

湖北贫困片区儿童多维度贫困状况研究

背景

儿童的贫困经验与成人是不同的，贫困对儿童的身心成长都会产生不良的影响。‘可持续发展目标’作为一个新的国际议程，倡导消除儿童贫困，并对每个国家在2030年之前消除儿童提出了清晰的目标。在中国，有4300万的儿童（16周岁以下）生活在贫困线以下¹。然而这一测算却低估了正在遭受多维度贫困的儿童数量。我国到目前为止并没有权威的针对贫困儿童的统计数据。我国在这方面数据缺乏，会严重影响对儿童贫困问题的了解与认识。因此，在儿童数量居世界首位和社会结构快速变迁的中国，提升对贫困地区儿童问题的特殊关注，弥补现有知识和数据方面的空白显得尤为重要。

2011年，中国政府颁布实施了《中国儿童发展纲要（2011-2020）》，纲要明确指明，“坚持儿童优先原则，保障儿童生存、发展、受保护和参与的权利，缩小儿童发展的城乡差距，提升儿童福利水平，提高儿童整体素质，促进儿童健康、全面发展。”

湖北省是我国贫困人口相对集中的大省，贫困人口主要集中于湖北周边的四大连片地区，涵盖的贫困县数目较多，贫困人口数目较大，贫困发生率较高，是湖北省在实施减贫与扶贫战略的主战场之一。秦巴山、大别山、武陵山和幕阜山四个片区涵盖了贫困人口499万人（下图列出了湖北省四个片区的分布情况），绝对贫困人口占全省贫困人口的60.9%²，均分布于环境恶劣和经济基础薄弱的偏远地区，同时在资源分布和公共投入上存在严重的不足，四个片区综合的贫困特点相对于全国的贫困总体特点而言具有一定的代表性。

¹ 世界银行(2009)“从贫困地区到贫困人群：中国扶贫议程的演进 - 中国贫困和不平等问题评估”，东亚及太平洋地区扶贫与经济管理局

² 湖北省扶贫开发办公室资料（2013）

基于以上研究背景与四大贫困片区各自的特点和现状，本次研究课题将以这四个连片特困地区儿童为主体，采用多维度贫困的视角，重点分析四个片区儿童贫困的现状和特点，从社区、家庭以及个人层面上深入探索分析儿童贫困发生的原因和影响因素，以期为全国其他特困地区儿童减贫提供科学有效的示范和借鉴理论依据。

目的

1. 了解湖北连片特困地区儿童多维度贫困现状及程度；
2. 分析湖北连片特困地区儿童贫困的特点、差异及其影响因素；
3. 为政府制定减贫扶贫政策和实施贫困综合干预措施提供决策依据和建议。

方法

本研究沿用联合国《儿童权利公约》对儿童的界定，“儿童是指年龄未满18周岁的任何人”，并选取湖北省周边四个连片特困区（大别山、秦巴山、武陵山及幕阜山）的农村家庭及18岁以下的儿童作为研究对象。

本研究坚持儿童贫困的多维度视角，沿用联合国儿童基金会2005提出的儿童贫困定义，即“生活在贫困状况下的儿童是指经历过生存、发展和成长所必须的物质、精神和情感资源的剥夺，不能享受他们的权利，不能发挥他们的潜能或不能作为完整和平等的成员参与到社会中”。

儿童权利公约、社会发展世界峰会（World Summit on Social Development(1995)）和千年发展目标（the Millennium Development Goals (2000)）建立了评价儿童基本生存发展状态的一系列核心维度指标。本研究根据以上组织建立的儿童生存发展指标，并参照MODA(Multiple Overlapping Deprivation Analysis)关于多维贫困研究指标选取与剥夺判定原则，选取了对儿童生存发展影响较大的八个维度，包括营养、健康、教育、信息、安全饮用水、

