



ປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງແມ່

ປັດໄຈຫຼາກຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດ
ຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ

ປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງແມ່

ປັດໄຈຫຼັກກຳລັງທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດ
ຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ

ກະກຽມໂດຍ:

ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ
ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ
ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ



ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

2014

ຈັດພິມໂດຍ:

ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ
ຕຶກໃໝ່, ຊັ້ນ 5
ຖະໜົນສຸພານຸວົງ
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ 01001, ສປປ ລາວ
<http://www.neri.gov.la>

ຈັດພິມຄັ້ງທຳອິດໃນປີ 2014

ສະໜັບສະໜູນໂດຍ:

ອົງການ ສະຫະປະຊາຊາດ ກອງທຶນສຳລັບປະຊາກອນ, ປະຈຳລາວ
ບານໂພນສະຫວັນໃຕ້
ເມືອງສີສັດຕະນາກ
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ 01001, ສປປ ລາວ

ລິຂະສິດຮູບຖ່າຍ:

ຮູບໜ້າປົກ - ອົງການ ສະຫະປະຊາຊາດ ກອງທຶນສຳລັບປະຊາກອນ, ປະຈຳລາວ

ອອກແບບໂດຍ: ເດືອນສະຫວັນ ພອນມິໄຊ

ສະຫງວນລິຂະສິດໂດຍ ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ, 2014

ສະຫງວນລິຂະສິດ, ຫ້າມນຳສວມໂດຍອາເອກະສານສະບັບນີ້ໄປຜະລິດຄືນໃໝ່, ເກັບກຳ ຫຼື ສົ່ງຕໍ່ ບໍ່ວ່າຈະຢູ່ໃນຮູບແບບໃດໆກໍຕາມ ເຊັ່ນ: ເອກະສານອີເລັກໂຕຣນິກ, ເຄື່ອງມື, ສຳເນົາ, ບັນທຶກພາບ-ສຽງ ແລະ ອື່ນໆ ກ່ອນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ



ທີມງານຄົ້ນຄວ້າ

ຄະນະຊີ້ນຳ

- (1) ທ່ານ. ສີວຽງໄຊ ອໍລະບູນ
- (2) ທ່ານ ດຣ. ວັນພະນົມ ສີຈະເລີນ
- (3) ທ່ານ ດຣ. ອາລິງກອນ ເພັງສະຫວັດ
- (4) ທ່ານ ນ. ໄກລັດສະໄໝ ລັດວິໄລທອງ
- (5) ທ່ານ ຮສ. ດຣ. ກາບມະນີວັນ ພູໄຊ
- (6) ທ່ານ ຈິນທະຄາດ ປະພັດສາລາງ

ຄະນະວິຊາການ

- (1) ທ່ານ ດຣ. ສາຍຄຳ ວໍລະເດດ
- (2) ທ່ານ ນ. ແສງມະນີ ຄຳບຸນເຮືອງ
- (3) ທ່ານ ດຣ. ລັດສະໝີ ສຽງສູນທອນ
- (4) ທ່ານ ນ. ສອນນາລີ ພານຸວົງ
- (5) ທ່ານ ດຣ. ບຸນເສີດ ແກ້ວປະເສີດ
- (6) ທ່ານ ດຣ. ນວນສີ ແກ້ວວັນເພັງ
- (7) ທ່ານ ດຣ. ຂັນທອງ ສີຫາລາດ
- (8) ທ່ານ ແຫຼວຄຳ ດວງພະຈັນ
- (9) ທ່ານ ນ. ບຸບຜາວັນ ແກ້ວມິໄຊ
- (10) ທ່ານ ນ. ວິໄລທ່ຽງ ສີສຸວົງ
- (11) ທ່ານ ຄຳຜິ້ນ ພິລາກອນ
- (12) ທ່ານ ດຣ. ພູທອງ ພິມມະວົງສາ
- (13) ທ່ານ ດຣ. ດວງພະຈັນ ໄຊຊົມພູ
- (14) ທ່ານ ໄຊຍະສັກ ແສງອາລຸນ
- (15) ທ່ານ ນ. ອຸລາພອນ ເຜືອງສະຫວັນ
- (16) ທ່ານ ນ. ຂັນທິດາ ວົງສາຄຳຜຸ່ຍ

ກອງເລຂາຊ່ວຍວຽກ

- (1) ທ່ານ ນ. ຈິນນາລີ ຈິນພະທອງ
- (2) ທ່ານ ຈິນທະສອນ ເພັດວິໄຊ
- (3) ທ່ານ ວົງພະຈັນ ໄຊຍະລາດ

ກວດແກ້ໂດຍ:

- (1) ທ່ານ ດຣ. ວາມບາຣາ ວິລາລາ
 - (2) ທ່ານ ຮອບ ໂຄເລີ
-

ສາລະບານ

ຕົວຫຍໍ້	i
ຄຳນຳ	ii
ຄຳຂອບໃຈ	iii
ບົດຄັດຫຍໍ້	v
1. ພາກສະເໜີ	1
1.1. ພາບລວມ ແລະ ຄວາມເປັນມາຂອງໂຄງການ	1
1.2. ຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ	3
1.3. ວິທີວິທະຍາຂອງການຄົ້ນຄວ້າ	4
2. ການຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ: ທ່າອ່ຽງ, ສະຖາບັນ, ນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານ	6
2.1. ທ່າອ່ຽງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ນ ສປປ ລາວ	6
2.2. ອົງການ ແລະ ເຄືອຂ່າຍປະສານງານ	8
2.3. ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ	11
2.4. ລະດັບ ແລະ ຂີດຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄະລາກອນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ	12
2.5. ການເງິນສຳລັບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ	14
2.6. ປະກັນສັງຄົມ ແລະ ສັງຄົມສົງເຄາະ	18
2.7. ສຸຂະສິກສາ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ	21
2.8. ລະບົບຕິດຕາມປະເມີນຜົນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ	21
3. ກໍລະນີສຶກສາກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບການເສຍ ຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ	23
3.1. ສະພາບຈຸດພິເສດຂອງເຂດກໍລະນີສຶກສາ	23
3.1.1. ໂຄງສ້າງປະຊາກອນ	25
3.1.2. ກິດຈະກຳທາງດ້ານເສດຖະກິດ, ແຫລ່ງລາຍຮັບ ແລະ ການກະຈາຍລາຍຮັບ	26
3.1.3. ການເຂົ້າເຖິງນໍ້າ ແລະ ສຸຂະອະນາໄມ	28
3.1.4. ການເຂົ້າເຖິງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ	29
3.1.5. ສະພາບລວມກ່ຽວກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ	31
3.2. ປັດໄຈຫລັກຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ	31
3.2.1. ວິທີວິທະຍາໃນການສຳຫລວດ ແລະ ວິໄຈ	32
3.2.2. ປັດໄຈຫລັກຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ	33
3.2.3 ປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່	37
4. ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ	41
ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ	45
ເອກກະສານອ້າງອີງ	50

ສາລະບານຕາຕະລາງ

ຕາຕະລາງ 1: ຈຸດປະສົງ ແລະ ວິທີວິທະຍາຂອງການຄົ້ນຄວ້າ	4
ຕາຕະລາງ 2: ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກໃນ ສປປ ລາວ (2000-2012)	12
ຕາຕະລາງ 3: ລະດັບ ແລະ ຂີດຄວາມສາມາດດ້ານບຸກຄະລາກອນຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກໃນ ສປປ ລາວ (2000-2012)	13
ຕາຕະລາງ 4: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ.	15
ຕາຕະລາງ 5: ການປະກອນສ່ວນລາຍເດືອນເຂົ້າກອງທຶນປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ	19
ຕາຕະລາງ 6: ໂຄງສ້າງ ແລະ ລະດັບການສຶກສາຂອງປະຊາກອນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ	25
ຕາຕະລາງ 7: ການເຂົ້າເຖິງແຫ່ງນໍ້າ ແລະ ສຸຂະອະນາໄມໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ	29
ຕາຕະລາງ 8: ການເຂົ້າເຖິງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ	30
ຕາຕະລາງ 9: ປັດໄຈຫຼັກຕ່າງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ	33
ຕາຕະລາງ 10: ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຂອງແບບຈໍາລອງ ເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ	35
ຕາຕະລາງ 11: ປັດໄຈຫຼັກທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່	37
ຕາຕະລາງ 12: ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ, ຄວາມໝາຍ, ການວັດແທກ ແລະ ທ່າອ່ຽງຜົນກະທົບຂອງແບບຈໍາລອງການໃຫ້ກໍານົດຢ່າງປອດໄພ	38

ສາລະບານຮູບສະແດງ

ຮູບສະແດງ 1: ທ່າອ່ຽງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ, 1995-2011	7
ຮູບສະແດງ 2: ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ແບ່ງຕາມກຸ່ມອາຍຸ	7
ຮູບສະແດງ 3: ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນປະເທດໃນອານຸພາກພື້ນແມ່ນໍ້າຂອງຕອນລຸ່ມໃນປີ 2010	8
ຮູບສະແດງ 4: ໂຄງປະກອບດ້ານສະຖາບັນເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ	10
ຮູບສະແດງ 5: ການຈັດສັນງົບປະມານຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກໃນປີ 2011	16
ຮູບສະແດງ 6: ແຫລ່ງງົບປະມານຂອງສາທາລະນະສຸກສຶກສາປີ 2010-2012	16
ຮູບສະແດງ 7: ສົມທຽບລາຍຈ່າຍເພື່ອສຸຂະພາບຕໍ່ຫົວຄົນຂອງ ສປປ ລາວ ກັບບາງປະເທດໃກ້ຄຽງໃນປີ 2011	17
ຮູບສະແດງ 8: ທີ່ຕັ້ງທາງພູມສາດຂອງເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ	24
ຮູບສະແດງ 9: ໂຄງສ້າງລາຍຮັບຂອງປະຊາຊົນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ	27
ຮູບສະແດງ 10: ໂຄງສ້າງການຈ້າງງານໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ	28
ຮູບສະແດງ 11: ຄວາມຮູ້ສຶກກ່ຽວກັບຖານະທາງເສດຖະກິດຂອງຜູ້ໃຫ້ການສໍາພາດ	28

ຕົວຫຍໍ້

ADB:	ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ
CBHI:	ການປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ
EmONC:	ການເບິ່ງແຍງໃນກໍລະນີການເກີດລູກແບບສຸກເສີນ
GDP:	ລວມຍອດຜະລິດຕະພັນມວນລວມພາຍໃນ
GMS:	ອະນຸພາກພື້ນລຸ່ມແມ່ນ້ຳຂອງ
GoL:	ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ
HEF:	ກອງທຶນສຸຂະພາບທີ່ເທົ່າທຽມ
HIV/AIDS:	ພະຍາດພູມຄຸ້ມກັນ / ເຊື້ອພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ
IMR:	ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກ
LAK:	ເງິນກີບລາວ
Lao PDR:	ສປປ ລາວ
LDC:	ປະເທດດ້ອຍພັດທະນາ
LRHS:	ການສຳຫລວດສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລາວ
LSIS:	ດັດສະນີໝາຍສັງຄົມລາວ
LYU:	ອົງການຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວ
LWU:	ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ
MDG:	ເປົ້າໝາຍສະຫະສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ
MICS:	ການສຳຫລວດກຸ່ມດັດຊະນີໝາຍ
MLSW:	ກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດີການສັງຄົມ
MMR:	ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່
MoH:	ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
MPI:	ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ
NERI:	ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ
NUoL:	ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ
ODA:	ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການ ເພື່ອການພັດທະນາ
PM:	ນາຍົກລັດຖະມົນຕີ
U5MR:	ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ
UN:	ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ
UNDP:	ອົງການສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອການພັດທະນາ
UNICEF:	ອົງການສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອເດັກ
UNFPA:	ກອງທຶນສະຫະປະຊາຊາດສຳລັບປະຊາກອນ
USD:	ເງິນໂດລາສະຫະລັດ
WB:	ທະນາຄານໂລກ
WC:	ຫ້ອງນ້ຳ
WHO:	ອົງການອະນາໄມໂລກ

ຄໍານໍາ

ການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແມ່ນເປົ້າໝາຍຂອງການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດ ແລະ ເປັນພັນທະສາກົນຂອງ ສປປ ລາວ. ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫລາຍນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕາການເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍດັ່ງກ່າວ; ໃນນັ້ນ, ລວມມີການຂະຫຍາຍອັດຕາການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ, ປັບປຸງລະບົບການເງິນສາທາລະນະສຸກ, ປັບປຸງລະບົບຕິດຕາມປະເມີນຜົນ ແລະ ປະຕິຮູບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ. ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດມາດຕາການດັ່ງກ່າວໄດ້ເຮັດໃຫ້ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຫລຸດລົງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງແຕ່ປີ 1995 ເປັນຕົ້ນມາ.

ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສປປ ລາວ ຍັງເປັນປະເທດທີ່ມີອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສູງທີ່ສຸດໃນຊືງເຂດ. ເພາະສະນັ້ນ, ການສືບຕໍ່ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕາການຕ່າງໆເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ຍັງແມ່ນຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຈໍາເປັນສູງ.

ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນປະຊາກອນ (UNFPA) ເປັນຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາທີ່ສໍາຄັນ ທີ່ໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອທາງດ້ານວິຊາການ ແລະ ການເງິນແກ່ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ມາເປັນເວລາຫລາຍປີແລ້ວ. ການຊ່ວຍເຫລືອດັ່ງກ່າວລວມເອົາການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນການຄົ້ນຄວ້າ; ເຊິ່ງໃນນັ້ນລວມການຄົ້ນຄວ້າຫົວຂໍ້ນີ້ ໄດ້ເລັ່ງໃສ່ຊອກຫາປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ. ຂ້າພະເຈົ້າຫວັງຢ່າງຍິ່ງວ່າຜົນການສຶກສາ ແລະ ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍຈາກການສຶກສາຄັ້ງນີ້ຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ ແລະ ນໍາໃຊ້ເຂົ້າໃນການປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງແມ່ ກໍຄືໃນການສືບຕໍ່ຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍສະແດງຄວາມຊົມເຊີຍມາຍັງ ທີມງານຄົ້ນຄວ້າທີ່ຢູ່ເບື້ອງຫລັງຂອງການສຶກສານີ້ເຊິ່ງປະກອບດ້ວຍນັກຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍນັກຄົ້ນຄວ້າຂອງສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ, ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ ແລະ ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ນຍິງລາວ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ຄວາມພະຍາຍາມເຮັດໃຫ້ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ປະສົບຜົນສໍາເລັດ.

ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ກັນຍາ 2014



ດຣ. ລີເບີ ລີບົວປາວ

ຫົວໜ້າສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ

ຄໍາຂອບໃຈ

ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ແລະ ບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາໄດ້ກຳນົດເອົາການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ເປັນເປົ້າໝາຍບຸລິມະສິດຂອງການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດ ແລະ ເປັນເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາທີ່ຈະຕ້ອງບັນລຸໃນປີ 2015 ແລະ ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫລາຍນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການໃນຂົງເຂດສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍດັ່ງກ່າວ; ເຊິ່ງໄດ້ເຮັດໃຫ້ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຄ່ອຍໆຫລຸດລົງ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ດັ່ງກ່າວ ຍັງຫ່າງໄກຈາກຄາດໝາຍທີ່ຕ້ອງການຈະບັນລຸພາຍ ໃນປີ 2015. ເພາະສະນັ້ນ, ການເພີ່ມທະວີການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການຕ່າງໆ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈຶ່ງມີຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການອັນຮີບດ່ວນ.

ການສຶກສານີ້ໄດ້ສະເໜີພາບລວມກ່ຽວກັບໂຄງສ້າງ ແລະ ພາລະບົດບາດໜ້າທີ່ຂອງບັນດາສະຖາບັນ ຫລື ອົງການຕ່າງໆ, ບັນດານະໂຍບາຍ, ມາດຕະການ, ແຜນງານ ແລະ ໂຄງການຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການແກ້ໄຂບັນຫາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ແລະ ໄດ້ສະໜອງຂໍ້ມູນສະຖິຕິກ່ຽວກັບທ່າອ່ຽງການປ່ຽນແປງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຫລາຍປີຜ່ານມາ. ບົດຄົ້ນຄວ້ານີ້ຍັງໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນ ແລະ ວິເຄາະ-ວິໄຈ ລົງເລິກກ່ຽວກັບບັນດາປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ (ມີແຂວງຜົ້ງສາລີ, ຫລວງນໍ້າທາ, ວຽງຈັນ, ສະຫວັນນະເຂດ, ຈຳປາສັກ ແລະ ອັດຕະປື) ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບການເພີ່ມທະວີການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການຕ່າງໆ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ.

ພວກເຮົາຫວັງຢ່າງຍິ່ງວ່າບົດຄົ້ນຄວ້ານີ້ຈະສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພື້ນຖານທີ່ສາມາດນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນການສ້າງນະໂຍບາຍ, ກໍ່ຄືການກຳນົດມາດຕະການຕ່າງໆສຳລັບການແກ້ໄຂບັນຫາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແລະ ເປັນບ່ອນອີງໃຫ້ແກ່ການສຶກສາຕໍ່ໄປ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ພວກເຮົາກໍ່ບໍ່ປາສະຈາກໄດ້ຄວາມຜິດພາດ, ຂໍ້ຂາດຕົກບົກຜ່ອງ, ຄວາມບໍ່ລະອຽດຂອງຂໍ້ມູນ ແລະ ຂໍ້ຂັດແຍ້ງຕ່າງໆ ກໍ່ອາດຈະບໍ່ສາມາດຫລີກລ້ຽງໄດ້ໝົດໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້. ສະນັ້ນ, ພວກເຮົາຍິນດີຮັບເອົາທຸກຄຳຄິດເຫັນ ແລະ ຂໍ້ຕຳນິຕິຊົມຈາກທ່ານຜູ້ອ່ານ.

ພວກເຮົາຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈມາຍັງທີມງານຄົ້ນຄວ້າຈາກສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ, ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ, ມະຫາວິທະຍາໄລວິທະຍາສາດສຸຂະພາບ, ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ສູນກາງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວ ແລະ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. ພ້ອມດຽວກັນນັ້ນ, ພວກເຮົາຂໍສົ່ງຄວາມຂອບໃຈໄປຍັງພະແນກແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນແຂວງ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາທີ່ໄດ້ໃຫ້ການຮ່ວມມື ແລະ ປະສານງານໃນການລົງເກັບກຳຂໍ້ມູນຂອງທີມງານ.

ພວກເຮົາຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈ ແລະ ຮູ້ບຸນຄຸນມາຍັງ UNFPA ທີ່ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານວິຊາການ ແລະ ທຶນຮອນ ເຊິ່ງເຮັດໃຫ້ການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ເກີດຂຶ້ນໄດ້. ພິເສດ, ຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈມາຍັງ ທ່ານ ນາງ. ປາຟູລີ ລິຊູຟິງ ແລະ ທ່ານ ນ. ສິລິພອນ ສະກຸນຄູ ສຳລັບການເອົາໃຈໃສ່ທີ່ດີ ແລະ ສະໜັບສະໜູນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ແລະ ທີ່ປຶກສາຂອງອົງການ UNFPA ທີ່ໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ສະເໜີແນະທີ່ມີຄຸນຄ່າ ໂດຍສະເພາະແມ່ນ ທ່ານ ດຣ. Wame Baravilala, ທ່ານ ດຣ. Vinit Sharma ແລະ ທ່ານ Jacqueline Mahon. ພວກເຮົາຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈມາຍັງ ທ່ານ ສາດສະດາ

ຈານ ດຣ. Louise Label, ຫົວໜ້າໜ່ວຍງານຄົ້ນຄວ້າສັງຄົມ ແລະ ສິ່ງແວດລ້ອມ, ມະຫາວິທະຍາໄລຊຽງໃໝ່, ປະເທດໄທ ທີ່ໄດ້ໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບວິທີວິທະຍາໃນການສຶກສາ.

ບົດຄັດຫຍໍ້

ການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແມ່ນເປົ້າໝາຍການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເປັນພັນທະສາກົນຂອງ ສປປ ລາວ. ດັ່ງນັ້ນ, ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ແລະ ບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາໄດ້ພະຍາຍາມຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫລາຍນະໂຍບາຍ, ໂຄງການ, ແຜນງານ ແລະ ມາດຕະການ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ເຊິ່ງໃນນັ້ນ, ລວມມີຂະຫຍາຍການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກໃຫ້ກວ້າງຂວາງ ແລະ ທົ່ວເຖິງ, ປັບປຸງລະບົບສາທາລະນະສຸກໃຫ້ມີປະສິດທະພາບ ແລະ ປະສິດທິຜົນສູງຂຶ້ນ, ປັບປຸງລະບົບຕິດຕາມປະເມີນຜົນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກໃຫ້ດີຂຶ້ນ, ເພີ່ມທະວີການໃຫ້ການບໍລິການສຸຂະສິກສາແກ່ປະຊາຊົນ ແລະ ອື່ນໆ.

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດບັນດານະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການຕ່າງໆດັ່ງກ່າວ ໄດ້ປະກອບສ່ວນເຮັດໃຫ້ລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງ ສປປ ລາວ ໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນເລື້ອຍໆ. ຈໍານວນສຸກສາລາເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 533 ແຫ່ງ ໃນປີ 2000 ເປັນ 746 ແຫ່ງ ໃນປີ 2005 ແລະ ເພີ່ມເປັນ 894 ໃນປີ 2012. ອັດຕາສ່ວນຂອງບຸກຄະລາກອນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຕໍ່ປະຊາກອນ ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 2,1 ຄົນ ຕໍ່ປະຊາກອນ 1.000 ຄົນ ໃນປີ 2000 ເປັນ 2,2 ຄົນ ຕໍ່ປະຊາກອນ 1.000 ຄົນ ໃນປີ 2012. ພ້ອມດຽວກັນນັ້ນ, ການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານຂອງລັດໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຕໍ່ຫົວຄົນກໍ່ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 6,9 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຄົນຕໍ່ປີ ໃນປີ 2006 ມາເປັນ 8,9 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຄົນຕໍ່ປີ ໃນປີ 2008 ແລະ ເພີ່ມເປັນ 18,2 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຄົນຕໍ່ປີ ໃນປີ 2011. ໃນປີ 2012, ອັດຕາການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກກວມເຖິງ 98%¹; ໝາຍຄວາມວ່າ 98% ຂອງປະຊາກອນໃນ ສປປ ລາວ ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ໄກ້ສຸດໄດ້ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຍັງຕໍ່າເມື່ອປຽບທຽບກັບບັນດາປະເທດອ້ອມຂ້າງ ເຊັ່ນ: ຫວຽດນາມ, ໄທ, ຈີນ ແລະ ກຳປູເຈຍ ແລະ ເມື່ອທຽບກັບມາດຕະຖານຂອງອົງການອະນາໄມໂລກ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກໃນຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ (ສຸກສາລາ). ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທ້ອງຖິ່ນຫລາຍແຫ່ງຍັງຂາດພື້ນຖານໂຄງລ່າງທີ່ເໝາະສົມ, ຂາດສຸຂະລັກສະນະ, ຂາດອຸປະກອນການແພດ ແລະ ຢາທີ່ມີຄຸນນະພາບ, ຂາດບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມຊຽວຊານ ແລະ ຄວາມກະຕືລືລົ້ນໃນວຽກງານ; ແລະ ສິ່ງສໍາຄັນທີ່ສຸດ ແມ່ນໂຮງໝໍທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ສຸກສາລາຫລາຍແຫ່ງຍັງຂາດແພດປະສູດ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານແມ່ ແລະ ເດັກ ເຊິ່ງເປັນປັດໄຈໜຶ່ງທີ່ສໍາຄັນເຮັດໃຫ້ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຍັງສູງໃນ ສປປ ລາວ.

ການຈັດຕັ້ງນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການຕ່າງໆດັ່ງກ່າວ ໄດ້ປະກອບສ່ວນເຮັດໃຫ້ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ໄດ້ຫລຸດລົງເທື່ອລະກ້າວຈາກ: 650 ຄົນຕໍ່ການເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ ໃນປີ 1995 ມາເປັນ 357 ຄົນຕໍ່ການເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ ໃນປີ 2011. ໂດຍສະເລ່ຍແລ້ວ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ຫລຸດລົງ 24,5 ຄົນ ຕໍ່ປີຕໍ່ການເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ ໃນໄລຍະປີ 1995 ຫາ 2005 ແລະ ປະມານ 9,4 ຄົນຕໍ່ປີຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ ໃນລະຫວ່າງປີ 2005-2011. ສະຖິຕິດັ່ງກ່າວໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ສປປ ລາວ ເປັນປະເທດທີ່ມີອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສູງກວ່າໝູ່ຢູ່ໃນຂົງເຂດອານຸພາກພື້ນແມ່ນໍ້າຂອງຕອນລຸ່ມ (GMS) ແລະ ຍັງຫ່າງໄກຈາກເປົ້າໝາຍການພັດທະນາສະຫັດສະຫວັດທີ່ ສປປ ລາວ ຈະຕ້ອງບັນລຸໃນປີ 2015 (260 ຄົນ ຕໍ່ເດັກເກີດ

1 ອັດຕາການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນອັດຕາສ່ວນປະຊາກອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ໄກ້ສຸດໄດ້ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ.

ມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ). ດັ່ງນັ້ນ, ການເພີ່ມທະວີນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການຕ່າງໆເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈຶ່ງມີຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການອັນຮີບດ່ວນຂອງ ສປປ ລາວ.

ເພື່ອສະເໜີທິດທາງ ແລະ ນະໂຍບາຍພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດັ່ງກ່າວ, ການສຶກສານີ້ເລັ່ງໃສ່ວິເຄາະ-ວິໄຈລົງເລິກກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ. ການສຶກສານີ້ກວມທັງໝົດ 6 ແຂວງ ທີ່ນອນໃນ 3 ພາກຂອງປະເທດ ຄື: ພາກເໜືອມີແຂວງຜົ້ງສາລີ ແລະ ຫລວງນ້ຳທາ; ພາກກາງ ມີແຂວງວຽງຈັນ, ແລະ ສະຫວັນນະເຂດ ແລະ ພາກໃຕ້ມີແຂວງຈຳປາສັກ ແລະ ອັດຕະປື; 12 ເມືອງ (ແຂວງໜຶ່ງ 2 ເມືອງ) ແລະ 24 ບ້ານ (ເມືອງໜຶ່ງ 2 ບ້ານ). ເພື່ອຊື້ໃຫ້ເຫັນບັນດາປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່, ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ໄດ້ນຳໃຊ້ການວິໄຈແບບພັນລະນາ ແລະ ການວິເຄາະເສັ້ນທົດຖອຍໂລຈິດສຕິກ (Logistic regression).

ຜົນການສຶກສາ

ການສຶກສານີ້ໄດ້ພົບ 5 ປັດໄຈຕົ້ນຕໍ ທີ່ມີອິດທິພົນຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ; ເພາະສະນັ້ນ, ຈຶ່ງສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໂດຍທາງອ້ອມ. ໃນນັ້ນ, ມີ 3 ປັດໄຈທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບດ້ານບວກ ແລະ 2 ປັດໄຈທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບດ້ານລົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ.

ປັດໄຈທີ່ມີຜົນກະທົບດ້ານບວກມີ:

- (1) **ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່:** ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ທຸກໆ 1 ປີໃດ ໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາຈະເພີ່ມຂຶ້ນປະມານ 0,12% ໂດຍສະເລ່ຍ.
- (2) **ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ:** ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍຮັບຄົວເຮືອນທຸກໆ 1 ລ້ານກີບຕໍ່ປີຈະເພີ່ມໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາຂຶ້ນປະມານ 0,01% ໂດຍສະເລ່ຍ.
- (3) **ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ:** ໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາຈະເພີ່ມຂຶ້ນປະມານ 0,87% ໂດຍສະເລ່ຍຖ້າຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ.

ປັດໄຈທີ່ມີຜົນກະທົບດ້ານລົບລວມມີ:

- (1) **ໄລຍະເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການເດີນທາງໄປຫາສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ສຸດ:** ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການເດີນທາງໄປຫາສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ສຸດສຳລັບທຸກໆ 1 ນາທີ ຈະຫລຸດໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາລົງປະມານ 0,1% ໂດຍສະເລ່ຍ.
- (2) **ກິດຈະກຳທາງດ້ານເສດຖະກິດ:** ໂອກາດໃນການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາຈະຫລຸດລົງປະມານ 0,9% ໂດຍສະເລ່ຍໃນກໍລະນີທີ່ແມ່ຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກເພື່ອຫາລາຍໄດ້ໃນໄລຍະຖືພາ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ການສຶກສານີ້ຍັງໄດ້ພົບວ່າ ຄຸນນະພາບການບໍລິການຂອງຫລາຍສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ຍັງຂ້ອນຂ້າງຕໍ່າ ເຊິ່ງເປັນອຸປະສັກໜຶ່ງທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ. ຜົນການວິໄຈພົບວ່າ ໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະຫລຸດລົງພຽງແຕ່ 27,47%, ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າ ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະຫລຸດລົງພຽງແຕ່ 1 ໃນ 4 ເທົ່ານັ້ນ ຖ້າແມ່ຍິງທີ່ຢູ່ໃນໄລຍະຖືພາທຸກຄົນໄດ້ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິ ຫລື ສາມາດເວົ້າໃນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ ສໍາລັບແມ່ທຸກໆ 3,6 ຄົນທີ່ເສຍຊີວິດ ແມ່ນ ຈະມີ 1 ຄົນທີ່ລອດຊີວິດ ຖ້າວ່າພວກເຂົາເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ. ຜົນການສຶກສານີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການຫລຸດລົງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະບໍ່ສາມາດບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ ຖ້າວ່າຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການຕາມສະຖານສາທາລະນະສຸກຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງ. ການສຶກສານີ້ຍັງພົບອີກວ່າ ມີສອງປັດໄຈທີ່ສິ່ງຜົນໂດຍກົງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ, ດັ່ງນີ້:

- (1) **ແມ່ມີພະຍາດໃນໄລຍະຖືພາ:** ຕາມຜົນຂອງການສຶກສາ, ໂດຍສະເລ່ຍແລ້ວໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະເພີ່ມຂຶ້ນປະມານ 21,4% ຖ້າວ່າແມ່ມີພະຍາດໃດໜຶ່ງໃນໄລຍະຖືພາ.
- (2) **ການເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບໃນໄລຍະຖືພາ:** ໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະເພີ່ມຂຶ້ນປະມານ 24,3% ໃນກໍລະນີທີ່ແມ່ຕ້ອງເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບ (ເຮັດນາ/ສວນ ຫລື ເປັນກຳມະກອນໃນໂຮງງານ) ໃນໄລຍະຖືພາ.

ຂໍ້ສະເໜີແນະ

ອີງໃສ່ຜົນການຄົ້ນຄວ້າ, ການສຶກສານີ້ມີບາງຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ 5 ຂົງເຂດດັ່ງນີ້:

- (1) ການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂັ້ນຊຸມຊົນ, ການບໍລິການຢູ່ສູນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ. ຄວນມີການເພີ່ມບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມຊຳນານ ແລະ ກະຕິລິລິນ, ເປັນຕົ້ນແມ່ນໜັງປະສູດ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານສໍາລັບແມ່ ແລະ ເດັກ. ພ້ອມກັນນັ້ນ, ຄວນມີການສະໜອງເພີ່ມຕື່ມບັນດາອຸປະກອນ, ຢາທີ່ດີມີຄຸນນະພາບ ແລະ ແຫລ່ງການເງິນ.
- (2) ການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຫລຸດຜ່ອນເວລາໃນການເດີນທາງໄປຫາສະຖານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ມີຄຸນນະພາບທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດດ້ວຍຫລາຍຮູບແບບ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນ ປັບປຸງເສັ້ນທາງທີ່ເຊື່ອມຕໍ່ເຖິງສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ສຸດ, ຍົກລະດັບ ຫລື ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການຢູ່ສູນສຸຂະພາບຊຸມຊົນທີ່ເປັນຈຸດສຸມ, ອຸດໜູນຄ່າເດີນທາງສໍາລັບການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ອື່ນໆ.
- (3) ເພີ່ມການສະໜອງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງອຸປະກອນການຄຸມກຳເນີດ ເພື່ອເພີ່ມການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈດ້ວຍຫລາຍມາດຕະການເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້, ເຊິ່ງລວມມີ: ການສະໜອງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາແກ່ປະຊາຊົນທີ່ຢູ່ໃນໄວຈະເລີນພັນ (ລະຫວ່າງ 15-49 ປີ), ຜະລິດ ແລະ ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວໂດຍຜ່ານຊ່ອງທາງຕ່າງໆ ເຊັ່ນ: ສິ່ງພິມ,

ລາຍການວິທະຍຸ ແລະ ໂທລະພາບ.

