县选了两个最穷的地区作为开始工作的场所。在
澄江县，所选地区包括海口乡松元镇和阳宗镇。这两个地区都多山，和县
里只通土路。这些地区种的主要是干旱高原作物，此外在山边还种些稻谷。
年人均收入 400 人民币，低于县平均值的一半。在松元村，清洁水源是个
特别重要的问题，因为大部分人要由死水塘取水来供饮用或清洗之用。

在陆良县，选入的地点包括芳华镇和所属乘民村，以及大莫古乡和所
属的太平哨村。芳华镇和乘民村位于陆良平原的北缘，是陆良县中较贫困
的地区。大莫古乡和太平哨村则在经济上比其他选中的地点要富裕一些，部
分原因是它们位于地势平坦的陆良平原上。选择这些比较富裕的地区是为
了可以在不同的经济条件下评价 WRHD 规划。但是在这所有地区，教育水
平都很低，文盲率很高，特别是在妇女中。生产方法落后，出产贫瘠，经
济收入低，总的健康情况很差，而已有的卫生服务及计划生育服务质量不
高。想提高居民的生活水平和健康状况的作法都受阻于家庭收入少、知识
低，以及仅足维持生计的农活逼得他们无暇考虑健康问题。

这种社会境况的低下和经济条件的贫乏，对于任何想提高人民健康的
努力，都是一种严峻的挑战。下面各章描述 WRHD 所采取的初步措施，其
目的是想了解如何才能最好地解决本地区妇女的生育健康问题。自然我们
仍然恪守原则，坚持参与式的规划工作，并让农村妇女积极参加到规划、实
施和评价等工作中来。

1 项目规划程序——需求量调查

1.1 需求评估——作为给妇女授权 和体制建设的措施

李 湊 黄国俊 白 梅 王绍贤

引 言

对于如何才能真正做到促进社区健康,当代思潮已形成了一些原则,其中的两条就是:社区必须参与涉及本身的决策过程;非卫生部门也必须和卫生部门一道工作,才能取得真正有实效和持久的成果。在这一点上,促进健康问题和其他促进发展问题没有什么分别。自主感和亲身参与是规划取得成功的关键。被授权参与主持本身改革的社区,要比起无权参与规划而仅身受其惠的社区来,更能发挥作用。

人们要求多部门参与的做法反映了几十年的经验和痛苦的教训,人们发现,原来健康问题要比能用生物医学方法矫正的躯体问题复杂得多。很明显,病痛的许多原因是受社会、文化、政治和经济等条件的制约,而这些条件也决定了重获健康的途径。要促进健康,就要求大家能在更广阔的视野中理解和解决健康问题。

我们想通过需求评价方法把上述原则在中国农村付诸实践,本章介绍了所采取的一些初步做法。设计这个评价工作,是要让当地的社区参加进来,并鼓励不同部门共同合作来提高中国最穷地区的妇女生育健康水平。通过这些活动已经发展出一套规划方法,鼓励部门间的合作和鼓励社区妇女组织积极参与设计、实施和评价种种提高妇女生育健康的措施。

社区的参与、多部门的合作和妇女保健

当我们考虑到低收入的农村妇女的保健需求时,就会觉得要求广泛参与和多部门合作的工作方法特别有道理。事实上,妇女是基层卫生工作议事日程的中心对象,不仅因为她们是某些措施如计划生育的受惠者,而且因为可以通过她们来提高她们子女的健康 (Bertrand and Walmus. 1983; Cleland and van Ginnekin. 1988; Guldán, Zeitlin et al. 1983)。由生物学角度来说,妇女在生育过程中起的作用使她同胎儿以及新生儿的健康密切相连。而由传统习俗和文化上来讲,妇女还要履行许多职责,如保持家庭卫生、打水、做饭、照顾和教育子女,这也会直接影响到家中的健康情况 (Leslie, Lycette et al. 1993)。

尽管妇女在家庭和社区卫生中起了这样的关键作用，但卫生工作规划者却常常忽略了她们。妇幼保健方案一直是基层卫生工作方针中的一个主要支柱，但也有人批评这些方案过于强调婴幼儿的存活问题而忽略了妇女的健康（Rosenfield and Maine, 1985）。许多基层卫生工作方案只重视母体健康，却把妇女的很多其他健康问题排除在外，例如青年妇女、非孕妇女和老年妇女的问题（Leslie and Gupta, 1989）。就是在计划儿童保健方案时，卫生工作规划者也常常不考虑作母亲的是不是有能力以及是否愿意亲身来做经口补水疗法、母乳喂养，以及其他一些操作，这些事让妇女自己来做通常是既费钱又费时。

