ການວິໄຈສະພາບການຂອງວຽກງານ ວາງແຜນຄອບຄົວ

15 ກໍລະກົດ 2015

ລິຂະສິດ© 2015
ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ ກອງທຶນສຳລັບປະຊາກອນ
ສປປ ລາວ
ບ້ານ ໂພນສະຫວັນໃຕ້
ຕູ້ປ.ນ. 345
ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ

ຖ່າຍຮູບໂດຍ:UNFPA LAO PDR / Micka Perrier

ໝາຍເຫດດ້ານການຮັບຮອງ: ບັນດາທັດສະນະຕ່າງໆທີ່ສະແດງອອກໃນເອກະສານສະບັບນີ້ຖືເປັນ
ຂອງຜູ້ຂຽນແລະບໍ່ຈຳເປັນສະທ້ອນທັດສະນະຄຳເຫັນຂອງອົງການ UNFPA.

ຄຳນຳ

ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນປະຊາກອນຫຼື UNFPA ໂດຍຮ່ວມມືກັບຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາອື່ນໆໄດ້ໃຫ້ການຊ່ວຍ ເຫຼືອກະຊວງສາທາໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານການວາງແຜນຄອບຄົວໃນ 2 ທົດສະວັດທີ່ຜ່ານ. ແຜນງານນີ້ເປັນຈັດຕັ້ງ ປະຕິບັດພາກສ່ວນຫຼັກຂອງແຜນງານໃຫ່ຍຂອງວຽກງານສຸຂະພາບແມ່ແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການປະເມີນ, ດັ່ງນັ້ນຈື່ງເປັນສິ່ງຈຳເປັນໃນການປັບປຸງການວິໄຈສະຖານະການການວາງແຜນຄອບຄົວພາຍໃນປະເທດ. ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຈຳເປັນນີ້ທາງອົງການ UNFPA ໄດ້ປະເມີນທີ່ມີວັດຖຸປະສົງສະເພາະເຈາະຈົງ ປະເມີນສະຖານະການປະຈຸບັນຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວໃນສປປລາວມເພື່ອໃຫ້ມີຫຼັກຖານເພື່ອແຈ້ງໃນການໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຂອງ UNFPA ພ້ອມທັງແຜນງານຂອງລັດຖະບານໃນຂົງເຂດ. ຄວາມຄາດຫວັງຂອງການປະເມີນນີ້ເພື່ອຊ່ວຍອົງການ UNFPA ໃນການພັດທະນາເພື່ອໃຫ້ ເຊື່ອມສານການວາງແຜນຄອບຄົວໃນປະເທດທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ຍຸດທະສາດໂລກການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງUNFPA ໃຫ້ມີທາງເລືອກບໍ່ແມ່ນມີໂອກາດ ແລະແຜນປະຕິບັດງານຂອງກອງປະຊຸມສາກົນວ່າດ້ວຍປະຊາກອນແລະການພັດທະນາ (ICPD), ເຊິ່ງໄດ້ເນັ້ນໜັກເຖິງການເພີ່ມທາງເລືອກໃນການຄຸມກຳເນີດ, ການພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງການໃຫ້ບໍລິການ ແລະການຮັບປະກັນສິດທິດ້ານສຸຂະພາບປະຈຸບັນ.

ບົດລາຍງານນີ້ໄດ້ກຳນົດຂອບເຂດຂອງການປະເມີນສະພາບປະຈຸບັນ ຂອງນະໂຍບາຍການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການໃຫ້ບໍລິການ ແລະຊັບພະຍາກອນ. ເປັນການບັນທຶກຜົນໄດ້ຮັບຈາກການເພີ່ມອັດຕາຊົມໃຊ້ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະໃນການຫຼຸດອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ແລະຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງ, ເຊິ່ງເປັນການຍົກໃຫ້ເຫັນສິ່ງທ້າທາຍທີ່ຍັງຄົງຄ້າງແລະຄວາມແຕກຕ່າງໃນແຕ່ລະພາກ, ອາຍຸແລະຊົນເຜົ່າ. ຂໍ້ສະຫຼຸບສຳຄັນຂອງການວິໄຈແມ່ນໄດ້ຊ່ວຍ ໃຫ້ມີການເພີ່ມທະວີຂອງການປູກຈິດສຳນຶກແລະຄວາມຮູ້ກ່ຽວວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ໄດ້ຈ່າຍອອກ. ເປັນການບັນທຶກເປົ້າໝາຍຂອງແຜນງານດັ່ງເຊັ່ນ: ສູນໄວໜຸ່ມແລະການພັດທະນາວຽງຈັນ ທີ່ໄດ້ບັນລຸປະສົບຄວາມສຳເລັດໃນການຕອບໂຕ້ກັບຄວາມຕ້ອງການສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງໄວໜຸ່ມເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ລາຄາບໍ່ແພງແລະການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານທາງເພດແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ລວມທັງການໃຫ້ບໍລິການທາງຄລີນິກ. ດັ່ງເປັນທີ່ຮັບຮູ້ແລ້ວວ່າຜູ້ແຈກຢາຍຢາຄຸມກຳເນີດໃນຊຸມຊົນ (CBD) ເປັນຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຢາຄຸມກຳເນີດແລະສະໜອງໃຫ້ໃນເຂດຊົນນະບົດທີ່ມີການຈຳກັດການເຂົ້າເຖິງການໃຫ້ບໍລິການທາງຄລີນິກທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ຜູ້ຍິງໄດ້ເຂົ້າເຖິງການບໍລິການເຊິ່ງເຂົາເຈົ້າອາດຈະບໍ່ມີ. ຢ່າງໃດກໍຕາມບົດລາຍງານຍັງໄດ້ກ່າວເຖິງຄວາມເຊື່ອໃນວິທີການຄຸມກຳນີດໃນໄລຍະສັ້ນເຊິ່ງເປັນສິ່ງທີ່ເຮັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນສະຖານະກຸ່ມສ່ຽງ, ໂດຍສະເພາະບັນຫາຢາຂາດສາງທີ່ໄດ້ເພີ່ມຄວາມສ່ຽງໃນການຖືພາແບບບໍ່ໄດ້ວາງແຜນແລະການລຸລູກທີ່ບໍ່ປອດໄພ. ອີກດ້ານໜຶ່ງຍັງໄດ້ກ່າວເຖິງການເຮັດວຽກຮ່ວມກັນຂອງສູນສຸຂະພາບແມ່ ແລະເດັກ, UNFPA ແລະ PSI ໃນການແກ້ໄຂການເຂົ້າໃຈຜິດຂອງການຄຸມກຳເນີດແບບຊົ່ວຄາວໄລຍະຍາວ (LARC) ໃນແຂວງທີ່ຖືກເລືອກເຊິ່ງເຮັດໃຫ້ມີການຊົມໃຊ້ຮ່ວງອານາໄມແລະຢາຝັງຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 4 ເທົ່າ. ນອກຈາກນີ້ບົດລາຍງານຍັງໄດ້ພົບ ການປ່ຽນແປງຫຼາຍໃນການໃຫ້ບໍລິການ, ສິ່ງທີ່ພົ້ນເດັ່ນດ້ານການສື່ສານ ແລະທັກສະທາງຄລີນິກຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແລະການປ້ອງກັນຢາຂາດສາງທີ່ມີຜົນຕໍ່ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ. ດັ່ງນັ້ນ, ຄຳແນະນຳທີ່ສຳຄັນຂອງບົດງາຍງານນີ້ແມ່ນການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງບົນພື້ນຖານດ້ານສິດທິໃນການວາງແຜນຄອບຄົວໃນລາວ.

ພວກເຮົາຫວັງຢ່າງຍິ່ງວ່າສິ່ງຄົ້ນພົບແລະການວິໄຈ ຂອງບົດລາຍງານນີ້ຈະໄດ້ນຳໃຊ້ໃນນະໂຍບາຍແລະການວສງແຜນຂອງແຜນງານໃນສປປ.ລາວເພື່ອໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍການຫຼຸດອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ 120/100000 ຂອງການເກີດມີຊີວິດ,

ເປົ້າໝາຍອັດຕາການການຊົມໃຊ້ວາງແຜນຄອບຄົວ70%, ແລະການຫຼຸດລົງຂອງຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງເປັນ 10% ໃນປີ 2020

ຕາງໜ້າໃຫ້ແກ່ອົງການ NFPA, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈແລະຄວາມຮູ້ບຸນຄຸນມາຍັງຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາທີ່ໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນການວິໄຈສະຖານະການ ການວາງແຜນຄອບຄົວໃນລາວໃນເທື່ອນີ້, ໂດຍສະເພາະທາງທີມງານຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ໂດຍສະເພາະພະນັກງານຂອງສຸຂະພາບສູນແມ່ແລະເດັກແລະທາງທີ່ປຶກສາ 2 ທ່ານ, ດຣ. ແຄັດທຣິນບາໄທແລະນາງ. ວິມາລາເດດວົງສາ

Dr Hassan Mohtashami

ຜູ້ຕາງໜ້າອົງການUNFPA

ຄຳຫຍໍ້

AAAQ	Availability, Accessibility, Acceptability, Quality of care ການມີ, ການເຂົ້າເຖິງ, ການຍອມຮັບ, ຄຸນນະພາບຂອງການປິ່ນປົວ
AEC	ASEAN Economic Community ປະຊາຄົມເສດຖະກິດອາຊຽນ
ASEAN	Association of South East Asian Nations ສາມາຄົມປະຊາຊາດແຫ່ງອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້
ASFR	Age-specific Fertility Rates ອັດຕາການຈະເລີນພັນສະເພາະໄລຍະອາຍຸ
BCC	Behaviour Change Communication ການສື່ສານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳ
BS	Birth spacing ການວາງແຜນລູກຫ່າງ
CBD	Community-Based Distribution ການແຈກຢາຍອີງໃສ່ຊຸມຊົນ
CBO	Community-based organization ການຈັດຕັ້ງອີງໃສ່ຊຸມຊົນ
CIEH	Centre of Information and Education for Health ສູນຂໍ້ມູນຂ່າວສານແລະການສຶກສາດ້ານສາທາລະນະສຸກ
CHAS	Centre for HIV/AIDS STI ສູນຕ້ານພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ/ຕ້ານເອດ
CPR	Contraceptive Prevalence Rate ອັດຕາການມີການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ
DHIS 2	District Health Information Software 2 ຊອບແວຂໍ້ມູນດ້ານສາທາລະນະສຸກຂັ້ນເມືອງ 2
DLI	Disbursement Linked Indicator ຕົວຊີ້ວັດທີ່ເຊື່ອມໂຍງກັບການເບີກຈ່າຍ
DMT	Decision-making Tool for FP Clients and Providers ເຄື່ອງມືການຕັດສິນໃຈສຳລັບຜູ້ໃຊ້ບໍລິການແລະຜູ້ສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ
DRF	Drug Revolving Fund ກອງທຶນໝຸນວຽນຢາ
EC	Emergency contraception ການຄຸມກຳເນີດແບບສຸກເສີດ
EPI	Expanded Programme of Immunizations ແຜນງານການສັກຢາກັນພະຍາດເປີດກວ້າງ
FP	Family Planning ການວາງແຜນຄອບຄົວ
FPSA	Family Planning Situation Analysis ການວິໄຈສະພາບຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ
GDP	Gross Domestic Product ລວມຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ
GoL	Government of Lao People's Democratic Republic

	ລັດຖະບານຂອງສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ
GGHE	General government expenditure on health ການໃຊ້ຈ່າຍລວມຂອງລັດຖະບານໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ
GPRHCS	Global Programme for Enhancement of Reproductive Health Commodity Security ແຜນງານລະດັບໂລກເພື່ອຍົກສູງຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
HEF	Health Equity Fund ກອງທຶນລວມດ້ານສາທາລະນະສຸກ
HIS	Health Information System ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ
HMIS	Health Management Information System ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານການຄຸ້ມຄອງວຽກງານສາທາລະນະສຸກ
HIV	Human Immunodeficiency Virus ໄວຣັສທີ່ເຮັດໃຫ້ພູມຕ້ານທານຂອງມະນຸດບົກຜ່ອງ
ICPD	International Conference on Population and Development ກອງປະຊຸມສາກົນກ່ຽວກັບປະຊາກອນແລະການພັດທະນາ
IEC	Information, Education and Communication ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການສຶກສາແລະການສື່ສານ
IPC	Interpersonal communication ການສຶກສານລະຫວ່າງບຸກຄົນ
IT	Information Technology ເຕັກໂນໂລຊີຂໍ້ມູນຂ່າວສານ
IUD	Intra-Uterine Device ຮ່ວງອານາໄມ
JICA	Japanese International Cooperation Agency ອົງການຮ່ວມມືສາກົນແຫ່ງປະເທດຍີ່ປຸ່ນ
LAM	Lactational Amenorrhoea Method ການຄຸມກຳເນີດໂດຍວິທີທຳມະຊາດ
LARC	Long-acting reversible contraception ການຄຸມກຳເນີດແບບໄລຍະຍາວຊື່ວຄາວ
LaoNCAW	Lao National Commission for the Advancement of Women ຄະນະກຳມາທິການແຫ່ງຊາດລາວເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ
Lao PDR	Lao People's Democratic Republic ສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ
LDC	Least Developed Country ປະເທດດ້ອຍພັດທະນາ
LSIS	Lao Social Indicator Survey ການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມຂອງລາວ
LWU	Lao Women's Union ສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ
MDGs	Millennium Development Goals

	ເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດ
MCHC	Maternal and Child Health Centre ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health ສຸຂະພາບແມ່, ເດັກແລະເດັກເກີດໃໝ່
MoH	Ministry of Health ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
MMR	Maternal Mortality Ratio ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່
MRA	Mutual Recognition Arrangements ຂໍ້ຕົກລົງການຮັບຮູ້ເຊິ່ງກັນແລະກັນ
MSM	Men having sex with men ຜູ້ຊາຍຮ່ວມເພດກັບຜູ້ຊາຍ
NERI	National Economic Research Institute ສະຖານບັນຄົ້ນຄວ້າເສດຖະກິດແຫ່ງຊາດ
NSEDP	National Socio-Economic Development Plans ແຜນພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດ
INGOs	International Non-Government Organizations ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະບານຂອງສາກົນ
NGOs	Non-Government Organizations ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະບານ
NPA	Non-Profit Association ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ
NPDP	National Population and Development Policy ນະ�โยบายแห่งชาดด้านพิมละเมืองและการพัดทะนา
NRHP	National Reproductive Health Policy ນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
OCP	Oral contraceptive pills ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ
ODA	Overseas Development Assistance ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພັດທະນາຂອງຕ່າງປະເທດ
PNC	Postnatal care ການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຫຼັງຄອດ
PoA	Programme of Action ແຜນງານການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ
QIQ	Quick Investigation of Quality ການສຶກສາກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບແບບຮີບດ່ວນ
RCN	Referral and Counselling Network ເຄືອຂ່າຍໃຫ້ຄຳປຶກສາແລະສົ່ງຕໍ່
RH	Reproductive Health ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ

RHC	Reproductive Health Commodity ຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບຂອງແມ່, ເດັກນ້ອຍແລະເດັກເກີດໃໝ່
RTI/STI	Reproductive Tract Infection/Sexually-Transmitted Infection ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນ
SAS	Stock Availability Survey ການສໍາຫຼວດການມີຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໃນສາງ
SDG	Sustainable Development Goals ເປົ້າໝາຍການພັດທະນາທີ່ຍືນຍົງ
SOMHD	Senior Officials Meeting on Health and Development ກອງປະຊຸມເຈົ້າໜ້າທີ່ລະດັບສູງກ່ຽວກັບດ້ານສາທາລະນະສຸກແລະການພັດທະນາ
SRH	Sexual and Reproductive Health ສຸຂະພາບທາງເພດແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
SWC	Sector Wide Coordination ການປະສານງານທົ່ວຂະແໜງການ
THE	Total Health Expenditure ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດດ້ານສາທາລະນະສຸກ
TMA	Total Market Approach ວິທີການເນັ້ນໃສ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງຕະຫຼາດທັງໝົດ
TFR	Total Fertility Rate ອັດຕາການຈະເລີນພັນລວມ
UNFPA	United Nations Population Fund ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນສໍາລັບປະຊາກອນ
UNICEF	United Nations Children's Fund ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນເພື່ອເດັກນ້ອຍ
VHCYD	Vientiane Health Centre for Youth and Development ສູນສຸຂະພາບໄວໜຸ່ມແລະການພັດທະນາທີ່ວຽງຈັນ
VHW	Village Health Worker ອາສາສະມັກສາທາລະນະສຸກບ້ານ
WB	World Bank ທະນາຄານໂລກ
WHO	World Health Organization ອົງການອານາໄມໂລກ

ສາລະບານ

ຄຳຫຍໍ້ 2

ສະຫຼຸບຫຍໍ້ 1

1. ພາກສະເໜີ 5

1.1 ວັດຖຸປະສົງແລະຈຸດປະສົງ 5

1.2 ຂອບເຂດ 6

2. ວິທີການແລະຂະບວນການ 7

3. ສະພາບຂອງປະເທດ 9

4. ຜົນການຄົ້ນພົບແລະການວິໄຈ 11

ພາບລວມ 11

4.1 ສິ່ງທ້າທ້າຍດ້ານການພັດທະນາ, ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ 12

4.2 ນະໂຍບາຍແລະເປົ້າໝາຍ, ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ແລະຜົນສຳເລັດກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ 18

4.3 ບົດບາດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃນຂົງເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວ 24

4.4 ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ 29

4.5 ສະພາບແວດລ້ອມ - ການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ສິດທິໂດຍຖືເປັນສ່ວນທີ່ສຳຄັນຂອງສຸຂະພາບທາງເພດແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະສິດທິດ້ານການຈະເລີນພັນ 35

4.6 ຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວອີງຕາມຄວາມຕັ້ງໃຈດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລູກຄ້າ 38

4.7 ການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ສິດທິທີ່ມີຄຸນນະພາບດີ 45

4.8 ການມີແລະການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີຄຸນນະພາບທີ່ໜ້າໄວ້ວາງใจໄດ້ 56

4.9 Information Systems Pertaining to Family Planning 60

5. ຂໍ້ແນະນຳ 63

6. ຂໍ້ສະຫຼຸບແລະບົດຮຽນທີ່ສາມາດຖ່າຍທອດໄດ້ 69

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ 73

i ຂໍ້ກຳນົດຂອບເຂດໜ້າວຽກ 73

ii ບົດລາຍງານເບື້ອງຕົ້ນ 76

iii ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ 76

iv ແຜນງານ 79

ສະຫຼຸບຫຍໍ້

ການວິໄຈສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ (FPSA)ເຮັດເພື່ອປະເມີນຜົນສະພາບການປັດຈຸບັນ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ,ບັນດາປັດໄຈກຳນົດ ແລະ ປັດໄຈກະທົບ ແລະ ເພື່ອເປັນຖານຫ້າການສະໜັບ ສະໜູນຂອງ UNFPA ລວມທັງການກຳນົດແຜນງານ ຂອງລັດຖະບານໃນອານາຄົດຢູ່ເຂດພື້ນທີ່. ບົດລາຍງານ UNFPA ຖືວ່າເປັນການສຶກສາຂອບ ເຂດນະ�โยบาย ແລະ ປະສົບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແບບຮີບດ່ວນໃນວຽກ ງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບ ຄົວ. ໃນວຽກງານການທົບທວນຄືນ ໂຄງການແມ່ນເອົາ ໃຈໃສ່ບັນດາໂຄງການ ທີ່ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນມໍ່ໆນີ້ພາຍໃນ ບັນດາແຂວງ ແລະ ເມືອງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ ຈາກໂຄງການຮ່ວມມືຂອງ UN.

ຜົນການຄົ້ນພົບ

ການປຶກສາຫາລື ດ້ານນະ�โยบายຢ່າງມີສ່ວນຮ່ວມ,ຄວາມ ພະຍາຍາມນຳໃຊ້ນະ�โยบายເຂົ້າໃນວຽກງານການສົ່ງມອບ ການບໍລິການ ແລະ ຄວາມເຊື່ອໝັ້ນແບບ ຖາວັນ ແລະ ສືບ ຕໍ່ແກ່ບັນດາລູກຄ້າດ້ວຍບັນດາວິທີການການວາງແຜນຄອບ ຄົວ (FP) ທີ່ພວກເຂົາເລືອ ເຄີຍແມ່ນ ລັກສະນະສະພາບແວ ດລ້ອມຂອງວຽກງານການວາງ ແຜນຄອບຄົວໃນປັດຈຸບັນ ເຖິງແມ່ນວ່າການສະໜອງການບໍລິການ ແລະ ການຊອກ ຫາແຫຼ່ງ ຊັບພະຍາກອນຍັງເປັນສິ່ງທ້າທາຍກໍ່ຕາມ. ກະ ຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານພັດທະນາຈຳນວນ ໜຶ່ງໄດ້ເຮັດການລົງທຶນເຂົ້າໃນວຽກງານການວາງແຜນ ຄອບຄົວ ເຊິ່ງໃນເບື້ອງຕົ້ນແມ່ນໂຄງການວາງແຜນລູກຫ່າງ (1995) ຕິດຕາມມາດ້ວຍນະ�โยบายแห่งชาติກ່ຽວກັບ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (2005) ແລະຂອບດ້ານຍຸດທະສາດ ແລະ ການວາງແຜນສຳ ລັບຊຸດການບໍລິການແບບຄົບຊຸດ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແມ່, ເດັກ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ (2009). ກົດໝາຍຫຼາຍສະບັບ ແລະ ນະ�โยบายต่างๆแม่นพันທະ ຜູກພັນ ຂອງລັດຖະບານ ແລະ ເປັນກອບວຽກສຳລັບບັນ ດາໂຄງການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບແມ່. ສິ່ງນີ້ໄດ້ນຳໄປສູ່ການຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່, ເພີ່ມອັດຕາການມີ ການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດໃນບັນດາວິທີ ການ ທັນສະໄໝທັງໝົດຈາກ 28.9 ເປີເຊັນ (LRHS 2000) ເປັນ 49.8 ເປີເຊັນ (LSIS 2012) ແລະຫຼຸດ ຜ່ອນຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການ ທີ່ບໍ່ສາມາດຕອບສະ ໜອງໄດ້ສຳລັບວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວຈາກ 27 ເປີເຊັນ (LRHS 2005) ເປັນ 19.9 ເປີເຊັນ (LSIS 2012). ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຍັງມີຄວາມບໍ່ເທົ່າທຽມກັນ ລະຫວ່າງແຕ່ລະພາກ, ເຂດພູມສາດ, ກຸ່ມອາຍຸ ແລະ ຊົນ ເຜົ່າ. FPSA ກວດກາເບິ່ງບັນດາພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ລະດັບການລົງທຶນ ໃນວຽກງານການປົ້ນປົວສຸຂະ ພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນພົບວ່າເຖິງແມ່ນ ວ່າສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ໄດ້ນຳໄປສູ່ຜົນປະ�โยชน์ດ້ານສຸຂະ ພາບຫຼາຍ, ແຕ່ພັດບໍ່ໄດ້ຮັບການຈັດສັນງົບປະມານຈາກ ພາກລັດໃຫ້ ສອດຄ່ອງກັບພັນທະຜູກພັນ ດ້ານການເມືອງສຳລັບວຽກ ງານວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ບັນດາບັນຫາກ່ຽວກັບສຸຂະ ພາບຈະເລີນພັນ.

ບັນດາຄວາມພະຍາຍາມ ເພື່ອສ້າງໝາກຜົນໃນການເພີ່ມ ຄວາມຮັບຮູ້ ແລະ ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີຄຸມກຳເນີດໄດ້ມີ ການຮັບຮູ້ໃນບົດລາຍງານ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ໃນດ້ານການ ວາງແຜນໂດຍວິທີການທີ່ອີງຕາມສິດ, ຍັງສາມາດປັບປຸງ ໃຫ້ດີຂຶ້ນໄດ້. ສິດທິການຈະເລີນພັນໄດ້ຖືກກ່າວເຖິງໃນ ນະ�โยบายแห่งชาติ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ເຖິງແມ່ນວ່າວິທີການທີ່ອີງຕາມສິດທິ ບໍ່ໄດ້ກ່າວເຖິງຢ່າງ ຈະແຈ້ງໃນນະ�โยบาย ຫຼືຂອບດ້ານຍຸດທະສາດ ແລະການ ວາງແຜນສຳລັບຊຸດການບໍລິການ ບໍລິການແບບຄົບຊຸດ ດ້ານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ (2009), ເຊິ່ງທັງສອງປະກອບດ້ວຍ ບັນດາກົນໄກເພື່ອເສີມຂະ ຫຍາຍລະບົບສາທາລະນະສຸກ (ຜູ້ປະຕິບັດໜ້າທີ່) ເພື່ອ ປັບປຸງການກວມເອົາ ແລະ ຄຸນນະພາບຂອງຂໍ້ມູນຂ່າວ ສານ ແລະ ການບໍລິການທາງດ້ານເພດ ແລະດ້ານສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ, ໂດຍສະເພາະໃຫ້ແກ່ກຸ່ມສ່ຽງ (ຜູ້ຖືສິດ).

ບົດລາຍງານກ່າວເຖິງ ບັນດາສິ່ງທ້າທາຍສຳຄັນ ແລະຕົວ ຢ່າງຂອງການປະຕິບັດທີ່ດີ ທີ່ພົບເຫັນໃນ ຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນເຊິ່ງ ສາມາດສົ່ງເສີມເປົ້າໝາຍຂອງການວາງແຜນ ຄອບຄົວ. ຕົວຢ່າງຄວາມຮູ້ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບ ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ຍິງ(ເຊິ່ງຕ່ຳສຸດຢູ່ພາກໃຕ້) ແລະ ໄດ້ຮັບຜົນສະທ້ອນຈາກປະເພນີ ແລະ ການແບ່ງ ສິດອຳນາດໃນເຂດຊົນນະບົດ. ການສະໜັບສະໜູນຈາກ ຜູ້ຊາຍສຳລັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງ ແມ່ຍິງ ແລະ ກາ ນດູແລສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງແມ່ຍິງຍັງຕ່ຳ ເຊິ່ງສົ່ງຜົ ນກະທົບທີ່ເປັນດ້ານລົບແກ່ການຕັດສິນໃຈຂອງແມ່ຍິງ. ໃນອີກດ້ານໜຶ່ງ, FPSA ພົບເຫັນບັນດາໂຄງການເປົ້າໝາຍ

ຕ່າງໆເຊັ່ນ: ສູນສຸຂະພາບໄວໜຸ່ມ ແລະ ການພັດທະນາທີ່ວຽງຈັນ ເຊິ່ງສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອຕອບສະໜອງ ຄວາມຈຳເປັນດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງຊາວໜຸ່ມ ໃນດ້ານຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານ ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນລວມທັງການບໍລິການ ຄລີນິກ ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ລາຄາສົມເຫດສົມຜົນ. ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ອົງການ UNFPA ແລະ ອົງການສາກົນເພື່ອການບໍລິການປະຊາກອນ (PSI) ໄດ້ຈັດການສື່ສານປະຊາສຳພັນທີ່ມີກຸ່ມເປົ້າໝາຍເພື່ອແກ້ໄຂທັດສະນະທີ່ຜິດພາດ ແລະ ກຳນົດຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ອຸປະສັກຂອງແມ່ຍິງຕໍ່ການນຳໃຊ້ LARC ຢູ່ບັນດາແຂວງເປົ້າໝາຍ. ກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຈັດຂຶ້ນໃນເວລາພ້ອມກັນພ້ອມດ້ວຍການຍົກລະດັບ ທັກສະຂອງຜູ້ສະໜອງ ໃນສະຖານທີ່ອຳນວຍຄວາມສະດວກດ້ານສາທາລະນະສຸກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເຊິ່ງໄປສູ່ການ ເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຜູ້ນຳໃຊ້ຮ່ວງອານາໄມ ເພີ່ມຂຶ້ນເຖິງສິ່ງທົບ. ການແຈກຢາຍຢາຄຸມກຳເນີດ ອົງຕາມຊຸມຊົນສາມາດນຳຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ຢາຄຸມກຳເນີດ ແລະ ວັດຖຸສະໜອງແກ່ຊຸມຊົນຊົນນະບົດທີ່ມີການເຂົ້າເຖິງຈຳກັດ ຕໍ່ການບໍລິການບໍລິການຄລີນິກ ທີ່ມີເຄືອຂ່າຍສົ່ງຕໍ່ເຖິງລະດັບການບໍລິການສາທາລະນະສຸກສຳຮອງ. ເຖິງຢ່າງໃດ ກໍ່ຕາມ, CBD ຕ້ອງມີການແຜ່ຂະຫຍາຍກວ້າງອອກຕື່ມເພື່ອໃຫ້ສາມາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ການເພີ່ມການເຂົ້າເຖິງໃນເຂດທີ່ເຂົ້າເຖິງຍາກ.

ຂົງເຂດທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຫຼາຍຕໍ່ຄວາມຄຽບໜ້າ, ເຊິ່ງບັນລຸໄດ້ຫຼາຍຄືແນວນັ້ນ ລວມມີຄວາມພົ້ນເດັ່ນຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດມີຜົນໄລຍະສັ້ນ. ຕ້ອງໄດ້ເນັ້ນໜັກວ່າສິ່ງນີ້ເຮັດໃຫ້ແຜນງານແຫ່ງຊາດ ຢູ່ໃນສະຖານະທີ່ອ່ອນໄຫວ. ເຊິ່ງມີຊ່ອງຫວ່າງລະຫວ່າງຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ, ເຊິ່ງແມ່ນ 94 ເປີເຊັນ, ແລະ ການນຳໃຊ້ເຊິ່ງແມ່ນ 42 ເປີເຊັນ. ຊ່ອງ ຫວ່າງທີ່ກວ້າງກວ່າ ສຳລັບການຄຸມກຳເນີດໄລຍະ ຍາວແບບຊົ່ວຄາວ (LARC) ເຊິ່ງໃນນັ້ນມີການນຳ ໃຊ້ຮ່ວງອານາ ໄມແມ່ນ 1.6 ເປີເຊັນ ແລະ 0.1 ເປີ ເຊັນສຳລັບການຝັງ ຢາຄຸມກຳເນີດໃຕ້ຜິວໜັງ, ເຊິ່ງຍັງ ບໍ່ໄດ້ນຳສະເໜີ ຢ່າງກວ້າງຂວາງເທື່ອ. ນອກນັ້ນ, ການຂາດ ຜະລິດຕະພັນ ຄຸມກຳເນີດໃນສາງກໍ່ອາດມີຜົນສະທ້ອນທີ່ໄວວາ ແລະ ທີ່ອັນຕະລາຍຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງທາງເລືອກວິທີການຄຸມກຳເນີດຂອງແມ່ຍິງ, ເຊິ່ງສາມາດເພີ່ມຄວາມສ່ຽງໃຫ້ເຂົາເຈົ້າ ທີ່ຈະມີການຖືພາທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ ແລະ ການເອົາລູກແບບບໍ່ປອດໄພ. ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຫຼາຍຢູ່ ແຕ່ລະຈຸດໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ໄປຢ້ຽມຢາມ. ຄຸນນະພາບຂອງການສະໜອງບໍລິການ ໄດ້ຮັບການສົ່ງຜົນສະທ້ອນສ່ວນຫຼາຍແມ່ນ ຈາກທັກສະການສື່ສານ ແລະ ການປົ່ນປ້ວນຂອງຜູ້ສະໜອງ ບໍລິການ ແລະ ຄວາມປອດໄພ ຂອງການຄຸມກຳເນີດ.

ຄຽງຄູ່ກັບຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການມີ ການຂາດຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດໃນສາງ, ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການລາຍ ງານກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວຍັງມີລັກສະນະຂາດຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ໃນດ້ານການນຳໃຊ້ ການບໍລິການ ແລະ ຜະລິດຕະພັນວາງແຜນຄອບຄົວ. FPSA ພົບວ່າໄດ້ມີການທົດລອງລະບົບໃໝ່ໆສຳລັບ ການຈັດຊື້ ແລະການແຈກຢາຍ (ເຊັ່ນ: MSupply). ແນວໃດກໍ່ຕາມ ການຂາດຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງມີຜົນຕໍ່ ການຄາດຄະເນ, ການຈັດຊື້, ການແຈກຢາຍ, ການສົ່ງຕໍ່ ແລະ ປູທາງສຳລັບການສືບຕໍ່ມີການຂາດຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດໃນສາງໃຫ້ເກີດຂຶ້ນ. ບົດລາຍງານສຶກສາປະເດັນເຫຼົ່ານີ້ ຈາກມຸມມອງຂອງວິຊາການດ້ານ ສາທາລະນະສຸກຢູ່ຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ ຜູ້ທີ່ປະເຊີນກັບປະສິດທິພາບ ແລະ ຄວາມບໍ່ມີປະສິດທິຜົນ ຂອງລະບົບ.

ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະສັ້ນ ລວມມີການພັດທະນາແຜນຈັດຕັ້ງປະຕິບັດທີ່ມີການຄິດໄລ່ຕົ້ນທຶນໄວ້ພ້ອມ ອົງໃສ່ແຜນດຳເນີນງານແຫ່ງຊາດດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຂໍ້ແນະນຳຂອງ FPSA; ການທົບທວນນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ເພື່ອລວມເອົາວິທີການອົງໃສ່ສິດທິເຂົ້ານຳ; ການລວມເອົາການວາງແຜນຄອບຄົວເຂົ້າໃນແຜນ ແລະ ຂອບຮ່າງພັດທະນາແຫ່ງຊາດ ແລະໃນຊຸດການບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກຂັ້ນພື້ນຖານ ດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຂອບຍຸດທະສາດ ປະຕິຮູບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ລະດົມໃຫ້ມີການລວມເອົາການວາງແຜນຄອບຄົວເຂົ້າພາຍໃຕ້ ການໃຫ້ທຸນກົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບໄດ້ ພ້ອມກັບມີບ້ວງງົບປະມານສຳລັບຜະລິດຕະພັນ, ອຸປະກອນ ແລະ ວັດສະດຸສະໜອງຕ່າງໆດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ການປຸກລະດົມທີ່ອົງໃສ່ຫຼັກຖານອ້າງອົງຈຳເປັນຕ້ອງຍືນຍົງຄົງຕົວເຂົ້າກັບຄວາມຍຶດໝັ້ນທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຜູ້ສ້າງນະ�โยบายจากกะซวงสาธาละนะสุก, กะซวงแผนการ ແລະ ການລົງທຶນ ແລະ ກະຊວງການເງິນ; ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງສະພາແຫ່ງຊາດ ແລະ ຄະນະກຳມາທິການ ເພື່ອ ຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ ກ່ຽວກັບບັນຫາສະເພາະດ້ານ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ ດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ເພື່ອສົ່ງຜົນຕໍ່ຂະບວນການຈັດສັນງົບປະມານ.

ຂໍ້ແນະນຳອື່ນໆ ແມ່ນນຳໃຊ້ວິທີການແບບເລັ່ງເປົ້າ ໝາຍ

ແລະ ແບບແບ່ງເປັນສັດສ່ວນສຳລັບການປ່ຽນແປງທາງ ສັງຄົມ ແລະ ການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳສຳລັບພົນລະເມືອງ ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ, ຕົວຢ່າງ: ຄູ່ຜົວເມຍຢູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກ ຫຼີກ, ຊາວໜຸ່ມ ແລະ ໄວໜຸ່ມທັງຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ ແລະ ຜູ້ຊາຍໃນຊຸມຊົນຊົນເຜົ່າ, ໂດຍຜ່ານ ສື່ແບບດັ້ງເດີມ ແລະ ສື່ເອເລັກໂຕຣນິກ ໃນລັກສະນະທີ່ ອ່ອນໄຫວຕໍ່ວັດທະນາທຳ. ເພື່ອເອື້ອອຳນວຍໃຫ້ແກ່ການ ສະໜອງການບໍລິການ ວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແບບອີງໃສ່ສິດທິ, ຫຼັກການຂອງວິທີການແບບອີງໃສ່ສິດທິ ແລະຄຸນນະ ພາບຂອງການເບິ່ງແຍງ ຕ້ອງຖືກນຳມາໃຊ້ໃນ ລະຫວ່າງການຝຶກອົບຮົມແລະການສະໜອງການບໍລິການ. ການເຊື່ອມໂຍງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ເຂົ້າໃນລະ ຫວ່າງກໍລະນີມີເຫດສຸກເສີນໃນ ລະຫວ່າງການ ຝາກທ້ອງ, ຫຼັງຄອດ, ຫຼັງຈາກເອົາລູກອອກ ແລະໃນລະຫວ່າງການສັກ ຢາກັນພະຍາດປົກກະຕິໃຫ້ເດັກນ້ອຍຈະເພີ່ມການເຂົ້າ ເຖິງ ແລະ ເພີ່ມຄວາມສະດວກສຳລັບລູກຄ້າ. ນອກນັ້ນ ການລະດົມກ່ຽວກັບຄວາມ ຈຳເປັນດ້ານ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ຄວາມຈຳເປັນດ້ານ ການບໍລິການ ຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ, ກົມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຂອງລັດໂດຍການຮ່ວມມືກັບ ອົງການ INGOs, ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າຊາວໜຸ່ມ ຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຂະຫຍາຍແບບຢ່າງ ການປະຕິບັດທີ່ດີ ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການ ບໍລິການ ແກ່ໄວໜຸ່ມ. ວິທີການທີ່ຍືດຍຸ່ນ, ທີ່ມີຄວາມອ່ອນ ໄຫວ ຕໍ່ວັດທະນາທຳທີ່ມີຄວາມຫຼາກຫຼາຍ ຈະຈຳເປັນ ຕ້ອງໄດ້ຮັບການພັດທະນາ. ການຮ່ວມມືພາກລັດເອກະ ຊົນສຳລັບກິດຈະກຳກະຕຸ້ນຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ສຳລັບ ການຝຶກອົບຮົມກ່ຽວກັບການຄຸມກຳ ເນີດໄລຍະຍາວແບບ ຊົ່ວຄາວ, ການຕະຫຼາດທາງສັງຄົມ ເພື່ອຂະຫຍາຍປະເພດ ຂອງການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ສົ່ງເສີມພຶດຕິກຳການຄຸມກຳ ເນີດແບບດີຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມໃຫ້ພະນັກ ງານການຢາ (ເພສັດຊະກອນ) ເພື່ອໃຫ້ສະໜອງ ວິທີການ ວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ຫຼາກຫຼາຍຈະເພີ່ມຊ່ອງທາງ ສຳລັບ ການບໍລິການ ແລະ ການເຮັດ ການຕະຫຼາດໃຫ້ຫຼາກຫຼາຍ ຂຶ້ນ. ສິ່ງນີ້ລວມທັງການສືບຄົ້ນກ່ຽວກັບຄວາມເປັນ ໄປ ໄດ້ຂອງວິທີການ ເນັ້ນໃສ່ຕະຫຼາດ ໂດຍລວມສຳລັບຜະ ລິດຕະພັນວາງແຜນຄອບຄົວສຳລັບ ສປປ ລາວ. ການ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນ ແລະ ໂອກາດການແລກປ່ຽນກັບສະ ມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ແລະ ອົງການ INGO ຄວນ ຈະໄດ້ຮັບການຜັກດັນ ແລະ ສ້າງຄວາມສາມາດ ກ່ຽວກັບ ການວາງແຜນຄອບຄົວສຸມໃສ່ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳ ໄລ (NPA) ຢູ່ບັນ ດາແຂວງນອກ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ.

ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະຍາວລວມມີ ການພັດທະນາຍຸດທະ ສາ ດການສື່ສານທີ່ຄົບຊຸດສຳລັບການປ່ຽນແປງ ພຶດຕິກຳ, ເຊິ່ງເໝາະສົມດ້ານວັດທະນາທຳ; ແລະ ປັບປຸງຄຸນນະພາບ ຂອງການບໍລິການ ວາງແຜນຄອບຄົວໂດຍຜ່ານການເຮັດ ໃຫ້ການຝຶກອົບຮົມກ່ອນເຂົ້າເຮັດວຽກ ແລະ ໃນລະຫວ່າງ ການເຮັດວຽກກ່ຽວກັບການສະໜອງການບໍລິການ ແບບ ເນັ້ນໃສ່ສິດທິ; ແລະ ການສະໜັບສະໜູນສຳລັບໂຄງລ່າງ ພື້ນຖານ ແລະ ການຈັດຕັ້ງອົງການຈັດຕັ້ງ.ການໃຊ້ວຽກພະ ນັກງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການສັບປ່ຽນໜ້າທີ່ຈະຮັບ ໃຊ້ໃຫ້ແກ່ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ ກຳລັງແຮງງານ ໃນ ເຂດທີ່ເຂົ້າ ເຖິງຍາກ.

ການພິຈາລະນາຢ່າງເຄັ່ງຮ້ອນກ່ຽວກັບ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ທີ່ຫຼາກ ຫຼາຍ ແລະ ດ້ານຕ່າງໆຂອງປະເດັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ສາມາດກຳ ນົດ ແລະ ເຂົ້າໃຈປະເດັນກ່ຽວກັບ RHSC ໄດ້ດີ ກວ່າເກົ່າ. ການປັບປຸງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ຈະຈຳ ເປັນຕ້ອງກວມເອົາການຝຶກອົບຮົມບຸກຄຸລາກອນແລະການ ສ້າງເຄື່ອງມືທີ່ໃຊ້ໄດ້ຕົວຈິງ ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນ; ການສ້າງຄວາມກົມກຽວຂອງ ແບບຟອມລາຍງານຂອງບັນ ດາ ພະແນກການ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າພະນັກງານສາທາລະ ນະສຸກໃນທຸກຂັ້ນໂດຍສະເພາະ ໂຮງໝໍເມືອງ ແລະ ສຸກສາ ລາສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນແລະບົດລາຍງານທີ່ຮຽບຮຽງແລ້ວ.

ບົດລາຍງານ FPSA ວາງຕຳແໜ່ງໄວ້ວ່າການຍອມຮັບ ທີ່ລົ້ນເຫຼືອ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການທີ່ຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບການ ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ວິທີການວາງແຜນຄອບ ຄົວແມ່ນຜົນທີ່ໄດ້ຮັບຂອງການຮ່ວມມືທີ່ຜ່ານມາທີ່ໄດ້ທ້ອ ນໂຮມມາ ພາຍໃຕ້ແຜນງານຂອງປະເທດພາຍໃຕ້ການ ຄາ ດຄະເນການຂະຫຍາຍຕົວຂອງພົນລະເມືອງ, ມັນສາມາດ ຄາດຄະເນໄດ້ວ່າຄວາມຕ້ອງການ ການບໍລິການວາງແຜນ ຄອບຄົວຍັງຈະເພີ່ມຂຶ້ນ. ແຜນງານອານາຄົດຂອງປະເທດ ຢູ່ໃນຕຳແໜ່ງທີ່ດີ ສຳລັບການສົ່ງຕໍ່ການ ສະໜັບສະໜູນ ເຂົ້າໃນລະບົບການຄຸ້ມຄອງທີ່ປັບປຸງດີຂຶ້ນແລ້ວ ສຳລັບຜະ ລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ປະກອບສ່ວນເສີມສ້າງ ຄວາມອາດສາມາດດ້ານວິຊາການ ແລະ ຄວາມອາດສາມ າດຂອງສະຖາບັນໃຫ້ເຂັ້ມແຂງ ແລະ ຂະຫຍາຍການຮ່ວ ມມືເພື່ອເພີ່ມປະສິດທິພາບ ແລະ ປະສິດທິພາບຂອງຊັບ ພະຍາກອນຂອງແຜນງານ.

1 ພາກສະເໜີ

ການຂະຫຍາຍທາງເລືອກດ້ານການຄຸມກຳເນີດ, ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງ, ແລະ ຮັບປະກັນສິດທິໃນດ້ານຈະເລີນພັນ ແມ່ນຄວາມເປັນຫວ່ງເປັນໄຍອັນເປັນໃຈກາງ ແລະ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນ ໃນການສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ; ແລະ ເປັນອົງປະກອບທີ່ເປັນພື້ນຖານຂອງວິໄສທັດ ຂອງວຽກງານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນກອງປະຊຸມສາກົນ ວ່າດ້ວຍປະຊາກອນ ແລະການພັດທະນາ (International Conference on Population and Development (ຂຽນຫຍໍ້ວ່າ ICPD)) ທີ່ໄຄໂຣ (Cairo) ໃນປີ 1994. ໃນຊຸມປີຜ່ານມາ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານ, ລວມທັງອົງການ UNFPA ສປປ ລາວ ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກິດຈະກຳການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ຫຼາກຫຼາຍ. ດ້ວຍຈຸດປະສົງທີ່ຈະຮັບຮອງເອົາວິທີການ ທີ່ມີລັກສະນະປະສົມປະສານຫຼາຍຂຶ້ນ, ດັດປັບໃຫ້ເຂົ້າ ກັບສະພາບຂອງປະເທດ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບນະໂຍບ ายแห่งชาติด້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ຍຸດທະສາດການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງໂລກທາງເລືອກບໍ່ແມ່ນໂອກາດ, ການປະເມີນສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວໃນວົງກວ້າງ ໃນ ສປປ ລາວ ຈຶ່ງໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ.

1.1 ວັດຖຸປະສົງ ແລະ ຈຸດປະສົງ

ວັດຖຸປະສົງຂອງການວິໄຈສະພາບການວາງແຜນ ຄອບຄົວ

ວັດຖຸປະສົງ ຂອງການວິໄຈສະພາບການວາງແຜນ ຄອບຄົວ (FPSA) ແມ່ນເພື່ອປະເມີນສະພາບປັດຈຸບັນຂອງການ ວາງແຜນຄອບຄົວ, ປັດໄຈທີ່ກຳນົດ ແລະ ທີ່ສົ່ງຜົນສະທ້ອນຂອງມັນ, ແລະ ເພື່ອພັດທະນາຫຼັກຖານອ້າງອີງທີ່ເປັນພື້ນຖານ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ການສະໜັບສະໜູນຂອງ UNFPA, ແລະ ການວາງແຜນງານຂອງລັດຖະບານໃນອານາຄົດ ໃນຂົງເຂດ. FPSA ເລັງໃສ່ສວຍໃຊ້ປະໂຫຍດຈາກແບບຢ່າງ ການປະຕິບັດທີ່ດີໃນການວາງແຜນ ຄອບຄົວ, ເພື່ອເພີ່ມການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານ ແລະ ໃນທີ່ສຸດແລ້ວ ເພື່ອເພີ່ມການນຳໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະໄໝ ແລະ ຫຼຸດອັດຕາການເອົາລູກ.ກຸ່ມຜູ້ຊົມຜູ້ຟັງທີ່ເປັນເປົ້າໝາຍ ແລະ ຜູ້ນຳໃຊ້ການວິໄຈສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະຄູ່ຮ່ວມງານຝ່າຍລັດໃນລາວ, ຜູ້ບໍລິຫານຂອງອົງການ UNFPA ໃນຫ້ອງການປະຈຳປະເທດ ແລະ ພະນັກງານຂອງ ອົງການ UNFPA, ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາອື່ນໆ ແລະ ບັນດາອົງການ INGO.

ຈຸດປະສົງຂອງFPSA

ບັນດາຈຸດປະສົງຂອງ FPSA ແມ່ນ:

1. ເພື່ອປະເມີນຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ຄວາມພຽງພໍ ຂອງນະໂຍບາຍ, ລະບຽບການ, ແຜນງານ ແລະ ແຜນກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ລະດັບທີ່ສິ່ງເຫຼົ່ານັ້ນ ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ແລະ ປະເມີນເບິ່ງວ່າບັນດາສິ່ງເຫຼົ່ານັ້ນເອື້ອອຳນວຍ ຫຼື ເປັນອຸປະສັກຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວໃນລະດັບໃດ;
2. ເພື່ອປະເມີນຄວາມສອດຄ່ອງຂອງ ນະໂຍບາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວກັບຄວາມສະເໝີພາບຍິງຊາຍ, ຄວາມເທົ່າທຽມກັນລະຫວ່າງຍິງຊາຍ ແລະ ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງດ້ານອຳນາດ ໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ, ແລະ ວິທີທາງເຊິ່ງໃນນັ້ນສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ກ່ຽວພັນກັບການພັດທະນາເສດຖະກິດໂດຍລວມຂອງປະເທດ, ໂດຍສະເພາະ ຄວາມຢູ່ດີກິນດີ ຂອງຜູ້ທຸກຍາກ;
3. ເພື່ອກຳນົດສາເຫດຕົ້ນຕໍຂອງບັນຫາເຊັ່ນ: ຄວາມຈຳເປັນ ໃນການນຳໃຊ້ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງ ແລະ ການສືບຕໍ່ ແລະ

ການບໍ່ໄດ້ສືບຕໍ່ນຳໃຊ້ ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການກຳນົດການສະໜອງທີ່ກວ້າງຂວາງເປັນລະບົບ ແລະ ອຸປະສັກດ້ານຄວາມຕ້ອງການຕ່ຳການກວມ ເອົາ ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວຢ່າງພຽງພໍ ແລະ ຢ່າງມີ ປະສິດທິຜົນ; ໂດຍມີຈຸດສຸມ ໃສ່ຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວ ກັບການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບໄວ ໜຸ່ມ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ;

4. ເພື່ອຈັດຕັ້ງການສ້າງແຜນຜັງ ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ກັບການວາງແຜນຄອບຄົວໃນ ສປປ ລາວ, ລວມທັງ ພາກລັດ, ອົງການຈັດຕັ້ງທາງສັງຄົມ, ຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ ແລະ ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງພາກສ່ວນເຫຼົ່ານີ້;
5. ເພື່ອປະເມີນຄວາມສາມາດ (ດ້ານດ້ານການເງິນ, ດ້ານ ແຜນງານ, ດ້ານຊັບພະຍາກອນມະນຸດ ແລະ ອົງປະ ກອບອື່ນໆ ຂອງລະບົບສາທາລະນະສຸກ) ພາຍໃນ ແລະ ນອກພາກລັດຖະບານຂອງ ສປປ ລາວ, ເພື່ອ ແກ້ໄຂບັນຫາດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວຢ່າງມີປະ ສິດທິຜົນ;
6. ເພື່ອສ້າງພາບລວມກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ຂອງປະເທດ. ພາບລວມກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວແມ່ນພາບຂອງສະພາບປັດຈຸບັນ ຂອງການວາງ ແຜນຄອບຄົວທີ່ເນັ້ນໃຫ້ເຫັນເຖິງ ຕົວຊີ້ວັດຫຼັກ ແລະ ແນວโน້ມທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງວິທີທີ່ການວາງແຜນ ຄອບຄົວມີການປະສົມປະສານເຂົ້າກັນ ແລະ ເຊື່ອມ ສານເຂົ້າກັນ.

1.2 ຂອບເຂດ

FPSA ໄດ້ດຳເນີນຂຶ້ນໂດຍມີການປຶກສາຫາລື ແລະ ຮ່ວມມືກັບຄູ່ຮ່ວມງານພາກລັດ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນ ລວມທັງຄູ່ຮ່ວມງານດ້ານການພັດທະນາຕ່າງໆ, ອົງການ ຈັດຕັ້ງທາງສັງຄົມ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ. ວິໄສ ທັດຍຸດທະສາດຂອງພາກລັດໃນແຕ່ລະຂັ້ນໄດ້ຮັບການ ບັນທຶກ ໄວ້ໃນຂັ້ນບໍລິຫານຕ່າງໆຈາກຂັ້ນສູນກາງຮອດ ຂັ້ນແຂວງ, ຂັ້ນເມືອງ ແລະ ຂັ້ນບ້ານ. ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນ ຮ່ວມໃນ ສປປ ລາວ ໄດ້ເຂົ້າ ມາມີສ່ວນຮ່ວມໃນທຸກ ໄລຍະຂອງການ ວິໄຈສະພາບການ, ຕັ້ງແຕ່ການອອກ ແບບຮອດໄລຍະລົງສະໜາມ ແລະ ເກັບກຳຂໍ້ມູນ ແລະ ໄລຍະການ ຮ່າງບົດລາຍງານຂັ້ນສຸດທ້າຍ.

ການວິໄຈສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວ ປະເມີນປັດໄຈ ຕ່າງໆ ເຊິ່ງສົ່ງຜົນສະທ້ອນຕໍ່ການສະໜອງການບໍລິການ ວາງແຜນຄອບຄົວໃນລາວ, ກຳນົດ ແລະ ບັນທຶກນະໂຍບາຍ ທີ່ສະໜັບສະໜູນ ແລະ ແບບຢ່າງການປະຕິບັດ ທີ່ດີໃນ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານການວາງແຜນ ຄອບຄົວໄວ້ ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ແລະ ສະເໜີຂໍ້ແນະນຳຕ່າງໆສຳລັບ ຍົກສູງຜົນຂະຫຍາຍແບບຢ່າງ ການປະຕິບັດທີ່ດີທີ່ສຸດດ້ານ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອອັນໃໝ່ເພື່ອ ປັບປຸງປະສິດທິຜົນຂອງແຜນງານ ແລະ ເພີ່ມການນຳໃຊ້ ການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ. ວິທີການ ໄດ້ສຸມໃສ່ ຄວາມຈຳເປັນຂອງ ປະຊາກອນຂອງ ສປປ ລາວ, ກຳນົດ ປັດໄຈທີ່ເອື້ອອຳນວຍ ແລະ ສິ່ງທ້າທາຍ, ແລະ ສືບຕໍ່ປະ ເມີນອຸປະສັກຂອງການສະໜອງ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການ ທີ່ກີດຂວາງການກວມເອົາທີ່ພຽງພໍ ແລະ ທີ່ມີປະສິດທິຜົນ ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ສະເໜີວິທີການແກ້ໄຂ ກ່ຽວກັບວິທີ ທາງທີ່ຈະຫຼີກລ້ຽງມັນ.

ຜົນການຄົ້ນພົບແລະຂໍ້ສັງເກດຕ່າງໆຈາກ FPSA ໄດ້ຖືກ ນຳມາວິໄຈ ພາຍໃຕ້ສະພາບການລວມຂອງວຽກງານ ສຸຂະ ພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການປະກອບສ່ວນ ຂອງວຽກ ງານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການວາງແຜນຄອບຄົວໃຫ້ແກ່ ການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ແລະ ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບ ເປົ້າໝາຍພັດທະນາໂດຍລວມ.

ສິ່ງຄົ້ນພົບຕົ້ນຕໍແມ່ນສອດຄ່ອງກັບ ຫ້າໝາກຜົນຂອງຍຸດ ທະສາດດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງ ອົງການ UN-FPA ປີ 2012-2020 ທາງເລືອກບໍ່ແມ່ນຕາມໂອກາດ, ເຊິ່ງແມ່ນ:

1. ສະພາບແວດລ້ອມທີ່ເອື້ອອຳນວຍ ສຳລັບການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ທີ່ອີງໃສ່ສິດທິໂດຍຖືເປັນສ່ວນ ທີ່ສຳ ຄັນ ຂອງວຽກງານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິໃນການຈະເລີນພັນ
2. ເພີ່ມຄວາມຕ້ອງການສຳລັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ອີງ ໃສ່ຄວາມຕັ້ງໃຈດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລູກຄ້າ
3. ປັບປຸງການມີ ແລະ ການສະໜອງຜະລິດຕະພັນ ຄຸມ ກຳເນີດທີ່ມີຄຸນນະພາບຢ່າງເປັນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້
4. ປັບປຸງການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຄຸນ ນະພາບອີງໃສ່ສິດທິມະນຸດ
5. ສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ຂໍ້ແນະນຳກ່ຽວກັບປະເດັນຫຼັກໆ ໃນຫ້າພາກຍ່ອຍໄດ້ຖືກ ຈັດບຸລິມະສິດ ຕາມໄລຍະເວລາທີ່ຂໍ້ແນະນຳສາມາດສຳ ເລັດເຊິ່ງ ມີການກຳນົດໄລຍະເວລາເປັນຂໍ້ແນະນຳໄລຍະ ສັ້ນ, ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະກາງ, ແລະ ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະຍາວ.

2 ວິທີການ ແລະ ຂະບວນການ

ການອອກແບບວິທີການ ແມ່ນຂອບສຳລັບການເກັກຳຂໍ້ມູນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຕາມຈຸດປະສົງຫຼັກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນລາຍລະອຽດໜ້າວຽກ (TOR) (ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ i). ທີມງານທີ່ປຶກສາ ໄດ້ດຳເນີນການເກັບກຳຂໍ້ມູນສຳລັບການວິໄຈ ສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວຈາກຜູ້ຕາງໜ້າ ຂອງອົງການ UNFPA ແລະ ສູນສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກຈາກຂັ້ນສູນກາງ, ຂັ້ນແຂວງ ແລະ ຂັ້ນເມືອງ. ຈຸດເນັ້ນໜັກທີ່ສຳຄັນແມ່ນເລັ່ງໃສ່ການມີສ່ວນຮ່ວມເຊິ່ງ TOR ກໍ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ສຸມໃສ່ວິທີການເກັບກຳຂໍ້ມູນແບບຄຸນນະພາບ. ເພື່ອວາງແຜນ ແລະ ສ້າງຕາຕະລາງແຜນວຽກລົງພາກສະໜາມ, ທີ່ປຶກສາໄດ້ເຮັດວຽກຢ່າງໃກ້ຊິດກັບທີມງານຂອງອົງການ UNFPA ໃນຄັດເລືອກແຂວງ ແລະ ເມືອງ. ເຄື່ອງມືລຸ່ມນີ້ກໍ່ເປັນທິດທາງໃຫ້ແກ່ວິທີການ ແລະ ການອອກແບບ:

- ວິທີການວິໄຈສະພາບການ, ຂອງສະພາດ້ານປະຊາກອນ (1997)[1] ;
- ວິທີຍຸດທະສາດເພື່ອສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ຂອງອົງການອານາໄມໂລກ(2007)[2] ; ແລະ
- ການສືບຄົ້ນຢ່າງໄວວາກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບ (The Quick Investigation of Quality (QIQ)) ທີ່ພັດທະນາໂດຍໂຄງການວັດແທກປະເມີນຜົນ (2001)[3]

ອົງປະກອບຂອງວິທີການຂອງ FPSA

ວິທີການແບບຫຼາກຫຼາຍໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ເຊິ່ງລວມມີການ ທົບທວນເອກະສານທີ່ມີແລ້ວ ໂດຍທົບທວນເບິ່ງເອກະສານອ້າງອີງ, ສຳພາດກັບພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ, ແລະ ການລົງຢ້ຽມຢາມສະຖານທີ່ບໍລິການ ສາທາລະນະສຸກທີ່ສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ. FPSA ປະກອບດ້ວຍ 4 ອົງປະກອບ.

ອົງປະກອບທີ 1: ການທົບທວນເອກະສານ, ການຄັດເລືອກພື້ນທີ່ ແລະ ການກະກຽມຂັ້ນຕອນການສຳພາດ

ການທົບທວນເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ເຊິ່ງລວມມີນະໂຍບາຍ ແລະ ເອກະສານຍຸດທະສາດຕ່າງໆ, ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດ, ເອກະສານແຜນງານ, ແຜນວຽກ, ບົດທົບທວນປະຈຳປີ ແລະ ບົດຄວາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງ ສປປ ລາວ ແລະ ການລິເລີ່ມລະດັບສາກົນ ແລະ ລະດັບຂົງເຂດໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ. ທີມງານທີ່ປຶກສາຍັງໄດ້ພັດທະນາຮ່າງທິດທາງການສຳພາດ 9 ບົດ ແລະ ຮ່າງທິດທາງການປະເມີນສະຖານທີ່ບໍລິການ 1 ບົດ.

ມາດຕະຖານທີ່ນຳໃຊ້ເພື່ອຄັດເລືອກພື້ນທີ່ສຳລັບໄລຍະລົງພາກສະໜາມແມ່ນມີດັ່ງນີ້:

- ແຂວງ ແລະ ເມືອງ ທີ່ເປັນພື້ນທີ່ເປົ້າໝາຍສຳລັບອົງການ UNFPA ໃນປັດຈຸບັນຫຼືເຄີຍເປັນຜ່ານມາ;
- ສຸກສາລາທີ່ຢູ່ໄລຍະໃກ້ກັບ (ພາຍໃນໄລຍະ 5 ກມ) ແລະ ໄກຈາກ (ຫຼາຍກວ່າ 15 ກມ) ໃຈກາງ ເມືອງ/ແຂວງ;
- ບັນດາເມືອງທີ່ມີຊຸມຊົນຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ; ແລະ
- ບັນດາເມືອງເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ເຄີຍເປັນພື້ນທີ່ເປົ້າໝາຍ ຂອງອົງການ UNFPA.

[1] http://www.popcouncil.org/pdfs/1997_SituationAnalysisHandbook.pdf
[2] ອົງການອານາໄມໂລກ(2007), ວິທີການຍຸດທະສາດເພື່ອສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ນະໂຍບາຍແລະແຜນງານດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
[3] ການສືບຄົ້ນຢ່າງໄວວາກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບ(QIQ): ຄຸ່ມືຜູ້ນຳໃຊ້ສຳລັບຕິດຕາມຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ. (2001)ຄຸ່ມືການປະເມີນວັດແທກ (MEASURE Evaluation Manual Series), No 2. Chapel Hill, NC, ມະຫາວິທະຍາໄລນອດຄາໂລຮາຍນາທີ່ຈາເປີລຮິລ (University of North Carolina at Chapel Hill).

ອົງປະກອບທີ 2: ການສ້າງແຜນວາດພາກສ່ວນທີ່ມີ ສ່ວນຮ່ວມ

ການສ້າງແຜນວາດພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ໃນດ້ານ ວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວໃນ ສປປ ລາວ, ລວມທັງ ພາກລັດ, ອົງການຈັດຕັ້ງທາງສັງຄົມ, ຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ພາກ ສ່ວນທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ສາຍບັນດາສາຍພົວພັນ ຕ່າງໆ ກໍ່ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ. ຂະບວນການສ້າງແຜນວາດ ປະກອບດ້ວຍການສົນທະນາຕົວຕໍ່ຕົວ, ການໂທລະສັບ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນມືສອງ. (ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ ທີ v).

ອົງປະກອບທີ 3: ໄລຍະລົງພາກສະໜາມ

ການວິໄຈ ສະພາບການໄດ້ນຳໃຊ້ການອອກແບບທີ່ກວມ ເອົາຫຼາຍພາກ ເພື່ອເກັບກຳເອົາຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວກັບສະ ຖານທີ່ບໍລິການ, ຜູ້ສະໜອງ, ແລະ ລູກຄ້າໂດຍຜ່ານການ ສຳພາດ ແລະ ການສັງເກດການ. ການເກັບກຳຂໍ້ມູນບັນລຸ ໄດ້ໂດຍຜ່ານການນຳໃຊ້ຮ່າງ ທິດທາງແນະນຳການສຳພາດ ແບບມີໂຄງສ້າງ ແລະ ຮ່າງທິດທາງເກັບກຳກ່ຽວກັບສະຖານ ທີ່ບໍລິການ. ບັນດາແຂວງທີ່ໄດ້ຄັດເລືອກມາ ສຳລັບການ ເກັບຂໍ້ມູນ ແມ່ນ: ແຂວງອຸດົມໄຊ, ແຂວງ ສະຫວັນນະເຂດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ແຂວງ ສາລະວັນ.

ການລົງພາກສະໜາມໃຊ້ເວລາ 15 ມື້ ຈຶ່ງສຳເລັດແຕ່ ວັນທີ 20 ເມສາ 6 ພຶດສະພາ 2015. ນອກຈາກໄດ້ໄປ ຮອດຕົວເມືອງໃຈກາງຂອງ ຫ້າແຂວງແລ້ວ, ໄລຍະລົງພາກ ສະໜາມຍັງໄດ້ກວມເອົາ 8 ເມືອງ, ສຸກສາລາ 8 ແຫ່ງ, 3 ບ້ານ, ຄລີນິກ 2 ແຫ່ງ, ຮ້ານຂາຍຢາ 3 ຮ້ານ ແລະ ກວມ ເອົາຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມສຳພາດ 110 ຄົນ.

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນໃນລະຫວ່າງການລົງເຮັດວຽກພາກສະ ໜາມ

ໄດ້ດຳເນີນການສຳພາດຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຫຼັກ ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງນຳ ໃຊ້ຄຳຖາມສຳພາດແບບເຄິ່ງໂຄງສ້າງ ກັບບັນດາຜູ້ສ້າງນະ ໂຍບາຍ, ອົງການ NGO ສາກົນທີ່ເຮັດວຽກດ້ານການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາອື່ນໆໃນລະຫວ່າງ ການລົງເຮັດ ວຽກພາກສະໜາມ, ພະນັກງານສາທາລະນະ ສຸກຈາກ ຫ້ອງວ່າການປົກຄອງຂັ້ນແຂວງ ແລະ ຂັ້ນເມືອງ ແລະ ຢູ່ໂຮງບັນດາໝໍໄດ້ຖືກສຳພາດ. ທີ່ປຶກສາຍັງໄດ້ທົບ ທວນເບິ່ງບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການ, ສັງ ເກດເບິ່ງສະຖານທີ່ບໍລິການ, ສຳພາດຫຼາກຫຼາຍບຸກຄົນ. ຢູ່ຂັ້ນລຸ່ມຈາກເມືອງ, ອຳນາດການປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນ, ຜູ້ໃຫ້ ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ໃຊ້ບໍລິການກໍ່ໄດ້ຖືກສຳພາດ. ທີມງານຍັງ ໄດ້ພົບກັບ ຜູ້ແຈກຢາຍຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ. ໃນບັນດາຜູ້ສະໜອງ ພາກເອກະຊົນ-ຜູ້ທີ່ດຳເນີນ ຄລີນິກເອກະຊົນ ແລະ ເພສັດ ຊະກອນກໍ່ໄດ້ຖືກສຳພາດເຊັ່ນກັນ.

ອົງປະກອບທີ 4: ການວິໄຈຂໍ້ມູນ

ໃນຕອນທ້າຍຂອງແຕ່ລະມື້, ທີມງານໄດ້ມາເຕົ້າໂຮມກັນ ເພື່ອສົນທະນາ ແລະ ວິໄຈຜົນການຄົ້ນພົບໃນມື້ນັ້ນ, ນອກ ຈາກໃນອາທິດທີ 2 ເມື່ອທີ່ປຶກສາໄດ້ແຍກກັນໄປເກັບຂໍ້ ມູນຢູ່ແຂວງທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ການວິໄຈແມ່ນອີງໃສ່ການສັງ ຣວມ ແລະ ການກວດທຽບຂໍ້ມູນ ທີ່ເກັບກຳໄດ້ຈາກບັນດາ ກິດຈະກຳທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງ, ທຽບກັບຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຈາກ ການທົບທວນເອກະສານແລະຂໍ້ມູນຈາກການສຳພາດຜູ້ໃຫ້ ຂໍ້ມູນຫຼັກ ແລະ ຈາກການລົງພາກສະໜາມ. ຂະບວນການ ວິໄຈຂໍ້ມູນສຳລັບຂໍ້ມູນດ້ານຄຸນນະພາບພະຍາຍາມທີ່ຈະ:

- ສຸມໃສ່ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບລາຍງານມາແລະໃສ່ຄຳຕອບ ຂອງ ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໃຫ້ສຳພາດ
- ກວດກາເບິ່ງຄວາມກົມກຽວ ແລະ ຄວາມສະເໝີຕົ້ນ ສະເໝີປາຍ
- ກວດກາເບິ່ງສາຍພົວພັນລະຫວ່າງຄຳຕອບ ແລະ ປະ ເດັນຕ່າງໆ
- ກຳນົດຊ່ອງຫວ່າງແລະປະເດັນທີ່ເກີດຂຶ້ນຄືນໃໝ່ເລື້ອຍໆ
- ປຽບທຽບບັນດາຄຳຕອບຂອງບັນດາຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໃຫ້ສຳ ພາດ

ຂໍ້ຈຳກັດ

ໃນຂອບໄລຍະເວລາ 15 ມື້ສຳລັບ 4 ແຂວງ ແລະ ໜຶ່ງ ນະຄອນຫຼວງ ທີ່ສຸ່ມລົງໄປໝາຍເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ເກັບກຳໄດ້ ນັ້ນ ແມ່ນວ່າທັດສະນະຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ກໍ່ ແມ່ນຕໍ່ ໄລຍະເວລາ ນັ້ນເທົ່ານັ້ນບໍ່ແມ່ນການເກັບກຳ ເອົາທັດສະນະຕາມການເວລາແຕ່ດົນມາ. ການອອກແບບ ທີ່ ປະສົມປະສານຫຼາຍວິທີການເຂົ້າກັນໄດ້ແກ້ໄຂຈຸດອ່ອນ ຂອງການເກັບກຳທັດສະນະ ໃນຈຸດເວລາໜຶ່ງຈຸດດຽວທີ່ ອາດເປັນໄປໄດ້ຄືດັ່ງກ່າວ ໂດຍການເກັບກຳຂໍ້ມູນຈາກຫຼາຍ ແຫຼ່ງທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ແລະ ປະເມີນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ ມູນໂດຍການປຽບທຽບຂໍ້ມູນທີ່ເກັບກຳໄດ້ຈາກຫຼາຍແຫຼ່ງ. ນອກນັ້ນ ການສຸ່ມຕົວຢ່າງແບບມີຈຸດປະສົງໝາຍເຖິງຂໍ້ ສະຫຼຸບໃດໆກໍ່ຕາມທີ່ທ້ອນໂຮມມາໄດ້ບໍ່ສາມາດອ້າງໄດ້ວ່າ ເປັນຕົວແທນໃຫ້ທັງໝົດໄດ້.

3 ສະພາບຂອງປະເທດ

ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ ມີພົນລະເມືອງຄາດຄະເນປະມານ 6.89[4] ລ້ານຄົນ ໂດຍພົນລະ ເມືອງ ຂອງບັນດາຄົວເຮືອນທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 15-64 ປີ ກວມ ເອົາເຖິງ 59 ເປີເຊັນ ຂອງຈຳນວນພົນລະເມືອງຄົວເຮືອນ ທັງໝົດ[5]. ສປປ ລາວ ແມ່ນປະເທດທີ່ມີຄວາມຫຼາກຫຼາຍ ທາງດ້ານວັດທະນາທຳ ແລະ ດ້ານພາສາໂດຍມີຊົນເຜົ່າທີ່ຮັບ ຮູ້ເປັນທາງການ 49 ຊົນເຜົ່າ ແລະ ມີ 160[6] ກຸ່ມຍ່ອຍ. ລາວ ຍັງແມ່ນປະເທດທີ່ມີພູມສັນຖານເປັນພູດອຍ, ເຊິ່ງເປັນສິ່ງ ທ້າທາຍຕໍ່ການພັດທະນາໂຄງລ່າງພື້ນຖານທາງສັງຄົມ, ຕໍ່ ການຂົນສົ່ງ ແລະ ຕໍ່ເຄືອຂ່າຍດ້ານການສື່ສານ ແລະ ການ ຄ້າ. ສິ່ງນີ້ຍັງເພີ່ມທະວີຂຶ້ນໄປຕື່ມ ຍ້ອນປະຊາຊົນຢູ່ກະ ແຈກກະຈາຍ ແລະ ຢັ່ງຢາຍທົ່ວໄປໂດຍມີປະມານ 66.8 ເປີເຊັນ ຂອງພົນລະເມືອງດຳລົງຊີວິດຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ. ຫຼາຍ ບ່ອນແມ່ນເຂົ້າເຖິງຍາກຍ້ອນເປັນເຂດພູມສັນຖານທີ່ ເປັນພູດອຍສູງຊັນ ແລະ ມີຮອດ 21 ເປີເຊັນ ຂອງພົນລະ ເມືອງທີ່ຢູ່ໃນເຂດທີ່ບໍ່ມີເສັ້ນທາງໄປຮອດ[7]. ເຖິງແມ່ນວ່າເສດ ຖະກິດແມ່ນເປັນເສດຖະກິດທີ່ອີງໃສ່ຊັບພະຍາກອນທຳ ມະຊາດເປັນສ່ວນຫຼາຍແຕ່ ສປປ ລາວ ກໍ່ໄດ້ເຄີຍມີການຂ ະຫຍາຍຕົວດ້ານເສດຖະກິດທີ່ໄວຫຼາຍທີ່ສຸດໃນໄລຍະຫ້າ ປີຜ່ານມາ[8]. ໃນຂະນະທີ່ການຂະຫຍາຍຕົວທາງດ້ານ ເສດ ຖະກິດໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ, ແຕ່ກໍ່ຍັງມີລະດັບການພັດທະນາສັງ ຄົມທີ່ຕ່ຳຢູ່ລວມທັງມີລະລົບສາທາລະນະສຸກທີ່ຍັງອ່ອນ ແລະ ມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກທີ່ຈຳ ກັດ. ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ສົ່ງຜົນສະທ້ອນໂດຍສະເພາະແມ່ນຕໍ່ກຸ່ມຊົນ ເຜົ່າ, ຜູ້ທີ່ດຳລົງຊີວິດຢູ່ເຂດຊົນນະບົດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ[9].

ສປປ ລາວ ປັດຈຸບັນແມ່ນກຳລັງຢູ່ໃນໄລຍະການຂະຫຍາ ຍຕົວທາງດ້ານເສດຖະກິດທີ່ເຂັ້ມແຂງ ແລະ ລັດຖະບານ ມີເປົ້າໝາຍມາແຕ່ດົນແລ້ວທີ່ຈະຫຼຸດພົ້ນອອກຈາກການ ເປັນປະເທດດ້ອຍພັດທະນາຮອດ ປີ 2020. ປະເທດຍັງ ບັນລຸໄດ້ຄວາມຄືບໜ້າທີ່ສຳຄັນ ໃນການລຶບລ້າງຄວາມທຸກ ຍາກໃນຕະຫຼອດສອງທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ ໂດຍມີອັດຕາ ການຫຼຸດລົງຂອງລະດັບຄວາມທຸກຈາກ 46 ເປີເຊັນ ໃນປີ 1992 ມາເປັນ 27.6 ເປີເຊັນ ໃນປີ 2008. ສປປ ລາວ ຍັງເລັ່ງໃສ່ໃຫ້ບັນລຸໄດ້ຄາດໝາຍສາກົນ ດ້ານການເຂົ້າເຖິງ ການຮັກສາສຸຂະພາບຮອດ ປີ 2020 ແລະ ມີວິໄສທັດທີ່ ຈະແຈ້ງສຳລັບການປະຕິຮູບ ລະບົບສາທາລະນະສຸກດັ່ງທີ່ ໄດ້ພັນລະນາໄວ້ໃນຂອບຍຸດທະສາດ ດ້ານການປະຕິຮູບຂ ະແໜງສາທາລະນາສຸກສຳລັບ ສປປ ລາວ ຮອດປີ 2025. ໃນດ້ານການປົກຄອງວຽກງານ ສາທາລະນະສຸກອີງຕາມ ແຜນຫ້າປີ ດ້ານການພັດທະນາຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແຕ່ ປີ 2011-2015 [10] , ໃນໄລຍະແຕ່ປີ 1995 ຮອດປັດຈຸ ບັນ, ເຫັນໄດ້ວ່າ ມີການເພີ່ມຂຶ້ນໃນດ້ານການພັດທະນາ ລະບຽບການຕ່າງໆດ້ານສາທາລະນະສຸກ (ບັນດາກົດໝາຍ, ດຳລັດ, ລະບຽບການແລະນະ�โยบายຕ່າງໆ) ແລະ ບັນດາ ແຜນຍຸດທະສາດ ແລະ ຂອບຮ່າງຍຸດທະສາດຕ່າງໆ. ພາຍ ໃຕ້ນະໂยบายດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນປີ 2000, ມີສອງອົງປະກອບຫຼັກທີ່ເນັ້ນໃສ່ການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່

[4] ຄັງຂໍ້ມູນຂອງທະນາຄານໂລກ (2014), http://databank.worldbank.org/data//reports.aspx?source=2&country=LAO&series=&period=
[5] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ(2012), ການສຳຫຼວດຕົວຊີ້ວັດທາງສັງຄົມ2011-2012: ການສຳລັບຫຼາກຫຼາຍກຸ່ມ /ການສຳຫຼວດດ້ານສາທາລະນະສຸກແລະດ້ານ ພົນລະເມືອງ, ວຽງຈັນ ສປປ ລາວ
[6] ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (2006), ເອກະສານການວາງແຜນພັດທະນາຊົນເຜົ່າພື້ນເມືອງ: ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ: ໂຄງການພັດທະນາຊີວິດການເປັນຢູ່ແບບຍືນຍົງ ຢູ່ ເຂດພາກເໜືອ, DOI: http://www.asianlii.org/asia/other/ADBLPRes/2006/4.pdf
[7] Ibid ກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ (2012),
[8] ສະຫະພາບເອີຣົບ (2009), ການປະເມີນຜົນການຮ່ວມມືຂອງEC ກັບສປປລາວ, ວຽງຈັນສປປລາວ
[9] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2011), ແຜນພັດທະນາຂະແໜງສາທາລະນະສຸກປະຈຳຫ້າປີສະບັບທີ7 2011-2015; ວຽງຈັນສປປລາວ
[10] Ibid ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2011)

ແລະເດັກ ແລະ ໂພຊະນາການ. ເອກະສານທີ່ສຳຄັນກວ່າໝູ່ແມ່ນຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ຂອບການວາງແຜນສຳລັບຊຸດການບໍລິການ ດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍແບບຄົບຊຸດ (2009-2015) ແລະ ຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນດຳເນີນງານແຫ່ງຊາດດ້ານໂພຊະນາການ (2010-2015). ການປະສົມປະສານການບໍລິການດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ ແລະ ໂຄງການສັກຢາກັນພະຍາດເປີດກ້ວາງ (EPI) ກໍ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮູ້ວ່າເປັນຍຸດທະສາດຫຼັກ ສຳລັບການຂະຫຍາຍການກວມເອົາຂອງການບໍລິການ, ໂດຍສະເພາະຢູ່ໃນເຂດຊົນນະບົດ.

ສະພາບດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ

ອັດຕາການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງ ພົນລະເມືອງຄາດຄະເນແລ້ວປະມານ 2 ເປີເຊັນ ໃນປີ 2014 [11] . ໃນຂະນະທີ່ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ, ພະແນກເສດຖະກິດແລະສັງຄົມ, ຂະແໜງປະຊາກອນຄາດຄະເນວ່າ ພົນລະເມືອງຈະເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 8.25 ລ້ານຄົນ ໃນປີ 2025, ແລະ ເປັນ 10.88 ລ້ານຄົນ ໃນປີ 2050 [11]. ໂດຍມີເກືອບ 60 ເປີເຊັນ ຂອງພົນລະເມືອງທີ່ມີອາຍຸລຸ່ມ 25 ປີ [13], ພົນລະເມືອງໜຸ່ມກວມອັດຕາສ່ວນຫຼາຍໃນຈຳນວນພົນລະເມືອງຂອງ ສປປ ລາວ. ການແຕ່ງງານແຕ່ອາຍຸຍັງນ້ອຍຍັງມີຂ້ອນຂ້າງຫຼາຍ, ແລະ ການຖືພາແຕ່ອາຍຸຍັງນ້ອຍກໍ່ເຫັນວ່າ ບໍ່ແມ່ນເລື່ອງແປກ. ພຶດຕິກຳການມີເພດສຳພັນແບບສ່ຽງໄພ, ລວມທັງການໃຊ້ຖົງຢາງອນາໄມ, ກໍ່ຍັງມີໃນກຸ່ມຊາວໜຸ່ມ. ດ້ວຍຫຼາກຫຼາຍເຫດຜົນ, ລວມທັງຄວາມຈຳກັດດ້ານການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນ ແລະ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດສຸຂະພາບຈະ ເລີນພັນທີ່ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ, ຊາວໜຸ່ມບໍ່ໄດ້ມີການປະຕິບັດທີ່ປອດໄພດ້ານການມີເພດສຳພັນ. ສປປ ລາວ ເປັນໜຶ່ງໃນບັນດາປະເທດ ໃນຂົງເຂດນີ້ທີ່ມີອັດຕາການຖືພາຂອງໄວໜຸ່ມທີ່ສູງທີ່ສຸດ. ພຶດຕິກຳເຊັ່ນນັ້ນຍັງສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຖືພາທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ ແລະມີການເອົາລູກແບບບໍ່ປອດໄພ ແລະ ມີອັດຕາການຕິດເຊື້ອພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນສູງ.

ຕົວຊີ້ວັດຫຼັກສຳລັບດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ຖືກເກັບກຳພາຍໃຕ້ 2 ການສຳຫຼວດແຫ່ງຊາດຄື: ການສຳຫຼວດກຸ່ມຕົວຊີ້ວັດທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ການສຳຫຼວດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລາວ. ໃນປີ 2011, ການສຳຫຼວດເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ລວມເຂົ້າກັນເປັນການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມຂອງລາວ (Lao Social Indicator Survey (LSIS)) ແລະ ຜົນຂອງການສຳຫຼວດໄດ້ຖືກຈັດພິມໃນປີ 2012. ສຳລັບFPSA, ບັນດາຕົວຊີ້ວັດໃນການສຳຫຼວດ LSIS ໃນປີ 2011-2012, ເຊິ່ງເປັນຂໍ້ມູນພື້ນຖານໃຫ້ແກ່ການອະທິບາຍສິ່ງຄົ້ນພົບແມ່ນມີດັ່ງນີ້:

- ອັດຕາການຈະເລີນພັນລວມແຫ່ງຊາດ (ເກີດຂຶ້ນໃນ 3 ປີກ່ອນໜ້າການສຳຫຼວດ) ຄາດຄະເນແມ່ນ 3.2 ການເກີດມີຊີວິດສຳລັບແມ່ຍິງ (ການສຳຫຼວດLSIS 2012, ໜ້າທີ 66). ແນວໃດກໍ່ຕາມມີຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງເຂດຊົນນະບົດ-ກັບຕົວເມືອງ ແລະ ຫວ່າງກຸ່ມອາຍຸທີ່ແຕກຕ່າງກັນໃນດ້ານຈຳນວນການເກີດມີຊີວິດສຳລັບແມ່ຍິງໃນກຸ່ມຄົນເຫຼົ່ານີ້.
- ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ (MMR) ຄາດຄະເນ ແມ່ນ 357 ຄົນຕໍ່ 100,000 ການເກີດມີຊີວິດ (LSIS 2012, pg. IV). ແນວໃດກໍ່ຕາມເປັນທີ່ຮັບຮູ້ວ່າໃນການຄາດຄະເນອື່ນ, ຕົວເລກນີ້ແມ່ນຕ່ຳກວ່ານີ້.
- ອັດຕາການມີການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ(CPR) ສຳລັບວິທີການແບບທັນສະໄໝ ທຸກວິທີທີ່ນຳໃຊ້ໂດຍຜູ້ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ຫຼື ແມ່ຍິງທີ່ມີຄູ່ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຢູ່ບັນດາແຂວງພາກເໜືອ, ພາກກາງ ແລະ ພາກໃຕ້ໂດຍມີ 50.8 ເປີເຊັນ; 38.9ເປີເຊັນ ແລະ 34.5 ເປີເຊັນຕາມລຳດັບ (LSIS 2012, ໜ້າທີ 87).
- ອັດຕາຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງແມ່ນປະມານ 19.9 ເປີເຊັນ.
- ໂດຍລວມ, 1 ໃນຈຳນວນແມ່ຍິງ 5 ຄົນທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວມີຄວາມຕອ້ງການຄຸມກຳເນີດທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງເທື່ອ.
- ຄວາມຈຳເປັນ ທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງມີສູງສຸດແມ່ນຢູ່ເຂດພາກໃຕ້ (24 ເປີເຊັນ) ແລະ ຕ່ຳກວ່າຢູ່ເຂດພາກກາງ (21 ເປີເຊັນ) ແລະ ຢູ່ເຂດພາກເໜືອ (17 ເປີເຊັນ).
- 50 ເປີເຊັນ ຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວນຳໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດ. ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ນິຍົມຫຼາຍທີ່ສຸດແມ່ນຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ, ໂດຍມີແມ່ຍິງ 2 ໃນຈຳນວນແມ່ຍິງ 10 ຄົນ ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວໃນສປປລາວນຳໃຊ້. ຢາສັກຄຸມກຳເນີດແມ່ນວິທີການທີ່ນິຍາມຮອງລົງມາ, ເຊິ່ງມີ 14 ເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວໃນປັດຈຸບັນນຳໃຊ້.

[11] ຄັງຂໍ້ມູນຂອງທະນາຄານໂລກ(2014), http://databank.worldbank.org/data//reports.aspx?source=2&country=LAO&series=&period=
[12] ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ, ພະແນກເສດຖະກິດແລະສັງຄົມ, ຂະແໜງພົນລະເມືອງ(2012) ການຄາດຄະເນພົນລະເມືອງຂອງໂລກ: ສະບັບທົບທວນປີ2012. http://population-pyramid.net/lao-people-s-democratic-republic/2050/
[13] ອົງການຈັດຕັ້ງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວແລະກອງທຶນເພື່ອພົນລະເມືອງຂອງອົງການສະຫະປະຊາຊາດປະຈຳສປປລາວ(2014). ການວິໄຈສະພາບຂອງໄວໜຸ່ມແລະຊາວໜຸ່ມ, ສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ, DOI: http://countryoffice.unfpa.org/lao/drive/AYSA_Report_Eng.compressed.pdf

4 ຜົນການຄົ້ນພົບ ແລະ ການວິໄຈ

ພາບລວມ

ສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກແມ່ນສິ່ງທີ່ພົ້ນເດັ່ນໃນນະໂຍບາຍຂອງລັດຖະບານແລະໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແຜນພັດທະນາແຫ່ງຊາດ ແລະ ແຜນພັດທະນາຂອງຂະແໜງການ. ໃນລະຫວ່າງການວິໄຈ FPSA, ບັນດາພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມຈາກຫຼາກຫຼາຍຂັ້ນບໍລິຫານ ກໍ່ໄດ້ຢັ້ງຢືນຄວາມຍຶດໝັ້ນຂອງເຂົາເຈົ້າໃນການປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ເຊິ່ງໃນນັ້ນ ການລົງທຶນໃສ່ການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນອົງປະກອບທີ່ສຳຄັນ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການຈັດສັນງົບປະມານ ແມ່ນຍັງບໍ່ເໝາະສົມກັບລະດັບຄວາມຍຶດໝັ້ນທີ່ມີ. ພາກລັດສະໜອງ 71 ເປີເຊັນ ຂອງການສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ສະໜອງຫຼາກຫຼາຍວິທີການຂຶ້ນກັບສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການມີຜູ້ສະໜອງທີ່ມີຄວາມຊຳນານ. ຂະແໜງການນີ້ແມ່ນມີພາກເອກະຊົນເສີມຕື່ມແລະສ່ວນໜ້ອຍໜຶ່ງກໍ່ເສີມໂດຍອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະບານສາກົນ (INGOs). ຂະບວນການລົງປົ່ນປົວເຄື່ອນທີ່ ແລະ ໜ່ວຍແຈກຢາຍຂັ້ນຊຸມຊົນໄດ້ເພີ່ມການກວມເອົາຂອງການບໍລິການໄປສູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ, ເຂດພູດອຍ.

4.1 ສິ່ງທ້າທ້າຍດ້ານການພັດທະນາ, ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດ ແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ

ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ວາລະການພັດທະນາແຫ່ງຊາດ ສປປລາວບັນລຸໄດ້ຄວາມກ້າວໜ້າດ້ານເສດຖະກິດ ແລະ ສັງຄົມໃນໄລຍະສອງທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ສິ່ງທ້າທາຍຍັງຄົງແມ່ນການຮັກສາລະດັບ ການຂະຫຍາຍຕົວທາງ ເສດຖະກິດນີ້ໃຫ້ຍັງຄົງສູງຢູ່ຕໍ່ໄປເລື້ອຍໆ ໃນຂະນະດຽວກັນ ເພີ່ມການກະຈາຍການຂະຫຍາຍໂຕນັ້ນ ໃຫ້ມີຄວາມສະເໝີພາບຍິ່ງຂຶ້ນໄປສູ່ເຂດຊົນນະບົດ ແລະ ເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ ບ່ອນທີ່ຄວາມທຸກຍາກ ຍັງຢູ່ໃນລະດັບສູງເກືອບສອງທົບຂອງອັດຕາຄວາມທຸກຍາກ ຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ. ການຕອບຮັບຕໍ່ສິ່ງທ້າທາຍນີ້ ແມ່ນໄດ້ບົ່ງໄວ້ຢ່າງຈະແຈ້ງ ໃນຈຸດປະສົງລວມ ຂອງແຜນພັດທະນາ ເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດສະບັບທີ່ແປດ (NSEDP 2016-2020): ຫຼຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກ, ຫຼຸດພົ້ນຈາກການເປັນປະເທດດ້ອຍພັດທະນາໂດຍມີການຂະຫຍາຍໂຕແບບຍືນຍົງ ແລະ ແບບມີສ່ວນຮ່ວມໂດຍຜ່ານການສົ່ງເສີມທ່າແຮງທາງທຳມະຊາດ ແລະ ຂໍ້ໄດ້ປຽບດ້ານການປຽບທຽບ, ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ນຳໃຊ້ຊັບພະຍາກອນທຳມະຊາດຢ່າງມີປະສິດທິຜົນ ແລະ ມີການເຊື່ອມໂຍງກັບສາກົນຢ່າງເຂັ້ມແຂງ[14].

ເພື່ອບັນລຸໄດ້ເປົ້າໝາຍລວມຂອງການປະຕິຮູບ ຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ, ເຊິ່ງແມ່ນ: ບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບດ້ານສາທາລະນະສຸກຮອດປີ 2015 ແລະ ບັນລຸຄາດໝາຍໃຫ້ທຸກຄົນ ສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບ. ໄລຍະທີI (2013-2015) ສຸມໃສ່ການວາງຮາກຖານທີ່ໝັ້ນຄົງສຳລັບການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ຈຳເປັນ; ໄລຍະ II (2016-2020) ເລັ່ງ ໃສ່ຮັບປະກັນໃຫ້ມີການບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ທີ່ສຳຄັນພ້ອມດ້ວຍຜະລິດຕະພັນທີ່ມີຄຸນນະພາບພໍສົມຄວນ ແລະ ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ແລະ ນຳໃຊ້ໂດຍປະຊາຊົນສ່ວນຫຼາຍ; ແລະ ໄລຍະ III (2021-2025) ຄາດວ່າໃຫ້ບັນລຸການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ ສຸຂະພາບໂດຍມີຊຸດຜົນປະໂຫຍດຂອງການບໍລິການທີ່ພຽງພໍ ແລະ ມີການປົກປ້ອງດ້ານການເງິນທີ່ເໝາະສົມ ສຳລັບປະຊາຊົນສ່ວນຫຼວງຫຼາຍ. ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ໃຫ້ແກ່ລະບົບສາທາລະນະ

[14] ກະຊວງແຜນການແລະການລົງທຶນ: ແຜນພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດ(2016-2020) ຮ່າງສະບັບເດືອນກຸມພາ 2015

ສຸກ ມີບົດບາດສຳຄັນ ໃນຍຸດທະສາດການປະຕິຮູບດັ່ງທີ່ເຫັນໄດ້ໃນຂົງເຂດບຸລິມະສິດທີ່ເລືອກ ພາຍໃຕ້ການປະຕິຮູບ: ການສະໜອງທຶນ ໃຫ້ແກ່ວຽກງານສາທາລະນະສຸກ, ການປົກຄອງວຽກງານສາທາລະນະສຸກ, ຊັບພະຍາກອນມະນຸດສຳລັບດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ລວມຢູ່ໃນບັນດາຄາດໝາຍສຳລັບຜົນໄດ້ຮັບທີ 2, ໝາກຜົນທີ 4 ຂອງແຜນ NSEDPສະບັບທີ 8 ການເຂົ້າເຖິງການຮັກສາສຸຂະພາບ ແລະ ການແພດແບບເນັ້ນການປ້ອງກັນແມ່ນ ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ໃຫ້ຫຼຸດລົງເປັນ 200/100,000 ການເກີດມີຊີວິດ. ເພື່ອບັນລຸຄາດໝາຍນີ້, ທັງສາມດ້ານສຳລັບການຫຼຸດອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ມີຄື: ມີການເບິ່ງແຍງຂອງຜູ້ມີຄວາມຊຳນານໃນເວລາເກີດລູກ, ການເຂົ້າເຖິງການໃຫ້ການດູແລທາງປະສູດ ແລະຫຼັງຄອດໃນກໍລະນີສຸກເສີນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການເອົາໃຈໃສ່ ແລະ ການລົງທຶນໃສ່ຢ່າງເທົ່າທຽມກັນ.

ຈຸດສຸມຂອງການປັບປຸງການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່, ພ້ອມກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ລວມມີຊຸດການບໍລິການຂັ້ນພື້ນຖານ ພາຍໃຕ້ຍຸດທະສາດດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ໃນການຄິດໄລ່ຕົ້ນທຶນສຳລັບວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ບໍ່ໄດ້ລະບຸເຖິງແນວโນ້ມທີ່ຈະເພີ່ມການຈັດສັນ ຊັບພະຍາກອນໃຫ້ຕື່ມຈາກທີ່ໄດ້ໃນປີ 2011. ນອກນັ້ນ, ການວາງແຜນຄອບຄົວຫຼັງຄອດແມ່ນພຽງວິທີການໜຶ່ງໃນ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຄິດໄລ່ຕົ້ນທຶນໄວ້ສຳລັບການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງບໍ່ຈະແຈ້ງວ່າຈະມີທຶນພຽງພໍເພື່ອບັນລຸຜົນ ໄດ້ຮັບດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ສູງສຸດຕາມທີ່ຄາດຫວັງໄວ້ຫຼືບໍ່. ການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ຈະເປັນຈຸດເລີ່ມ ຕົ້ນຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ເນື່ອງຈາກວ່າຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນດຳເນີນງານດ້ານ RMNCH ກຳລັງໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນໃນປີນີ້, ກໍ່ມີໂອກາດທີ່ຈະຮັບປະກັນວ່າ ຄຸນລັກສະນະຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວຈະເປັນທີ່ພົ້ນເດັ່ນກວ່າເກົ່າ ລວມເຖິງໃນດ້ານການຈັດສັນຊັບພະຍາກອນ.

ການວາງແຜນຄອບຄົວໃນວາລະການພັດທະນາສາກົນ

ຄວາມຍຶດໝັ້ນແລະຄວາມຄືບໜ້າທີ່ສປປລາວບັນລຸໄດ້ໃນການບັນລຸເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດຈະໄດ້ສືບຕໍ່ໄປຮອດໄລຍະຫຼັງປີ 2015 ເອົາເຂົ້າໃນຂອບຍຸດທະສາດດ້ານການພັດທະນາໃໝ່ໃນລາວ[15]. ໃນບັນດາເປົ້າໝາຍການພັດທະນາແບບຍືນຍົງ (Sustainable Development Goals (SDGs))[16], ເປົ້າໝາຍທີ 3: ຮັບປະກັນໃຫ້ມີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ ແລະ ສົ່ງເສີມການຢູ່ດີກິນດີສຳລັບໝົດທຸກຄົນຢູ່ ທຸກໄລຍະອາຍຸ, ແລະ ເປົ້າໝາຍທີ5:ບັນລຸຄວາມສະເໝີພາບຍິງຊາຍ ແລະ ສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງດ້ານອຳນາດໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກຍິງສະທ້ອນເຖິງວາລະທີ່ຍັງບໍ່ທັນສຳເລັດຈາກເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດ. ລວມຢູ່ໃນຄາດໝາຍຕ່າງໆສຳລັບ ສອງເປົ້າໝາຍນີ້ມີຄື:

- 3.1 ຮອດປີ 2030 ຫຼຸດອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ໃນທົ່ວໂລກໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 70 ຕໍ່ 100,000 ການເກີດມີຊີວິດ
- 3.7 ຮອດປີ 2030 ຮັບປະກັນໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດໃນລະດັບສາກົນ, ລວມທັງສຳລັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການສຶກສາ ແລະ ການປະສົມປະສານວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນເຂົ້າໃນຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນງານແຫ່ງຊາດ.
- 5.6 ຮັບປະກັນໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງສິດທິດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ດ້ານການຈະເລີນພັນໃນລະດັບສາກົນ ຕາມທີ່ໄດ້ຕົກລົງເຫັນດີ ອີງຕາມແຜນງານການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ICPD ແລະ ແຜນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດສະບັບປັກກິ່ງ ແລະ ເອກະສານ ຜົນໄດ້ຮັບຂອງກອງປະຊຸມໃຫຍ່ທົບທວນແຜນເຫຼົ່ານີ້.

ເປົ້າໝາຍ ແລະ ຄາດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ສະໜອງເຫດຜົນທີ່ໜັກແໜ້ນສຳລັບການເພີ່ມການເຂົ້າເຖິງການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ສິດທິໃນລະດັບສາກົນ.

ການກະກຽມ ສຳລັບການເຊື່ອມໂຍງກັບຊຸມຊົນເສດຖະກິດຂອງອາຊຽນ (AEC) ແມ່ນກຳລັງດຳເນີນຢູ່ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ມີຄວາມພ້ອມໂດຍລວມຮອດປີ 2015. ໄດ້ມີຂໍ້ຕົກລົງຮັບຮູ້ຮ່ວມກັນ (Mutual Recognition Arrangements (MRAs)) ກ່ຽວກັບມາດຕະຖານການທົດສອບໃນຫຼາຍຂົງເຂດ. ມີການຮັບຮູ້ຄວາມຈຳເປັນສຳລັບການສ້າງໃຫ້ມີຄວາມກົມກຽວ ເປັນອັນໜຶ່ງອັນດຽວກັນ ຂອງບັນດາມາດຕະການ ສຳລັບຊັບພະຍາກອນມະນຸດ ສຳລັບດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຂົງເຂດ AEC ຂອງການຮ່ວມມື ລວມເຖິງການພັດທະນາຊັບພະຍາກອນມະນຸດ ແລະ ການສ້າງຄວາມສາມາດ ແລະ ການຮັບຮູ້ຄຸນວຸດທິ

[15] ບົດນຳສະເໜີໃນກອງປະຊຸມລະດົມລະດັບອານຸພາກພື້ນກ່ຽວກັບເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດສຳລັບພາກພື້ນອາຊີອາຄະເນ: ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດຢູ່ທ້ອງຖິ່ນໃນສປປລາວ - ທ່ານນ. ພອນວັນອຸທະວົງ, ຮອງຫົວໜ້າກົມແຜນງານ, ກະຊວງແຜນການແລະການລົງທຶນ, ວຽງຈັນ, 24ມີຖຸນາ2014

[16] ກຸ່ມເຮັດວຽກເປີດກວ້າງຂອງຄະນະກຳມະການທົ່ວໂປດ້ານເປົ້າໝາຍພັດທະນາແບບຍືນຍົງhttp://undocs.org/A/68/970

ດ້ານອາຊີບ. ເປັນທີ່ຮັບຮູ້ວ່າການຮັບຮູ້ຄຸນວຸດທິ ແມ່ນຍັງບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະຮັບປະກັນການເຂົ້າເຖິງ ຕະຫຼາດແຮງງານໃນ ASEAN. ຍັງມີນະໂຍບາຍຕ່າງໆ ແລະຂອບດ້ານລະບຽບກົດໝາຍຕ່າງໆ ທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ການເຄື່ອນຍ້າຍ ແລະ ຫຼາຍປະເທດກໍ່ມີການສອບເສັງເອົາໃບອະນຸຍາດ ປະກອບອາຊີບດ້ານການແພດ (Medical Licensing Examinations). ຈຸດສຸມ ແມ່ນເລັ່ງໃສ່ການສຶກສາດ້ານ ການແພດຫຼາຍກວ່າ ຄຸນວຸດທິ, ເຊິ່ງມີບົດຮຽນສຳລັບການປັບປຸງການຝຶກອົບຮົມກ່ອນເຂົ້າເຮັດວຽກໃນລະຫວ່າງການເຮັດວຽກໃນ ສປປ ລາວ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານຂອງພາກພື້ນ[17].

ຈາກກອງປະຊຸມເຈົ້າໜ້າທີ່ອາວຸໂສ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການພັດທະນາ (Senior Officials Meeting on Health and Development (SOMHD)), ວິໄສທັດແມ່ນ" ຊຸມຊົນອາຊຽນທີ່ມີສຸຂະພາບດີ, ທີ່ມີຄວາມເອົາໃຈໃສ່, ແລະ ທີ່ຍືນຍົງ. ບັນຫາຕ່າງໆແມ່ນມີຄ້າຍຄືກັນກັບບັນດາປະເທດສະມາຊິກລວມທັງ ສປປ ລາວ ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນນະໂຍບາຍ ແລະ ຍຸດທະສາດດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງບັນດາປະເທດຄື: (i) ເສີມສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ລະບົບສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງການດູແລ; (ii) ບັນລຸການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ເພີ່ມການເຂົ້າເຖິງການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ; (iii) ສ້າງໃຫ້ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກມາເປັນຢ່າງດີ, ຜູ້ທີ່ມີແຮງຈູງໃຈໃຫ້ມີຄວາມສາມາດພຽງພໍ; (iv) ສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ລະບົບການສະໜອງທຶນໃຫ້ແກ່ວຽກງານສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດແບບຍືນຍົງ; (v) ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຊຸດການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນພື້ນຖານ, ເຊັ່ນ: ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບຂອງແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກນ້ອຍ; ແລະ (vi) ສົ່ງເສີມໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງການຮັກສາສຸຂະພາບຢ່າງສະເໝີພາບກັນແກ່ໝົດທຸກກຸ່ມໂດຍການຫຼຸດອຸປະສັກດ້ານບົດບາດຍິງຊາຍ, ດ້ານພູມສັນຖານ, ດ້ານສັງຄົມ ແລະ ດ້ານການ ເງິນຢູ່ທຸກຂັ້ນ. ໃນໄລຍະສອງສາມປີຜ່ານມາ, ໜ່ວຍປະຕິ ບັດການຂອງອາຊຽນດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກໄດ້ສຸມໃສ່ພັດທະນາຄູ່ມືແນະນຳຂອງພາກພື້ນສຳລັບຜູ້ທີ່ມີທັກສະຊ່ວຍເກີດ (Skilled Birth Attendants) ແລະ ສ້າງຄວາມເປັນອັນໜຶ່ງອັນດຽວກັນດ້ານຂໍ້ມູນຕົວຊີ້ວັດດ້ານRMNCH. ຍ້ອນວ່າການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນໜຶ່ງໃນອົງປະກອບຂອງກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້, ຈຸດລິເລີ່ມສຳລັບການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງ ການວາງແຜນຄອບຄົວແບບອິງໃສ່ ສິດທິແມ່ນຈະຂຶ້ນກັບ ການເລັ່ງໃຫ້ມີການປະສົມປະສານ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ເຂົ້າໃນການບໍລິການMNCH.

ບັນດານະໂຍບາຍ ແລະ ຍຸດທະສາດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ

ຄວາມສຳຄັນຂອງ ວຽກງານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ຄວາມສະເໝີພາບດ້ານຍິງຊາຍ ສຳລັບການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກ ແລະ ການເຊື່ອມໂຍງກັນລະຫວ່າງການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງປະຊາກອນ, ການຄ້ຳປະກັນສະບຽງອາຫານ, ວິຖີການດຳລົງຊີວິດຂອງຊາວຊົນນະບົດ ແລະສະພາບແວດລ້ອມເຊິ່ງເປັນທີ່ຮັບຮູ້ໃນນະໂຍບາຍ ແລະ ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດ. ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ລວມທັງນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດ ດ້ານປະຊາກອນ ແລະ ການພັດທະນາ; ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດ ເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ; ນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ; ແລະ ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດ ແລະ ແຜນດຳເນີນງານຕ້ານ HIV/AIDS/STI 2006-2010. ບັນດາຍຸດທະສາດຂອງແຜນງານຫຼັກລວມມີ: ການປົກສາຫາລືກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ; ການປຸກລະດົມໂຄສະນາ; ການພັດທະນາລະບົບ ແລະ ພັດທະນາຄວາມສາມາດ ຂອງບຸກຄະລາກອນ; ການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານ; ການຄຸ້ມຄອງທີ່ອີງໃສ່ ຜົນໄດ້ຮັບ; ການນຳໃຊ້ວິທີການເຮັດວຽກຮ່ວມກັບຂະແໜງການ; ແຜນງານຮ່ວມກັນກັບບັນດາອົງການສະຫະປະຊາຊາດ; ແລະ ຈຸດສຸມໃສ່ຂັ້ນທີ່ໄດ້ຮັບການກະຈາຍອຳນາດ.