- (4) ເພີ່ມສະຫວັດດີການສໍາລັບແມ່ ແລະ ກໍາຈັດສິ່ງກົດຂວາງທາງດ້ານການເງິນ ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ໂດຍການໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆ ທີ່ຫລຸດຜ່ອນການເຮັດວຽກຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການເຮັດວຽກສີ່ກໍາ ແລະ ແຮງງານໃນໂຮງງານ ແລະ ຊຸກຍູ້ໃຫ້ແມ່ໄປຮັບບໍລິການສຸຂະພາບໃນໄລຍະຖືພາດ້ວຍການກວດກາ ແລະ ຂະຫຍາຍມາດຕາການຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ.
- (5) ສົ່ງເສີມການສຶກສາສໍາລັບແມ່ຍິງ ຈະຊ່ວຍປະກອບສ່ວນໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຍາວ; ເຊິ່ງລວມການຍົກລະດັບຄວາມຮັບຮູ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການຍົກສູງບົດບາດຂອງແມ່ຍິງໃນການຕັດສິນບັນຫາຕ່າງໆໃນລະດັບຄົວເຮືອນ, ສະໜອງແລະ ປັບປຸງກາລະໂອກາດການເຂົ້າເຖິງວຽກເຮັດງານທຳທີ່ດີກວ່າ ແລະ ລາຍຮັບທີ່ສູງຂຶ້ນ.

ປັດໄຈຫລັກຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດ ຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ

1. ພາກສະເໜີ

1.1. ພາບລວມ ແລະ ຄວາມເປັນມາຂອງໂຄງການ

ສປປ ລາວ ເປັນປະເທດທີ່ບໍ່ມີທາງອອກສູ່ທະເລ, ຕັ້ງຢູ່ໃຈກາງຂອງເຂດອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້ ແລະ ມີຊາຍແດນຕິດກັບ ສປ ຈີນ, ກຳປູເຈຍ, ຫວຽດນາມ, ໄທ ແລະ ມຽນມາ. ສປປ ລາວ ມີປະຊາກອນທັງໝົດປະມານ 6,3 ລ້ານຄົນ, ແບ່ງອອກເປັນ 49 ເຜົ່າຊົນທີ່ມີພາສາປາກເວົ້າ, ວັດທະນະທຳ ແລະ ພື້ນຖານການດຳລົງຊີວິດຄ້າຍຄືກັນ. ສຳລັບພາບລວມທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ, ສປປ ລາວ ຍັງນອນຢູ່ໃນບັນຊີລາຍຊື່ປະເທດດ້ອຍພັດທະນາທີ່ມີລວມຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ (GDP) ສະເລ່ຍຕໍ່ຫົວຄົນປະມານ 1.534 ໂດລາສະຫະລັດໃນປີ 2013². ປະມານ 23,2% ຂອງປະຊາກອນທັງໝົດຍັງດຳລົງຊີວິດຢູ່ຕໍ່າກວ່າເສັ້ນຄວາມທຸກຍາກແຫ່ງຊາດ³, ໝາຍຄວາມວ່າ ຍັງຂາດແຄນອາຫານ, ທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນ ແລະ ມີເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມບໍ່ພຽງພໍ. ຈາກສະຖານະພາບການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ທີ່ຕໍ່າດັ່ງກ່າວ, ລັດຖະບານແຫ່ງສປປ ລາວ ໄດ້ວາງຄາດໝາຍສູ້ຊົນເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາໃນປີ 2015, ນັ້ນໝາຍເຖິງລັດຖະບານຕ້ອງຫລຸດຜ່ອນອັດຕາຄວາມທຸກຍາກ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ ແລະ ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃຫ້ໄດ້ເຄິ່ງໜຶ່ງພາຍໃນປີ 2015 ແລະ ພ້ອມກັນນັ້ນ, ກໍ່ຕ້ອງເພີ່ມອັດຕາການເຂົ້າຮຽນ ແລະ ຫລຸດອັດຕາການອອກຮຽນຢູ່ໃນຊັ້ນປະຖົມ ແລະ ອື່ນໆ. ລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ ແລະ ຄວາມຄືບໜ້າຂອງການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນ ສປປ ລາວ ໄດ້ຂັດຕິດໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 1.

ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດນັ້ນບໍ່ພຽງແຕ່ແມ່ນເປົ້າໝາຍຫລັກຂອງການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດເທົ່ານັ້ນ, ແຕ່ຍັງແມ່ນພັນທະສາກົນທີ່ ສປປ ລາວ ຕ້ອງໄດ້ບັນລຸໃຫ້ໄດ້ພາຍໃນປີ 2015. ປະທານປະເທດແຫ່ງ ສປປ ລາວ ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າ ແລະ ຜົນສຳເລັດຂອງການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດັ່ງກ່າວຕໍ່ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ. ດັ່ງນັ້ນ, ການສຶກສາ-ວິໄຈຕ່າງໆທີ່ສະໜັບສະໜູນການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍດັ່ງກ່າວແມ່ນມີຄວາມສຳຄັນ ແລະ ຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການສູງສຳລັບ ສປປ ລາວ. ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຕາມຜົນການທົບທວນເອກະສານພິບວ່າຍັງມີຄວາມຈຳກັດທາງດ້ານຂໍ້ມູນ ແລະ ວຽກງານວິໄຈທີ່ສະໜັບສະໜູນໃຫ້ແກ່ການພັດທະນາ

2 ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ, 2013, ບົດລາຍງານເສດຖະກິດມະຫາພາກສຳລັບປີ 2013 ແລະ ທ່າວຽງປີ 2014

3 ເສັ້ນຄວາມທຸກຍາກແຫ່ງຊາດຂອງ ສປປ ລາວ ໄດ້ຮັບການພັດທະນາມາຈາກເສັ້ນຄວາມທຸກຍາກທາງດ້ານສະບຽງອາຫານຂອງອົງການອາຫານໂລກ; ໝາຍຄວາມວ່າ ການບໍລິໂພກອາຫານທີ່ບັນຈຸພະລັງງານຕໍ່າກວ່າ 2.100 ກາລໍຣີຕໍ່ຄົນຕໍ່ມື້; ເຊິ່ງເທົ່າກັບປະມານການບໍລິໂພກເຂົ້າ 16 ກກ ຕໍ່ຄົນຕໍ່ເດືອນ. ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດໄດ້ພັດທະນາເສັ້ນຄວາມທຸກຍາກແຫ່ງຊາດຂອງ ສປປ ລາວ ດ້ວຍການຄິດໄລ່ມູນຄ່າເຂົ້າດັ່ງກ່າວຕາມລາຄາທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ບວກອີກ 20% ຂອງມູນຄ່າດັ່ງກ່າວເພື່ອຄວາມຕ້ອງການດ້ານອື່ນໆ. ອັດຕາສ່ວນຜູ້ທຸກຍາກແມ່ນຄິດໄລ່ໂດຍອີງໃສ່ ເສັ້ນຄວາມທຸກຍາກແຫ່ງຊາດດັ່ງກ່າວ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຈາກການສຳຫລວດການບໍລິໂພກ ແລະ ການຊົມໃຊ້ (LECS), ການສຳຫລວດຫລຳສຸດແມ່ນໃນປີ 2013.

ເສດຖະກິດ-ສັງຄົມເພື່ອໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວພັນສະເພາະ ແລະ ການວິໄຈລົງເລິກບັນດາປັດໄຈຫລັກທີ່ກະທົບຕໍ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ. ຜົນການຄົ້ນຄວ້າທີ່ມີຢູ່ສ່ວນໃຫຍ່ພຽງແຕ່ຊື່ໃຫ້ເຫັນສະພາບລວມຂອງການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດເທົ່ານັ້ນ ແລະ ມີພຽງບາງຜົນການຄົ້ນຄວ້າເທົ່ານັ້ນທີ່ໄດ້ເວົ້າເຖິງປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຜົນການທົບທວນເອກະສານຊື່ໃຫ້ເຫັນວ່າ ຜົນການສຶກສາ-ວິໄຈທີ່ຜ່ານມາຍັງບໍ່ໄດ້ສະໜອງຫລັກຖານທາງດ້ານວິຊາການທີ່ໜັກແໜ້ນ ແລະ ຂໍ້ມູນອັນລະອຽດທີ່ພຽງພໍກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບັນລຸແຕ່ລະເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຫລາຍການສຶກສາບໍ່ໄດ້ລະບຸຢ່າງຈະແຈ້ງວ່າມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະຫລຸດລົງຈັກສ່ວນຮ້ອຍຖ້າມີຜູ້ຊ້ານານງານຊ່ວຍເກີດ, ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ຫລື ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນ ແລະ ອື່ນໆ. ສໍາລັບກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ ທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈັດສັນງົບປະມານ, ການປະເມີນຜົນກະທົບທາງດ້ານປະລິມານຂອງປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ ແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນຫລາຍ. ການປະເມີນຜົນກະທົບທາງດ້ານປະລິມານດັ່ງກ່າວຈະເປັນຕົວຊີ້ບອກໃຫ້ຮູ້ວ່າ ຄວນມີການຈັດສັນງົບປະມານແບບໃດ ຫລື ຄວນສຸມໃສ່ໃນຈຸດໃດ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍດ້ວຍວິທີທາງທີ່ມີປະສິດທິຜົນສູງສຸດ.

ດັ່ງນັ້ນ, ການສືບຕໍ່ສຶກສາ ແລະ ວິໄຈລົງເລິກໃນບັນຫາເຫລົ່ານີ້ແມ່ນມີຄວາມຈໍາເປັນ ແລະ ຕ້ອງການສູງເພື່ອສະໜັບສະໜູນໃຫ້ແກ່ການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ. ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການຕົວຈິງຂອງການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ, ທີມງານຄົ້ນຄວ້າເຊິ່ງປະກອບມີສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ, ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ສະຖາບັນ ແລະ ອົງກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆໄດ້ຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນເຮັດການຄົ້ນຄວ້າ-ວິໄຈລົງເລິກໂດຍສຸມໃສ່ການປະເມີນຜົນກະທົບທາງດ້ານປະລິມານຂອງປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ ເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ຂອງ ສປປ ລາວ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ເນື່ອງຈາກຂໍ້ຈໍາກັດທາງດ້ານເວລາ ແລະ ງົບປະມານ ຈຶ່ງເຮັດໃຫ້ການສຶກສາລົງເລິກທຸກຕົວຊີ້ບອກມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ຍາກ. ສະນັ້ນ, ພາຍໃຕ້ການສະໜັບສະໜູນຈາກ UNFPA, ທາງທີມງານຄົ້ນຄວ້າຈຶ່ງຕັດສິນໃຈສຸມການສຶກສາໃສ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ເຊິ່ງຕາມເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ ແລ້ວຈະຕ້ອງຫລຸດລົງສາມສ່ວນສີ່ຈາກລະດັບປີ 1990 ໃນປີ 2015 (260 ຕໍ່ການເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີໃນ ສປປ ລາວ).

ມີຫລາຍເຫດຜົນສໍາລັບການເລືອກສຶກສາຕົວຊີ້ບອກດັ່ງກ່າວ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນຄວາມຄືບໜ້າທີ່ໜ້ອຍ ແລະ ຍັງຫ່າງໄກຈາກເປົ້າໝາຍທີ່ທາງ ສປປ ລາວ ຈະບັນລຸໃນປີ 2015. ອີງຕາມສະຖິຕິຫລັກສຸດໃນບົດລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າຂອງການປະຕິບັດເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນານັ້ນ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ມີທ່າອ່ຽງຫລຸດລົງທີ່ຂ້ອນຂ້າງຊ້າຈາກ 650 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນໃນປີ 1995 ມາເປັນ 530 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນໃນປີ 2000 ແລະ ຫລຸດລົງມາເປັນ 357 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນໃນປີ 2011. ດັ່ງນັ້ນ, ສປປ ລາວ ຈຶ່ງຖືກຈັດໃຫ້ເປັນປະເທດທີ່ມີອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສູງທີ່ສຸດ ເມື່ອທຽບກັບກຳປູເຈຍ (206 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດ ມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ), ຫວຽດນາມ (56 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ), ໄທ (48 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ), ແລະ ສປ ຈີນ (38 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ). ດັ່ງນັ້ນ, ການຫລຸດອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃຫ້ໄດ້ຕາມເປົ້າໝາຍທີ່ກຳນົດໄວ້ແມ່ນບັນຫາສໍາຄັນຂອງທຸກພາກສ່ວນສັງຄົມ. ສະນັ້ນ, ຍຸດທະສາດ

ປະຕິຮູບຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຮອດປີ 2020 ໄດ້ກຳນົດໃຫ້ການຫຼຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ເປັນວຽກງານຈຸດສຸມສະເພາະ⁴.

1.2. ຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ

ດັ່ງທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງ, ຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງການສຶກສາລົງເລິກຄັ້ງນີ້ແມ່ນເພື່ອວິໄຈປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການສຶກສາໄດ້ສຸມໃສ່ຜົນກະທົບທາງດ້ານປະລິມານຂອງປັດໄຈສຳຄັນຕ່າງໆຕໍ່ໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ການສຶກສາໄດ້ພະຍາຍາມຄາດຄະເນວ່າມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະຫຼຸດລົງຈັກສ່ວນຮ້ອຍ ຖ້າວ່າແມ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນ ໄລຍະຖືພາ, ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ຫລື ການໃຫ້ກຳເນີດໂດຍແພດຜູ້ຊ້າຊ້າຊ່ວຍເກີດ ແລະ ອື່ນໆ. ການຊື້ໃຫ້ເຫັນແລະ ວັດລະດັບຜົນກະທົບຂອງປັດໄຈຫຼັກກ່າວໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແມ່ນຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງການສຶກສາລົງເລິກຄັ້ງນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃຫ້ມີຄວາມເລິກເຊິ່ງ ແລະ ຊັດເຈນຂຶ້ນໃນຫລາຍບັນຫາ, ການສຶກສານີ້ຈຶ່ງສຸມ ໃສ່ 3 ຈຸດປະສົງສະເພາະດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ຈຸດປະສົງທີ 1: ສະໜອງຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ, ເຊິ່ງໃນນັ້ນຈະກວມເອົາຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບໂຄງປະກອບທາງດ້ານສະຖາບັນ, ກ່ຽວກັບບັນດານະໂຍບາຍ, ແຜນງານ ແລະ ໂຄງການຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແລະ ຂໍ້ມູນສະຖິຕິການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຜ່ານມາໂດຍການປຽບທຽບປະເທດເພື່ອນບ້ານ ເຊັ່ນ: ໄທ, ກຳປູເຈຍ, ຫວຽດນາມ, ມຽນມາ ແລະ ຈີນ.

ຈຸດປະສົງທີ 2: ແມ່ນເພື່ອຊື້ໃຫ້ເຫັນ ແລະ ວັດປະລິມານຜົນກະທົບຂອງປັດໄຈຫຼັກກ່າວໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ໂດຍສະເພາະແມ່ນເລັ່ງໃສ່ຄາດຄະເນວ່າ ຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະມີການປ່ຽນໄປໃນທິດທາງໃດ ແລະ ປ່ຽນແປງໄປຈັກສ່ວນຮ້ອຍຖ້າຄຸນລັກສະນະໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນມີການປ່ຽນແປງ ເຊັ່ນວ່າ: ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍຮັບຄົວເຮືອນ, ມູນຄ່າຊັບສິນ, ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່, ການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ອື່ນໆ. ການປະເມີນ ແລະ ວັດລະດັບຜົນກະທົບຂອງປັດໄຈຫຼັກກ່າວໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍທີ່ພວກເຮົາຢາກບັນລຸໄດ້ໃນການສຶກສາລົງເລິກຄັ້ງນີ້.

ຈຸດປະສົງທີ 3: ກຳນົດ ແລະ ສົນທະນາປົກສາຫາລືກ່ຽວກັບວິທີການຕ່າງໆ ໃນການສືບຕໍ່ຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ. ໂດຍອີງໃສ່ຜົນໄດ້ຮັບຈາກເປົ້າໝາຍທີ່ໜຶ່ງ ແລະ ສອງ, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ສົນທະນາປົກສາຫາລື ແລະ ມີຂໍ້ສະເໜີແນະນຳດ້ານນະໂຍບາຍໃນພາກທີ IV.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເນື່ອງຈາກຂໍ້ຈຳກັດທາງດ້ານຊັບພະຍາກອນ, ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ຈະບໍ່ສາມາດເຮັດການວິເຄາະຜົນໄດ້ຜົນເສຍ (cost-benefit analysis) ຂອງແຕ່ລະນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕາການຕ່າງໆ. ການວິເຄາະຜົນໄດ້ ແລະ ຜົນເສຍຂອງມາດຕາການດັ່ງກ່າວຈະເປັນຫົວຂໍ້ສຶກສາສະເພາະ.

4 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2013, ຍຸດທະສາດການປະຕິຮູບຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ 2020

1.3. ວິທີວິທະຍາຂອງການຄົ້ນຄວ້າ

ເພື່ອບັນລຸໄດ້ບັນດາຈຸດປະສົງທີ່ຕັ້ງໄວ້ຂ້າງເທິງ, ທີມງານໄດ້ນຳໃຊ້ວິທີການຄົ້ນຄວ້າດັ່ງສະແດງໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຕາຕະລາງ 1: ຈຸດປະສົງ ແລະ ວິທີວິທະຍາຂອງການຄົ້ນຄວ້າ

ຈຸດປະສົງ	ວິທີຂອງການຄົ້ນຄວ້າ/ກິດຈະກຳ
ຈຸດປະສົງທີ 1	<ul style="list-style-type: none"> ການສຳຫລວດ ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າເອກະສານທີ່ມີແລ້ວ: ໃນຊ່ວງໄລຍະຂອງການປະຕິບັດໂຄງການ, ທາງທີມງານຄົ້ນຄວ້າໄດ້ເກັບກຳ, ທົບທວນ ແລະ ວິໄຈຫລາຍເອກະສານວິຊາການຂອງລັດຖະບານ ແລະ ຂອງອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ຫົວຂໍ້ຂອງເອກະສານຕ່າງໆທີ່ໃຊ້ໃນໂຄງການຄົ້ນຄວ້ານີ້ແມ່ນໄດ້ຂັດຕິດນຳເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ. ການສຳພາດຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງ: ແມ່ນກິດຈະກຳທີ່ມີຄວາມສຳຄັນໃນການເກັບກຳຂໍ້ມູນໃໝ່ໆທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຖືກບັນຈຸຢູ່ໃນບັນດາເອກະສານທີ່ໄດ້ທົບທວນ. ໃນລະຫວ່າງການຈັດຕັ້ງໂຄງການ, ທີມງານຄົ້ນຄວ້າໄດ້ສຳພາດຕົວແທນຈາກພາກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຢູ່ ຂັ້ນສູນກາງ, ແຂວງ ແລະ ເມືອງ, ເຊິ່ງລວມມີ: ຕົວແທນຈາກພະແນກແຜນການ ແລະ ງົບປະມານຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນແມ່ ແລະ ເດັກ, ສະຖາບັນສາທາລະນະສຸກຂອງມະຫາວິທະຍາໄລວິທະຍາສາດສຸຂະພາບ, ມະຫາວິທະຍາໄລແຫ່ງຊາດ, ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ, ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ ແລະ ອື່ນໆ. ກອງປະຊຸມປຶກສາຫາລືດ້ານວິຊາການຄັ້ງທຳອິດ: ກອງປະຊຸມປຶກສາຫາລືດ້ານວິຊາການຄັ້ງທຳອິດ ແມ່ນໄດ້ຈັດຂຶ້ນຫລັງຈາກທີ່ສຳເລັດການທົບທວນເອກະສານຕ່າງໆ ແລະ ການສຳພາດຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງຫລັກຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ. ຈຸດປະສົງຫລັກຂອງການປະຊຸມແມ່ນ ເພື່ອປຶກສາຫາລືຜົນໄດ້ຮັບເບື້ອງຕົ້ນຈາກການທົບທວນເອກະສານ ແລະ ການສຳພາດຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫລັກເພື່ອປຶກສາກ່ຽວກັບການເລືອກເຂດກໍລະນີສຶກສາ, ວິທີຂອງການຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ແຜນງານຕ່າງໆຂອງການຄົ້ນຄວ້າ.
ຈຸດປະສົງທີ 2	<ul style="list-style-type: none"> ກໍລະນີລົງເລິກຂອງການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້: ແມ່ນໄດ້ດຳເນີນຢູ່ໃນ 6 ແຂວງ 12 ເມືອງ ແລະ 24 ບ້ານ (2 ເມືອງໃນແຕ່ລະແຂວງ ແລະ 2 ບ້ານຢູ່ແຕ່ລະເມືອງ). ຫລາຍກິດຈະກຳຂອງການຄົ້ນຄວ້າແມ່ນໄດ້ດຳເນີນຢູ່ໃນແຕ່ລະບ້ານຕົວແທນ, ເຊິ່ງລວມມີ: ການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ, ການສຳຫລວດສະພາບລວມຂອງບ້ານ, ການສົນທະນາກັບກຸ່ມເປົ້າໝາຍ, ການສຳພາດຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫລັກ ແລະ ອື່ນໆ. ການວິໄຈແບບພັນລະນາ ແລະ ລວມທັງແບບຈຳລອງໂລຈິດສຕິກກໍໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ໃນການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້. ລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມມີຢູ່ໃນພາກທີ 2 ແລະ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ. ກອງປະຊຸມປຶກສາຫາລືດ້ານວິຊາການຄັ້ງທີ 2: ໄດ້ຈັດຂຶ້ນຫລັງຈາກທີ່ສຳເລັດການສຳຫລວດພາກສະໜາມ ແລະ ສຳເລັດຮ່າງບົດລາຍງານຂອງການສຶກສາເບື້ອງຕົ້ນ. ຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງກອງປະຊຸມແມ່ນເພື່ອປຶກສາຫາລືຜົນໄດ້ຮັບໃນເບື້ອງຕົ້ນຈາກກໍລະນີສຶກສາ. ທີມງານທັງໝົດແມ່ນຖືກເຊີນເຂົ້າຮ່ວມໃນກອງປະຊຸມ.

ຈຸດປະສົງທີ 3

- **ກອງປະຊຸມປຶກສາຫາລືດ້ານວິຊາການຄັ້ງທີ 3:** ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍແມ່ນໄດ້ຖືກຮ່າງຂຶ້ນໂດຍອີງໃສ່ຜົນຂອງການຄົ້ນຄວ້າທີ່ໄດ້ຮັບໃນພາກທີ 1 ແລະ 2. ເປົ້າໝາຍຂອງກອງປະຊຸມວິຊາການຄັ້ງນີ້ແມ່ນເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບຮ່າງຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ.



ນາງພະດຸງຄັນກຳລັງຟັງສຽງການເຄື່ອນໄຫວຂອງເດັກ

2. ການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ: ທ່າອ່ຽງ, ສະຖາບັນ, ນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານ

ຈຸດປະສົງຕົ້ນຕໍຂອງພາກນີ້ ແມ່ນເພື່ອທົບທວນຄືນກ່ຽວກັບທ່າອ່ຽງການປ່ຽນແປງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ໄລຍະຜ່ານມາ ແລະ ທົບທວນຄືນກ່ຽວກັບບັນດາສະຖາບັນ, ນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ກໍ່ຄືເພື່ອພິຈາລະນາວ່າ ຈະປັບປຸງສິ່ງຕ່າງໆດັ່ງກ່າວໃຫ້ດີຂຶ້ນຄືແນວໃດ. ພາກນີ້ຈະເລີ່ມຈາກການສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ໂດຍປຽບທຽບກັບບັນດາປະເທດອ້ອມຂ້າງ ກ່ອນຈະທົບທວນຄືນກ່ຽວກັບສະຖາບັນ, ນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານຕ່າງໆ.

2.1. ທ່າອ່ຽງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ນ ສປປ ລາວ

ຂໍ້ມູນຫລັກສຸດກ່ຽວກັບອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແມ່ນມາຈາກການສຳຫລວດ LSIS ໃນປີ 2011 (ເບິ່ງ 2.8. ລະບົບຕິດຕາມສຸຂະພາບ). ຕາມຜົນການສຳຫລວດດັ່ງກ່າວ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນມີປະມານ 357 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ; ໝາຍຄວາມວ່າສຳລັບທຸກໆການເກີດ 100.000 ຄົນໃນ ສປປ ລາວ ຈະມີແມ່ຈຳນວນ 357 ຄົນເສຍຊີວິດໃນໄລຍະຖືພາ, ໃນໄລຍະເກີດລູກ ຫລື ພາຍໃນ 42 ວັນຫລັງຈາກການເກີດລູກ. ຕາມຕົວເລກສະຖິຕິໃນໄລຍະຜ່ານມາ, ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ໄດ້ຄ່ອຍໆຫລຸດລົງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງເຖິງຈຸດດັ່ງກ່າວ ຄື: ຈາກ 650 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດ 100.000 ກໍລະນີ ໃນປີ 1995 ເປັນ 530 ຄົນ ໃນປີ 2000 ແລະ ເປັນ 405 ຄົນ ໃນປີ 2005 (ຮູບສະແດງ 1, ຂ້າງລຸ່ມ). ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຕົວເລກດັ່ງກ່າວຊຶ່ງໃຫ້ເຫັນວ່າ ສປປ ລາວ ຍັງມີຄວາມຫ່າງໄກຈາກເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາທີ່ຕ້ອງການຈະບັນລຸໃນປີ 2015 ຄື: 260 ຄົນຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ.

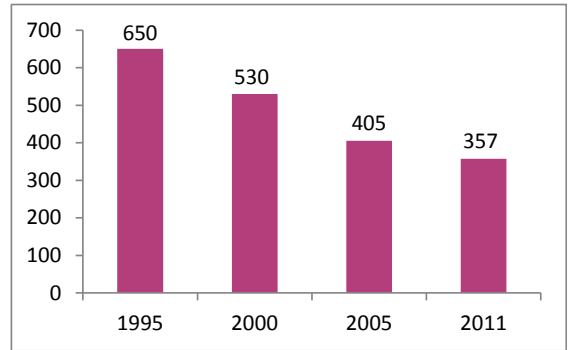
ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີຂໍ້ສັງເກດວ່າ ອັດຕາການຫລຸດລົງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ແມ່ນໄດ້ຫລຸດລົງຫລາຍໃນໄລຍະ 5 ປີຜ່ານມາ (2005-2011); ອັດຕາການເສຍຊີວິດດັ່ງກ່າວຫລຸດລົງ 24,5 ຄົນຕໍ່ປີຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ ໃນຊ່ວງປີ 1995-2005, ໃນຂະນະທີ່ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສະເລ່ຍ ຫລຸດລົງພຽງ 9,6 ຄົນຕໍ່ປີຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນໃນຊ່ວງປີ 2005-2011. ການຫລຸດລົງຂອງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຊ້າລົງດັ່ງກ່າວຊຶ່ງໃຫ້ເຫັນວ່າ ການສືບຕໍ່ຫລຸດອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນຕໍ່ໜ້າແມ່ນຈະມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກຫລາຍຂຶ້ນ. ປະກົດການດັ່ງກ່າວສາມາດອະທິບາຍໄດ້ດ້ວຍຫລາຍເຫດຜົນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ, ໃນການສືບທະນາຕໍ່ໄປກ່ຽວກັບສະຖາບັນ ແລະ ນະໂຍບາຍ. ຕົວຢ່າງ, ຜົນຮັບທີ່ສຳຄັນແມ່ນໄດ້ມາແລ້ວ ດ້ວຍການຂະຫຍາຍການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການເພີ່ມຈຳນວນພະນັກງານ ໃນ ສປປ ລາວ; ການຫລຸດລົງຂອງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໄດ້ໄປເຖິງຈຸດສູງສຸດແລ້ວ ແລະ ຈະບໍ່ສາມາດຫລຸດລົງໄດ້ອີກ ໂດຍປາສະຈາກການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການຄັ້ງໃຫຍ່. ຄ້າຍຄືກັນ, ອາດຈະເປັນກໍລະນີທີ່ວ່າ ມາດຕະການທຶງາຍ ຫລື ວິທີການທຶງາຍ (ເຊັ່ນ: ການໃຫ້ຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ) ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໄປແລ້ວ ການສືບຕໍ່ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດດັ່ງກ່າວຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຕ້ອງໄດ້ມີການປ່ຽນແປງລະບົບ ແລະ ຄວາມຊື່ນເຄີຍ. ນອກນັ້ນ, ປະສິດທິພາບ ແລະ ປະສິດທິຜົນຂອງນະໂຍບາຍຍັງຈະຫລຸດລົງເມື່ອເປົ້າໝາຍໜ້ອຍລົງ ແລະ ມີການກະຈາຍເປັນວົງກວ້າງທົ່ວປະເທດ ຫລື ຫລາຍມາດຕາການຈະໄດ້ຮັບການ

ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໂດຍປາສະຈາກຄວາມຊັດເຈນວ່າມາດຕະການໃດມີຜົນ ແລະ ມາດຕະການໃດບໍ່ມີຜົນ. ເພາະສະນັ້ນ, ການສຶກສານີ້ ຈຶ່ງໄດ້ຊອກທາງໃນການກຳນົດນະໂຍບາຍທີ່ມີປະສິດທິພາບ ແລະ ປະສິດທິຜົນສູງ ເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ຮູບສະແດງ 1 ສະແດງທ່າອ່ຽງການປ່ຽນແປງຂອງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແຕ່ປີ 1995-2011.

ອີງຕາມຂໍ້ມູນຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ມີແມ່ປະມານ 800 ຄົນເສຍຊີວິດໃນໄລຍະຖືພາ, ເກີດລູກ ຫລື ພາຍໃນ 42 ວັນຫຼັງເກີດ ໃນແຕ່ລະປີ ໃນສປປ ລາວ ຫລື ມີຫລາຍກວ່າ 2 ຄົນຕໍ່ມື້. ໃນນັ້ນ 90% ຂອງແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດແມ່ນເສຍຊີວິດຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສຂອງຕົນເອງ ໂດຍບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ⁵. ຈາກຜົນການສຳຫລວດ LSIS, ແມ່ຍິງທີ່ມີອາຍຸ ລະຫວ່າງ 30-34 ປີ ແມ່ນກຸ່ມທີ່ມີອັດຕາການເສຍຊີວິດສູງສຸດ ແລະ ຮອງລົງມາແມ່ນແມ່ຍິງໃນອາຍຸລະຫວ່າງ 25-29 ປີ. ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ບໍ່ສະເໝີໄປວ່າແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດສ່ວນໃຫຍ່ ຢູ່ໃນໄວອາຍຸ 30 ເຖິງ 34 ປີ. ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ແມ່ນອັດຕາສ່ວນລະຫວ່າງຈຳນວນແມ່ເສຍຊີວິດ ກັບຈຳນວນເກີດທັງໝົດໃນໄວອາຍຸດັ່ງກ່າວ. ຈຳນວນແມ່ເສຍຊີວິດທີ່ໃຫຍ່ກວ່າໃນກຸ່ມອາຍຸດັ່ງກ່າວກັບຈຳນວນເກີດທີ່ໃຫຍ່ກວ່າຫລາຍຈະເຮັດໃຫ້ອັດຕາສ່ວນດັ່ງກ່າວຕໍ່າ. ຮູບສະແດງ 2 ແມ່ນຊື່ໃຫ້ເຫັນເຖິງອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ໂດຍແບ່ງຕາມກຸ່ມອາຍຸ.