让服务对象更多地参加到卫生工作规划中来，就有可能设计出更有效也更被群众接受的卫生和发展方案。但是，还必须做出特殊的努力使妇女受到关注，因为在我们争取由男人占优势的村政府和决策当局参与规划和行动时，我们常常会忽视社区内妇女间形成的非正式社团（MacCormack, 1992）。妇女政治形象的低下再加上社会地位的低下，这使她们不愿表示意见也不受决策者的注意。如果不直接从妇女本人那里了解她们关心的事和她们的意见，我们就不大知道哪些健康问题对她们最重要，不大知道她们的健康相关行为，以及她们同卫生工作者之间的交往又是如何受到社会、文化、经济和其他因素的影响。

再进一步讲，在发展中国家里，甚至于只是偶而观察农村生活的人也不能不看到，农村妇女要干的事远不止于作个母亲。妇女在从事危险而又要求体力的农活和家务活，再加上仅够低度生活的营养和有限的医疗条件，这就使传统的妇女卫生工作远不能满足妇女保健的需求。事实上，由于贫穷和一般经济发展的低水平，仅靠卫生部门的工作是不能解决造成贫苦农村妇女病痛的多重原因。只有在卫生措施之外，我们还要同时努力提高妇女受教育和就业的机会，在分配营养供应、卫生服务以及其他资源时努力消灭性别偏见，努力减轻妇女的沉重工作负荷和贫穷的压力，努力扭转妇女无权控制个人生活的局面，只有在做到这一切时，妇女的健康以及她家庭和她社区的健康情况才能真正得到改善。

很明显，世界上最贫穷的国家的农村妇女还在遭受着贫穷和性别偏见的双重磨难，因此也就更迫切地要求我们创造出能提高妇女健康和经济地位的新方法。凡是发展工作者做到鼓励社区参与以使这些社区增加其自主感的地方，对于妇女来讲，这种参与就会成为一种契机，使这些一向沉默的人表达出意见来。凡是规划者寻求多部门合作以求把保健活动置于更广阔的发展背景之下的地方，对于妇女来讲，这就会成为一个有效的工具，可以把这些无权者的利益和关切之事提到最前面来。

目前,要充分发挥社区参与和多部门合作的作用来解决妇女保健和经济发展等问题还存在很大的障碍。这两个措施基本上是一种社会授权过程,因而可能对那些在社会、政治和经济现状有既得利益的人构成威胁。如果把重点放在社区参与上,那就意味着决策者要承认他必须准备让群众自己来选择目标,自己来实现目标,并对自己的工作有更大的控制权。因此,我们常常把社区参与和教育工作联系在一起,事实上不仅要教育群众,还要对那些可能就是发起和推进这些工作的决策者和管理单位进行教育。

和上述情况相似,部门间的合作在规划时也常停留在口头而不见于行动。在向群众提供卫生服务这方面存在许多问题,例如我们可能确定不了要通过哪些活动才能解决影响保健工作的社会、经济和政治问题,再如我们可能找不出具体的方法使我们能在作规划和对多变的地方需求做出及时响应时争取到有效的合作。鼓励部门间合作的作法常常导致对管辖地盘和稀缺物资的争夺,而不是发展能给大家都带来好处的互利关系(Katz, 1984)。找出克服这些障碍的方法将是保证卫生事业成功发展的关键。

中国云南的妇女生育健康和经济发展规划

WRHD 在云南省最贫困边区的服务部门和农村妇女中开展需求评价活动,力求把这些原则纳入其中。开展评价活动的目的是把它做为一个出发点,为进一步进行参与式规划工作打下一个基础。这样的规划工作可促进本地区的积极参与,可帮助规划的体制化,并可弥合政府部门间的分工界线,从而制定出更协调的方针政策,借以在广阔的社会文化背景下解决农村低收入妇女的保健需求问题。