ສະພາບດ້ານນະໂຍບາຍສຳລັບວຽກງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ໂພຊະນາການແມ່ນເຂັ້ມແຂງ. ມີແຜນພັດທະນາຂະແໜງສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດສຳລັບປີ 2011-2015, ຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນດຳເນີນງານແຫ່ງຊາດດ້ານໂພຊະນາການ (2010-2015 ຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນໃໝ່ ກຳລັງໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນ), ແລະ ໃນປີ 2009, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໄດ້ຮັບຮອງເອົາຍຸດທະສາດ ແລະ ຂອບແຜນງານສຳລັບການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານ ສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ(2009-2015). ສິ່ງນີ້ໄດ້ມີການເສີມໂດຍແຜນຂະແໜງການຍ່ອຍເຊັ່ນ: ແຜນພັດທະນາຜູ້ທີ່ມີທັກສະຊ່ວຍເກີດ (2008-2012), ແລະ ແຜນດຳເນີນານ 5 ປີແຫ່ງຊາດດ້ານການດູແລທາງປະສູດແລະເດັກເກີດໃໝ່ ໃນກຳລະນີສຸກເສີນ (2013-2017).

[17] JathurongKittrakulratJathurongKittrakulrat et al ຊຸມຊົນເສດຖະກິດອາຊຽນແລະຄຸນວຸດທິດ້ານສາທາລະນະສຸກ - ມາດຕະການດຳເນີນງານດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງທົ່ວໂລກ 2014, 7: 24535 - http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24535

ຊ່ອງຫວ່າງໃນການຜັນຂະຫຍາຍຈາກ ນະ�โยบายมาเป็นแผนงานได้ยิกให้เห็นในบันดาบิดลายงาน ແລະ ໃນ ລະຫວ່າງການສໍາພາດ: ຄວາມສາມາດຂອງຊັບພະຍາກອນ ມະນຸດທີ່ຍັງບໍ່ພຽງພໍສໍາລັບ ການຜັນຂະຫຍາຍນະโยบาย ແຫ່ງຊາດມາເປັນແຜນຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ; ຊັບພະຍາກອນ ບໍ່ພຽງພໍ; ມີອຸປະສັກດ້ານພູມສາດ, ດ້ານສັງຄົມ, ດ້ານ ວັດທະນາທໍາ ແລະ ດ້ານການເງິນທີ່ກີດຂວາງການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ການນໍາໃຊ້ການບໍລິການ; ມີຄວາມສາມາດຈໍາກັດໃນ ການແກ້ໄຂຄວາມບໍ່ສະເໝີພາບ ແລະ ຄວາມແຕກຕ່າງກັນ ລະຫວ່າງບັນດາຂົງເຂດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ; ຂາດສຸກສາລາ ຊຸມຊົນທີ່ດໍາເນີນງານຂັ້ນຕົ້ນ ຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ; ໃນຂະນະ ທີ່ຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ, ຄົນສ່ວນຫຼາຍແມ່ນອາໄສການບໍລິການ ຈາກທາງເອກະຊົນ ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ພາຍໃຕ້ລະບຽບ. ໃນປີ 2004, ກອງທຶນລວມດ້ານສາທາລະນະສຸກ (HEF) ໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອສະໜອງການບໍລິການຮັກສາສຸ ຂະພາບແມ່ແລະເດັກ ແບບບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າສໍາລັບກຸ່ມຜູ້ທຸກ ຍາກ ແລະ ກຸ່ມທີ່ອ່ອນໄຫວ ແລະ ດໍາເນີນງານຢູ່ 64 ເມືອງ ແລະ ໄດ້ຂະຫຍາຍໄປຍັງແຂວງອື່ນໆ[18]. ການປະເມີນ HEF ທີ່ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ບັນດາແຂວງ ພາກເໜືອຂອງ ລາວໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າການກວມເອົາຂອງ ການບໍລິການເພີ່ມ ຂຶ້ນຫຼາຍໂດຍມີການນໍາໃຊ້ ແລະ ການກວມເອົາເພີ່ມຂຶ້ນ[19] ກອງທຶນ HEF ກໍ່ຕັ້ງຂຶ້ນມາ ແຕ່ກໍ່ເປັນໂຄງການຊ່ວຍ ເຫຼືອຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນພາຍນອກ[20] ໃນຂະນະທີ່ລັດຖະບານ ລາວຍັງສືບຕໍ່ຍຶດໝັ້ນໃນການເພີ່ມຈໍານວນເງິນທຶນທີ່ສະ ໜອງໃຫ້ແກ່ກອງທຶນ HEF[21].

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ແຜນງານດ້ານສາທາລະນະສຸກໄດ້ຮັບ ຜົນສະທ້ອນຈາກ ຂະບວນການກະຈາຍອໍານາດລົງສູ່ຂັ້ນ ທ້ອງຖິ່ນດັ່ງເຊັ່ນວຽກງານສາມສ້າງ: ສ້າງແຂວງເປັນຫົວ ໜ່ວຍຍຸດທະສາດ, ສ້າງເມືອງເປັນຫົວໜ່ວຍເຂັ້ມແຂງຮອບ ດ້ານ ແລະສ້າງບ້ານເປັນຫົວໜ່ວຍພັດທະນາ ເຊິ່ງເລີ່ມຕົ້ນ ຂຶ້ນໃນເຄິ່ງທ້າຍຂອງປີ 2012. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການຈັດ ຕັ້ງປະຕິບັດຕົວຈິງກໍ່ເປັນໄປຢ່າງຊັກຊ້າ ແລະບໍ່ມີປະສິດທິ ຜົນພໍຍ້ອນການກໍານົດເມືອງທົດລອງ ແລະ ບ້ານທົດລອງ ບໍ່ໄດ້ເປັນໄປຕາມເງື່ອນໄຂຂອງມະຕິ ແລະ ຄໍາສັ່ງຢູ່ຂັ້ນສູນ ກາງ; ການເຜີຍແຜ່ມະຕິ ແລະ ຄໍາສັ່ງຢູ່ຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ, ການ ມອບໝາຍສິດອໍານາດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງບາງ ຂະແໜງການກໍ່ມີລັກສະນະລວມໆ, ຂາດຄວາມເປັນເຈົ້າ ການຂອງຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ພະນັກງານເມືອງ ມີຄວາມສາມາດຈໍາກັດໃນດ້ານການສ້າງແຜນ ແລະ ດ້ານ ການຄຸ້ມຄອງການເງິນ[22]. ນອກຈາກການມີການປະສານ ງານທີ່ດີລະຫວ່າງພາກລັດແລ້ວ, ຍັງມີຄວາມຈໍາເປັນຕ້ອງ ໄດ້ພັດທະນາຄວາມສາມາດຂອງຂັ້ນເມືອງ ໃຫ້ສາມາດວາງ ແຜນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງແຜນງານດ້ານສາທາລະນະສຸກ.

ການລົງທຶນດ້ານວຽກງານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບ ແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກນ້ອຍ

ການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນອົງປະກອບທີ່ເຂັ້ມແຂງຂອງ ຍຸດທະສາດດ້ານການຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ ແລະຫຼຸດລົງມາໃຫ້ໄດ້30-40 ເປີເຊັນຂອງການຕາຍຂອງ ແມ່ດ້ວຍການປ້ອງກັນບໍ່ໃຫ້ມີການຖືພາໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ ການຖືພາທີ່ສ່ຽງໄພ. ການຫຼຸດຈໍານວນການເກີດທີ່ບໍ່ ໄດ້ວາງແຜນນ ແລະ ການມີຄອບຄົວທີ່ນ້ອຍກວ່າເກົ່າຊ່ວຍ ຫຼຸດລະດັບຄວາມຈໍາເປັນ ຕໍ່ການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານຂອງ ພາກລັດເຂົ້າໃນການບໍລິການ ດ້ານຮັກສາສຸຂະພາບ, ນໍ້ າ ສະອາດ, ສຸຂະອານາໄມ, ການສຶກສາແລະການບໍລິການທາງ ສັງຄົມອື່ນໆ. ການປ້ອງກັນການຖືພາໂດຍທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ ໃນກຸ່ມແມ່ຍິງຜູ້ຕິດເຊື້ອHIV ແມ່ນວິທີທາງທີ່ມີປະສິດທິ ຜົນທີ່ສຸດຂອງການປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອ HIV ຈາກແມ່ ສູ່ລູກ. ການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນການລົງທຶນທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ຄຸ້ມຄ່າສໍາລັບລັດຖະບານ ແລະ ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນ ເສດຖະກິດຫຼາຍດ້ານ ແລະ ວຽກງານສາທາລະນະສຸກທີ່ ເປັນບໍລິມະສິດ, ລວມທັງຫຼຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກ. ການ ລົງທຶນໃສ່ວຽກງານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະ ເລີນພັນແມ່ນການຮັກສາຊີວິດ ແລະ ຫຼຸດການເຈັບເປັນ ຂອງແມ່ຍິງແລະລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸການ ຮັບຮູ້ສິດທິດ້ານສຸຂະພາບທີ່ດີ[23].

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃສ່ວຽກງານສາທາລະນະສຸກ

ລັດຖະບານຂອງລາວ ໄດ້ໃຫ້ຄໍາຍຶດໝັ້ນທີ່ຈະເພີ່ມຄວາມ ພະຍາຍາມທີ່ຈະປະຕິຮູບເພື່ອໃຫ້ມີການປ້ອງກັນສຸຂະພາບ ທາງສັງຄົມໃຫ້ປົກຄຸມທີ່ດີກວ່າເກົ່າ, ລວມທັງມີການເພີ່ມ ງົບປະມານພາຍໃນ ສໍາລັບວຽກງານດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ຕາຕະລາງທີ 4.1.1 ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າແນວໂນ້ມການ ເພີ່ມຂຶ້ນໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ (Total Health Expenditure (THE))ຕໍ່ຫົວຄົນເປັນ 35.5 ໃນປີ 2011-2012.

[18] Annear, P. & Ahmed, S. (2012). ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ໃນສປປລາວ: ອຸປະສັກແລະທາງເລືອກດ້ານນະ�โยบาย, ສະຖາບັນໂນຊາລເພື່ອສຸຂະພາບທົ່ວໂລກ, ມະຫາວິທະຍາໄລແມລເບີນ (Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne).DOI: http://ni.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/623355/WP_19.pdf

[19] Schwartz, J. Brad - HEF momentum: ປະເດັນຫຼັກສໍາລັບການໃຫ້ທຸກຄົນສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ - ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ກົມແຜນການແລະການຮ່ວມມືສາກົນ, ແຜນງານການພັດທະນາຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ - ບົດລາຍງານການປະເມີນ(2015)

[20] Ibid. Annear, P. & Ahmed, S. (2012)

[21] IbidSchwartz, J. Brad 2015

[22] ກະຊວງແຜນການແລະການລົງທຶນ: ແຜນພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດ 5 ປີ(2016-2020) ສະບັບຮ່າງເດືອນກຸມພາ2015

[23] Singh, Susheela, Darroch, Jacqueline E. and Ashford, Lori S.ເພີ່ມຕົ້ມໃສ່:ຕົ້ນທຶນແລະຜົນປະໂຫຍດຂອງການລົງທຶນໃສ່ວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດແລະສຸຂະພາ ບຈະເລີນພັນ2014 Guttmacher Institute and UNFPA

ຕາຕະລາງທີ 4.1.1: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ(THE) ຕໍ່ຫົວຄົນ

ຕົວຊີ້ວັດHA ຫຼັກ	ຕໍ່ຫົວຄົນເປັນUSD ປີງົບປະມານ 2009-2010	ຕໍ່ຫົວຄົນເປັນ USD ປີງົບປະມານ 2010-2011	ຕໍ່ຫົວຄົນເປັນ USD ປີງົບປະມານ 2011-2012
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃສ່ດ້ານ ສາທາລະນະສຸກ (THE)	27.14	28.7	35.5

ຕາຕະລາງທີ 4.1.2 ນຳສະເໜີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານ ໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສົມທົບຈາກຜູ້ ໃຊ້ບໍລິການໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ (THE) ເປັນເປີເຊັນຂອງ GDP ຍັງຄົງແມ່ນ 3 ເປີເຊັນໃນປີ 2010 ແລະ 2012. ແນວ ໃດກໍ່ຕາມ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດຂອງລັດໃສ່ດ້ານສາທາລະນ ະສຸກເປັນເປີເຊັນຂອງ GDP ໃນສປປລາວແມ່ນຢູ່ໃນລະ ດັບຕ່ຳສຸດໃນພາກພື້ນ ແລະ ການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານ ໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກຍັງບໍ່ໄດ້ຕາມຄາດໝາຍການໃຊ້ ຈ່າຍຂອງລັດໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໂດຍອີງຕາມອີງ ການອານາໄມໂລກຄືຢ່າງໜ້ອຍແມ່ນ 5 ເປີເຊັນຂອງ GDP (WHO, 2013). ລັດຖະບານລາວໄດ້ມີໝາຍໝັ້ນ ທີ່ຈະ ເພີ່ມການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານເປັນ 9 ເປີເຊັນຂອງຄ່າ ໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ, ເຊິ່ງເພີ່ມຂຶ້ນ 3 ທົບໃນປີງົບປະມານ 2010-2012. ແນວໃດກໍ່ຕາມແມ່ນ ຍັງມີຄວາມແຕກຕ່າງຫຼາຍໃນການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານຂອງ ລັດຖະບານໃນດ້ານສາທາລະນະສຸກລະຫ່ວາງ ຢູ່ຂັ້ນສູນ ກາງ, ແລະ ຂັ້ນແຂວງ[24] .

ຕາຕະລາງ 4.1.2: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງລາວ

ຕົວຊີ້ວັດ	2010	2012
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລວມທັງໝົດດ້ານສາທາລະນະສຸກເປັນ% ຂອງ GDP	3%	3%
ການໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກເປັນ % ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານ	5%	5.9%
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກເປັນ%ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານ ສາທາລະນະສຸກທັງໝົດ	47%	51%
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງເອກະຊົນໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກເປັນເປີເຊັນ % ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານ ສາທາລະນະສຸກທັງໝົດ	53%	49%
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສົມທົບຈາກຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການເປັນ % ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສາທາລະນະສຸກ ທັງໝົດ	42%	38%
ການສະໜອງທຶນຈາກພາຍນອກເປັນ% ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສາທາລະນະສຸກທັງໝົດ	29%	22%
ການປົກຄຸມການປ້ອງກັນສຸຂະພາບທາງສັງຄົມ (ໝົດທຸກລະບົບ)	18.5%	

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານ ໃສ່ດ້ານສາທາລະນະ ສຸກ (GGHE) ເປັນ % ຂອງ THE ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນໃນຕະ ຫຼອດຫຼາຍປີຜ່ານມາຈາກ 35 ເປີເຊັນໃນປີ 2000 ເປັນ 47 ເປີເຊັນໃນປີ 2010 ແລະ 51 ເປີເຊັນໃນປີ 2012. GGHE ເປັນ % ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດໄດ້ເພີ່ມ ຂຶ້ນຈາກ 4 ເປີເຊັນໃນປີ 2005 ມາເປັນ 5 ເປີເຊັນໃນ ປີ2010 ແລະເປັນ 6 ເປີເຊັນໃນປີ 2012. (ບົດບາດຂອງ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃນຂົງເຂດຂອງການວາງ ແຜນຄອບຄົວແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໃນພາກທີ 4.3)

ສິ່ງທ້າທາຍດ້ານການພັດທະນາແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ ການວາງແຜນຄອບຄົວ - ສາຍພົວພັນເຊິ່ງກັນແລະກັນ

ສິ່ງທ້າທ້າຍດ້ານການພັດທະນາຕົ້ນຕໍແມ່ນ ຮັບປະກັນວ່າ ຜົນປະ�โຫຍດຈາກການຂະຫຍາຍໂຕທາງດ້ານເສດຖະກິດ, ເຊິ່ງໂດຍສະເລັ່ຍແລ້ວແມ່ນຢູ່ຫຼາຍກວ່າ 7 ເປີເຊັນສຳລັບ ຫ້າປີຜ່ານມາ, ນັ້ນໄດ້ຖືກແຈກຢາຍຢ່າງເທົ່າທຽມກັນແລະ

[24] World Bank (2012). ການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກໃນສປປລາວ: ຫຼັກຖານອ້າງອີງແລະປະເດັນຕ່າງໆ.WashingtonDC, USA.

ຜັນຂະຫຍາຍເປັນການພັດທະນາແບບມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ຍືນຍົງ. ຊ່ອງຫວ່າງທີ່ກວ້າງອອກລະຫວ່າງຜູ້ຮັ່ງມີ ແລະ ຜູ້ທຸກຍາກ, ລະຫວ່າງຍິງແລະຊາຍ, ກຸ່ມຊົນເຜົ່າ ແລະ ລະຫວ່າງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ຂົງເຂດທີ່ຕ່າງກັນຂອງປະເທດຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຖ້າ ສປປ ລາວ ຈະໃຫ້ຫຼຸດພົ້ນອອກຈາກການເປັນປະເທດດ້ອຍພັດທະນາໃນປີ 2020 ແລະ ບັນລຸໄດ້ການພັດທະນາທີ່ສະເໝີພາບ ແລະ ຍືນຍົງໃນໄລຍະຫຼັງຈາກປີ 2015.

ສປປ ລາວ ໄດ້ຮັບຮອງເອົາວິທີການເຮັດວຽກແບບມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຫຼາກຫຼາຍຂະແໜງການ ສຳລັບວຽກງານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການພັດທະນາ. ຫຼັກຖານອ້າງອີງສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຜົນໄດ້ຮັບທີ່ດີໃນດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງ, ເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວໜຸ່ມນັບຕັ້ງແຕ່ 1990, ເຊິ່ງເປັນຜົນຈາກການລົງທຶນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຂະແໜງອື່ນໆ[25]. ເພື່ອເຮັດໃຫ້ການປັບປຸງເຫຼົ່ານີ້ມີຄວາມຍືນຍົງ ແລະ ສືບຕໍ່ເພີ່ມທະວີຂຶ້ນ, ຄຳໝັ້ນສັນຍານີ້ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຜັນຂະຫຍາຍໃຫ້ເປັນການລົງທຶນທີ່ດີຂຶ້ນໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ.

ໃນເມື່ອລາວມີອັດຕາສ່ວນຂອງຊາວໜຸ່ມທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 24 ປີຫຼາຍ, ຈຶ່ງມີໂອກາດທີ່ຈະສວຍໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຈາກການ ປັນຜົນປະຊາກອນ ສຳລັບການພັດທະນາເສດຖະກິດຂອງປະເທດ, ຄວາມຍືນຍົງ ແລະ ຜະລິດຕະພາບ. ແບບແຜນລົງທຶນໃສ່ການສຶກສາ, ສາທາລະນະສຸກ ແລະ ໂອກາດດ້ານການຈ້າງງານ ສຳລັບຊາວໜຸ່ມຈະນຳໄປສູ່ຜົນໄດ້ຮັບທີ່ດີຂຶ້ນສຳລັບເຂົາເຈົ້າ ແລະ ມີຜົນປະໂຫຍດໄລຍະຍາວດ້ານການຂະຫຍາຍໂຕ ທາງດ້ານເສດຖະກິດທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ. ຊາວໜຸ່ມປະກອບເປັນອັດຕາສ່ວນໃຫຍ່ຂອງຜູ້ອົບພະຍົກ ເຂົ້າມາຢູ່ໃນຕົວເມືອງ ແລະ ເປັນຜູ້ທີ່ອ່ອນໄຫວຕໍ່ຄວາມສ່ຽງ ແລະ ການແບ່ງແຍກ. ຍ້ອນໂລກາພິວັດ, ຄ່ານິຍົມ, ປະເພນີທາງສັງຄົມ ແລະ ພຶດຕິກຳທາງສັງຄົມກໍ່ມີການປ່ຽນແປງໄປຢ່າງໄວວາໃນເຂດຕົວເມືອງ. ມັນຈະກາຍເປັນສິ່ງທ້າທາຍ ສຳລັບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກທີ່ຈະຕອບຮັບຢ່າງໄວວາກັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານັ້ນ, ແລະ ໃນການຊອກຫາວິທີທາງທີ່ຈະສະໜອງຊຸດ ການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກທັງດ້ານການປ້ອງກັນ ແລະ ດ້ານການປິ່ນປົວທີ່ເປັນທີ່ໜ້າສົນໃຈ ແລະ ທີ່ມີລັກສະນະດັດປັບເຂົ້າກັບປະເທດໂດຍສະເພາະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ.

4.2 ນະໂຍບາຍແລະເປົ້າໝາຍ, ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ແລະ ຜົນສຳເລັດດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ

ນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ

ນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (2005) ເລັງເຫັນວິສະທັດ ໃນການປະກອບສ່ວນໃຫ້ບັນລຸເປົ້າ ໝາຍຂອງການປັບປຸງຄຸນນະພາບຊີວິດ ຂອງປະຊາຊົນ ແລະ ຄວາມຍືນຍົງຂອງຍຸດທະສາດດ້ານການພັດທະນາແຫ່ງຊາດ ຮອດປີ 2020. ຄາດຫວັງໃຫ້ມີການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ນະໂຍບາຍສຸຂະພາບຈະເລີນພັນທີ່ມີປະສິດທິຜົນເພື່ອສົ່ງຜົນໃນ:

a. ການສ້າງສະພາບແວດລ້ອມ ດ້ານນະໂຍບາຍທີ່ເອື້ອອຳນວຍ ແລະ ອອກແບບການບໍລິການເພື່ອຊຸກຍູ້ໃຫ້ມີສິດທິດ້ານການຈະເລີນພັນ ແລະ ປັບປຸງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງຜູ້ຊາຍ, ແມ່ຍິງ ແລະ ໄວໜຸ່ມ
b. ການກວມເອົາທີ່ຮັບປະກັນຢ່າງເຕັມທີ່, ຄວາມສະເໝີພາບ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງທີ່ເທົ່າທຽມກັນເຂົ້າເຖິງການດູແລແບບເຊື່ອມສານການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສຸຂະພາບຈຸເລີນພັນທີ່ມີຄຸນນະພາບ
c. ແຮງຈູງໃຈ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນໃຫ້ຄູ່ຜົວເມຍ ແລະ ບຸກຄົນໃຫ້ລົງທຶນໃສ່, ແລະ ປົກປ້ອງສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ ແລະຂອງຜູ້ອື່ນ

ນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ (NRHP) ປະກອບດ້ວຍ 9 ອົງປະກອບຄື: ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ສຸຂະພາບຂອງແມ່ແລະເດັກແລະການແກ້ໄຂບັນຫາດ້ານໂພຊະນາການ, ການປ້ອງກັນແລະການຄວບຄຸມ HIV/AIDS/STIs, ການປ້ອງກັນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງການເອົາລຸລູກ, ການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຈະເລີນພັນທີ່ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ, ການດຶງເອົາຜູ້ຊາຍເຂົ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ການລົບລ້າງທຸກຮູບແບບຂອງການຈຳແນກຕໍ່ແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ, ການຫຼຸດຜ່ອນມະເຮັງເຕົ້ານົມແລະມະເຮັງລະບົບສືບພັນ, ແລະຫຼຸດການມີພາລະຂອງການບໍ່ສົມບຸນດ້ານການຈະເລີນພັນ ແລະ ພາລະທາງຈິດຕະສາດທີ່ເກີດຈາກການບໍ່ສົມບຸນດ້ານການຈະເລີນພັນ (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ປີ 2005). ນະ

[25] PMNCH,WHO,World Bank, AHPSR, et al. ປັດໄຈທີ່ພາໃຫ້ປະສົບຜົນສຳເລັດສຳລັບສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ. 2015. http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/.

ໂຍບາຍຍັງແກ້ໄຂປະເດັນບັນຫາອື່ນໆເຊັ່ນ: ການສຶກສາ ດ້ານເພດສຳພັນ ແລະ ຈຸດສຸມທີ່ຖືກຕ້ອງໂດຍປະລິຍາຍ. ມັນຊຸກຍູ້ຜູ້ຊາຍໃຫ້ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເພີ່ມຂຶ້ນ ຕໍ່ພຶດຕິກຳທາງເພດຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອນັບຖື ແລະ ສະໜັບສະໜູນສິດທິ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງແມ່ຍິງ.

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການວາງແຜນຄອບຄົວພາຍໃນຂອບຂອງນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ

ຈຸດປະສົງຂອງຍຸດທະສາດ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ ແມ່ນເພື່ອປັບປຸງການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ປັບປຸງຄວາມຍືນຍົງຂອງການບໍ ລິການດັ່ງກ່າວ, ແລະ ມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຄຸນນະພາບສຳລັບທຸກຄູ່ຜົວເມຍ ແລະ ທຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນຊ່ວງອາຍຸຈະເລີນພັນ. ບັນດາຍຸດທະສາດເພື່ອຮັບປະກັນການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນໂດຍຜ່ານ:

- ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ກອມເອົາຂອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຄຸນນະພາບໃນທົ່ວປະເທດ ແລະ ຈັດຕັ້ງການຊ່ວຍດ້ານໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ໃຫ້ການສຶກສາ
- ສົ່ງເສີມການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ, ມີປະສິດທິຜົນ ແລະ ປອດໄພ, ລວມທັງວິທີການແບບປິດກັ້ນ ເຊິ່ງ ໃຫ້ການປົກປ້ອງທາງສອງຢ່າງທັງການຖືພາ ແລະ ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດແບບສຸກເສີນ
- ສົ່ງເສີມການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຊາວໜຸ່ມຊາຍ ແລະ ຜູ້ຊາຍໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ

ການຮ່າງນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນບໍ່ໄດ້ຕາມມາດ້ວຍການພັດທະນາຂອບຍຸດທະສາດ ແລະ ແຜນຈັດຕັ້ງປະຕິບັດເຊິ່ງສົ່ງຜົນສະທ້ອນຕໍ່ການນຳເອົານະໂຍບາຍໄປດຳເນີນ. ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ຈຸດສຸມຂອງການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແມ່ນເນັ້ນໃສ່ ການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງແມ່ແລະເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວຫຼາຍກວ່າເກົ່າພ້ອມທັງເນັ້ນໜັກ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນໃສ່ການຄຸ້ມຄອງການເກີດ ອາການສົນຫຼັງເອົາລູກອອກ ແລະ ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ ແລະ ອົງປະກອບອື່ນໆຂອງສຸຂະພາບຈະເລີນພັນເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັນກັບການບໍລິການຄຸມກຳເນີດ. ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດທີ່ກະແຈກກະຈາຍ ນຳໄປສູ່ມີຄວາມຄືບໜ້າບໍ່ເທົ່າກັນລະຫວ່າງບັນດາອົງປະກອບຕ່າງໆ ຂອງວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ.

ສິດທິດ້ານການຈະເລີນພັນ ໄດ້ລະບຸໃນນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ ແລະ ເຖິງແມ່ນວ່າວິທີການແບບໃຊ້ສິດທິບໍ່ໄດ້ລະບຸຢ່າງຈະແจ້ງ, ແຕ່ບັນດາກົນໄກໃນການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ໃຫ້ລະບົບສາທາລະນະສຸກ (ຜູ້ມີໜ້າທີ່) ເພື່ອປັບປຸງການກວມເອົາ ແລະ ຄຸນນະພາບຂອງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດ, ໂດຍສະເພາະແກ່ກຸ່ມຜູ້ດ້ອຍໂອກາດ (ຜູ້ຖືສິດ) ກໍ່ແມ່ນ ນອນຢູ່ໃນບັນ ດາຍຸດທະສາດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ ບໍ່ໄດ້ແກ້ໄຂກ່ຽວກັບສິດທິຂອງໄວໜຸ່ມ,ໂດຍສະເພາະໄວໜຸ່ມທີ່ຍັງໂສດ. ນະໂຍບາຍບໍ່ໄດ້ອ້າງອີງເຖິງການເສີມສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງດ້ານ ອຳນາດຂອງຜູ້ຖືສິດໃນການຮຽກຮ້ອງເອົາສິ່ງທີ່ເປັນສິດທິຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ພັນທະຂອງຜູ້ມີໜ້າທີ່. ນະໂຍບາຍຍັງກຳນົດການແບ່ງ ແຍກປະຊາຊົນສ່ວນນ້ອຍໃນສັງຄົມທີ່ຂາດແຄນ ດ້ານການແພດ ແລະສຶກສາ ແລະ ຜູ້ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ອະທິບາຍເຖິງຍຸດທະສາດຕ່າງໆ ວ່າຈະເຂົ້າເຖິງເຂົາເຈົ້າເຫຼົ່ານັ້ນໄດ້ແນວໃດ.

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໄດ້ຮັບອິດທິພົນຈາກການສະໜັບສະໜູນຈາກຜູ້ໃຫ້ທຶນ, ຕົວຢ່າງແຜນງານການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ເພີ່ມການກວມເອົາຍ້ອນມີຄວາມພະຍາຍາມຮ່ວມກັນຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະອົງການ UNFPA. ການຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບຊາວໜຸ່ມໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ: ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບທັກສະຊີວິດສຳລັບໂຮງຮຽນມັດທະຍົມໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນໂດຍກະຊວງສຶກສາ, ອົງການUNICEF, UNFPA ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານອື່ນໆ; ໃນຂະນະທີ່ການບໍລິການທີ່ເປັນມິດກັບໄວໜຸ່ມກໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍອົງການ UNFPA ແລະ ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ(LWU). ວິທີການຕາມສາຍຕັ້ງຕໍ່ແຕ່ລະອົງປະກອບຂອງທັງໝົດ, ເຊັ່ນ: HIV/AIDS, ວາລະດ້ານການດູແລສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ.

ສຳລັບອົງປະກອບດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ, ຄວາມພະຍາຍາມເບື້ອງຕົ້ນ ໄດ້ສຸມໃສ່ການເພີ່ມການກວມເອົາຂອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ. ໄດ້ມີການດຳເນີນກິດຈະກຳປຸກຈິດສຳນຶກແບບດັ້ງເດີມ ເພື່ອສ້າງຄວາມຕ້ອງການ. ໃນບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ, ອົງການ UNFPA ໄດ້ສະໜອງການສະໜັບສະໜູນຫຼັກ ສຳລັບຄວາມພະຍາຍາມເບື້ອງຕົ້ນເຫຼົ່ານີ້. ໃນຊຸມປີຜ່ານມາ, ໄດ້ມີຈຸດສຸມເພີ່ມຂຶ້ນໃສ່ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ ໂດຍຜ່ານການປັບປຸງ

ທັກສະການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ທັກສະດ້ານຄລີນິກຂອງ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການຈັດຕັ້ງຂອງລະບົບ ສາທາລະນະສຸກ ມີຍັງມີບັນຫາປະກອບດ້ວຍ: ການກວມ ເອົາທີ່ຍັງຫນ້ອຍ, ຄວາມໝາແໝ້ນຂອງພະນັກງານສາທາ ລະນະສຸກກໍ່ຍັງຕ່ຳ ແລະ ການບໍລິການຍັງມີຄຸນນະພາບຕ່ຳ, ເຊິ່ງສົ່ງຜົນຕໍ່ປະຊາຊົນທີ່ຢູ່ໃນເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ ແລະ ປະຊາຊົນທີ່ອາໄສຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ[26]. ແຜນປະຕິບັດການ ແຫ່ງຊາດ ດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວສຳລັບປີ 2014-2015 ແລະ ໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນໃນປີ2013, ແລະ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຍັງຢູ່ໃນໄລຍະເບື້ອງຕົ້ນຢູ່.

ໃນປີ 2009, ກະຊວງສາທາະລະນະສຸກໄດ້ເປີດນຳໃຊ້ ຍຸດທະສາດ ແລະ ຂອບແຜນການສຳລັບການບໍລິການ ແບບ ເຊື່ອມສານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ[27] ເຊິ່ງອະທິບາຍເຖິງ ທີ່ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ລະ ບົບສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການປຸກລະດົມບຸກຄົນ,ຄອບຄົວ ແລະ ຊຸມຊົນເພື່ອໃຫ້ບັນລຸການໄວຂຶ້ນ ແລະ ເປັນທຳຂອງ ສະໜອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ, ທີ່ຄຸ້ມຄ່າກັບການລົງທຶນ, ທີ່ເນັ້ນໃສ່ຫຼັກຖານອ້າງອີງ (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, 2009). ເຖິງແມ່ນວ່າການວາງແຜນຄອບຄົວ ເປັນທີ່ຮັບຮູ້ ວ່າເປັນໜຶ່ງໃນເສົາຫຼັກທີ່ເຮັດໃຫ້ແມ່ທີ່ປອດໄພ ແລະ ການ ຄຸ້ມຄອງອາການສົນ ຫຼັງການເອົາລູກແມ່ນອົງປະກອບຂອງ ການດູແລທາງປະສູດໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ການວາງແຜນ ຄອບຄົວບໍ່ໄດ້ພົ້ນເດັ່ນໃນຍຸດທະສາດ ແລະ ຂອບແຜນ ການສຳລັບການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກນ້ອຍ. ອີກໜຶ່ງຄວາມສຳຄັນຂອງ ການຮັບປະກັນເພື່ອໃຫ້ມີຜູ້ທີ່ມີທັກສະຊ່ວຍເກີດ ແລະ ຈຸດ ເນັ້ນແມ່ນເລັ່ງໃສ່ຜູ້ທີ່ມີທັກສະຊ່ວຍເກີດ ແລະ ການ ສະໜອງການດູແລການຕົກເລືອດຫຼັງຄອດ, ພາວະການຊັກ ກະຕຸກ ແລະ ການເກີດລູກແບບມີສິ່ງກີດຂວາງ.

ຜົນສຳເລັດ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາໄດ້ມີ ການ ລົງທຶນໃສ່ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນງານດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ, ເຊິ່ງສະທ້ອນໃຫ້ ເຫັນໂດຍ ແນວໂນ້ມໃນດ້ານບວກຂອງຕົວຊີ້ວັດດ້ານສຸຂະ ພາບຈະເລີນພັນ.

ການຫຼຸດລົງຂອງອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່

ສປປ ລາວ ບັນລຸໄດ້ຄວາມຄືບໜ້າໃນການຫຼຸດອັດຕາ ການຕາຍຂອງແມ່ (MMR), ເຊິ່ງຫຼຸດລົງຈາກ 357 ຕໍ່ 100,000 ການເກີດມີຊີວິດໃນປີ 2009 ທຽບກັບຄາດ ຄະເນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ປີ 2005 ຈາກການສຳຫຼວດ ພົນລະເມືອງ (ຕາຍ 405 ຄົນຕໍ່ 100,000 ການເກີດມີ ຊີວິດ).ອີງຕາມການຄາດຄະເນຂອງກຸ່ມອົງກອນຮ່ວມ ມື ຫຼາຍຝ່າຍດ້ານການຄາດຄະເນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່, MMR ຢູ່ໃນລະດັບການຕາຍ 220 ຄົນຕໍ່ 100,000 ການ ເກີດມີຊີວິດໃນປີ2013[28]. ການຫຼຸດລົງຂອງອັດ ຕາການ ຕາຍ ຂອງແມ່ຍັງຕິດພັນກັບການຫຼຸດລົງຂອງອັດຕາການຈະເລີນ ພັນລະຫວ່າງປີ 1990 ແລະ 2012 ຈາກຫົກມາເປັນສາມ ແລະຕິດພັນກັບການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງການເອົາລູກຫ່າງ. ການພັນຫຼຸດລົງຂອງອັດຕາການເກີດ ແມ່ນຕິດພັນກັບການ ປັບປຸງອັດຕາການມີການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດພ້ອມກັນກັບ ການປັບປຸງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແລະດ້ານການສຶກສາ. ເຖິງແມ່ນວ່າມີການເພີ່ມຂຶ້ນຫຼາຍໃນອັດຕາສ່ວນຂອງແມ່ ຍິງເກີດລູກນຳພະນັກງານສາທາລະນະສຸກຜູ້ທີ່ມີທັກສະຊຳ ນານ ແລະ ການເກີດລູກຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາ ລະນະສຸກແມ່ນມີຄວາມສຳຄັນ, ແຕ່ການກວມເອົາຂອງ ການບໍລິການຝາກທ້ອງເຫັນໄດ້ວ່າມີການປັບປຸງເພີ່ມຂຶ້ນ ໜ້ອຍໜຶ່ງ; ແລະ ການກວມເອົາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ກ່ຽວກັບການເກີດກໍ່ຍັງຄົງຢູ່ໃນອັດຕາສ່ວນທີ່ຕ່ຳກວ່າ 50 ເປີເຊັນ. ດັ່ງນັ້ນ, ການຫຼຸດລົງຂອງອັດຕາການຕາຍຂອງ ແມ່ ແມ່ນມີແນວໂນ້ມຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບ ການຫຼຸດລົງຂອງ ອັດຕາການເກີດແລະການປັບປຸງດ້ານເສດຖະກິດ - ສັງຄົມ ຫຼາຍກວ່າ[29]. ດັ່ງຮັບຮູ້ວ່າອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ຍັງ ຄົງຢູ່ ໃນລະດັບທີ່ສູງທີ່ສຸດໃນພາກພື້ນອາຊີອາຄະເນ, ແລະ ຍ້ອນ ແນວນັ້ນຈຶ່ງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການປະຕິບັດການ ທີ່ຍືນຍົງໃນ ການຫຼຸດອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ຕໍ່ໄປ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸໄດ້ ຄາດໝາຍ200 ຕໍ່ 100,000 ການເກີດ ມີຊີວິດໃນປີ 2020[30]. ຄວາມແຕກຕ່າງໃນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ ພາຍ ໃນປະເພດສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມບໍ່ເທົ່າທຽມກັນ ໃນອັດຕາທີ່ສູງ ແລະ ມີລັກສະນະຍືດເຍື້ອໃນດ້ານການເຂົ້າ ເຖິງ ແລະ ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການຂັ້ນພື້ນຖານ.

---

[26] ທ່ານອັກຄະວົງ, ທ່ານປະພາສະຣາງ, ທ່ານໂພໄຊ, ທ່ານວົງລໍ່ຄຳ, ທ່ານພົມມະວົງ, ທ່ານພົນເສນາ(2014).ສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວການທົບທວນລະບົບສາທາລະນະ ສຸກ. ລະບົບສາທາລະນະສຸກໃນການຂ້າມຜ່ານ.

[27] ຍຸດທະສາດແລະ ຂອບແຜນການສຳລັບການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກນ້ອຍ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2009)

[28] ແນວໂນ້ມດ້ານອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່: 1990-2010 WHO, UNICEF, UNFPA, ກຸ່ມອົງກອນຫຼາຍຝ່າຍເພື່ອການປະເມີນອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ຂອງທະນາຄານໂລກ, 2014

[29] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກສປປລາວ,PMNCH, WHO, ທະນາຄານໂລກ, AHPSR ແລະຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນສປປລາວການທົບທວນນະໂຍບາຍຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມຫຼາຍຝ່າຍ (2014). ປັດໄຈທີ່ພາໃຫ້ປະສົບຜົນສຳເລັດສຳລັບການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງແມ່ແລະເດັກ: ສປປລາວ.

[30] ແຜນພັດທະນາເສດຖະກິດ-ສັງຄົມແຫ່ງຊາດສະບັບທີ 8

ການເພີ່ມຂຶ້ນໃນອັດຕາການມີການຄຸມກຳເນີດ

ອັດຕາການມີການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ (CPR) ແບບທັນສະໄໝເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ28.9ເປີເຊັນ(LRHS2000)ມາເປັນ 35 ເປີເຊັນ (LRHS 2005) ມາເປັນ 50 ເປີເຊັນ (LSIS 2012)[31]. ຫຼາຍກວ່າ 90 ເປີເຊັນຂອງຈຸດສະໜອງບໍລິການສາມາດສະໜອງຢ່າງໜ້ອຍ ໃຫ້ບໍລິການສາມວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ ລວມທັງຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ (ທັງແບບຢາເມັດຊະນິດປະສົມ ແລະ ຢາເມັດທີ່ມີຊະນິດໂປຣເຈັດສະເຕີໂຣນເທົ່ານັ້ນ), ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ ແລະ ຖົງຢາງອານາໄມ. ການບໍລິການເຮັດໝັນ ແມ່ນຍັງມີຈຳກັດ, ສ່ວນຫຼາຍແລ້ວ ແມ່ນຈະໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍແຂວງ ແລະ ຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງບາງແຫ່ງ ເທົ່ານັ້ນໂດຍນຳໃຊ້ທີມງານຈາກໂຮງໝໍແຂວງຂອງແຂວງດັ່ງກ່າວ. ນອກນັ້ນ, ການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວໃນຂັ້ນບ້ານ ໃນບາງເຂດຜ່ານການແຈກຢາຍຂອງຜູ້ແຈກຢາຍຢາຄຸມກຳເນີດ ຂັ້ນຊຸມຊົນ, ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກບ້ານ ແລະ ຕູ້ຢາປະຈຳບ້ານ, ຄລີນິກເຄື່ອນທີ່ ແລະ ການໃຫ້ບໍລິການສັກຢາກັນພະຍາດແບບເຄື່ອນທີ່. ປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ດີຂຶ້ນດັ່ງເຊັ່ນ: ລະດັບການຮັບຮູ້ຕື່ນຕົວທີສູງກວ່າ, ລະດັບການສຶກສາທີ່ດີກວ່າເກົ່າ ແລະ ການປ່ຽນແປງດ້ານທັດສະນະຄະຕິຕໍ່ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ ໄດ້ສົ່ງຜົນດ້ານບວກຕໍ່ການຍອມຮັບການຄຸມກຳເນີດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຍ້ອນມີກໍລະນີການຂາດຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດໃນສາງ, ຈຶ່ງບໍ່ມີວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ຫຼາກຫຼາຍໄວ້ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຈຳເປັນທີ່ຫຼາກຫຼາຍຂອງບຸກຄົນໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ, ເພື່ອໃຫ້ບຸກຄົນເຫຼົ່ານັ້ນສາມາດເລືອກປະເພດວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ດີທີ່ສຸດສຳລັບສະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ການຫຼຸດລົງຂອງຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງ

ການຫຼຸດລົງຂອງຄວາມຕ້ອງການ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງມີການຫຼຸດລົງຈາກ 27[32] ເປີເຊັນ(LRHS 2005) ມາເປັນ 19.9 ເປີເຊັນ (LSIS 2012)ໂດຍມີ 12 ເປີເຊັນ ຂອງຈຳນວນແມ່ຍິງທີ່ມີເປັນຢາກຈຳກັດທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງ ແລະ 8 ເປີເຊັນ ທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນຢາກວາງແຜນ ລູກຫ່າງທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງ. ຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ ເຂົ້າເຖິງສູງທີ່ສຸດແມ່ນຢູ່ພາກໃຕ້ (24 ເປີເຊັນ)[33] ແລະຕ່ຳລົງມາແມ່ນຢູ່ພາກກາງ (21 ເປີເຊັນ) ແລະທາງພາກເໜືອ (17 ເປີເຊັນ). ນອກນັ້ນ, ຍັງມີຄວາມແຕກຕ່າງຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງ ໃນລະຫວ່າງເຂດຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ (19 ເປີເຊັນທຽບກັບ 28 ເປີເຊັນ). ຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງສູງທີ່ສຸດແມ່ນ ຂອງບັນດາແມ່ຍິງເປັນເຜົ່າມົ້ງ-ມ້ຽນ ໃນຄົວເຮືອນທີ່ມີຫົວໜ້າຄອບຄົວ(31 ເປີເຊັນ) ແລະ ຕ່ຳສຸດແມ່ນໃນຄົວເຮືອນທີ່ມີເຜົ່າລາວ-ໄຕເປັນຫົວໜ້າຄົວເຮືອນ(18 ເປີເຊັນ). ການຫຼຸດລົງໂດຍລວມໃນດ້ານຄວາມຕ້ອງການ ການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເຂົ້າເຖິງແມ່ນບໍ່ພຽງແຕ່ ການເຂົ້າເຖິງການຄຸມກຳເນີດທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ, ແຕ່ຍັງຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງການປ່ຽນແປງຮູບແບບພຶດຕິກຳ.

ການຫຼຸດລົງໃນອັດຕາການຈະການເກີດ

ອັດຕາການເກີດລວມ (TFR) ສຳລັບໄລຍະ 3 ປີ ກ່ອນໜ້າການສຳຫຼວດຕົວຊີ້ວັດທາງສັງຄົມຂອງລາວ ແມ່ນເດັກ 3.2 ຄົນຕໍ່ແມ່ຍິງຄົນໜຶ່ງ. ອັດຕາການເກີດໃນເຂດຊົນນະບົດແມ່ນຫລາຍກວ່າ ອັດຕາການເກີດ ຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ ຄື 3.6 ຄົນ ແລະ 2.2 ຄົນຕໍ່ແມ່ຍິງຄົນໜຶ່ງ, ຕາມລຳດັບ. ອັດຕາການເກີດໄດ້ຫຼຸດລົງຈາກ 5.0 ຂອງການເກີດຕໍ່ແມ່ຍິງຄົນໜຶ່ງໃນຊຸມປີ 1997-99 ມາເປັນ 4.7 ຂອງການເກີດໃນຊຸມປີ 2000-02, ມາເປັນ 4.1 ແລະ 3.6 ໃນຊຸມປີ 2003-05 ແລະ 2006-08, ແລະສືບຕໍ່ຫຼຸດລົງມາເປັນ 3.2 ໃນໄລຍະສາມປີປັດຈຸບັນກ່ອນໜ້າການສຳຫຼວດ (ປີ 2009-2011).

ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ອັດຕາການເກີດລູກຂອງໄວໜຸ່ມແມ່ນ 94 ການເກີດຕໍ່ໄວໜຸ່ມຍິງ 1,000 ຄົນ. ທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 15 -19 ປີໄວໜຸ່ມຍິງທີ່ດຳລົງຊີວິດຢູ່ພາກເໜືອມີອັດຕາການເກີດລູກສູງກວ່າໝູ່(ເກີດ120 ຕໍ່ເດັກຍິງ 1,000 ຄົນ) ທຽບກັບເດັກຍິງທີ່ຢູ່ພາກກາງ ແລະ ພາກໃຕ້. ອັດຕາການເກີດລູກໃນບັນດາໄວໜຸ່ມທີ່ຢູ່ໃນເຂດຊົນນະບົດແມ່ນ ສູງກວ່າໄວໜຸ່ມທີ່ຢູ່ໃນຕົວເມືອງເກືອບສາມທົບ (114 ແລະ 44 ການເກີດຕໍ່ໄວໜຸ່ມຍິງ 1,000 ຄົນ, ຕາມລຳດັບ).

ບັນດາຕົວຊີ້ວັດຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມບໍ່ສະເໝີພາບກັນລະຫວ່າງພາກ, ເຂດພູມສັນຖານ, ອາຍຸ ແລະຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າບ່ອນໃດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ສຸມການຊ່ວຍເຫຼືອໃສ່ເພື່ອມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ສະເໝີພາບກັນ.

[31] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະສຸນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດລາວ, 2012
[32] ຄະນະກຳມະການແຜນການແລະການລົງທຶນ, ສຸນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດແລະອົງການUNFPA (2005) ການສຳຫຼວດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ
[33] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະສຸນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດລາວ, 2012 ການສຳຫຼວດຕົວຊີ້ວັດທາງສັງຄົມຂອງລາວ

ສິ່ງທ້າທາຍ

ການປັບປຸງທີ່ສຳຄັນ ໃນດ້ານວຽກງານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນສະແດງໃຫ້ເຫັນຢ່າງຈະແจ້ງ ວ່າບໍ່ສາມາດບັນລຸໄດ້ໂດຍຂະແໜງສາທາລະນະສຸກພຽງ ຝ່າຍດຽວ. ສຸຂະພາບທາງເພດແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ມີຜົນສະທ້ອນ ແລະ ໄດ້ຮັບຜົນສະທ້ອນຈາກປະສົບການ ສ່ວນຕົວຂອງຄົນແລະຈາກສາຍພົວພັນແລະຈາກສະພາ ບລວມຂອງຊີວິດຂອງເຂົາເຈົ້າ, ລວມທັງບ່ອນຢູ່ອາໄສ, ສະພາບທາງດ້ານເສດຖະກິດ, ການສຶກສາ, ໂອກາດດ້ານ ການຈ້າງງານ. ປັດໄຈທີ່ຫຼາກຫຼາຍຢ່າງ ແລະ ທີ່ສະຫຼັບຊັບ ຊ້ອນສົ່ງຜົນສະທ້ອນຕໍ່ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ, ເຊິ່ງໃນນັ້ນກໍ່ມີບາງປັດໄຈ ທີ່ບໍ່ໄດ້ນອນຢູ່ໃນ ພາລະໜ້າທີ່ ຫຼື ພາຍໃຕ້ອຳນາດຂອງຂະແໜງສາທາລະ ນະສຸກ. ຮັບຮູ້ວ່າມີການເຊື່ອມໂຍງຫຼາຍພາກສ່ວນເຫຼົ່ານີ້, ເຊິ່ງຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຮອງເອົາຈາກຫຼາຍລະດັບ ແລະ ຈາກ ຫຼາຍພາກສ່ວນ. ສິ່ງສຳຄັນແມ່ນມີຄວາມເໝາະສົມກັບປະ ຊາກອນຜູ້ມີຄວາມສ່ຽງເຊັ່ນ: ຊາວໜຸ່ມໂດຍທົ່ວໄປ ແລະ ໂດຍສະເພາະຊາວໜຸ່ມທີ່ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ. ມີປະສິດທິຜົນ ແລະ ແບບມີຫຼັກຖານອ້າງອີງທາງເຕັກໂນໂລຊີ ແລະການ ຊ່ວຍເຫຼືອຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນ ພັນກໍ່ມີຢູ່, ແຕ່ສ່ວນຫຼາຍບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ໄດ້ໃນລະດັບສູງສຸດເທື່ອ.