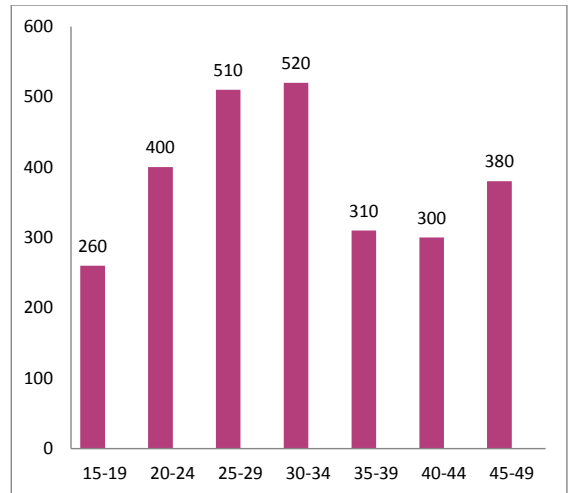
ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຍັງໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າມີຈຳນວນຫລາຍກວ່າ 19% ຂອງກໍລະນີການເສຍຊີວິດທັງໝົດແມ່ນແມ່ຍິງທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 15-49 ປີ. ດ້ວຍເຫດນີ້, ສປປ ລາວ ຈຶ່ງຖືວ່າເປັນປະເທດທີ່ມີອັດ

ຮູບສະແດງ 1: ທ່າອ່ຽງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ, 1995-2011 (ຕໍ່ການເກີດມີຊີວິດ 100.000 ກໍລະນີ)



ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ບົດລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າຂອງເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດຂອງສປປ ລາວ, ປີ 2013

ຮູບສະແດງ 2: ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ແບ່ງຕາມກຸ່ມອາຍຸ (ຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ)

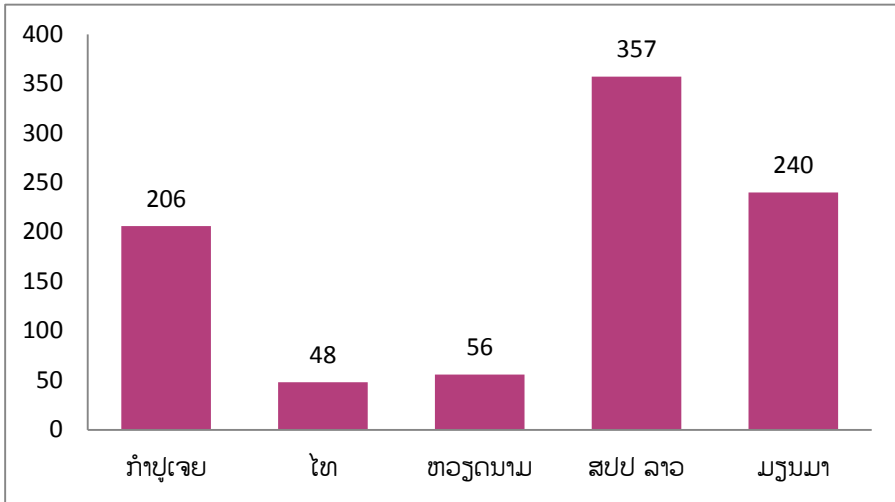


ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມລາວ 2011 (LSIS)

5 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນງານສຳລັບການລວມເອົາການບໍລິການໃຫ້ແກ່ແມ່ທີ່ທາກໍ່ເກີດລູກ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງເດັກປີ 2009-2015

ຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສູງທີ່ສຸດໃນບັນດາປະເທດລຸ່ມແມ່ນ້ຳຂອງ. ໂດຍອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ສູງກວ່າ 7,4 ເທື່ອ ເມື່ອທຽບກັບປະເທດໄທ, ສູງກວ່າ 6,3 ເທື່ອເມື່ອທຽບກັບປະເທດຫວຽດນາມ ແລະ ສູງກວ່າ 1,4 ແລະ 1,7 ເທື່ອເມື່ອທຽບກັບປະເທດກຳປູເຈຍ ແລະ ມຽນມາ ຕາມລຳດັບ. ຮູບສະແດງ 3 ລຸ່ມນີ້ແມ່ນການປຽບທຽບອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນປະເທດກຳປູເຈຍ, ໄທ, ຫວຽດນາມ, ລາວ ແລະ ມຽນມາ, ໃນປີ 2010.

ຮູບສະແດງ 3: ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນປະເທດໃນອານຸພາກພື້ນແມ່ນ້ຳຂອງຕອນລຸ່ມ (GMS) ໃນປີ 2010



ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ຖານຂໍ້ມູນຂອງທະນາຄານໂລກ

2.2. ອົງການ ແລະ ເຄືອຂ່າຍປະສານງານ

ເນື່ອງຈາກວ່າວຽກງານການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ກວມຫລາຍຂົງເຂດ ແລະ ມີຫລາຍມິຕິ, ເພາະນັ້ນ, ຈຶ່ງກ່ຽວຂ້ອງພາລະບົດບາດຂອງຫລາຍໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງ. ໃນນັ້ນລວມມີ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ, ກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດີການສັງຄົມ, ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ສູນກາງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວ ແລະ ອື່ນໆ ແລະ ມີເຄືອຂ່າຍປະສານງານແຕ່ສູນການລົງຮອດທ້ອງຖິ່ນ.

ອີກດ້ານໜຶ່ງ, ການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ເປັນພັນທະຕໍ່ສາກົນທີ່ ສປປ ລາວ ຈະຕ້ອງບັນລຸໃນປີ 2015. ດັ່ງນັ້ນ, ຈຶ່ງມີລັດຖະບານຂອງຫລາຍປະເທດ, ຫລາຍອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາຫລາຍຄູ່ຮ່ວມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ວິຊາການເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ; ເຊິ່ງໃນນັ້ນລວມມີ: ລັດຖະບານຍີ່ປຸ່ນ ແລະ ອົງການອານາໄມໂລກ (WHO) ທີ່ໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອທາງດ້ານເຕັກນິກວິຊາການ ແລະ ການເງິນແກ່ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໃນການພັດທະນາການປະກັນສຸຂະພາບຂອງຊຸມຊົນ (CBHI); ອົງການ

ສະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນປະຊາກອນໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເຕັກນິກວິຊາການ ແລະ ການເງິນ ແກ່ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ ແລະ ສູນກາງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊີປະຕິວັດລາວ ເພື່ອເຜີຍແຜ່ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ; ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (ADB) ແລະ ທະນາຄານໂລກກໍໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນກອງທຶນສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ທຸກຍາກ (Health Equity Fund) ຢູ່ບັນດາແຂວງພາກເໜືອ ແລະ ພາກໃຕ້; ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນປະຊາກອນ (UNFPA) ແລະ ອົງການສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອເດັກ (UNICEF) ໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປັບປຸງລະບົບການຕິດຕາມປະເມີນຜົນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ. ນອກນັ້ນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກຍັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານວິຊາການ ແລະ ການເງິນໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດວຽກງານອື່ນໆ ຈາກຫລາຍໜ່ວຍງານລັດຖະບານຂອງຕ່າງປະເທດ, ອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ເຊັ່ນ: WHO, UNICEF, UNFPA, JICA, ອົງການພັດທະນາປະເທດລຸກຊໍາບວກ (Luxemburg Development), ທະນາຄານໂລກ (WB), ADB ແລະ ອົງການປົກປ້ອງເດັກປະເທດອົດສະຕາລີ (Save the Children Australia). ນອກນັ້ນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກຍັງໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຈາກຫລາຍແຜນງານຂອງສາກົນ ເຊັ່ນ: ກອງທຶນສາກົນ (Global Fund), ພັນທະມິດສາກົນເພື່ອການສັກຢາກັນພະຍາດ ແລະ ພູມຕ້ານທານ (GAVI), REACH ແລະ ອື່ນໆ.⁷ ການຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວໄດ້ປະກອບສ່ວນຢ່າງຕັ້ງໜ້າເຂົ້າໃນການພັດທະນາຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ ກໍ່ຄືເຂົ້າໃນການປັບປຸງສຸກຂະພາບ ແລະ ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່.

ໃນໄລຍະຜ່ານມາອົງການຈັດຕັ້ງຂອງລັດຖະບານ ຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບຫຼັກຕໍ່ວຽກງານຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແມ່ນກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ເຊິ່ງເປັນກະຊວງທີ່ໃຫຍ່ ແລະ ມີຄວາມເຂັ້ມແຂງທີ່ສຸດໃນສປປລາວ⁸. ໂຄງຮ່າງການຈັດຕັ້ງປະກອບມີ 8 ກົມ, 11 ສູນ ແລະ 4 ສະຖາບັນທຽບເທົ່າລະດັບກົມ. ຕາມສາຍຕັ້ງ, ກະຊວງດັ່ງກ່າວມີເຄືອຂ່າຍການປະສານງານລົງຮອດລະດັບຊຸມຊົນ, ໜ້າຍຄວາມວ່າໃນແຕ່ລະແຂວງມີພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ, ມີຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງໃນແຕ່ລະເມືອງ ແລະ ສູນສຸຂະພາບຊຸມຊົນໃນຫລາຍໆຊຸມຊົນ. ໃນປີ 2012, ພາຍໃຕ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ມີໂຮງໝໍສູນກາງ 4 ແຫ່ງ, ໂຮງໝໍປະຈໍາພາກ 4 ແຫ່ງ, ໂຮງໝໍແຂວງ 12 ແຫ່ງ, ໂຮງໝໍເມືອງ 129 ແຫ່ງ ແລະ ໃນປີ 2012 ມີສູນບໍລິການສຸຂະພາບຊຸມຊົນ 894 ແຫ່ງ.

ເພື່ອເພີ່ມທະວີຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ການປະສານງານລະຫວ່າງອົງການຂອງລັດຖະບານ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໃນຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກໄດ້ສ້າງກົນໄກປະສານງານຂອງຂະແໜງການຂັ້ນ (SWC) ໃນປີ 2007; ເຊິ່ງປະກອບດ້ວຍໜ່ວຍງານການວາງແຜນ ແລະ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ, ໜ່ວຍງານວິຊາການ ແລະ ກອງເລຂາ. ການສ້າງຕັ້ງກົນໄກປະສານງານດັ່ງກ່າວ ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກ JICA, WHO ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາອື່ນໆ. ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໄດ້ສ້າງແຜນການ 5 ປີຄັ້ງທີ 6 ຂຶ້ນ ເພື່ອເປັນກອບໃສ່ນະໂຍບາຍສໍາລັບການສ້າງກົນໄກດັ່ງກ່າວ. ໜ່ວຍງານວິຊາການເຊິ່ງປະກອບມີບັນດາກົມທີ່ຢູ່ພາຍໃນກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນ, ໂຮງໝໍ, ສະຖາບັນວິທະຍາສາດ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໄດ້ຮ່ວມກັນພັດທະນາຍຸດທະສາດຂອງຂະແໜງການຍ່ອຍ ເຊັ່ນ: ຍຸດທະສາດການປັບປຸງສຸຂະ

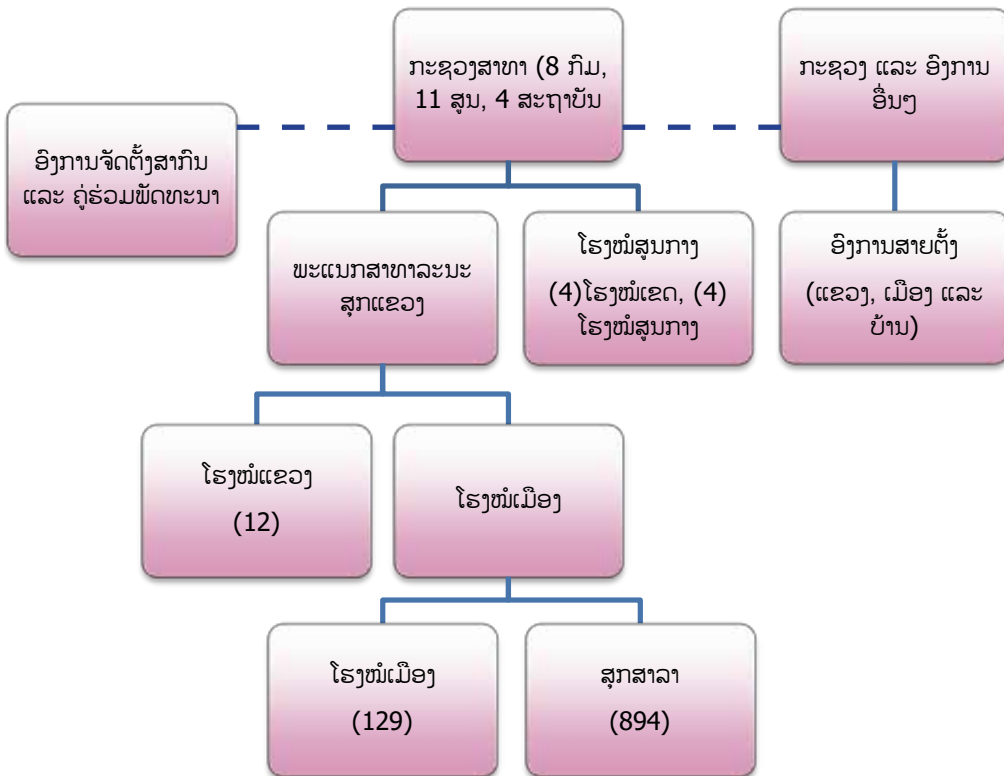
7 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນການເຊື່ອມສານການບໍລິການສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກອ່ອນ ປີ 2009-2015

8 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2013, ຍຸດທະສາດການປະຕິຮູບຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ 2020: ຄວາມຈິງແລ້ວ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກບໍ່ພຽງແຕ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ວຽກງານການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ແຕ່ຍັງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍຂອງຕົວຊີ້ບອກອື່ນໆໃນ MDG ເຊິ່ງລວມມີ MDG1, MDG4, MDG5, MDG6 ແລະ MDG7

ພາບແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່, ຍຸດທະສາດການປັບປຸງລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານສາທາລະນະສຸກ, ຍຸດທະສາດການພັດທະນາ ຊັບພະຍາກອນມະນຸດສໍາຫລັບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຍຸດທະສາດການເງິນຂອງສາທາລະນະສຸກ.

ແຜນພັດທະນາຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ 5 ປີຄັ້ງທີ 7 ໄດ້ຮັບການສ້າງຂຶ້ນບົນພື້ນຖານຍຸດທະສາດດັ່ງກ່າວໂດຍ ສອດຄ່ອງກັບເປົ້າໝາຍບຸລິມະສິດຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອເລັ່ງໃສ່ການປັບປຸງສະຖານະພາບດ້ານສຸຂະພາບຂອງ ສປປ ລາວ ແລະ ແນໃສ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດດ້ານການພັດທະນາ. ຮູບສະແດງ 4, ສະແດງໃຫ້ເຫັນໂຄງປະ ກອບດ້ານສະຖາບັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ.

ຮູບສະແດງ 4: ໂຄງປະກອບດ້ານສະຖາບັນເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ



ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ສ້າງໂດຍທີມຄົ້ນຄວ້າ ໂດຍອີງຕາມຜົນໄດ້ຮັບຈາກການທົບທວນເອກະສານ ແລະ ການສຳພາດຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼັກ

2.3. ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ

ການຂະຫຍາຍຕາໜ່າງທາງສາທາລະນະສຸກໃຫ້ທົ່ວເຖິງ ແມ່ນວຽກງານການພັດທະນາອັນໜຶ່ງທີ່ສໍາຄັນຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ທີ່ກ່ຽວພັນກັບການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ໃນທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ, ລັດຖະບານ ແຫ່ງ ສປປ ລາວ ໄດ້ເພີ່ມການຄອບຄຸມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ປະຊາຊົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທາງດ້ານສາທາລະນະສຸກໄດ້ດີຂຶ້ນ. ຄຽງຄູ່ກັບຄວາມພະຍາຍາມນັ້ນ, ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກກໍ່ຄ່ອຍໆໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນເປັນລໍາດັບໃນຊ່ວງທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ. ຈໍານວນສຸກສາລາທີ່ເປັນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ສໍາຄັນໃນທ້ອງຖິ່ນ ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 533 ແຫ່ງໃນປີ 2000 ເປັນ 746 ແຫ່ງ ໃນປີ 2005 ແລະເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 894 ແຫ່ງ ໃນປີ 2012. ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຈໍານວນສຸກສາລາດັ່ງກ່າວ ແລະ ການສະໜອງອຸປະກອນທີ່ດີຂຶ້ນໃຫ້ແກ່ໂຮງໝໍສູນກາງ, ປະຈໍາພາກ, ແຂວງ ແລະ ເມືອງ ເຮັດໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນ ແລະ ປະກອບສ່ວນຢ່າງຕັ້ງໜ້າເຂົ້າໃນການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ຕາມຂໍ້ມູນຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກກວມ 98%, ໝາຍຄວາມ 98% ຂອງປະຊາກອນໃນ ສປປ ລາວ ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ (ລວມຮອດຖົງຢາປະຈໍາບ້ານ) ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ.⁹

ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຈາກຜົນການສໍາພາດຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ການປະເມີນຜົນແບບມີສ່ວນຮ່ວມ ຍັງເຫັນວ່າການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຍັງຕ້ອງໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນຕື່ມຢ່າງຫລວງຫລາຍ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນການເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ມີຄຸນນະພາບ ເຊັ່ນ: ໂຮງໝໍເມືອງ, ໂຮງໝໍແຂວງ, ໂຮງໝໍປະຈໍາພາກ ແລະ ສູນກາງ. ປະຊາກອນສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນອາໄສຢູ່ເຂດຊົນນະບົດທີ່ບໍ່ມີເສັ້ນທາງ ຫລື ເສັ້ນທາງທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການເຊື່ອມຕໍ່ເຖິງສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ມີຄຸນນະພາບ. ຫລາຍເຂດຍັງບໍ່ທັນມີລົດໂດຍສານສາທາລະນະທີ່ເຊື່ອມຕໍ່ເຖິງໂຮງໝໍ; ການນໍາໃຊ້ພາຫະນະສ່ວນຕົວ ຫລື ພາຫະນະເຊົ່າ ແມ່ນຍັງມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສູງ ແລະ ຍັງບໍ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້ ສໍາລັບປະຊາຊົນຈໍານວນຫລວງຫລາຍ. ອີງຕາມຜົນຈາກການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້, ປະມານ 40% ຂອງຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສໍາພາດ ບໍ່ສາມາດໄປຫາໂຮງໝໍເມືອງ, ໂຮງໝໍແຂວງ, ໂຮງໝໍປະຈໍາພາກ ຫລື ໂຮງໝໍສູນກາງ ໄດ້ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ¹⁰. ຜົນການສໍາພາດຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ການປະເມີນຜົນແບບມີສ່ວນຮ່ວມຍັງຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຫລາຍແຫ່ງຍັງຂາດພື້ນຖານໂຄງລ່າງທີ່ເໝາະສົມ, ອຸປະກອນການແພດທີ່ທັນສະໄໝ, ສຸກຄະລັກສະນະ, ຢາປົວພະຍາດທີ່ມີຄຸນນະພາບ, ບຸກຄະລາກອນທາງການແພດທີ່ມີຄວາມມືຖື, ຄວາມສາມາດ, ປະສິບການ ແລະ ຄວາມກະຕືລືລົ້ນສູງ.¹¹ ເພາະສະນັ້ນ, ການເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມສໍານານງານ ແມ່ນສິ່ງກົດຂວາງຕົ້ນຕໍຂອງການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ໃນ ສປປ ລາວ; ບໍ່ແມ່ນການປົກຄຸມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ, ດັ່ງທີ່ຈະໄດ້ປຶກສາຫາລືໃນພາກຕໍ່ໄປ. ຕາຕະລາງ 2 ສະແດງລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບການປົກຄຸມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ ແຕ່ປີ 2000 ເຖິງ 2012.

9 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. 2012. ບົດລາຍງານຕໍ່ກອງປະຊຸມສາທາລະນະສຸກຄັ້ງທີ 7 ທີ່ນະຄອນຫວຽງຈັນ, ວັນທີ 27 ທັນວາ 2012

10 ຜົນຈາກການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນ

11 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຄຸມທະສາດ ແລະ ແຜນການເຊື່ອມສານການບໍລິກາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກອ່ອນ ປີ 2009-2015

ຕາຕະລາງ 2: ການປົກຫຸ້ມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກໃນ ສປປ ລາວ (2000-2012)

ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ	2000	2005	2010	2012
- ໂຮງໝໍສູນກາງ	3	3	4	4
- ໂຮງໝໍປະຈໍາພາກ	5	5	4	4
- ໂຮງໝໍແຂວງ	13	13	12	12
- ໂຮງໝໍເມືອງ	121	127	131	129
- ສູນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ	533	746	862	894
- ສູນສຸຂະພາບເອກະຊົນ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	147	222	300
- ຖົງຢາປະຈໍາບ້ານ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	5.308	5.764	6.200
- ຮ້ານຂາຍຢາ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	2.002
ການຄອບຄຸມຂອງຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ (%)				98

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ 2012. ບົດລາຍງານຕໍ່ກອງປະຊຸມສາທາລະນະສຸກຄັ້ງທີ 7 ທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 27 ທັນວາ 2012

2.4. ລະດັບ ແລະ ຂີດຄວາມສາມາດຂອງບຸກຄະລາກອນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ

ໄປຄຽງຄູ່ກັບການຂະຫຍາຍຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກ, ຈໍານວນບຸກຄະລາກອນກໍ່ເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງໄວວາ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໃນລະຫວ່າງ 2010 ແລະ 2012, ຈາກ 12.650 ຄົນ ເປັນ 13.893 ຄົນ. ໃນນັ້ນ, 2.783 ຄົນປະຈໍາການຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ, 4.004 ຄົນ ຢູ່ຂັ້ນແຂວງ, 5.018 ຄົນ ຢູ່ຂັ້ນເມືອງ ແລະ 2.089 ຄົນ ປະຈໍາຢູ່ຊຸມຊົນ.¹² ປະມານ 5% ຂອງຈໍານວນພະນັກງານດັ່ງກ່າວມີລະດັບວິຊາການສູງກວ່າລະດັບປະລິນຍາຕີ (ສາດສະດາຈານ, ຮອງສາດສະດາຈານ, ປະລິນຍາເອກ, ຊ່ຽວຊານ, ຜູ້ຊໍານານສະເພາະດ້ານ ແລະ ອື່ນໆ) ທີ່ສາມາດຄົ້ນຄວ້າ-ວິໄຈ ເພື່ອການພັດທະນາໄດ້, ປະມານ 18% ມີລະດັບ ວິຊາການໃນຂັ້ນປະລິນຍາຕີທີ່ສາມາດບັງມະຕິພະຍາດ, ວາງຍາ ແລະ ໃຫ້ການປິ່ນປົວໄດ້, ປະມານ 76% ມີລະດັບວິຊາການຕໍ່າກວ່າລະດັບປະລິນຍາຕີ ແລະ ສາມາດເປັນຜູ້ຊ່ວຍແພດໃນການປິ່ນປົວ ແລະ ເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບ ແລະ ອື່ນໆ. ປະມານ 1% ແມ່ນພະນັກງານທີ່ບໍ່ຈົບວິຊາຊີບເຊິ່ງເຮັດໜ້າທີ່ຊ່ວຍວຽກພະນັກງານບໍລິຫານ.¹³ ຕາຕະລາງ 3 ສະແດງລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສະພາບບຸກຄະລາກອນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ.

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກຍັງມີມະຫາວິທະຍາໄລ 1 ແຫ່ງ, ວິທະຍາໄລ 3 ແຫ່ງ ແລະ ໂຮງຮຽນສຸຂະພາບ 5 ແຫ່ງ. ໃນໄລຍະ 5 ປີຜ່ານມາ, ລະບົບການສຶກສາສາທາລະນະສຸກ ສາມາດສ້າງຜູ້ຊ່ຽວຊານໄດ້ຫລາຍກວ່າ 260 ຄົນ, ສ້າງບຸກຄະລາກອນການແພດໃນລະດັບປະລິນຍາໂທໄດ້ຫລາຍກວ່າ 110 ຄົນ, ໃນລະດັບປະລິນຍາຕີໄດ້ຫລາຍກວ່າ 1.560 ຄົນ ແລະ ໃຫ້ການສຶກສາສາທາລະນະສຸກລະດັບຕໍ່າກວ່າປະລິນຍາຕີ 5.836 ຄົນ.¹⁴

12 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. 2012. ບົດລາຍງານຕໍ່ກອງປະຊຸມສາທາລະນະສຸກ ຄັ້ງທີ 7 ທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 27 ທັນວາ 2012

13 ຄາດຄະເນໂດຍທີມງານສຶກສາ ໂດຍການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ກະຊວງສາທາລະນະສຸກສະໜອງໃຫ້

14 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2012, ລາຍງານຕໍ່ກອງປະຊຸມສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດຄັ້ງທີ 7 ທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 27 ທັນວາ 2012

ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຈຳນວນພະນັກງານໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໄດ້ເຮັດໃຫ້ອັດຕາສ່ວນພະນັກງານໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ຕໍ່ປະຊາກອນຂຶ້ນຈາກ 2,1 ໃນປີ 2000 ເປັນ 2.2 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ ໃນປີ 2012. ອັດຕາສ່ວນດັ່ງກ່າວແມ່ນຕໍ່າກວ່າຂອງປະເທດໄທ (3,7 ໃນປີ 2010) ແລະ ປະເທດຫວຽດນາມ (3,1 ໃນປີ2005); ແຕ່ສູງກວ່າຕົວເລກຂອງປະເທດກຳປູເຈຍ (1,3 ໃນປີ 2008) ແລະ ປະເທດມຽນມາ (1,4 ໃນປີ 2012). ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ອັດຕາສ່ວນບຸກຄະລາກອນສາທາລະນະສຸກຕາມມາດຕາຖານຂອງອົງການອານາໄມໂລກຕໍ່ປະຊາກອນ ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຍັງຕໍ່າຫລາຍ. ຕາມມາດຕາຖານດັ່ງກ່າວ ອັດຕາສ່ວນແພດ ແລະ ພະຍາບານຕໍ່ປະຊາກອນ ໃນ ສປປ ລາວ ເທົ່າກັບປະມານ 0,24 ແລະ 0,75 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1.000 ຄົນຕາມລຳດັບ.

ຕາຕະລາງ 3: ລະດັບ ແລະ ຂີດຄວາມສາມາດດ້ານບຸກຄະລາກອນ ຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ (2000-2012)

ລາຍການ/ປີ	2000	2005	2010	2012
ພະນັກງານໃນຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ	11.400	11.955	12.650	13.893
- ລະດັບປະລິນຍາຕີ ແລະ ສູງກວ່າ, ລວມທັງທ່ານໜັກການຢາ	2.000	2.455	2.910	3.365
- ຕໍ່າກວ່າລະດັບປະລິນຍາຕີ	3.800	6.000	8.200	10.402
- ພະນັກງານທີ່ບໍ່ໄດ້ຜ່ານການສຶກສາທາງດ້ານການແພດ ແລະ ການຝຶກອົບຮົບ	5.600	3.500	1.540	126
ອັດຕາສ່ວນຂອງແພດໝໍ (ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ)	2,1	2,1	2	2,2
- ລະດັບປະລິນຍາຕີ ແລະ ສູງກວ່າ (ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ)	0,38	0,4	0,5	0,5
- ຕໍ່າກວ່າລະດັບປະລິນຍາຕີ (ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ)	1,4	1,0	1,3	1,7

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. 2012. ບົດລາຍງານຕໍ່ກອງປະຊຸມສາທາລະນະສຸກ ຄັ້ງທີ 7 ທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 27 ທັນວາ 2012.

ພະນັກງານທີ່ມີຄວາມຊຳນານ ໂດຍສະເພາະທ່ານໜັບື່ນປົວ ສ່ວນຫລາຍແມ່ນປະຈຳຢູ່ໃນນະຄອນຫລວງ ເຊິ່ງແມ່ນບ່ອນທີ່ມີສະພາບການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຂັ້ນຂ້າງສູງ. ອັດຕາສ່ວນຂອງທ່ານໜັບື່ນຕໍ່ປະຊາກອນຢູ່ນະຄອນຫລວງແມ່ນ 0.58 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນໃນສົກປີ 2010-2011; ເຊິ່ງສູງກວ່າອັດຕາສ່ວນດຽວກັນຂອງທົ່ວປະເທດ ເຖິງ 2,4 ເທື່ອ. ໃນຂະນະທີ່ອັດຕາສ່ວນດັ່ງກ່າວໃນ ແຂວງຊຽງຂວາງ ແລະ ຫົວພັນ ທີ່ມີສະພາບການພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຂັ້ນຂ້າງຕໍ່າ ເທົ່າກັບປະມານ 0,1 ຫຼື ຕໍ່າກວ່າອັດຕາສະເລ່ຍຂອງທົ່ວປະເທດ 2,4 ເທື່ອ.¹⁵ ການຂາດແຄນແພດໝໍທີ່ມີຄວາມຊຳນານ ແລະ ການແຈກຢາຍທີ່ບໍ່ເທົ່າທຽມກັນທາງດ້ານບຸກຄະລາກອນໄດ້ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກໃນ ສປປ ລາວ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໃນເຂດຫ່າງໄກສອກຫລີກ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ໄດ້ພະຍາຍາມຊັບຊ້ອນບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມຊຳນານໄປປະຈຳຢູ່ໃນເຂດ ແລະ ແຂວງຕ່າງໆທີ່ມີສະພາບການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມບໍ່ທັນສູງ ເຊັ່ນ: ແຂວງຫົວພັນ, ຊຽງຂວາງ ແລະ ອື່ນໆ, ດ້ວຍຫລາຍນະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການ. ເຊິ່ງໃນນັ້ນລວມມີ: ນະໂຍບາຍການແບ່ງປັນຕົວເລກພະນັກງານໃຫ້ແຕ່ລະເຂດ, ປັດໄຈສະໜັບສະໜູນທາງການເງິນ, ນະໂຍບາຍສົ່ງເສີມ (ພະນັກງານທີ່ເຮັດວຽກຢູ່ເຂດຊົນນະບົດທີ່ມີຄວາມ

15 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2011, ບົດລາຍງານສະຖິຕິສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດປະຈຳສົກປີ 2010-2011

ຫຍຸ້ງຍາກທາງເງື່ອນໄຂດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ແມ່ນຈະໄດ້ຮັບໂອກາດທີ່ດີກວ່າໃນການເລື່ອນຊັ້ນ-ຂັ້ນ) ແລະ ອື່ນໆ.¹⁶ ບັນດານະໂຍບາຍ ແລະ ມາດຕະການດັ່ງກ່າວໄດ້ຊ່ວຍປັບປຸງການແຈກຢາຍບຸກຄະລາກອນໃນ ສປປ ລາວ ໃຫ້ດີຂຶ້ນ ເທື່ອລະກ້າວ. ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງອັດຕາສ່ວນຂອງແພດໝໍ ຕໍ່ປະຊາກອນຢູ່ໃນແຂວງທີ່ມີສະພາບການພັດທະນາດ້ານເສດ ຖະກິດ-ສັງຄົມຂ້ອນຂ້າງຕໍ່າຄື ແຂວງຫົວພັນ ແລະ ແຂວງຊຽງຂວາງ ແລະ ການຫລຸດລົງຂອງອັດຕາສ່ວນແພດໝໍຕໍ່ ປະຊາກອນຢູ່ໃນນະຄອນຫລວງ ແລະ ແຂວງທີ່ມີສະພາບການພັດທະນາດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຂ້ອນຂ້າງສູງ ໄດ້ຊື່ໃຫ້ ເຫັນເຖິງຜົນຂອງນະໂຍບາຍດັ່ງກ່າວ. ອີງຕາມບົດລາຍງານສະຖິຕິສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດປະຈຳສິກປີ 2010-2011, ອັດຕາສ່ວນແພດໝໍ ຕໍ່ປະຊາກອນຢູ່ໃນແຂວງຫົວພັນ ແລະ ຊຽງຂວາງ ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 0,07 ແລະ 0,08 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ ຕາມ ລຳດັບ ໃນສິກປີ 2009-2010 ເປັນ 0,1 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ ໃນສິກປີ 2010-2011, ໃນ ຂະນະທີ່ອັດຕາສ່ວນດັ່ງກ່າວຢູ່ໃນນະຄອນຫລວງວຽງຈັນແມ່ນຫລຸດລົງຈາກ 0.7 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນໃນສິກປີ 2009-2010 ເປັນ 0.58 ຕໍ່ປະຊາກອນ 1,000 ຄົນ ໃນສິກປີ 2010-2011¹⁷.

ສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດແມ່ນສ່ວນໃຫຍ່ແລ້ວຢູ່ສະຖານສາທາລະນະສຸກ, ລວມມີ 52% ຂອງສຸກສາລາ, ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານ ດ້ານແມ່ ແລະ ເດັກ ຫລື ແພດປະສູດປະຈຳຢູ່.¹⁸ ອີງຕາມຂໍ້ມູນສະຖິຕິຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ໃນປີ 2012, ມີແພດຊ່ຽວຊານດ້ານແມ່ ແລະ ເດັກ ແລະ ແພດປະສູດພຽງແຕ່ 794 ຄົນໃນທົ່ວປະເທດ, ເຊິ່ງເທົ່າກັບພຽງແຕ່ 54% ຂອງຄວາມຕ້ອງການທັງໝົດ. ຈາກການປະເມີນການເກີດລູກໂດຍມີຜູ້ຊຳນານງານຊ່ວຍເກີດໃນປີ 2008 ສະແດງໃຫ້ ເຫັນວ່າ ມີພຽງແຕ່ 27 ຈາກ 41 ຂອງສະຖານບໍລິການ EmOC ແບບຄົບວົງຈອນ ແລະ 5 ຈາກ 107 ສະຖານບໍລິການ EmOC ຂັ້ນພື້ນຖານ (ໂຮງໝໍເມືອງ) ທີ່ສາມາດສະໜອງການບໍລິການ EmOC ທີ່ຕ້ອງການ.¹⁹ ການຂາດແຄນຄວາມ ສາມາດໃຫ້ການບໍລິການດູແລສະເພາະດ້ານມີຄວາມສຳພັນກັບອັດຕາການນຳໃຊ້ທີ່ຕໍ່າໃນ ສປປ ລາວ. ເຊິ່ງມາດຕະຖານຕໍ່າ ສຸດຂອງສາກົນສຳລັບອັດຕາການເກີດລູກດ້ວຍການຜ່າຕັດໃຫ້ແມ່ ແລະ ລູກເກີດໃໝ່ ແມ່ນ 5%, ແຕ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ອັດ ຕາການເກີດລູກໂດຍການຜ່າຕັດແມ່ນມີພຽງ 2% ແລະ ໃນຫລາຍແຂວງແມ່ນມີພຽງແຕ່ 0,2 - 0,3%; ເຊິ່ງຕົວເລກດັ່ງ ກ່າວສະແດງ ໃຫ້ເຫັນວ່າຍັງມີແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍຈຳນວນຫລວງຫລາຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຊ່ວຍເຫລືອສຸກເສີນໃນກໍລະນີເກີດ ຜິດປົກກະຕິ.²⁰

2.5. ການເງິນສຳລັບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ

ຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນການເຊື່ອມສານການບໍລິການສຸຂະພາບແມ່, ເດັກແຮກເກີດ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ໃນປີ 2009-

16 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2012, ຍຸດທະສາດການປະຕິຮູບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດ
17 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2011, ບົດລາຍງານສະຖິຕິສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດປະຈຳສິກປີ 2010-2011
18 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດແລະແຜນງານສຳລັບການລວມເອົາການບໍລິການໃຫ້ແກ່ແມ່ທີ່ຫາກໍເກີດລູກແລະສຸຂະພາບຂອງເດັກປີ 2009-2015
19 EmONC: ການບໍລິການສຳລັບສຸຂະພາບຂອງແມ່-ເດັກຫລັງຄອດ ປະກອບດ້ວຍການຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ຢາຕ້ານເຊື້ອທີ່ບໍ່ຜ່ານທາງເດີນອາຫານ, ຢາບີບ ມິດລູກ, ຢາຮັກສາໂລກຄວາມດັນເລືອດ, ຢາກັນຊັກ; ເອົາສາຍແຮ່-ສິ່ງຕ່າງໆທີ່ເຫລືອໃນມິດລູກທີ່ເກີດຈາກການຕັ້ງຄັນອອກດ້ວຍມື, ການເກີດລູກທາງ ຊ່ອງ ຄອດທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອ ແລະ ການກູ້ຊີບເດັກຫລັງຄອດ. EmONC ຍັງກວມໄປຮອດການໃຫ້ເລືອດ ແລະ ການຜ່າຕັດເພື່ອໃຫ້ກຳເນີດບຸດນຳອີກ.
20 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນງານສຳລັບການລວມເອົາການບໍລິການໃຫ້ແກ່ແມ່ທີ່ຫາກໍເກີດລູກ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງ ເດັກປີ 2009-2015

2015 ໄດ້ລະບຸວ່າ ບັນຫາທາງການເງິນແມ່ນອຸປະສັກຕົ້ນຕໍສໍາລັບການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ມີຄຸນນະພາບ; ເພາະສະນັ້ນ ຈຶ່ງເປັນອຸປະສັກຕໍ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ; ລວມເຖິງການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ໄປພ້ອມໆກັບການຂະຫຍາຍຕາໜ່າງສາທາລະນະສຸກໃຫ້ທົ່ວເຖິງ ແລະ ການເພີ່ມຈໍານວນບຸກຄະລາກອນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ແລະ ບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາໄດ້ພະຍາຍາມເພີ່ມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ສໍາລັບວຽກສຸຂະອະນາໄມ, ການປ້ອງກັນພະຍາດ, ການບໍລິການປິ່ນປົວ ແລະ ບໍລິຫານ. ອີງຕາມສະຖິຕິຈາກທະນາຄານໂລກ, ການໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 40,5 ລ້ານໂດລາສະຫະລັດ ໃນປີ 2006 (ຫລື ປະມານ 6,9 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຫົວຄົນ) ເປັນ 102,5 ລ້ານໂດລາສະຫະລັດ ໃນປີ 2009 (ຫລືປະມານ 16,8 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຫົວຄົນ) ແລະ ເປັນ 114,7 ລ້ານໂດລາສະຫະລັດໃນປີ 2011 (ຄິດເປັນປະມານ 18,2 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຫົວຄົນ); ເຊິ່ງກົງກັບອັດຕາການຂະຫຍາຍຕົວສະເລ່ຍປະມານ 36% ຕໍ່ຕະຫລອດໄລຍະ 6 ປີ. ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການໃຊ້ຈ່າຍດັ່ງກ່າວຫລຸດຫລາຍລົມຄວນເນື່ອງມາຈາກການກຽມສະເຫລີມສະຫລອງນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ ຄົບຮອບ 450 ປີ ທີ່ລັດຖະບານຕ້ອງໃຊ້ງົບປະມານຈໍານວນຫລວງຫລາຍເຂົ້າໃນການພັດທະນາພື້ນຖານໂຄງລ່າງໃນນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ.

ອັດຕາການຂະຫຍາຍຕົວຂອງການໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນວຽກງານສາທາລະນະສຸກ ສູງກວ່າອັດຕາການຂະຫຍາຍຕົວຂອງ GDP (ໃນລະດັບ 8%); ອັດຕາສ່ວນການໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຕໍ່ GDP ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 1,2% ໃນປີ 2006 ເປັນ 1,4% ໃນປີ 2011, ເຊິ່ງຫລຸດຈາກ 1,8% ໃນປີ 2009. ເຊິ່ງສູງອັດຕາສ່ວນດຽວກັນໃນປະເທດກໍາປູເຈຍ (1,3% ໃນປີ 2011) ແລະ ພະມ້າ (0,3% ໃນປີ 2011); ແຕ່ຕໍ່າກວ່າປະເທດໄທ (3,1% ໃນປີ 2011) ແລະ ຫວຽດນາມ (2,7% ໃນປີ 2011). ເນື່ອງນະໂຍບາຍປະກັນສຸຂະພາບແບບທົ່ວໜ້າ, ສາມສິບບາດຮັກສາໄດ້ທຸກໂຮກ²¹ ຈຶ່ງເຮັດໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຂອງໄທສູງເປັນພິເສດເມື່ອທຽບກັບບັນດາປະເທດໃນອະນຸພາກພື້ນລຸ່ມແມ່ນໍ້າຂອງ (GMS). ອັດຕາສ່ວນການໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດໃນຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກຕໍ່ງົບປະມານຂອງລັດທັງໝົດແມ່ນມີການປ່ຽນແປງຂຶ້ນລົງ ແລະ ໃນປີ 2010 ແລະ 2011 ແມ່ນຕໍ່າກວ່າລະດັບປີ 2009; ດັ່ງລາຍລະອຽດໃນຕາຕະລາງ 4.

ຕາຕະລາງ 4: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ.

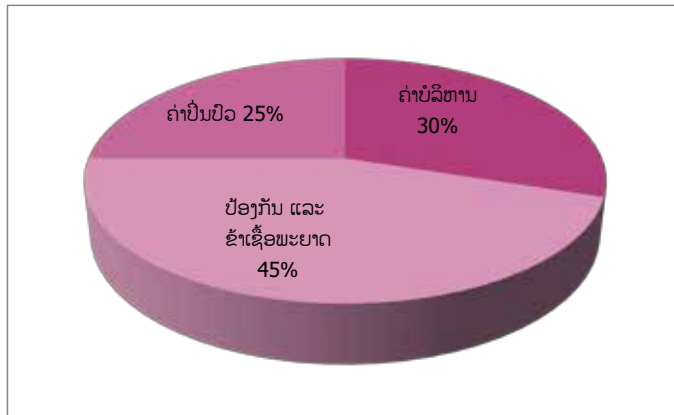
ລາຍລະອຽດ/ປີ	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ (ລ້ານໂດລາ)	40,5	42,8	53,7	102,5	86,5	114,7
ອັດຕາສ່ວນຕໍ່ກັບ GDP (%)	1,2	1	1,0	1,8	1,2	1,4
ສັດສ່ວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພາກລັດທັງໝົດ (%)	10,3	8,4	8,8	14,0	10,2	11,7
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບສຸຂະພາບ ຕໍ່ຫົວຄົນ (ໂດລາ)	6,9	7,2	8,9	16,8	14,0	18,2

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ຖານຂໍ້ມູນທະນາຄານໂລກ

21 ສາມສິບບາດຮັກສາທຸກໂຮກແມ່ນລະບົບປະກັນສຸຂະພາບທົ່ວໄປຂອງໄທທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທຸກຄົນ ແລະ ທຸກໂຮກ ໂດຍມີການປະກອບສ່ວນຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະໂຫຍດ 30 ບາດຕໍ່ຄັ້ງທີ່ໄປພົບໝໍ.

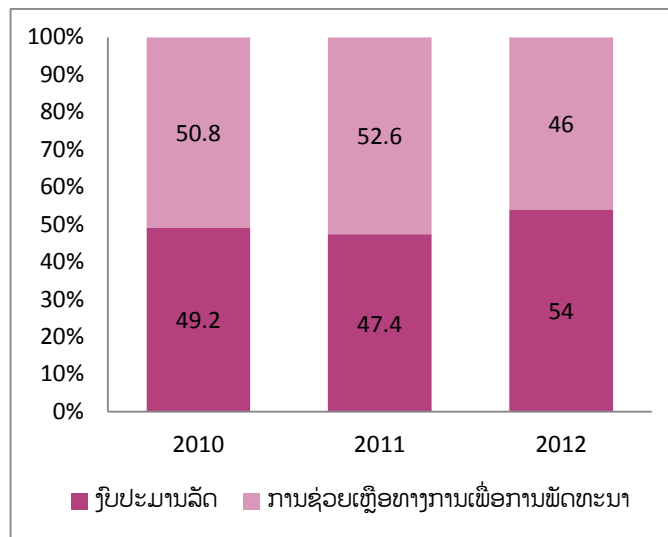
ອີງຕາມຂໍ້ມູນຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ໃນປີ 2011 ປະມານ 45% ຂອງງົບປະມານຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນການປ້ອງກັນພະຍາດ, ສ່ວນທີ່ເຫລືອອີກ 25% ແລະ 30% ຂອງງົບປະມານແມ່ນຖືກນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນການປິ່ນປົວ ແລະ ວຽກບໍລິຫານຕາມລຳດັບ. ເກືອບເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງງົບປະມານ ແມ່ນມາຈາກທຶນຊ່ວຍເຫລືອທາງການ ເພື່ອການພັດທະນາ (ODA); ໃນນັ້ນລວມເອົາເງິນຊ່ວຍເຫລືອລ້າ, ເງິນກູ້ຢືມແບບບໍ່ມີດອກເບ້ຍ ແລະ ອັດຕາດອກເບ້ຍຕໍ່າ ຈາກລັດຖະບານຂອງຕ່າງປະເທດ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນ. ຮູບສະແດງ 5 ແລະ 6, ສະແດງໃຫ້ເຫັນລາຍລະອຽດເພີ່ມ ຕື່ມກ່ຽວກັບການຈັດສັນ ແລະ ແຫລ່ງງົບປະມານຂອງລັດໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ.

ຮູບສະແດງ 5: ການຈັດສັນງົບປະມານຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກໃນປີ 2011



ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ຮູບສະແດງ 6: ແຫລ່ງງົບປະມານຂອງສາທາລະນະສຸກສົກປີ 2010-2012

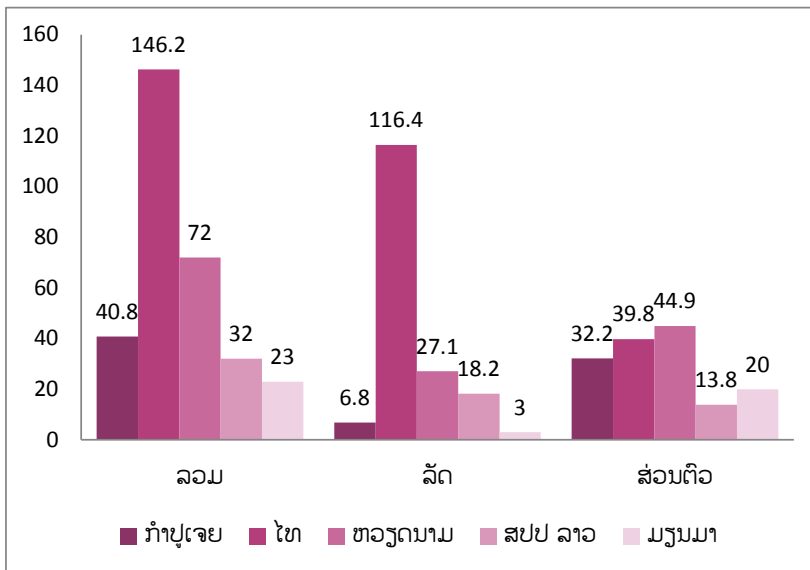


ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

ຮູບສະແດງ 6, ຊື່ໃຫ້ເຫັນວ່າງົບປະມານຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຢູ່ ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຂຶ້ນກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຈາກພາຍນອກສູງ. ອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາຫຼັກໆ ທີ່ໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານວິຊາການ ແລະ ການເງິນ ໃນການພັດທະນາຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ ລວມມີ: ທະນາຄານໂລກ (WB) ອົງການ ອະນາໄມໂລກ (WHO), ອົງການສະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນປະຊາກອນ (UNFPA), ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນ ສໍາລັບເດັກ (UNICEF), ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (ADB), JICA, GAVI, REACH ແລະ ອື່ນໆ.²²

ຂໍ້ມູນສະຖິຕິຈາກທະນາຄານໂລກ, ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຂົ້າໃນການຮັກສາສຸຂະພາບຕໍ່ຫົວຄົນ ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນປະມານ 32 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ຄົນຕໍ່ປີ ໃນປີ 2011; ໃນນັ້ນ, 56,8% ແມ່ນມາຈາກງົບປະມານພາກລັດ. ດັ່ງນັ້ນ, ສປປ ລາວ ຈຶ່ງຍັງເປັນປະເທດທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບສຸຂະພາບຕໍ່ຫົວຄົນທີ່ຕໍ່າທີ່ສຸດໃນບັນດາປະເທດໃນອານຸພາກ ພື້ນແມ່ນໍ້າຂອງຕອນລຸ່ມ (GMS). ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດັ່ງກ່າວໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຕໍ່າກວ່າປະເທດກໍາປູເຈຍ ທີ່ມີລາຍຮັບສະ ເລ່ຍຕໍ່ຫົວຄົນຕໍ່າກວ່າ ສປປ ລາວ. ການໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວເພື່ອສຸຂະພາບໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຕໍ່າເປັນພິເສດ, ເຊິ່ງສະແດງ ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການໃຊ້ຈ່າຍດັ່ງກ່າວແມ່ນບຸລິມະສິດທີ່ຕໍ່າກວ່າ ເມື່ອທຽບກັບປະເທດອື່ນໃນຂົງເຂດອານຸພາກພື້ນແມ່ນໍ້າຂອງ ຕອນລຸ່ມ (ເຖິງແມ່ນວ່າຂໍ້ສະຫລຸບດັ່ງກ່າວຈະຍັງຫຍຸ້ງຍາກ ບົນພື້ນຖານຂໍ້ມູນລະດັບຊາດໃນ ສປປ ລາວ ທີ່ມີຄວາມແຕກ ຕ່າງທາງດ້ານລາຍຮັບ ແລະ ລະຫວ່າງຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ). ຮູບສະແດງ 7 ປຽບທຽບຄ່າໃຊ້ສໍາລັບສຸຂະພາບຕໍ່ຫົວ ຄົນຂອງໃນ ສປປ ລາວ, ຫວຽດນາມ, ໄທ, ພະມ້າ ແລະ ກໍາປູເຈຍ.

ຮູບສະແດງ 7: ສົມທຽບລາຍຈ່າຍເພື່ອສຸຂະພາບຕໍ່ຫົວຄົນຂອງ ສປປ ລາວ ກັບບາງປະເທດໃກ້ຄຽງ ໃນປີ 2011



ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ຄາດຄະເນໂດຍສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ ອີງໃສ່ຂໍ້ມູນຈາກທະນາຄານໂລກ

22 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນງານສໍາລັບການລວມເອົາການບໍລິການໃຫ້ແກ່ແມ່ທີ່ຫາກໍ່ເກີດລູກ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງ ເດັກປີ 2009-2015

2.6. ປະກັນສັງຄົມ ແລະ ສັງຄົມສົງເຄາະ

ໄປຄຽງຄູ່ກັບການເພີ່ມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາກລັດເຂົ້າໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ຍັງໄດ້ຂະຫຍາຍ ລະບົບປະກັນສັງຄົມ ແລະ ສັງຄົມສົງເຄາະ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນຂໍ້ຈຳກັດທາງການເງິນໃນລະດັບຄົວເຮືອນ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ປະຊາ ຊົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນ. ລະບົບປະກັນສັງຄົມທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ໃນ ສປປ ລາວ ສາມາດຫລຸດຫຍໍ້ໄດ້ດັ່ງນີ້:

- **ລະບົບປະກັນສັງຄົມສຳລັບລັດຖະກອນ:** ໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນໃນປີ 1993 ຕາມດຳລັດຂອງນາຍົກລັດຖະ ມົນຕີ ແລະ ໄດ້ຮັບການປັບປຸງຄັ້ງສຸດທ້າຍ ໃນປີ 2006; ລະບົບປະກັນສັງຄົມສຳລັບລັດຖະກອນໄດ້ໃຫ້ການຄຸ້ມ ຄອງແກ່ພະນັກງານລັດ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວ. ລະບົບດັ່ງກ່າວໄດ້ກຳນົດໃຫ້ຜູ້ຮັບຜິດປະໂຫຍດຈ່າຍເງິນສົມທົບ 8% ຂອງເງິນເດືອນເຂົ້າກອງທຶນປະກັນສັງຄົມ. ຜົນປະໂຫຍດທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບຈະມີ: ເງິນບໍານານ, ເງິນອຸດໜູນລູກ, ເງິນອຸດໜູນເສຍອົງຄະ, ເງິນອຸດໜູນເສຍຊີວິດ ແລະ ອຸດໜູນສຸພາບ ເຊິ່ງລວມເງິນອຸດໜູນໄລຍະຖີພາ ແລະ ເກີດ ລູກ. ປັດຈຸບັນ, ລະບົບປະກັນສັງຄົມສຳລັບລັດຖະກອນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສະມາຊິກທັງໝົດປະມານ 200.000 ຄົນ.
- **ລະບົບປະກັນສັງຄົມສຳລັບພະນັກງານວິສາຫະກິດ:** ໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນໃນປີ 1999 ຕາມດຳລັດຂອງ ນາຍົກລັດຖະມົນຕີ; ເພື່ອໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງພະນັກງານ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວໃນວິສາຫະກິດທີ່ມີພະນັກງານແຕ່ 10 ຄົນຂຶ້ນໄປ. ແຫລ່ງທຶນຕົ້ນຕໍແມ່ນມາຈາກການປະກອບສ່ວນຂອງຜູ້ປະກັນຕົນ (ປັດຈຸບັນແມ່ນ 4% ຂອງເງິນ ເດືອນ) ແລະ ບໍລິສັດ (5% ຂອງເງິນເດືອນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ພະນັກງານ). ສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ຜູ້ປະກັນຕົນສາມາດໄດ້ຮັບ ແມ່ນຄືກັນກັບຂອງລັດຖະກອນ. ເຖິງແມ່ນວ່າຈະໄດ້ຮັບການສັ່ງຕ້ອງມາໄດ້ 15 ປີແລ້ວກໍຕາມ, ແຕ່ລະບົບດັ່ງກ່າວຍັງ ຢູ່ໃນໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນຂອງການພັດທະນາ ແລະ ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢູ່ພຽງບາງແຂວງທີ່ມີໂຮງງານເຕົ້າໂຮມຢູ່ຫລາຍ ເທົ່ານັ້ນ. ໃນປີ 2009, ລະບົບດັ່ງກ່າວມີຜູ້ປະກັນຕົນທັງໝົດ 35,000 ຄົນ; ເຊິ່ງເທົ່າກັບປະມານ 45% ຂອງກຸ່ມເປົ້າ ໝາຍ.²³
- **ການປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ:** ໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນໂດຍກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໂດຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ ທາງວິຊາການຈາກລັດຖະບານຍີ່ປຸ່ນ ແລະ ອົງການອະນາໄມໂລກ ໃນປີ 2002. ການປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນເລັ່ງໃສ່ ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແກ່ຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫລະ ແລະ ພະນັກງານວິສາຫະກິດທີ່ມີແຮງງານໜ້ອຍກວ່າ 10 ຄົນ. ກຸ່ມເປົ້າໝາຍດັ່ງກ່າວ ກວມປະມານ 90% ຂອງປະຊາກອນທັງໝົດໃນ ສປປ ລາວ; ໃນນັ້ນລວມມີ: ຊາວກະສິກອນ, ຜູ້ຄ້າລາຍຍ່ອຍ ແລະ ຜູ້ປະກອບການວິສາຫະກິດຄົວເຮືອນ. ການເຂົ້າເປັນສະມາຊິກຂອງລະບົບປະກັນສຸຂະພາບຊຸມ ຊົນແມ່ນຕາມຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ 10 ແຂວງໃນທົ່ວປະເທດ (ແຂວງນະຄອນຫລວງ ວຽງຈັນ, ວຽງຈັນ, ຫລວງພະບາງ, ອຸດົມໄຊ, ບໍລິຄຳໄຊ, ຄຳມ່ວນ, ສະຫວັນນະເຂດ, ຈຳປາສັກ, ສາລະວັນ ແລະ ຫລວງນໍ້າທາ), 25 ເມືອງ ແລະ 26 ບ້ານ. ປັດຈຸບັນ, ລະບົບປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນມີສະມາຊິກທັງໝົດປະມານ 3,500 ຄົວເຮືອນ ຫລື ປະມານ 25,000 ຄົນ²⁴, ເທົ່າກັບປະມານ 0.5% ຂອງກຸ່ມເປົ້າໝາຍ. ແຫລ່ງເງິນປະກັນຕົນຕໍ່ ແມ່ນມາຈາກການປະກອບສ່ວນຂອງຄົວເຮືອນປະກັນຕົນຕາມຂະໜາດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ ຂອງຄົວເຮືອນຕາມກິດລະ ບຽບຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກດັ່ງລາຍລະອຽດໃນຕາຕະລາງ 5.

23 ລະບົບປະກັນສັງຄົມສຳລັບພະນັກງານວິສາຫະກິດ
 24 ຂໍ້ມູນສະໜອງໂດຍພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງອຸດົມໄຊ

ຕາຕະລາງ 5: ການປະກອບສ່ວນລາຍເດືອນເຂົ້າກອງທຶນປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ

ປະເພດເມືອງ	ຂະໜາດຄົວເຮືອນ/ການປະກອບສ່ວນລາຍເດືອນ			
	≥ 8 ຄົນ	5-7 ຄົນ	2-4 ຄົນ	
ກ (ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ ແລະ ເມືອງເທດສະບານຂອງແຂວງ)	4,1 ໂດລາ	3,8 ໂດລາ	3 ໂດລາ	1,8 ໂດລາ
ຂ (ເມືອງອື່ນໆ)	3,5 ໂດລາ	3,1 ໂດລາ	2,5 ໂດລາ	1,5 ໂດລາ

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. ກົດລະບຽບກອງທຶນປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ, 2005

ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບມີ: ການກວດສຸຂະພາບຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ປະກອບເງິນເຂົ້າກອງທຶນຕິດຕໍ່ກັນເປັນເວລາສອງເດືອນ; ນອນປິ່ນປົວ ແລະ ຜ່າຕັດສຸກເສີມໃນໂຮງໝໍເມື່ອຈ່າຍເງິນສົມທົບຕິດຕໍ່ກັນສາມເດືອນ; ເກີດລູກ ແລະ ຜ່າຕັດທີ່ສາມາດວາງແຜນລ່ວງໜ້າ ຫຼັງຈ່າຍເງິນສົມທົບ 6 ເດືອນຕິດຕໍ່ກັນ. ສິດໃນການປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍສູງສຸດບໍ່ເກີນ 90 ວັນ. ຢາ ແລະ ອຸປະກອນພື້ນຖານທີ່ນໍາໃຊ້ເຂົ້າໃນການປິ່ນປົວ ແມ່ນກະຊວງສາທາລະນະສຸກເປັນຜູ້ກຳນົດ. ຖ້າຜູ້ປະກັນຕົນຕ້ອງການຢາ ແລະ ອຸປະກອນທີ່ມີຄຸນນະພາບດີກວ່າທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເອງ. ລະບົບການປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງອຸບັດຕິເຫດ, ການບາດເຈັບທີ່ເກີດຈາກການທໍາຮ້າຍຕົນເອງ, ການຜ່າຕັດເພື່ອເສີມຄວາມງາມ ແລະ ການແປງເພດ, ການຮັກສາໂລກ HIV/AIDS, ໂລຫິດຈາງ, ການຕັດແວ່ນຕາ ແລະ ການເຮັດແຂ້ວທຽມ.

- ກອງທຶນສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ທຸກຍາກ:** ແມ່ນກອງທຶນສັງຄົມສົ່ງເຄາະທີ່ໃຫ້ການປະກັນສຸຂະພາບແກ່ຜູ້ທຸກຍາກທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃນສະຖານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ. ເປົ້າໝາຍຕົ້ນຕໍຂອງກອງທຶນດັ່ງກ່າວ ແມ່ນ
 - (1) ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນການຫລຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກ ໂດຍການປົກປ້ອງຜູ້ທຸກຍາກຈາກການທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບປິ່ນປົວສຸຂະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ແລະ ຮຸນແຮງ;
 - (2) ການຫລຸດຜ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ທຸກຍາກເຂົ້າໃນການຮັກສາສຸຂະພາບ;
 - (3) ເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາທາງການເງິນ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ບຸລິມະສິດແກ່ຜູ້ທຸກຍາກໃນການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ;
 - (4) ຊ່ວຍເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບທີ່ທຸກຍາກເປັນຜູ້ໄດ້ນໍາໃຊ້ການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ;
 - (5) ເພີ່ມທະວີການນໍາໃຊ້ການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໂດຍຜູ້ທຸກຍາກ;
 - (6) ຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງລະບົບການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ;
 - (7) ສະໜອງຊ່ອງທາງໃນການສະແດງສິດທິຂອງຜູ້ທຸກຍາກໃນຖານະຂອງຜູ້ນໍາໃຊ້ການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ;
 - (8) ສະໜອງຄວາມປອດໄພທາງສັງຄົມໃຫ້ຜູ້ທຸກຍາກ ແລະ ປະກອບສ່ວນຊຸກຍູ້ການພັດທະນາລະບົບປະກັນສຸກຂະພາບທົ່ວໜ້າແຫ່ງຊາດ.²⁵

ໃນປັດຈຸບັນ, ມີ 3 ໂຄງການທົດລອງທີ່ກຳລັງດຳເນີນຢູ່. ອົງການກາແດງສະວິດດຳເນີນໂຄງການດັ່ງກ່າວຢູ່ເມືອງນ້ຳບາກ, ແຂວງຫລວງພະບາງ ແຕ່ປີ 2004 ເຖິງປີ 2005; ຫຼັງຈາກນັ້ນ ໄດ້ມອບມອບຄວາມຮັບຜິດຊອບກ່ຽວກັບກອງທຶນໃຫ້ແກ່ອົງການກາແດງລາວ. ຈາກນັ້ນ, ອົງການກາແດງລາວໄດ້ສືບຕໍ່ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນກອງທຶນດັ່ງກ່າວ. ໃນແຂວງວຽງຈັນ, ການຮ່ວມມືທາງດ້ານວິຊາການເບວຍຽມ (Belgian Technical Cooperation) ໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນໃນການສ້າງກອງທຶນປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ທຸກຍາກຢູ່ 2 ເມືອງ ແລະ ການພັດທະນາລູກ

25 ກົມແຜນການ ແລະ ງົບປະມານ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2012, ກອງທຶນປະກັນສຸກຂະພາບສໍາລັບຜູ້ທຸກຍາກ ໃນ ສປປ ລາວ.

ຊຳບວກ (Luxemburg Development) ໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນກອງທຶນດັ່ງກ່າວຢູ່ 9 ເມືອງ. ປັດຈຸບັນ, ກະຊວງສາທາລະນາສຸກກຳລັງວາງແຜນຂະຫຍາຍກອງທຶນດັ່ງກ່າວ. ໃນປີ 2008, ກະຊວງສາທາລະນາສຸກໄດ້ເລີ່ມຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໂຄງການທົດລອງ ຢູ່ 5 ແຂວງພາກໃຕ້ຂອງລາວ ໂດຍໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກໂຄງການຮ່ວມມື ເພື່ອປັບປຸງສະບັບສາທາລະນາສຸກລະຫວ່າງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ທະນາຄານໂລກ (MoH-World Bank Health Improvement Project) ແລະ ໃນ 3 ແຂວງພາກເໜືອ ພາຍໃຕ້ກອບຂອງໂຄງການການພັດທະນາຂອງ ຂະແໜງສາທາລະນາສຸກ ທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານງົບປະມານຈາກທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (ADB).

ແຕ່ລະກອງທຶນປະກັນສຸກຂະພາບສຳລັບຜູ້ທຸກຍາກ ໄດ້ກຳນົດຜູ້ທີ່ທຸກຍາກທີ່ສຸດໃນເມືອງດັ່ງກ່າວ ແລະ ໄດ້ອອກບັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດເຂົ້າຮັບການບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບມີ: ບໍລິການປິ່ນປົວ, ຢາ, ອຸປະກອນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ຜົນກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ, ຄ່າເດີນທາງ, ອາຫານ ແລະ ສະບູ. ບໍລິການປິ່ນປົວໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າດັ່ງກ່າວສາມາດໄດ້ຮັບໃນສຸກສາລາໄປຈົນເຖິງໂຮງໝໍແຂວງ. ຄົນເຈັບທຸກຍາກທີ່ຍັງບໍ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ ບັດກໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວເຊັ່ນກັນ ໂດຍອີງຕາມການສຳພາດ, ພິຈາລະນາ ແລະ ຕັດສິນໃຈຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ໃນໂຮງໝໍ. ໜ່ວຍງານຄຸ້ມຄອງກອງທຶນປະກັນສຸກຂະພາບສຳລັບຜູ້ທຸກຍາກຈະແຕກຕ່າງກັນໃນລະດັບທ້ອງຖິ່ນ, ເມືອງ ແລະ ແຂວງ.

- ດຳລັດເລກທີ 156/ນຍ, ວ່າດ້ວຍການເກີດລູກ ແລະ ການປິ່ນປົວເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ ແບບບໍ່ເສຍຄ່າ: ແມ່ນມາດຕະການສະເພາະຂອງລັດຖະບານ ເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ເດັກອາຍຸ ຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ. ດຳລັດສະບັບດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ ໃນປີ 2012 ແລະ ເລີ່ມຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນປີ 2013, ໂດຍເລີ່ມຈາກເມືອງທີ່ທຸກຍາກກ່ອນ ແລະ ຈະຂະຫຍາຍໄປທົ່ວປະເທດ. ດຳລັດສະບັບດັ່ງກ່າວໄດ້ກຳນົດໃຫ້ ແມ່ຍິງທີ່ຖືພາສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການກວດທ້ອງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໄດ້ສິ່ຄັ້ງ, ໄດ້ຮັບການສັກຢາກັນພະຍາດຄົບຖ້ວນ, ໄດ້ຮັບການບໍລິການຫລັງເກີດ ແລະ ການບໍລິການເກີດໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ; ລວມເຖິງການສົ່ງຕໍ່ ແລະ ນອນໂຮງ ໝໍໃນກໍລະນີຈຳເປັນ, ລວມເຖິງການຜ່າຕັດເກີດລູກ ແລະ ການຮັກສາພະຍາດແຊກຊ້ອນທີ່ພົວພັນເຖິງການເກີດຂອງເດັກ. ນອກນັ້ນ, ຄູ່ມືການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຍັງໄດ້ມີການກຳນົດໃຫ້ມີການກວດສອບໃນກໍລະນີແມ່ເສຍຊີວິດ, ຊອກຫາສາເຫດຂອງການເສຍຊີວິດໃນ ຫລື ນອກສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ.

ສຳລັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ, ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບມີ ການຄຸ້ມຄອງເບິ່ງແຍງໃກ້ສິດຈາກແພດຫລັງເກີດ, ໄດ້ຮັບການສັກຢາກັນພະຍາດຄົບຕາມລາຍການສັກຢາກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ, ການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປິ່ນປົວ, ການເຄື່ອນຍ້າຍຄົນເຈັບ ແລະ ການຜ່າຕັດ. ແມ່ ແລະ ເດັກຈະໄດ້ຮັບຄ່າອາຫານ ແລະ ຄ່າເດີນທາງ ຖ້າໄລຍະທາງໄປຫາສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກມີຄວາມຍາວແຕ່ 6 ກິໂລແມັດຂຶ້ນໄປ. ເພື່ອເປັນການສົ່ງເສີມການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຊຸມຊົນ, ຄູ່ມືຈັດຕັ້ງປະຕິບັດດັ່ງກ່າວໄດ້ໃຫ້ສິ່ງຈູງໃຈແກ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ສາທາລະນະສຸກບ້ານທີ່ພາແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ເດັກມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 1 ປີໄປໂຮງໝໍ. ບົດແນະນຳການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຍັງໄດ້ກຳນົດໃຫ້ບ້ານທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການໄດ້ຮັບເງິນ 12 ໂດລາສະຫະລັດ/ປີ ເພື່ອເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບປະຊາກອນກຸ່ມເປົ້າໝາຍ, ລວມການລາຍງານກ່ຽວກັບການເກີດ ແລະ ການເສຍຊີວິດ ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ງົບປະມານສຳລັບການຈັດຕັ້ງນະໂຍບາຍດັ່ງກ່າວ ຍັງອີງໃສ່ການຊ່ວຍເຫລືອຈາກພາຍນອກເປັນສ່ວນໃຫຍ່.

2.7. ສຸຂະສິກສາ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ

ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນມາດຕາການໜຶ່ງທີ່ສໍາຄັນໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ອີງຕາມຂໍ້ມູນຈາກອົງການອະນາໄມໂລກ, ການວາງແຜນຄອບຄົວຊ່ວຍຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ປະມານ 30%.²⁶ ຫລາຍອົງການຂອງລັດ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນມີສ່ວນຮ່ວມໃນວຽກງານນີ້, ໃນນັ້ນລວມມີ: ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ສູນກາງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວ, ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ-ກອງທຶນປະຊາກອນ, ອົງການອານາໄມໂລກ, ອົງການສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອການພັດທະນາ ແລະ ອື່ນໆ. ໂຄງການໄດ້ສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໃຫ້ແກ່ປະຊາຊົນ ແລະ ອໍານວຍຄວາມສະດວກໃນການເຂົ້າເຖິງ ອຸປະກອນຄຸມກໍາເນີດເຊັ່ນ: ຖົງຢາງອະນາໄມ, ຢາຄຸມກໍາເນີດ ແລະ ອື່ນໆ. ການບໍລິການດັ່ງກ່າວໄດ້ຊ່ວຍໃຫ້ແມ່ຍິງສາມາດຕັດສິນໃຈໂດຍປະສານສົມທົບກັບຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າວ່າ ຄວນເອົາລູກເວລາໃດ ແລະ ຈະເອົາລູກຈັກຄົນ. ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວດັ່ງກ່າວມີຜົນທີ່ສໍາຄັນໃນ ສປປ ລາວ. ອີງຕາມຜົນການສໍາຫລວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມຂອງ ສປປ ລາວ ປີ 2011, ມີປະມານ 94% ຂອງຜູ້ຍິງ ແລະ 93,5% ຂອງຜູ້ຊາຍໃນໄວຈະເລີນພັນ (ອາຍຸ 15-49 ປີ) ທີ່ໃຫ້ການສໍາພາດຮູ້ວິທີການຄຸມກໍາເນີດຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງວິທີ ແລະ ປະມານເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຜູ້ທີ່ໃຫ້ການສໍາພາດ (56,9% ຢູ່ໃນພາກເໜືອ, 47,4% ໃນພາກກາງ ແລະ 41,5% ໃນພາກໃຕ້) ກ່າວວ່າ ໄດ້ນໍາໃຊ້ວິທີການຄຸມກໍາເນີດໃດໜຶ່ງ. ສ່ວນອັດຕາການເກີດລູກກ່ອນໄວອັນຄວນແມ່ນຄ່ອຍໆຫລຸດລົງໃນສອງທົດສະວັດຜ່ານມາ, ຈາກ 115 ຕໍ່ 1,000 ໃນປີ 1994 ມາເປັນ 102 ຕໍ່ 1,00 ໃນປີ 2000 ແລະ ເປັນ 94 ຕໍ່ 1,000 ໃນປີ 2009. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ອັດຕາການເກີດລູກຂອງໄວໜຸ່ມ ໃນ ສປປ ລາວ ຍັງຂ້ອນຂ້າງສູງ ຖ້າທຽບໃສ່ປະເທດກໍາປູເຈຍ (70 ຕໍ່ 1,000 ຄົນ), ໄທ (41 ຕໍ່ 1,000 ຄົນ), ຫວຽດນາມ (30 ຕໍ່ 1,000 ຄົນ) ແລະ ມຽນມາ (13 ຕໍ່ 1,000).²⁷

2.8. ລະບົບຕິດຕາມປະເມີນຜົນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ

ລະບົບການຕິດຕາມ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນທີ່ມີປະສິດທິພາບ ຈະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໃຫ້ແກ່ການກໍານົດນະໂຍບາຍ. ໃນ ສປປ ລາວ ມີສອງລະບົບການຕິດຕາມໃນຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ ດັ່ງລາຍລະອຽດຕໍ່ໄປນີ້:

- (1) **ລະບົບການຕິດຕາມກວດກາ ແລະ ການລາຍງານແບບປົກກະຕິ:** ດັ່ງໄດ້ກ່າວມາແລ້ວຂ້າງເທິງ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກມີເຄືອຂ່າຍປະສານງານລົງຮອດທ້ອງຖິ່ນ. ໃນແຕ່ລະປີ, ສາທາລະນະສຸກຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານກ່ຽວກັບສະພາບດ້ານສາທາລະນະສຸກໃນເຂດຮັບຜິດຊອບຂອງຕົນໃຫ້ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ. ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງຈະສະຫລຸບສັງລວມແລ້ວລາຍງານໃຫ້ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ຈະລາຍງານຕໍ່ໃຫ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. ໃນກໍລະນີຈໍາເປັນ, ສາທາລະນະສຸກຂັ້ນເທິງສາມາດສົ່ງໃຫ້ສາທາລະນະສຸກຂັ້ນລຸ່ມລາຍງານໄດ້ທຸກເວລາ. ຂໍ້ມູນສາທາລະນະສຸກທັງໝົດທີ່ສັງລວມມາໄດ້ຈະຖືກຮັກສາໄວ້ທີ່ກົມແຜນການ ແລະ ງົບປະມານຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ.

26 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດແລະແຜນງານສໍາລັບການລວມເອົາການໃຫ້ບໍລິການແກ່ແມ່ທີ່ຫາກໍເກີດລູກແລະສຸຂະພາບຂອງເດັກປີ 2009-2015

27 ຖານຂໍ້ມູນຂອງທະນາຄານໂລກ

ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ເນື່ອງຈາກຂໍ້ຈຳກັດທາງດ້ານຂີດຄວາມສາມາດ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໃນລະດັບທ້ອງຖິ່ນ ເຮັດໃຫ້ປະສິດທິພາບຂອງລະບົບລາຍງານປົກກະຕິໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຍັງບໍ່ສູງ. ຕາມຜົນການປົກສາຫາລືກັບຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງ, ສຸກສາລາຫລາຍແຫ່ງບໍ່ໄດ້ມີການລາຍງານຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃຫ້ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ, ດ້ວຍເຫດນັ້ນຈຶ່ງເຮັດຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງບໍ່ສາມາດລາຍງານຕໍ່ໃຫ້ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງໄດ້ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງບໍ່ສາມາດລາຍງານໃຫ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກໄດ້. ນອກນັ້ນ, ການລາຍງານຍັງເປັນພຽງການລາຍງານກ່ຽວກັບສະພາບສາທາລະນະສຸກໂດຍລວມເທົ່ານັ້ນ; ບໍ່ໄດ້ມີຕົວເລກສະຖິຕິລະອຽດ ເຊັ່ນ: ສະຖິຕິການເກີດ, ການເສຍຊີວິດ, ນ້ຳໜັກຂອງເດັກເກີດໃໝ່, ພະຍາດ ແລະ ອື່ນໆ.²⁸ ຕາມຜົນການສຳພາດຜູ້ກ່ຽວຂ້ອງ, ລະບົບລາຍງານປົກກະຕິຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການປັບປຸງອີກຫລາຍ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນຈະຕ້ອງມີບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມສາມາດ, ອຸປະກອນທີ່ດີກວ່າ ແລະ ສິ່ງຈູງໃຈສູງກວ່າ (ເຊັ່ນ: ຄ່າຕອບແທນສູງກວ່າ, ກາລະໂອກາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການສົ່ງເສີມແກ່ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ).

(2) ການສຳຫລວດເປັນໄລຍະ: ການສຳຫລວດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບເປັນໄລຍະໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນມາ ແຕ່ປີ 1994, ຫລາຍໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໄດ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການສຳຫລວດດັ່ງກ່າວ. ການສຳຫລວດທີ່ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຫລາກຫລາຍແກ່ການກຳນົດນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານສາທາລະນະສຸກມີ:

- **ສຳຫລວດກຸ່ມດັດຊະນີໝາຍ (MICS/Multy Indicator Cluster Survey):** ແມ່ນການສຳຫລວດລະດັບຊາດທີ່ສະໜອງຂໍ້ມູນອານຸກົມເວລາ (Tme-Series Data) ເພື່ອສະໜັບສະໜູນການພັດທະນາຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ. ການສຳຫລວດ MICS ຄັ້ງທຳອິດແມ່ນໃນປີ 1994, ຄັ້ງທີ່ສອງໃນປີ 2000 ແລະ ຄັ້ງທີ່ສາມແມ່ນປີ 2005; ການສຳຫລວດຄັ້ງສຸດທ້າຍ ກວມເອົາ 6.000 ຄົວເຮືອນໃນທົ່ວປະເທດ. ໃນປີ 2010, ການສຳຫລວດ MICS ໄດ້ລວມເຂົ້າກັບການສຳຫລວດສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ສປປ ລາວ (LRHS) ແລະ ກາຍເປັນການສຳຫລວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມລາວ (LSIS).
- **ການສຳຫລວດສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (LRHS/Lao Reproductive Health Survey):** ແມ່ນການສຳຫລວດທີ່ສຳຄັນອີກການສະຫລວດໜຶ່ງເຊັ່ນດຽວກັບການສຳຫລວດ MICS, ການສຳຫລວດສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ໃນ ສປປ ລາວ (LRHS) ຄັ້ງທຳອິດໃນປີ 1994, ຄັ້ງທີສອງໃນປີ 2000 ແລະ ຄັ້ງທີ່ສາມໃນປີ 2006. ການສຳຫລວດປີ 2006 ກວມ 21.600 ຄົວເຮືອນ. ການສຳຫລວດສຸກຂະພາບຈະເລີນພັນຄັ້ງສຸດທ້າຍ ແມ່ນໄດ້ຖືກລວມເຂົ້າກັບການສຳຫລວດ MICS ແລະ ກາຍມາເປັນການສຳຫລວດ LSIS ໃນປີ 2010.
- **ການສຳຫລວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມລາວ (LSIS/Lao Social Indicators Survey):** ເລີ່ມປີ 2010 ເພື່ອປ່ຽນແທນການສຳຫລວດ MICS ແລະ LRHS. ການສຳຫລວດດັ່ງກ່າວປະກອບມີ 4 ພາກສ່ວນ ຄື: ການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ, ການສຳຫລວດຜູ້ຊາຍ, ການສຳຫລວດແມ່ຍິງ ແລະ ການສຳຫລວດເດັກນ້ອຍ. ຄົວເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບການສຳຫລວດທັງໝົດມີ 18.843 ຄົວເຮືອນ; ແມ່ຍິງທຳໄດ້ຮັບການສຳພາດທັງໝົດມີ 22.476 ຄົນ, ຜູ້ຊາຍອາຍຸລະຫວ່າງ 15-49 ປີ ທີ່ໄດ້ຮັບການສຳພາດທັງໝົດ 9,951 ຄົນ ແລະ ເດັກນ້ອຍ

28 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009, ຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນງານສຳລັບການລວມເອົາການບໍລິການໃຫ້ແກ່ແມ່ທີ່ຫາກໍ່ເກີດລູກ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງເດັກປີ 2009-2015

11.067 ຄົນ. ເພາະສະນັ້ນ, ການສໍາຫລວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມ ຈຶ່ງເປັນການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ທີ່ສຸດ ໃນ ສປປ ລາວ ໃນປັດຈຸບັນ. ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວຍັງຖືກຈຳກັດຈາກກົດໝາຍສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ. ນັກຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ນັກວາງແຜນຍັງສາມາດເຂົ້າເຖິງພຽງຂໍ້ມູນຂັ້ນສອງ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດເຜີຍແຜ່ເທົ່ານັ້ນ.

3. ກໍລະນີສຶກສາກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ

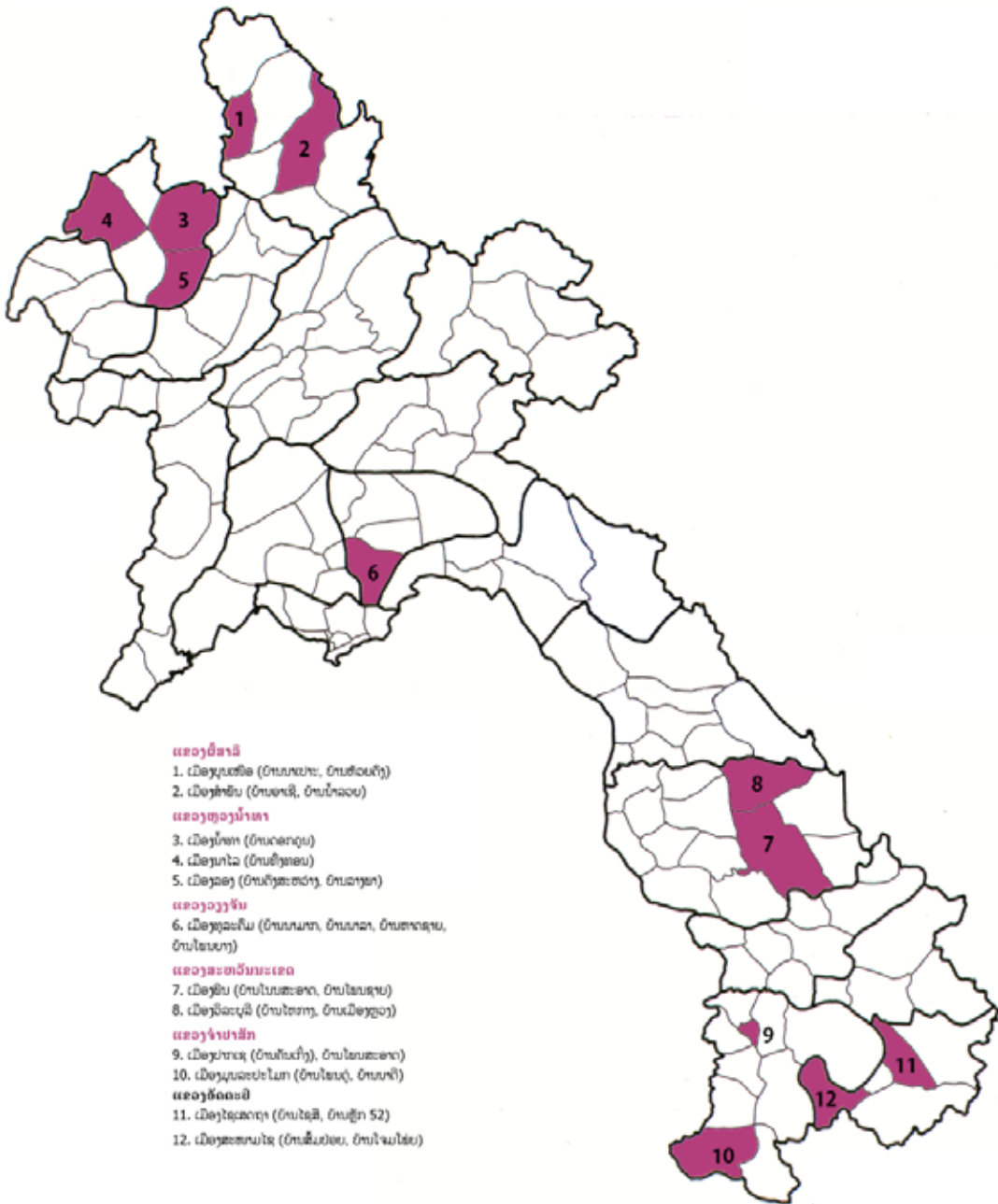
ໃນພາກຂ້າງເທິງ ພວກເຮົາໄດ້ສະເໜີກ່ຽວກັບສະຖາບັນ, ນະໂຍບາຍ, ແຜນງານ ແລະ ໂຄງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການແກ້ໄຂບັນຫາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ພ້ອມດຽວກັນນັ້ນ ພວກເຮົາກໍ່ໄດ້ສະເໜີ ຂໍ້ມູນສະຖິຕິກ່ຽວກັບທ່າອ່ຽງການປ່ຽນແປງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ໂດຍປຽບທຽບກັບບັນດາປະເທດເພື່ອນບ້ານ ເຊັ່ນ: ໄທ, ຫວຽດນາມ, ກຳປູເຈຍ, ມຽນມາ ແລະ ຈີນ. ໃນພາກນີ້, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ວິໄຈລົງເລິກ ກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆ ທີ່ກະທົບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ ດ້ວຍການນໍາສະເໜີຜົນກໍລະນີສຶກສາ ເຊິ່ງກວມເອົາ 6 ແຂວງ ຂອງ ສປປ ລາວ (ລາຍລະອຽດໃນຮູບສະແດງ 8 ຂ້າງເທິງ). ພວກເຮົາຈະເລີ່ມຈາກການນໍາສະເໜີສະພາບຈຸດພິເສດຂອງພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາດັ່ງກ່າວ.

3.1. ສະພາບຈຸດພິເສດຂອງເຂດກໍລະນີສຶກສາ

ການດໍາເນີນການສໍາຫລວດ ແລະ ເກັບກຳຂໍ້ມູນໄດ້ດໍາເນີນໃນທ້າຍ ປີ 2013, ກວມເອົາ 24 ບ້ານໃນ 6 ແຂວງ: ແຂວງຜົ້ງສາລີ, ຫລວງນໍ້າທາ, ວຽງຈັນ, ສະຫວັນນະເຂດ, ຈຳປາສັກ ແລະ ອັດຕະປື, ນອນໃນສາມພາກ: ພາກເໜືອ, ພາກກາງ ແລະ ພາກໃຕ້ຂອງປະເທດ. ກໍລະນີສຶກສາໄດ້ເລືອກເອົາ 2 ເມືອງທີ່ມີອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ນ້ອນຂ້າງສູງໃນແຕ່ລະແຂວງ ແລະ ເລືອກເອົາ 2 ບ້ານໃນແຕ່ລະເມືອງ.²⁹ ເພາະສະນັ້ນ, ບ້ານຕົວແທນດັ່ງກ່າວ ຈຶ່ງກະຈາຍຢູ່ທົ່ວປະເທດ ແລະ ມີຄວາມຫລາກຫລາຍທາງດ້ານພູມສັນຖານ, ຊົນຊາດຊົນເຜົ່າ ແລະ ລະດັບການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ. ເພາະສະນັ້ນ, ຈຶ່ງຫວັງຢ່າງຍິ່ງວ່າ ຜົນໄດ້ຮັບຈາກກໍລະນີສຶກສານີ້ ຈະສາມາດເປັນຕົວແທນໃນລະດັບປະເທດໄດ້ໃນລະດັບໃດໜຶ່ງ. ເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາດັ່ງກ່າວສ່ວນໃຫຍ່ເປັນເຂດຊົນນະບົດ, ມີເນື້ອທີ່ປະມານ 43.960 ເຮັກຕາຫລື ເທົ່າກັບປະມານ 439,6 ກມ²; ປະມານ 50% ຂອງພື້ນທີ່ດັ່ງກ່າວແມ່ນດິນກະສິກຳ, ປະມານ 10% ແມ່ນເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ປະມານ 40% ເປັນພື້ນທີ່ປ່າ. ຮູບສະແດງ 8 ສະແດງລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ.

29 ໃນແຂວງຫລວງນໍ້າທາ, ໄດ້ເລືອກເອົາສາມເມືອງ ເນື່ອງຈາກຂໍ້ຈຳກັດທາງດ້ານຄົມມະນາຄົມໃນການເຂົ້າເຖິງໃນລະດູຝົນ; ໃນຂະນະທີ່ທັງສີ່ບ້ານໃນແຂວງວຽງຈັນແມ່ນຢູ່ເມືອງດຽວກັນຍ້ອນສາຍເຫດດຽວກັນ.

ຮູບສະແດງ 8: ທີ່ຕັ້ງທາງພູມສາດຂອງເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ



ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ສ້າງໂດຍທີມງານສຶກສາ

3.1.1. ໂຄງສ້າງປະຊາກອນ

ມີປະຊາກອນທັງໝົດ 20.939 ຄົນ, ໃນນັ້ນ 10.457 ຄົນ (ປະມານ 49,9%) ແມ່ນແມ່ຍິງ. ຫລາຍກວ່າ 62,8% ຂອງປະຊາກອນດັ່ງກ່າວຢູ່ໃນອາຍຸອອກແຮງງານ, ລະຫວ່າງ 15-60 ປີ (ແນວໃດກໍ່ຕາມ ຫລາຍຄົນທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເກນອາຍຸນີ້ ກໍ່ອອກແຮງງານເຊັ່ນກັນ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໃນການຜະລິດກະສິກໍາທີ່ເປັນຂອງຄົວເຮືອນ); ເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວໜຸ່ມທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າອາຍຸ 15 ປີ ກວມເອົາປະມານ 25,6% ຂອງປະຊາກອນທັງໝົດໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ; ປະຊາກອນທີ່ມີອາຍຸສູງກວ່າ 60 ປີ ຂຶ້ນໄປກວມພຽງແຕ່ 8,4%. ທາງດ້ານຊົນເຜົ່າ, 68,5% ຂອງປະຊາກອນດັ່ງກ່າວແມ່ນຊົນເຜົ່າລາວລຸ່ມ, ລອງລົງມາ 21% ແລະ 7,5% ແມ່ນຊົນເຜົ່າລາວເທິງ ແລະ ຊົນເຜົ່າມື້ງຕາມລຳດັບ.

ສ່ວນໃຫຍ່ (63,9%) ຂອງປະຊາກອນດັ່ງກ່າວໃນເກນອາຍຸແຕ່ 15 ປີຂຶ້ນໄປ ມີລະດັບການສຶກສາຈົບຊັ້ນປະຖົມລົງມາປະມານ 12,4% ຈົບມັດທະຍົມຕົ້ນປະມານ 7% ແລະ 2,6% ຂອງປະຊາກອນທີ່ຈົບມັດທະຍົມປາຍ ແລະ ສູງກວ່າ. ປະມານ 6,5% ບໍ່ຮູ້ໜັງສື. ໂຄງສ້າງທາງດ້ານຊົນເຜົ່າ ແລະ ລະດັບການສຶກສາຂອງປະຊາກອນໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາແມ່ນໃກ້ຄຽງກັນກັບລັກສະນະດັ່ງກ່າວໃນລະດັບປະເທດ. ຕາຕະລາງ 6 ສະແດງສະພາບຈຸດພິເສດຂອງປະຊາກອນໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ.

ຕາຕະລາງ 6: ໂຄງສ້າງ ແລະ ລະດັບການສຶກສາຂອງປະຊາກອນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ

ໂຄງສ້າງປະຊາກອນ		ອັດຕາສ່ວນ
ເພດ		
ຊາຍ		50,1%
ຍິງ		49,9%
ກຸ່ມອາຍຸ		
ຕໍ່າກວ່າ 15 ປີ		31,3%
ລະຫວ່າງ 15 ຫາ 60 ປີ		59,1%
ຫລາຍກວ່າ 60 ປີ		9,6%
ຊົນເຜົ່າ		
ລາວລຸ່ມ		68,5%
ລາວສູງ		7,5%
ລາວເທິງ		21%
ອື່ນໆ		3%

ໂຄງສ້າງປະຊາກອນ	ອັດຕາສ່ວນ
ລະດັບການສຶກສາຂອງປະຊາກອນອາຍຸ 15ປີ ຂຶ້ນໄປ	
ກົກໜັງສື	6,5%
ຕໍ່າກວ່າຊັ້ນປະຖົມ	8%
ຈົບຊັ້ນປະຖົມ	49,4%
ຈົບມັດທະຍົມຕົ້ນ	12,4%
ຈົບມັດທະຍົມປາຍ	7%
ຈົບສູງກວ່າມັດທະຍົມປາຍ	2,6%
ກຳລັງສຶກສາ	14,1%

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

3.1.2. ກິດຈະກຳທາງດ້ານເສດຖະກິດ, ແຫລ່ງລາຍຮັບ ແລະ ການກະຈາຍລາຍຮັບ

ໂດຍສະເລ່ຍແລ້ວລາຍຮັບຕໍ່ຫົວຄົນຂອງປະຊາກອນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ ແມ່ນປະມານ 8,4 ລ້ານກີບ ຫລື ປະມານ 1.050 ໂດລາສະຫະລັດຕໍ່ປີ; ເຊິ່ງເປັນລາຍຮັບທີ່ຕໍ່າກວ່າລວມຍອດມູນຄ່າຜະລິດຕະພັນແຫ່ງຊາດ (GDP) ສະເລ່ຍຕໍ່ຫົວຄົນໃນປີ 2013 ປະມານໜຶ່ງສ່ວນສາມ (1.550 ໂດລາສະຫະລັດ), ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ສ່ວນໃຫຍ່ຂອງເຂດກໍລະນີສຶກສາແມ່ນເຂດຊືນນະບົດທີ່ມີລະດັບການພັດທະນາທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ຕໍ່າກວ່າລະດັບສະເລ່ຍຂອງປະເທດ. ເນື່ອງຈາກວ່າການຄັດເລືອກເຂດຕົວແທນຕາມອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່, ຜົນການວິເຄາະດັ່ງກ່າວໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ຊືນນະບົດສູງກວ່າເຂດຕົວເມືອງ.

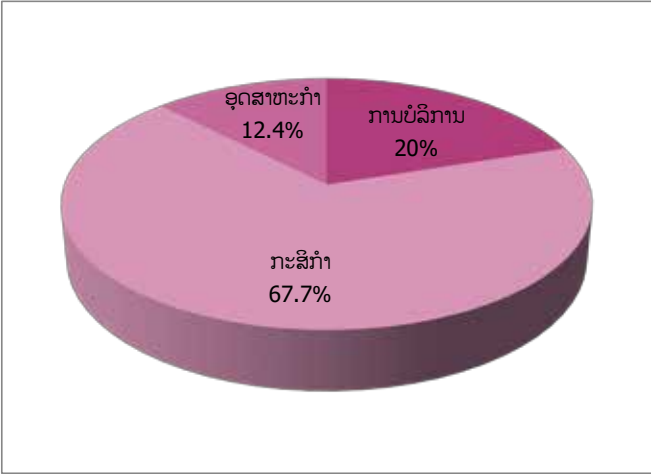
ອຸດສາຫະກຳຂອງ ສປປ ລາວ ສ່ວນໃຫຍ່ທ້ອນໂຮມຢູ່ໃນຕົວເມືອງ; ສ່ວນເຂດຊືນນະບົດໃຫຍ່ແມ່ນອີງໃສ່ການຜະລິດກະສິກຳແບບກຸ້ມຕົນເອງເປັນຕົ້ນຕໍ. ສະພາບດັ່ງກ່າວ ໄດ້ຮັບການຢືນຢັນອີກເທື່ອໜຶ່ງຈາກຜົນການສຶກສາຄັ້ງນີ້. ຫລາຍກວ່າ 67,7% ລາຍຮັບຂອງປະຊາກອນຢູ່ເຂດກໍລະນີສຶກສາມາຈາກການຜະລິດກະສິກຳ; ເຊິ່ງລວມມີການປູກພືດ, ລ້ຽງສັດ ແລະ ການປະມົງ; 92% ຂອງກຳລັງແຮງງານປະກອບອາຊີບຕົ້ນຕໍໃນຂະແໜງດັ່ງກ່າວ. ຜະລິດຕະພັນກະສິກຳຕົ້ນຕໍແມ່ນ ເຂົ້າ, ຜັກ, ໝາກໄມ້, ງົວ, ໝູ, ສັດປີກ ແລະ ອື່ນໆ. ການຜະລິດກະສິກຳສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນການຜະລິດແບບກຸ້ມຕົນເອງທີ່ນຳໃຊ້ແຮງງານພາຍໃນຄອບຄົວ ແລະ ວິທີການຜະລິດແບບພື້ນເມືອງ. ຊາວກະສິກອນສ່ວນໃຫຍ່ຈະຜະລິດສະບຽງອາຫານເພື່ອຊົມໃຊ້ໃນຄົວເຮືອນ ແລະ ຂາຍບາງສ່ວນເພື່ອເປັນລາຍຮັບ.

ຮອງລົງມາແມ່ນຂະແໜງການບໍລິການ; ປະມານ 5% ຂອງກຳລັງແຮງງານປະກອບອາຊີບຕົ້ນຕໍໃນຂະແໜງດັ່ງກ່າວ ແລະ ຂະແໜງດັ່ງກ່າວປະກອບສ່ວນປະມານ 20% ເຂົ້າໃນລາຍຮັບລວມຂອງເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ. ການບໍລິການຕົ້ນຕໍມີ: ການຄ້າຂາຍຍ່ອຍ, ຮ້ານອາຫານ, ຮ້ານບັນເທີງ, ບໍລິການຂົນສົ່ງ, ຮ້ານສ້ອມແປງ ແລະ ອື່ນໆ. ເຊັ່ນດຽວກັນກັບຂະແໜງການກະສິກຳ, ການບໍລິການສ່ວນໃຫຍ່ເປັນທຸລະກິດຄອບຄົວ, ນຳໃຊ້ທຶນ ແລະ ແຮງງານພາຍໃນຄົວເຮືອນເປັນຕົ້ນຕໍ. ສ່ວນການບໍລິການມີລັກສະນະທຸລະກິດຂະໜາດໃຫຍ່ ນຳໃຊ້ແຮງງານພາຍນອກແມ່ນຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການພັດທະນາ. ຂະແໜງບໍລິການແມ່ນແຫລ່ງລາຍຮັບອັນດັບສອງຂອງຫລາຍຄົວເຮືອນ.

ຂະແໜງການອຸດສາຫະກຳ ແມ່ນຂະແໜງເສດຖະກິດທີ່ສໍາຄັນອັນດັບສາມ ໃນການສ້າງວຽກເຮັດງານທຳ ແລະ ເປັນກິດຈະກຳທີ່ສ້າງລາຍຮັບໃຫ້ປະຊາຊົນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ; ຂະແໜງການດັ່ງກ່າວ ປະກອບສ່ວນປະມານ 12,4% ເຂົ້າໃນລາຍຮັບ ແລະ ສ້າງວຽກເຮັດງານທຳໃຫ້ 3% ຂອງກຳລັງແຮງງານໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາດັ່ງກ່າວ. ອຸດສາຫະກຳ ຫຼັກກຳມີ: ໂຮງສີເຂົ້າ, ໂຮງເລື່ອຍໄມ້, ໂຮງງານເຟີນີເຈີ, ໂຮງງານດິນຈີ່, ແລະ ອື່ນໆ. ເຊັ່ນດຽວກັບກະສິກຳ ແລະ ບໍລິການ, ອຸດສາຫະກຳສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນທຸລະກິດຄອບຄົວ ທີ່ໃຊ້ແຮງງານພາຍໃນຄອບຄົວເປັນຕົ້ນຕໍ; ເຖິງແມ່ນວ່າຈະມີບາງໂຮງງານ ອຸດສາຫະກຳເປັນໂຮງງານຂະໜາດກາງທີ່ມີການນຳໃຊ້ແຮງງານຈ້າງແດ່ແລ້ວກໍຕາມ. ສໍາລັບຫລາຍຄົນທີ່ເປັນແຮງງານໃນ ຂະແໜງອຸດສາຫະກຳ, ລາຍຮັບຈາກຂະແໜງຂະແໜງອຸດສາຫະກຳເປັນແຫລ່ງລາຍຮັບທີ່ສໍາຄັນອັນດັບສອງ ຫລື ສາມ.