WRHD 是在 1991 年开始的,当时的目的是为了对云南省农村贫困地区妇女保健需求有个透彻了解,并设计出满足这些需求的新方针策略。这个规划是多部门间的联合项目,包括云南省的省级和县级政府部门、学术单位、乡镇领导和社区的妇女组织。其中一些部门如省卫生厅和省计划生育委员会,平时通过它们的政策和活动直接影响妇女的生育健康。其他部门,如妇联和扶贫办公室,则是因为它们的工作领域涉及妇女的社会经济地位和身体健康。规划的总目标是要设计出一些以社区为中心并针对具体问题的策略,来提高妇女生育健康工作水平,并尽可能地把这些活动和其他以非保健为主要目的但能改善妇女保健工作的项目结合起来。

WRHD 现在在两个县区里推行:澄江县,约在省会昆明东南 60 公里处;陆良县,昆明东 136 公里处。本规划的宗旨就是要提高贫穷而且条件不利的社区中妇女的健康和生活,所以就在每个县里选了两个最穷的地区

做为规划中首先入手的工作地点。在澄江县，WRHD 在海口和阳宗的镇区工作。这两个地区都多山，农业活动主要是种高原旱地作物，再加上在坡地种些稻谷。1992 年，这两个地区的年人均净收入约为 400 元人民币，而全县则平均在 800 元以上。此外，在高地农村中能取得干净饮水是个特别重要的问题，因为那里的大部分人都要到死水塘里取水供饮用和清洗用。

除了因天然地形带来的问题外，这些多山地区在社会经济上也处于极匮乏的地步。教育水平低，文盲率平均在 50% 以上。妇女受的影响尤其大，文盲中 70% 以上都是妇女。生产还在用古老的方法，产量很低，经济收入微薄。要提高居民的生活水准和健康情况的努力都受阻于微薄的家庭收入和低下的文化水平，仅求温饱的农业劳动已使他们无暇顾及个人健康，而他們又无力负担因采用新技术或从事其他赚钱营生带来的风险。

在陆良县，WRHD 在芳华镇和大莫古乡开展了工作。芳华镇位于陆良平原的最北端，大约距离陆良县城 15 公里，有公路可通，经济主要是农业，在 1991 年每人年平均净收入不足 300 元。芳华镇下属的一个大队叫乘民村，是个彝族村，在芳华镇以北 19 公里的山里，这个村是陆良县最穷的村之一，每人年平均收入为 260 元。大莫古乡在经济上比其他几个选点要好一些，这可能部分是由于它位于平坦的陆良平原，每人平均年收入约为 450 元，主要来自种烟和畜牧。

这些地区面临许多和澄江地区同样的问题。人们对于个人卫生和避孕的知识很贫乏，普遍的教育水平都很低，所调查的妇女中 65% 以上都是文盲或半文盲。普遍的健康水平也很差，有限的卫生和计划生育服务水平极低，在这个地区宫内避孕器的脱落率为全国农村的两倍。虽然大莫古乡接近水源，但水却被附近的造纸厂和肥料厂所污染。

参与式的方法和策略

在制定旨在提高云南妇女生育健康工作的卫生规划时，WRHD 遇到的阻碍和在全世界推行初级保健工作时所遇到的阻碍是一样的。为达到这样目标所需要的全面措施还很少有人尝试过，因为负责卫生的部门对于其他领域如教育和经济发展部门没有什么影响力。就是在中国这样一个素来被认为是能通过政治力量取得惊人卫生成就的典范，她的规划和决策机构也是分工狭窄和垂直组织的，负责卫生、教育、计划生育和扶贫等部门极少合作。因此，像妇女生育健康这样的涉及多方面的工作就常被理解得很狭隘，为解决这些问题所做的种种努力也没有得到很好的协调。

在 WRHD 工作的地点，就有几个明显的例子说明由于行政分工造成的限制。地方的计划生育工作比较好，给妇女提供了有关避孕的知识，但

对于个人卫生和防疫的知识却不提供，因为那被认为是地方公共卫生部门的责任。再有，还有人提出，计划生育工作人员因为使用宫内避孕器不当而在无意中造成生殖道感染的传播，但诊断和治疗这类感染的责任却在卫生局的职权范围之内，而后者因权限所限，又无法给计划生育人员提供更好的训练。就是在一部门内，有时如能协调得更好一些，也会制定出更有效的卫生方案。在 WRHD 开始之前，在经常给妇女作产前检查的妇幼保健部门倒不提供破伤风类毒素注射的服务，因为一般的免疫注射是卫生口防疫部门而不是妇幼保健部门的责任。而与此同时，派赴农村进行免疫预防的人员却很少受过训练或有此装备能以在农村中提供社区健康教育或其他初级保健服务。