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນ ພັນ/ການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ມີອຸປະສັກຈາກ ບັນຫາ ດ້ານລະບົບສາທາລະນະສຸກ ເຊັ່ນຈາກບັນດາອຸປະສັກສະ ເພາະຕໍ່ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ໃນຂະນະທີ່ສະພາບໂດຍ ລວມໄດ້ຮັບການປັບປຸງດີຂຶ້ນ, ຂໍ້ຈຳກັດດ້ານການສະໜອງ ການບໍລິການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການວາງແຜນຄອບ ຄົວ ທີ່ມີຄຸນນະພາບ[34] ພັດຍັງຄົງມີຢູ່ເຊັ່ນ:

- ການລົງທຶນໃສ່ແຜນງານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຈະ ເລີນພັນແມ່ນຍັງບໍ່ທຽບເທົ່າກັບຄຳໝັ້ນສັນຍາດ້ານ ການເມືອງ
- ການໃຫ້ທຶນຂອງພາຍນອກສຳລັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວໄດ້ຫຼຸດລົງເຖິງແມ່ນວ່າມີການເພີ່ມຂຶ້ນດ້ານຈຳນວນ ຂອງປະຊາກອນທີ່ເຂົ້າສູ່ໄລຍະອາຍຸຈະເລີນພັນ ແລະ ມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານທາງເລືອກຂອງການຄຸມກຳເນີດ ເພີ່ມຂຶ້ນ
- ມີຄວາມຮູ້ດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບຕ່ຳໃນກຸ່ມປະຊາ ກອນທີ່ມີຄວາມເຂົ້າໃຈຜິດກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດ ບາງວິທີເຊັ່ນ: ການໃສ່ຮ່ວງອານາໄມ
- ທັດສະນະແນວຄິດດັ້ງເດີມຂອງຜູ້ເປັນຜົວແລະຜູ້ເຖົ້າຜູ້ ແກ່ຢູ່ພາຍໃນບ້ານກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການ ວາງແຜນຄອບຄົວແລະສະຖານະພາບທີ່ຕ່ຳຕ້ອຍຂອງ ແມ່ຍິງໃນບາງກຸ່ມຊົນເຜົ່າ
- ຈຳນວນແລະຄວາມສາມາດຂອງພະນັກງານສາທາລະ ນະສຸກທີ່ມີຈຳກັດໃນການໃຫ້ການບໍລິການທີ່ພຽງພໍ, ໂດຍສະເພາະຢູ່ຂັ້ນສຸກສາລາ
- ການກວມເອົາທີ່ບໍ່ພຽງພໍແລະຄວາມຍືນຍົງຂອງການ ຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ
- ການມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງໄວ ໜຸ່ມ (ARH) ແລະ ການບໍລິການທີ່ເປັນມິດກັບໄວ ໜຸ່ມສຳລັບຊາວໜຸ່ມຍັງມີຈຳກັດ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບດ້ານການບໍລິການເຖິງແມ່ນວ່າການ ຄຸມກຳເນີດແມ່ນສະໜອງໃຫ້ລ້າໆ - ແຕ່ຍັງເປັນອຸປະ ສັກທີ່ສຳຄັນສຳລັບຜູ້ທຸກຍາກ
- ຄວາມສາມາດທາງຄລີນິກແລະດ້ານການຄຸ້ມຄອງບໍລິ ການຂອງພະນັກງານສາທາຢູ່ຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນແມ່ນຍັງມີ ຄວາມຈຳກັດ
- ສິ່ງທ້າທາຍໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການໃນເຂດພູ ດອຍຍ້ອນໄລຍະທາງ, ບໍ່ມີເສັ້ນທາງແລະພາຫານະ
- ລະບົບການຕິດຕາມ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງການສົ່ງຕໍ່ຜະ ລິດຕະພັນຍັງອ່ອນ, ໝາຍເຖິງການຄຸ້ມຄອງດ້ານພະ ລາທິການສຳລັບຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສົ່ງຜົນ ສະທ້ອນຕໍ່ການມີຂອງຢາຄຸມກຳເນີດ ແລະ ທາງ ເລືອກຂອງການຄຸມກຳເນີດ

4.3 ບົດບາດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃນຂົງ ເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວ

ຄຸນລັກສະນະຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກແກ່ລະ ບົບສາທາລະນະສຸກຂອງລາວ

ການທ້ອນໂຮມຂໍ້ມູນທີ່ເຊື່ອຖື ໄດ້ກ່ຽວກັບວ່າມີການລົງ ທຶນຫຍັງແດ່ໃສ່ການສະໜັບສະໜູນນະໂຍບາຍ ການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ແລະການສະໜອງການບໍລິການແມ່ນຫຍຸ້ງ ຍາກຫຼາຍ. ຍ້ອນແນວນັ້ນຂໍ້ມູນ, ຄຳອະທິບາຍ ແລະ ຂໍ້ສະ ຫຼຸບທີ່ນຳສະເໜີມານີ້ແມ່ນຈຳກັດຢູ່ພາຍໃນ 4 ຂໍ້ສົມມຸດ ຖານຫຼັກກ່ຽວກັບລະບົບສາທາລະນະສຸກໃນ ສປປ ລາວ.

[34] ການທົບທວນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດນະໂຍບາຍແລະຍຸດທະສາດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະຂອບການວາງແຜນສຳລັບຊຸດການບໍລິການການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກ ນ້ອຍແບບຄົບຊຸດ(2011)

ອັນທຳອິດ, ແມ່ນວ່າຜົນສະທ້ອນຂອງໄລຍະກະຈາຍອຳນາດລົງສູ່ທ້ອງຖິ່ນ (1987-1991) ໄດ້ສົ່ງຜົນກະທົບໃນທາງລົບແກ່ນະໂຍບາຍດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ລະບົບການສະໜອງ. ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນໄລຍະຫັນກັບມາເປັນແບບລວມສູນຄືນໃໝ່ (1992-1996) ບໍ່ໄດ້ສະໜອງສະພາບແວດລ້ອມ ສຳລັບການປັບປຸງຄວາມເປັນທຳດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລໃນລະບົບປັດຈຸບັນ[35]. ອັນທີ 2, ນະໂຍບາຍປັດຈຸບັນສຸມໃສ່ການພັດທະນາເສດຖະກິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການລົບລ້າງຄວາມທຸກຍາກ ແລະ ການຫຼຸດພົ້ນອອກຈາກການເປັນປະເທດດ້ອຍພັດທະນາ ໄດ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານຂອງລັດ ແລະການລົງທຶນຂອງລັດຕ່ຳເຂົ້າໃນການບໍລິການສັງຄົມເຊັ່ນ: ສາທາລະນະສຸກແລະການສຶກສາ[36]. ອັນທີ3, ລະບົບສາທາລະນະສຸກ ເຊິ່ງໃນນັ້ນມີປະຊາກອນສ່ວນ ຫຼວງຫຼາຍເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບນັ້ນບໍ່ມີທຶນ, ຊັບພະຍາກອນແລະບໍ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງຢ່າງພຽງພໍ[37]. ທ້າຍສຸດ, ໃນຂະນະທີ່ປະກົດວ່າ ສປປ ລາວ ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພັດທະນາທີ່ເປັນທາງການຈຳນວນຫຼາຍ, ໃນແງ່ຂອງການສະໜອງເງິນໃຫ້ດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ເພີ່ມເຕີມກວ່ານັ້ນດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໃນພາກທີ 4.1, ການໃຊ້ຈ່າຍເງິນສົມທົບຈາກຜູ້ມາຮັບບໍລິການໃນສະຖານທີ່ບໍລິການຂອງທັງລັດ ແລະ ເອກະຊົນກໍ່ໄດ້ປະກອບສ່ວນເປັນຈຳນວນຫຼາຍ ເຂົ້າໃນດ້ານສາທາລະນະສຸກ ດັ່ງພາຍໃຕ້ສະພາບການເຊັ່ນນີ້ການທົບທວນກ່ຽວກັບບົດບາດການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃສ່ວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວຈຶ່ງໄດ້ດຳເນີນຂຶ້ນ.

ມີສີ່ດ້ານຫຼັກໆ ທີ່ເປັນຄຸນລັກສະນະຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກຄືດັ່ງນີ້: 1) ການໃຫ້ທຶນ, 2) ການສະໜັບສະໜູນດ້ານວິຊາການແລະການສ້າງຄວາມສາມາດ, 3) ການປະສານງານ, ແລະ 4) ການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ. ການສະໜອງທຶນແມ່ນໄດ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ອນໝູ່ຍ້ອນວ່າ ເປັນພື້ນຖານຂອງໝົດທຸກດ້ານຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກ. ຊັບພະຍາກອນດ້ານການເງິນສະໜັບສະໜູນປັດໄຈນຳເຂົ້າທີ່ເປັນເຄື່ອງມື ແລະ ສະໜອງທາງດ້ານວິຊາການ. ແນວໃດກໍ່ຕາມຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແມ່ນມີລາຍລະອຽດຢູ່ ພາຍໃຕ້ພາກໝຶ່ງຕ່າງຫາກ, ບັນຫານີ້ ບໍ່ໄດ້ມີລາຍລະອຽດລົງເລິກໃນພາກນີ້.

ການສະໜອງທຶນ

ໃນຂະນະທີ່ການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານ ພາຍໃນຂອງລັດຖະບານໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໄດ້ມີແນວໂນ້ມໃນດ້ານບວກ ແຕ່ການສະໜອງທຶນຂອງພາກລັດ ສຳລັບລະບົບສາທາ ລະນະສຸກຍັງຄົງຕ່ຳ ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ກ່ອນໜ້ານີ້ເມື່ອທຽບກັບບັນດາປະເທດທີ່ມີລະດັບ GDP ຕໍ່ຫົວຄົນທີ່ເທົ່າກັນ[39]. ອີງຕາມແຜນຫ້າປີຂອງຂະແໜງສາທາລະນະສຸກສະບັບທີ 7 ຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2011-2015)[40], ມີຄວາມຂາດແຄນການສະໜອງທຶນ 86 ເປີເຊັນ ສຳລັບບັນດາໂຄງການໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແມ່ທີ່ປອດໄພ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ). ດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງການສະໜອງທຶນໃຫ້ແກ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນລະດົມມາຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເງິນສົມທົບຈາກຜູ້ໃຊ້ບໍລິການ (ຫຼາຍກວ່າ 60 ເປີເຊັນ), ໃນຂະນະທີ່ 15.1 ເປີເຊັນຂອງທຶນສຳລັບດ້ານສາທາລະນະສຸກແມ່ນມາຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກ ແລະ 18.5 ເປີເຊັນແມ່ນມາຈາກລະບົບປະກັນສັງຄົມ ແລະ 5.9 ເປີເຊັນມາຈາກແຫຼ່ງທຶນຂອງລັດຖະບານ[41].

ດັ່ງນັ້ນຂໍ້ສະຫຼຸບແມ່ນເຫັນໄດ້ແລ້ວວ່າ ການເອື່ອຍອີງໃສ່ຊຸມຊົນຜູ້ໃຫ້ທຶນສາກົນ ດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກແມ່ນສູງ[42][43]. ຕົວເລກຂ້າງເທິງ ແລະ ຂໍ້ມູນຈາກພາກສະໜາມລະບຸວ່າຖ້າປາສະຈາກທຶນຈາກພາຍນອກ, ຕົ້ນທຶນບ້ວງເງິນສົມທົບຈາກຜູ້ໃຊ້ບໍລິການຍິ່ງອາດສູງກວ່ານີ້ ແລະ ຍ້ອນແນວນັ້ນຄວາມບໍ່ເທົ່າທຽມກັນໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຍິ່ງຈະເພີ່ມຂຶ້ນກວ່ານີ້ອີກ.

---

[35] Phommasack. B., Oula. L., Khounthalivong. O., Keobounphanh. I., Misavadh. T., Oudomphone. P., Vongsamphanh. C. & Blas. E., (2005): ການກະຈາຍອຳນາດລົງສູ່ທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ການຫັນເອົາອຳນາດມາລວມສູນຢູ່ຂັ້ນສູນກາງຄືນ: ຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ລະບົບສາທາລະນະສຸກ ໃນ ສປປ ລາວ, ກົມອານາໄມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ວຽງຈັນ, ແລະ ອົງການອານາໄມໂລກ ຈີນີວາ, ສະວິດເຊີແລນ.

[36] ທະນາຄານໂລກ, ກອງທຶນການເງິນສາກົນ, ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ, ສະຫະພາບເອີຣົບ(2007), ການທົບທວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດ - ການປະເມີນຄວາມໜ້າໄວ້ວາງໃຈຮອບດ້ານ 2007DOI: http://www.moe.gov.la/laoesdf/background_docs/Eng/Lao_Fiduciary_Assessment_2007_Eng.pdf

[37] Scopaz. A., Eckermann. L.,& Clarke. M. (2011) ສຸຂະພາບແມ່ໃນສປປລາວ: ການວາງຕຳແໜ່ງເສົາຄ້ຳເປົ້າໝາຍຄືນໃໝ່, ວາລະສານເສດຖະກິດອາຊີ-ປາຊີຟິກ, 16:4, 597-611, DOI: 10.1080/13547860.2011.610919.

[38] Ibid ທະນາຄານໂລກ et al (2007)

[39] Ibid ອົງການອານາໄມໂລກແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ(2012)

[40] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ(2011), ແຜນພັດທະນາຂະແໜງສາທາລະນະສຸກແຜນ 5 ປີສະບັບທີ 7 ປີ2011-2015; ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

[41] Ibid ອົງການອານາໄມໂລກແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2012)

[42] ສະຫະພາບເອີຣົບ (2009), ການປະເມີນຜົນການຮ່ວມມືຂອງສະຫະພາບເອີຣົບກັບສປປລາວ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

[43] ທະນາຄານໂລກ (2008).ການສຳຫຼວດການຕິດຕາມເບິ່ງລາຍຈ່າຍຂອງພາກລັດຂອງສປປລາວໃສ່ການສຶກສາຂັ້ນພື້ນຖານແລະການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນພື້ນຖານ. ໜ່ວຍງານຂະແໜງຫຼຸດຜ່ອນຄວາມທຸກຍາກແລະຄຸ້ມຄອງເສດຖະກິດ, ພາກພື້ນອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້ແລະປາຊີຟິກ

ອີງວິທີທາງໜຶ່ງ ສຳລັບການປະເມີນສະພາບການແມ່ນ ເບິ່ງ ຈຳນວນທຶນທີ່ສະໜອງຕົວຈິງ. ໃນການສຶກສາເບິ່ງການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ໃນສປປລາວ, Scopaz et al. (2011), ໄດ້ບັນທຶກໄວ້ວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພັດທະນາທັງໝົດ 708.76 ລ້ານໂດລາສະຫະລັດ[44] ທີ່ສະໜັບສະໜູນບັນດາໂຄງການໃນ ສປປ ລາວ ສຳລັບ ປີ 2009, ບໍ່ລວມໂຄງການສັກຢາກັນພະຍາດ, ຄາດຄະເນລວມທັງໝົດ 7.5 ລ້ານໂດລາສະຫະລັດ ໄດ້ຈັດແບ່ງໃຫ້ສະເພາະການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານ ການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ (ລວມທັງບັນດາໂຄງການວາງແຜນຄອບຄົວ). ສຳລັບປີນັ້ນ, ມີອົງການຜູ້ໃຫ້ທຶນຫຼັກສອງອົງການ ຄື: ອົງການ UNFPA ແລະອົງການ WHO. ເວົ້າອີກແນວໜຶ່ງວ່າ, ປະມານ 1 ເປີເຊັນ ຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພັດທະນາຂອງຕ່າງປະເທດ (overseas development assistance (ODA)) ແກ່ ສປປ ລາວ ສຳລັບປີ 2009 ໄດ້ເລັ່ງໃສ່ການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ໃນລະຫວ່າງໄລຍະການເກັບກຳຂໍ້ມູນ, ການປະກອບສ່ວນຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນສາກົນຕໍ່ການວາງແຜນຄອບຄົວ ໄດ້ຮັບການຮັບຮູ້ຢ່າງເຕັມປ່ຽມໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າຂອງພາກລັດຖະບານທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການວິໄຈ ສະພາບການວາງແຜນຂໍ້ມູນໃນຄັ້ງນີ້.

ເອກະສານທີ່ໄດ້ທົບທວນ ສຳລັບການວິໄຈສະພາບການນີ້ ສ່ວນຫຼາຍລາຍງານວ່າ ການຈ່າຍງົບປະມານລັດໃສ່ລະບົບສາທາລະນະສຸກແມ່ນມີຈຳກັດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມມີການຄົ້ນຄວ້າໜ້ອຍ ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ຈະປ່ຽນແປງການເອື່ອຍອີງໃສ່ການປະກອບສ່ວນຈາກຜູ້ໃຫ້ທຶນພາຍນອກ, ຫຼຸດຕົ້ນທຶນເງິນສົມທົບທີ່ຜູ້ໃຊ້ບໍລິການຈ່າຍເອງ ແລະເພີ່ມການລົງທຶນຂອງລັດຖະບານໃສ່ລະບົບສາທາລະນະສຸກ. ການປຶກສາຫາລືກັບພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມຫຼັກ ກໍ່ໄດ້ຍົກຄຳແນະນຳຂຶ້ນມາວ່າວິທີການແບບໃຫ້ມີຫຼາຍແງ່ ສຳລັບການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມລະຫວ່າງ ພາກລັດ ແລະ ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະບານ ແລະຄູ່ຮ່ວມງານດ້ານການພັດທະນາສາກົນ ແມ່ນຍຸດທະສາດທີ່ມີປະສິດທິຜົນທີ່ສຸດສຳລັບການລະດົມທຶນ. ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມລາຍງານວ່າຜູ້ໃຫ້ທຶນສາກົນ ໄດ້ສະໜັບສະໜູນການເຂົ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ໂຄງການປຸກດົມຂົນຂວາຍກັບອົງການຫຼັກໆ ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ, ແຕ່ໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ມີໄລຍະສັ້ນ, ເຊັ່ນ: 12 ເດືອນເທົ່ານັ້ນ. ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຍັງສະຫຼຸບວ່າເວລາຊໍ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ພຽງພໍ ສຳລັບວັດແທກຄວາມຄືບໜ້າຫຼືແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ອ່ອນໄຫວ ເຊັ່ນ: ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ໃນຂະນະທີ່ການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການພັດທະນາທີ່ເປັນ ທາງການສ່ວນຫຼາຍສຳລັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນຈັດສັນໃຫ້ແກ້ໄຂຄວາມຈຳເປັນ ດ້ານການຝຶກອົບຮົມທາງດ້ານວິຊາການ ແລະ ການສະໜອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນ, ສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສະໜອງທຶນ ແມ່ນຈັດສັນໃຫ້ ສຳລັບການສະໜອງຜະລິດຕະພັນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ. ການວິໄຈສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າລະດັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການພັດທະນາຂອງຕ່າງປະເທດ (ODA) ເຂົ້າໃນຂົງເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວໃນຂະນະທີ່ຮັບຮູ້ມີຄວາມສຳຄັນ, ແຕ່ມັນກໍ່ຍັງບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະຕອບສະໜອງໄດ້ຄວາມຈຳເປັນ ດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຂອງຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ແລະ ແກ້ໄຂສິ່ງທ້າທາຍຕ່າງໆ ໃນລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງ ສປປ ລາວ. ເຖິງແນວນີ້ກໍ່ຕາມອົງການ UNFPA ປະຈບັນສະໜອງ ຫຼາຍກວ່າ90 ເປີເຊັນຂອງທຶນໃສ່ການຈັດຊື້ຜະລິດຕະພັນຢາຄຸມກຳເນີດໃນສປປລາວ. ສິ່ງທ້າທາຍແລະບັນຫາຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ກັບການຮັບປະກັນວ່າຜະລິດຕະພັນຢາຂອງດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໄດ້ຮັບການຈັດຊື້ແລະແຈກຢາຍຢ່າງມີປະສິດທິຜົນນັ້ນແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກຕ່າງໆຕໍ່ຈາກນີ້.

ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການປຶກສາຫາລືກັບພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນລະຫວ່າງໄລຍະການເກັບຂໍ້ມູນ, ກໍ່ໄດ້ຍົກເຫັນເຫນວ່າ ການມີແຫຼ່ງທຶນຈາກພາຍນອກພຽງແຫຼ່ງດຽວສຳລັບການຈັດຊື້ຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ ເຮັດໃຫ້ມີຄວາມສ່ຽງຫຼາຍສຳລັບຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ແລະ ເປັນຍຸດທະສາດທີ່ບໍ່ຍືນຍົງ ສຳລັບປັບປຸງສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນ ສປປ ລາວ. ເມື່ອມີການຍົກປະເດັນນີ້ຂຶ້ນມາ ໂດຍຄູ່ຮ່ວມງານຝ່າຍລັດ ກໍ່ໝາຍຄວາມວ່າມີຄວາມເຂົ້າໃຈເກີດຂຶ້ນແລ້ວ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະຍັງບໍ່ເປັນທາງການກໍ່ຕາມ ວ່າ ສປປ ລາວ ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ປ່ຽນຈຸດຢືນຂອງຕົນຈາກທີ່ອາໃສໃສ່ແຕ່ການໃຫ້ທຶນຈາກພາຍນອກໃນຂົງເຂດວຽກງານນີ້. ສິ່ງນີ້ອາດເປັນຕົວຜັກດັນສຳລັບ ການເຈລະຈາກ່ຽວກັບຍຸດທະສາດ ເຊິ່ງເຫັນໄດ້ການຫັນປ່ຽນຈາກການສະໜອງທຶນໃຫ້ແກ່ແຜນງານຕ່າງໆ ຈາກຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາມາເປັນແຫຼ່ງອື່ນໆ (ບໍ່ວ່າຈະແມ່ນຈາກປະກັນໄພສຸຂະພາບປະກັນສັງຄົມ, ລະບົບການປ້ອງກັນສຸຂະພາບ, ອີງໃສ່ການເຮັດບຸນຫຼືອີງໃສ່ວິສາຫະກິດ). FPSA ຍັງໃຫ້ຮູ້ວ່າການໃຫ້ມີ

[44] Ibid Scopaz. A. et al (2011)

ທຶນຈາກຫຼາກຫຼາຍແຫ່ລງແມ່ນສິ່ງທ້າທາຍທີ່ສຳຄັນ ແລະ ການປ່ຽນແປງໃດໆກໍ່ຕາມຕໍ່ການຈັດແຈງທີ່ມີຢູ່ໃນປະຈຸບັນແມ່ນຫຍຸ້ງຍາກ.

ການສະໜັບສະໜູນດ້ານວິຊາການແລະການສ້າງຄວາມສາມາດ

ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກ ແມ່ນມີລັກສະນະເປັນການສະໜັບສະໜັບສະໜູນດ້ານວິຊາການ ແລະ ການສ້າງຄວາມອາດສາມາດ, ເຊິ່ງປະກອບໂດຍລວມໆດ້ວຍການສະໜັບສະໜູນ ໃນການພັດທະນານະໂຍບາຍ, ການວາງແຜນຍຸດທະສາດ, ເຊິ່ງໄດ້ແຈ້ງແລະປັບໃຫ້ທັນກັບສະພາບກ່ຽວກັບແບບຢ່າງການປະຕິບັດທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງສາກົນໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການວິໄຈຂໍ້ມູນແລະການລາຍງານ. ບັນຫາແລະສິ່ງທ້າທາຍຕ່າງໆຂອງການອາໄສການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພັດທະນາສາກົນສຳລັບສປປລາວແມ່ນຕັດບໍ່ອອກຈາກເຫດການດ້ານການເມືອງທີ່ສະຫຼັບຊັບຊ້ອນແລະປະຫວັດສາດຂອງຊາດ. ໃນລະຫວ່າງການທົບທວນເອກະສານຂອງການປະເມີນ FPSA ແລະ ໃນລະຫວ່າງຂະບວນການເກັບກຳຂໍ້ມູນ, ເຫັນໄດ້ວ່າການປ່ຽນແປງບົດບາດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃນຂົງເຂດນີ້ໄດ້ປະກົດຂຶ້ນ, ໂດຍສະເພາະ, ການເກີດຂຶ້ນແລະການຄົງຢູ່ຂອງສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ໃນ ສປປ ລາວ.

ໃນຂະນະທີ່ລັດຖະບານໄດ້ອອກດຳລັດໃນປີ 2009 (ດຳລັດຂອງທ່ານນາຍົກລັດຖະມົນຕີ ສະບັບເລກທີ 115)[45] ທີ່ ເຮັດໃຫ້ອົງການຈັດຕັ້ງຂັ້ນຊຸມຊົນ (community-based organizations-ຂຽນຫຍໍ້ວ່າCBO) ສາມາດຂຶ້ນທະບຽນ ເປັນສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ, ນີ້ຍັງຢູ່ໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນ. ຕົວກຳນົດທີ່ວາງອອກສຳລັບໃຫ້ ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ (NPA) ດຳເນີນງານຍັງຄົງຂຽນໄວ້ແບບລວມໆໃນດຳລັດ. ສິ່ງນີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າການຕີຄວາມໝາຍຂອງຂອບຈຳກັດຕ່າງໆຂອງສິ່ງທີ່ NPA ສາມາດສະໜອງໄດ້ໃນດ້ານການບໍລິການ ກໍ່ອາດເປັນພຽງຄວາມຄິດຂອງບາງບຸກຄົນ. ຍ້ອນມີຄວາມທ້າທາຍຄືແນວນັ້ນບັນດາ NPA ຍັງຄົງດຳເນີນງານໃນສະພາບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ. ເຖິງແມ່ນວ່າ ຈຳນວນສິ່ງທ້າທາຍຍັງຄົງມີຢູ່ໃນແງ່ຂອງຂອບເຂດການເຮັດວຽກເຊິ່ງໃນນັ້ນ CBO ອາດຈະສາມາດດຳເນີນງານໄດ້ຢ່າງເປັນເອກະລາດ (ເຊັ່ນສາມາດສະໜອງການບໍລິການດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ທຽບກັບວ່າມີແຕ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທົ່ານັ້ນ), ເວທີສຳລັບການຊຸກຍູ້ແລະສະໜັບສະໜູນອົງການຈັດຕັ້ງທາງສັງຄົມລາວກໍ່ໄດ້ກ້າວໄປໜ້າ.

ຄວາມສຳຄັນ ຂອງການມີສະຖານະພາບທີ່ເປັນທາງການ ແລະ ການຮັບຮອງຢ່າງເປັນທາງການສຳລັບ NPA ເພື່ອໃຫ້ດຳເນີນງານໄດ້ນັ້ນ ບໍ່ແມ່ນສິ່ງທີ່ເວົ້າເກີນຈິງແຕ່ຢ່າງໃດ. ມັນໄດ້ສ້າງທ່າແຮງສຳລັບຊ່ຽວຊານພາຍໃນບໍ່ວ່າໃນການ ດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຂົງເຂດອື່ນໆເຊັ່ນ: ດ້ານການຄຸ້ມຄອງບໍລິຫານ, ການສຶກສາວິໄຈ ແລະ ປະກອບສອ່ນໃນການສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ. ການເກີດຂຶ້ນຂອງການສົ່ງເສີມສະມາຄົມ ສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຄອບຄົວແມ່ນໜຶ່ງໃນຕົວຢ່າງ. ການມີການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກເຮັດວຽກຮ່ວມກັບພາກລັດຖະບານໄດ້ສ້າງສະພາບແວດລ້ອມທີ່ເປັນໄປໄດ້ສຳລັບໃຫ້ NPA ຄົງຕົວຢູ່ໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິຜົນ ແລະ ດ້ວຍເຫດນັ້ນຈຶ່ງສາມາດນຳໃຊ້ທ່າແຮງຂອງບຸກຄະລາກອນທ້ອງຖິ່ນທີ່ເປັນວິຊາການ ແລະທີ່ເປັນຜູ້ບໍລິຫານ. ຊ່ອງຫວ່າງແລະສິ່ງທ້າທາຍຍັງຄົງມີຢູ່ (ຍັງມີຄວາມອາດສາມາດທີ່ຍັງຕ່ຳ, ຄວາມຊັກຊ້າຂອງລະບົບຕໍ່ການປ່ຽນແປງ, ມີການຈຳກັດຄວາມເປັນເອກະລາດ), ແນວໃດກໍ່ຕາມການວິໄຈ FPSA ອ້າງອີງວ່າດຽວນີ້ຈຳເປັນຕ້ອງມີທັດສະນະທີ່ມີເຈດຕະນາ ແລະ ທີ່ກວ້າງໄກເໜືອຂອບວຽກຫ້າປີຂອງການວາງແຜນຍຸດທະສາດ.

ການປະສານງານ

ອີກຂົງເຂດໜຶ່ງທີ່ສຳຄັນ ເຊິ່ງເຫັນໄດ້ວ່າມີການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກນັ້ນ ແມ່ນການສະໜັບສະໜູນຫຼາກຫຼາຍເວທີສຳລັບການປະສານງານແຜນງານ. ເວທີເຫຼົ່ານີ້ມີໃນລັກສະນະ ກຸ່ມເຮັດວຽກກັບອົງການຜູ້ໃຫ້ທຶນອື່ນໆ, ຄະນະກຳມະການກັບລັດຖະບານ ເຊັ່ນດຽວກັນກັບເຄືອຂ່າຍອົງການສາກົນທີ່ບໍ່ຂຶ້ນກັບລັດຖະບານຂອງ (INGO) ແລະ ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ (NPA). ໃນຂະນະທີ່ອົງການເຫຼົ່ານັ້ນໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນແລ້ວ ແລະ ມີການປະເມີນຜົນບົດບາດຂອງຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໃນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ປະສານງານແຜນງານ, FPSA ເນັ້ນໜັກການເຊື່ອມໂຍງທີ່ສຳຄັນເຊິ່ງເວທີເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ເຄືອຂ່າຍເຫຼົ່ານີ້ສ້າງຂຶ້ນ. ບັນດາພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນ FPSA ສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນວ່າການປຶກສາຫາລື ແລະ ການເຂົ້າຮ່ວມກອງປະຊຸມຂອງຄະນະກຳມະການຢ່າງເປັນປະຈຳແມ່ນຊ່ອງ ທາງທີ່ມີປະສິດທິຜົນໃນການຮັບປະກັນຂໍ້ມູນຂ່າວສານປັດຈຸບັນແລະຮັກສາສາຍພົວພັນທີ່ດີລະຫວ່າງຄູ່ຮ່ວມ

[45] ສຳນັກງານນາຍົກລັດຖະມົນຕີ (2009).ດຳລັດກ່ຽວກັບສະມາຄົມ(No. 119/PM).ວຽງຈັນສປປລາວ.

ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນຫຼາຍຂັ້ນຂອງອຳນາດການປົກຄອງລັດ. ການສະທ້ອນຄືນີ້ມີຄວາມສຳຄັນແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຄຳນຶງເຖິງພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງຕ່າງໆຈະສາມາດເຂົ້າເຖິງ ແລະສາມາດນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນໃນເວລາເຮັດວຽກທີ່ຈຳກັດໄດ້ແນວໃດ. ບົດລາຍງານທີ່ເປັນພາສາລາວທີ່ມີຢູ່ແລ້ວແຕ່ກໍ່ອາດຈະຍາກໃນການຊອກຫາແລະບົດລາຍງານເປັນພາສາອັງກິດອາດຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງທາງພະນັກງານຫຼັກທາງພາກສ່ວນລັດຖະບານ.ຍ້ອນແນວນັ້ນບັນດາໂອກາດໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂ່າວສານແລະສິນທະນາຢູ່ເວທີການປະສານງານແມ່ນດ້ານໜຶ່ງຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກ, ເຊິ່ງຊຸກຍູ້ການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມແລະສ້າງສາຍພົວພັນລະຫວ່າງເຂົາເຈົ້າໃຫ້ເຂັ້ມແຂງ.

ການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນແລະການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ

ເຖິງແມ່ນວ່າການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນແລະການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈໄດ້ນຳມາອະທິບາຍ ເປັນຂົງເຂດສຸດທ້າຍເຊິ່ງໃນນັ້ນບົດບາດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອພາຍນອກ ໃນການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນຂົງເຂດທີ່ສຳຄັນເຊິ່ງອາດຈະແມ່ນ ຂົງເຂດທີ່ຢູ່ໃນຕຳແໜ່ງທີ່ມີຄວາມພະຍາຍາມ ໃນແຜນງານປະຈຸບັນເພື່ອເພີ່ມຄວາມໂປ່ງໃສ, ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຜົນໄດ້ຮັບ ແລະ ສະໜັບສະໜູນການວາງແຜນໄລຍະຍາວສຳລັບປັບປຸງລະບົບການດູແລສຸຂະພາບ. ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກແມ່ນສະໜັບສະໜູນການທົດສອບ, ການດັດແກ້ ແລະ ວິໄຈຕົວຊີ້ວັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະການວາງແຜນ[46] ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການສຶກສາລົງເລິກໃນບັນດາຫົວຂໍ້ທີ່ທ້າທາຍແຕ່ເປັນຫົວຂໍ້ທີ່ສອດຄ່ອງເຊັ່ນ: ການສະໜອງທຶນໃຫ້ດ້ານ ສາທາລະນະສຸກ ແລະ ນຳໃຊ້ຕົວຊີ້ວັດເພື່ອວັດແທກຜົນສຳເລັດ ຫຼືຄວາມລົ້ມເຫຼວທີ່ປະກົດຂຶ້ນທຽບກັບເປົ້າໝາຍທີ່ກຳນົດໄວ້[47]. ໂດຍສະເພາະແລ້ວ, ທັງເອກະສານທີ່ໄດ້ທົບທວນ ແລະ ທັດສະນະຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ທີ່ເຫັນດີວ່າຄວາມຄືບໜ້າສູ່ການບັນລຸເປົ້າໝາຍ ສະຫັດສະວັດ (MDG) 5 ຍັງຫຼ້າຊ້າ, ແລະ ມີແນວໂນ້ມວ່າຈະບັນລຸໄດ້ບາງສ່ວນ ໃນປີ 2015. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ເມື່ອຄວາມເລິກເຊິ່ງ ແລະ ຄວາມກວ້າງຂອງການວິໄຈໄດ້ຖືກນຳມາພິຈາລະນາ, ຂໍ້ມູນຍັງສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງ ຄວາມສຳຄັນຂອງການອີງໃສ່ການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈເພື່ອປຸກລະດົມກັບພາກລັດ ເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ໃຫ້ມີຄວາມໂປ່ງໃສ ແລະ ຄວາມເປັນເຈົ້າການ. ຫຼັກຖານອ້າງອີງສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ອາຍຸຂອງເດັກທີ່ເກີດມາຜູ້ກົກ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງການຝາກທ້ອງ[48], ລະດັບຂອງການສະໜອງທຶນຂອງລັດໃຫ້ແກ່ວຽກງານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່, ຄຸນນະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນທີ່ໜ້າຍອມຮັບຂອງການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນ ສຳລັບແຜນງານດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່[49] ກໍ່ແມ່ນຕົວກຳນົດທີ່ສຳຄັນ ໃນການສົ່ງຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຜົນໄດ້ຮັບດ້ານສຸຂະພາບແມ່. ບົດຮຽນເຫຼົ່ານີ້ ສ້າງຂຶ້ນມາຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກເຂົ້າໃນຂົງເຂດການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ. ການລົງທຶນໃສ່ໃຫ້ມີລະບົບທີ່ເຂັ້ມແຂງເພື່ອສະໜັບສະໜູນພື້ນຖານ ທີ່ມີຫຼັກຖານອ້າງອີງທີ່ຖືກຕ້ອງ ແມ່ນຍຸດທະສາດ ທີ່ມີປະສິດທິຜົນເພື່ອແຈ້ງຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ການປຶກສາຫາລືລະຫວ່າງ ບັນດາຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ.

ສະຫຼຸບລວມແລ້ວ, ບົດບາດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກໃຫ້ແກ່ຂົງເຂດວຽກງານ ການວາງແຜນຄອບຄົວສາມາດເປັນທີ່ເຂົ້າໃຈວ່າມີຄວາມສຳຄັນ. ໝາຍຄວາມວ່າຊັບພະຍາກອນຂອງລັດ ສຳລັບລະບົບການດູແລສຸຂະພາບບໍ່ພຽງຍັງຕ່ຳແຕ່ຄວາມສາມາດ ໃນການລະດົມຊັບພະຍາກອນຍັງຄົງສືບຕໍ່ເປັນສິ່ງທ້າທາຍ ສຳລັບພາກລັດຖະບານ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ສິ່ງນີ້ ມີຫຼັກຖານເຫັນໄດ້ເດັ່ນຊັດໃນທາງດ້ານວິຊາການ, ການສ້າງຄວາມອາດສາມາດ, ການປະສານງານ, ການຕິດຕາມ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ. ໃນຂະນະທີ່ທຶນສະໜອງໃຫ້ແກ່ລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງລາວແມ່ນມາຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງພາຍນອກ ແມ່ນມີຍັງມີຫຼາຍດັ່ງ ເຊັ່ນ: ຂໍ້ມູນຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ, ອັດຕາສ່ວນຂອງການສະໜອງທຶນແກ່ດ້ານສາທາລະສະນະສຸກ ທີ່ສູງກວ່າແມ່ນມາຈາກທຶນສົມທົບຂອງລູກຄ້າທີ່ມາຮັບການດູແລສຸຂະພາບ. ຍ້ອນການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກຈຶ່ງເປັນທີ່ຈະແຈ້ງວ່າລະບົບສຳລັບການກຳນົດ, ການເກັບກຳ ແລະ ການວັດແທກຄວາມຄືບ ໜ້າແມ່ນກຳລັງມີການປັບປຸງດັ່ງເຊັ່ນຄວາມສາມາດສຳລັບການວິໄຈຂໍ້ມູນນີ້ທີ່ສຳຄັນ. ຄວາມສຳຄັນຂອງດ້ານນີ້ບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ວ່າມັນເກີນຄວາມເປັນຈິງ.

---

[46] Seetharam. K.S., Sedlak. P.,& Pirie. A., (2011).ການປະເມີນຜົນໄດ້ຮັບດ້ານການພັດທະນາທີ່ສະໜັບສະໜູນໂດຍອົງການUNFPA CP4 ສຳລັບສປປລາວ: ບົດລາຍງານແລະຂໍ້ສະເໜີແນະຕ່າງໆ, ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນປະຊາກອນ, ວຽງຈັນສປປລາວ.
[47] Ibid Scopaz, et al. (2011)
[48] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນປະຊາກອນແລະອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນເພື່ອເດັກ(2012).ການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມຂອງລາວ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.
[49] Ibid ອົງການອານາໄມໂລກແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2012)

4.4 ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ

ຂະບວນການສ້າງແຜນວາດ ຂອງຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມປະກອບດ້ວຍສາມບາດກ້າວຄື: ການກຳນົດພາກຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ, ການທຳຄວາມເຂົ້າໃຈບົດບາດ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ. ພາຍຫຼັງກຳນົດຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ, ໄດ້ມີການທົດສອບເບິ່ງຫຼາຍໆຂົງເຂດຄື: ບົດບາດຂອງເຂົາເຈົ້າ, ຄວາມຊ່ຽວຊານໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຂອບເຂດອິດທິພົນ, ຊ່ອງຫວ່າງດ້ານຄວາມສາມາດ, ການກວມເອົາຂອງການບໍລິການ ແລະ ຊັບພະຍາກອນ. ຂໍ້ແນະນຳທີ່ເນັ້ນເຖິງມາດຕະການ ການຮ່ວມມືໃນການເຊື່ອມໂຍງບັນຫາຕ່າງໆ ໃນການປະສານງານ ແລະ ການຮ່ວມມືເຊິ່ງເພີ່ມຊັບພະຍາກອນ ແລະ ໂອກາດຂຶ້ນ. ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ V ສະໜອງຄຳອະທິບາຍເພີ່ມກ່ຽງກັບຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ທີ່ເຂົ້າມາມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ. ໂອກາດທີ່ຈະເພີ່ມລາຍຊື່ຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໄດ້ອະທິບາຍລະອຽດໄວ້ໃນ ພາກຂໍ້ແນະນຳ.

ການກຳນົດຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ, ບົດບາດ ແລະການເຊື່ອມໂຍງການກຳນົດຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ໃນຂົງເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວ ກວມເອົາທຸກອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ມີການມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ທັງທາງອ້ອມ ແລະ ທາງກົງໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງໄວໜຸ່ມ, ສຸຂະພາບແມ່ ຫຼື ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ສິ່ງນີ້ກ່ອນອື່ນໝົດແມ່ນຈະກັ່ນຕອງລາຍຊື່ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ມີການເຊື່ອມໂຍງໂດຍກົງ ຫຼື ທາງ ອ້ອມກັບວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ລາຍການນີ້ແມ່ນສະເໜີໄວ້ໃນຕາຕະລາງທີ4.4.1 ພາຍໃຕ້ຫ້າປະເພດຂອງຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ:

- ພາກລັດ (ເຊິ່ງຕໍ່ໄປກໍ່ໄດ້ແບ່ງຍ່ອຍລົງເປັນຜູ້ຜັກດັນນະໂຍບາຍແລະຜູ້ສະໜອງບໍລິການ)
- ຂະແໜງການຄ້າ
- ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ
- ອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນທີ່ບໍ່ຂຶ້ນກັບລັດຖະບານ
- ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ

ຕາຕະລາງທີ 4.4.1: ຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມທີ່ກຳນົດໄດ້ຜ່ານຂະບວນການສ້າງແຜນວາດຜູ້ທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ

ກຸ່ມ	ອົງການຈັດຕັ້ງ
ພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງພາກລັດ: ຜູ້ຜັກດັນດ້ານນະໂຍບາຍ	• ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ • ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ • ອົງການຈັດຕັ້ງຊາວໜຸ່ມປະຊາຊົນປະຕິວັດລາວ • ກະຊວງສຶກສາທິການແລະກີລາ • ພະແນກສັງຄົມແລະວັດທະນາທຳ, ສະພາແຫ່ງຊາດລາວ • ຄະນະກຳມາທິການເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ, ຫ້ອງວ່າການລັດຖະບານ • ພະແນກແຜນການພັດທະນາສັງຄົມ, ກົມແຜນການ
ຜູ້ສະໜອງບໍລິການ ພາກລັດ	• ໂຮງໝໍສູນກາງແລະໂຮງໝໍແຂວງ • ສະຖາບັນຝຶກອົບຮົມຄູຂອງແຂວງ • ຫ້ອງການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກຂັ້ນເມືອງ • ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ • ໂຮງໝໍເມືອງ • ໂຮງໝໍເມືອງ • ສູນໄວໜຸ່ມວຽງຈັນ • ອາສາສະມັກສາທາລະນະສຸກບ້ານ • ຜູ້ແຈກຢາຍຢູ່ລະດັບຊຸມຊົນ

ຜູ້ສະໜອງບໍລິການ ເອກະຊົນ	• ຄລີນິກທົ່ວໄປແລະຄລີນິກສະເພາະດ້ານ • ຮ້ານຂາຍຢາ • ໂຮງໝໍ (ສຳລັບນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນເທົ່ານັ້ນ) • ຫ້ອງກວດສ່ວນຕົວໃນໂຮງໝໍຫຼັກ(ປະສູດ-ພະຍາດຍິງ)
ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ	• ອົງການUNFPA • ອົງການUNICEF • ທະນາຄານພັດທະນາອາຊີ (Asia Development Bank ADB) • ການເປັນເຄືອຂ່າຍພັນທະມິດສຳລັບການສັກຢາກັນພະຍາດ- ການເສີມສ້າງໃຫ້ • ລະບົບສາທາລະນະສຸກເຂັ້ມແຂງ • ອົງການນ່ວມມືສາກົນຍີ່ປຸ່ນ(JICA) • ລັດຖະບານລຸກຊໍາບວກ(Lux-Dev) • ອົງການອານາໄມໂລກ • ມູນນິທິເກົາຫຼີເພື່ອການດູແລສຸຂະພາບສາກົນ • ທະນາຄານໂລກ
ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນ ລັດຖະບານສາກົນ (INGO)	• ອົງການບໍລິການພົນລະເມືອງສາກົນ • ອົງການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກສາກົນ • ອົງການສຸພະນິມິດສປປລາວ • ອົງການPlan International ສປປລາວ • ອົງການMedecins du Monde
ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງ ຜົນກໍາໄລຂອງພາຍ ໃນ	• ສະມາຄົມສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຄອບຄົວ • ສະມາຄົມພັດທະນາແມ່ຍິງແລະໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານກົດໝາຍ • ສະມາຄົມສຸຂະພາບທີ່ດີຂອງລາວ • ສະມາຄົມຊາວໜຸ່ມເພື່ອນຊ່ວຍເພື່ອນໃນດ້ານການໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບແລະ ການພັດທະນາ • ເຮືອນຮຽນຮູ້ເພື່ອການພັດທະນາ

ພາຍໃຕ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ກໍມີຫຼາຍກົມ ແລະ ພະແນກເຊິ່ງຕ່າງກໍມີບົດບາດ ໃນການສະໜັບສະໜູນການ ວາງແຜນຄອບຄົວໃນສປປລາວ. ມີສອງຂໍ້ສັງເກດໃນລະ ຫວ່າງການໄປຢ້ຽມຢາມກົມຕ່າງໆ ຂອງກະຊວງສາທາລະ ນະສຸກ. ອັນທຳອິດແມ່ນໃນຂະນະ ທີ່ມີໜຶ່ງຄູ່ຮ່ວມຈັດຕັ້ງ ປະຕິບັດຫຼັກສຳລັບອົງການ UNFPA, ແຕ່ກໍ່ມີຄູ່ຮ່ວມ ຈັດຕັ້ງ ປະຕິບັດຍ່ອຍອີກຈຳນວນຫຼາຍ. ຢູ່ໃນລະດັບຍຸດທະ ສາດ ແລະ ລະດັບນະໂຍບາຍ, ເມສິ່ງນີ້ໝາຍເຖິງວ່າການສະ ໜັບສະໜູນສຳລັບການປະສານງານ ແລະ ການແລກປ່ຽນ ຂໍ້ມູນແມ່ນຄວາມຈຳເປັນຫຼັກເພື່ອຮັກສາໃຫ້ວຽກງານການ ວາງແຜນຄອບຄົວ ຄົງຢູ່ໃນວາລະຂອງລັດຖະບານ. ຂໍ້ສັງ ເກດທີສອງແມ່ນການລິເລີ່ມດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ ທັງໝົດແມ່ນຢູ່ພາຍໃຕ້ການຊີ້ນຳຂອງກະຊວງສາທາລະນະ ສຸກໂດຍຮ່ວມມືກັບ INGO ຈຳນວນໜ້ອຍໜຶ່ງ.

ມີຫຼາຍ INGO ແລະ NPA ທີ່ກຳລັງເຮັດວຽກໃນຂົງ ເຂດການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ. ແນວໃດກໍ່ຕາມຂອບ ເຂດທີ່ອົງການຈັງຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ ຮັບການແຈ້ງຂໍ້ມູນຫຼືມີຄວາມ ພ້ອມສຳລັບ ການສົ່ງເສີມການວາງແຜນຄອບຄົວອາດ ບໍ່ ເຂັ້ມແຂງ ເທົ່າກັບອົງປະກອບອື່ນໆດ້ານການຮັກສາສຸຂະ ພາບ, ເຊັ່ນ: ດ້ານນໍ້າສະອາດ, ສຸຂະພິບານ ແລະສຸຂະອາ ນາໄມໃນຊຸມຊົນ. ໂອກາດສຳລັບອົງການ INGO ແລະ NPA ທີ່ເຮັດວຽກຢູ່ໃນຂົງເຂດສາທາລະນະສຸກ ລວມທັງ ການເອົາການວາງແຜນຄອບຄົວ ເຂົ້າໃນກິດຈະກຳການ ຊ່ວຍເຫຼືອສົ່ງເສີມສຸຂະພາບນຳ.

ຕາຕະລາງຂ້າງເທິງໄດ້ແນະນຳວ່າໃນເມື່ອມີລາຍຊື່ຂອງບັນ ດາອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຍາວຄືແນວນັ້ນ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ກໍ່ໜ້າຈະມີການສະໜອງຊັບພະຍາກອນໃຫ້ເປັນຢ່າງດີ ໃນດ້ານບຸກຄະລາກອນ, ຄວາມຊ່ຽວຊານດ້ານວິຊາການ,

ເຄື່ອງມືແລະແຫຼ່ງທຶນ. ແຕ່ວ່າບໍ່ແມ່ນສຳລັບກໍລະນີນີ້. ຄູ່ຮ່ວມງານຝ່າຍລັດຖະບານລາວສ່ວນຫຼາຍແມ່ນອາໄສການ ຊ່ວຍເຫຼືອແຜນງານຂອງອົງການUNFPA ແລະ ສິ່ງນີ້ໄດ້ຮັບການລາຍງານ ວ່າເປັນແນວນັ້ນໃນແຕ່ລະຂັ້ນຂອງພາກລັດ. ນອກນັ້ນໃນດ້ານຄູ່ຮ່ວມງານອື່ນໆຫຼືຜູ້ປະກອບສ່ວນອື່ນໆ, ເຫັນໄດ້ວ່າໃນການຊອກຫາວ່າຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມອື່ນໆໃດແດ່, ກໍ່ເຫັນວ່າບໍ່ມີສະຖາບັນການສຶກສາແຫ່ງຊາດທີ່ເຂົ້າມາມີສ່ວນຮ່ວມໃນໂຄງການສຶກສາວິໄຈ ຫຼືໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ໃນຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງເກນທີ່ນຳໃຊ້ ສຳລັບການວິໄຈຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມແມ່ນເພື່ອທົດສອບເປົ້າໝາຍສະເພາະ, ການເຮັດວຽກ ແລະ ການກວມເອົາຂອງ ບັນດາອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ກຳນົດໄດ້ວ່າເປັນພາກສ່ວນ ທີ່ຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ. ຕາຕະລາງທີ 4.4.2 ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມຕ່າງໆເຊິ່ງມີຈຸດປະສົງ ແລະ ໂຄງການສະເພາະໃນດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ. ເມື່ອເບິ່ງເຂົ້າໄປຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມເຊິ່ງ ເຮັດວຽກໂດຍກົງ ໃນຂົງເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວ ກໍ່ເຫັນໄດ້ວ່າຈຳນວນພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມແທ້ໆກໍ່ຫຼຸດລົງ. ນອກນັ້ນ ການກວມເອົາຂອງການບໍລິການກໍ່ຈຶ່ງຈຳກັດ.

ຕາຕະລາງທີ 4.4.2: ຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມຈຸດປະສົງແລະພາລະໜ້າທີ່ໃນວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວ

ກຸ່ມ	ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມກັບຈຸດປະສົງແລະຄາດໝາຍສະເພາະການວາງແຜນຄອບຄົວ	ອະທິບາຍສັງລວມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ ວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວ
ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມພາກລັດ: ຜູ້ຜັກດັນນະໂຍບາຍ	• ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ o ກົມອານາໄມແລະສົ່ງເສີມສຸຂະພາບ o ສູນຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ (ຂັ້ນສູນກາງ ແລະ ຂັ້ນແຂວງ) o ສູນສະໜອງຢາ ແລະ ອຸປະກອນການແພດ o ກົມອາຫານແລະຢາ o ກົມປົ່ນປົວສຸຂະພາບ o ກົມການສຶກສາແລະການຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ	ຍຸດທະສາດ, ນະໂຍບາຍ, ລະບຽບການ, ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ການຮັບປະກັນຄຸນນະ ພາບ ໃນຂົງເຂດການວາງແຜນຄອບຄົວ
ຜູ້ສະໜອງບໍລິການພາກລັດ	• ໜ່ວຍງານຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກຢູ່ໂຮງໝໍ (ສູນກາງ, ແຂວງ, ເມືອງ, ສຸກສາລາ) • ສູນໄວໜຸ່ມວຽງຈັນ • ອາສາສະມັກສາທາລະນະສຸກບ້ານ • ຜູ້ແຈກຢາຍຊຸມຊົນCBD	ເພີ່ມອັດຕາການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ, ແລະ ທາງເລືອກ, ການສ້າງຂໍ້ມູນເພື່ອສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າມີການເອົາລູກຫ່າງ ແລະ/ຫຼືການຈຳກັດ, ການສົ່ງຕໍ່ຄົນເຈັບ, ການເຂົ້າເຖິງປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ
ຜູ້ສະໜອງບໍລິການພາກເອກະຊົນ	• ຮ້ານຂາຍຢາ	ຈັດຊື້ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ທັນສະໄໝທີ່ມີໄລຍະເວລາສັ້ນ
ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ	• ອົງການUNFPA • ອົງການWHO	ແບບຢ່າງການປະຕິບັດທີ່ດີຈາກສາກົນ ໄດ້ແບ່ງປັນກັບຄູ່ຮ່ວມງານ; ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ການວາງແຜນງານ, ມີຄວາມໂປ່ງໄສ.
ອົງການ INGO	• ອົງການບໍລິການພົນລະເມືອງສາກົນ (PSI) • ອົງການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກສາກົນ (SCI)	ການຖືພາ ແລະ ການເປັນແມ່ທີ່ມີສຸຂະພາບດີກວ່າເກົ່າ; ການເອົາລູກຫ່າງແລະຈຳກັດການເອົາລູກ; ມີຜົນໄດ້ຮັບທີ່ປັບປຸງດີກວ່າເກົ່າສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່; ການສົ່ງຕໍ່ຄົນເຈັບ
ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄກ	• ສະມາຄົມສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຄອບຄົວ • ສະມາຄົມຊາວໜຸ່ມເພື່ອນຊ່ວຍເພື່ອນໃນດ້ານການໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບແລະການພັດທະນາ (YPHA)*	ຜົນປະໂຫຍດເບື້ອງຕົ້ນ; ເພີ່ມຄວາມເຂົ້າໃຈຂອງປະກອນກຸ່ມເປົ້າໝາຍກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວແລະການຝຶກອົບຮົມທາງດ້ານວິຊາການ.

*ໝາຍເຫດ: ທີ່ປຶກສາບໍ່ສາມາດໄດ້ລົມທາງໂທລະສັບຫຼືໄດ້ຮັບອີເມລຕອບກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ສະເໜີຖາມ. ຈາກການທົບທວນເອກະສານ, ພຽງແຕ່ສາມາດກຳນົດໄດ້ວ່າ YPHA ແມ່ນສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫຍັງຜົນກຳໄລທີ່ໄດ້ຈົດທະບຽນແລ້ວກັບກະຊວງພາຍໃນ.