湖北省四大片区分布图

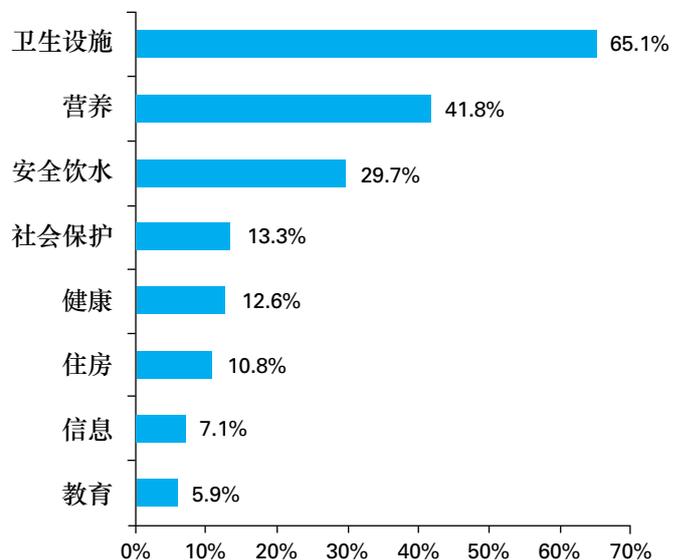


上面湖北地图中蓝色、绿色和红色区域为国家级扶贫攻坚战场，或贫困连片区，分别为大别山片区、武陵山片区、秦巴山片区。黄色部分是省级贫困片区，即幕阜山区。

住所、卫生、社会保护等8个维度。从多维的角度而不仅仅是从收入贫困来思考儿童贫困有利于进一步加深对儿童贫困现状的了解。

结果

1. 各单一贫困维度现状分析



贫困维度选择及指标剥夺评判标准

维度	年龄	剥夺评价标准	定义为剥夺
营养	0-17岁	1. 发育迟滞 2. 低体重 3. 贫血	满足 (1) (2) (3) 中任两条
健康	0-17岁	1. 2岁以内儿童未接种过任何疾病疫苗; 2. 0-17岁儿童近两周患急性呼吸道感染或腹泻及相关疾病未接受任何治疗	满足 (1) (2) 中任一条
教育	3-17岁	1. 3-6岁儿童未接受正规学前教育; 2. 7-17岁学龄从未上过学或目前未入学;	满足 (1) (2) 中任一条
信息	3-17岁	1. 没有收音机、电视机、报纸、电脑和网络	满足 (1) 所有部分
安全饮用水	0-17岁	1. 孩子只能使用开放浅井水、湖河塘溪等地表水或水窖水; 2. 取水往返时间大于30分钟	满足 (1) (2) 中任一条
卫生设施	0-17岁	1. 无厕所或使用农村坑式厕所及粪桶; 2. 家中无任何梳洗场所或设施	满足 (1) (2) 中任一条
住所	0-17岁	1. 儿童住于有4人或4人以上一间房的环境里; 2. 屋子室内为沙土地面或茅草屋顶	满足 (1) (2) 中任一条
社会保护	0-17岁	1. 0-5岁儿童无出生证或未进行登记户籍; 2. 0-17岁儿童无任何保险	满足 (1) (2) 中任一条

从儿童贫困的各各单一维度来看，最突出的问题表现为卫生设施贫困情况严重，儿童营养状况低下，可获得安全饮用水儿童的比例偏低。首先，在卫生设施层面，57.6%的家庭为无水冲的农村坑式厕所，1.3%的家庭无厕所，有3.7%的家庭没有专门的洗漱场所，卫生贫困总体发生率为65.1%。这反映出湖北四个片区基础设施供给不足，政府应当加大公共基础设施建设，在四个片区或儿童就读的学校兴建可以冲水的公共厕所，改善儿童卫生条件。其次，在营养层面，营养贫困总体发生率为41.8%。被调查的4481名儿童中，轻、中度贫血患病率高达33.3%，发育迟滞患病率为8.5%，低体重患病率也为8.5%。未来扶贫工作中政府要实施有效的营养干预项目逐步改善儿童的营养不良状况。再次，在饮用水层面，有29.7%的儿童家庭安全饮用水问题未能得到解决，其中23.9%的儿童家户使用开放井水，3.1%的儿童家户使用水窖水，2.2%仅可使用河流等地表水。解决贫困片区饮水贫困问题刻不容缓。在未来的扶贫减贫工作中，应当增加基础设施

投入，在贫困社区修建公共供水管，提高饮用水的质量，减少儿童获得饮用水的时间，保证孩子们都能及时获得维持生存最重要的干净用水。

其它几个维度的贫困剥夺率虽然较低但也不容乐观。其中，3-5岁学龄前儿童的教育问题令人担忧，学前教育入学率仅为69.8%。未来扶贫中要重视儿童的早期教育问题。在社会保护方面，13.3%的儿童没有出生证或没有进行户籍登记或者没有任何保险；12.6%的儿童正在经历健康贫困，即近两周患有急性呼吸道感染或腹泻等相关疾病却不能接受任何治疗，或者2岁以内没有接种过任何防御疾病的疫苗；住房贫困率为10.8%，住房贫困的儿童不得与另外3个或3个以上的人挤在一间房子里，或者生活的房子里只能用沙土作为地面或用茅草作为屋顶；7.1%的儿童没有收音机，电视机，报纸，电脑和网络等可以获取信息的媒介；教育贫困的发生率为5.9%。