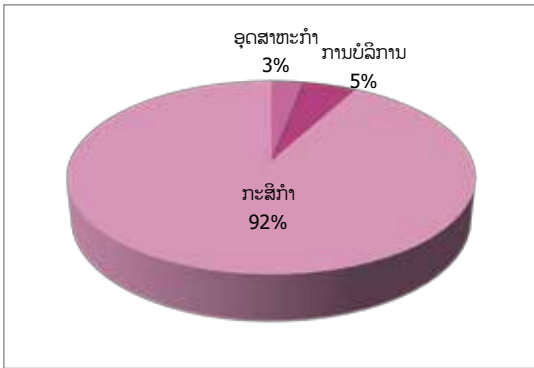
ການຜະລິດກະສິກຳແບບກຸ້ມຕົນເອງຍັງມີບົດບາດສໍາຄັນສູງຕໍ່ການດຳລົງຊີວິດຂອງປະຊາຊົນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ ສາທາງພາກເໜືອ (ແຂວງຜົ້ງສາລີ ແລະ ຫລວງນໍ້າທາ). ໃນບັນດາແຂວງເຫລົ່ານີ້, ການຜະລິດກະສິກຳແບບກຸ້ມຕົນຢູ່ ກຸ້ມກິນແມ່ນໄດ້ປະກອບສ່ວນໃນລາຍຮັບຂອງປະຊາຊົນຫລາຍກວ່າ 80% ແລະ ຫລາຍກວ່າ 95 % ຂອງກຳລັງແຮງ ງານແມ່ນນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນຂະແໜງການດັ່ງກ່າວ. ຂະແໜງອຸດສາຫະກຳ ແລະ ບໍລິການແມ່ນມີບົດບາດສໍາຄັນທາງດ້ານ ເສດຖະກິດສູງກວ່າໃນແຂວງພາກກາງ ແລະ ພາກໃຕ້ (ແຂວງວຽງຈັນ, ສະຫວັນນະເຂດ, ຈຳປາສັກ ແລະ ອັດຕະປື). ໃນ ບັນດາແຂວງເຫລົ່ານີ້, ທັງສອງຂະແໜງການໄດ້ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນລາຍຮັບຂອງປະຊາຊົນຫລາຍກວ່າ 30% ແລະ 20% ແລະ ສ້າງວຽກເຮັດງານທຳຫລາຍກວ່າ 10% ແລະ 7% ຂອງກຳລັງແຮງງານໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາຕາມລຳດັບ. ຮູບ ສະແດງ 7 ແລະ 8 ສະແດງລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງສ້າງທາງດ້ານລາຍຮັບ ແລະ ກຳລັງແຮງງານໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ.

ຮູບສະແດງ 9: ໂຄງສ້າງລາຍຮັບຂອງປະຊາຊົນໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ



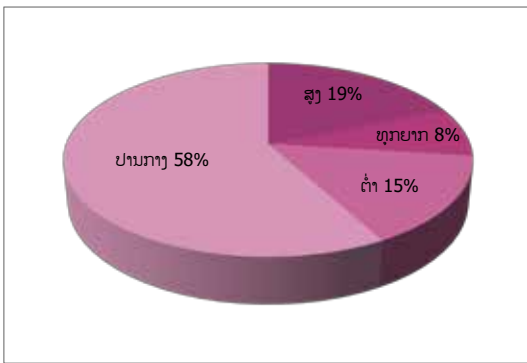
ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ຄາດຄະເນຈາກຂໍ້ມູນການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

ຮູບສະແດງ 10: ໂຄງສ້າງການຈ້າງງານໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ



ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ຄາດຄະເນຈາກຂໍ້ມູນການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນ

ຮູບສະແດງ 11: ຄວາມຮູ້ສຶກກ່ຽວກັບຖານະທາງເສດຖະກິດຂອງຜູ້ໃຫ້ການສໍາພາດ



ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ຄາດຄະເນຈາກຂໍ້ມູນການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນ

ສະພາບລາຍຮັບໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາແມ່ນມີລັກສະນະຄ້າຍຄືກັນກັບສະພາບລວມຂອງລາຍຮັບທົ່ວປະເທດ ເຊິ່ງມີລັກສະນະການກະຈາຍທີ່ບໍ່ເທົ່າທຽມກັນ. ຕາມຂໍ້ມູນຈາກການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນ, ຜູ້ໃຫ້ການສໍາພາດສ່ວນໃຫຍ່ (58%) ເຫັນວ່າ ມີຖານະທາງເສດຖະກິດປານກາງຖ້າປຽບທຽບກັບຜູ້ອື່ນໃນຊຸມຊົນດຽວກັນ; ໝາຍຄວາມວ່າ ເຂົາເຈົ້າຮູ້ສຶກວ່າຕົນເອງມີລາຍຮັບປານກາງ, ມີທີ່ຢູ່ອາໄສຂ້ອນຂ້າງຖາວອນ, ມີເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມແລະ ສະບຽງອາຫານພຽງພໍຄືກັນກັບຜູ້ອື່ນໆໃນຊຸມຊົນດຽວກັນ. ປະມານ 15% ທີ່ຮູ້ສຶກວ່າຕົນເອງມີລາຍຮັບຂ້ອນຂ້າງຕໍ່າ; ໝາຍຄວາມວ່າ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະກາຍເປັນຜູ້ທຸກຍາກທີ່ມີເຮືອນຢູ່ທີ່ບໍ່ໜັ້ນຄົງ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ ແລະ ສະບຽງອາຫານບໍ່ພຽງພໍ ຖ້າໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກໄພພິບັດໃດໜຶ່ງ. ປະມານ 8% ຂອງປະຊາຊົນຮູ້ສຶກວ່າຕົນເອງມີຖານະທາງດ້ານເສດຖະກິດຕໍ່າ ແລະ ປະມານ 19% ຮູ້ສຶກວ່າ ຕົນເອງມີຖານະທາງເສດຖະກິດຂ້ອນຂ້າງດີຖ້າທຽບກັບຄົວເຮືອນອື່ນໃນຊຸມຊົນດຽວກັນ. ຮູບສະແດງທີ 11 ສະແດງລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມຮູ້ສຶກກ່ຽວກັບຖານະທາງເສດຖະກິດຂອງຜູ້ໃຫ້ການສໍາພາດ.

3.1.3. ການເຂົ້າເຖິງນໍ້າ ແລະ ສຸຂະອະນາໄມ

ເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາສາມາດເຂົ້າເຖິງແຫລ່ງນໍ້າສະອາດໄດ້ຂ້ອນຂ້າງດີ ເຊັ່ນ: ນໍ້າປະປາ, ນໍ້າປະປາຊົນນະບົດ ແລະ ນໍ້າສ້າງທີ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງ. ເຊິ່ງຫລາຍກວ່າ 81,4% ຂອງຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສໍາພາດນໍ້າໃຊ້ນໍ້າຈາກແຫລ່ງດັ່ງກ່າວ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຫລາຍກວ່າ 18,6% ຂອງຄົວເຮືອນດັ່ງກ່າວ ຍັງນໍາໃຊ້ນໍ້າຈາກແຫລ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງ ເຊັ່ນ: ຈາກຫ້ວຍ ແລະ ໜອງບຶງ. ປະຊາກອນສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນດື່ມນໍ້າດື່ມອະນາໄມ (ນໍ້າຕຸກ) ຫລື ນໍ້າຕົ້ມ, ແຕ່ກໍຍັງມີປະມານ 14% ຂອງຄົວເຮືອນໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາຍັງດື່ມນໍ້າດືບ ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ສຸຂະພາບຫລາຍປະການເຊັ່ນ: ຖອກທ້ອງ, ທ້ອງບິດ, ແລະ ອື່ນໆ. ເຊັ່ນດຽວກັນກັບເຂດຊົນນະບົດອື່ນໆ, ການນໍາ

ໃຊ້ວິດຖ່າຍໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາຍັງຕ້ອງໄດ້ຮັບການປັບປຸງຢ່າງຫລວງຫລາຍ. ຕາມຜົນການສຳຫລວດ, ປະມານ 33,5% ຂອງຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສຳພາດຍັງບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ວິດຖ່າຍ. ເກືອບເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຈຳນວນຄົວເຮືອນດັ່ງກ່າວຍັງນຳໃຊ້ວິດແບບເປີດ. ມີພຽງ 27,9% ຂອງຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສຳພາດເທົ່ານັ້ນ ທີ່ນຳໃຊ້ວິດຖ່າຍທີ່ຖືກມາດຕະຖານສຸຂະອະນາໄມ. ຕາຕະລາງ 7 ສະຫລຸບການນຳໃຊ້ນ້ຳ ແລະ ວິດຖ່າຍໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ.

ຕາຕະລາງ 7: ການເຂົ້າເຖິງແຫລ່ງນ້ຳ ແລະ ສຸຂະອະນາໄມໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ

ອັດຕາສ່ວນ	
ແຫຼ່ງນ້ຳໃຊ້	
ລະບົບສະໜອງນ້ຳຂອງລັດ	20,1%
ລະບົບສະໜອງນ້ຳຊົນນະບົດ	23,5%
ນ້ຳສ້າງ	37,8%
ແມ່ນ້ຳ ແລະ ໜອງບຶງ	18,6%
ແຫລ່ງນ້ຳດື່ມ	
ນ້ຳຕຸກ	72,1%
ນ້ຳຕົ້ມ	98,6%
ນ້ຳດືບ	13,7%
ວິດຖ່າຍ	
ວິດຖ່າຍ	27,9%
ວິດເປີດ	46,6%
ບໍ່ມີວິດ	33,5%

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

3.1.4. ການເຂົ້າເຖິງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ

ເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການສື່ສານ ແລະ ໄຟຟ້າໄດ້ຂ້ອນຂ້າງດີ. ສັນຍານໂທລະສັບມືຖື, ໂທລະທັດ, ວິທະຍຸ ແລະ ຕາໜ່າງໄຟຟ້າປົກຄຸມເຂດດັ່ງກ່າວທັງໝົດ. ປະມານ 84,7% ຂອງຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສຳພາດມີໂທລະສັບຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງໜ່ວຍ; ແລະ 83,5% ຂອງຄົວເຮືອນດັ່ງກ່າວ ມີວິທະຍຸ ຫລື ໂທລະທັດ. ທຸກຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສຳພາດນຳໃຊ້ໄຟຟ້າ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການພັດທະນາພື້ນຖານໂຄງລ່າງທາງດ້ານຄົມມະນາຄົມຍັງພົບຂໍ້ຫຍຸ້ງຍາກໃນບາງບ້ານຕົວແທນ. ຫລາຍກວ່າ 8,3% ຂອງບ້ານຕົວແທນບໍ່ມີເສັ້ນທາງລົດເຂົ້າເຖິງ, 12,5% ມີເສັ້ນທາງດິນສາມາດທຽວໄດ້ແຕ່ລະດູແລ້ງ; ເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຈຳນວນຕົວແທນບ້ານມີເສັ້ນທາງດິນທີ່ສາມາດທຽວໄດ້ຕະຫລອດປີ ແລະ ມີພຽງ 29,1% ມີທາງປູຢາງເຂົ້າເຖິງ. ການເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກແມ່ນຂ້ອນຂ້າງດີ, ຄົວເຮືອນທີ່ໃຫ້ການສຳພາດທັງໝົດ ໃຫ້ຮູ້ວ່າ ການເຂົ້າເຖິງສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດໄດ້ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ (ເຖິງວ່າມີພຽງ 38% ເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ທີ່ມີອຸປະກອນທາງການແພດຂ້ອນ

ຂ້າງດີ ເຊັ່ນ: ໂຮງໝໍປະຈຳເຂດ, ໂຮງໝໍແຂວງ ຫລື ໂຮງໝໍສູນກາງ ໄດ້ພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ). ຕາຕະລາງ 8 ສະຫລຸບການເຂົ້າເຖິງສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກທາງດ້ານພື້ນຖານໂຄງລ່າງ ແລະ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ.

ຕາຕະລາງ 8: ການເຂົ້າເຖິງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ

ອັດຕາສ່ວນຄົວເຮືອນທີ່ເຂົ້າເຖິງ	
ພື້ນຖານໂຄງລ່າງດ້ານການຄົມມະນາຄົມ	
ທາງປູຢາງ	29,1%
ເສັ້ນທາງດິນແດງທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ທັງສອງລະດູ	50%
ເສັ້ນທາງດິນແດງທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ພຽງແຕ່ລະດູແລ້ງ	12,5%
ບໍ່ມີເສັ້ນທາງເຂົ້າເຖິງ	8,3%
ຄົວເຮືອນຖືຄອງລົດຈັກ, ລົດໃຫຍ່ ຫລື ລົດບັນທຸກຢ່າງໜ້ອຍຢ່າງລະໜຶ່ງຄັນ	82,3%
ໂທລະຄົມມະນາຄົມ	
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະສັບມິຖືພາຍໃນ	95,8%
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະສັບມິຖືຕ່າງປະເທດ	20,8%
ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະສັບມິຖື	4,1%
ຄົວເຮືອນຖືຄອງຢ່າງໜ້ອຍໂທລະສັບມິຖືໜຶ່ງໜ່ວຍ	84,7%
ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ	
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍາວິທະຍຸພາຍໃນ	95,8%
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍາວິທະຍຸຕ່າງປະເທດ	100%
ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານວິທະຍຸ	0%
ຄົວເຮືອນຖືຄອງຢ່າງໜ້ອຍວິທະຍຸໜຶ່ງໜ່ວຍ	17,6%
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະພາບພາຍໃນ	100%
ເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະພາບຕ່າງປະເທດ	8,3%
ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຄື້ນສັນຍານໂທລະພາບ	0%
ຄົວເຮືອນຖືຄອງຢ່າງໜ້ອຍໂທລະພາບໜຶ່ງໜ່ວຍ	81,2%
ຄົວເຮືອນຖືຄອງຢ່າງໜ້ອຍວິທະຍຸ ຫລື ໂທລະພາບໜຶ່ງໜ່ວຍ	83,5%
ໄຟຟ້າ	
ເຂົ້າເຖິງ	100%
ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງ	0%
ຄົວເຮືອນທີ່ນຳໃຊ້ໄຟຟ້າ	100%

ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ

ສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ

ຄົວເຮືອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ	100%
ຄົວເຮືອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໂຮງໝໍເມືອງ, ຂັ້ນແຂວງ, ພາກ ຫລື ສູນກາງພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ	60,2%
ຄົວເຮືອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໂຮງໝໍແຂວງ, ພາກ ແລະ ສູນກາງທີ່ໃກ້ສຸດພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ	38,1%
ຄົວເຮືອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໂຮງໝໍພາກ ແລະ ສູນກາງທີ່ໃກ້ສຸດພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ	20,3%
ຄົວເຮືອນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໂຮງໝໍ ສູນກາງທີ່ໃກ້ສຸດພາຍໃນ 2 ຊົ່ວໂມງ	16,6%

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ການສຳຫລວດຂໍ້ມູນຂອງບ້ານ ແລະ ສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

3.1.5. ສະພາບລວມກ່ຽວກັບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ

ອີງໃສ່ຜົນການສຳພາດພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ການປະເມີນຜົນແບບມີສ່ວນຮ່ວມ, ສະພາບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາມີລັກສະນະຄ້າຍຄືກັນກັບສະພາບລວມການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນລະດັບທົ່ວປະເທດ; ໝາຍຄວາມວ່າມີທ່າອ່ຽງຫລຸດລົງເທື່ອລະກ້າວໃນທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ. ຜູ້ໃຫ້ການສຳພາດ ແລະ ກຸ່ມສົນທະນາແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າ ມີຫລາຍສາເຫດທີ່ພາໃຫ້ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຫລຸດລົງ; ເຊິ່ງໃນນັ້ນ, ລວມມີການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ ສາທາລະນະສຸກ, ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຄວາມຮັບຮູ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈຂອງປະຊາຊົນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການປັບປຸງຊີວິດການເປັນຢູ່ທາງດ້ານເສດຖະກິດໃຫ້ດີຂຶ້ນອັນໄດ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ປະຊາຊົນເອົາໃຈໃສ່ຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງເດັກ ແລະ ແມ່ຫລາຍຂຶ້ນ.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນບາງພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາມີທ່າອ່ຽງປັບຕົວສູງຂຶ້ນ ເຊັ່ນ: ເມືອງຊົນນະບູລີ ແລະ ເມືອງພິນ, ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ; ເມືອງທຸລະຄົມ, ແຂວງວຽງຈັນ ແລະ ເມືອງບຸນເໜືອ, ແຂວງຜົ້ງສາລີ. ສາເຫດທີ່ພາໃຫ້ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນດັ່ງກ່າວປັບຕົວສູງຂຶ້ນ ອາດເນື່ອງມາຈາກການອອກແຮງງານໜັກທາງດ້ານກາຍະພາບຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. 3 ກໍລະນີການເສຍຊີວິດໃນເມືອງທຸລະຄົມ, ແຂວງວຽງຈັນ ໃນປີ 2012 ແລະ 2013 ລ້ວນແຕ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອອກແຮງງານໜັກທາງດ້ານຮ່າງກາຍໃນເຕົາເຜົາດິນຈີ່. ນອກຈາກນັ້ນ, ຜົນການວິໄຈຂອງການສຶກສານີ້ຍັງສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນກະທົບທາງລົບຂອງການອອກແຮງງານໜັກໃນໄລຍະຖືພາຂອງແມ່ຕໍ່ໂອກາດຂອງແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດ.

3.2. ປັດໄຈຫຼັກຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ

ໄລຍະຜ່ານມາພວກເຮົາໄດ້ສະເໜີພາບລວມກ່ຽວກັບຄຸນລັກສະນະສະເພາະຂອງເຂດກໍລະນີສຶກສາ ແລະ ລວມທັງຂໍ້ມູນທົ່ວໄປກ່ຽວກັບທ່າອ່ຽງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ດັ່ງກ່າວ. ໃນພາກນີ້, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ວິໄຈລົງເລິກກ່ຽວກັບປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ກະທົບການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາ. ໂດຍສະເພາະແມ່ນພວກເຮົາຈະສຸມໃສ່ຊອກຫາປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຕັດສິນໃຈຂອງແມ່ໃນການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການ

ສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ຜົນກະທົບຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການດັ່ງກ່າວຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່.

3.2.1. ວິທີວິທະຍາໃນການສຳຫລວດ ແລະ ວິໄຈ

ແຫ່ງຂໍ້ມູນຕົ້ນຕໍທີ່ໃຊ້ໃນການວິໄຈຄັ້ງນີ້ແມ່ນມາຈາກການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ກ່າວມາແລ້ວຂ້າງເທິງ, ການສຳຫລວດດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນທ້າຍປີ 2013 ຢູ່ 6 ແຂວງ, 12 ເມືອງແລະ 24 ບ້ານ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄັດເລືອກໂດຍອີງໃສ່ປະກົດການການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ທີ່ຂ້ອນຂ້າງສູງ. ໃນແຕ່ລະບ້ານຕົວແທນ, ໄດ້ຈັດບັນຊີຄົວເຮືອນ ແລະ ໄດ້ແບ່ງອອກເປັນ 2 ກຸ່ມຄື: ຄົວເຮືອນທີ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດໃນໄລຍະ 3 ປີຜ່ານມາ ແລະ ຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ມີປະສົບການດັ່ງກ່າວໃນໄລຍະດຽວກັນ. ທຸກຄົວເຮືອນທີ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດແມ່ນໄດ້ຮັບການຄັດເລືອກ ແລະ ສຳພາດໝົດ; ສ່ວນຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດແມ່ນໄດ້ຮັບການຄັດເລືອກດ້ວຍການສູ່ມ. ເພື່ອໃຫ້ກຸ່ມຕົວຢ່າງໃຫຍ່ຂຶ້ນ, ທີມງານສູ່ມເອົາຈຳນວນຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດເທົ່າກັບສອງທົບຂອງຄົວເຮືອນທີ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດ.

ທັງໝົດການສຳຫລວດກວມເອົາ 84 ຄົວເຮືອນ, ໃນນັ້ນຄົວເຮືອນທີ່ມີແມ່ເສຍຊີວິດໃນໄລຍະ 3 ປີຜ່ານມາ (2011-2013) 28 ຄົວເຮືອນ ແລະ ຄົວເຮືອນທີ່ມີແມ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພໃນໄລຍະດຽວກັນມີ 56 ຄົວເຮືອນ. ການສຳຫລວດແມ່ນໄດ້ນຳໃຊ້ແບບສອບຖາມເກັບກຳຂໍ້ມູນທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ຂອງຄົວເຮືອນຢ່າງລະອຽດໃນໄລຍະການຖືພາຂອງແມ່ (ບໍ່ແມ່ນໄລຍະເວລາດຳເນີນການສຳຫລວດ). ເຊິ່ງໃນນັ້ນ, ລວມມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຈຳນວນປະຊາກອນຂອງຄົວເຮືອນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ລາຍຈ່າຍ, ຊັບສິນ, ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການບໍລິການໂທລະຄົມມະນາຄົມ ແລະ ອື່ນໆ. ຂໍ້ໄດ້ປຽບຂອງແບບຈຳລອງ ໂລຈິດ ແມ່ນມີຄວາມແມ່ນຍາກວ່າ ແລະ ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ດີກັບຕົວປ່ຽນທີ່ຄາດຄະເນໄດ້ຍາກ.³⁰ ບາດກ້າວທຳອິດຂອງການວິໄຈຈະສຸມໃສ່ຄື້ນຫາ ແລະ ປະເມີນຜົນກະທົບທາງດ້ານປະລິມານຂອງປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບໃຫ້ແມ່ໄປຮັບບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນໄລຍະຖືພາຢ່າງເປັນປົກກະຕິ. ບາດກ້າວທີສອງຂອງການສຶກສາຈະສຸມໃສ່ປະເມີນຜົນກະທົບຂອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ປັດໄຈຫຼັກຕ່າງໆສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການໄປຮັບການບໍລິການຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນບາດກ້າວທຳອິດ ຈະສົ່ງຜົນກະທົບໂດຍທາງອ້ອມຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຕາມຫຼັກກະສານສາດ (logical transitivity rule), A ຈະມີຄວາມສຳພັນກັບ C ຖ້າ A ມີຄວາມສຳພັນກັບ B ແລະ B ມີຄວາມສຳພັນກັບ C. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າວ່າການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍຮັບຄົວເຮືອນ ສົ່ງຜົນກະທົບໃນທາງບວກຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດັ່ງກ່າວມີຜົນກະທົບທາງດ້ານບວກຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ຕາມຫຼັກກະສານສາດແລ້ວ, ກໍ່ຈະສາມາດສະຫຼຸບໄດ້ວ່າ ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍຮັບຄົວເຮືອນສົ່ງຜົນທາງດ້ານບວກຕໍ່ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່.

30 Green, 2003. ຄຳອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມຈະລະບຸໄວ້ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 2.

3.2.2. ປັດໄຈຫຼັກກາງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ

ດັ່ງທີ່ໄດ້ກ່າວມາແລ້ວຂ້າງເທິງ, ບາດກ້າວທຳອິດຂອງການວິເຄາະ ແມ່ນຈະໄດ້ສຶກສາບັນດາປັດໄຈຫຼັກກາງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. ພວກເຮົາຕັ້ງສົມມຸດຕິຖານວ່າ ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາເປັນຜົນມາຈາກປັດໄຈຕ່າງໆ; ລວມຄຸນລັກສະນະທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຂອງຄົວເຮືອນ ເຊັ່ນ: ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່, ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ, ມູນຄ່າຊັບສິນ, ໄລຍະເວລາ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການເດີນທາງໄປສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ ແລະ ອື່ນໆ. ເພື່ອໃຫ້ຊັດເຈນພວກເຮົາຈະນຳໃຊ້ວິທີວິທະຍາໃນການວິໄຈທັງສອງຢ່າງໄປພ້ອມກັນຄື: ສະຖິຕິພັນລະນາ ແລະ ແບບຈຳລອງໂລຈິດ (Logit regression). ການປຽບທຽບຄຸນລັກສະນະຂອງແມ່ທີ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ແມ່ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດັ່ງກ່າວ ກໍ່ຈະເປັນການທົດສອບສົມມຸດຕິຖານດັ່ງກ່າວໄດ້ໃນລະດັບໃດໜຶ່ງ. ຕາຕະລາງ 9 ສົມທຽບປັດໄຈຕ່າງໆ ແລະ ຄຸນລັກສະນະຂອງທັງສອງກຸ່ມໃນເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາ.

ຕາຕະລາງ 9: ປັດໄຈຫຼັກກາງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ

ຄຸນລັກສະນະ	ແມ່ທີ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ	ແມ່ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ
ຈຳນວນປີສະເລ່ຍການເຂົ້າຮຽນຂອງແມ່ (ຈຳນວນປີ)	6,1	3
ເປີເຊັນການຖືພາທີ່ມີການວາງແຜນ (%)	67,1	22,2
ລາຍຮັບສະເລ່ຍຂອງຄົວເຮືອນ/ຕໍ່ປີ (ລ້ານກີບ)	70,7	10,2
ລາຍຈ່າຍສະເລ່ຍຕໍ່ເດືອນ (ລ້ານກີບ)	2,8	1,7
ຈຳນວນສະເລ່ຍມູນຄ່າຊັບສິນຂອງຄົວເຮືອນ (ລ້ານກີບ)	37,7	7,2
ສະເລ່ຍເວລາຂອງການເດີນທາງໄປສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ທີ່ສຸດ (ນາທີ)	23	59,4
ສະເລ່ຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການເດີນທາງໄປສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ທີ່ສຸດ (ພັນກີບ)	16,8	22,1
ສັດສ່ວນຂອງກຸ່ມທີ່ນຳໃຊ້ພາສາລາວໄຕ (%)	70,1	50
ສັດສ່ວນຂອງແມ່ທີ່ເຮັດວຽກໜັກໃນໄລຍະຖືພາ (%)	49,3	83,3

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ຈາກການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

ຕາຕະລາງ 9 ສະແດງໃຫ້ເຫັນຢ່າງຈະແຈ້ງວ່າ ແມ່ທີ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ ມີສະຖານນະທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມທີ່ສູງກວ່າ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໄດ້ດີກວ່າ. ກຸ່ມດັ່ງກ່າວມີລະດັບການສຶກສາ ແລະ ມີລາຍຮັບສະເລ່ຍທີ່ສູງກວ່າ, ມີມູນຄ່າຊັບສິນສະເລ່ຍຫລາຍກວ່າ, ມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວດີກວ່າ (ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈຊີ້ບອກຄຸນລັກສະນະດັ່ງກ່າວ) ແລະ ເຮັດວຽກນ້ອຍກວ່າໃນໄລຍະຖືພາ.

ອີງຕາມຜົນຂອງການສຶກສາດັ່ງກ່າວຊື່ໃຫ້ເຫັນໃນລະດັບໃດໜຶ່ງວ່າ ຄຸນລັກສະນະທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງສະຖານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ ແມ່ນປັດໄຈທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຜົນຈາກການວິໄຈແບບພັນລະນາດັ່ງກ່າວບໍ່ສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນຫລາຍຢ່າງ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນລະດັບຄວາມສໍາຄັນທາງສະຖິຕິ ແລະ ປະລິມານຜົນກະທົບຂອງປັດໄຈຕ່າງໆຕໍ່ຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ອື່ນໆ. ເພາະນັ້ນ, ພວກເຮົາຈຶ່ງຍັງບໍ່ທັນສາມາດຮູ້ໄດ້ຢ່າງຊັດເຈນວ່າ ຄວາມແຕກຕ່າງທາງດ້ານຄຸນລັກສະນະເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຂອງທັງສອງກຸ່ມວ່າມີຄວາມຊັດເຈນທາງດ້ານສະຖິຕິໃນລະດັບທີ່ໜ້າເຊື່ອຖືໄດ້ ຫລື ບໍ່ ແລະ ພວກເຮົາກໍຍັງບໍ່ທັນສາມາດກໍານົດໄດ້ຢ່າງຊັດເຈນວ່າ ຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຂອງແມ່ຢ່າງເປັນປົກກະຕິຈະປ່ຽນແປງໄປແນວໃດ ຖ້າຄຸນລັກສະນະເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ດັ່ງກ່າວມີການປ່ຽນແປງ ເຊັ່ນ: ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນເພີ່ມຂຶ້ນ 1 ລ້ານກີບຕໍ່ປີ ຫລື ໄລຍະເວລາທີ່ໃຊ້ເດີນທາງໄປເຖິງສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດຫລຸດລົງ 1 ຫົວໜ່ວຍ.

ເພື່ອໃຫ້ຊັດເຈນ, ພວກເຮົາໄດ້ດໍາເນີນການວິເຄາະໂດຍການນໍາໃຊ້ແບບຈໍາລອງໂລຈິດອີກເທື່ອໜຶ່ງ ໂດຍການຕັ້ງສົມມຸດຕິຖານວ່າ ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ເປັນຜົນທີ່ເນື່ອງມາຈາກຄຸນລັກສະນະທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຕ່າງໆຂອງແມ່ ເຊັ່ນ: ລະດັບການສຶກສາ, ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ, ຊັບສິນ, ກິດຈະກຳທາງດ້ານເສດຖະກິດ ແລະ ອື່ນໆ ແລະ ສ່ວນຜິດດ່ຽງ (error term) ສໍາລັບທຸກໆກໍລະນີ n (Nelson 1974, Maddala 1999).³¹ ໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານທາງທິດສະດີ, ພວກເຮົາສ້າງແບບຈໍາລອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາໄດ້ຮັບການພັດທະນາດັ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້:

$$Y = \begin{cases} 1(\text{regularly visiting any public health facility}) & \text{if } Y_j^* = X_j\beta + \varepsilon_j > 0 \\ 0(\text{not regularly visiting any public health facility}) & \text{if } Y_j^* \leq 0 \end{cases} ; j = 1, \dots, J$$

ຕາຕະລາງ 10 ໄດ້ກໍານົດຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ, ການວັດແທກ, ປະເພດ ແລະ ທິດທາງຜົນກະທົບຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະລະຂອງແບບຈໍາລອງດັ່ງກ່າວ.