ການປະກອບສ່ວນທີ່ໄດ້ສະໜອງ ໂດຍບັນດາພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງນັ້ນ ເຂົ້າໃນວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວ ສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນເຖິງມີການປະສົມປະສານກັນຂອງຜົນໄດຮັບ ແລະ ໜາກຜົນທີ່ໄດ້ຮັບໃນດ້ານນະ�โยบายທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການສະໜອງທຶນ ແລະ ການບໍລິການ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຂະບວນການວາງແຜນວາດ ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມກຳນົດໄດ້ວ່າປັດຈຸບັນບໍ່ມີແຫຼ່ງທຶນ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານວິຊາການທີ່ສຳຄັນ ຈາກພາຍນອກຂອງຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາປັດຈຸບັນສຳລັບວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວ. ຖ້າປາດສະຈາກຄວາມອາດສາມາດຂອງພາຍໃນປະເທດ ໃນການຂັບເຄື່ອນບັນດາການລິເລີ່ມທາງດ້ານວຽກງານ ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ຜົນໄດ້ຮັບທີ່ສຳຄັນທີ່ເຮັດໄດ້ມາຮອດທຸກມື້ນີ້ກໍ່ຢູ່ໃນສະຖານະທີ່ບໍ່ແນ່ນອນ ແລະ ສາມາດຫຼຸດຖອຍລົງຖ້າຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາຫຼຸດຂອບເຂດ ແລະ ຂະໜາດຂອງແຜນງານລົງ.

ເມື່ອເບິ່ງກ່ຽວກັບໂອກາດຕ່າງໆ ສຳລັບການມີສ່ວນຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍເຊິ່ງລວມມີການວາງແຜນຄອບຄົວ, ລາຍຊື່ຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມກໍ່ຍັງໜ້ອຍລົງ(ຕາຕະລາງທີ 4.4.3). ເຄືອຂ່າຍຕ່າງໆ ຍັງສຸມໃສ່ການປະຖົມນິເທດເພື່ອໄປເຖິງການປະສານຂອງແຜນງານແລະການຄຸ້ມຄອງໂຄງການ ແລະ ສະຖານະການຕົ້ນຕໍແລ້ວແມ່ນຕັ້ງຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ.

ຕາຕະລາງທີ 4.4.3: ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ

ກຸ່ມ	ຜູ້ນຳພາຄະນະກຳມະການ/ເຄືອຂ່າຍຫຼືກຸ່ມເຮັດວຽກ	ສະມາຊິກຜູ້ອື່ນໆ
ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ພາກລັດ: ຜູ້ຜັກດັນນະ�โยบาย	• ກຸ່ມເຮັດວຽກດ້ານວິຊາການກ່ຽວກັບການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ (MCH) / ແຜນງານການສັກຢາກັນພະຍາດເປີດ ກວ້າງ (EPI) • ກຸ່ມເຮັດວຽກຂອງຂະແໜງການ • ຄະນະກຳມາທິການແຫ່ງຊາດເພື່ອແມ່ແລະເດັກ • ການຮ່ວມມືລະດັບໂລກເພື່ອສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກ	• ອົງການຂັ້ນລຸ່ມຂັ້ນສູນກາງ (ຂັ້ນແຂວງ) • ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ
ຜູ້ສະໜອງບໍລິການ ພາກລັດ	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA
ຜູ້ສະໜອງບໍລິການ ພາກເອກະຊົນ	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA
ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ	• ຄະນະກຳມະການອີງໃສ່ຂະແໜງການ	• ບັນດາກະຊວງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ • ຄູ່ຮ່ວມຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານ • ຄູ່ຮ່ວມງານຂອງແຜນງານຂອງສະຫະປະຊາຊາດ
ອົງການ INGO	• ກຸ່ມເຮັດວຽກສຳລັບວຽກງານສາທາລະນະສຸກ ແລະໂພຊະນາການທີ່ຢູ່ໃນລາຍການ (ລວມທັງການວາງແຜນຄອບຄົວ)	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA
ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA	ບໍ່ຮູ້ໃນໄລຍະເວລາມີການວິໄຈ FPSA

ໝາກຜົນຂອງການສ້າງແຜນວາດ ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຈຳນວນເວທີທີ່ຈຳກັດທີ່ສຸມໃສ່ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນນີ້, ກະຊວງອື່ນໆ, ສະພາແຫ່ງຊາດແລະຄະນະກຳມະການຂັ້ນສູນກາງ, ແນະນຳວ່າການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນຢູ່ພາຍໃນຂອບຍຸດທະສາດ ດ້ານການລົບລ້າງຄວາມທຸກຍາກຫຼື ເອົາເຂົ້າໃນຫົວຂໍ້ສົນທະນາຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດ (MDGs). ຜົນທີ່ໄດ້ກໍ່ຄືການວາງແຜນຄອບຄົວຕົ້ນຕໍແລ້ວແມ່ນເຫັນໄດ້ຫຼັກໆ ແມ່ນຢູ່ໃນອົງການຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ຄະນະກຳມະການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດທີ່ເປັນຄູ່ຮ່ວມລະດັບຊາດ ແລະ ເຄືອຂ່າຍຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຂອງພາຍໃນ, ເຊິ່ງສຸມໃສ່ສະໜັບສະໜູນ ການຄຸ້ມຄອງແຜນງານ ແລະ ການປະສານງານທີ່ໃຫ້ທຶນ ໂດຍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພາຍນອກ. ພາບລວມຂອງອົງການຈັດຕັ້ງທາງສັງຄົມສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຍັງມີຫຼາຍສິ່ງທ້າທ້າຍໃນເບື້ອງໜ້າ, ຢ່າງໜ້ອຍທີ່ສຸດແມ່ນການຊີ້ນຳຂອງລັດ, ຄວາມສາມາດ ແລະການສະໜອງທຶນ. ໃນຂະນະທີ່ແຜນວາດຂອງພາກສ່ວນທີມີສ່ວນຮ່ວມ ໄດ້ຍົກໃຫ້ເຫັນປະເດັນເຫຼົ່ານີ້, ມັນກໍ່ຍັງ ເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະສະເໜີວ່າ ກໍ່ມີໂອກາດຢູ່ທີ່ຈະເພີ່ມຈຳນວນພາກເຄືອຂ່າຍ/ການສື່ສານ ເພື່ອແລກປ່ຽນຊັບພະຍາກອນດ້ານວິຊາການ ແລະ ດ້ານວັດຖຸ. ຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆຕໍ່ອົງການ UNFPA ແມ່ນ ມີທັງດ້ານຍຸດທະສາດ ແລະ ດ້ານການປະຕິບັດຕົວຈິງ. ຜົນປະໂຫຍດດ້ານຍຸດທະສາດ ຈະແມ່ນການຂະຫຍາຍຄວາມ ສາມາດຂອງຄູ່ຮ່ວມງານ ໃນຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຮູ້ກ່ຽວກັບແຜນປະຕິບັດການດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ. ສິ່ງນີ້ຈະນຳໄປສູ່ຜົນປະໂຫຍດ ທີ່ເປັນຈິງທີ່ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ມີທ່າແຮງຈະມາເຂົ້າຮ່ວມຫຼາຍຂຶ້ນ ໃນວຽກງານການວາງແຜນຄອບຄົວໂດຍຖືເປັນບຸລິມະສິດພາຍໃນເຂດ ແລະ ພົນລະ ເມືອງເປົ້າໝາຍ.

4.5 ສະພາບແວດລ້ອມ

ສິດທິມະນຸດບົນພື້ນຖານການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ເປັນສ່ວນສຳຄັນໃນສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິດ້ານການຈະເລີນພັນຜົນສຳເລັດຂອງແຜນງານການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນສ່ວນຫຼາຍ ແມ່ນຍ້ອນສະພາບແວດລ້ອມທີ່ເອື້ອອຳນວຍ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນດ້ານການເມືອງສຳລັບແຜນງານ. ເຖິງແມ່ນວ່າມີການສະໜັບສະໜູນຂອງຂັ້ນເທິງ, ມັນກໍ່ຈຳເປັນທີ່ຈະຊຸກຍູ້ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງໃຫ້ມີສະພາບແວດລ້ອມທີ່ເອື້ອອຳນວຍ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າແຜນງານການວາງແຜນຄອບຄົວ ສາມາດປະຕິບັດການໄດ້ຢ່າງຄ່ອງແຄ້ວ, ມີຊັບພະຍາກອນພຽງພໍໃນການເບີກໃຊ້ຕົວຈິງ, ແລະມີກົດດ້ານກົດໝາຍ, ລະບຽບການ ແລະວັດທະນາທຳທີ່ບໍ່ໄດ້ກີດຂວາງຄວາມຄືບໜ້າ.

ຜົນທີ່ຄົ້ນພົບແລະການວິໄຈ

ຄຳໝັ້ນສັນຍາຂອງລັດຖະບານສປປລາວ

ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ໄດ້ມີຄຳໝັ້ນສັນຍາທີ່ຈະໃຫ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍຂອງ ICPD PoA ແລະຂອງຄາດໝາຍ MDG, ແລະຕໍ່ກອງເລຂາທິການໃຫຍ່ຂອງອົງການສະຫະປະຊາຊາດ ວ່າດ້ວຍຍຸດທະສາດຍຸດທະສາດໂລກດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍໃນປີ 2010 ແລະການວາງແຜນຄອບຄົວປີ 2020 ໄດ້ກຳນົດ ສປປ ລາວ ເປັນໜຶ່ງໃນ 69 ປະເທດຈຸດສຸມ.

ລັດຖະບານ, ດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນລັດຖະທຳມະນູນ, ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍໄດ້ສຸມຄວາມພະຍາຍາມເພື່ອຊຸກຍູ້, ສົ່ງເສີມ ແລະ ປົກປ້ອງສິດທິທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄວາມສົນໃຈຂອງແມ່ຍິງລາວໃນທຸກໆຂົງເຂດຄື: ດ້ານການເມືອງ, ເສດຖະກິດ, ສັງຄົມ, ວັດທະນາທຳແລະຄອບຄົວ. ໃນເດືອນພຶດສະພາ 2002, ລັດຖະບານໄດ້ສ້າງຕັ້ງຄະນະກຳມາທິການແຫ່ງຊາດ ເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງ ແມ່ຍິງ (Lao NCAW) ເພື່ອສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບ ຍິງຊາຍ ແລະ ເພື່ອລົບລ້າງການຈຳແນກແມ່ຍິງໃນ ສປປ ລາວ[50].

ຈາກຄຳໝັ້ນສັນຍາສູ່ນະໂຍບາຍແລະຍຸດທະສາດ

ຄຳໝັ້ນສັນຍາ ແມ່ນໄດ້ໃຫ້ໃນລະດັບສາກົນໄດ້ຜັນຂະຫຍາຍມາເປັນກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍເຊິ່ງສະໜອງໃຫ້ກອບແຜນງານສຳລັບວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ. ນອກຈາກນີ້ເພີ່ມຕື່ມໃສ່ກັບນະໂຍບາຍດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ, ສິ່ງອື່ນໆລວມມີກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປົກປ້ອງ ແລະ ພັດທະນາແມ່ຍິງໃນປີ 2004, ນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດດ້ານປະຊາກອນ ແລະ ການພັດທະນາສະບັບປັບປຸງໃນປີ 2006, ແລະ ຍຸດທະສາດ ແລະກອບແຜນການສຳລັບການບໍລິການແບບ ເຊື່ອມສານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃຫ່ມ ແລະ ເດັກນ້ອຍ (2009-2012). ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ດຳລັດຂອງທ່ານນາຍົກລັດຖະມົນຕີວ່າດ້ວຍການສ້າງຕັ້ງຄະນະກຳມາທິການແຫ່ງຊາດເພື່ອແມ່ ແລະ ເດັກສະບັບ ປີ 1999 ໄດ້ກ່າວເຖິງຄຳ

[50] ສປປ ລາວ ພາບລວມກ່ຽວກັບບົດບາດຍິງຊາຍ. ວຽງຈັນ, ສຸນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ສຸນຂໍ້ມູນຂ່າວສານແລະການພັດທະນາບົດບາດຍິງຊາຍ (2005)

ໝັ້ນສັນຍາຂອງລັດຖະບານ ຕໍ່ສຸຂະພາບທີ່ດີຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ. ຫຼາກຫຼາຍກົດໝາຍໄດ້ໃຫ້ກອບສຳລັບລະບຽບການ ແລະ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນງານດ້ານສາທາລະນະສຸກທີ່ດີກວ່າເກົ່າ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຄວາມສາມາດຂອງສະຖາບັນ ສຳລັບການຜັນຂະຫຍາຍ ນະ�โยบายເປັນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດທີ່ມີປະສິດທິຜົນຍັງຈຳກັດຢູ່[51].

ຜູ້ສ້າງນະ�โยบายລະດັບສູງ ແລະ ຜູ້ເຮັດການຕັດສິນໃຈຈາກສະພາແຫ່ງຊາດ ແລະ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກແມ່ນຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບນະ�โยบายດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ໄດ້ນຳໃຊ້ແລ້ວ ຫຼື ອ້າງອີງໃສ່ໃນເວລາຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກິດຈະກຳ. ເຊັ່ນດຽວກັບການທີ່ຖືບົນພື້ນຖານຄວາມຈິງຕໍ່ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ. ຜູ້ເຮັດການຕັດສິນໃຈຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ພະນັກງານ ແລະຜູ້ສະໜອງບໍລິການຈາກຫຼາຍຂັ້ນອຳນາດການປົກຄອງ ລະບຸຢ່າງໜັກແໜ້ນເຖິງປະ�โยชน์ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວຕໍ່ແມ່ຍິງ, ລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ຄອບຄົວແລະຊຸມຊົນ; ແລະສາມາດອະທິບາຍເຖິງສະຖານະພາບປະຈຸບັນ ຂອງວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະບັນດາກິດຈະກຳໃນຂົງເຂດທີ່ເຂົາເຈົ້າຮັບຜິດຊອບ. ທັດສະນະຂອງເຂົາເຈົ້າກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນນອກເໜືອຈາກການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ຮັບຮູ້ການປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນການພັດທະນາເສດຖະກິດ. ເຂົ້າສາມາດກ່າວເຖິງຜົນສຳເລັດໃນຫຼາຍປີຜ່ານມາ ແລະ ຮັບຮູ້ເຖິງອຸປະສັກດ້ານພູມສັນຖານ, ດ້ານການເງິນ, ດ້ານສັງຄົມ ແລະ ອຸປະສັກທາງວັດທະນາທຳຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງການດູແລ ທີ່ເປັນກຸ່ມຍ່ອງຂອງປະຊາກອນ ແລະ ສິ່ງທ້າທາຍທີ່ຜູ້ບໍລິຫານປະສົບໃນດ້ານການມີການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດ ໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກຕ່ຳ, ການຂາດແຄນພະນັກງານທີ່ມີຄຸນວຸດທິ, ແລະ ຮັບປະກັນການສະໜອງຜະລິດຕະພັນ ແລະ ງົບປະມານສຳລັບກິດຈະກຳແບບເຄື່ອນທີ່.

ການໃຊ້ຈ່າຍໃສ່ວຽກງານດ້ານສາທາລະນະສຸກ

ລັດຖະບານລາວ ໄດ້ເວົ້າເຖິງຄຳໝັ້ນສັນຍາ ຕໍ່ການເພີ່ມຄວາມພະຍາຍາມໃນການປະຕິຮູບ ໃຫ້ມີການກວມເອົາການປ້ອງກັນສຸຂະພາບທາງສັງຄົມທີ່ດີກວ່າເກົ່າ, ລວມທັງເພີ່ມ ການສະໜອງທຶນພາຍໃນສຳລັບ ສາທາລະນະສຸກ ແລະ ໄດ້ໃຫ້ຄຳໝັ້ນສັນຍາໃນການເພີ່ມການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານເປັນ 9 ເປີເຊັນຂອງ GDP ເຊິ່ງເພີ່ມຂຶ້ນ3 ເທື່ອໃນປີງົບປະມານ2010-2012. ເຊິ່ງມີຄວາມແຕກຕ່າງຫຼາຍໃນການໃຊ້ຈ່າຍງົບປະມານດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດຖະບານລະຫວ່າງຂັ້ນສູນກາງ ແລະ ຂັ້ນແຂວງ[52].

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປົ່ນປົວ.(2005) ລະບຸວ່າພົນລະເມືອງທຸກຄົນບໍ່ວ່າຈະເປັນເພດໃດ, ອາຍຸເທົ່າໃດ, ຊົນເຜົ່າໃດ, ເຊື້ອຊາດໃດ, ສາສະໜາໃດຫຼືຢູ່ໃນສະພາບເສດຖະກິດ-ສັງຄົມໃດກໍ່ມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ການບໍລິການດ້ານການປົ່ນປົວ, ແລະ ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການສະໜອງການປົ່ນປົວທີ່ເປັນທຳ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ເງິນສົມທົບກໍ່ຍັງໄດ້ມີການເກັບຄ່າບໍລິການໃນສະຖານທີ່ບໍລິການທັງຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສົມທົບທີ່ຄົນມາຮັບໃຊ້ບໍລິການຈ່າຍເອງເປັນເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ດ້ານສາທາລະນະສຸກທັງໝົດ ໄດ້ຫຼຸດລົງຈາກ 62 ເປີເຊັນ ໃນປີ 2005 ມາເປັນ 42 ເປີເຊັນ ໃນປີ2010 ແລະມາເປັນ38 ເປີເຊັນໃນປີ 2012. ການຈ່າຍເງິນສົມທົບມີຜົນຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຄວາມສະໝີພາບ ແລະ ພາລະຂອງປະຊາຊົນໃນການປົ່ນປົວ. ການໂຕ້ຕອບຂອງລັດຖະບານ ທີ່ຈະເພີ່ມງົບປະມານດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ, ການຂະຫຍາຍລະບົບການຈ່າຍກ່ອນ, ແລະ ພັດທະນາກອງທຶນລວມດ້ານສາທາລະນະສຸກເພື່ອຮັບປະກັນວ່າປະຊາຊົນທີ່ທຸກຍາກ ທີ່ສ່ຽງສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອໃຫ້ບັນລຸຫຼັກປະກັນສຸຂະພາບທົ່ວໜ້າ[53].

ການສົນທະນາລະຫວ່າງການປະເມີນ FPSA ລະບຸວ່າ ປັດຈຸບັນງົບປະມານຂອງລັດຕົ້ນຕໍ ແມ່ນສຳລັບ ຕົ້ນ ທຶນການລົງທຶນໃນຂະນະທີ່ບັນດາກິດຈະກຳ ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນອີງໃສ່ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ພັດທະນາຂອງຕ່າງປະເທດ ແລະ ເງິນກູ້ຢືມ ແລະນຳໃຊ້ໂດຍເບື້ອງຕົ້ນ ແມ່ນສຳລັບການຝຶກອົບຮົມ, ການຕິດຕາມຊຸກຍູ້ ແລະການຈັດຊື້ຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ. ໃນມຸມມອງການເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍຄົນພາຍໃນ ແລະ ຄວາມຍືນຍົງ, ລັດຖະບານຈະຕ້ອງໄດ້ເພີ່ມ ແລະ ຮັກສາການລົງທຶນພາຍໃນໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ໃນປັດຈຸບັນ, ມີງົບປະມານພຽງເລກນ້ອຍສຳລັບການຈັດຊື້ຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ ແລະ ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ສິ່ງນີ້ໄດ້ເລັງເຫັນເຖິງການປ່ຽນແປງໂດຍມີທຶນທີ່ຈັດສັນທຶນ ໃຫ້ສຳລັບຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບ

[51] Akkhavong K, PaphassarangC, Phoxay C, VonglokhamM, Phommavong C, Pholsena S. (2014). ການທົບທວນລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ.ລະບົບສາທາລະນະສຸກໃນໄລຍະຂ້າມຜ່ານ.
[52] ທະນາຄານโลก (2012).ການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານໃສ່ດ້ານສາທາລະນະສຸກໃນສປປລາວ: ຫຼັກຖານອ້າງອີງແລະປະເດັນຕ່າງໆ. ວໍຊິງຕັນດີຊີ, ສະຫະລັດອາເມລິກາ.
[53] Akkhavong K, PaphassarangC, Phoxay C, VonglokhamM, Phommavong C, Pholsena S. (2014).ການທົບທວນລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ. ລະບົບສາທາລະນະສຸກໃນໄລຍະຂ້າມຜ່ານ.

ຈະເລີນພັນໃນບ້ອງງົບປະມານແຫ່ງຊາດ ແລະ ການຮ່ວມ ໃຫ້ທຶນກັບຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາ ທາລະນະສຸກ ກັບການສະໜອງທຶນຂອງລັດຄ່ອຍໆເພີ່ມ ຂຶ້ນທຽບກັບທຶນຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນ. ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ລັດຖະ ບານຈະສືບຕໍ່ຈັດຊື້ວັກຊີນກັນພະຍາດແລະຜະລິດຕະພັນ ຄຸມກຳເນີດຜ່ານບັນດາອົງການຂອງສະຫະປະຊາຊາດ.

ສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແບ່ງຕາມພະຍາດ ຊີ້ໃຫ້ເຫັນ ວ່າມີ 0.7 ເປີເຊັນ ຂອງງົບປະມານແມ່ນນຳໃຊ້ສຳລັບການ ຄຸ້ມ ຄອງການຄຸມກຳເນີດ, ເຊິ່ງແມ່ນ 1,126,953 ໃນປີ ງົບປະມານ 2010-2011 ແລະ 764,471.43 ໃນປີງົບ ປະມານ 2011-2012[54].

ການຄຸ້ມຄອງທະນາຄານໂລກ ແມ່ນສະເໜີເຄື່ອງມືການປ່ ອຍເງິນກູ້ແບບໃໝ່ແບບແຜນງານ ເພື່ອໜາກຜົນເພື່ອໂຕ້ ຕອບກັບຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການດ້ານຂອງ ການພັດທະນາທີ່ປ່ຽນແປງ ຈາກປະເທດທີ່ເປັນຜູ້ກູ້ຢືມ ລວມທັງ ສປປ ລາວ. ການຈ່າຍຈະຖືກກຳນົດໂດຍການ ອ້າງອີງໃສ່ຄວາມຄືບໜ້າໃນຕົວ ຊີ້ວັດຜົນຂອງການປະຕິບັດ ງານທີ່ຕິດຕາມໄດ້, ແທນທີ່ຈະແມ່ນອີງໃສ່ວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ໄດ້ເກີດແລ້ວຫຼືບໍ່. ທະນາຄານໂລກມີແຜນທີ່ຈະສະໜັບ ສະໜູນກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໃນດ້ານການວາງແຜນ ຄອບຄົວ ແລະ ໂພຊະນາການໃນຍຸດທະສາດໃໝ່ທີ່ຈະມາ ເຖິງສຳລັບການຮ່ວມມືກັບບັນດາປະເທດ. ຄະນະກຳມະ ການຜະລິດຕະພັນໂພນຊະນາການ ແລະ ການວາງແຜນ ຄອບຄົວໃນກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ເຊິ່ງໄດ້ການຊີ້ນຳ ແກ່ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພຊະນາການ ແລະ ການວາງແຜນ ຄອບຄົວ, ຈະຕິດຕາມສະຖານະພາບດ້ານໂພຊະນາການ ແລະການວາງແຜນຄອບຄົວແລະຈັດຕັ້ງການສ້າງແຜນວາດ ຜະລິດຕະພັນ. ຕົວຊີ້ວັດຜົນຂອງການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ-ຕົວ ຊີ້ວັດເຊື່ອມໂຍງກັບການເບີກຈ່າຍ (Disbursement Linked Indicator (DLI)) ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງແມ່ນ:% ຂອງແຂວງ ເປົ້າໝາຍມີຜະລິດຕະພັນການວາງແຜນຄອບ ຄົວ ແລະ ໂພຊະນາການຢູ່ໃນສາງສຳຮອງໄວ້ 2- ໄຕມາດ (ສິ່ງນີ້ຈະເປັນຜົນມາຈາກການສ້າງຕັ້ງຄະນະກຳມະການ). ຢູ່ຂັ້ນແຂວງ, DLI ໄດ້ລະບຸ: % ຂອງບ້ານໃນເຂດ2 ແລະ ເຂດ 3 ແມ່ນໄດ້ຮັບການບໍລິການເຊື່ອມສານແບບເຄື່ອນ ທີ່ 4 ເທື່ອຕໍ່ປີຈະລະບຸການສະໜອງການບໍລິການທີ່ສະເໜີ ພາບໃນເຂດທີ່ຫ່າງໄກສອກຫຼີກທີ່ສຸດ.

4.6 ຄວາມຕ້ອງການການວາງແຜນຄອບຄົວອີງຕາມຄວາມ ຕັ້ງໃຈຂອງຜູ້ມາຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງ

ການເຂົ້າເຖິງຢ່າງທົ່ວເຖິງ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນສ່ວນ ຫຼາຍແມ່ນໄດ້ຮັບອິດທິພົນຈາກ ພຶດຕິກຳໃນການຊອກຫາ ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ດ້ານການປິ່ນປົວເຊິ່ງສາມາດໄດ້ຮັບ ການປັບປຸງ ໂດຍການຊ່ວຍເຫຼືອການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບທີ່ ຫຼາກຫຼາຍ.

ຂໍ້ພົບເຫັນ ແລະ ການວິໃຈ

ການຄຸມກຳເນີດ

ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຄຸມກຳເນີດ

ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບ ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະໄໝໄດ້ ເພີ່ມຂຶ້ນ. ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບ ວິທີການຄຸມກຳເນີດຢ່າງໜ້ອຍ ໜຶ່ງວິທີແມ່ນຖືວ່າເກືອບເປັນທີ່ຮູ້ກັນທົ່ວໄປທັງແມ່ຍິງ ແລະຜູ້ຊາຍ, ໂດຍອີງຕາມສະຖານະພາບການແຕ່ງງານແລະ ປະສົບການທາງເພດສຳພັນ. ຫຼາຍກວ່າ 90 ເປີເຊັນ ຂອງ ແມ່ຍິງ ແລະ ຜູ້ຊາຍໄດ້ເຄີຍຍິນກ່ຽວກັບວິທີການຄຸມກຳ ເນີດແບບແບບທັນສະໄໝໃດໜຶ່ງ. ທັງແມ່ຍິງ ແລະ ຜູ້ຊາຍ ຄຸ້ນເຄີຍກັບ ວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ (94 ແລະ 95 ເປີເຊັນ, ຕາມລຳດັບ) ຫຼາຍກວ່າວິທີການຄຸມກຳ ເນີດແບບດັ້ງເດີມ (68 ແລະ 69 ເປີເຊັນ, ຕາມລຳດັບ). ແມ່ຍິງ ແລະ ຜູ້ຊາຍທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານແຕ່ມີເພດສຳພັນກໍ່ຮູ້ ກ່ຽວກັບວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝຕ່າງໆ ໃນ ອັດ ຕາສ່ວນທີ່ຄ້າຍຄືກັນກັບຜູ້ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ[55].

ການສຳຫຼວດຕົວຊີ້ວັດທາງສັງຄົມຂອງລາວ (LSIS) ຍັງ ໄດ້ລາຍງານວ່າແມ່ຍິງເກົ້າໃນສິບຄົນ ເຄີຍໄດ້ຍິນກ່ຽວກັບ ຢາຄຸມກຳເນີດແບບເມັດແລະແບບສັກ. ຜູ້ຊາຍຈຳນວນ ຫຼາຍກວ່າທີ່ລາຍງານວ່າ ມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຢາເມັດຄຸມກຳ ເນີດ (85 ເປີເຊັນ) ແລະຖົງຢາງອນາໄມຜູ້ຊາຍ (91 ເປີເຊັນ) ຕ່ຳຈາກນັ້ນ ກໍ່ແມ່ນວິທີການຄຸມກຳເນີດອື່ນໆ. ໃນບັນດາວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບຊົ່ວຄາວ ໄລຍະຍາວ, ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຮ່ວງອນາໄມ ແມ່ນຂ້ອນຂ້າງສູງ (72) ເປີເຊັນ ແລະ ສຳລັບຢາຄຸມກຳເນີດຊະນິດຝັງແມ່ນຕ່ຳ (44 ເປີເຊັນ) ໃນບັນດາແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ມັນຍັງມີຊ່ອງຫວ່າງ ລະຫວ່າງຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການ ຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະໄໝ, ເຊິ່ງແມ່ນ 94 ເປີເຊັນ ແລະການ ນຳໃຊ້ເຊິ່ງແມ່ນ 42 ເປີເຊັນ. ຊ່ອງຫວ່າງແມ່ນກວ້າງກວ່າສຳ

[54] ບັນຊີສາທາລະນະສຸກໃນສປປລາວ ຫຼັກຖານອ້າງອີງສຳລັບການສ້າງນະໂຍບາຍ, ບົດນຳສະເໜີ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ 30 ເມສາ 2015

ລັບການຄຸມກຳເນີດແບບຊົ່ວຄາວ ໄລຍະຍາວ (LARC) ເຊິ່ງວ່າການນຳໃຊ້ຮ່ວມອານາໄມແມ່ນ 1.6 ເປີເຊັນ ແລະ 0.1 ເປີເຊັນ ສຳລັບຢາຄຸມກຳເນີດແບບຝັງ, ເຊິ່ງຍັງບໍ່ທັນ ໄດ້ມີການນຳສະເໜີຂະແໜງການລັດ ຢ່າງກວ້າງຂວາງເທື່ອ[56]. ການສຳຫຼວດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ຂອງລາວ (2005) ລາຍງານວ່າ ເຫດຜົນທີ່ບໍ່ນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ ລວມມີ ຄວາມຕ້ອງການຢາກມີລູກເພີ່ມຕື່ມ, ຄວາມເປັນຫວ່າງ ສຸຂະພາບ, ຂາດຄວາມຮູ້, ຜົນບໍ່ອະນຸຍາດ, ແລະບັນຫາ ດ້ານການເຂົ້າເຖິງແລະ ດ້ານຄວາມສາມາດ ຈ່າຍຄ່າຄຸມກຳ ເນີດ[57], ເຊິ່ງຍັງຄົງເປັນແນວນັ້ນຢູ່ໃນເວລາດຳເນີນການວິໄ ຈນີ້. ຍັງຄົງມີຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ການຄຸມກຳເນີດ ແລະ BCC ທີ່ມີເປົ້າໝາຍໃສ່ຄູ່ຜົວເມຍເພື່ອປິດຊ່ອງຫວ່າງລະຫວ່າງ ພາກຄວາມຮູ້ ແລະການປະຕິບັດຕົວຈິງ.

ການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດໃນປັດຈຸບັນ

ຫ້າສິບເປີເຊັນ ຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວໃນປັດຈຸບັນນຳ ໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດໃນຂະນະທີ່ 42 ເປີເຊັນ ນຳໃຊ້ ວິທີການທີ່ທັນສະໄໝ. ວິທີການທີ່ເປັນທີ່ນິຍົມຫຼາຍກວ່າ ໝູ່ແມ່ນຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ເຊິ່ງນຳໃຊ້ໂດຍແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງ ງານແລ້ວ 2 ໃນຈຳນວນ 10 ຄົນ ແລະ ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ ແມ່ນວິທີທີ່ເປັນທີ່ນິຍົມຮອງລົງມາ, ເຊິ່ງມີ 14 ເປີເຊັນ ຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວນຳໃຊ້. ຫ້າເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງ ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວເຮັດໝັນ, ແລະວິທີການທີ່ທັນສະໄໝອື່ນໆ ແມ່ນມີການນຳໃຊ້ໜ້ອຍກວ່າ 2 ເປີເຊັນຂອງ ແມ່ຍິງແຕ່ງ ງານແລ້ວ. ຫ້າເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວລາຍງານ ວ່າໃຊ້ວິທີການເວັ້ນໄລຍະຫ່າງເວລາໄຂ່ສຸກ.

ໃນລະຫວ່າງການເຮັດວຽກພາກສະໜາມ ພວກເຮົາໄດ້ ສັງເກດເຫັນວ່າແມ່ຍິງສ່ວນຫຼາຍ ທີ່ມາສະຖານທີ່ບໍລິການ ແມ່ນຜູ້ຊົມໃຊ້ປັດຈຸບັນຜູ້ທີ່ມາຕໍ່ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ຫຼື ຢາ ສັກຄຸມກຳເນີດ. ເຖິງແມ່ນວ່າປະມານເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງແມ່ຍິງ ຈຳນວນນັ້ນມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 35 ປີ ແລ້ວມີລູກ 4-5 ຄົນ ແລ້ວ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການມີລູກອີກ, ແຕ່ວິທີການໄລຍະຍາວ ກໍ່ບໍ່ໄດ້ມີການສົນທະນາກັນ ໃນລະຫວ່າງຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ພົບກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ . ຜູ້ມາຮັບບໍລິການໄດ້ເວົ້າເຖິງຄວາມ ເປັນຫ່ວງເປັນໄຍ ກ່ຽວກັບຜົນຂ້າງຄຽງຂອງຮ່ວງອານາໄມ ເຊັ່ນ: ອາການເຈັບທ້ອງນ້ອຍ, ຢ້ານວ່າມັນຈະເຄື່ອນໄປຢູ່ ສ່ວນອື່ນຂອງຮ່າງກາຍ, ຄິດວ່າຈະບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກການ ຜະລິດກະສິກຳແລະເຮັດວຽກໜັກບໍ່ໄດ້. ການນອນຢູ່ຕຽງ ກວດໂດຍວັດທະນາທຳແລ້ວແມ່ນເປັນທີ່ຍອມຮັບບໍ່ໄດ້ສຳ ລັບບາງຄົນ. ເຂົ້າເຈົ້າພ້ອມທີ່ຈະ ລອງ ວິທີການຄຸມກຳ ເນີດແບບຝັງເພື່ອເບິ່ງວ່າມັນແທດເໝາະກັບຄວາມຈຳເປັນ ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ໃນຂະນະທີ່ຜູ້ສະໜອງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນ ກ່ຽວກັບຢາເມັດ ແລະຢາສັກຄຸມກຳເນີດ, ເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີ ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບ LARC. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລາຍງານວ່າສຳ ລັບແມ່ຍິງຊົນເຜົ່າຫຼາຍໆຄົນ, ການອະນຸຍາດຂອງຜົວແມ່ນ ຈຳເປັນສຳລັບການໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດ.

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດ

ໃນດ້ານການເຂົ້າເຖິງສື່ສຳລັບແມ່ຍິງອາຍຸ 15-49 ປີ, ຜົນ ຂອງການຄົ້ນຄວ້າ LSIS ລາຍງານວ່າມີ 13 ເປີເຊັນອ່ານ ໜັງສືພິມອາທິດລະເທື່ອ, ໜຶ່ງສ່ວນສາມແມ່ນຟັງວິທະຍຸ ອາທິດລະເທື່ອ ແລະ 75 ເປີເຊັນ ເບິ່ງໂທລະພາບຢ່າງໜ້ອຍ ອາທິດລະເທື່ອ. ພະນັກງານຈາກສູນຂໍ້ມູນຂ່າວສານການ ແພດ ແລະ ສຸຂະສຶກສາ (Centre of Information and Education for Health (CIEH)) ແລະພະນັກ ງານແຂວງ ແລະເມືອງ ລາຍງານວ່າຂໍ້ຄວາມກ່ຽວກັບສຸຂະ ພາບ ແລະ ກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດແມ່ນເຜີຍແຜ່ທາງວິ ທະຍຸເປັນພາສາລາວ, ຄະມຸ ແລະ ມົ້ງທາງລາຍການວິທະ ຍຸແຫ່ງຊາດຫຼືວິທະຍຸທ້ອງຖິ່ນ. ບົດໂທລະພາບກ່ຽວກັບ ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນໄດ້ອອກເຜີຍແຜ່ໃນຂອບ ເຂດ ຈຳກັດຍ້ອນບັນຫາຄ່າໃຊ້ຈ່ຍ. ພະນັກງານແຂວງ ແລະ ພະນັກງານເມືອງນຳໃຊ້ລະບົບທີ່ມີຢູ່ຂອງລັດໃນລະ ຫວ່າງການລົງຢ້ຽມຢາມບ້ານ, ທັງເພື່ອລະດົມ ແລະ ໃຫ້ ຄວາມຮູ້ຊາວບ້ານ.

ຂະແໜງການພາກລັດ ແມ່ນແຫຼ່ງຕົ້ນຕໍ ສຳລັບຂໍ້ມູນ (ແລະສະໜອງ) ກ່ຽວກັບວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະ ໄໝ. ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ແລະຜູ້ມາຮັບບໍລິການກ່າວວ່າແມ່ ຍິງຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບ ບັນດາວິທີການເຊິ່ງຕົ້ນຕໍແມ່ນຈາກ ໝູ່ເພື່ອ ແລະພະນັກງານສາທາ ແລະຢູ່ໃນເຂດຕົວເມືອງ, ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແມ່ນສູງ. ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບສຸ ຂະພາບແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ຍິງ (ເຊິ່ງຕ່ຳທີ່ສຸດຢູ່ພາກໃຕ້) ແລະປະເພນີດ້ານບົດບາດຍິງຊາຍ ແລະກົນໄກດ້ານອຳນາດໃນເຂດຊົນນະບົດ. ຄວາມຮູ້ຫນັງ ສືໃນບັນດາຈຳນວນຊາວໜຸ່ມ(15-24 ປີ) ແມ່ນ 69 ເປີ ເຊັນຂອງຍິງໜຸ່ມ ແລະ77 ເປີເຊັນ ຂອງຊາຍໜຸ່ມ. ຍິ່ງໜຸ່ມ ແລະຊາຍໜຸ່ມໃນເຂດພາກກາງແມ່ນ ມີອັດຕາຮູ້ຫນັງສືສູງ

[55] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, ອົງການUNFPA ແລະ ອົງການ UNCIEF (2012).ການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.
[56] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, ອົງການUNFPA ແລະ ອົງການ UNCIEF (2012).ການສຳຫຼວດດັດຊະນີໝາຍສັງຄົມ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.
[57] ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ ແລະ ອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນປະຊາກອນ (2005) ການສຳຫຼວດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລາວ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ

ກວ່າໝູ່ມເຊິ່ງໃນຂະນະທີ່ຕ່ຳສຸດ ແມ່ນຢູ່ພາກໃຕ້ [58].ລະດັບການສຶກສາຕ່ຳ ແມ່ນໜຶ່ງໃນປັດໄຈທີ່ພາໃຫ້ປະຊາຊົນໃນເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ, ເຂດຊົນນະບົດ ແລະກຸ່ມຊົນເຜົ່າມີທັດສະນະທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ກ່ຽວກັບວິທີການ ແລະ ຜົນຂ້າງຄຽງ. ປະກອນຜູ້ມີ ຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ຄວາມສ່ຽງ, ຊາວໜຸ່ມ ແລະ ຜູ້ອົບພະຍົກມາຢູ່ໃນຕົວເມືອງ, ປະເຊີນກັບອຸປະສັກ ທາງສັງຄົມເຊັ່ນ: ຢ້ານວ່າພະນັກງານຜູ້ປິ່ນປົວຈະບໍ່ພໍໃຈ, ລັງກຽດຫຼືການຕີລາຄາໃນເວລາເຂົ້າໄປຂໍຂໍ້ມູນ ແລະ ຮັບບໍລິການແລະຮູ້ສຶກອາຍວ່າຜູ້ອື່ນອາດຮູ້ກ່ຽວກັບການໄປຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ມີການຂາດແຄນເຄື່ອງມືການສື່ສານຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງ ແລະ ສຸກຢາລາທີ່ລົງໄປຢ້ຽມຢາມ. ມີພຽງສະຖານທີ່ບໍລິການພຽງບາງແຫ່ງທີ່ມີເຄື່ອງມືການຕັດສິນໃຈສຳລັບຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການວາງແຜນຄອບຄົວ(DMT), ແຕ່ມັນບໍ່ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ ໃນລະຫວ່າງການພົບປະລະຫວ່າງຜມາຮັບບໍລິການແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ບໍ່ມີໃບປິວຫຼືແຜ່ນພັບກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ຫຼືບັນຫາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນອື່ນໆ ແລະມີພຽງໂປສະເຕີແຜ່ນດຽວທີ່ເຫັນຕິດຢູ່ສຸກສາລາໜຶ່ງແຫ່ງ. ຜູ້ສະໜອງບອກວ່ານັ້ນແມ່ນເຄື່ອງມືຂອງສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ/ການວາງແຜນຄອບຄົວ ຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຊຸດດຽວນີ້, ເຊິ່ງໄດ້ນຳໃຊ້ລະຫວ່າງ ການໃຫ້ບໍລິການແບບເຄື່ອນທີ່ຢູ່ບ້ານ. ໃນສະຖານທີ່ບໍລິການບາງແຫ່ງ, ພະນັກງານສາທາໄດ້ປັບປຸງເຄື່ອງມືການສື່ສານ ການໃຫ້ຂໍ້ມູນການສຶກສາເອງດແຕ່ວ່າຕິດວິທີການຄຸມກຳເນີດຕ່າງໆໃສ່ກະດານຂ່າວ. ຜູ້ສະໜອງໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມກ່ຽວກັບ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ໂດຍການນຳໃຊ້ເຄື່ອງມືຊ່ວຍຕັດສິນໃຈ (DMT) ແຕ່ສ່ວນຫຼາຍ ພົບສິ່ງທ້າທາຍໃນການສື່ສານກັບແມ່ຍິງເຊິ່ງເປັນການນຳສະເໜີທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຈາະຈົງສະເພາະສະຕາມຖານະພາບພາບໃນລາວ. 26% ຂອງຜູ້ຊົມໃຊ້ປັດຈຸບັນລາຍງານວ່າ ຂະເຈົ້າຄຸມກຳເນີດແມ່ນສ່ວນຫຼາຍໄດ້ຢາຈາກພາກສ່ວນເອກະຊົນ. ເພຊັດສະກອນ ແລະຜູ້ເຝົ້າຮ້ານຂາຍຢາ ທີ່ໃຫ້ສຳພາດໃນລະຫວ່າງການວິໄຈສະພາບ ໄດ້ລະບຸວ່າ ເຂົາເຈົ້າຂາຍຢາຄຸມກຳເນີດແບບເມັດ ຫຼືແບບສັກຢາສັກ ແລະໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນເລັກນ້ອຍແກ່ລູກ ຄ້າເຂົາເຈົ້າກ່ຽວກັບວິທີນຳໃຊ້,ຜົນຂ້າງຄຽງ, ການນຳໃຊ້ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ແລະອື່ນໆ ແຕ່ເຊື່ອວ່າບັນດາແມ່ຍິງໄດ້ຮຽນຮູ້ຈາກໝູ່ເພື່ອນຂອງເຂົາເຈົ້າແລ້ວ.

ນະໂຍບາຍແລະແຜນງານ

ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ໄດ້ຮ່າງດຳລັດສຳລັບນະໂຍບາຍການສື່ສານດ້ານສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດ ໃນປີ 2012. ໃນບັນດາ 15 ຂໍ້, ມີຂໍ້ຫຼັກໆດັ່ງນີ້:

- ເສີມສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ເຄືອຂ່າຍການສື່ສານດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງອຳນາດການປົກຄອງແຕ່ລະຂັ້ນ
- ເພີ່ມທະວີການປະສານງານແລະການຮ່ວມມືພາຍໃນແລະສາກົນ
- ພັດທະນາຊັບພະຍາກອນມະນຸດ
- ສົ່ງເສີມການພັດທະນາແລະແຈກຢາຍເຄື່ອງມືການໃຫ້ຂໍ້ມູນການສຶກສາ,ການສື່ສານ (IEC) ແລະການນຳໃຊ້ສື່ໃນດ້ານສາທາລະນະສຸກ

ສູນຂໍ້ມູນຂ່າວສານການແພດແລະສຸຂະສຶກສາ (CIEH) ແມ່ນເປັນອົງຈັດຕັ້ງນຳພາ ໃນການຈັດຕັ້ງແຜນງານການສື່ສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໃນການປະສານງານ ກັບບັນດາກະຊວງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ, ອົງການຈັດຕັ້ງມະຫາຊົນ ແລະອົງການ NGO ໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຍຸດທະສາດການສື່ສານ, ການປະສານງານແລະດ້ານວິຊາການຂອງການປະສານງານ. CIEH ໄດ້ມີມອບໝາຍໜ້າທີ່ໃຫ້ລະດົມຊັບພະຍາກອນ, ແລະ ປະສານງານການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການສື່ສານຂອງອົງການຈັດຕັ້ງຕ່າງໆ ທີ່ເຮັດວຽກ ໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (ແລະການວາງ ແຜນຄອບຄົວ) ເພື່ອສ້າງຄວາມເປັນເອກະພາບ, ຫຼີກລ້ຽງການຊ້ຳຊ້ອນ ແລະ ສ້າງການປະສານງານຮ່ວມກັນໃນວຽກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຍຸດທະສາດການສື່ສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໂດຍມີຈຸດສຸມໃສ່ການປ່ຽນແປງດ້ານສັງຄົມ ແລະດ້ານພຶດຕິກຳໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນ ອີງຕາມນະໂຍບາຍ ແລະ CIEH ແລະຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກິດຈະກຳ IEC/BCC ສຳລັບວຽກງານດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນຍັງຢູ່ໃນໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນ. ໃນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ໜັງສືການຕູນ/ກາຕູນໃນການປ້ອງກັນHIV, ໃບປິວ, ແຜ່ນພັບ ແລະໂປສະເຕີໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະການຄຸມກຳເນີດແບບຝັງ,ໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນ ໃນໄລຍະສອງສາມປີຜ່ານມາ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການຈັດທຳ ແລະແຈກຢາຍແມ່ນມີຈຳກັດເຊິ່ງ

[58] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດລາວ, ອົງການUNFPA ແລະອົງການ UNCIEF (2012).ການສຳຫຼວດຕົວຊີ້ວັດສັງຄົມລາວ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

ຢູ່ແຕ່ບັນດາແຂວງ ແລະ ເມືອງທີ່ມີຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາສະໜັບສະໜູນ. ອຳນາດການປົກຄອງແຂວງລາຍງານວ່າ ເຂົາເຈົ້າພັດທະນາເຄື່ອງມື IEC ຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ, ໝາຍເຖິງເຈ້ຍໃຫຍ່ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ (MNH), ໂພຊະນາການແລະການວາງແຜນຄອບຄົວ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນແຜ່ນພິກຈາກແຂວງໜຶ່ງແມ່ນຈຳກັດຢູ່ເຈ້ຍແຜ່ນດຽວ ແລະພາບວາດຕ່າງໆກໍ່ບໍ່ໄດ້ອອກແບບມາດີປານໃດ.

ພະນັກງານຢູ່ໂຮງໝໍແຂວງ ແລະ ໂຮງໝໍເມືອງແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ວ່າການສື່ສານປະຊາສຳພັນ ຈຳເປັນຕ້ອງມີເວລາຈັດສັນໃຫ້ ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມມາແລ້ວ ແລະ ຍ້ອນວ່າມີຈຳນວນລູກຄ້າຫຼາຍ, ຈຶ່ງບໍ່ມີເວລາພຽງພໍ ທີ່ຈະມີການສົນທະນາກັບຜູ້ມາຮັບບໍລິການ, ແລະ ເຂົາ ເຈົ້າກໍ່ມັກຈະເອົາແຕ່ວິທີການທີ່ຂໍມາເທົ່ານັ້ນ ໃຫ້ພະນັກງານເມືອງ ແລະພະນັກງານສຸກສາລາ ໄດ້ຈັດກິດຈະກຳລົງບ້ານເພື່ອໃຫ້ເຄື່ອນທີ່ແບບເຊື່ອມສານ, ເຊິ່ງມີຕາຕະລາງລົງເຄື່ອນໄຫວທຸກໆສາມເດືອນ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ບໍ່ແມ່ນທຸກກິດຈະກຳ ທີ່ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຕາມທີ່ວາງແຜນໄວ້ຍ້ອນວ່າມີຈຳນວນພະນັກງານ ແລະ ງົບປະມານຈຳກັດ. ຜູ້ບໍລິຫານດ້ານສາທາລະນະສຸກລະບຸໄວ້ວ່າ ເພື່ອໃຫ້ມີກິດຈະກຳລົງບ້ານ ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ແບບເຊື່ອມສານທີ່ມີປະສິດທິຜົນ ເຊິ່ງມີຊົນເຜົ່າອາໄສຢູ່, ມັນມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກ ກໍ່ຄວນ ເປັນຊົນເຜົ່າດຽວກັນ. ເຊິ່ງມີຕົວຢ່າງຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ກວມເອົາຂອງການສັກຢາກັນພະຍາດໄດ້ຫຼາຍຂຶ້ນໄດ້ ພາຍຫຼັງທີ່ທ່ານໝໍທີ່ເປັນຊົນເຜົ່າມົ້ງ ເຂົ້າມາເຮັດວຽກຢູ່ສຸກສາລາ ແລະ ອາສາສະມັກສາທາບ້ານ ທີ່ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າໄດ້ຊ່ວຍເຮັດໃຫ້ການຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບປະຊາຊົນຜູ້ດ້ອຍໂອກາດ

ສ່ວນຫຼວງຫຼາຍ, ຍຸດທະສາດ ແລະມາດຕະການສ້າງຄວາມຕ້ອງການແມ່ນເລັ່ງເປົ້າໝາຍໃສ່ຄູ່ແຕ່ງງານແລ້ວ, ແລະປົກກະຕິແລ້ວເລັ່ງໃສ່ຜູ້ເປັນພັນລະຍາເທົ່ານັ້ນ. ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດ ແລະຄຳອະທິບາຍຕ່າງໆໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າຊົນເຜົ່າທີ່ດຳລົງຊີວິດຢູ່ເຂດພູດອຍ, ຫ່າງໄກສອກຫຼີກ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ ແມ່ນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຫຼາຍທີ່ສຸດ. ບາງການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນສະເພາະສຳລັບປະຊາຊົນຜູ້ດ້ອຍໂອກາດໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ລຸ່ມນີ້.

ການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບປະຊາຊົນຊາວຊົນນະບົດ

ກິດຈະກຳ IEC ທີ່ມີຈຸດສຸມໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນໃນແຂວງໂຄງການ, ໝາຍເຖິງຂະຫຍາຍການເຂົ້າເຖິງການວາງແຜນຄອບຄົວຜ່ານການບໍລິການຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ ແລະທີ່ເໝາະສົມດ້ານວັດທະນາທຳ. ການແຈກຢາຍຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ (CBD) ແມ່ນຍຸດທະສາດ ທີ່ອີງໃສ່ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນວິຊາການທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມມາ/ຫຼື ພະນັກງານສາທາທີ່ບຳນານແລ້ວຂອງຊຸມຊົນ ເພື່ອມາເປັນຜູ້ສະໜອງການໃຫ້ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກໂດຍກົງ ໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຜູ້ອື່ນໆຂອງຊຸມຊົນ[59]. ຕົວແທນ CBD ຈະໄປຫາແຕ່ລະຄົວເຮືອນໃນບ້ານຂອງເຂົາເຈົ້າເພື່ອສົນທະນາ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ການບໍລິການກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ. ເຖິງແມ່ນວ່າມີໝາກຜົນທີ່ມີແນວໂນ້ມດີ, ໝາຍເຖິງມີການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນ, ການເຂົ້າເຖິງການສັກຢາຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການໄປຝາກທ້ອງ; ບັນດາກິດຈະກຳກໍ່ໄດ້ຢຸດລົງເປັນສ່ວນຫຼາຍໃນບັນດາບ້ານ ພາຍຫຼັງທີ່ການສະໜັບສະໜູນຂອງອົງການ UNFPA ໄດ້ຖອນອອກຈາກແຂວງສາລະວັນ, ເຊກອງແລະອັດຕະປື (ເບິ່ງພາກທີ4.7). ຕົວແທນ CBD ປະຈຸບັນແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຢູ່ 4 ແຂວງຄື: ສະຫວັນນະເຂດ (ພາກໃຕ້/ພາກກາງ), ແລະຜົ້ງສາລີ, ຫຼວງນ້ຳທາ ແລະອຸດົມໄຊໃນພາກເໜືອຂອງລາວ ໂດຍອົງການ UNFPA.