要克服因缺乏协作而带来的问题，WRHD 规划决定成立一类新的覆盖面较大的机构，称为领导小组，通过它把各方面各层次的人找到一起，针对妇女生育健康和经济发展工作探讨各自的观点。于是在省一级和县一级都建立了领导小组，其成员包括来自卫生、教育、社会科学、计划生育、扶贫和妇女工作等部门的代表。这个 WRHD 的特别机构的成立，是鉴于当初推行初级卫生保健工作时在部门协作上暴露出的弱点。初级卫生保健工作的一个主要问题，就是常把工作放在一个部门里来做（通常是卫生部门），结果造成各部门间互争成果，反倒影响了合作和协调（Foster, 1982）。与此相反，WRHD 规划的领导小组不属于任何单一部门，而是由省和县级政府带头的非附属性实体，它们的特定目标就是要形成一种制度，让大家都参与而达成协调行动来提高云南贫苦农村妇女的生育健康。

和县一级领导小组一起工作，WRHD 是想让规划工作更能结合当地提出的需求。在领导小组里，我们鼓励县级各部门都来评价它们各自的活动，并和其他部门以及社区里面的组织共同讨论它们的方针政策。WRHD 强调在地方进行规划就是因为它认识到，在基层常只是少数几个人经管涉及卫生、计划生育、教育和经济生产多方面的几项工作，把这些人都结合到规划工作中来，就可以让地方上的部门和机构了解它们的活动之间存在关联之处，看到它们有共同目标的地方，并知道它们如何才能在完成各自日程之余还可以彼此互相协作。

领导小组这样的组织还为妇女提供了一个场所，让她们可以在政策规划议席上表述自己的意见。在中国，长期以来妇女的利益是由妇联来代表的，妇联是一个全国性的半官方组织，它的职权包括保护妇女法律权益，保证她们能参与经济活动，使她们能充分发挥在社区和家庭中作用，以及保障她们的健康和受教育机会。在澄江县和陆良县，当地妇联有一个庞大的工作网，一直深入到每个自然村，包括众多干部和积极分子，她们对于妇

女的利益、需求和关心的事有着丰富的经验和知识。但是，妇联却又是地方各部门中最穷的，作为一个半政府的单位，缺乏一般的部门职权。妇联常被邀请参与协助实施地方的卫生、计划生育、教育和经济发展等活动，但在规划时却常被忽视。WRHD 鼓励妇联这样的妇女社区代表积极参加到领导小组中来，目的是想把她们的丰富经验和知识直接带进规划工作中来。这样就为领导小组提供了一个渠道，让妇联这样的团体能把她们对于当地卫生问题的理解带到政策制定日程上。

与此同时，WRHD 也和省一级的领导小组一同工作，提高它们的能力，使它们能对地方的建议做出更及时的响应和更有效的领导。大家认为，这样做不仅加强了县级和省级对应单位间的交流，而且也加强了省级各部门间的交流。我们希望这样做可以提高省一级部门的工作方式，使它们能更好地发现地方上的需求并做出更适当的反应。

有一个迹象表明这种方法被接受了，那就是 WRHD 工作所在的镇也决定要自行设立类似省和县领导小组那样的综合机构。因此，WRHD 的机构就变成图 1 中所示的样子。

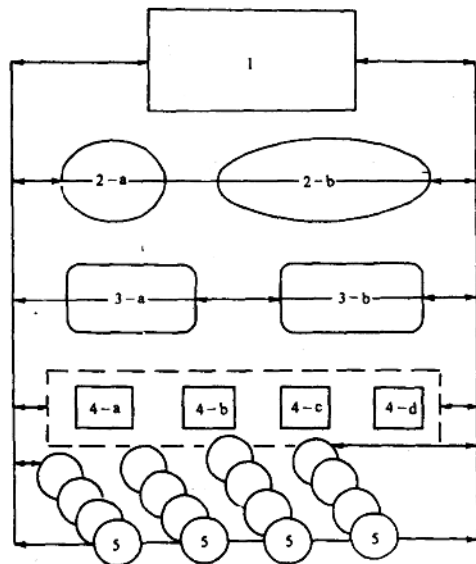


图 1 云南省生育健康规划

1. 妇女生育健康和经济发展领导小组 情报交流，规划设计，政策讨论，进展评价，研究协调

顾问：副省长保永康，陈丽英