2. 不同K值下多维贫困指数评估

本研究考察了多维度贫困指数M0在阈值K不同取值下的变化趋势。当考虑1个维度贫困 ($k=1$) 时, 86.9%的儿童存在8个维度中任意一个维度的贫困, 贫困剥夺强度 (A) 为0.269, 多维度贫困指数 (M0) 为 0.234。随着K取值增大, 多维贫困发生率H和贫困指数M0逐渐下降, 而平均剥夺强度A逐渐增大, 当K取值大于5时, 同时存在5个以上维度剥夺儿童数量为35人, 仅占0.8%。

根据多维度贫困指数M0的数学特性, 可将其按照地域或人口学特征进行分解考察。首先, 根据地区对多维贫困指数进行分解, 四个贫困山区中幕阜山的贫困率最高, 其次为武陵山, 大别山和秦巴山。其次, 根据年龄段对多维贫困指数进行分解, 0-2岁和3-5岁儿童的贫困率高且贫困的程度最深。第三, 根据儿童性别对多维贫困指数进行分解, 男女儿童的贫困变化趋势基本一致, 没有显著差异。第四, 根据留守状态对多维贫困指数进行分解, 留守儿童的贫困率高于非留守儿童。最后, 根据民族对多维贫困指数进行分解, 苗族的贫困状况最严重, 但由于汉族人口数多, 汉族对总体贫困率的贡献率最高。

另外, 根据多维度贫困指数M0的数学特性, 还可将其分解为每个维度对于总体贫困程度的贡献, 各维度的贡献率大小排序依次为卫生设施、营养、饮用水、保护、健康、住房、信息和教育。随着K值的增大, 多维贫困发生率下降, 住房、教育、信息贡献率在增加, 营养、饮用水、卫生设施贡献率在减少。

3. 儿童贫困影响因素

本研究从个人、家庭和社区三个层面对单维度和多维度儿童贫困的影响因素做了简要的分析。个人层面, 儿童年龄对各个维度贫困发生率和多维度贫困发生率均存在较大影响, 特别是年龄较小的0-5岁儿童更容易经历贫困。留守儿童在饮水, 卫生等维度的剥夺风险明显升高, 苗族儿童也更容易生活在贫困中; 家庭层面, 住户类型、户主文化程度、家庭规模、儿童数量以及家庭人均年收入等对各单一维度和多维度贫困发生率上均存在不同程度的影响; 社区层面, 四个贫困片区在各个贫困维度上的贫困发生率均存在明显的差异, 幕阜山的儿童经历贫困的风险更大。

扶贫政策建议

1. 明确儿童贫困特点, 国家和地区政府应将解决儿童贫困问题纳入总体减贫战略;
2. 国家及地方政府应当提倡建立适度普惠的儿童福利制度和综合型的贫困儿童保障机制;
3. 坚持多维度考察贫困儿童的剥夺现状与机制, 建立科学的信息监测体系;
4. 制定帮扶制度和激励机制, 组织、协调和利用社会、非政府组织及其国际组织的力量, 建立社会多维帮扶的综合模式;
5. 重视落后地区和少数民族聚居地贫困儿童的健康与发展状况, 注重政策优惠与倾斜。



关于联合国儿童基金会 (联合国儿童基金会): 我们通过国别合作方案和国家委员会, 已经在全球190个国家开展工作。我们的援助工作覆盖了全球各个角落, 工作成果得到实践认可, 并与众多当地合作伙伴密切合作。欲了解更多有关联合国儿童基金会的信息请访问我们的全球官方网站: www.unicef.org 及中国官方网站: www.联合国儿童基金会.cn

官方微博: 新浪微博 <http://weibo.com/unicefchina> 腾讯微博 <http://t.qq.com/unicef> 微信公众账号: [unicefchina](https://www.unicefchina.org)

若需了解更多信息, 请联系: Shantha Bloemen (白杉), 电话: +8610 85312610, 邮箱 sbloemen@unicef.org 或刘莉 (Liu Li), 电话: +8610 85312612, 邮箱 liliu@unicef.org