31 ລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບພື້ນຖານດ້ານເຕັກນິກຂອງແບບຈໍາລອງໂລຈິດ ທີ່ນໍາໃຊ້ໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ໄດ້ຄັດຕິດໄວ້ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 2

ຕາຕະລາງ 10: ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຂອງແບບຈຳລອງ ເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ

ຕົວປ່ຽນ ອະທິບາຍ	ຄວາມໝາຍ	ການວັດແທກ	ປະເພດຂອງ ຕົວປ່ຽນ	ຄາດຄະເນ ທິດທາງ ຂອງຜົນກະທົບ
ລະດັບການສຶກສາ ຂອງແມ່	ຈຳນວນປີ ເຂົ້າຮຽນ	ຕົວເລກ	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ຊົນເຜົ່າ	ກຸ່ມພາສາ	ລາວໄຕ= 1 ບໍ່ແມ່ນລາວໄຕ = 0	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ລາຍຮັບຂອງ ຄົວເຮືອນ	ລາຍຮັບຄົວເຮືອນຕໍ່ປີ	ລ້ານກີບ	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ລາຍຈ່າຍຂອງ ຄົວເຮືອນ	ລາຍຈ່າຍຂອງຄົວເຮືອນຕໍ່ປີ	ລ້ານກີບ	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ຊັບສິນຂອງ ຄົວເຮືອນ	ມູນຄ່າຂອງຊັບສິນ	ລ້ານກີບ	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ການເຂົ້າເຖິງສະ ຖານສາທາລະ ນະສຸກ	ເວລາຂອງການເດີນທາງໄປ ສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ສຸດ (ສຸກສາລາຊມຊົນ, ໂຮງໝໍເມືອງ, ໂຮງໝໍແຂວງ ຫລື ໂຮງໝໍ...)	ນາທີ	ຕໍ່ເນື່ອງ	-
ຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ	ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະ ເລີນພັນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການວາງແຜນ ມີລູກ	ແມ່ນ=1 ບໍ່ແມ່ນ=0	ຕໍ່ເນື່ອງ	+
ກິດຈະກຳທາງ ເສດຖະກິດ (ເຮັດວຽກ) ໃນ ໄລຍະການຖືພາ	ການເຮັດວຽກຂອງແມ່ໃນໄລຍະ ການຖືພາ	ແມ່ນ=1 ບໍ່ແມ່ນ=0	ຕໍ່ເນື່ອງ	-

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ສ້າງຂຶ້ນໂດຍການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

ຜົນການວິໄຈ (ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 3) ສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນກະທົບດ້ານບວກ ຂອງລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່, ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ ແລະ ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາໃນລະດັບຄວາມສຳຄັນທາງສະຖິຕິ 10%, 10% ແລະ 5% ຕາມລຳດັບ. ໃນຂະນະທີ່ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ຢູ່ໃກ້ສຸດ ແລະ ການດຳເນີນກິດຈະກຳທາງດ້ານເສດຖະກິດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາມີຜົນກະທົບທາງລົບ ຕໍ່ຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການດັ່ງກ່າວ ໃນລະດັບທາງສະຖິຕິ 1% ແລະ 5% ຕາມລຳດັບ, ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າ ໂອກາດທີ່ແມ່ຈະເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນໄລຍະຖືພາ ຈະເພີ່ມຂຶ້ນຖ້າລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ສູງຂຶ້ນ, ລາຍຮັບຄົວເຮືອນເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ຖ້າຫາກແມ່ຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ແລະ ຈະຫລຸດລົງ ເມື່ອໄລຍະເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການເດີນທາງເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ໃກ້ສຸດເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ຖ້າແມ່ດຳເນີນກິດຈະກຳທາງເສດຖະກິດໃດໜຶ່ງໃນໄລຍະຖືພາ. ຊົນເຜົ່າ, ການໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ຊັບສິນຂອງຄົວເຮືອນ ບໍ່ມີຜົນກະທົບທີ່ຊັດເຈນຢ່າງມີໄລຍະສຳຄັນທາງສະຖິຕິຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ນີ້ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າຄຸນລັກສະນະນະດັ່ງກ່າວບໍ່ມີອິດທິພົນຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ, ແຕ່ໝາຍຄວາມວ່າຜົນກະທົບຂອງຄຸນລັກສະນະນະດັ່ງກ່າວບໍ່ມີຄວາມຊັດເຈນທາງສະຖິຕິຢູ່ໃນລະດັບໜ້າເຊື່ອຖືໄດ້. ເຊິ່ງສາເຫດແມ່ນອາດເນື່ອງມາຈາກຂະໜາດຂອງຕົວແທນຍັງໜ້ອຍ ແລະ ມີການກະຈາຍສູງ. ຖ້າເພີ່ມຂະໜາດຂອງຕົວແທນຂຶ້ນ, ຜົນກະທົບຂອງຄຸນລັກສະນະນະດັ່ງກ່າວ ຕໍ່ກັບໂອກາດຂອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາອາດມີຄວາມຊັດເຈນທາງສະຖິຕິໃນລະດັບທີ່ໜ້າເຊື່ອຖືໄດ້.

ຄ່າສໍາປະສິດທີ່ຄາດຄະເນຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ ຂອງແບບຈໍາລອງໂລຈິດສະແດງພຽງແຕ່ທິດທາງຂອງຜົນກະທົບ (ໃນກໍລະນີນີ້, ແມ່ນພຽງແຕ່ການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫລື ຫລຸດລົງຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການ) ເທົ່ານັ້ນ; ບໍ່ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງປະລິມານຜົນກະທົບຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຕໍ່ຕົວປ່ຽນຕາມ (Spermann, 2009) ຫລື ເວົ້າອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ ຕົວສໍາປະສິດດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງອັດຕາສ່ວນ/ຄວາມຍືດຫົດຂອງການປ່ຽນແປງ (ຫລາຍປານໃດ) ຂອງຕົວປ່ຽນຕາມຕໍ່ການປ່ຽນແປງຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ (ຕົວຢ່າງ: ລາຍຮັບຄົວເຮືອນເພີ່ມຂຶ້ນ).

ເພື່ອປະເມີນຄວາມຫົດຍືດດັ່ງກ່າວ, ຈະຕ້ອງໄດ້ຄິດໄລ່ຄ່າສໍາປະສິດຜົນກະທົບຍ່ອຍ ຫລັງຈາກແບບຈໍາລອງໂລຈິດ (marginal effect coefficient after logit model) ຫລື ຜົນກະທົບສະເລ່ຍຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຕໍ່ສົມຜົນ. ຄ່າສໍາປະສິດຍ່ອຍດັ່ງກ່າວຈະເປັນ ຫລື ຖືກນໍາໃຊ້ເປັນສໍາປະສິດຜົນກະທົບຂອງການປ່ຽນແປງຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະໃດໜຶ່ງ 1 ຫົວໜ່ວຍຕໍ່ການປ່ຽນແປງຂອງສົມຜົນ ເພື່ອຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະອື່ນຄົງທີ່.

ຄ່າສໍາປະສິດຜົນກະທົບຍ່ອຍຫລັງແບບຈໍາລອງໂລຈິດ ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຈໍານວນປີການເຂົ້າຮຽນຂອງແມ່ທຸກ 1 ປີໃດ, ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍຮັບຄົວເຮືອນທຸກໆ 1 ລ້ານກີບຕໍ່ປີໃດ, ການຫລຸດລົງຂອງເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການເຂົ້າເຖິງສະຖານສາທາລະນະສຸກທີ່ໃກ້ສຸດໃນທຸກໆນາທີ, ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ແລະ ການບໍ່ດໍາເນີນກິດຈະກຳທາງເສດຖະກິດຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ຈະເພີ່ມໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາປະມານ 0.1%, 0.01%, 0.01%, 0.8%, ແລະ 0.6% ຕາມລຳດັບ.

ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ແລະ ການທີ່ແມ່ບໍ່ດໍາເນີນກິດຈະກຳທາງເສດຖະກິດໃນໄລຍະຖືພາ ແມ່ນຄຸນລັກສະນະທີ່ມີອິດທິພົນສູງທີ່ສຸດ ຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ; ປະມານ 0,87 ແລະ 0,64 ຕາມລຳດັບ; ໝາຍຄວາມວ່າ, ທຸກໆ 1,000 ຄົນໃດ ມີຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ, ຈະມີ 8 ຄົນ ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນໄລຍະທີ່ຖືພາເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ທຸກໆ 1,000 ຄົນໃດຢຸດການດໍາເນີນກິດຈະການທາງເສດຖະກິດໃນໄລຍະຖືພາ, ຈະມີ 6 ຄົນ ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາເພີ່ມ. ສະນັ້ນ, ປັດໄຈດັ່ງກ່າວຈຶ່ງເປັນມາດຕາການທີ່ສໍາຄັນໃນການຊຸກຍູ້ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສໍາປະສິດ ການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸກຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາໄດ້ຄັດຕິດໄວ້ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 4.

3.2.3 ປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່

ຢູ່ໃນພາກຍ່ອຍຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາໄດ້ສຶກສາບັນດາປັດໄຈທີ່ມີອິດທິພົນຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. ໃນພາກນີ້, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ວິໄຈຜົນກະທົບຂອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຕ່າງກ່າວຂອງແມ່ ຕໍ່ໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ (ເວົ້າອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ ພວກເຮົາຈະຊອກຫາຄວາມຍືດຍຸ່ນຂອງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຕໍ່ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ). ນອນນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຍັງຈະໄດ້ສຶກສາບັນດາປັດໄຈອື່ນໆທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ໃນນັ້ນລວມການຖືເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງ ແລະ ການເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍະພາບຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. ຄືກັບພາກຜ່ານມາ, ການວິໄຈແມ່ນຈະໄດ້ນຳໃຊ້ທັງຮູບແບບພັນລະນາ ແລະ ແບບຈຳລອງໂລຈິດ.

ຕາຕະລາງ 11: ສະແດງອັດຕາສ່ວນປັດໄຈຕ່າງໆຂອງແມ່ທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ ແລະ ເສຍຊີວິດ ແລະ ຊື້ໃຫ້ເຫັນເຖິງຜົນກະທົບຂອງບັນດາປັດໄຈຕ່າງໆຕໍ່ໂອກາດການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນລະດັບໃດໜຶ່ງ.

ຕາຕະລາງ 11: ປັດໄຈຫຼັກທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່

ລາຍການ	ແມ່ທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ	ແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດ
- ອັດຕາສ່ວນແມ່ທີ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນໄລຍະຖືພາ (%)	76.6	45.1
- ອັດຕາສ່ວນແມ່ຖືເຊື້ອພະຍາດໃນໄລຍະທີ່ຖືພາ (%)	21.7	44.2
- ອັດຕາສ່ວນແມ່ເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍະພາບໃນໄລຍະທີ່ຖືພາ (%)	48.3	84.6
- ອາຍຸຂອງແມ່ (ປີ)	25.3	29.3

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: ຄິດໄລ່ໂດຍການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກການສຳຫລວດຄົວເຮືອນ

ອັດຕາສ່ວນທີ່ສູງກວ່າ (ຫລາຍກວ່າສາມສ່ວນສີ່) ຂອງແມ່ທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາໄດ້ຊື້ໃຫ້ເຫັນເຖິງຜົນກະທົບດ້ານລົບຂອງການເຂົ້າຮັບບໍລິການຕ່າງກ່າວຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່; ໃນຂະນະທີ່ມີພຽງ 45,1% ຂອງແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ. ອັດຕາສ່ວນທີ່ສູງກວ່າ (44,2%) ຂອງແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດມີເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງ ແລະ ເຮັດວຽກໜັກ (84,6%) ໃນໄລຍະຖືພາ, ໃນຂະນະທີ່ມີພຽງ 21,7% ແລະ 48,3% ຂອງແມ່ທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພໄດ້ຮັບການລາຍງານວ່າມີເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງ ແລະ ເຮັດວຽກໜັກໃນໄລຍະຖືພາຕາມລຳດັບ. ຜົນຈາກການວິໄຈດັ່ງກ່າວ ຊື້ໃຫ້ເຫັນຜົນກະທົບດ້ານບວກຂອງການຖືເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງ ແລະ ການເຮັດວຽກໜັກໃນໄລຍະຖືພາຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ພ້ອມດຽວກັນນັ້ນ ຜົນຂອງການວິໄຈຂ້າງເທິງຍັງຊື້ໃຫ້ເຫັນວ່າກຸ່ມແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດມີອາຍຸສະເລ່ຍສູງກວ່າ ເມື່ອທຽບໃສ່ກຸ່ມແມ່ທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ສະເໜີມາແລ້ວຂ້າງເທິງ, ເພື່ອຄາດຄະເນທ່າອ່ຽງການປ່ຽນແປງຂອງການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ທີ່ເນື່ອງມາຈາກການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ, ການມີເຊື້ອພະຍາດ, ການເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍະພາບ ຫລື ແມ່ອາຍຸແກ່

ພວກເຮົາຈະນໍາໃຊ້ແບບຈໍາລອງໂລຈິດດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ຕາຕະລາງ 12 ກໍານົດຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຂອງແບບຈໍາລອງ, ການວັດແທກ, ປະເພດ ແລະ ທິດທາງຜົນກະທົບ

ຕາຕະລາງ 12: ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ, ຄວາມໝາຍ, ການວັດແທກ ແລະ ທ່າອ່ຽງຜົນກະທົບຂອງແບບຈໍາລອງການໃຫ້ກໍາເນີດຢ່າງປອດໄພ

ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ	ຄວາມໝາຍ	ມາດຖານວັດແທກ	ປະເພດຕົວປ່ຽນ	ທິດທາງຄວາມສໍາພັນ
ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ	ການທີ່ແມ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະທີ່ຖືພາຕາມການສັ່ງຂອງໝໍ	ແມ່ນ=1 ບໍ່ແມ່ນ=0	ດໍາມິ	+
ມີເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງໃນໄລຍະຖືພາ	ແມ່ທີ່ມີເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງໃນໄລຍະຖືພາ	ແມ່ນ=1 ບໍ່ແມ່ນ=0	ດໍາມິ	-
ການເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບໃນໄລຍະຖືພາ	ເປັນຊາວກະສິກອນ ຫລື ເປັນກໍາມະກອນໃນໂຮງງານ	ແມ່ນ=1 ບໍ່ແມ່ນ=0	ດໍາມິ	-
ອາຍຸຂອງແມ່	ຈໍານວນປີ	ຕົວເລກ	ຕໍ່ເນື່ອງ	+ ຫລື -

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນ

ຜົນຈາກການວິເຄາະແບບຈໍາລອງດ້ານເສດຖາມິຕິ ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນກະທົບດ້ານບວກທີ່ສໍາຄັນຂອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຕໍ່ກັບການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພດ້ວຍລະດັບຄວາມສໍາຄັນດ້ານສະຖິຕິສູງ 4% ແລະ ຜົນກະທົບດ້ານລົບທີ່ສໍາຄັນຂອງການມີເຊື້ອພະຍາດ ແລະ ການເຮັດວຽກໜັກຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາຕໍ່ໂອກາດເກີດລູກຢ່າງປອດໄພດ້ວຍລະດັບຄວາມສໍາຄັນທາງສະຖິຕິ 7% ແລະ 2% ຕາມລໍາດັບ; ໝາຍຄວາມວ່າ ໂອກາດທີ່ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພຈະເພີ່ມຂຶ້ນຖ້າຫາກແມ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ໂອກາດດັ່ງກ່າວຈະຫລຸດລົງຖ້າມີເຊື້ອພະຍາດໃດໜຶ່ງ ຫລື ເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບໄລຍະຖືພາ. ສ່ວນປັດໄຈດ້ານອາຍຸຂອງແມ່ ແມ່ນບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ໂອກາດດັ່ງກ່າວຢ່າງທີ່ໄລຍະສໍາຄັນສະຖິຕິໃນລະດັບທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ (ຢ່າງໜ້ອຍ 10%), ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ປັດໄຈດ້ານອາຍຸດັ່ງກ່າວກໍມີຄ່າສໍາປະສິດເປັນລົບເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າ ແມ່ມີອາຍຸຫລາຍຂຶ້ນໂອກາດທີ່ແມ່ໃຫ້ກໍາເນີດຢ່າງປອດໄພກໍຈະຫລຸດລົງ. ລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມແມ່ນສະແດງຢູ່ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍທີ 5.

ຄ່າສໍາປະສິດຍ່ອຍຫລັງຈາກແບບຈໍາລອງນັ້ນໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ຖ້າແມ່ເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະທີ່ຖືພາຈະເຮັດໃຫ້ໂອກາດທີ່ແມ່ຈະເກີດລູກຢ່າງປອດໄພເພີ່ມຂຶ້ນເຖິງ 27,5%, ໃນຂະນະທີ່ໂອກາດດັ່ງກ່າວນີ້ຈະຫລຸດລົງເຖິງ 21,8% ແລະ 24,2% ຕາມລໍາດັບຖ້າວ່າແມ່ມີເຊື້ອ

ພະຍາດ ແລະ ເຮັດວຽກໜັກໃນໄລຍະຖືພາ ຫລື ເວົ້າອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ ຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຈະຫລຸດລົງປະມານ 27,4% ຖ້າເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ຈະເພີ່ມຂຶ້ນປະມານ 21,8% ແລະ 24,2% ຕາມລຳດັບຖ້າວ່າແມ່ມີເຊື້ອພະຍາດ ແລະ ເຮັດວຽກໜັກໃນໄລຍະຖືພາ. ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 6 ໄດ້ສະແດງລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມຂອງຄ່າສຳປະສິດຫຼັງຈາກແບບຈຳລອງການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ.

ນອກນັ້ນ, ຜົນການວິໄຈຍັງຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນເຂດກໍລະນີສຶກສາຂ້ອນຂ້າງຕໍ່າ; ໂອກາດເກີດລູກຢ່າງປອດໄພເພີ່ມຂຶ້ນພຽງປະມານ 27,5% ຖ້າໄປຮັບບໍລິການໃນສະຖານບໍລິການດັ່ງກ່າວ; ໝາຍຄວາມວ່າ ແມ່ທີ່ເສຍຊີວິດທຸກໆ 3,6 ຄົນໃດ ຈະມີໂອກາດລອດພຽງ 1 ຄົນເທົ່ານັ້ນ ຫລື ເວົ້າໃນອີກທາງໜຶ່ງວ່າ ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ຈະຫລຸດລົງພຽງແຕ່ 27,5% ຖ້າວ່າແມ່ທີ່ຖືພາທຸກຄົນໄປຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຢ່າງເປັນປົກກະຕິ. ເພາະສະນັ້ນ, ການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດຈະບໍ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້ໂດຍຢາສະຈາກການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃຫ້ດີຂຶ້ນຢ່າງຈະແຈ້ງ.



ແມ່ຍິງກຳລັງຮັບການກວດສຸຂະພາບໃນໄລຍະຖືພາ

Box 1: ເລື່ອງລາວການເສຍຊີວິດຂອງແມ່

ນາງ ສິດາ (ນາມສົມມຸດ) ອາຍຸໄດ້ 23 ປີຮຽນຈົບລະດັບປະຖົມ. ລາວເປັນຜູ້ທີ່ມີສຸຂະພາບແຂງແຮງດີ ແລະ ປະກອບອາຊີບກຳມະກອນຢູ່ໂຮງງານດິນຈີ່ໃນບໍລິເວນບ້ານຂອງລາວໄດ້ 4 ປີແລ້ວ, ໜ້າທີ່ຂອງລາວແມ່ນປັ້ນດິນ ແລະ ຂົນດິນຈາກບ່ອນປັ້ນໄປຫາບ່ອນຕາກ. ສະພາບເສດຖະກິດຄອບຄົວຂອງ ນາງ ສິດາ ແມ່ນຢູ່ໃນລະດັບປານກາງ; ໝາຍຄວາມວ່າ ເປັນຄອບຄົວທີ່ກຸ້ມຢູ່ກຸ້ມກິນ, ມີເຮືອນຢູ່ເປັນຂອງຕົນເອງ ແລະ ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມພຽງພໍຄືກັນກັບຫລາຍໆຄອບຄົວໃນຂົງເຂດດັ່ງກ່າວ.

ນາງ ສິດາ ລາວມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວພໍສົມຄວນ. ກ່ອນລາວຖືພາລູກຜູ້ທີ່ສອງລູກຜູ້ທຳອິດມີອາຍຸໄດ້ 4 ປີກວ່າແລ້ວ, ລາວໄດ້ຕັ້ງໃຈ ແລະ ມີການວາງແຜນເອົາລູກຜູ້ທີສອງ. ຫລັງຈາກຖືພາ, ລາວໄດ້ເອົາໃຈໃສ່ໄປພົບໝໍຢ່າງເປັນປົກກະຕິ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳຂອງທ່ານໝໍທຸກຄັ້ງ. ໃນເດືອນທີ 7 ຂອງການຖືພາ, ລາວໄດ້ມີອາການບວມຕາມໃບໜ້າ ແລະ ຕົນໂຕຂອງລາວ, ຄອບຄົວຂອງລາວຈຶ່ງໄດ້ພາລາວໄປໂຮງໝໍແມ່ ແລະ ເດັກ. ທ່ານໝໍໄດ້ແນະນຳໃຫ້ລາວຫລຸດຜ່ອນການກິນອາຫານທີ່ເຜັດ ແລະ ເຄັມ ແລະ ຖ້າລາວມີອາການເຈັບທ້ອງເກີດລູກໃຫ້ໄປໂຮງໝໍໂດຍດ່ວນ.

ໃນໜຶ່ງອາທິດຕໍ່ມາ, ນາງ ສິດາ ໄດ້ມີອາການເຈັບທ້ອງ ແລະ ທາງຄອບຄົວກໍໄດ້ພາໄປໂຮງໝໍທີ່ຢູ່ໃກ້ທີ່ສຸດໂດຍດ່ວນຕາມຄຳແນະນຳຂອງທ່ານໝໍ, ໃນລະຫວ່າງການເດີນທາງ ນາງ ສິດາ ກໍໄດ້ໂອ້ລົມສົນທະນາກັບຜົວຂອງລາວແບບປົກກະຕິດີ, ແຕ່ກ່ອນຈະຮອດໂຮງໝໍລາວໄດ້ມີອາການເມື່ອຍຂຶ້ນມາ. ເມື່ອມາຮອດໂຮງໝໍ ແລະ ພາຍຫລັງການກວດ, ທ່ານໝໍໄດ້ບອກກັບຄອບຄົວຂອງລາວ ວ່າ: ລາວຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດເກີດລູກໂດຍດ່ວນ. ຫລັງຈາກນັ້ນ, ທ່ານໝໍກໍໄດ້ພາລາວໄປຫ້ອງຜ່າຕັດ. 2 ຊົ່ວໂມງ ພາຍຫລັງການຜ່າຕັດ, ນາງ ສິດາໄດ້ຖືກເອົາໄປສົ່ງໄວ້ທີ່ຫ້ອງພັກຟື້ນ.

ໄດ້ 2 ອາທິດຜ່ານໄປ, ນາງ ສິດາ ຍັງບໍ່ຮູ້ເມື່ອຄີງ ແລະ ບໍ່ມີອາການທີ່ຈະດີຂຶ້ນເລີຍ. ຫລັງຈາກນັ້ນ, ຄອບຄົວຂອງລາວໄດ້ໄປປຶກສາຫາລືນຳທ່ານໝໍ ແລະ ຂໍທ່ານໝໍ ຍ້າຍໄປໂຮງໝໍສູນກາງ ທີ່ມີພື້ນຖານຂອງລາວເຮັດວຽກຢູ່. ແທນທີ່ຈະສົ່ງໄປໂຮງໝໍຕາມການຮ້ອງຂໍຂອງຄອບຄົວຂອງລາວ, ທ່ານໝໍໄດ້ສົ່ງລາວໄປໂຮງໝໍແຫ່ງອື່ນ. ໃນຊ່ວງໄລຍະທີ່ນອນຢູ່ໂຮງໝໍແຫ່ງໃໝ່ນັ້ນ, ອາການຂອງລາວສືບຕໍ່ເຊື່ອມໂຊມ. 1 ອາທິດຕໍ່ມາ, ທ່ານໝໍໄດ້ບອກກັບຄອບຄົວຂອງລາວວ່າ ທາງໂຮງໝໍບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອລາວໄດ້ແລ້ວ. ຄອບຄົວຂອງລາວຈຶ່ງພາລາວກັບບ້ານ ແລະ ລາວກໍເສຍຊີວິດໃນ 2-3 ມື້ຕໍ່ມາ.

4. ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ

ຜົນການສຶກສາຂ້າງເທິງໄດ້ສະເໜີແນະຫລາຍນະໂຍບາຍຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດໃນປີ 2015 ແລະ ໃນຕໍ່ໜ້າ. ບາງຂໍ້ສະເໜີແນະແມ່ນສະເພາະເຈາະຈົງສໍາລັບກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບາງຂໍ້ສະເໜີແນະແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບພາລະບົດບາດຂອງພາກສ່ວນອື່ນ ເຊັ່ນ: ກະຊວງຄົມມະນາຄົມ ແລະ ຂົນສົ່ງ, ກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ກິລາ ແລະ ອື່ນໆ.

(1) ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ

ການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຄວນຖືເປັນວຽກງານບຸລິມະສິດຕົ້ນຕໍສໍາລັບຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ. ການວິໄຈຂໍ້ມູນຈາກການສໍາຫລວດຄົວເຮືອນໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ຈະຫລຸດອັດຕາສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ລົງພຽງປະມານ 27,5%; ເຊິ່ງເປັນອັດຕາສ່ຽງທີ່ຂ້ອນຂ້າງຕໍ່າ ແລະ ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດໃນ ສປປ ລາວ ຄວນໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນ; ໂດຍສະເພາະແມ່ນການປັບປຸງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ, ສະໜອງອຸປະກອນການແພດທີ່ຈໍາເປັນ, ຢາທີ່ມີຄຸນນະພາບສູງ, ສະໜອງບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມຊໍານານ ແລະ ມີຄວາມກະຕືລືລົ້ນ ແລະ ສະໜອງງົບປະມານທີ່ພຽງພໍ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປົກກະຕິຂອງສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກ. ສະຖານສາທາລະນະສຸກຫລາຍແຫ່ງຍັງບໍ່ມີໜັງປະສູດ ແລະ ຊ່ຽວຊານດ້ານແມ່ ແລະ ເດັກທີ່ມີຄວາມຊໍານານງານ. ການປັບປຸງຄຸນນະພາບດັ່ງກ່າວຈະເຮັດໃຫ້ແມ່ ແລະ ເດັກໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບດີຂຶ້ນ. ການປັບປຸງຄຸນນະພາບດັ່ງກ່າວ ຕົ້ນຕໍແມ່ນໃນນັ້ນສຸກສາລາ ເຊິ່ງສ່ວນໃຫຍ່ແລ້ວຈະເປັນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງລັດແຫ່ງດຽວທີ່ແມ່ຢູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກຫລີກສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກດັ່ງກ່າວຄວນມີພື້ນຖານໂຄງລ່າງທີ່ດີຂຶ້ນ, ມີເຄື່ອງມື ແລະ ອຸປະກອນທີ່ທັນສະໄໝ, ມີຈໍານວນບຸກຄະລາກອນທີ່ມີຄວາມຊໍານານ ແລະ ກະຕືລືລົ້ນຫລາຍຂຶ້ນ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໜັງປະສູດ ຫລື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານແມ່ ແລະ ເດັກ ແລະ ສະຖານບໍລິການສຸກ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນສຸກສາລາຄວນຈໍາເປັນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານງົບປະມານຫລາຍຂຶ້ນ.

(2) ປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຫລຸດເວລາໃນການເດີນທາງໄປຮັບບໍລິການໃນສະຖານບໍລິການ ສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ

ການເຂົ້າເຖິງສະຖານສາທາລະນະສຸກແມ່ນປັດໄຈສໍາຄັນ ທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ. ຕາມຜົນການສຶກສາຄັ້ງນີ້, ການຫລຸດຜ່ອນໄລຍະເວລາທີ່ໃຊ້ເດີນທາງໄປຫາສະຖານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດທີ່ຢູ່ໄກສຸດ ຈະເພີ່ມໂອກາດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ການເຂົ້າຮັບບໍລິການດັ່ງກ່າວ ຈະຊ່ວຍຫລຸດຜ່ອນອັດຕາສ່ຽງຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ເພາະສະນັ້ນ, ການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການ ບໍລິການສາທາລະນະສຸກຂອງແມ່ຍິງ ຈຶ່ງມີຄວາມສໍາຄັນສໍາລັບການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ບໍ່ໄດ້ໝາຍເຖິງແຕ່ການປັບປຸງເສັ້ນທາງໄປ ເພື່ອໃຫ້ໄປເຖິງສະຖານທີ່ບໍລິການດັ່ງກ່າວໃຫ້ງ່າຍຂຶ້ນເທົ່ານັ້ນ; ແຕ່ຍັງຕ້ອງໄດ້ມີການສະໜອງການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບໃນສະຖານບໍລິການດັ່ງກ່າວ, ຫລຸດຜ່ອນສິ່ງກົດຂວາງທາງການເງິນເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າເຈົ້າສາມາດຈ່າຍຄ່າບໍລິການດັ່ງກ່າວໄດ້, ສິ່ງທ້າທາຍຕ່າງໆກ່ຽວ

ຂ້ອງກັບສະພາບ ຫ່າງໄກສອກຫລີກ ແລະ ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ, ຄຸນນະພາບຂອງສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ແລະ ພື້ນຖານໂຄງລ່າງດ້ານການຄົມມະນາຄົມ. ບົດລາຍງານຄວາມຄືບໜ້າການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດໃນປີ 2013 ໄດ້ໃຫ້ຮູ້ວ່າ ປະຊາຊົນທີ່ດຳລົງຊີວິດຢູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກຫລີກ, ຜູ້ທຸກຍາກ, ຜູ້ມີລະດັບການສຶກສາຕໍ່າ ແລະ ຊົນເຜົ່າສ່ວນໜ້ອຍ (ກຸ່ມທີ່ບໍ່ໃຊ້ພາສາລາວ-ໄຕ) ມີອັດຕາການເກີດລູກໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຕໍ່າທີ່ສຸດ. ບົດລາຍງານຜົນການສຶກສານີ້ ສະເໜີໃຫ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກພິຈາລະນາຈັດສັນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຄືນໃໝ່ຕາມຄວາມເໝາະສົມດ້ານທີ່ຕັ້ງ, ຈຳນວນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ພະນັກງານແພດໝໍ), ຕົ້ນທຶນໃນການປັບປຸງພື້ນຖານໂຄງລ່າງ ແລະ ການນຳໃຊ້ຊັບພະຍາກອນຕ່າງໆ ໂດຍປະສານສົມທົບກັບຂະແໜງການກ່ຽວຂ້ອງ ເຊັ່ນ: ກະຊວງໂຍທາທິການ ແລະ ຂົນສົ່ງ. ເພື່ອຮັບປະກັນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທີ່ມີປະສິດທິພາບ, ບົດລາຍງານຜົນການສຶກສານີ້ສະເໜີພິຈາລະນາມາດຕະການອື່ນໆຕື່ມ; ແທນທີ່ຈະພິຈາລະນາພຽງແຕ່ການເພີ່ມຈຳນວນຂອງສະຖານສາທາລະນະສຸກເທົ່ານັ້ນ. ເຊິ່ງມາດຕະການຕ່າງໆ ດັ່ງກ່າວລວມມີ: ການປັບປຸງພື້ນຖານໂຄງລ່າງດ້ານເສັ້ນທາງຄົມມະນາຄົມເພື່ອເຊື່ອມ ຕໍ່ໂຮງໝໍ, ການຍົກລະດັບ ແລະ ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການໃນສຸກສາລາບາງແຫ່ງ (ອາດຈະເລືອກເຂດເປົ້າໝາຍທີ່ເປັນຈຸດສຸມ), ການໃຫ້ການອຸດໜູນທາງຄ່າເດີນທາງຂອງແມ່ໃຫ້ເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃນໄລຍະຖືພາ.

(3) ປັບປຸງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ

ຜົນຈາກການສຶກສາສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ ຈະເພີ່ມໂອກາດການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຂອງແມ່ຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ; ເພາະສະນັ້ນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວຈຶ່ງເປັນປັດໄຈສຳຄັນທີ່ຊ່ວຍໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່. ອີງຕາມການຄິດໄລ່ຂອງອົງການອະນາໄມໂລກ (WHO), ການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ພຽງພໍຢ່າງດຽວ ສາມາດຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໄດ້ເຖິງໜຶ່ງສ່ວນສາມ³² ດ້ວຍການຫລຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງ ແລະ ການຖືພາໂດຍຕັ້ງໃຈ. ສຳລັບ ສປປ ລາວ, ອັດຕາການຄຸມກຳເນີດຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 35% ເປັນ 42% ໃນລະຫວ່າງປີ 2005 ແລະ 2010 ຕາມລຳດັບ, ແຕ່ຄວາມບໍ່ພຽງພໍຂອງການໃຫ້ບໍລິການໃນການວາງແຜນຄອບຄົວຍັງສູງເຖິງ 20% ແລະ ການຖືພາໂດຍບໍ່ຕັ້ງໃຈແມ່ນປະມານ 29% (ການສຳຫລວດດັດສະນີໝາຍສັງຄົມລາວ, 2011-2012). ສິ່ງນີ້ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ແມ່ຍິງຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຍັງບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການດັ່ງກ່າວ.

ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ແລະ ບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໄດ້ຖືມາດຕາການດັ່ງກ່າວເປັນມາດຕາການບູລິມະສິດຕົ້ນຕໍໃນການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ ມາໄດ້ຫລາຍປີແລ້ວ. ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນສຳລັບປະຊາກອນ (UNFPA) ໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວໃນ ສປປ ລາວ ດ້ວຍການເຜີຍແຜ່ ແລະ ສະໜອງອຸປະກອນການຄຸມກຳເນີດ ເຊິ່ງຄິດເປັນມູນຄ່າຫລາຍລ້ານໂດລາໃນແຕ່ລະປີ. ຜົນການສຳຫລວດດັດສະນີໝາຍສັງຄົມລາວ (LSIS) ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ພຽງເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຜູ້ໃຫ້ການສຳພາດເທົ່ານັ້ນທີ່ໃຫ້ຮູ້ວ່າ ຕົນເອງນຳໃຊ້ວິທີຄຸມກຳເນີດໃດໜຶ່ງ; ຜົນການສຳຫລວດດັ່ງກ່າວໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ຍັງມີຊ່ອງຫວ່າງສຳລັບການປັບປຸງຄວາມຮັບຮູ້ ແລະ ການປະຕິບັດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ເພາະສະນັ້ນ, ການສືບຕໍ່ໃຫ້ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ຈຶ່ງເປັນຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈະແຈ້ງ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ ໃນ ສປປ

32 ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ. 2009. ກອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນການ ບໍລິການສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ ແບບເຊື່ອມສານ 2009-2015.