ໂຄງການທີ່ກຳລັງດຳເນີນຢູ່ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ 4 ເມືອງ ໃນແຂວງສະຫວັນນະເຂດ, ເຊິ່ງພະຍາຍາມແກ້ໄຂປັດໄຈດ້ານວັດທະນາທຳ-ສັງຄົມໃນບັນດາກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ແມ່ນເລັ່ງໃສ່ໂດຍກົງ ໃສ່ອຳນາດການປົກຄອງບ້ານຜູ້ທີ່ມີອຳນາດໃນການພິຈາລະນາ ຕໍ່ການຕັດສິນໃຈດ້ານສຸຂະພາບ. ອຳນາດການປົກຄອງບ້ານ, ຂອງກຸ່ມບ້ານ ແລະເມືອງໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສາມາດສົນທະນາກັບຊາວໜຸ່ມຜູ້ທີ່ກຳລັງຈະແຕ່ງງານ, ເພື່ອໃຫ້ມີຄວາມເຂົ້າໃຈແຈ້ງຂຶ້ນກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງຂອງການຖືພາ ໃນຕອນເປັນໄວໜຸ່ມ ແລະ ຊຸກຍູ້ໃຫ້ເຂົາເຈົ້າໄດ້ມີການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເລັ່ງໃສ່ຊາວໜຸ່ມ

ສູນສຸຂະພາບ ແລະ ການພັດທະນາໄວຫນຸ່ມຂອງສະຫະພັນແມ່ຍິງຂອງນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ (VHCYD), ແຜນງານທີ່ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ໂດຍສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ

[59] ບົດລາຍງານສຳລັບການປະເມີນຜົນຂອງສອງແຜນງານຂອງອົງການສະຫະປະຊາຊາດກອງທຶນປະຊາກອນໃນສປປລາວ: ການແຈກຢາຍຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ(CBD) ແລະບຸກຄົນ, ຄອບຄົວແລະຊຸມຊົນ(IFC) ຮ່າງສະບັບສຸດທ້າຍ0.3 15 ມັງກອນ 2014

ໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນ ໂດຍການສະໜັບສະໜູນຈາກ RHIYA ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຈຳເປັນຂອງບັນດາຊາວໜຸ່ມ ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະຮັບຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບດ້ານສະຂຸພາບທາງເພດ ແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໄດ້ງ່າຍລວມທັງການບໍລິການປິ່ນປົວ. ສູນໄດ້ສະໜອງການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ສະເພາະສຳລັບເພດຍິງຫຼືຊາຍ, ໂທລະສັບສາຍດ່ວນ, ແລະກິດຈະກຳໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ສຳລັບຊາວໜຸ່ມ. ເຄືອຂ່າຍການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະສົ່ງຕໍ່ຄົນເຈັບທີ່ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ (RCN) ຂອງຜູ້ສະໜອງການບໍລິການ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໃນນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສຳລັບກຸ່ມສ່ຽງໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນ ແລະສະມາຊິກຂອງ CHAS/RCN ໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນດ້ານວິຊາການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສະໜອງການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ, ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ. ນອກນັ້ນ, ພະນັກງານຂອງສູນໄວໜຸ່ມ ຍັງຈັດຕັ້ງການລົງໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ເລັ່ງເປົ້າໝາຍ ໃສ່ກຳມະກອນໂຮງງານ ທີ່ອົບພະຍົກເຂົ້າມາຢູ່ໃນນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ. ມີເບີໂທລະສັບທີ່ໂທຟຣີບໍ່ເສຍຄ່າໂທສອງເບີ-ເບີໜຶ່ງສຳລັບເດັກຍິງ ແລະ ອີກເບີໜຶ່ງສຳລັບເດັກຊາຍເຊິ່ງຕອບຮັບປະມານ 3,000 ສາຍຕໍ່ເດືອນ, ໃນປີ 2014, ໄດ້ມີ43,000 ສາຍ. ຖົງຢາງອນາໄມ, ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດແບບປະສົມ, ການຄຸມກຳເນີດແບບສຸກເສີນ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດແບບຝັງແມ່ນໄດ້ສະໜອງຢູ່ຄລີນິກ ແລະໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ບໍລິການແບບເຄື່ອນທີ່ຢູ່ໂຮງງານ.

ໃນຂະນະທີ່ສຸດໄດ້ລະດົມຊັບພະຍາກອນ ເພື່ອຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ເຊື່ອມສານ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ, ຄວາມຖີ່ຂອງກິດຈະກຳການລົງໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ເຊື່ອມສານກໍ່ຂຶ້ນກັບລະດັບການສະໜອງທຶນ. ໃນເຄິ່ງປີຫຼັງ ຂອງປີ 2014, ໄດ້ດຳເນີນກິດຈະກຳການລົງໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່ເຊື່ອມສານ 165 ຄັ້ງ ແລະ ມີຊາວໜຸ່ມ 8,000 ຄົນເຂົ້າຮ່ວມ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ການກວມເອົາກໍ່ຍັງຈຳກັດຢູ່ແຕ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ໂດຍມີຈຸດສຸມໃສ່ກຳມະກອນທີ່ຢູ່ຫໍພັກຢູ່ໂຮງງານຂະໜາດກາງ ແລະໃຫຍ່. ຕົ້ນຕໍແລ້ວແມ່ນຊາວໜຸ່ມ ໃນເຂດຕົວເມືອງທີ່ເຂົ້າເຖິງໂທລະສັບສາຍດ່ວນ ແລະປີກາຍນີ້ມີ 43,000 ສາຍ. ມີສາມເຄື່ອງມື ຕົ້ນຕໍຂອງການດຳເນີນງານຂອງ VYCHD, ສາຍດ່ວນ, ຄລີນິກ ແລະການລົງໃຫ້ບໍລິການເຄື່ອນທີ່, ໄດ້ຮັບການປະເມີນ[60] ແລະ ເປັນທີ່ເຊື່ອແນ່ວ່າປະສົບຜົນສຳເລັດໃນການນຳເອົາຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະການບໍລິການກ່ຽວກັບ SRH ໄປຮອດໄປເຖິງຊາວໜຸ່ມໃນວຽງຈັນ.

ການບໍລິການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແກ່ຊາວໜຸ່ມຂອງເມືອງ ໄກສອນ, ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ ໄດ້ນຳແບບຢ່າງຂອງສູນໄວໜຸ່ມວຽງຈັນ ແລະ ພະນັກງານສາທາເມືອງໄດ້ລົງຢ້ຽມຢາມບັນດາໂຮງງານ, ບ້ານ, ວິທະຍາໄລ ແລະສະຖານບັນເທີງຕ່າງໆເພື່ອສົ່ງເສີມການບໍລິການ.ສະຖາບັນສ້າງຄູແຂວງສະຫວັນນະເຂດ ໄດ້ສະໜອງການບໍລິການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ຖົງຢາງອນາໄມແກ່ນັກສຶກສາ. ການຝຶກອົບຮົມອາສາສະມັກເພື່ອນຊ່ວຍເພື່ອນ ໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສາມາດເຂົ້າຮ່ວມກັບໝູ່ເພື່ອນໄດ້ ໃນເລື່ອງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (SRH) ແລະ ຊຸກຍູ້ເຂົາເຈົ້າໃຫ້ຊອກຫາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ການບໍລິການຢູ່ວິທະຍາໄລຖ້າເຂົາເຈົ້າຈຳເປັນ.

ໃນເມື່ອວ່າເກືອບ 60 ເປີເຊັນຂອງພົນລະເມືອງມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 25 ປີ ແລະຫຼາຍກວ່າ 30 ເປີເຊັນ ຂອງປະຊາກອນແມ່ນມີອາຍຸລະຫວ່າງ 10 ຫາ 24 ປີ, ຊາວໜຸ່ມປະກອບເປັນອັດຕາສ່ວນຫຼາຍຂອງປະຊາກອນງຽນ ສປປ ລາວ. ເຖິງແມ່ນວ່າການຖືພາໃນກຸ່ມໄວໜຸ່ມ ແລະພຶດຕິກຳການມີເພດສຳພັນແບບສ່ຽງໄພຍັງມີຫຼາຍຢູ່, ຄວາມຮູ້ຂອງໄວໜຸ່ມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດແມ່ນຍັງຈຳກັດ[61]. ການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະການບໍລິການກ່ຽວກັບ SRH ສຳລັບຊາວໜຸ່ມໃນວຽງຈັນ ແລະສະຫວັນນະເຂດແມ່ນມີແນວโน้มดี, ແລະໄດ້ຮັບການທົບທວນເພື່ອຈະຂະຫຍາຍອອກແລະຍືນຍົງ.

ວິທີການອື່ນໆເພື່ອສ້າງຄວາມຕ້ອງການ

ຄວາມຮູ້ຂອງແມ່ຍິງ ກ່ຽວກັບວິທີການການວາງແຜນຄອບຄົວແບບຊົ່ວຄາວໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ:ຮ່ວງອນາໄມ (IUDs) ແລະ ການຄຸມກຳເນີດແບບຝັງແມ່ນຕ່ຳກວ່າເມື່ອ ທຽບກັບວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວອື່ນໆ ແລະ ມີທາງສຽງ, ຕຳນານ ແລະການຮັບຮູ້ທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບ ການນຳໃຊ້ຮ່ວງອນາໄມ. ເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາເຫຼົ່ານີ້, ອົງການສາກົນບໍລິການປະຊາຊົນ (PSI) ໄດ້ນຳສະເໜີກ່ຽວກັບການສື່ສານປະຊາສຳພັນທີ່ມີເປົ້າໝາຍ (IPC) ເພື່ອແກ້ໄຂການຮັບຮູ້ທີ່ບໍ່ຖືກ

[60] ສູນກາງສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສູນໄວໜຸ່ມວຽງຈັນເພື່ອສຸຂະພາບແລະການພັດທະນາ - ການປະເມີນຜົນມີນາ 17 ເມສາ 22, 2011 - ບົດລາຍງານການປະເມີນຜົນ ການປະເມີນຜົນໄດ້ຮັບດ້ານການພັດທະນາທີ່ສະໜັບສະໜຸນໂດຍອົງການ UNFPA CP4 ສຳລັບສປປລາວ: ບົດລາຍງານແລະຂໍ້ສະເໜີແນະຕ່າງໆ. Seetharam, K. S Sedlak Philip ແລະ Pirie, Antoinette - 2011

[61] ພະແນກສາທາລະນະສຸກນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ (PCCA), ສະຖາບັນເບີເນັດ (Burnet Institute) ແລະອົງການ UNFPA - ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳທາງເພດຂອງແມ່ຍິງໜຸ່ມ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປລາວ (2008)

ຕ້ອງ ແລະ ເປີດເຜີຍຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ອຸປະສັກຂອງ ແມ່ຍິງໃນການນຳໃຊ້LARC ໃນແຂວງວຽງຈັນ, ຈຳປາສັກ, ເຊກອງ ແລະນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ. ເຊິ່ງໄດ້ນຳສະເໜີຢູ່ ແຂວງຫຼວງພະບາງ, ບໍລິຄຳໄຊ, ຄຳມ່ວນ, ສາລະວັນ ແລະ ອັດຕະປື, ເຊິ່ງໃນນັ້ນຈຸດສຸມແມ່ນຂັ້ນແຂວງ.

ຕົວແທນຂອງ IPC ມີເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຮັດວຽກ ແລະເຂົ້າ ຫາບັນດາແມ່ຍິງ ດ້ວຍການລົງຢ້ຽມຢາມແຕ່ລະເຮືອນແລະ ຈັດກອງປະຊຸມ ກັບບັນດາຄົວເຮືອນເພື່ອໃຫ້ຄວາມຮູ້ແກ່ ເຂົາເຈົ້າກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດ ແລະ LARC. ການລົງ ຕິດຕາມຊຸກຍູ້ຊ່ວຍໃຫ້ບັນດາຕົວແທນ IPC ເຂົ້າໃຈໄລ ຍະຕ່າງໆ ຂອງການປ່ຽນແປງຂອງຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ແລະ ວິທີຕອບສະໜອງຄວາມຈຳເປັນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຕົວແທນ ເຫຼົ່ານີ້ ໄດ້ສົ່ງຕໍ່ບັນດາຜູ້ມາຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໄປຍັງສະຖານ ທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອຮັບຄຳປຶກສາ ແລະ ການບໍລິການຕໍ່ໄປ. ໃນອີກໂຄງການໜຶ່ງ, ແມ່ນໃຫ້ແມ່ຍິງ ຜູ້ທີ່ເຄີຍນຳໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດໄລຍະຍາວເຊີນໄປແລກ ປ່ຽນປະສົບການຂອງເຂົາເຈົ້າ ກັບຜູ້ທີ່ຈະໃຊ້ໂດຍ ຜ່ານການ ສື່ສານແບບ ເພື່ອນ-ກັບ-ເພື່ອນ. ບັນດາກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ ໄດ້ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ ຄຽງຄູ່ກັບການປັບປຸງທັກສະຂອງຜູ້ສະໜອງ ຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກເຊິ່ງນຳໄປສູ່ການ ເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຈຳນວນຜູ້ໃຊ້ຮ່ວງອານາໄມເຖິງ4 ທົບ.

ສິ່ງທ້າທາຍໃນການຈັດຕັ້ງແຜນງານIEC/BCC

ສິ່ງທ້າທາຍໃນການຈັດຕັ້ງແຜນງານ IEC/BCC ແມ່ນສັງ ລວມໄວ້ລຸ່ມນີ້:

ການປະສານງານຜ່ານຂະແໜງການ

ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການລະດົມຂົນຂວາຍ, ການຊ່ວຍ ເຫຼືອດ້ານ IEC ແລະ BCC ປະກອບມີການປະສານງານ ຜ່ານຫຼາກຫຼາຍຂະແໜງການ, ລວມທັງຫຼາຍກະຊວງ ແລະ ຫຼາກຫຼາຍອົງການຈັດຕັ້ງມະຫາຊົນເພີ່ມອີກຕື່ມນອກຈາກ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາຫຼາຍຝ່າຍ, ສອງຝ່າຍແລະອົງການພັດທະ ນາທີ່ຂຶ້ນກັບລັດຖະບານ(NGO).

ຄວາມຫຼາກຫຼາຍດ້ານສັງຄົມແລະວັດທະນາທຳ

ແມ່ຍິງໃນເຂດຊົນນະບົດ ມີອຳນາດທີ່ຈຳກັດ ຫຼືບໍ່ມີອຳນາດ ໃນການຕັດສິນໃຈວ່າເມື່ອໃດຈະມີລູກ ແລະຈະມີລູກຫຼາຍ ປານໃດຫຼືເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າຈະໃຊ້ການວາງແຜນຄອບຄົວ ຫຼືບໍ່. ການບໍ່ເຫັນດີຂອງຜົວແມ່ນຢູ່ໃນອັນດັບສາມໃນບັນ ດາເຫດຜົນຕ່າງໆ ຂອງການທີ່ບໍ່ໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດເຊິ່ງນີ້ ແມ່ນໜຶ່ງໃນສິບຂອງຜູ້ທີ່ບໍ່ໃຊ້ (9.7 ເປີເຊັນ)[62], ເຊິ່ງສິ່ງຜົນ ກະທົບໃນທາງລົບຕໍ່ການຕັດສິນໃຈຂອງແມ່ຍິງ. ດັ່ງນັ້ນ, ປະເພດກິດຈະກຳການສື່ສານ ເພື່ອການສ້າງໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຮູ້ ແລະ ຕື່ນຕົວເຊິ່ງເຄີຍເປັນປະເພນີໃນເມື່ອກ່ອນບໍ່ຂ້ອນຂ້າງ ວ່າຈະມີຜົນກະທົບຫຍັງຕໍ່ການເພີ່ມຂຶ້ນ ຂອງອັດຕາການ ມີການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ. ໃນຂະນະທີ່ນີ້ອາດເປັນປະ ໂຫຍດສຳລັບແມ່ຍິງ ໃນການມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການ ຄຸມກຳເນີດ, ແມ່ຍິງອາດບໍ່ສາມາດຜັນປ່ຽນຂໍ້ມູນນີ້ໄປເປັ ນພຶດຕິກຳໃໝ່ຍ້ອນວ່າ ມີຜູ້ມີອິດທິພົນຫຼາຍຄົນພາຍໃນ ຄອບຄົວ ແລະຊຸມຊົນ. ວິທີການສື່ສານເພື່ອປ່ຽນແປງພຶດຕິ ກຳຄວນຈະສຸມໃສ່ ບໍ່ພຽງແຕ່ການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳຂອງ ແມ່ຍິງ ແຕ່ຍັງຕ້ອງປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳຂອງສະມາຊິກຄອບ ຄົວທີ່ໃກ້ຊິດ ເຊັ່ນດຽວກັນກັບຂອງຜູ້ມີອິດທິພົນໃນຊຸມ ຊົນເພື່ອສ້າງສະພາບແວດລ້ອມ ທີ່ສະໜັບສະໜູນສຳລັບ ໃຫ້ແມ່ຍິງໄດ້ມີການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ການກວມເອົາທີ່ຈຳກັດຂອງປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ

ການເຂົ້າເຖິງປະຊາຊົນທີ່ເປັນເປົ້າໝາຍ ແມ່ນຈຳກັດຍ້ອນ ຂາດຊັບພະຍາກອນ (ຊັບພະຍາກອນມະນຸດ, ເຄື່ອງມື, ການເງິນ) ສຳລັບກິດຈະກຳປຸກລະດົມ, IEC ແລະ BCC ຢູ່ທຸກຂັ້ນ-ຂັ້ນແຂວງ, ຂັ້ນເມືອງແລະຂັ້ນຊຸມຊົນ. ບັນດາ ຍຸດທະສາດ ສຳລັບການລະດົມແບບມີສ່ວນຮ່ວມ ແລະ ການລະດົມເພື່ອສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງດ້ານອຳນາດ, ການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ IEC ແລະ BCC ຍັງຢູ່ໄລຍະກຳລັງພັດ ທະນາ ແລະການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດສ່ວນຫຼາຍຈຳກັດຢູ່ໃນ ການທົດລອງ . ສິ່ງທ້າທາຍຫຼັກອີກອັນໜຶ່ງແມ່ນການເຂົ້າ ເຖິງປະຊາກອນ ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນເຂດຫ່າງໄກສອກ ຫຼີກ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນກຸ່ມຊົນເຜົ່າ.

ໃນຂະນະທີ່ສື່ແບບດັ້ງເດີມໄດ້ຖືກນຳໃຊ້, ຍັງມີຄວາມຈຳ ເປັນທີ່ຈະຕ້ອງນຳໃຊ້ສື່ສານມວນຊົນ ແລະໂທລະສັບມືຖື ແລະວິທີການໃຊ້ແວັບໄຊເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າເຖິງສຳລັບຊາວໜຸ່ມ ໃນເຂດຕົວເມືອງ. ມີການປະເມີນຜົນຈຳກັດ ແລະການຕິດ ຕາມກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແກ່ການວາງແຜນສຳລັບການຂະຫຍາຍ, ບັນຫານີ້ທີ່ຄວນ ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂໃນແຜນງານໃນອານາຄົດ.

ໂຄງການທົດລອງທີ່ມີແນວໂນ້ມດີແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຂະ ຫຍາຍ

[62] ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດແລະອົງການUNFPA (2005) ການສຳຫຼວດດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງລາວ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ

ເຖິງແມ່ນວ່າ ມີແບບຢ່າງການປະຕິບັດທີ່ດີທີ່ສຸດຫຼືວິທີ ການທີ່ມີແນວໂນ້ມດີໃນການສື່ສານດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໃນປະເທດ, ຫຼາຍໆແຜນງານຂອງການສື່ສານກໍ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການສືບຕໍ່ຫຼືຂະຫຍາຍ.

4.7 ການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ສິດທິທີ່ມີຄຸນນະພາບດີ

ຍຸດທະສາດທີ່ກວມລວມຂອງແຜນງານ ການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນເພື່ອສະໜອງການເຂົ້າເຖິງທີ່ງ່າຍດາຍຂອງຜູ້ມາຮັບໃຊ້ບໍລິການ ມີຄວາມຫຼາກຫຼາຍຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ເໝາະສົມ ໂດຍຜ່ານຫຼາກຫຼາຍຊ່ອງທາງທີ່ມີການສະໜອງບໍລິການທີ່ໜ້າເຊື່ອຖື. ການພົວພັນລະຫວ່າງຄຸນນະພາບຂອງການໃຫ້ບໍລິການງ, ການນຳໃຊ້ການບໍລິການ, ແລະຜົນໄດ້ຮັບດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ນໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນເປັນຢ່າງດີ.

ຂໍ້ຄົ້ນພົບແລະການວິໄຈ

ການບໍລິການໃນພາກລັດໄດ້ຮັບການວິໄຈອີງຕາມພາຍໃຕ້ຂອບເຂດ AAAQ ຂອງມາດຕະຖານກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ, ຜະລິດຕະພັນ ແລະການບໍລິການ ວິທີການທີ່ອີງໃສ່ສິດທິມະນຸດໃນແຜນງານ. ໃນຂະນະທີ່ ສປປ ລາວ ໃຫ້ຄຳໝັ້ນສັນຍາໃນວຽກງານດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະສິດທິຢູ່ກອງປະຊຸມທີ່ໄຄໂຮ (Cairo) ໃນລະຫວ່າງICPD, ສິດທິເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ກ່າວເຖິງຢ່າງຊັດເຈນໃນເອກະສານຂອງແຜນງານ.

ການມີ

ພາກລັດສະໜອງການບໍລິການ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ໃນ ສປປ ລາວ ໂດຍຜ່ານສຸກສາລາ, ໂຮງໝໍເມືອງ ແລະ ໂຮງໝໍແຂວງທີ່ລັດເປັນເຈົ້າຂອງ ແລະເປັນຜູ້ດຳເນີນງານ. ຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ, ພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະພະນັກງານທີ່ລົງເຄື່ອນໄຫວໂຄສະນາ ເປັນຜູ້ສະໜອງການຮັກສາສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ[63]. ຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ທີ່ເປັນທາງການສະໜອງການບໍລິການດ້ານ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໂດຍຜ່ານໜ່ວຍງານແມ່ແລະເດັກ ແລະ ໜ່ວຍງານປະສູດໃນໂຮງໝໍແລະສຸກສາລາ. ນອກຈາກການວາງແຜນຄອບຄົວແລ້ວ, ຍັງມີການບໍລິການຝາກທ້ອງ, ເກີດລູກ ແລະການດູແລຫຼັງຄອດ ແລະການຄຸ້ມຄອງອາການສົນຫຼັງລຸລູກ.

ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ

ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ສະໜອງຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແມ່ນອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4.2 ອັດຕາການມີການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ ແລະກິດຈະກຳການສ້າງຄວາມຕ້ອງການສຳລັບຮ່ວງອານາໄມ ໃນຊຸມຊົນໂດຍຕົວແທນດ້ານການສື່ສານປະຊາສຳພັນ (IPC) ແລະ ການຝຶກອົບຮົມສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນ 4 ແຂວງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4.6 ວິທີການສ້າງຄວາມຕ້ອງການ.

ການເຮັດໝັນຍິງແມ່ນເຮັດຢູ່ໂຮງໝໍແຂວງ ແລະ ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ ແລະ ໂດຍການຈັດແຈງສະເພາະຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງ, ໂດຍມີທີມງານຈາກໂຮງໝໍແຂວງ. ອົງການ UNFPA ໄດ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນໃນ 3 ແຂວງພາກໃຕ້ຄື: ສາລະວັນ, ເຊກອງແລະອັດຕະປືແລະຢູ່ແຂວງອຸດົມໄຊໂດຍຖົມຂຸມໃຫ້ສຳລັບການເຮັດໝັນຍິງ ແລະມີການປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງການສະໜັບສະໜູນທີ່ແຮງກ້າ ຈາກຜູ້ນຳຊຸມຊົນ ແລະມີຄວາມຕ້ອງການຫຼາຍຈາກຄູ່ຜົວເມຍຜູ້ທີ່ມີຄອບຄົວຂະໜາດທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການແລ້ວ.

ມີແຜນ ການນຳໃຊ້ຢາຝັງຄຸມກຳເນີດຢູ່ໂຮງໝໍ ແຂວງ ເພື່ອຂະຫຍາຍທາງເລືອກ ດ້ານວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ. ກິດຈະກຳການໃຫ້ຄວາມຮູ້ເບື້ອງຕົ້ນ ໂດຍພະນັກງານຂອງໂຮງໝໍແຂວງຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມສົນໃຈ ໃນບັນດາແມ່ຍິງກ່ຽວກັບວິທີການໄລຍະຍາວ ສຳລັບການວາງແຜນເອົາລູກຫ່າງ. ແພດປະສູດ ແລະແພດພະຍາດຍິງຈາກບາງແຂວງໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ ກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ຢາຝັງຄຸມກຳເນີດໃນປີ 2014 ແລະ ການຝຶກອົບຮົມຈະຂະຫຍາຍໄປແຂວງອື່ນໆ ແລະ ການບໍລິການຢາ ຝັງຄຸມກຳເນີດ ຈະໄດ້ເລີ້ມ ໃຫ້ບໍລິການໃນອານາຄົດອັນໃກ້ນີ້. ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດແບບສຸກເສີນ (EC) ບໍ່ໄດ້ນອນຢູ່ໃນລາຍການຢາຈຳເປັນພື້ນຖານ,ແຕ່ໄດ້ລວມເຂົ້າໃນແຜນການຈັດຊື້. ແນວໃດກໍ່ຕາມ ມັນກໍ່ບໍ່ໄດ້ມີຢູ່ໂຮງໝໍແຂວງ ແລະ ໂຮງໝໍເມືອງ ຍ້ອນຜູ້ບໍລິຫານຢູ່ຂັ້ນເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຮູ້ວ່າຢາ EC ໄດ້ຮັບການຈັດຊື້ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງ.

ຈຸດປະສົງຂອງການໄປສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງຜູ້ຮັບບໍລິການ

ຜູ້ຮັບບໍລິການຜູ້ທີ່ມາສະຖານທີ່ບໍລິການ ດ້ານສາທາລະນະ

[63] ອົງການອານາໄມໂລກແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ(2012),ພາບລວມກ່ຽວກັບການສະໜອງການບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

ສຸກສ່ວນຫຼາຍແລ້ວ ແມ່ນແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ: ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງຊາວປາຍປີ ຜູ້ທີ່ແຕ່ງງານແຕ່ຍັງໜຸ່ມ ແລະ ມີລູກສອງຫາສາມຄົນ (ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງເອົາລູກຫ່າງ) ແລະ ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງສາມສິບປາຍປີ ທີ່ມີລູກສີ່ຫາຫ້າຄົນແລ້ວ ແລະໄດ້ມີຂະໜາດຄອບຄົວຕາມທີ່ຕ້ອງການແລ້ວ (ຈຳເປັນຕ້ອງຈຳກັດ). ການມາຮັບການບໍລິການຄືນໃໝ່ ແມ່ນເຫດຜົນຕົ້ນຕໍຂອງການມາຮັບບໍລິການ; ຜູ້ຊົມໃຊ້ໃໝ່ປະກອບດ້ວຍອັດຕາສ່ວນປະມານໜຶ່ງ-ໃນຫ້າຂອງຜູ້ຮັບບໍລິການທີ່ມາໂຮງໝໍແລະສຸກສາລາ. ສ່ວນຫຼວງຫຼາຍ ແມ່ນວິທີການແບບໄລຍະສັ້ນ: ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ແລະ ວິທີການແບບສັກຢາຄຸມກຳເນີດແມ່ນໃຊ້ຫຼາຍກວ່າໝູ່ເຊິ່ງສອດຄ່ອງກັບຜົນການສຳຫຼວດຈາກLSIS. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລາຍງານວ່າມີຜູ້ຊາຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມທີ່ບໍ່ທັນແຕ່ງງານຈຳນວນໜ້ອຍມາໃຊ້ບໍລິການ.

ພະນັກງານສາທາປົກກະຕິແລ້ວ ຈະສະໜອງວິທີການໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງຕາມການທີ່ຮຽກຮ້ອງ. ມີການສົນທະນາໜ້ອຍກ່ຽວກັບເປົ້າໝາຍດ້ານການຈະເລີນພັນ, ສະພາບຂອງບຸກຄົນ ແລະວິຖີການດຳລົງຊີວິດແລະວິທີການຕ່າງໆທີ່ມີ ເຊິ່ງ ຈະເປັນທິດທາງໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ/ຄູ່ຜົວເມຍໃນການຕັດສິນໃຈຢ່າງຮອບຄອບ. ພະນັກງານສາທາຍັງໄດ້ເວົ້າວ່າສຳລັບແມ່ຍິງບາງຄົນທີ່ເປັນຊົນເຜົ່າ, ການມາຄລີນິກເພື່ອຄຸມກຳເນີດແມ່ນຂຶ້ນກັບການອະນຸຍາດຂອງຜົວ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມັກຈະຈ່າຍຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ສຳລັບສາມຫາສີ່ເດືອນໃຫ້ແກ່ຜູ້ມາຮັບບໍລິການທີ່ມາແຕ່ລະຄັ້ງ ສຳລັບຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ທີ່ກິນຢາຄຸມກຳເນີດມາແລ້ວຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງປີ. ສິ່ງນີ້ເຖິງ ແມ່ນວ່າຈະມີຫຼັກຖານອ້າງອີງສະແດງໃຫ້ເຫັນແລ້ວວ່າການຈ່າຍຢາ 13 ຮອບວຽນໃນລະຫວ່າງການມາໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນມີປະສິດທິຜົນດີກວ່າ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສ່ວນຫຼາຍທີ່ເຮັດການໃສ່ຮ່ວງອານາໄມລາຍງານວ່າເຂົາເຈົ້າມີຄວາມຊຳນານພໍສົມຄວນດ້ານການໃສ່ຮ່ວງ.

ຜູ້ຮັບບໍລິການ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລະບຸໄວ້ວ່າຜູ້ທີ່ໃຊ້ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ແລະ ຢາສັກຄຸມກຳເນີດບໍ່ມີບັນຫາ. ການປ່ຽນວິທີ ແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕອບສະໜອງ ແລະ ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີຢູ່. ຜູ້ຮັບບໍລິການທີ່ໃຊ້ວິທີສັກຢາຄຸມຈະໃຫ້ກິນຢາຖ້າຢາສັກຂາດສາງ. ຖ້າຢາກິນກໍ່ບໍ່ມີ, ລູກຄ້າກໍ່ຈະຖືກຂໍໃຫ້ໃຊ້ຖົງຢາງອານາໄມ. ໃນຫຼາຍໆຄັ້ງ, ລູກຄ້າຖືກແນະນຳໃຫ້ໄປຮ້ານຂາຍຢາ (ເອກະຊົນ) ເພື່ອໄປຊື້ຢາກິນຫຼືຢາສັກ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ໃນແບບຟອມລາຍງານ, ພະນັກງານສາທາກໍ່ໄດ້ລະບຸຈຳນວນຜູ້ຊົມໃຊ້ຜູ້ທີ່ໄດ້ເອົາຢາກິນຫຼືສັກຢາໃຫ້; ແລະຕົວຈິງທີ່ວ່າຜູ້ຮັບບໍລິການບໍ່ໄດ້ຮັບວິທີການທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ ກໍ່ສາມາດບັນທຶກໄວ້ໄດ້. ສິ່ງນີ້ເປັນບົດຮຽນສຳລັບການສືບຕໍ່ນຳໃຊ້, ຄວາມເພິ່ງພໍໃຈຂອງຜູ້ຮັບບໍລິການ ແລະທ້າຍສຸດແມ່ນສຳລັບການຄາດຄະເນກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດ, ການຈັດຊື້ ແລະ ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີຢູ່.

ການປະສົມປະສານວິທີການໃນປັດຈຸບັນ ກັບຊື່ສຽງຂອງວິທີການໄລຍະສັ້ນ ເຮັດໃຫ້ແຜນງານການ ວາງແຜນຄອບຄົວຢູ່ໃນສະຖານະທີ່ອ່ອນໄຫວ. ການຂາດຢາໃນສາງມີຜົນສະທ້ອນທີ່ໄວວາ ແລະ ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ການເຂົ້າເຖິງວິທີການທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ, ເຊິ່ງອາດເພີ່ມຄວາມສ່ຽງຂອງເຂົາເຈົ້າທີ່ຈະມີການຖືພາໂດຍບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ ແລະມີການເອົາລູກແບບບໍ່ປອດໄພ. ວິທີການແບບໄລຍະຍາວ ແລະ ແບບຖາວອນຖືກຢັ້ງຢືນແລ້ວວ່າມີປະສິດທິພາບກວ່າ ແລະ ຄຸ້ມຄ່າກວ່າວິທີການຄຸມກຳເນີດໄລຍະສັ້ນ.

ການເຂົ້າເຖິງ

ການເຂົ້າເຖິງດ້ານເສດຖະກິດ (ຄວາມສາມາດຈ່າຍໄດ້)- ການຄຸມກຳເນີດແມ່ນຕອບສະໜອງໃຫ້ລ້າໆ ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບໍລິການຂອງລັດແຕ່ຢູ່ບາງບ່ອນ, ຜູ້ມາຮັບບໍລິການໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການເລັກນ້ອຍ ເຊິ່ງແມນຄ່າລົງທະບຽນ (ຄ່າດຳເນີນງານ)ສຳລັບການບໍລິການ. ອົງການUNFPA ໄດ້ສະໜອງເງິນຖົມຂຸມໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ ຈາກກຸ່ມຜູ້ມີລາຍຮັບຕ່ຳຜູ້ທີ່ມີລູກແລ້ວຢ່າງໜ້ອຍສີ່ຄົນ ເພື່ອໃຫ້ມາເຮັດໝັນຍິງໃນສາມແຂວງພາກໃຕ້ ແລະແຂວງອຸດົມໄຊ. ໃນລະຫວ່າງລົງພາກສະໜາມ, ຜູ້ບໍລິຫານຝ່າຍສາທາລະນະສຸກ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລາຍງານວ່າມີແມ່ຍິງຈຳນວນຫຼາຍຄົນມີຄວາມຕ້ອງການເຮັດໝັນ ທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການບໍລິການໄດ້ມາຂໍໃຊ້ບໍລິການ. ໃນແຂວງອຸດົມໄຊ, ໄດ້ມີການບັນທຶກໄວ້ວ່າ ພາຍຫຼັງມີການຢຸດການຊ່ວຍເຫຼືອການ ເຮັດໝັນຟີ, ຈຳນວນແມ່ຍິງທີ່ມາເຮັດໝັນໄດ້ຫຼຸດລົງແປດ ເຖິງສິບເທົ່າ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຢູ່ແຂວງສາລະວັນໂດຍນຳໃຊ້ງົບປະມານຂອງແຂວງ, ທາງພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ແລະຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງໄດ້ຮ່ວມມືກັບໂຮງໝໍແຂວງ ແລະໂຮງໝໍເມືອງເພື່ອສືບຕໍ່ການບໍລິການເຮັດໝັນຟີດ້ວຍທີມງານເຄື່ອນທີ່.

ການເຂົ້າເຖິງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການບໍລິການ ທີ່ບໍ່ມີການຈຳແນກ, ປະຊາຊົນສາມາດຈ່າຍໄດ້, ແລະເຂົ້າເຖິງໄດ້ທາງຮູບປະທຳ, ແລະລວມເອົາການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດ. ໄວໜຸ່ມ ແລະຊາວໜຸ່ມ, ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ, ຮູ້ສຶກຖືກຈຳແນກໃນ

ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຂອງລັດ ແລະ ມັກຈະໄປຫາຮ້ານຂາຍຢາ. ມາດຕະການຕ່າງໆສຳລັບການເຂົ້າເຖິງທາງຮູບປະທຳຍັງບໍ່ທັນມີເທື່ອ ໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສ່ວນຫຼາຍ. ການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານແມ່ນ ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4.6.

ການຍອມຮັບ

ໄດ້ມີຄວາມພະຍາຍາມ ໃນການສະໜອງການບໍລິການທີ່ເໝາະສົມທາງດ້ານຮິດຄອງປະເພນີ ໂດຍສະເພາະຢູ່ບັນດາເມືອງທີ່ມີຊົນເຜົ່າ. ໄດ້ມີຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະຈ້າງພະນັກງານຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານທາງດ້ານວັດທະນາທຳ ແລະສັງຄົມ ອັນດຽວກັນກັບຊົນເຜົານັ້ນເຂົ້າມາເຮັດວຽກ ເພື່ອຈະຊ່ວຍແກ້ໄຂສິ່ງກີດກັ້ນທາງດ້ານຮິດຄອງປະເພນີ ແລະການສື່ສານ. ເຊັ່ນດຽວກັນ, ອາສາສະມັກຈາກກຸ່ມຊົນເຜົ່າດຽວກັນທີ່ຢູ່ກຸ່ມບ້ານດຽວກັນ ໄດ້ຖືກຮັບເຂົ້າມາເປັນຜູ້ແຈກຢາຍຢາຄຸມກຳເນີດຢູ່ໃນຊຸມຊົນ (CBD) ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວໃນເຂດຊົນເຜົ່າທີ່ມີລັກສະນະທີ່ອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນາທຳ. ປັດໄຈດ້ານວັດທະນາທຳເຊັ່ນ: ຄວາມບໍ່ສະເໝີພາບທາງດ້ານບົດບາດຍິງຊາຍ, ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄອບຄົວຫຼືການໃຊ້ອຳນາດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການສົນທະນາກ່ຽວກັບບັນຫາດ້ານສຸຂະພາບທາງເພດ, ແລະ ຄວາມເຊື່ອກ່ຽວກັບອຳນາດໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳ ການຊອກຫາການຮັກສາສຸຂະພາບ.

ການບໍລິການທີ່ຕອບສະໜອງ ໃຫ້ບໍ່ໄດ້ເອົາໃຈໃສ່ກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງຮອບວຽນຊີວິດສະເໝີໄປ. ລູກຄ້າທີ່ຮຽກຮ້ອງຂໍ ແລະໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງດ້ວຍຢາເມັດຫຼືຢາສັກຄຸມກຳເນີດຍ້ອນວ່າທັງລູກຄ້າ ແລະຜູ້ສະໜອງຄຸ້ນເຄີຍກັບສອງວິທີການນີ້ເຖິງແມ່ນວ່າຈຳເປັນຕ້ອງມີການຄຸມກຳເນີດໄລຍະຍາວສຳລັບການມີລູກຫ່າງແລະການຈຳກັດ.

ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ

ຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ ໄດ້ຮັບການປະເມີນດ້ວຍບັນດາອົງປະກອບທີ່ອະທິບາຍໃນກອບຂອງ ບຮູຊເຈນ (Bruce-Jain Framework) [64].

ຕາຕະລາງທີ 4.7.1ການປະເມີນຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ

ປັດໄຈ	ຜົນການຄົ້ນພົບຂອງ FPSA
ທາງເລືອກຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດ	ວິທີການເລືອກແລະ ວິທີການປ່ຽນແປງການທີ່ໜ້ອຍໄດ້ພັນລະນາໄວ້ເບື້ອງຕົ້ນແລ້ວ.
ການພົວພັນລະຫວ່າງຄົນກັບຄົນ	ຄວາມສຳພັນປະກົດກວ່າເປັນທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈເຖິງແມ່ນວ່າມີມີທັດສະນະຄະຕິທີ່ບໍ່ດີຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.
ຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ໃຫ້ເພື່ອໃຫ້ຄຳປຶກສາແກ່ຜູ້ມາຮັບບໍລິການ	ສິ່ງນີ້ມີຈຳກັດ ໂດຍສະເພາະກ່ຽວກັບວິທີຄຸມກຳເນີດທີ່ຜູ້ມາຮັບບໍລິການສະເໜີຂໍ. ການມີເອກະສານ, ໝາຍເຖິງໂປສະເຕີ, ແຜ່ນພັບແລະໃບປິວແມ່ນຈຳກັດ. ສະຖານທີ່ ບໍລິການ ສາທາລະນະສຸກສ່ວນຫຼາຍມີເຄື່ອງມືການຕັດສິນໃຈສຳລັບຜູ້ມາຮັບບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ(DMT), ແຕ່ສິ່ງນີ້ບໍ່ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ໃນທຸກຄັ້ງທີ່ມີການສົນທະນາກັນລະຫວ່າງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ມາຮັບບໍລິການ.
ຄວາມອາດສາມາດ ດ້ານວິຊາການ	ເພິ່ງພໍໃຈ, ແຕ່ສັງເກດເຫັນວ່າໄລຍະການເຮັດການວິໄຈແມ່ນມີເວລາຈຳກັດ
ກົນໄກເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ມີຄວາມຕໍ່ເນື່ອງ	ຜູ້ມາຮັບບໍລິການໄດ້ຖືກນັດໝາຍໃຫ້ກັບມາເອົາຢາອີກ. ການຂາດຢາໃນສາງສິ່ງຜົນສະທ້ອນຕໍ່ ຄວາມຕໍ່ເນື່ອງໃນການນຳໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດ. ຖ້າຢາສັກຄຸມກຳເນີດບໍ່ມີ, ແມ່ຍິງບາງຄົນກໍ່ ຈະປ່ຽນໄປກິນຢາເມັດແທນ; ແລະຖ້າສິ່ງນີ້ກໍ່ຂາດສາງເຊັ່ນກັນ, ແມ່ຍິງຈະຖືກບອກໃຫ້ໄປຊື້ຈາກ ຮ້ານຂາຍຢາເອກະຊົນ.
ສັນຍາລັກທີ່ເໝາະສົມຂອງການບໍລິການ	ຜູ້ຮັບບໍລິການໄດ້ຮັບການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດແລະບໍ່ມີການກວດຊອກຫາພະຍາດຕິດຕໍ່ ທາງເພດສຳພັນອື່ນໆ. ບໍ່ມີລະບົບສຳລັບການເກັບກຳເອົາຄຳເຫັນຂອງຄົນເຈັບ ແລະຮັບເອົາຄຳ ຕຳນິຕິຊົມສຳລັບກົນໄກການຮັບປະກັນຄຸນນະພາບ.

[64] Bruce, Judith. 1990. ອົງປະກອບທີ່ເປັນພື້ນຖານຂອງຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສຸຂະພາບ: ຂອບວຽກທີ່ງ່າຍດາຍ, ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າໃນດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ 21(2): 61 91.

ດັ່ງນັ້ນ, ການປະເມີນໂດຍລວມກ່ຽວກັບ ຄຸນນະພາບ ຂອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນຕ່ຳຫາປານກາງ. ແນວ ໃດກໍ່ຕາມຜູ້ມາຮັບບໍລິການປະກົດວ່າເພິ່ງພໍໃຈກັບ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ ເຊິ່ງໄດ້ຕາມຄວາມຄາດຫວັງຂອງ ເຂົາເຈົ້າ, ເຊິ່ງສາມາດເປັນໄປໄດ້ຍ້ອນຄວາມຮັບຮູ້ຂອງຜູ້ມ າຮັບບໍລິການທີ່ຈຳກັດກ່ຽວກັບສິດທິຂອງຜູ້ມາຮັບບໍລິການ ແລະລະບົບການຕີລາຄາການບໍລິການຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ສະພາບແວດລ້ອມການຕອບສະໜອງການບໍລິການວາງ ແຜນຄອບຄົວ

ຢູ່ຄລີນິກ ທີ່ໄດ້ລົງຢ້ຽມຢາມລະຫວ່າງ ການເຮັດການວິໄຈ, ສະພາບແວດລ້ອມ ການສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນ ຄອບຄົວໂດຍລວມ(ບໍລິເວນບ່ອນກວດສຸຂະພາບ, ຄວາມສະອາດ, ແສງ ແລະ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ) ແມ່ນ ແຕກຕ່າງກັນໄປ; ໂຄງລ່າງພື້ນຖານຂັ້ນພື້ນຖານສຳລັບການ ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ , ເຊັ່ນ: ນ້ຳກ໊ອກ ແລະອ່າງລ້າງ ມືມີຈຳກັດ ໃນຫຼາຍໆສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ ບັນດາສຸກສາລາໃນ ບ້ານແບບຢ່າງສາມ ສ້າງ ແມ່ນໄດ້ຮັບການປັບປຸງຄືນໃໝ່ ແລະມີການສະໜອງ ນ້ຳປະປາ ແລະມີການປະກອບອຸປະກອນໃຫ້ໃນລະດັບດີ ແລະມີພະນັກງານຄົບ. ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ໄດ້ມີການສະໜອງຫ້າມື້ຕໍ່ອາທິດໃນສຸກສາລາສ່ວນຫຼາຍ ແລະຢູ່ໂຮງໝໍແຂວງແລະໂຮງໝໍເມືອງ, ໄດ້ມີການສະໜອງ ການບໍລິການສອງມື້ໃນແຕ່ລະອາທິດ.

ການຄຸ້ມຄອງວັດສະດຸແລະດ້ານພະລາທິການ.

ສະຖານທີ່ບໍລິການສ່ວນຫຼາຍລາຍງານວ່າ ປົກກະຕິແລ້ວ ສະໜອງວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ສະເພາະໃດໜຶ່ງພົບວ່າ ມີຢາເຫລົ່ານັ້ນຢູ່ໃນສາງໃນເວລາທີ່ລົງຢ້ຽມຢາມ, ແຕ່ສະ ຖານທີ່ບໍລິການບາງແຫ່ງຍັງໄດ້ລາຍງານວ່າ ມີກໍລະນີຢາ ຂາດສາງໃນລະຫວ່າງປີຜ່ານມາ. ໂດຍລວມແລ້ວສະຖານ ທີ່ບໍລິການທັງໝົດທີ່ໄດ້ລົງຢ້ຽມຢາມມີຢາສັກ, ຢາກິນຄຸມ ກຳເນີດແລະມີຖົງຢາງອະນາໄມໃນສາງ. ຈາກການສັງເກດ ເບິ່ງສະຖານທີ່ບໍລິການສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າໂຮງໝໍ ແລະ ສຸກສາລາສ່ວນຫຼາຍໄດ້ຈັດຕັ້ງລະບົບການບັນທຶກ. ພະນັກ ງານສາທາກໍ່ໄດ້ຂຽນແບບຟອມບັນທຶກ ແລະລາຍງານຢ່າງ ເຕັມເມັດເຕັມໜ່ວຍ. (ຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນ ດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4.8 ແລະໃນ LMIS ໃນພາກທີ 4.9.)

ສະຖານທີ່ບໍລິການ ດ້ານສາທາລະນະສຸກສ່ວນຫຼາຍ ທີ່ໄດ້ ໄປຢ້ຽມຢາມມີໂຄງລ່າງພື້ນຖານ ຂັ້ນພື້ນຖານສຳລັບການ ສະໜອງວິທີການແບບໄລຍະສັ້ນ ແລະ ການໃສ່ຮ່ວງ ອນາໄມ (ແລະການຝັງຢາຄຸມກຳເນີດຢູ່ຂັ້ນໂຮງໝໍເມືອງ ແລະໂຮງໝໍແຂວງ).

ຊັບພະຍາກອນມະນຸດ

ພະນັກງານສາທາຫຼາຍຄົນໃນສຸກສາລາ ແມ່ນພະນັກງານ ສາທາຂັ້ນພື້ນຖານ/ພະຍາບານ ຊ່ວຍທີ່ມີການຝຶກອົບຮົມ ທີ່ຈຳກັດກ່ອນເຮັດວຽກ. ບົດລາຍງານຕ່າງໆໄດ້ບັນທຶກໄ ວ້ກ່ຽວກັບການຂາດແຄນພະນັກງານ ທາງດ້ານຈຳນວນ ແລະ ລະດັບວິຊາການ ດ້ານສາທາລະນະສຸກປະເພດຕ່າງໆ, ໂດຍມີການລົງຊີ້ນຳທີ່ຈຳກັດ ແລະແຮງຈູງໃຈຂອງເຂົ້າ ເຈົ້າສ່ວນຫຼາຍກໍ່ເປັນບັນຫາ[65]. ການແຈກຢາຍພະນັກງານ ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນບໍ່ສະໝ່ຳສະເໝີ, ມີພະນັກງານສ່ວນຫຼາຍ ລັງເລທີ່ຈະໄປຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ ແລະ ຫ່າງໄກສອກຫຼີກ. ໃນລະຫວ່າງການສຳພາດ, ໄດ້ມີການລະບຸໄວ້ວ່າເກືອບເຄິ່ງ ໜຶ່ງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ໄດ້ເຂົ້າຝຶກອົບຮົມກ່ຽວກັບການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ຫຼັກສູດຫ້າວັນ ທີ່ຈັດຂຶ້ນໂດຍສູນສຸຂະພາບ ແມ່ແລະເດັກ ແລະພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງເພື່ອ ປັບປຸງທັກສະດ້ານການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ດ້ານການປິ່ນ ປົວກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ. ເຖິງແມ່ນວ່າການຝຶກ ອົບຮົມໃນລະຫວ່າງ ການເຮັດວຽກເພື່ອເສີມສ້າງທັກສະ ການສື່ສານໃຫ້ເຂັ້ມແຂງ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກໍ່ມີຄວາມພະຍາ ຍາມພຽງເລັກໜ້ອຍ ທີ່ຈະທຳຄວາມເຂົ້າໃຈປະຫວັດຂອງ ຜູ້ມາຮັບບໍລິການ, ຄວາມຕ້ອງການ ແລະຄວາມມັກກ່ຽວ ກັບການຈະເລີນພັນ.

ການເສີມສ້າງຄວາມສາມາດ

ການວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນລວມໄວ້ຢູ່ໃນແຜນການຝຶກ ອົບຮົມກ່ອນເຂົ້າເຮັດວຽກສອນ ຢູ່ໃນມະຫາວິທະຍາໄລ ສາທາລະນະສຸກສາດ ແລະໂຮງຮຽນເຕັກນິກສຳລັບພະຍາ ບານ ແລະນາງຜະດຸງຄັນ ແລະການຝຶກອົບຮົມໃນລະ ຫວ່າງເວລາເຮັດວຽກສຳລັບໃຫ້ຄວາມຮູ້ ດ້ານການແພດ ແບບຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບທ່ານໝໍ ແລະພະຍາບານ ແລະນາງຜະ ດຸງຄັນ. ແນວໃດກໍ່ຕາມວິທີການສິດສອນຕົ້ນຕໍແລ້ວແມ່ນ ອາໄສການບັນລະຍາຍ ແລະໃຫ້ໂອກາດເລັກນ້ອຍສຳລັບ ການຝຶກປະຕິບັດຕົວຈິງ. ຫຼັດສູດການຝຶກອົບຮົມໃນໄລ ຍະລະຫວ່າງເຮັດວຽກທີ່ຈັດຂຶ້ນ ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງແລະຂັ້ນ ແຂວງກ່ຽວກັບການໃຫ້ຄຳປຶກສາ, ການບັນທຶກ ແລະການ

[65] Akkhavong K, PaphassarangC, Phoxay C, VonglokhamM, Phommavong C, Pholsena S. (2014). ການທົບທວນລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງ ສາທາລະນະລັດປະຊາທິປະໄຕປະຊາຊົນລາວ.ລະບົບສາທາລະນະສຸກໃນໄລຍະຂ້າມຜ່ານ

ລາຍງານ ແລະ ການຈັດຊື້ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂັ້ນໂຮງໝໍເມືອງແລະສຸກສາລາ. ບ່ອນໃດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ, ລະບົບທີ່ສະໜອງການຊີ້ນຳ ທາງດ້ານວິຊາການ, ການຕິດຕາມຫຼືການຊີ້ນຳສະໜັບສະໜູນຂອງການສະໜອງການບໍລິການກໍ່ໄດ້ຮັບການສ້າງຂຶ້ນເປັນຢ່າງດີ.

ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ໃນເມື່ອກະຊວງສາທາລະນະສຸກມີຄວາມຄືບໜ້າກັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດດ້ານການພັດທະນາບຸກຄ້າລາກອນ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ສະບັບທຳອິດຂອງປີ 2009-2020, ບັນດາການຂາດເຂີນເຫຼົ່ານີ້ ຈຳນວນໜຶ່ງກໍ່ເລີ່ມໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ. ຕົວຢ່າງ: ດຳລັດກ່ຽວກັບສິ່ງຈູງໃຈສຳລັບພະນັກງານລັດ ທີ່ໃຫ້ໄປປະຈຳການຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ, ໄດ້ຮັບອະນຸມັດໃນປີ 2011, ຈະປະກອບສ່ວນໃຫ້ມີການຫຼຸດລົງ ຂອງຄວາມບໍ່ດຸ່ນດ່ຽງກັນຂອງພະນັກງານສາທາ ຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ-ຊົນນະບົດ. ພາຍໃຕ້ຊຸດການບໍລິການ MNCH, ຄວາມສາມາດຂອງສຸກສາລາ ແລະໂຮງໝໍເມືອງ ໃນການສະໜອງການດູແລການປະສູດສຸກເສີນ ຈະເພີ່ມຂຶ້ນຄຽງຄູ່ກັບການນຳໃຊ້ ນາງພະດຸງຄັນ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ ໃນດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ. ແນວໃດກໍ່ຕາມກໍ່ຍັງມີຂອບເຂດສຳລັບການ ປັບປຸງລະບົບສາທາລະນະສຸກໂດຍລວມຢູ່.

ການວາງແຜນຄອບຄົວຫຼັງເອົາລູກ

ການດູແລຫຼັງການເອົາລູກລວມທັງການປິ່ນປົວສຸກເສີນກໍລະນີມີອາການສົນຂອງການຫຼຸລູກຫຼືການເອົາລູກ ແລະການໃຫ້ຄຳປຶກສາແລະບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ. ການຮັບເອົາຄົນເຈັບເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ສຳລັບເອົາລູກອອກແມ່ນປະມານໜຶ່ງໃນສິບ ຂອງຈຳນວນການເກີດລູກຢູ່ໂຮງໝໍເມືອງ ແລະໂຮງໝໍແຂວງ. ການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ແມ່ນຈັດໃຫ້ເປັນປົກກະຕິພາຍຫຼັງເອົາສິ່ງເສດເຫຼືອຈາກການເລີ່ມຖືພາອອກ.

ການຄຸມກຳເນີດຫຼັງຄອດ

ການຄຸມກຳເນີດຫຼັງຄອດ ປົກກະຕິແລ້ວສະໜອງໃຫ້ເມື່ອແມ່ຍິງ ແລະລູກຂອງເຂົາເຈົ້າມາກວດຫຼັງຄອດໃນໄລຍະເວລາທີ່ກອາທິດຫຼັງຄອດ. ແມ່ຍິງສ່ວນຫຼາຍລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມເປັນໄລຍະດົນ ແລະແມ່ຍິງ ກໍ່ນຳໃຊ້ຖົງຢາງອານາໄມ ຫຼືຢາເມັດຮໍໂມນໂປຣເจັສເตໂຣນ ສຳລັບການຄຸມກຳເນີດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, LSIS ລາຍງານວ່າມີໜ້ອຍກວ່າ 4; ເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງເຫັນວ່າ ກັບມາພາຍຫຼັງເກີດລູກ ຫຼືພາຍໃນສອງມື້ ແລະ 93 ເປີເຊັນ ບໍ່ໄດ້ມາຮັບການດູແລຫຼັງຄອດ (PNC) ເວລາໃດເວລາໜຶ່ງຫຼັງຈາກເກີດລູກແລ້ວ. ເມື່ອປຽບທຽບ, ເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງທີ່ຮັບບໍລິການຝາກທ້ອງເຊິ່ງແມ່ນ 54 ເປີເຊັນຂອງແມ່ຍິງແມ່ນເປີເຊັນສູງກວ່າອັດຕາສ່ວນຂອງແມ່ຍິງທີ່ເກີດລູກ ກັບວິຊາການດ້ານສາທາລະນະສຸກເຊິ່ງມີແຕ່ 42 ເປີເຊັນ. ຍ້ອນແນວນັ້ນ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະການບໍລິການກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ຕ້ອງໄດ້ສະໜອງທັງໃນເວລາມາຝາກທ້ອງ ແລະມາກວດຫຼັງຄອດ.

LSIS (2012) ລາຍງານວ່າການລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ພຽງຢ່າງດຽວແມ່ນ 40 ເປີເຊັນ ໃນຂະນະທີ່ລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ເປັນສ່ວນຫຼາຍແມ່ນ 68 ເປີເຊັນ. ໃນຂະນະທີ່ການລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ພຽງຢ່າງດຽວ ໄດ້ຮັບການສົ່ງເສີມ, ບົດບາດຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດ ໂດຍວິທີທຳມະຊາດ (LAM) ໃນປະເທດທີ່ມີອັດຕາການຈະເລີນພັນສູງ, ທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນ ທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງໃນອັດຕາສູງ ເຊິ່ງມີການຈຳແນກລັງກຽດທາງສັງຄົມກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ແມ່ນສຳຄັນຫຼາຍທາງດ້ານແຜນງານ. LAM ມີອັດຕາການລົ້ມເຫຼວ 2 ໃນ 100 ຜູ້ນຳໃຊ້ ໃນລະຫວ່າງ 6 ເດືອນທຳອິດຫຼັງຄອດ ຖ້າປະຕິບັດຢ່າງຖືກຕ້ອງ. LAM ຈູງໃຈຜູ້ສະໜອງການວາງແຜນຄອບຄົວແບບບໍ່ດັ່ງເດີມ ໃຫ້ລວມເອົາການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວເຂົ້າໃນການລົງຢ້ຽມຢາມດ້ານວຽກງານ MNCH, ໂດຍສະເພາະການດູແລຫຼັງຄອດ ວິທີການ Gateway ອະນຸຍາດໃຫ້ມີການສົນທະນາກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ການເອົາລູກຫ່າງທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງທີ່ຢູ່ໃນລະດັບສູງຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງວ່າຈຳເປັນຕ້ອງມີຄວາມພະຍາຍາມ ໃຫ້ໄປຮອດໄປເຖິງແມ່ຍິງໃນໄລຍະຫຼັງຄອດ/ໄລຍະດູແລເດັກເກີດໃໝ່. ລະດັບຄວາມຈຳເປັນ ໃນການຈຳກັດ ທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງ ຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມຈຳເປັນ ສຳລັບການທົບທວນຄືນການປະສົມປະສານ ວິທີການຄຸມກຳເນີດເພື່ອກຳນົດວ່າມີທາງເລືອກທີ່ພຽງພໍ ແລະມີປະສິດທິຜົນສະໜອງໃຫ້ທັນທີຫຼັງຄອດແລະຕໍ່ຈາກນັ້ນ. ອີກວິທີການປະຕິບັດທີ່ມີແນວໂນ້ມວ່າມີຜົນກະທົບສູງ[66] ແມ່ນ " ສະໜອງຂໍ້ມູນແລະການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຢ່າງຫ້າວຫັນ ໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ ໃນໄລຍະຫຼັງຄອດໃນລະຫວ່າງການພົບປະເວລາ

[66] ຫຼັກຖານອ້າງອີງທີ່ດີກໍ່ມີວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານີ້ສາມາດນຳໄປສູ່ຜົນກະທົບ; ຈຳເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນຫຼາຍກວ່ານີ້ເພື່ອໃຫ້ສາມາດບັນທຶກເອົາປະສົບການແລະຜົນກະທົບຂອງການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໄວ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນຢ່າງຄົບຖ້ວນ.ການຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານີ້ຄວນຈະໄດຮັບການສົ່ງເສີມຢ່າງກ້ວາງຂວາງ, ໃນເມື່ອວ່າໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນລັກສະນະເປັນການສຳຫຼວດຄົ້ນຄວ້າແລະໄດ້ຮັບການປະເມີນຄືນຢ່າງລະອຽດໃນດ້ານຜົນກະທົບແລະຂະບວນການ.

ນຳເອົາເດັກມາສັກຢາການພະຍາດຕາມກຳນົດປົກກະຕິ ".

ການບໍລິການແກ່ຊາວໜຸ່ມ

ຊາວໜຸ່ມ ປະກອບເປັນອັດຕາສ່ວນຫຼາຍຂອງພົນລະເມືອງເຊິ່ງມີເກືອບ 60 ເປີເຊັນ ຂອງພົນລະເມືອງທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ25 ປີ, ແລະຫຼາຍກ່າ 30 ເປີເຊັນ ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 10 ຫາ 24 ປີ. ການວິໄຈສະພາບຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ຊາວໜຸ່ມລະບຸໄວ້ວ່າ ການແຕ່ງງານແຕ່ຍັງນ້ອຍກໍ່ຍັງມີທົ່ວໄປ ແລະການມີລູກແຕ່ອາຍຸຍັງໜ້ອຍ ກໍ່ຖືວ່າບໍ່ແມ່ນເລື່ອງແປກ. ເນື່ອງຈາກວ່າ ມີເປີເຊັນສ່ວນຫຼາຍຂອງການເກີດລູກຜູ້ທຳອິດສຳລັບແມ່ຍິງອາຍຸ 18 ປີ ແລະນ້ອຍກວ່າ, ມັນມີໂອກາດ ທີ່ຈະສົ່ງເສີມກ່ຽວກັບໄລຍະເວລາມີລູກທີ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະການວາງແຜນລູກຫ່າງເພື່ອຍືດເວລາການມີລູກ ແລະເກີດລູກຜູ້ທີສອງ. ປັດຈຸບັນມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທີ່ບໍ່ພຽງພໍເທື່ອຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ຊາວໜຸ່ມແລະສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ ທີ່ສະໜອງການບໍລິການທີ່ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມ ໂດຍລວມແລ້ວກໍ່ບໍ່ມີນອກ ຈາກບັນດາໂຄງການທີ່ເລັ່ງໃສ່ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ ທີ່ເປັນຊາວໜຸ່ມໃນເມືອງໃຫຍ່ໆ. ສູນຊາວໜຸ່ມໄດ້ຮັບການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນ ໂດຍມີຈຸດປະສົງກ່ຽວກັບ ASRH, ແລະສູນເຫຼົ່ານີ້ຄວນຈະປະສົມປະສານຂໍ້ມູນ ແລະ ການບໍລິການ SRH ກັບກິດຈະກຳມ່ວນຊື່ນຕ່າງໆເພື່ອດຶງດູດຊາວໜຸ່ມ, ແລະສະໜອງອົງປະກອບດ້ານການສຶກສາ ແລະ ດ້ານອາຊີບ. (ເບິ່ງພາກ 4.6).

ການບໍລິການເຄື່ອນໄຫວເຄື່ອນທີ່

ວິທີການຕ່າງໆ ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງສຳລັບປະຊາຊົນຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະຜູ້ທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ຍາກ ໂດຍຜ່ານກິດຈະກຳການເຄື່ອນໄຫວຈາກສະຖານທີ່ປິ່ນປົວທີ່ຕາຍໂຕໃນເມືອງ ແລະໃນສຸກສາລາ. ຍຸດທະສາດອື່ນໆ ເພື່ອໄປຮອດໄປເຖິງຄູ່ຜົວເມຍໃນຊຸມຊົນແມ່ນຜ່ານຕົວແທນການແຈກຢາຍຂັ້ນຊຸມຊົນ ແລະຮັບປ ະກັນວ່າການຄຸມກຳເນີດມີໄວ້ໃນ ຕູ້ຢາ ຂອງບ້ານ.

ແນວໃດກໍ່ຕາມພະນັກງານໄດ້ລາຍງານວ່າ ມີກິດຈະກຳລົງເຄື່ອນໄຫວຈຳກັດເຖິງແມ່ນວ່າ ພະນັກງານສຸກສາລາມີພາລະບົດບາດຕ້ອງໄດ້ລົງເຄື່ອນໄຫວຢູ່ແຕ່ລະບ້ານ ຫຼື ກຸ່ມບ້ານສີ່ຄັ້ງຕໍ່ປີ, ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວປະສົມປະສານກັບແຜນງານສັກຢາກັນພະຍາດ ແລະໂພຊະນາການ. ຈຳນວນວຽກລົງຢ້ຽມຢາມແມ່ນມີແຕກຕ່າງກັນ ເຊິ່ງໄດ້ຮັບຜົນສະທ້ອນຈາກຈຳນວນພະນັກງານ ແລະ ທຶນສຳລັບເດີນທາງ.

ການແຈກຢາຍການຄຸມກຳເນີດຂັ້ນຊຸມຊົນ

ການແຈກຢາຍການຄຸມກຳເນີດຂັ້ນຊຸມຊົນ ຂະຫຍາຍການປະສົມປະສານ ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າ ແລະນຳເອົາຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການຄຸມກຳເນີດ ແລະວັດສະດຸຄຸມກຳເນີດຕ່າງໆ ມາສູ່ຊຸມຊົນທີ່ມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທີ່ອີງໃສ່ຄລີນິກຈຳກັດ. ໃນເມື່ອເຂົາເຈົ້າມາຈາກຊຸມຊົນທີ່ເຂົາເຈົ້າບໍລິການ, ເຂົາເຈົ້າເຂົ້າໃຈປະເດັນຂອງທ້ອງຖິ່ນກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ສາມາດກຳຈັດສິ່ງກີດຂວາງຕໍ່ການຍອມຮັບຍ້ອນການຮັບຮູ້ທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ກໍ່ເປັນທີ່ຈົດຈຳໄວ້ວ່າບາງ CBDs ບໍ່ໄດ້ຊອກຫາລູກຄ້າໃໝ່ແຕ່ສະໜອງວັດສະດຸຄືນໃໝ່ໃຫ້ແກ່ຜູ້ໃຊ້ປັດຈຸບັນ.

ຕົວແທນ CBD ກາຍເປັນຜູ້ສະໜອງບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຫຼັກໃນເຂດຊຸມຊົນທີ່ຫ່າງໄກສອກຫຼີກ ແລະເຂົ້າເຖິງໄດ້ຍາກໃນ 10 ເມືອງໃນແຂວງເຊກອງ, ສາລະວັນ ແລະອັດຕະປື, ໃນລະຫວ່າງປີ 2008 ຮອດປີ 2011. ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບການຝຶກກ່ຽວກັບ: ການກັ່ນຕອງ ແລະການໃຫ້ຄຳປຶກສາແກ່ລູກຄ້າ, ການສັກຢາຢ່າງປອດໄພ ແລະການກຳຈັດສິ່ງເສດເຫຼືອ; ແລະໃຫ້ທິດທາງທີ່ຈະແຈ້ງສຳລັບສົ່ງຕໍ່ (ວິທີການໄລຍະຍາວ). ບາງຕົວແທນຂອງ CBD ເຄີຍເຮັດວຽກມາກ່ອນເປັນອາສາສະມັກສາທາບ້ານ ແລະ ໃນບາງເມືອງທີ່ຄັດເລືອກມາ, ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໂດຍໂຮງໝໍເມືອງ ໃຫ້ສະໜອງການສັກຢາການຄຸມກຳເນີດ. ຕົວແທນ CBD ສ່ວນຫຼາຍບໍ່ໄດ້ຮັບການຊີ້ນຳປົກກະຕິຍ້ອນ ເຂົາເຈົ້າເຮັດວຽກຢູ່ເຂດທີ່ເຂົ້າເຖິງຍາກ (ຊົນນະບົດບໍ່ມີເສັ້ນທາງ) ແລະດັ່ງນັ້ນການຝຶກອົບຮົມທົບທວນຄືນຈຶ່ງເປັນໂອກາດພຽງເລັກນ້ອຍສຳລັບເຂົາເຈົ້າ.

ສະຖິຕິຈາກບົດລາຍງານປະຈຳປີ ແລະ ການປະເມີນຜົນແນະນຳໃຫ້ຮູ້ວ່າ ການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ປະກອບສ່ວນໃຫ້ຫຼຸດຜ່ອນ ອັດຕາການເຈັບປ່ວຍແລະອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ ແລະ ຂອງເດັກເກີດໃໝ່. ຮູບແບບ CBD ໄດ້ຖືວ່າເໝາະສົມ ສຳລັບການສະໜອງການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານຊຸດບໍລິການ (MNCH-N), ແລະ ວິ ທີການແຈກຢາຍຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ (CBD plus) ໄດ້ດຳເນີນຢູ່ບາງແຂວງ. ປັດຈຸບັນຮູບແບບການແຈກຢາຍຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນແມ່ນ ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຢູ່ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ, ອຸດົມໄຊ, ຜົ້ງສາລີ ແລະ ຫຼວງນ້ຳທາ ໂດຍອົງການ UNFPA.

ເພື່ອຄວາມຍືນຍົງ ຂອງແຜນງານການແຈກຢາຍຢາ ຢູ່ຂັ້ນ

ຊຸມຊົນ (CBD), ຕົວແທນແຈກຢາຍຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ (CBD)ຈຳເປັນຕ້ອງມີການສະໜັບສະໜູນຄ່າເດືອນທາງ ແລະວັດສະດຸສະ ໜອງໃຫ້ທີ່ເປັນຮູບແບບດຽວກັນ. ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ວາງແຜນທີ່ຈະລວມເອົາໜ້າທີ່ດ້ານການແຈກຢາຍຢາ ຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນເຂົ້າໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງອສບ. ຢູ່ເມືອງສາລະວັນ, ໂດຍໄດ້ຮັບການສະ ໜອງຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ ຈາກຫ້ອງການສາທາລະ ນະສຸກເມືອງ, CBD 2 ໜ່ວຍໄດ້ສາມາດສືບຕໍ່ໜ້າທີ່ຂອງ ເຂົາເຈົ້າໄດ້. ຫ້ອງການເມືອງບອກວ່າເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດ ໃຫ້ຄ່າຕອບແທນໄດ້ແຕ່ຮັບປະກັນວ່າ ວຽກຂອງເຂົາເຈົ້າ ເປັນທີ່ຮັບຮູ້ ແລະ ປະກາດໃຫ້ຄົນອື່ນໆຮັບຮູ້ນຳໃນງານ ຕ່າງໆ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ.

ສະຫຼຸບລວມແລ້ວ, ການແຈກຢາຍຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນແມ່ນວິທີ ທາງທີ່ມີປະສິດທິຜົນເພື່ອນຳເອົາການບໍລິການໄປສູ່ປະຊາ ຊົນຜູ້ທີ່ເຂົ້າເຖິງຍາກ, ທີ່ຢູ່ເຂດຊົນນະບົດແຕ່ຈຳເປັນຕ້ອງ ໄດ້ແຜ່ຂະຫຍາຍໃຫ້ກວ້າງອອກເພື່ອໃຫ້ມີຜົນກະທົບໃນ ການເພີ່ມການເຂົ້າເຖິງໃນເຂດຊົນນະບົດ. ໃນເມື່ອວ່າທາງ ເລືອກວິທີການທີ່ສະໜອງ ໂດຍຕົວແທນການແຈກຢາຍ ຢາຢູ່ຂັ້ນຊຸມຊົນ ມີຄວາມຈຳກັດໃນລະດັບໜຶ່ງ, ຍຸດທະ ສາດການລົງເຄື່ອນໄຫວ ແລະເນື້ອໃນການສື່ສານຕ້ອງໄດ້ ຮັບການອອກແບບ ເພື່ອເອື້ອອຳນວຍໃຫ້ມີການຕັດສິນ ໃຈທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ ແລະ ທີ່ຮອບຄອບກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ ການຄຸມກຳເນີດ, ທີ່ສະໜັບສະໜູນໂດຍລະບົບການສົ່ງຕໍ່ ຢູ່ຂັ້ນພື້ນຖານທີ່ມີປະສິດທິຜົນ.

ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວໃນພາກເອກະຊົນ

ອີງຕາມ LSIS, 26 ເປີເຊັນ ຂອງຜູ້ນຳໃຊ້ປັດຈຸບັນລາຍງານ ວ່າວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະໄໝຂອງເຂົາເຈົ້າແມ່ນ ໄດ້ມາຈາກພາກເອກະຊົນ, ເຊິ່ງລວມທັງຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຄລີນິກເອກະຊົນ.

ຮ້ານຂາຍຢາ

ຮ້ານຂາຍຢາເຊິ່ງມີດ້ານຄວາມສະດວກ, ການຮັກສາຄວາມ ເປັນສ່ວນຕົວແລະປະຢັດຕົ້ນທຶນ (ທຽບກັບທ່ານໝໍເອ ກະຊົນ) ແມ່ນແຫຼ່ງທີ່ສຳຄັນຂອງຜະລິດຕະພັນ ແລະຂໍ້ມູນ ໂດຍສະເພາະ ໃນຂົງເຂດທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນ ຕໍ່ການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງໃນ ລະ ດັບສູງ, ບ່ອນທີ່ຂາດພະນັກງານສາທາ ແລະ ບ່ອນທີ່ສະ ຖານທີ່ບໍລິການ ດ້ານສາທາລະນະສຸກຂາດເຄື່ອງໃນກາງ. ບັນດາວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ທັນສະໄໝ-ຢາເມັດຄຸມກຳ ເນີດ, ຖົງຢາງອນາໄມ, ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ, ຢາເມັດຄຸມ ກຳເນີດແບບສຸກເສີນ - ແມ່ນມີຫຼາຍໃນເຄືອຂ່າຍຮ້ານຂາ ຍຢາເອກະຊົນ, ເຖິງແມ່ນວ່າສ່ວນຫຼາຍມີຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ.

ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ແບບປະສົມໃນສາງຂອງຮ້ານຂາຍຢາ ຂອງສາມຫາສີ່ຍີ່ຫໍ້ແມ່ນຂາຍໃນລາຄາ 3,000 ຫາ 6,000 ກີບຕໍ່ແຜງ, ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດໂປຣເຈັດສະເຕໂຣນຢ່າງ ດຽວແມ່ນລາຄາ 4,000 ກີບ ແລະ ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ ກຸ້ມສາມເດືອນແມ່ນ 4,000 ກີບຕໍ່ຫຼອດ. ຢາເມັດຄຸມ ກຳເນີດແບບສຸກເສີນແມ່ນຂາຍໃນລາຄາ 8,000 ກີບ (ປັດຈຸບັນໜຶ່ງໂດລາສະຫະລັດ ແມ່ນປະມານ 8,000 ກີບ). ລູກຄ້າສ່ວນຫຼາຍແມ່ນ ມາຊື້ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ ແລະສ່ວນ ໜ້ອຍທີ່ມາຊື້ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ. ຖົງຢາງອານາໄມ ແມ່ນ ປົກກະຕິແລ້ວມີໂຮງແຮມ ແລະ ເຮືອນພັກມາຊື້ເປັນຈຳ ນວນຫຼາຍ. ຮ້ານຂາຍຢາສ່ວນຫຼາຍບໍ່ໄດ້ຂາຍມີ ໂຊໂປຣ ສະໂຕລ (Misoprostol)(ຢາຈີນ (Ya-chine)) ເຖິງ ແມ່ນວ່າເຂົາເຈົ້າເຄີຍໄດ້ຍິນກ່ຽວກັບຢານີ້. ຮ້ານຂາຍຢາ ໃຫ້ບໍລິການແກ່ແມ່ຍິງ, ຜູ້ຊາຍ ແລະ ຊາວໜຸ່ມດ້ວຍຜະລິດ ຕະພັນຄຸມກຳເນີດ. ຜູ້ເຝົ້າຮ້ານປົກກະຕິແລ້ວບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ ມູນຫຍັງກ່ຽວກັບ ວິທີນຳໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດຕ່າງໆ, ກ່ຽວກັບຜົນຂ້າງຄຽງ, ຄວາມຕໍ່ເນື່ອງ ແລະເຂົາເຈົ້າສົມມຸດ ຖານວ່າລູກຄ້າຮັບຮູ້ແລ້ວກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້. ຫຼັກຖານ ອ້າງອີງສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າດ້ວຍມີການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນທີ່ເໝາະສົມ, ພະນັກງານຮ້ານຂາຍຢາ ສາມາດອຳນວຍຄວາມສະດວກ ແກ່ການນຳໃຊ້ວິທີການ ຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝໄດ້ໂດຍສະເພາະໃນເຂດຊົນ ນະບົດ.

ຜູ້ປົ່ນປົວທົ່ວໄປ

ທ່ານໝໍຜູ້ທີ່ບຳນານແລ້ວ ຈາກພາກລັດປົກກະຕິແລ້ວ ຈະຕັ້ງຄລີນິກສ່ວນຕົວ ແລະ ຜູ້ທີ່ຍັງເປັນພະນັກງານຢູ່ໃນ ພາກລັດ, ເປີດປົ່ນປົວນອກໂມງການ. ຜະລິດຕະພັນທີ່ມີ ຄວາມຕ້ອງການສູງ, ໝາຍເຖິງຢາເມັດຄຸມກຳເນີດຍີ່ຫໍ້ ຕ່າງໆ, ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດແບບສຸກ ເສີນແມ່ນມີໄວ້ໃນສາງຂອງບັນດາ ຄລີນິກເຫຼົ່ານີ້. ສ່ວນ ຫຼາຍແມ່ຍິງຊື້ເຄື່ອງກວດການຖືພາ ແລະຜູ້ຊາຍທີ່ມີອາການ ບົ່ງບອກພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນມາຂໍເອົາຢາທີ່ໃຊ້ ມັກໃຊ້ສຳລັບພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ (STIs). ລາ ຄາຂອງການຄຸມກຳເນີດແມ່ນເທົ່າໆກັນກັບຮ້ານຂາຍຢາ, ແນວໃດກໍ່ຕາມລູກຄ້າໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ ກ່ຽວກັບຜົນຂ້າງຄຽງ, ການສືບຕໍ່ນຳໃຊ້, ອື່ນໆ. ໃນປັດຈຸບັນ, ກົດຈະກຳການໃຫ້ ຄວາມຮູ້ດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງສຳລັບຜູ້ປົ່ນ ປົວທົ່ວໄປແມ່ນບໍ່ໄດ້ຈັດຂຶ້ນເປັນປົກກະຕິ.

ການຂະຫຍາຍບົດບາດຂອງພາກເອກະຊົນ

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ການດູແລສຸຂະພາບໄດ້ຮັບການທົບທວນຄືນໃໝ່ ແລະໄດ້ຜ່ານສະພາແຫ່ງຊາດໃນປີ 2014 ແລະ ກຳລັງລໍຖ້າການອະນຸມັດ ຈາກທ່ານປະທານປະເທດ. ພາຍຫຼັງມີການອະນຸມັດແລ້ວ, ກໍ່ຈະໄດ້ມີການອອກດຳລັດຂອງລັດຖະມົນຕີ ແລະ ກົມປົ່ນປ້ອສຸຂະພາບຈະເປັນຜູ້ຮ່າງ. ດຳລັດນີ້ຍັງຈະໄດ້ສືບຕໍ່ກຳນົດວ່າ ການບໍລິການໃດທີ່ພາກເອກະສານຊົນສາມາດສະໜອງໄດ້, ລວມທັງການວາງແຜນຄອບຄົວ. ປັດຈຸບັນຜູ້ປົ່ນປ້ອທົ່ວໄປສາມາດສະໜອງຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ, ຢາສັກຄຸມກຳເນີດ ແລະຖົງຢາງອານາໄມ. ຜູ້ຕັດສິນໃຈທີ່ໄດ້ສຳພາດໃນລະຫว່ານ FPSA ມີຄຳເຫັນວ່າ ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເພີ່ມເຕີມທີ່ສະໜອງຄວນຈະຂຶ້ນກັບ ຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ສະໜອງການດູແລສຸຂະພາບ ໃນການປະຕິບັດຂັ້ນຕອນຕ່າງໆ. ສາມາດເວົ້າໄດ້ວ່າ ທ່ານໝໍຫຼາຍຄົນທີ່ປົ່ນປ້ອຢູ່ພາກເອກະຊົນ ແມ່ນພະນັກງານຂອງພາກລັດ, ສະນັ້ນບາງທ່ານກໍ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມມາແລ້ວ ກ່ຽວກັບການໃສ່ຮ່ວງອານາໄມ ແລະການຖອດຮ່ວງອານາໄມອອກ.

ຈຳນວນຜູ້ໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນ, ຄວາມຈຳເປັນສ່ວນຫຼາຍ ແມ່ນໃນບັນດາກຸ່ມຜູ້ທີ່ມີຄວາມສາມາດຈ່ຍຕ່ຳ. ໃນເວລາດຽວກັນ, ກໍ່ອາດມີການເພີ່ມຂຶ້ນໃນການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີຜູ້ໃຫ້ທຶນສະໜອງທຶນໃຫ້. ຊັບພະຍາກອນຂອງພາກລັດສ່ວນຫຼາຍ ແມ່ນບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະແກ້ໄຂຄວາມຈຳເປັນດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງປະຊາຊົນທັງໝົດ. ການປ່ຽນຜູ້ໃຊ້ທີ່ສາມາດຈ່ຍໄດ້ຈາກພາກລັດ ໃຫ້ມາເອົານຳພາກເອກະຊົນ ສາມາດຫຼຸດຄວາມກົດດັນດ້ານການເງິນຕໍ່ພາກລັດ, ຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ທຶນແລະຄູ່ຮ່ວມງານອື່ນໆ.

ສິ່ງທ້າທາຍຕ່າງໆໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບທີ່ອີງໃສ່ສິດທິ

ລູກຄ້າ, ຜູ້ສະໜອງແລະແຜນງານປະເຊີນກັບສິ່ງທ້າທາຍຫຼາຍໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບທີ່ອີງໃສ່ສິດທິ. ສິ່ງທ້າທ້າຍເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນສັງລວມໄວ້ລຸ່ມນີ້:

- ໃນຂະນະທີ່ຜູ້ບໍລິຫານແລະຜູ້ສະໜອງພາກລັດຮັບຮູ້ເຖິງຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ເຂົາເຈົ້າບໍ່ລົ້ງເຄີຍປານໃດກັບແນວຄວາມຄິດ ແລະຂອບຮ່າງວິທີການແບບອີງໃສ່ສິດທິ. ການມີການບໍລິການ ແລະຄຸນນະພາບຂອງການດູແລແມ່ນໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂໂດຍຜ່ານວິທີການສາທາລະນະສຸກມວນຊົນ.
- ການປະສົມປະສານ ວິທີການຄຸມກຳເນີດໄລຍະສັ້ນແບບໂນ້ມອຽງໄປໃຊ້ວິທີການແບບໄລຍະສັ້ນຫຼາຍກວ່າ, ຄືໃຊ້ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ, ຖົງຢາງອານາໄມ, ແລະ ຢາສັກຄຸມກຳເນີດແມ່ນວິທີການໃຊ້ທີ່ໃຊ້ຫຼາຍກວ່າໝູ່ໝົດ. ວິທີການເຫຼົ່ານີ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການສະໜອງເປັນປະຈຳ, ດັ່ງນັ້ນ ການນຳໃຊ້ໃຫ້ມີຜົນຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງການສະໜອງຜະລິດຕະພັນຢ່າງສະໝ່ຳສະເໝີ.
- ຄວາມລຳອຽງຂອງຜູ້ສະໜອງ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ຜິດພາດສຳລັບຮ່ວງອານາໄມ ແລະ ປະສົບການທີ່ມີຈຳກັດກັບການຄຸມກຳເນີດແບບຝັງໃຕ້ຜິວໜັງ. ເຖິງແມ່ນວ່າ LARC ອາດມີຕົ້ນທຶນການເລີ່ມໃຊ້ທີ່ສູງກວ່າວິທີການແບບໄລຍະສັ້ນ, ຍ້ອນວິທີການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການຮັບຢາຄືນໃໝ່ ເປັນເວລາຫຼາຍປີ, ສ່ວນຫຼາຍກໍ່ຖືກກວ່າຖ້າຄິດໄລ່ຄ່ານຳໃຊ້ຕໍ່ປີ.
- ການຮັກສາໃຫ້ມີການສະໜອງຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດຢ່າງພຽງພໍຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກໃຫ້ຕອບສະໜອງໄດ້ຕາມຄວາມຈຳເປັນຂອງລູກຄ້າ, ເພື່ອປ້ອງກັນກໍລະນີເຄື່ອງຂາດສາງແລະເພື່ອຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພຂອງການຄຸມກຳເນີດ.
- ການຈຳນວນຜູ້ສະໜອງທີ່ບໍ່ພຽງພໍ ແລະ ທີ່ມີການກະຈາຍທີ່ບໍ່ເທົ່າທຽມກັນຜູ້ເຊິ່ງມີຄວາມຮູ້, ທັກສະ, ການຊີ້ນຳ, ແລະ ການສະໜັບສະໜູນທີ່ເໝາະສົມໃຫ້ສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ເປັນທີ່ປອດໄພ, ມີປະສິດທິຜົນແລະເປັນທີ່ຍອມຮັບໄດ້.
- ພື້ນທີ່ດ້ານພູມສັນຖານກໍ່ເປັນອຸປະສັກຈຳກັດການເຂົ້າເຖິງສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ.
- ປະເພນີທາງວັດທະນາທຳ-ສັງຄົມລວມທັງການມີອິດທິພົນຂອງຜູ້ຊາຍໃນກຸ່ມຊົນເຜົ່າ.
- ການເຂົ້າເຖິງທີ່ບໍ່ພຽງພໍເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນມິດຕໍ່ຊາວໜຸ່ມແລະການບໍລິການໂດຍຊາວໜຸ່ມ.
- ການຮ່ວມມືກັນຂອງພາກລັດ-ເອກະຊົນທີ່ຍັງອ່ອນໃນຂົງເຂດການບໍລິການດ້ານການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ປະເດັນທີ່ກ່ຽວກັບຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານການຄຸ້ມຄອງພະລາທິການແມ່ນອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4.8 ແລະ 4.9.

4.8 ການມີແລະການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີຄຸນນະພາບທີ່ໜ້າໄວ້ວາງใจได้

ການປະກາດใช้ ຂອບຮ່າງຍຸດທະສາດ ແລະ ການວາງແຜນແຫ່ງຊາດ ສຳລັບຊຸດບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່, ສຸຂະພາບເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ສຸຂະພາບເດັກແບບຄົບຊຸດ ສຳລັບປີ 2009-2015 (MNCH package)[67] ໄດ້ໃຫ້ຂອບຮ່າງສຳລັບການລວມ ເອົາວຽກງານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວເປັນອົງປະກອບທີ່ສຳຄັນຂອງການບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ. ຈາກ ປີ 2009, ສປປ ລາວ ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນ GPRHCS ຂອງອົງການ UNFPA ແລະໄດ້ຮັບມອບໝາຍໃຫ້ເຂົ້າເປັນປະເທດໃນສາຍທີ 1 , ເຊິ່ງໝາຍເຖິງວ່າ ສປປ ລາວ ແມ່ນໜຶ່ງ ໃນບັນດາປະເທດຈຳນວນໜ້ອຍໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນສຳລັບຫຼາຍປີ[68]. ໃນຂັ້ນປະເທດນັບແຕ່ປີ 2009, ລະບົບສາຍຕັ້ງສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການສະໜອງຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ ປັດຈຸບັນແມ່ນມອບໃຫ້ສູນການສະໜອງຜະລິດຕະພັນດ້ານການແພດ ແລະ ກົມອາຫານ ແລະຢາ[69]. ໃນຂະນະທີ່ຂະບວນການແລະການຄຸ້ມຄອງພະລາທິການສຳລັບການສະໜອງ RHC ປັດຈຸບັນແມ່ນປະສົມປະສານເຂົ້າກັບແຜນງານວັນນະໂລກ ແລະ ມາລາເຣຍ, ການລາຍງານແມ່ນແບ່ງປັນກັບ MCHC. ມີການບົ່ງຊີ້ຈະແຈ້ງວ່າລະບົບຕ່າງໆ ແລະ ບົດບາດຕ່າງໆ ໄດ້ເຊື່ອມເຂົ້າໃນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານແຫ່ງຊາດ ແລະ ຄຳຍຶດໝັ້ນຕໍ່ສາກົນສຳລັບໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງທີ່ເທົ່າທຽມກັນເຂົ້າເຖິງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສິ່ງທ້າທາຍຕ່າງໆ ຍັງຄົງແມ່ນການອັດຊ່ອງຫວ່າງ ໃນດ້ານຄວາມຈຳເປັນຕໍ່ການ ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ວິທີການຄຸມກຳເນີດທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງ.

ປະເດັນຕ່າງໆກັບການລາຍງານການມີ ແລະ ຄວາມໜ້າໄວ້ວາງใจของการมีเครื่องในสาง

ການສົນທະນາກັບພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມສຳລັບ FPSA ແລະທົບທວນເອກະສານ ທີ່ຂຽນຮ່ວມກັນໂດຍຄູ່ຮ່ວມງານ ຝ່າຍລັດ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານຝ່າຍພັດທະນາຢັ້ງຢືນວ່າມີຄວາມຍຶດໝັ້ນທີ່ແຮງກ້າພາຍໃນລັດຖະບານເພື່ອເພີ່ມຄວາມ ເທົ່າທຽມກັນ ແລະປະສິດທິພາບຂອງຕ່ອງໂສ້ການສະໜອງ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດການມີເຄື່ອງ ໃນສາງປະຈຳປີ 2014 (SAS) ແນະນຳແບບອື່ນຍ້ອນ ໄດ້ຄົ້ນພົບວ່າມີພຽງ 11 ເປີເຊັນ ຂອງສະຖານທີ່ສະໜອງ ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ມີຄົບທຸກວິທີການຄຸມ ກຳເນີດໃນສາງ (ໜ້າທີ 23)[70]. ສິ່ງນີ້ແມ່ນກົງກັນຂ້າມກັບ ຜົນການຄົ້ນພົບໃນການສຳຫຼວດ SAS ປີ 2013 ເຊິ່ງໃນ ນັ້ນ 88.8 ເປີເຊັນ ຂອງສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະ ນະສຸກມີຄົບທຸກວິທີການຄຸມກຳເນີດ ທີ່ເຂົາເຈົ້າສະໜອງ ຢູ່ໃນສາງ (ໜ້າທີ17)[71]. ໃນການກວດກາລົງເລິກ, ບົດລາຍ ງານທັງສອງມີມາດຕະຖານທີ່ລະບຸໄວ້ຄືກັນ, ແລະພັດບໍ່ມີ ຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ຫຼວງຫຼາຍຄືແນວ ນັ້ນໃນຕົວເລກເຫຼົ່ານີ້ໃນການສຳຫຼວດ SAS ປີ 2014. ເຊັ່ນດຽວກັນ, ການສຳຫຼວດ SAS ປີ 2014 ພົບວ່າປະ ເດັນການຂາດຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ ທີ່ທັນສະໄໝໃນ ສາງເກີດຂຶ້ນໃນ 89 ເປີເຊັນ ອງສະຖານທີ່ບໍລິການທັງໝົດ ທີ່ໄດ້ລົງສຳຫຼວດໃນມື້ນັ້ນ(ລວມທັງຖົງຢາງອານາໄມສຳລັບ ແມ່ຍິງແລະຮ່ວງອານາໄມ)[72]. ເມື່ອຖົງຢາງອານາໄມສຳລັບ ແມ່ຍິງ ແລະ ຮ່ວງອານາໄມຖືກຕັດອອກສິ່ງນີ້ກໍ່ເພີ່ມຂຶ້ນ ເລັກນ້ອຍເປັນ 76 ເປີເຊັນ (ໜ້າທີ 25) ຂອງສະຖານທີ່ບໍ ລິການທີ່ໄດ້ສຳຫຼວດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມການສຳຫຼວດ SAS ປີ 2013 ລາຍງານວ່າ ອັດຕາການຂາດຜະລິດຕະພັນ ວາງແຜນຄອບຄົວໃນສາງແມ່ນ 11.2 ເປີເຊັນ (ໜ້າທີ 17) ຂອງສະຖານທີ່ບໍລິການທີ່ໄດ້ລົງສຳຫຼວດ. ໃນການທົບ ທວນເອກະສານ, ຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງຕົວເລກເຫຼົ່ານີ້ ບໍ່ສາມາດສົມທຽບຄືນໄດ້.

ແນວໃດກໍ່ຕາມອີງຕາມການສົນທະນາກັບລູກຄ້າ ແລະ ຜູ້ສະໜອງບໍລິການ, ປະເດັນກ່ຽວກັບການຂາດເຄື່ອງ ໃນ ສາງໃນແງ່ຂອງສິ່ງທີ່ລູກຄ້າ ແລະ ຜູ້ສະໜອງບໍລິການເຮັດ ເພື່ອຫຼຸດບັນຫາເມື່ອມັນເກີດຂຶ້ນ. ໃນແຕ່ລະບ່ອນທີ່ໄປ

ການມີ ແລະ ການ ສະ ໜອ ງ ການ ຄຸ ມ ກຳ ເນີ ດ

[67] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2009), ຍຸດທະສາດແລະ ຂອບແຜນການສຳລັບການບໍລິການແບບເຊື່ອມສານສຸຂະພາບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ແລະເດັກນ້ອຍ 2009 2015, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ

[68] UNFPA (2010), ແຜນງານລະດັບໂລກເພື່ອການຍົກສູງຄວາມຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ: ບົດລາຍງານປະຈຳປີ, DOI: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Global_Report_2010_RH_2_0.pdf

[69] Chounramany.K. (2010), ການເຊື່ອມສານວຽກງານສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, T.B., ມາລາເຣຍແລະລະບົບການສະໜອງຢາສຳລັບHIV/AIDS ໃນສປປລາວ, ບາງກອກ, ປະເທດໄທ.

[70] ບໍລິສັດອິນໂດໄຊນາອິເຊີ່ຈຈຳກັດ(2014), ການປະເມີນສະຖານທີ່ບໍລິການສຳລັບຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະການບໍລິການໃນສປປລາວ, ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດ, ອົງການUNFPA ແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

[71] Bock.A., and Bausell. L. (2013).ການປະເມີນສະຖານທີ່ບໍລິການສຳລັບຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນແລະການບໍລິການໃນສປປລາວ, ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດ, ອົງການUNFPA ແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

[72] SAS 2014, ໜ້າທີ 24, ຕາຕະລາງທີ 5.

ຢ້ຽມຢາມ, ມີຄວາມສອດຄ່ອງກັນໃນການຕັດສິນໃຈຂອງ ລູກຄ້າເມື່ອທາງເລືອກວິທີການຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີ. ເຂົາເຈົ້າ ປ່ຽນວິທີການ ຫຼື ບໍ່ກໍ່ຢຸດພັກໄປໄລຍະທີ່ວິທີການທີ່ເຂົາ ເຈົ້າເລືອກບໍ່ມີ. ສິ່ງນີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າລູກຄ້າແລະຜູ້ສະໜອງ ໄດ້ປຶກສາຫາລືກັນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງທາງເລືອກຂອງເຂົາເຈົ້າ ຢ່າງຕັ້ງໜ້າ ເພື່ອວາງແຜນເອົາລູກຫ່າງຫຼືຈຳກັດການເກີດເຖິງ ແມ່ນວ່າ ຈະເປັນສະຖານະການທີ່ບໍ່ແມ່ນທີ່ດີທີ່ສຸດກໍ່ຕາມ.

ອີກດ້ານໜຶ່ງທັງສອງບົດລາຍງານໄດ້ກຳນົດສາມເຫດຜົນທີ່ ພາໃຫ້ມີກໍລະນີເຄື່ອງຂາດສາງເກີດຂຶ້ນ ນັ້ນຄື:

- ວິທີການປະຕິບັດການສະໜອງຜະລິດຕະພັນຄືນໃໝ່ ຍັງອ່ອນຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງບັນຫາກ່ຽວກັບການຄາດຄະ ເນ ແລະ ການສັ່ງເຄື່ອງ;
- ການຫຼ້າຊ້າໃນການແຈກຢາຍກ່ຽວຂ້ອງກັບຕົ້ນທຶນການ ຂົນສົ່ງ; ແລະ
- ຂາດພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ, ອຸປະກອນ ການແພດ ແລະ ວັດສະດຸຕ່າງໆເພື່ອດຳເນີນຂັ້ນຕອນ ຕ່າງໆເຊັ່ນ: ການໃສ່ຮ່ວງອານາໄມແລະການເຮັດໝັນ ຊາຍ ແລະ ໝັນຍິງ.

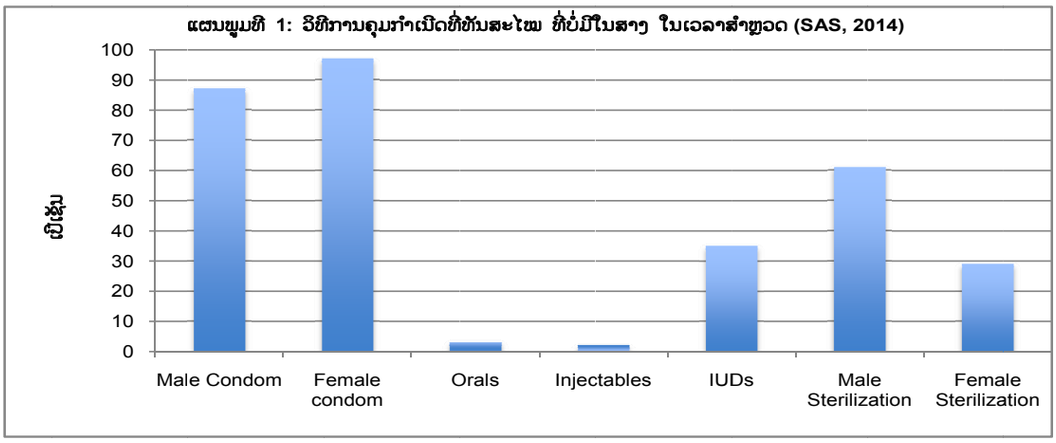
ບັນຫາກ່ຽວກັບການຄາດຄະເນ ແລະ ການສັ່ງເຄື່ອງ: ໃນລະຫວ່າງການເຮັດວຽກພາກສະໜາມ, ໄດ້ຢັ້ງຢືນແລ້ວ ວ່າຜູ້ສະໜອງການບໍລິການ ມີແຕ່ບັນທຶກຂໍ້ມູນເມື່ອລູກ ຄ້າມາຮັບການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ ຖ້າວິທີການນັ້ນໆຂາດສາງ, ກໍ່ບໍ່ໄດ້ມີການບັນທຶກວ່າລູກຄ້າ ບໍ່ໄດ້ຮັບວິທີການທີ່ສະເໜີ ຂໍ້ຫຼືຖ້າລູກຄ້າໄດ້ຮັບການສົ່ງຕໍ່ ໃຫ້ໄປເອົາວິທີການຈາກຜູ້ສະໜອງຜູ້ອື່ນ. ໃນເມື່ອການສັ່ງ ຊື້ຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດແມ່ນອີງໃສ່ຂໍ້ມູນທີ່ບັນທຶກ ໄວ້, ຈຸດສະໜອງບໍລິການຈະຍັງສືບຕໍ່ເພື່ອສັ່ງຜະລິດຕະ ພັນທີ່ ຂາດສາງນັ້ນເຖິງແມ່ນວ່າໃນເວລານຳໃຊ້ສູດທີ່ສະ ໜອງໃຫ້ແລະປະລິມານສຳຮອງທີ່ແນະນຳໃຫ້ມີ. ດັ່ງນັ້ນ ຈຸດສະໜອງບໍລິການຈະສືບຕໍ່ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະມີກໍລະນີ ເຄື່ອງຂາດສາງ.

ການຫຼ້າຊ້າໃນການແຈກຢາຍກ່ຽວຂ້ອງກັບຕົ້ນທຶນການຂົນ ສົ່ງ: ມາຮອດທຸກມື້ນີ້, ກໍ່ຍັງບໍ່ມີວິທີການແກ້ໄຂທີ່ຄຸ້ມຄ່າ ແລະທີ່ຄຸ້ມຄອງໄດ້ເພື່ອກຸ້ມຄ່າຂົນສົ່ງຈາກສາງຂັ້ນສູນກາງ ໄປຫາສາງຢູ່ຂັ້ນແຂວງ ແລະ ຫາຜູ້ສະໜອງການບໍລິການຢູ່ ຂັ້ນເມືອງ. ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມອະທິບາຍວ່າເຂົາເຈົ້າ ຈະໃຊ້ໂອກາດຕ່າງໆເຊັ່ນ: ເວລາເດີນທາງມາປະຊຸມເພື່ອ ຮັບເອົາເຄື່ອງຫຼືອາໄສເພື່ອນຮ່ວມງານຜູ້ທີ່ມາຮ່ວມປະຊຸມ ຢູ່ຂັ້ນສູນກາງຫຼືຂັ້ນແຂວງເອົາໃຫ້. ໃນເມື່ອວ່າກອງປະຊຸມ ອາດບໍ່ໄດ້ມີການວາງແຜນມາກ່ອນ, ມັນກໍ່ຍາກທີ່ຈະຮັບ ປະກັນຄວາມສາມາດກະຕວງລ່ວງໜ້າຂອງການສະໜອງ ດ້ວຍການນຳໃຊ້ຍຸດທະຍາດການຂົນສົ່ງນີ້.

ການຂາດພະນັກງານທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ, ເຄື່ອງມື ດ້ານການແພດ ແລະ ວັດສະດຸສະໜອງເພື່ອປະຕິບັດຂັ້ນ ຕອນຕ່າງໆເຊັ່ນ: ການໃສ່ຮ່ວງອານາໄມແລະການເຮັດໝັນ ຊາຍ ແລະ ໝັນຍິງ: ໃນຂະນະທີ່ມີການຂາດແຄນພະນັກ ງານສາທາລະນະສຸກຫຼາຍທີ່ສຸດໄດ້ມີການບັນທຶກໄວ້ເປັນ ລາຍລັກອັກສອນ , ການໄປເຮັດວຽກພາກສະໜາມຊີ້ໃຫ້ ເຫັນວ່າພະນັກງານ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມມາບໍ່ໄດ້ສືບ ຕໍ່ນຳໃຊ້ເອກະສານການຝຶກອົບຮົມຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຍ້ອນ ແນວນັ້ນການຮັກສາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂະບວນການ ຫຼືເນື້ອ ໃນດ້ານວິຊາການ ແລະດ້ານທັກສະສັງເກດໄດ້ວ່າໂດຍທົ່ວ ໄປແລ້ວຍັງຕ່ຳ.

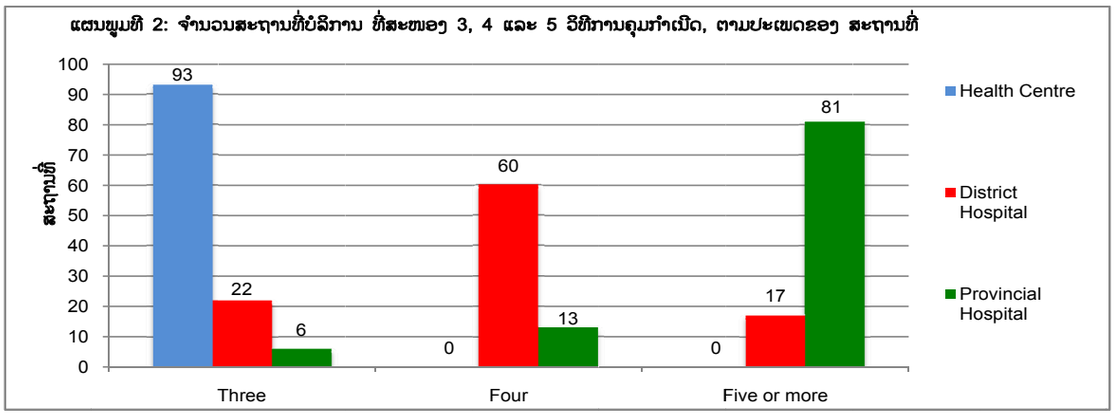
ສິ່ງທີ່ຄົ້ນພົບຂ້າງເທິງໂດຍສະເພາະແລ້ວແມ່ນໃນສະພາບ ຂອງຊຸມຊົນຢູ່ຊົນນະບົດແລະຫ່າງໄກສອກຫຼີກ. ປະສົບ ການໃນການມີວິທີການຄຸມກຳເນີດຂາດສາງແມ່ນເປັນທີ່ ຄຸ້ນເຄີຍດີສຳລັບຜູ້ສະໜອງບໍລິການແລະລູກຄ້າທີ່ໄດ້ສຳ ພາດເຊິ່ງແຕ່ລະບ່ອນ ມີການກຽມພ້ອມມີມາດຕະການສຳ ຮອງເພື່ອຂ້າມຜ່ານຊ່ອງຫວ່າງໄລຍະສັ້ນນັ້ນ. ການຫຼຸດ ຜ່ອນຄວາມສ່ຽງອາດເຫັນໄດ້ໃນຮູບແບບທີ່ສຸກສາລາຊີ້ຜະ ລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດຊະນິດດຽວກັນຈາກຜູ້ສະໜອງເອກ ະຊົນ, ສະໜອງຄຳແນະນຳໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າກ່ຽວກັບວິທີການ ອື່ນແລະປ່ຽນໄປເປັນວິທີການໄລຍະສັ້ນແບບອື່ນ.