ລາວ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນໃນເຂດທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ເຊັ່ນ: ເຂດພື້ນທີ່ກໍລະນີສຶກສາຂອງພວກເຮົາ.

ບົດລາຍງານຜົນການຄົ້ນຄ້ວານີ້ສະເໜີໃຫ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຮ່ວມມືກັບພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ, ເປັນຕົ້ນແມ່ນ ກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ກິລາ ເພື່ອຮັບປະກັນການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງ ໄວໜຸ່ມຍິງ-ຊາຍ. ການສະໜອງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ສາມາດເຮັດໄດ້ຫລາຍຊ່ອງທາງ ເຊັ່ນ: ໂດຍຜ່ານນາຍບ້ານເວລາທີ່ຄູ່ສົມລົດ ມາຈົດທະບຽນສົມລົດ, ການໃຫ້ຂໍ້ມູນສຸຂະສຶກສາຢູ່ໃນ ແລະ ນອກໂຮງຮຽນໂດຍຜ່ານລະບົບການສຶກສາທີ່ເປັນທາງການ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການ, ສ້າງກິດຈະກຳເຄື່ອນທີ່ລົງຮອດຊຸມຊົນ ແລະ ເຜີຍແຜ່ໂດຍຜ່ານສື່ຕ່າງໆ. ພ້ອມນັ້ນ, ນອກຈາກການ ໃຫ້ບໍລິການກັບທີ່ແລ້ວ ການສະໜອງບໍລິການຂໍ້ມູນຂ່າວສານເຄື່ອນທີ່ໃຫ້ແກ່ກຸ່ມປະຊາກອນໃນໄວຈະເລີນພັນ (ອາຍຸລະ ຫວ່າງ 15 ຫາ 49 ປີ) ກໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ສາມາດເຮັດໄດ້ໂດຍຜ່ານອາສາສະໝັກ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຂ່າວສານສາທາ ລະນະສຸກຂັ້ນບ້ານ. ນອກນັ້ນ, ການເພີ່ມທະວີການລົງທຶນຂອງລັດໃນການສະໜອງອຸປະກອນຄຸມກຳເນີດ, ໃຫ້ການສຶກ ສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນໂຮງຮຽນມັດທະຍົມປາຍ ແລະ ສະຖາບັນການສຶກສາ ຂັ້ນສູງຍັງແມ່ນຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການອັນຮີບດ່ວນ.

(4) ປັບປຸງສະຫວັດດີການສຳລັບແມ່ ແລະ ຫລຸດຜ່ອນສິ່ງກົດຂວາງທາງການເງິນໃນການເຂົ້າເຖິງ ການບໍລິການສຸຂະພາບ

ຍ້ອນຄວາມທຸກຍາກເຮັດໃຫ້ແມ່ຍິງຫລາຍຄົນຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກເພື່ອສ້າງລາຍຮັບຊ່ວຍຄອບຄົວໃນໄລຍະຖືພາ; ໃນ ນັ້ນ, ບາງຄົນກໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບ ເຊັ່ນ: ເປັນຊາວກະສິກອນ ຫລື ເປັນກຳມະກອນຢູ່ໂຮງງານ. ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ໄດ້ພົບວ່າ ການເຮັດວຽກ ຫລື ດຳເນີນກິດຈະກຳທາງເສດຖະກິດຂອງແມ່ ເປັນອຸປະສັກທີ່ສຳຄັນອັນໜຶ່ງຕໍ່ ການເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ. ເພາະສະນັ້ນ, ມັນຈຶ່ງສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເສຍ ຊີວິດຂອງແມ່ໃນ ສປປ ລາວ. ນອກນັ້ນ, ການສຶກສາຍັງໄດ້ພົບວ່າ ການເຮັດວຽກໜັກທາງກາຍຍະພາບຂອງແມ່ໄດ້ສົ່ງຜົນ ກະທົບໂດຍກົງ ຕໍ່ການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ຢ່າງມີຄວາມສຳຄັນທາງສະຖິຕິ. ສະນັ້ນ, ການຫລຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກ ແລະ ການປັບປຸງສະຫວັດດີການຂອງແມ່ໃຫ້ດີຂຶ້ນ ຈຶ່ງເປັນມາດຕະການທີ່ສຳຄັນໃນການຫລຸດຜ່ອນການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ເພື່ອ ໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ. ການປັບປຸງສະຫວັດດີການຂອງແມ່ ບໍ່ພຽງແຕ່ແມ່ນໜ້າທີ່ຂອງກະຊວງສາທາລະນະ ສຸກເທົ່ານັ້ນ; ແຕ່ຍັງແມ່ນພາລະບົດບາດຂອງກະຊວງກ່ຽວຂ້ອງອື່ນ ເຊັ່ນ: ກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດີການສັງຄົມ. ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ສະເໜີໃຫ້ພິຈາລະນາປັບປຸງ ແລະ ຍົກລະດັບລະບົບປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ (CBHI) ໃຫ້ສູງຂຶ້ນ. ຄຽງຄູ່ກັບການປະກັນສຸກຂະພາບ, ລະບົບດັ່ງກ່າວຄວນພິຈາລະນາສິດທິປະໂຫຍດອື່ນໆຂອງແມ່ ເຊັ່ນ: ການທົດແທນ ລາຍຮັບ, ການອະນຸຍາດພັກວຽກ ຫລື ການໃຫ້ເບ້ຍລ້ຽງສຳລັບແມ່ທີ່ຢູ່ໃນໄລຍະຖືພາທ້ອງແກ່ ແລະ ຫລັງຄອດ; ການ ເຂົ້າຮ່ວມລະບອບປະກັນສັງຄົມຊຸມຊົນດັ່ງກ່າວຄວນແມ່ນພັນທະໜ້າທີ່ຂອງທຸກໆຄອບຄົວ; ພາກລັດຖະບານ ແລະ ພາກ ທຸລະກິດ/ນາຍຈ້າງຄວນປະກອບສ່ວນເງິນສົມທົບເຂົ້າກອງທຶນດັ່ງກ່າວໃນໄລຍະຕົ້ນ ແລະ ຄວນສ້າງຂີດຄວາມສາມາດໃຫ້ ແກ່ຊຸມຊົນເພື່ອສາມາດຄຸ້ມຄອງ, ບໍລິຫານ ແລະ ນຳໃຊ້ກອງທຶນດັ່ງກ່າວເຂົ້າໃນການພັດທະນາທ້ອງຖິ່ນຂອງຕົນເອງ.

(5) ສົ່ງເສີມການສຶກສາຂອງແມ່ຍິງ

ຜົນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ເປັນປັດໄຈສຳຄັນອັນໜຶ່ງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຕັດ ສິນໃຈເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກຢ່າງເປັນປົກກະຕິ. ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຈຳນວນ

ປົກການສຶກສາສໍາລັບທຸກໆປີໃດ ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ໂອກາດການຕັດສິນໃຈຂອງແມ່ເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິໃນໄລຍະຖືພາ. ການສຶກສາຊ່ວຍໃຫ້ແມ່ຍິງເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ມີຄວາມຈໍາເປັນໃນການປົກປ້ອງສຸຂະພາບຂອງພວກເຂົາເຈົ້າເອງ ແລະ ຄອບຄົວ. ແຕ່ໃນຫລາຍຊຸມຊົນ, ແມ່ຍິງຍັງບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ຍັງຂາດອໍານາດໃນການຕັດສິນໃຈເພື່ອຫລີກລ່ຽງຜົນກະທົບທີ່ບໍ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ. ໃນຫລາຍກໍລະນີ, ເຖິງວ່າ ແມ່ຈະເກີດລູກດ້ວຍຄວາມປອດໄພກໍຕາມ, ແຕ່ສຸຂະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າກໍ່ມີໂອກາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບທີ່ບໍ່ດີ; ເຊິ່ງສົ່ງຜົນຕໍ່ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ, ການດໍາລົງຊີວິດ ແລະ ລາຍຮັບຄົວເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ການມີລູກໃນຊ່ວງທີ່ອາຍຸຍັງນ້ອຍກໍ່ເປັນຜົນກະທົບທີ່ຮ້າຍແຮງທາງສັງຄົມ, ໂດຍສະເພາະກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າໂຮງຮຽນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ສະເໜີໃຫ້ພິຈາລະນາການສົ່ງເສີມການສຶກສາຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກຍິງ ເພື່ອເປັນມາດຕາການຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດໃນໄລຍະຍາວທີ່ມີປະສິດທິພາບຂອງແມ່. ບົດລາຍງານຜົນການສຶກສານີ້ໄດ້ສະເໜີແນະໃຫ້ກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ກິລາ ເປັນຜູ້ມີບົດບາດຕົ້ນຕໍໃນການສົ່ງເສີມການສຶກສາຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກຍິງ.

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 1: ເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດ ແລະ ຄວາມຄືບໜ້າໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຂອງ ສປປ ລາວ

ຕົວຊີ້ບອກ	ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ			
	ຄາດໝາຍ ລະດັບຊາດ	ຄາດໝາຍແຫ່ງ ຊາດ HMIS 2010-2011	LSIS 2010-2011	ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ອື່ນໆ
ເປົ້າໝາຍ 1: ລົບລ້າງຄວາມທຸກຍາກ ແລະ ຄວາມອຶດຫິວ				
ຄາດໝາຍ 1 C: ອັດຕາສ່ວນຜູ້ທຸກຍາກ				
1.8 ອັດຕາສ່ວນຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ ທີ່ມີນ້ຳໜັກຕໍ່າ ກວ່າມາດຕະຖານ	22%	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	27%	
1.9 ອັດຕາສ່ວນຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີທີ່ມີຄວາມສູງຕໍ່າ ກວ່າມາດຕະຖານ	34%	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	44%	
ເປົ້າໝາຍ 4: ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກ				
ຄາດໝາຍ 4 a: ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ ລົງ ¼				
4.1 ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ (1,000 ເດັກທີ່ເກີດ)	70	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	73	
4.2 ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ (1,000 ເດັກທີ່ເກີດ)	45	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	68	
4.3 ອັດຕາການສັກຢາກັນໝາກແດງໃຫ້ເດັກ 1 ປີ	90%	68%	55%	
ເປົ້າໝາຍ 5: ປັບປຸງສຸຂະພາບແມ່				
ຄາດໝາຍ 5 a: ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ລົງ 3/4				
5.1 ອັດຕາການເສຍຊີວິດຂອງແມ່ (ຕໍ່ເດັກເກີດມີຊີວິດ 100.000 ຄົນ)	260	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	357	
5.2 ອັດຕາສ່ວນການເກີດໂດຍແພດຜູ້ຊ່ຽວຊານ	50%	38%	42%	
ຄາດໝາຍ 5 b: ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນທົ່ວໜ້າ				
5.3 ອັດຕາການຄຸມກຳເນີດ	55%	35%	50%	
5.5 ອັດຕາຂອງ ANC	69%	77%	54%	
	ຄາດໝາຍ ແຫ່ງຊາດ	ຄາດໝາຍ ພື້ນຖານ	ຄວາມຄືບໜ້າ 2011	ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ
ເປົ້າໝາຍ 6: ຕ້ານກັບເຊື້ອພະຍາດ HIV/AIDS, ມາລາເລຍ ແລະ ເຊື້ອພະຍາດອື່ນໆ				
ຄາດໝາຍ 6a : ຕ້ານການຂະຫຍາຍຕົວຂອງເຊື້ອພະຍາດ HIV/AIDS				
6.1b: ອັດຕາການຕິດເຊື້ອໃນກຸ່ມປະຊາກອນທີ່ມີອາຍຸ 15-49 ປີ	<1%	0,2% (2009)	0,2% (2009)	CHAS
6.1c: ອັດຕາສ່ວນການຕິດເຊື້ອ HIV ຂອງສາວບໍລິການ ທີ່ມີອາຍຸແຕ່ 15-49 ປີ	<5%	0,4% (2008)	1%	CHAS

ຕົວຊີ້ບອກ	ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ			
	ຄາດໝາຍ ແຫ່ງຊາດ	ຄາດໝາຍ ພື້ນຖານ	ຄວາມຄືບໜ້າ 2011	ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ
6.1d: ອັດຕາສ່ວນການຕິດເຊື້ອ HIV ຂອງຜູ້ຊາຍທີ່ມີເພດສໍາພັນກັບຜູ້ຊາຍ ໃນກຸ່ມອາຍຸແຕ່ 15-49 ປີ	<5%	0% (2009)	4,2% (2010)	CHAS
ອັດຕາສ່ວນການຕິດເຊື້ອ HIV ຂອງຜູ້ທີ່ນໍາໃຊ້ຢາເສບຕິດ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	1,5% (2009)	1,5% (2009)	CHAS
ອັດຕາສ່ວນການຕິດເຊື້ອ HIV ຂອງເດັກຈາກແມ່ທີ່ມີເຊື້ອ	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	0,003% (2009)	0% (2011)	CHAS
6a.6 ອັດຕາສ່ວນການຕິດເຊື້ອ HIV ຂອງຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກຈາກການໃຊ້ເຂັມສັກຢາຮ່ວມກັບຜູ້ທີ່ມີເຊື້ອ	>90%	84.1% (2010)	52.3%	CHAS
ຄາດໝາຍ 6b: ການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວ HIV/AIDS				
6.4 ອັດຕາສ່ວນຊາວໜຸ່ມ ແລະ ເດັກມີເຊື້ອທີ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ	>90%	81,1%(2009)	52,30%	CHAS
ຄາດໝາຍ 6c: ການຕໍາມາລາເລຍ ແລະ ພະຍາດອື່ນໆ				
6.5 ອັດຕາສ່ວນການເສຍຊີວິດຍ້ອນມາລາເລຍ (ຕໍ່ 100.000 ຄົນ)	0,2	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	2,8	CEMPE
6.8 ອັດຕາການເສຍຊີວິດຍ້ອນວັນນະໂຮກ (ຕໍ່ 100.000 ຄົນ)	22,5	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	11 (6,9-11)	ສູນວັນນະໂຮກ
6.9a ອັດຕາສ່ວນຂອງກໍລະນີທີ່ພົບການຕິດເຊື້ອວັນນະໂຮກ	70%	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	72	ສູນວັນນະໂຮກ
6.9b ອັດຕາສ່ວນຂອງກໍລະນີທີ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາເຊື້ອວັນນະໂຮກ	85%	ບໍ່ມີຂໍ້ມູນ	91	ສູນວັນນະໂຮກ
	ຄາດໝາຍ	HMIS	LSIS	
ເປົ້າໝາຍ 7: ຮັບປະກັນຄວາມຍືນຍົງດ້ານສິ່ງແວດລ້ອມ				
ຄາດໝາຍ 7C: ຫລຸດຜ່ອນອັດຕາສ່ວນປະຊາກອນທີ່ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງນໍ້າສະອາດ ແລະ ສຸຂະອານາໄມຂັ້ນພື້ນຖານ				
7.8 ອັດຕາສ່ວນຂອງປະຊາກອນທີ່ເຂົ້າເຖິງແຫລ່ງນໍ້າສະອາດ	80%	80%	80%	WSC
7.9 ອັດຕາສ່ວນປະຊາກອນທີ່ນໍາໃຊ້ວິດຖ່າຍ	60%	55%	60%	WSC

ໝາຍເຫດ: ຄາດໝາຍຂອງຕົວຊີ້ບອກບັນດາເປົ້າໝາຍສະຫັດສະຫວັດເຫລົ່ານີ້ ແມ່ນອີງໃສ່ບົດສະຫລຸບຫຍໍ້ແຜນພັດທະນາ 5 ປີຄັ້ງທີ 7 ຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ (2010-2015), ຍົກເວັ້ນຕົວຊີ້ບອກເປົ້າໝາຍ 6 ເຊິ່ງໄດ້ຈາກສູນຄວບຄຸມ HIV/AIDS ແລະ STI (CHAS).

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 2: ພື້ນຖານທາງເທັກນິກແບບຈຳລອງໂລຈິດ

ແບບຈຳລອງໂລຈິດ ແມ່ນຮູບແບບຈຳລອງໜຶ່ງທີ່ຄ້າຍໆກັບ OLS ອື່ນໆທີ່ຖືກນຳໃຊ້ໃນການຄາດຄະເນ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ແບບຈຳລອງດັ່ງກ່າວໃຊ້ຄາດຄະເນຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງຜົນໄດ້ຮັບສອງຢ່າງທີ່ແຕກຕ່າງກັນ (ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງການສຶກສານີ້, ຜົນໄດ້ຮັບທີ່ຄາດຄະເນແມ່ນການເຂົ້າຮັບບໍລິການ ຫລື ການບໍ່ເຂົ້າຮັບບໍລິການສຸຂະພາບໃນສະຖານບໍລິການສາທາລະນະສຸກໃນໄລຍະຖືພາ ແລະ ເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ ຫລື ບໍ່ປອດໄພ ບົນພື້ນຖານປັດໄຈຕ່າງໆໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍຕໍ່ໄປ). ໂດຍສົມມຸດຕິຖານວ່າຕົວປ່ຽນຫລັກໆ ເປັນສົມຜົນມາຈາກຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະ ແລະ ຄ່າຜິດດ່ຽງສຳລັບທຸກ ກໍລະນີ n (Nelson 1974, Maddala 1999).

$$Y_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{if } Y_i^* = X_i\beta + \varepsilon_i > 0 \\ 0 & \text{if } Y_i^* \leq 0 \end{cases} \quad ; j = 1, \dots, J$$

ລະດັບການປ່ຽນແປງຂອງຕົວປ່ຽນຕາມ ຂຶ້ນກັບຄ່າຂອງຕົວສຳປະສິດ; ເຊິ່ງສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຜົນກະທົບຂອງຕົວປ່ຽນອິດສະລະຕໍ່ສົມຜົນ ແລະ ຄ່າປ່ຽນແປງຂອງສ່ວນຜິດດ່ຽງ (Erich Schmidt and Hermann Waibel: Greene 2003, Pindick and Rubinfeld 1998). ສຳລັບແບບຈຳລອງໂລຈິດແບບທະວີພາກ, ສົມຜົນຈາກສົມມຸດຕິຖານການແຈກຈາຍປົກກະຕິແບບສະສົມຂອງສ່ວນຜິດດ່ຽງແມ່ນ:

$$\Pr(Y_{ij} = 1 | X_i) = [1 + e^{-x'\beta}]^{-1}$$

ການຄາດຄະເນແບບຈຳລອງໂລຈິດແບບທະວີພາກແມ່ນອີງໃສ່ວິທີການຂອງຄ່າໃກ້ຄຽງສູງສຸດ ແລະ ສົມຜົນ log-likelihood ສຳລັບການສັງເກດ n ຕົວຢ່າງ.

$$\log L = \sum_{y_i=0}^n w_i \log[1 - \Phi(\beta'X_i)] + \sum_{y_i=1}^n w_i \log\Phi(\beta'X_i)$$

ເຊິ່ງແມ່ນນ້ຳໜັກຂອງຕົວແທນສຳລັບທຸກໆກໍລະນີ, ຕົວປ່ຽນອິດສະຫລະຄາດວ່າຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ຕົວປ່ຽນຕາມໃນທິດທາງໃດໜຶ່ງ (ບວກ ຫລື ລົບ).

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 3: ຜົນໄດ້ຮັບຈາກແບບຈຳລອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ

ປັດໄຈ (ຕົວປ່ຽນ)	ຄ່າສຳປະສິດ	ຄ່າຜິດດ່ຽງ	ຄ່າທົດສອບ (z)	P> z
ຈຳນວນປີເຂົ້າຮຽນ	0.4363507	0.2487023	1.75	0.079
ຊົນເຜົ່າ	0.4360889	0.9532631	0.46	0.647
ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ	0.0553888	0.0318606	1.74	0.082
ລາຍຈ່າຍຄົວເຮືອນ	0.0508981	0.3369804	0.15	0.88
ຊັບສິນຄົວເຮືອນ	0.0744831	0.0457067	1.63	0.103
ເວລາທີ່ໃຊ້ເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບໃກ້ສຸດ	-0.0417599	0.0176413	-2.37	0.018
ການຖືພາທີ່ໄດ້ວາງແຜນ	2.223402	1.075418	2.07	0.039
ການເຮັດວຽກໜັກຂອງແມ່	-2.2296	1.251173	-1.78	0.075
ຄ່າຄົງທີ່	-1.262215	1.919791	-0.66	0.511

ຈຳນວນຕົວຢ່າງສັງເກດ: 85 LR $\chi^2(8)=53.90$, Prob> $\chi^2=0.0000$, Pseudo R²=0.6141

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 4: ຄ່າສຳປະສິດການປ່ຽນແປງຫລັງຈາກແບບຈຳລອງການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິຂອງແມ່ໃນໄລຍະຖືພາ.

ປັດໄຈ (ຕົວປ່ຽນ)	dy/dx	ຄ່າຜິດດ່ຽງ	ຄ່າທົດສອບ (z)	P> z
ຈຳນວນປີເຂົ້າຮຽນ	0.0012008	0.0019	0.63	0.527
ຊົນເຜົ່າ*	0.001309	0.00385	0.34	0.734
ລາຍຮັບຄົວເຮືອນ	0.0001524	0.00021	0.74	0.46
ລາຍຈ່າຍຄົວເຮືອນ	0.0001401	0.00095	0.15	0.883
ຊັບສິນຄົວເຮືອນ	0.000205	0.00029	0.7	0.486
ເວລາທີ່ໃຊ້ເຂົ້າເຖິງສະຖານບໍລິການສຸຂະພາບໃກ້ສຸດ	-0.0001149	0.00018	-0.63	0.531
ການຖືພາທີ່ວາງແຜນ	0.0087934	0.01465	0.6	0.548
ການເຮັດວຽກໜັກຂອງແມ່	-0.0064656	0.0092	-0.7	0.485

(*)dy/dx : ແມ່ນສຳລັບການປ່ຽນແປງແບບບໍ່ຕໍ່ເນື່ອງຂອງຕົວປ່ຽນ ດຳນິ (dummy) ແຕ່ 0 ຫາ 1

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 5: ຜົນຈາກແບບຈຳລອງການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ

ບັນດາປັດໄຈຫລັກ	ຄ່າສຳປະສິດ	ຄ່າຜິດດ່ຽງມາດຖານ	Z ຄ່າ z	P P> z
ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິ	1.293498	0.6325109	2.05	0.041
ການມີເຊື້ອພະຍາດ	-1.073999	0.5919516	-1.81	0.07
ການເຮັດວຽກໜັກ	-1.41646	0.636547	-2.23	0.026
ອາຍຸ	-0.0542487	0.0374479	-1.41	0.158
ຄ່າຄົງທີ່	2.684535	1.295642	2.07	0.038

ຈຳນວນການສັງເກດ=85 LR $\chi^2(4)=20.47$, Prob> $\chi^2=0.0004$, Pseudo R²=0.1987

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 6: ຄ່າສຳປະສິດການປ່ຽນແປງຫລັງຈາກແບບຈຳລອງການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ

ບັນດາປັດໄຈຕ່າງໆ	dy dy/dx	ຄ່າຜິດດ່ຽງມາດຖານ	Z ຄ່າ z	P P> z
ການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢ່າງເປັນປົກກະຕິ*	0.2747857	0.14468	1.9	0.058
ການມີເຊື້ອພະຍາດ*	-0.2181275	0.12752	-1.71	0.087
ການເຮັດວຽກໜັກ*	-0.2428953	0.09554	-2.54	0.011
ອາຍຸ	-0.0099856	0.00706	-1.41	0.157

(*) dy/dx: ແມ່ນສຳລັບການປ່ຽນແປງແບບບໍ່ຕໍ່ເນື່ອງຂອງຕົວປ່ຽນດຳມິ ທີ່ມີຄ່າຈາກ 0 ຫາ 1

ເອກະສານອ້າງອີງ

- ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (ADB). ປີ 2001. ການພັດທະນາໃນພາກພື້ນແບບປະສົມປະສານ. ມະນີລາ: ADB _____ . ປີ 2008. ຕົວຊີ້ບອກທີ່ສໍາຄັນສໍາລັບອາຊີ ແລະ ປາຊີຟິກ. ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ.
- Bundy, D. et, al. 2009. ໂຮງຮຽນສຸຂະພາບ,ໂພສະນາການ ແລະ HIV/AIDS ແຜນງານ: ສັນຍາການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ໃນອານຸພາກພື້ນແມ່ນໍ້າຂອງ. ບາງກອກ, ປະເທດໄທ.
- ໂຄງການເດັກຊາຍແດນ ແລະ ກອງທຶນສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອເດັກ. ການວິເຄາະລະບົບສະຫວັດດີການຂອງ ສປປ ລາວ. ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ, ປະເທດລາວ.
- Cook. S.2009. ການປົກປ້ອງທາງສັງຄົມໃນອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້: ການທົບທວນລະດັບພາກພື້ນ. ເອກະສານຄົ້ນຄວ້າສະບັບທີ 02. ການປົກປ້ອງທາງສັງຄົມໃນອາຊີ: ລອນດອນ, ອັງກິດ.
- CRINN.2010. ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ: ການອ້າງອີງສິດທິຂອງເດັກໃນການທົບທວນຄືນແບບເປັນໄລຍະໃນສາກົນ.
- Erich Schmidt and Hermann Waibel. 2009. ອາການຊ່ອກ ແລະ ຍຸດທະສາດການຮັບມືທາງດ້ານກະສິກໍາຂອງຄົວເຮືອນ, ຜົນໄດ້ຮັບທໍາອິດຈາກສາມແຂວງໃນປະເທດໄທ.
- Greene, W.H. 2003. ການວິເຄາະດ້ານເສດຖາມິຕິ. Prentice Hall International Editions.1029pp.
- ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ.1993a. ການປົກສາຫາລື ແລະ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຕາມ ດໍາລັດເລກທີ 178/ນຍ ຈາກກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດີການສັງຄົມ, ລົງວັນທີ 30 ພະຈິກ, 1993.
- _____.1993b. ດໍາລັດເລກທີ 178/ນຍ ວ່າດ້ວຍລະບົບປະກັນສັງຄົມຂອງພາກລັດ, ລົງວັນທີ 30, 1993. ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ
- _____.1999a. ດໍາລັດເລກທີ 178/ນຍ ວ່າດ້ວຍການການສ້າງຕັ້ງກອງທຶນຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ, ລົງວັນທີ 28 ທັນວາ 1999. ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ.
- _____.1999b. ດໍາລັດເລກທີ 207/ນຍ ວ່າດ້ວຍລະບົບປະກັນສັງຄົມລັດວິສາຫະກິດ.
- ກະຊວງສຶກສາທິການ. 2009. ການພັດທະນາຂອບວຽກຂອງຂະແໜງສຶກສາ. ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ. ສປປ ລາວ
- ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ.2002a. ຄູ່ມືລະບຽບການນໍາໃຊ້ກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ. ວຽງຈັນ.
- _____. 2013. (ຮ່າງ) ຍຸດທະສາດການປະຕິຮູບຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ຮອດປີ 2020, ວຽງຈັນ. 2013.
- _____. 2013. ຄູ່ມືແນະນໍາກ່ຽວກັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຂອງການຮັກສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າສໍາ ລັບແມ່ ແລະ ເດັກ. ວຽງຈັນ. 2013. (ບົດສະເໜີ).
- _____.2011. ສະຖິຕິສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດ ປະຈໍາສິກປີ 2010-2011. ວຽງຈັນ. 2012

- _____.2010. ແຜນງານ ແລະ ຍຸດທະສາດໄພສະນາການແຫ່ງຊາດ 2010-2015. ວຽງຈັນ. 2010.
- _____.2009b. ຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນວຽກສໍາລັບການລວມເອົາການໃຫ້ບໍລິການທາງດ້ານ ສຸຂະພາບສໍາລັບແມ່ ແລະ ເດັກແຮກເກີດ ແລະ ເດັກນ້ອຍ. ວຽງຈັນ. 2009
- _____.2002b. ລະບຽບການເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບກອງທຶນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ, ລົງວັນທີ 16 ກັນຍາ, 2002. ວຽງຈັນ.
- _____.2004. ຂໍ້ມູນໂດຍລວມກ່ຽວກັບໂຄງການທົດລອງການເຮັດປະກັນສຸຂະພາບຊຸມຊົນ. ວຽງຈັນ.
- _____.2008. ກອງທຶນສະຫະປະຊາຊາດສໍາລັບປະຊາກອນ (UNNFP). ການປະເມີນຂອງການ ເກີດໂດຍແຜດຜູ້ຊ້ານານຢູ່ໃນ ສປປ ລາວ. ວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ.
- ກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດິການສັງຄົມ. 1998. ລະບຽບການເບື້ອງຕົ້ນ ກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ. ລົງວັນ ທີ 20 ກໍລະກົດ 1998. ວຽງຈັນ.
- _____.2000. ຂໍ້ຕົກລົງເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບພັນທະຂອງກົມຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ, 28 ສິງຫາ 2000, ວຽງຈັນ.
- _____.2001a. ລະບຽບການເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບການນໍາໃຊ້ກອງທຶນຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ, 12 ມັງກອນ 2001. ວຽງຈັນ.
- _____.2001b. ລະບຽບການເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບຄ່າຕອບແທນຕໍ່ຜູ້ຊ່ວຍ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ຜູ້ເສຍອົງ ຄະ. 31 ກໍລະກົດ 2001, ວຽງຈັນ.
- ກະຊວງແຮງງານ ແລະ ສະຫວັດດິການສັງຄົມ, ກົມປະກັນສັງຄົມ. 2001. ຂໍ້ສະເໜີແນະນຳກ່ຽວກັບລະບົບປະກັນສັງຄົມ ໃນ ສປປ ລາວ. ວຽງຈັນ.
- _____.2004a. ໃບດຸ່ນດ່ຽງໃນສຶກຍົງປະມານ 2003-2004. ວຽງຈັນ.
- _____.2004b. ພາບລວມຂອງການຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມໃນສຶກຍົງປະມານ 2003-2004, ວຽງຈັນ.
- _____.2005. ຂໍ້ມູນສະຖິຕິກ່ຽວກັບຜູ້ເສຍອົງຄະ ແລະ ພະນັກງານບໍານານທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ໃນປີ 2004. ວຽງຈັນ.
- ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ. ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ. 2004a. ສະຖິຕິປະຈໍາປີ 2003.ວຽງຈັນ.
- _____.2004b. ຜົນຈາກການສໍາຫລວດລາຍຈ່າຍ ແລະ ການຊົມໃຊ້ຂອງ ສປປ ລາວ ປີ 2003/2004 ແລະ ການວິໄຈຄວາມທຸກຍາກ. ວຽງຈັນ2014
- _____. 2013. ການສໍາຫລວດດັດຊະນີໜ້າສັງຄົມລາວ (LSIS). ວຽງຈັນ. 2013
- _____.2004b. ການສໍາຫລວດການໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຊົມໃຊ້ຄັ້ງທີ 3 (LECS3). ວຽງຈັນ

_____. 2005. ການສໍາຫລວດພົນລະເມືອງ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

_____. 2005 ກອງທຶນສະຫະປະຊາຊາດສໍາລັບປະຊາກອນ (UNFPA). ການສໍາຫລວດສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

ອົງການສະຫະປະຊາຊາດເພື່ອເດັກ (UNICEF). 2010. ການສຶກສາກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງເດັກໃນສັງຄົມໃນ ສປປລາວ (ຮ່າງບົດລາຍງານ). ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

ມະຫາວິທະຍາໄລແພດສາດ. 2011. ການເກີດແບບສຸກເສີນ ແລະ ການເບິ່ງແຍງເດັກແຮກເກີດ. ຄວາມຈໍາເປັນຂອງການປະເມີນຢູ່ໃນ 12 ແຂວງ. ວຽງຈັນ. 2011

_____. 2011. ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີ ແລະ ຄວາມແຕກໂຕນກັນຂອງເດັກໃນ ສປປ ລາວ (ຮ່າງບົດລາຍງານ). ວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ.



ສະໜັບສະໜູນໂດຍ:

ອົງການ ສະຫະປະຊາຊາດ ກອງທຶນສໍາລັບປະຊາກອນ ປະຈໍາລາວ