ການສຳພາດກັບຜູ້ສະໜອງບໍລິການແລະລູກຄ້າຢັ້ງຢືນວ່າ ລູກຄ້າຄຸ້ນເຄີຍແລະເຊື່ອໝັ້ນວິທີການໄລຍະສັ້ນຄື: ການ ສັກຢາຄຸມກຳເນີດແລະຢາເມັດຄຸມກຳເນີດ. ສິ່ງນີ້ຢັ້ງຢືນ ໃນບົດລາຍງານການສຳຫຼວດ SAS, ເຊິ່ງໃນນັ້ນການສັກ ຢາຄຸມກຳເນີດ ແລະ ຢາເມັດຄຸມກຳເນີດມີອັດຕາເຄື່ອງ ຂາດສາງໜ້ອຍທີ່ສຸດ (ແຜນພູມທີ 1.). ສິ່ງນີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການສ້າງຄວາມຕ້ອງການຕໍ່ວິທີການໄລຍະຍາວແລະແບ ບຖາວອນຄວນຈະເພີ່ມຂຶ້ນເພື່ອສົ່ງເສີມການປະສົມປະ ສານວິທີການທີ່ເໝາະສົມສຳລັບວິທີການແບບໄລຍະສັ້ນ ເປັນໄລຍະຍາວ.



ອີງຕາມຊຸດບໍລິການ MNCH[74] ແລະ ທິດຊີ້ນຳ GPRHCS[75] ບົດລາຍງານການສຳຫຼວດໄດ້ເບິ່ງເຂົ້າໄປໃນ ຈຸດສະໜອງການບໍລິການຂັ້ນຕົ້ນ, ຂັ້ນສອງແລະຂັ້ນສູງ ແລະຈຳນວນວິທີການທີ່ໜ້ອຍສຸດ ທີ່ສະໜອງຢູ່ສະຖານ ທີ່ບໍລິການ[76]. ສິ່ງນີ້ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນແຜນພູມທີ 2. ສິ່ງນີ້ສົ່ງຜົນໃຫ້ເຫັນວ່າສຸກສາລາ ແລະໂຮງໝໍແຂວງແມ່ນ ໄປຕາມທິດທາງໃນການສະໜອງຈຳນວນ ວິທີການຄຸມກຳ ເນີດຕາມຈຳນວນທີ່ແນະນຳ ໃຫ້ມີຕ່ຳສຸດຢູ່ຂັ້ນສະຖານ ທີ່ບໍລິການ. ໝາກຜົນຍັງໄດ້ລະບຸເຖິງວ່າ ຈຳເປັນຕ້ອງມີການ ປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນກວ່າເກົ່າຢູ່ຂັ້ນໂຮງໝໍເມືອງ ເຊິ່ງມີ 60 ເປີ ເຊັນ ຂອງສະຖານທີ່ບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ ສາມາດສະໜອງ ຢ່າງໜ້ອຍ ແມ່ນສີ່ວິທີການຄຸມກຳເນີດ. ໃນເມື່ອລະບົບ ການສະໜອງແລະລະບົບພະລາທິການສູງກວ່າ ຂຶ້ນ, ໂດຍລວມແລ້ວ ສະຖານທີ່ບໍລິການທີ່ສະໜອງຈຳນວນວິ ທີການໃນລະດັບຕ່ຳສຸດຕາມມາດຕະຖານແຫ່ງຊາດ ແລະ ມາດຕະຖານສາກົນ.

ອີງໃສ່ການໄປເຮັດວຽກພາກສະໜາມ ທີ່ຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ, ສາ ມາດມີຂໍ້ສະຫຼຸບດັ່ງລຸ່ມນີ້. ໜຶ່ງ, ອີງການທີ່ນຳພາສຳລັບ ການຄຸ້ມຄອງການສະໜອງ ແລະລະບົບພະລາທິການມີ ປ່ອງໂອກາດເພື່ອຮັບປະກັນ ໃຫ້ມີການປັບປຸງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ແລະຂະຫຍາຍການມີສຳລັບວິທີການ LAPM ເຊັ່ນກັນ. ສອງ, ລູກຄ້າມີຄວາມເຂົ້າໃຈເລິກເຊິ່ງ ກ່ຽວກັບຜົນປະ ໂຫຍດຂອງເວລາທີ່ເໝາະສົມ ແລະການເອົາລູກຫ່າງ ແລະ ດັ່ງນັ້ນ ເຂົາເຈົ້າຈຶ່ງມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຮັບເອົາວິ ທີການຄຸມກຳເນີດ. ສຸດທ້າຍ, ໂຄງການວາງແຜນຄອບຄົວ ພາຍໃຕ້ຊຸດບໍລິການ MNCH ແລະ GPRHCS ໃຫ້ລູກ ຄ້າໃນເຂດຊົນນະບົດ ແລະເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກໄດ້ມີໂອ ກາດໄດ້ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບ ທາງເລືອກການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງຜະລິດຕະພັນການຄຸມກຳ ເນີດຖ້າເຂົາເຈົ້າ ເລືອກ. ເວົ້າອີກແນວໜຶ່ງ, ຄວາມສ່ຽງໃນການປ່ຽນການສະ ໜັບສະໜູນອອກໄປຈາກການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດ ຈະເກີດຂຶ້ນກັບປະຊາຊົນຜູ້ຢູ່ເຂດສອກຫຼີກຫຼາຍທີ່ສຸດ.



[73] WHO ແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2012), ພາບລວມການສະໜອງການບໍລິການສາທາລະນະສຸກໃນສປປລາວ, ວຽງຈັນສປປລາວ.
[74] Ibid ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ(2009).
[75] UNFPA (2013), ບົດລາຍງານປະຈຳປີຂອງແຜນງານລະດັບໂລກເພື່ອຍົກສູງການຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພຂອງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ, ນິວຢອກ, USA.DOI: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GPRHCS%20Annual%20Report%202013_web.pdf
[76] SAS (2014), ຕາຕະລາງທີ 4, ໜ້າທີ 23.

ການປັບປຸງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ

ການວິໄຈສະພາບການສາມາດຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບການລິເລີ່ມ ໃນປັດຈຸບັນທີ່ໄດ້ທົດລອງປັບປຸງການສະໜອງ ແລະການ ຄຸ້ມຄອງດ້ານພະລາທິການຂອງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະ ເລີນພັນຄື: ການນຳໃຊ້ຊອບແວຄວບຄຸມສາງ MSupply. ຊ້ອບແວນີ້ໄດ້ທົດລອງນຳໃຊ້ໃນສາມຂົງເຂດ. ໝາກຜົນ ເບື້ອງຕົ້ນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ລະບົບນີ້ຄົງຕົວເປັນຢ່າງດີຢູ່ ສາງຢູ່ພາກສະໜາມຢູ່ ເມືອງພິນ ແລະ ແຂວງສະຫວັນນະ ເຂດແລະແຂວງຄຳມ່ວນ. ໃນຂະນະທີ່ການລິເລີ່ມນີ້ສັນຍາ ໃຫ້ຮູ້ວ່າມີການປ່ຽນແປງຫຼາຍກວ່າເກົ່າທີ່ກຳລັງຈະເກີດຂຶ້ນ ເພື່ອປັບປຸງລະບົບ, ທີ່ປຶກສາສັງເກດເຫັນວ່າການກ້າວໄປ ຂ້າງໜ້າສູ່ວິທີການເນັ້ນໃສ່ຕະຫຼາດທັງໝົດ(TMA) ສຳລັບ ຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຈະເປັນການພິຈາລະ ນາທີ່ມີເຫດມີຜົນ.

ປະເພດການວາງແຜນຄອບຄົວສຳລັບ ສປປ ລາວ ສາມາດ ຈັດຕາມຄຸນລັກສະນະໄດ້ດັ່ງນີ້: ງົບປະມານລັດບໍ່ພຽງພໍ ທີ່ຈະສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວແບບບໍ່ເສ ຍຄ່າໃຫ້ແກ່ປະຊາຊົນທັງໝົດ, ແນວโน้มສຳລັບການຫຼຸດ ທຶນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ໃຫ້ທຶນ, ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຄວາມຕ້ອງ ການສຳລັບການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຜູ້ນຳໃຊ້ ໃນບາງສະພາບການ ມີຄວາມສາມາດຈ່າຍຄ່າບໍລິການແລະ ຄ່າຜະລິດຕະພັນໄດ້. ສິ່ງນີ້ສອດຄ່ອງກັບເງື່ອນໄຂທີ່ມີໃນ ປັດຈຸບັນໃນຫວຽດນາມ, ເຊິ່ງພາຍໃຕ້ສະພາບຄືແນວນັ້ນ ລັດຖະບານ ໃຫ້ບຸລິມະສິດການຄຸມກຳເນີດແບບບໍ່ເສຍ ຄ່າແລະແບບມີການຖົມຂຸມ ໃຫ້ແກ່ກຸ່ມຜູ້ທຸກຍາກ ຫຼືຜູ້ ດ້ອຍໂອກາດ ແລະເພີ່ມການເຮັດການຕະຫຼາດທາງສັງຄົມ ແລະ ການຂາຍຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດຜ່ານພາກເອກະ ຊົນ[77] . ອີງຕາມທ່ານເດຣກ (Drake) et al (2010), CPR ໃນຫວຽດນາມສຳລັບວິທີການແບບທັນສະໄໝ ແມ່ນ 68 ເປີເຊັນ ເຊິ່ງເປັນໝາກຜົນຂອງການປ່ຽນມາ ເປັນ TMA. ໃນຂະນະທີ່ມີຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ສຳຄັນລະຫວ່າງ ສປປ ລາວ ແລະຫວຽດນາມ ເຊັ່ນ: ຂະໜາດພົນລະເມືອງ, ພູມສັນຖານ ແລະຄວາມຮູ້ດ້ານສາທາລະນະສຸກ, ປະສົບ ການທີ່ໄດ້ຮັບໃນການນຳໃຊ້ວິທີການນີ້ ອາດໃຫ້ທິດທາງທີ່ ມີຄຸນຄ່າສຳລັບ ສປປ ລາວ. ນອກນັ້ນ, PSI, ຄູ່ຮ່ວມງານ ຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະອົງການ UNFPA, ຍັງ ມີປະສົບການອັນຍາວນານ ໃນຂົງເຂດການເຮັດການຕະ ຫຼາດສັງຄົມ, ແລະ ອຳນວຍຄວາມສະດວກດ້ານການຕະ ຫຼາດ ແລະການຂະຫຍາຍສາຂາແຟຣນຊາຍດ້ານສາທາລະ ນະສຸກ[78]. ພາຍໃຕ້GPRHCS TMA ແມ່ນໄດ້ຮັບການ ສະໜັບສະໜູນແລະກຳລະນີຂອງຫວຽດນາມຖືກນຳມາໃ ຊ້ເພື່ອສາທິດໃຫ້ເຫັນເຖິງວ່າ TMA ອາດເປັນວິທີການທີ່ ເໝາະສົມສຳລັບ ສປປ ລາວ.

4.9 ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວ

ພາຍໃນໄລຍະຫ້າປີຜ່ານມາເທົ່ານັ້ນ, ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ກ່ຽວກັບລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານແຫ່ງຊາດ ດ້ານສາທາລະ ນະສຸກ ໄດ້ຮັບການສຳເລັດການສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນດ້ວຍຄວາມ ພະຍາຍາມອັນຍາວນານ ໂດຍລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາເພື່ອສ້າງໃຫ້ລະບົບການຄຸ້ມຄອງຂໍ້ ມູນສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ຜະລິດຕະພັນມີຄວາມເປັນ ເອກະພາບ. ການລິເລີ່ມຫຼັກ ໃນດ້ານນີ້ແມ່ນການພັດທະ ນາ ແລະ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດແຜນຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດ ດ້ານລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານແຫ່ງຊາດ ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ສະບັບທຳອິດສຳລັບປີ 2009-2015[79]. ໃນຂະນະທີ່ລະ ບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ (HIS) ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ດ້ານການຄຸ້ມຄອງວຽກງານສາທາ ລະນະສຸກ (HMIS) ໄດ້ຄົງຕົວມາຫຼາຍປີແລ້ວ, ແຜນຍຸດ ທະສາດສຳລັບ ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະ ສຸກສຸມໃສ່ສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ແລະປັບປຸງ HMIS ດ້ວຍ ການສະໜັບສະໜູນນະໂຍບາຍ ແລະ ການສະໜອງຊັບ ພະຍາກອນໃຫ້ລະບົບຂໍ້ມູນ ແລະບຸກຄະລາກອນ, ການ ເຮັດໃຫ້ຕົວຊີ້ວັດ ດ້ານສາທາລະນະສຸກເປັນຈິງ ແລະມີ ການເຊື່ອມโยง, ປັບປຸງຄຸນນະພາບ ຂອງການບັນທຶກ, ການວິໄຈ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນດ້ານສາທາລະນະສຸກ[80]. FPSA ສຶກສາລະບົບຂໍ້ມູນດ້ານສາທາລະນະສຸກຈາກທັດ ສະນະຂອງທຸກພາກສ່ວນໃນລະບົບເຊິ່ງລາຍງານ ແລະ ນຳ ໃຊ້ຂໍ້ມູນSRH ໃນລະບົບສາທາລະນະສຸກໂດຍລວມ.

ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນເບື້ອງຕົ້ນ, ການຂາດຂໍ້ມູນທີ່ຖືກ ຕ້ອງກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ການບໍລິການ ແລະຜະລິດຕະພັນ ວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ມີຜົນທີ່ຕາມມາໃນການຄາດຄະເນ,

[77] Drake. J.K., Thanh. L., Suraratdecha. C., Thu. H,& Vail. J (2010), ທັດສະນະຂອງພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມກ່ຽວກັບວິທີການທີ່ເນັ້ນຕະຫຼາດທັງໝົດຕໍ່ກັບການວາງ ແຜນຄອບຄົວໃນຫວຽດນາມ,ປະເດັນດ້ານສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ2010; 18(36): 46 55 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36529-3

[78] ແວບໄຊຂອງອົງການສາກົນເພື່ອການບໍລິການປະຊາກອນ (Population Service International Website) http://www.psi.org/approach/social-franchising/#about

[79] ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2009), Nແຜນຍຸດທະສາດແຫ່ງຊາດກ່ຽວກັບລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກ2009-2015, ວຽງຈັນ, ສປປລາວ.DOI http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_LAO_StrPlan_Final_2009_03_en.pdf

[80] Ibid ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ (2009)

ການຈັດຊື້, ການແຈກຢາຍ ແລະທິດທາງທີ່ພາໃຫ້ເກີດມີກໍລະນີເຄື່ອງຂາດສາງເກີດຂຶ້ນ. ຜົນທີ່ຄົ້ນພົບສຳລັບພາກນີ້ແມ່ນຊີ້ວັດເຖິງສິ່ງທ້າທ້າຍ ໃນວົງກວ້າງໃນລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກໂດຍລວມ. ຜົນທີ່ຄົ້ນພົບທຳອິດກ່ຽວກັບຈຸດເນັ້ນທີ່ຕາຍໂຕ ໃນການໄຫຼວຽນຂອງຂໍ້ມູນ. ຜົນການຄົ້ນພົບທີສອງອະທິບາຍກ່ຽວກັບທິດທາງການລາຍງານຢູ່ແຕ່ລະຂັ້ນຂອງການສະໜອງບໍລິການ. ຜົນການຄົ້ນພົບທີສາມສຶກສາການເກັບມ້ຽນຂໍ້ມູນແລະຄວາມສ່ຽງຂອງການສູນເສຍຂໍ້ມູນ.

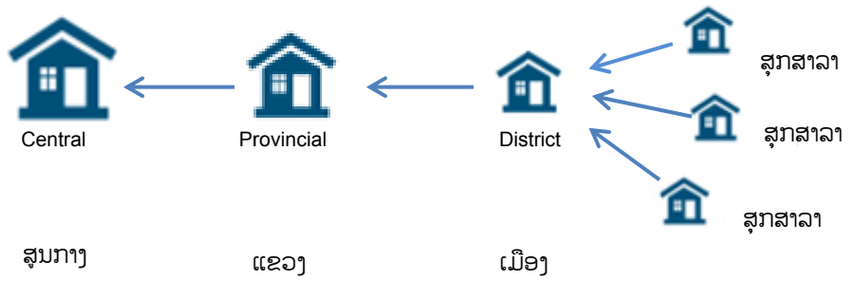
ສິ່ງຄົ້ນພົບແລະການວິໄຈ

ຂໍ້ມູນແລະການໄຫຼວຽນຂອງບົດລາຍງານໃນທິດທາງດຽວ

ພາຍໃຕ້ຊຸດບໍລິການ MNCH, ມີສອງລະບົບລາຍງານກ່ຽວກັບແຜນງານກາ

ສັກຢາກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ ແລະລະບົບສະໜອງຜະລິດຕະພັນຄຸມກຳເນີດ. ກົນໄກການລາຍງານ ແລະການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຢູ່ພາຍໃຕ້ໜ້າທີ່ຂອງ MCHC ໂດຍມີແມ່ແລະເດັກແຂວງ ແລະເມືອງ ປະກອບສ່ວນ ເຂົ້າໃນບົດລາຍງານການສະໜອງບໍລິການປະຈຳໄຕມາດ ແລະປະຈຳເດືອນ. ພະແນກສະຖິຕິໃນກະຊວງສາທາລະນະສຸກແລະໂດຍການປະສານກັບໜ່ວຍງານສະຖິຕິ ຢູ່ຂັ້ນແຂວງແລະຂັ້ນເມືອງເປັນອົງການນຳໜ້າໃນການເປັນຄັງສຳລັບຂໍ້ມູນສະຖິຕິກ່ຽວກັບລະບົບສາທາລະນະສຸກ ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ. ຕ້ອງໄດ້ລະບຸໄວ້ວ່າແບບຟອມລາຍງານສຳລັບຂໍ້ມູນການວາງແຜນຄອບຄົວຈາກພະແນກສະຖິຕິແລະ MCHC ມີໂຄງສ້າງທີ່ແຕກຕ່າງກັນເຖິງແມ່ນວ່າບາງຕົວຊີ້ວັດທີ່ເກັບມາແມ່ນຄືກັນ. ຜູ້ສະໜອງບໍລິການຢູ່ຂັ້ນໂຮງໝໍແຂວງ ແລະໂຮງໝໍເມືອງ ແລະສຸກສາລາ ໄດ້ມີການສັງເກດເຫັນວ່າໄດ້ຂຽນບັນທຶກປະຈຳວັນສຳລັບລູກຄ້າທີ່ເຂົ້າມາໃຊ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ. ສະຖານທີ່ບໍລິການຢູ່ຂັ້ນເມືອງໄດ້ອະທິບາຍວ່າ ເຂົາເຈົ້າສັງຮວມບົດລາຍງານປະຈຳເດືອນ ແລະຍື່ນໃຫ້ແມ່ແລະເດັກແຂວງ. ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມຂອງ ແມ່ແລະເດັກແຂວງ ອະທິບາຍວ່າເຂົາເຈົ້າສັງຮວມບົດລາຍງານເຫຼົ່ານີ້ ເປັນບົດລາຍງານປະຈຳໄຕມາດ. ບົດລາຍງານໄດ້ຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ຂັ້ນບໍລິຫານຂັ້ນຕ່ຳໄປ. ຜູ້ສະໜອງບໍລິການໄດ້ລາຍງານວ່າ ເຂົາເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳ ເຫັນຫຍັງກັບຄືນມາເລີຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ເຂົາເຈົ້າສະໜອງ. ການໄຫຼວຽນຂອງຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນເປັນແຜນວາດລຸ່ມນີ້ໃນແຜນວາດທີ 1: ການ ໄຫຼວຽນຂອງບົດລາຍງານ. ດັ່ງທີ່ຂໍ້ມູນປະກົດວ່າ ໄປໃນທິດທາງດຽວ, ມັນກໍ່ມີຂໍ້ຈຳກັດກ່ຽວກັບ ວິທີທີ່ຜູ້ສະໜອງ (ໂດຍສະເພາະຢູ່ຂັ້ນເມືອງ) ສາມາດນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນເພື່ອມາຕິດຕາມ ແລະ ວາງແຜນສຳລັບການສະໜອງບໍລິການ.

ແຜນພູມທີ 1: ສາຍການລາຍງານກ່ຽວກັບການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ



ປະເດັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງອີກອັນໜຶ່ງແມ່ນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ເກັບກຳໄດ້ແມ່ນເລັ່ງໃສ່ຕົວຊີ້ວັດເປົ້າໝາຍສະຫັດສະວັດ ແລະຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງຜູ້ໃຫ້ທຶນ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າໂຕຂັບເຄື່ອນສຳລັບ ການປັບປຸງລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ຈະແມ່ນຄູ່ຮ່ວມງານພາຍນອກສະເໝີ ແທນທີ່ຈະແມ່ນມາຈາກພາຍໃນລະບົບຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນຂ່າວສານເອງ ເພື່ອໃຫ້ມີການປັບປຸງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ. ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ດ້ານສາທາລະນະສຸກທີ່ລວມມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ການວາງແຜນຄອບຄົວແມ່ນເລັ່ງໃສ່ການແຈ້ງຂໍ້ມູນ ໃຫ້ແກ່ທິດທາງນະ�โยบายເປັນສ່ວນ ຫຼາຍ. ໃນຂະນະທີ່ສິ່ງນີ້ກໍ່ສຳຄັນ, ແຕ່ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ດ້ານສາທາລະນະສຸກກໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງ ສະໜັບສະໜູນຜູ້ສະໜອງບໍລິການໃນການຕິດຕາມ ການບໍລິການສາທາລະນະສຸກຢ່າງທັນການ ລວມທັງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ. ປະເດັນສຸດທ້າຍແມ່ນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ສຸມໃສ່ວັດແທກຄວາມຄືບໜ້າຢູ່ຂັ້ນຍຸດທະສາດ. ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກຂັ້ນແຂວງ ແລະຂັ້ນເມືອງເຂົ້າເບິ່ງບົດລາຍງານເປັນສ່ວນໜ້ອຍອາດຍ້ອນວ່າບໍ່ມີສະບັບພາສາລາວ ໃນບ່ອນເຮັດວຽກຂອງເຂົາເຈົ້າຫຼືແຮງຈູງໃຈທີ່ຈະເຂົ້າເບິ່ງເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ມີຈຳກັດ.

ພາລະດ້ານການລາຍງານສຳລັບຜູ້ສະໜອງບໍລິການ

ລະບົບຜົນການຄົ້ນພົບນີ້ ໄດ້ມາຈາກການສັງເກດຈາກພາກສະໜາມແລະການສຳພາດ. ຕ້ອງໄດ້ຮັບຮູ້ວ່າມີບັນດາການລິເລີ່ມຕ່າງໆ ແລະມາດຕະການຕ່າງໆ ໃນການສ້າງຄວາມເປັນເອກະພາບໃຫ້ລະບົບຕ່າງໆ ສຳລັບການເກັບກຳ, ການຢັ້ງຢືນຄວາມຖືກຕ້ອງ, ການວິໄຈ ແລະການນຳສະເໜີສະຖິຕິດ້ານສາທາລະນະສຸກ. ຊອບແວຂໍ້ມູນດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງເມືອງ2 (DHIS 2) ແມ່ນໜຶ່ງຕົວຢ່າງ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ໃນການປະຕິບັດຕົວຈິງຜູ້ສະໜອງບໍລິການແມ່ນປະເຊີນກັບ ພາລະການລາຍງານທີ່ຫຼາກຫຼາຍ, ເຊິ່ງພາໃຫ້ມີຄຳຜິດ ແລະຄວາມບໍ່ຖືກຕ້ອງຫຼາຍໃນຂໍ້ມູນທີ່ລາຍງານ. ຕົວຢ່າງມີແບບຟອມລາຍງານຫຼາຍຟອມທີ່ນຳໃຊ້. ແຕ່ລະໂຄງການພາຍໃນຊຸດບໍລິການ MNCH ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີແບບຟອມລາຍງານ ແຍກຕ່າງຫາກ (ສຳລັບແຕ່ລະຜູ້ໃຫ້ທຶນ). ບາງຜູ້ສະໜອງບໍລິການນຳໃຊ້ແບບຟອມເກົ່າ. ຕົວຢ່າງໜຶ່ງ, ແບບຟອມ DHIS 2 ທີ່ນຳໃຊ້ໂດຍພະແນກສະຖິຕິມີ ຮູບແບບທີ່ແຕກຕ່າງກັບແບບຟອມຂອງ MCH ທີ່ນຳໃຊ້ໂດຍຜູ້ສະໜອງບໍລິການ ຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການຢູ່ຂັ້ນແຂວງ ແລະຂັ້ນເມືອງ. ການຂາດຄວາມສະເໝີຕົ້ນສະເໝີປາຍລະຫວ່າງ ແບບຟອມອາດໝາຍເຖິງວ່າຂໍ້ມູນອາດບໍ່ເປັນເອກະພາບ ແລະ ການລາຍງານການເປັນວ່າ ບໍ່ ຖືກ ຕ້ອງແລະບໍ່ມີປະສິດທິພາບ.

ກ່ຽວກັບປະເດັນຂ້າງເທິງແມ່ນວ່າ ບັນດາຄຳຖາມຕ່າງໆຕັ້ງຂຶ້ນ ແນວໃດ. ແບບຟອມ DHIS 2 ຖາມທັງສອງຢ່າງທັງປະລິມານຢາຄຸມກຳເນີດທີ່ໄດ້ແຈກຢາຍ ແລະ ປະລິມານທີ່ສູນເສຍໃສ່ໃນຖັນດຽວກັນ. ການໄປພາກສະໜາມສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຢູ່ທຸກຂັ້ນລວມທັງຕົວແທນ CBD, ບໍ່ມີຜູ້ສະໜອງຜູ້ໃດບັນທຶກຈຳນວນລູກຄ້າຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບວິທີການຄຸມກຳເນີດ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ພາກຜ່ານມາ, ສິ່ງນີ້ແມ່ນບົດຮຽນສຳລັບການຄາດຄະເນ ແລະ ການສະໜອງເຄື່ອງເພີ່ມຕື່ມເທື່ອໃໝ່. ໃນກໍລະນີນີ້, ພາລະແມ່ນຍ້ອນວ່າມີຊ່ອງຫວ່າງໃນດ້ານຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງການສະໜອງບໍລິການ.

ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ໃນເມື່ອໜ່ວຍງານສະຖິຕິ ແລະMCHC ຢູ່ຂັ້ນແຂວງ ແລະ ຂັ້ນເມືອງກໍ່ຍັງເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຕົວຊີ້ວັດທີ່ຄ້າຍຄືກັນຫຼືອາດອັນດຽວກັນ, ເວລາໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກວດກາຂໍ້ມູນເພື່ອຄວາມຖືກຕ້ອງ ແລະ ເພື່ອວ່າມີຄວາມແຕກຕ່າງຫຍັງບໍ່ໃນການລາຍງານ.ເພື່ອແກ້ໄຂຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະມີຂໍ້ຜິດພາດໃນການລາຍງານ, ສູນຂອງຂັ້ນເມືອງ ແລະ ຂັ້ນແຂວງ ໄດ້ພະຍາຍາມຮັບປະກັນໃຫ້ມີ ການປ້ອນຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງດ້ວຍການ ໃຫ້ມີພະນັກງານໜຶ່ງຄົນເປັນຜູ້ຂຽນລາຍງານ. ສິ່ງນີ້ແມ່ນຍຸດທະສາດທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຍ້ອນວ່າຄວາມຮູ້ຂອງສະຖາບັນທັງໝົດແມ່ນຮັກສາໄວ້ກັບພະນັກງານຜູ້ດຽວ.

ຮູບແບບຂອງການເກັບມ້ຽນຂໍ້ມູນແລະຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການສູນເສຍຂໍ້ມູນ

ລະບົບການລາຍງານ ແລະລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານປັດຈຸບັນທີ່ສັງເກດເຫັນໃນລະຫວ່າງ ເຮັດວຽກພາກສະໜາມສ່ວນຫຼາຍແລ້ວແມ່ນອີງໃສ່ການບັນທຶກເປັນເຈ້ຍ. ສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຫຼາຍແຫ່ງ ບໍ່ສາມາດອັດສຳເນົາແບບຟອມເພີ່ມຕື່ມ, ແຕ່ບາງບ່ອນກໍ່ສັງເກດເຫັນວ່າມີການນຳໃຊ້ແບບຟອມແມ່ເດັກທີ່ເກົ່າແລ້ວ. ໃນດ້ານການຮັກສາແຟ້ມເອກະສານທີ່ຂຽນແລ້ວລຽງຕາມລຳດັບ, ສະຖານທີ່ບໍລິການຫຼາຍແຫ່ງສາມາດຄົ້ນຫາໄດ້ທັນທີ ແລະສະແດງແຟ້ມ ເອກະສານທີ່ບັນຈຸບົດລາຍງານສັງລວມປະເດັນດ້ານການຄຸມກຳເນີດ ແລະບັນທຶກປະຈຳວັນຂອງລູກຄ້າທີ່ມາໃຊ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ.

ມີສະຖານທີ່ບໍລິການພຽງເລັກນ້ອຍ ທີ່ນຳໃຊ້ໂປຣແກຣມເອັກແຊລສຳລັບປ້ອນຂໍ້ມູນ. ເປັນທີ່ສັງເກດເຫັນວ່າບໍ່ມີສະຖານທີ່ບໍລິການ ດ້ານສາທາລະນະສຸກບ່ອນໃດທີ່ມີການອັດສຳເນົາຟາຍເອເລັກໂຕຣນິກໄວ້. ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ການນຳໃຊ້ເອັກແຊລ ແມ່ນຈຳກັດຢູ່ພຽງແຕ່ການປ້ອນຂໍ້ມູນ ແລະໃຊ້ໜ້າທີ່ການງ່າຍໆເທົ່ານັ້ນ. ຟາຍເອັກແຊລບໍ່ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອສ້າງການວິໄຈຂໍ້ມູນທີ່ປ້ອນ. ສ່ວນຫຼາຍພະນັກງານສາທາ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມເອັກແຊລຂັ້ນພື້ນຖານໃດ. ທຸກແຜນການທີ່ຈະຜັນປ່ຽນລະບົບຂໍ້ມູນສາທາລະນະສຸກຈາກແບບໃຊ້ເຈ້ຍ ມາເປັນແບບໃຊ້ແວ້ບໄຊຕ້ອງເປັນທີ່ຮັບຮູ້ເຖິງຄວາມຈຳເປັນ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າພະນັກງານສາທາ ໄດ້ຮັບການປະກອບຄວາມຮູ້ຢ່າງເໝາະສົມເພື່ອໃຊ້ເຕັກໂນ�โลຊີໃໝ່ຕ່າງໆ.

ການຂ້າມຜ່ານໄປສູ່ລະບົບເອເລັກໂຕຣນິກ ໄດ້ຖືກຍົກຂຶ້ນມາຢູ່ໃນໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກພາກສະໜາມ ໂດຍອີງການ UNFPA. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ບ່ອນທີ່ລົງເກັບກຳຂໍ້ມູນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາເມືອງທີ່ນຳໃຊ້ໂປຣແກຣມ MSupply (ຊອບແວຕ່ອງໂສ້ການສະໜອງຢາ (pharmaceutical supply chain software)) ແລະເຖິງແມ່ນວ່າໜຶ່ງແຂວງໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມທົດລອງ, ແຕ່ບັນດາພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມ ບໍ່ໄດ້ຮັບການແຈ້ງ ໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບສະຖານະພາບ ແລະ ປະສິດທິຜົນຂອງລະບົບ. ໃນຂັ້ນສູນກາງ, ກະຊວງ

ສາທາລະນະສຸກລະບຸໄວ້ວ່າ MSupply ໃຊ້ການໄດ້ດີ ຢູ່ແຂວງຄຳມ່ວນ, ສະຫວັນນະເຂດ ແລະ ເມືອງພິນ.

FPSA ຮັບຮູ້ວ່າ ບັນດາການລິເລີ່ມແມ່ນກຳລັງດຳເນີນຢູ່ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ລະບົບຂໍ້ມູນສາທາລະນະສຸກ ມີຄວາມເປັນ ເອກະພາບ. ແນວໃດກໍ່ຕາມຊ່ອງຫວ່າງປັດຈຸບັນພາຍໃນ ການຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ມີບົດຮຽນສຳລັບການພັດ ທະນາຄວາມສາມາດ ແລະໃຫ້ສິ່ງທ້າທາຍທີ່ສຳຄັນຕໍ່ການ ບັນລຸລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານດ້ານສາທາລະນະສຸກທີ່ມີປະ ສິດທິຜົນ.

5 ຂໍ້ແນະນຳ

ການປະຕິບັດງານໃນບາງຂົງເຂດ ໄດ້ຖືກກຳນົດດ້ວຍ ຈຸດປະສົງ ໃນການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມບໍ່ສາມາດຕອບສະ ໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ປັບປຸງອັດຕາການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ (CPR) ໃຫ້ສູງຂຶ້ນ ໂດຍຜ່ານການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ແບບອາສາສະໝັກ ທີ່ມີຄຸນນະພາບດີ; ແລະ ການບໍລິ ການເຫຼົ່ານັ້ນ ຕ້ອງຖືກກຳນົດເປັນວຽກງານບູລິມະ ສິດ ຕາມກອບໄລຍະເວລາ ທີ່ແຕ່ລະຂໍ້ແນະນຳສາມາດ ຖືກປະຕິບັດໃຫ້ບັນລຸຜົນສຳເລັດ ເຊັ່ນຂໍ້ແນະນຳໄລຍະ ສັ້ນ, ກາງ ແລະ ຍາວ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍດີຜົນໄດ້ຮັບທີ່ ຄາດຫວັງໄວ້ ສຳລັບຂໍ້ແນະນຳເຫຼົ່ານີ້ກໍຈະມີຜົນສະ ທ້ອນອັນຍາວນານ.

ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະສັ້ນ

1.ພັດທະນາແຜນປະຕິບັດງານ ພ້ອມດ້ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ທີ່ອີງໃສ່ແຜນດຳເນີນງານການວາງແຜນຄອບຄົວແຫ່ງ ຊາດ ແລະ ຂໍ້ແນະນຳ ຂອງການວິໄຈສະພາບການຂອງ ວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ

ຂໍ້ແນະນຳ ຂອງການວິໄຈສະພາບການຂອງວຽກງານ ວາງແຜນຄອບຄົວ (FPSA) ແລະ ການປະຕິບັດງານ ຕາມທີ່ໄດ້ສະເໜີໄວ້ ໃນແຜນດຳເນີນງານການວາງແຜນ ຄອບຄົວແຫ່ງຊາດ ສຳລັບສົກປີ 2014-2015 ແລະ ພາຍໜ້າ[81] ຈະຕ້ອງຖືກພິຈາລະນາ ເພື່ອພັດທະນາແຜນ ປະຕິບັດງານ ພ້ອມດ້ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຊຶ່ງຈະກຳນົດລາຍ ລະອຽດກິດຈະກຳ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການດ້ານງົບປະ ມານ ແລະ ຊ່ອງຫວ່າງໃນການປະກອບທຶນຮອນສຳລັບ ຄວາມຕ້ອງການຕົ້ນຕໍເປັນຕົ້ນສິນຄ້າ, ການຝຶກອົບຮົມ, ການສື່ສານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງພຶດ ຕົກຳ ແລະ ການບໍລິ ການ.

2. ສະໜັບສະໜຸນການທົບທວນຄືນນະໂຍບາຍສຸຂະ ພາບ ຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ ເພື່ອນຳເອົາວິທີການ ທີ່ອີງໃສ່ ສິດທິປະກອບເຂົ້ານຳ

ການເສີມສ້າງຫຼັກການຊີ້ນຳ ເຊັ່ນສິດທິມະນຸດ, ຄວາມສະ ເໝີພາບ, ການບໍ່ຈຳແນກ ແລະ ກົນໄກສຳລັບຄວາມຍືນ ຍົງ ບໍ່ໄດ້ຖືກແກ້ໄຂຢ່າງເໝາະສົມໃນນະ�โยบาย ສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນແຫ່ງຊາດ ໃນປີ 2005 ແລະການທົບ ທວນຄືນນະໂຍບາຍ ໃນການສະໜອງການ ເຂົ້າເຖິງການ ວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ສິດທິ ໂດຍທົ່ວໄປຢູ່ໃນບັນ ດາວິທີການທັງໝົດສຳລັບສຸຂະພາບ ທາງເພດແລະ ສຸຂະ ພາບຈະເລີນພັນຈະເຕີມເຕັມ ແຜນດຳເນີນງານແຫ່ງຊາດ ກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ.

3. ດຳເນີນການສະໜັບສະໜຸນຕາມຫຼັກຖານ ກ່ຽວກັບ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິ

ການສະໜັບສະໜຸນຕາມຫຼັກຖານ ຕ້ອງມີຄວາມຍືນຍົງ ເພື່ອເພີ້ມຂໍ້ຜູກມັດ ຂອງຜູ້ກຳນົດນະໂຍບາຍ ຈາກກະ ຊວງສາທາລະນະສຸກ, ກະຊວງແຜນການ ແລະການລົງທຶນ ແລະ ກະຊວງການເງິນ; ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າສະພາແຫ່ງຊາດ ແລະ ຄະນະກຳມະທິການແຫ່ງຊາດເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າ ຂອງແມ່ຍິງ ກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຈະເລີນພັນການ

[81] ການເລັ່ງຜົນຄວາມຄືບໜ້າ ໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນ ສປປ ລາວ: ແຜນດຳເນີນງານການວາງແຜນຄອບຄົວແຫ່ງຊາດ ສຳລັບສົກປີ 2014-2015 ແລະ ພາຍໜ້າ (2013)

ວາງແຜນຄອບຄົວໂດຍສະເພາະ ແລະ ເພື່ອສົ່ງຜົນກະທົບ ຕໍ່ຂະບວນການຈັດສັນງົບປະມານ. ຈະຕ້ອງມີການກຳນົດ ກຸ່ມບຸກຄົນ ທີ່ມີຄວາມມຸ້ງໝັ້ນ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານທີ່ມີຈິດ ໜຶ່ງໃຈດຽວກັນ ຊຶ່ງເຕັມໃຈວາງແຜນ ແລະປະສານງານກິດ ຈະກຳສະໜັບສະໜູນ. ຈະຕ້ອງສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງສຳລັບ ຂີດຄວາມສາມາດແຫ່ງຊາດ ເພື່ອວິໄຈ ແລະ ກຳນົດເງື່ອນ ໄຂຄືນໃໝ່ ສຳລັບຂໍ້ມູນ ເພື່ອດຳເນີນການສະໜັບສະໜູນ ຕາມຫຼັກຖານ; ແລະ ຕ້ອງປັບປຸງການເຈລະຈາ, ການສື່ ສານທີ່ມີປະສິດທິພາບ ແລະ ທັກສະອື່ນໆຂອງ MCHC ແລະ ພະນັກງານຫ້ອງ ການປະ ຈຳປະເທດ ສຳລັບການ ສະໜັບສະໜູນ ແລະ ການສົນທະນາປຶກສາຫາລືດ້ານນະ �โยบาย.

4. ປະກອບເອົາການວາງແຜນຄອບຄົວເຂົ້າໃນກອບແລະ ແຜນພັດທະນາແຫ່ງຊາດ

ບັນດາຊຸດການບໍລິການ ພາຍໃຕ້ດຳລັດກ່ຽວກັບການສະ ໜອງການດູແລຮັກສາສຸຂະພາບ ແບບບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າສຳລັບ ເດັກນ້ອຍ ຕ່ຳກວ່າຫ້າປີຕ້ອງໄດ້ຮັບການ ຂະຫຍາຍອອກ ໃຫ້ກວມເຖິງການກວດສຸຂະພາບຫຼັງເກີດລູກ ແລະການ ຄຸມກຳເນີດ. MCHC ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານຈະຕ້ອງຕິດຕາມ ການປະກອບເອົາການວາງແຜນຄອບ ຄົວເຂົ້າໃນຊຸດພື້ນ ຖານການບໍລິການ MCH ດັ່ງທີ່ໄດ້ກຳນົດ ໄວ້ໃນກອບ ການປະຕິຮູບຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ ແລະປ້ອງກັນ ການປະກອບເຂົ້າດັ່ງກ່າວ ໃຫ້ຢູ່ພາຍໃຕ້ການປະກັນໄພ ສຸຂະພາບໂດຍທົ່ວໄປ ດ້ວຍບ້ວງງົບປະມານສຳລັບສິນ ຄ້າ, ອຸປະກອນ ແລະ ວັດຖຸປະກອນໃນການວາງແຜນ ຄອບຄົວ.

ຂໍ້ແນະນຳ ໄລຍະກາງ

1. ປັບປຸງຍຸດທະສາດການສື່ສານ ໃຫ້ກັບປະຊາກອນ ເປົ້າໝາຍ

ນຳໃຊ້ວິທີການທີ່ກຳນົດເປົ້າໝາຍ ແລະ ແບ່ງກຸ່ມສຳລັບ ການປ່ຽນແປງທາງດ້ານສັງຄົມ ແລະ ພຶດຕິກຳສຳລັບປະ ຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ ເຊັ່ນ ຄູ່ຜົນເມຍໃນເຂດຫ່າງໄກ ສອກຫຼີກ ແລະ ສຳລັບຜູ້ຊາຍໃນຊຸມຊົນຊົນຜົ່ງ, ໄວໜຸ່ມ ແລະ ໄວລຸ້ນທັງໃນເຂດຕົວເມືອງ ແລະຊົນນະບົດບ່ອນ ທີ່ຄວາມຕ້ອງການ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຕອບສະໜອງໃນລະດັບ ສູງ. ບັນດາສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ (NPA) ທີ່ສຸມ ໃສ່ໄວໜຸ່ມ ເຊັ່ນ ສູນບໍລິການນັກສຶກສາ ໃນສະຖາບັນການ ສຶກສາຊັ້ນສູງຂຶ້ນໄປ (ພາກລັດ ຫຼື ເອກະຊົນ) ຫຼື NPA ທີ່ສຸມໃສ່ຊາວໜຸ່ມ (ເຊັ່ນ ອາສະສະໝັກຮ່ວມງານໄວໜຸ່ມ ຊ່ວຍໄວໜຸ່ມ ໃນສະມາຄົມການສຶກສາ ແລະ ການພັດທະ ນາທາງດ້ານສາທາລະນະສຸກ) ຫຼື ກຸ່ມອາສາສະໝັກທ້ອງ ຖິ່ນ (ກຸ່ມສີລະປະກອນ ຄະນະເຂົ້າໜຽວ ແລະກຸ່ມໄວໜຸ່ມ ເຟລມ, FLAMES) ສາມາດມີສ່ວນຮ່ວມເພື່ອສະໜັບ ສະໜູນຍຸດທະສາດ ການສື່ສານທີ່ກຳນົດເປົ້າໝາຍ. ເຖິງ ວ່າໂດຍຜ່ານການນຳໃຊ້ ຮູບແບບດັ່ງເດີມໃນການສື່ສານ ຫຼື ສື່ສັງຄົມກົດຕາມ, ຍຸດທະສາດເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງໄດ້ຮັບການ ພັດທະນາ ໃຫ້ມີຄວາມສຳຄັນ ທາງດ້ານວັດທະນາທຳ. ນອກ ຈາກນີ້, ຍຸດທະສາດການສື່ສານລະຫວ່າງບຸກຄົນທີ່ ໄດ້ກຳນົດເປົ້າໝາຍຄວນຈະ ແກ້ໄຂການເຂົ້າໃຈຜິດແລະ ຄົ້ນຫາຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ອຸປະສັກຂອງແມ່ຍິງໃນການ ນຳໃຊ້ ການຄຸມກຳເນີດ (LARC).

2. ສະໜັບສະໜູນການສະໜອງການບໍລິການ ວາງແຜນ ຄອບຄົວ (FP)ອີງໃສ່ສິດທິ ທີ່ມີຄຸນນະພາບ

ປະຕິບັດຫຼັກການ ກ່ຽວກັບວິທີການອີງໃສ່ສິດທິ ໃນໄລຍະ ດຳເນີນການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສະໜອງການບໍລິການ ແລະ ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບໂດຍ ການຂະຫຍາຍການປະສົມປະສານ ວິທີການທີ່ຈະລວມ ເອົາການຄຸມກຳເນີດແບບສຸກເສີນ ແລະ ການສ້າງຄວາມ ຕ້ອງການສູງ ໃນການຄຸມກຳເນີດແບບໄລຍະຍາວຊົ່ວຄາວ ຊຶ່ງນຳໃຊ້ກັນບໍ່ຫຼາຍ (ຮ່ວງອານະໄມ) ຫຼື ທີ່ເປັນວິທີການ ໃໝ່ (ຢາຄຸມກຳເນີດຊະນິດຝັງໃຕ້ຜິວໜັງ). ການລວມ ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນໄລຍະການຖືພາ, ຫຼັງ ເກີດລູກ, ອາການແຊກຊ້ອນຫຼັງການເອົາລູກ ແລະ ໃນໄລ ຍະຕິດຕໍ່ຊັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດປະຈຳ ໃຫ້ກັບເດັກນ້ອຍ ຈະເພີ້ມການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຄວາມສະດວກໃຫ້ແກ່ລູກຄ້າ. ຂະບວນການວາງແຜນຂັ້ນແຂວງ ແລະ ເມືອງ ຄວນໃຫ້ ປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ ແລະ ທີ່ດ້ອຍໂອກາດ ມີສ່ວນ ຮ່ວມນຳ.

3. ສະໜັບສະໜູນ ແລະ ຂະຫຍາຍ ການບໍລິການສາທາ ລະນາສຸກດ້ານ ASRH ແບບເປັນມິດກັບໄວໜຸ່ມ

ນອກຈາກການສະໜັບສະໜູນ ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການບໍລິການ ຂອງໄວລຸ້ນ ແລະ ໄວໜຸ່ມ, ກົມກອງຂອງລັດຖະບານ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ທີ່ເປັນຄູ່ຮ່ວມງານກັບ INGOs, NPAs ແລະຕົວແທນ ຂອງໄວໜຸ່ມ ຈະຕ້ອງຂະຫຍາຍພາກປະຕິບັດຕົວຈິງທີ່ດີ ທີ່ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ສະຫວັນນະເຂດໄປຕົວ ເມືອງອື່ນໆ ບ່ອນທີ່ມີການເຄື່ອນຍ້າຍພາຍໃນ ຫຼື ມີນັກສຶກສາມະຫາວິທະຍາໄລຫຼາຍ. ເປັນສິ່ງຈຳເປັນທີ່

ຂໍ້ແນະນຳ

ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການບໍລິການປະກອບເຂົ້າ ໃນຫົວຂໍ້ ແລະການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວນຳ.ບັນດາ ວິທີການທີ່ປ່ຽນແປງໄດ້, ທີ່ມີຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະ ນາທຳ ເພື່ອຕອບສະໜອງຂອງຕ້ອງການຂອງ ໄວໜຸ່ມທີ່ດຳ ລົງຊີວິດ ໃນສະພາບການດ້ານສັງຄົມ ແລະວັດທະນະທຳ ທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການພັດທະນາຂຶ້ນ.

4. ການສ້າງຄວາມຫຼາກຫຼາຍ ແກ່ຊ່ອງທາງອື່ນ ສຳລັບ ການສະໜອງການບໍລິການ ແລະ ການຕະຫຼາດ

- *ການຮ່ວມງານລະຫວ່າງພາກລັດແລະເອກະຊົນ*
  ການຮ່ວມງານລະຫວ່າງຂະແໜງການພາກລັດແລະເ ອກະຊົນ ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມພະນັກງານຂະແໜງ ການສາທາລະນະສຸກ ກ່ຽວກັບການສະໜອງຮ່ວງອາ ນະໄມ IUD ໃນການປະສົມປະສານກັບກິດຈະກຳ ການສ້າງຄວາມຕ້ອງການ ຄວນໄດ້ຮັບການຂະຫຍາຍ ຕົວອອກໄປສູ່ແຂວງອື່ນໆ ແລະ ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມ ກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ຢາຄຸມກຳເ ນີດຊະນິດຝັງໃຕ້ຜິວໜັງ.

- *ການຕະຫຼາດເພື່ອສັງຄົມ*
  ການແຈກຢາຍ ກຸ່ມຜະລິດຕະພັນການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການສົ່ງເສີມພຶດຕິກຳຄຸມກຳເນີດ ທີ່ເຮັດໃຫ້ສຸຂະ ພາບດີ ໂດຍຜ່ານການຕະຫຼາດເພື່ອສັງຄົມ ຄວນມີການ ລິເລີ່ມນຳຄູ່ຮ່ວມງານ ເປັນຕົ້ນ PSI.

- *ພະນັກງານການຢາ*
  ພະນັກງານການຢາ ສາມາດໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ສະໜັບສະໜູນ ເພື່ອການສະໜອງຫຼາກຫຼາຍວິ ທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ເປັນບ່ອນສະໜອງຢາ ແລະ ຖົງຢາງອະນາໄມ ທີ່ຖືກສົ່ງເສີມຜ່ານການຕະ ຫຼາດເພື່ອສັງຄົມ.

ສິ່ງນີ້ປະກອບດ້ວຍການກວດກາ ຄວາມສາມາດເປັນໄປ ໄດ້ຂອງວິທີການຕະຫຼາດລວມ ສຳລັບສິນຄ້າການວາງ ແຜນຄອບຄົວ ຂອງ ສປປ ລາວ. ວິທີການເນັ້ນໃສ່ຄວາມ ຕ້ອງການຂອງຕະຫຼາດທັງໝົດ (TMA) ໃຫ້ພາກສ່ວນທີ່ ມີສ່ວນຮ່ວມທີ່ອີງໃສ່ໃຫ້ສາທາລະນະຊົນ, ການຄ້າ ແລະ ຊຸມຊົນ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການເພີ້ມການບໍລິການ ແລະ ຮັບຮອງຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບ ເຊັ່ນ ສິນຄ້າສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ.ຍຸດທະສາດຕ່າງໆ ທີ່ປະຕິບັດ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານ ທີ່ລວມມີການເຂົ້າເຖິງ ຜູ້ທຸກຍາກ ແລະ ກຸ່ມທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ ສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ຜະລິດຕະພັນດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າ ຫຼືໃນມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ, ໃນຂະນະທີ່ນຳໃຊ້ການຕະຫຼາດເພື່ອສັງຄົມເພື່ອໃຫ້ລູກຄ້າ ຜູ້ທີ່ມີຄວາມມຸ້ງຫວັງ ແລະ ສາມາດຈ່າຍສຳລັບການບໍລິ ການ ແລະ ຜະລິດຕະພັນມີສ່ວນຮ່ວມ.

5. ສົ່ງເສີມການແລກປ່ຽນການລະໂອກາດ ນຳສະມາຄົມທີ່ບໍ່ ຫວັງຜົນກຳໄລ (NPAs) ແລະ ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະ ບານຂອງສາກົນ (INGOs)

ຈັດຕັ້ງການແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການລະໂອກາດ ນຳຄູ່ຮ່ວມງານ INGO ແລະ NPA ກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍ ທີ່ພົວພັນກັບ MCH ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ອົງ ການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ ອາດປະກອບ (ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ) ດ້ວຍ ອົງການສຸພານິມິດລາວ (World Vision Laos), ອົງການແພລນສາກົນ (Plan International), ເຮືອນ ຮຽນຮູ້ ເພື່ອການພັດທະນາ (Learning House for Development) ແລະ ກຸ່ມພັດທະນາບົດບາດຍິງ-ຊາຍ (Gender and Development Association). ເຄືອຂ່າຍຂອງ INGO ເປັນຈຸດເລີ່ມຕົ້ນທີ່ມີປະສິດທິຜົນ ໃນການເຮັດໃຫ້ຄູ່ຮ່ວມງານ INGO ແລະ NPA ມີສ່ວນ ຮ່ວມ.ກ່ຽວກັບພາກສ່ວນເອກະຊົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ,ການວິໄຈ ສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ(FPSA) ບໍ່ໄດ້ຈຳແນກ ເຖິງບັນດາວິສາຫະກິດເອກະຊົນທີ່ແທດ ເໝາະຊຶ່ງເຄື່ອນໄຫວວຽກງານພາຍນອກ ດ້ວຍການສະ ໜອງ ການຄຸມກຳເນີດແບບທັນສະໄໝ, ເຖິງວ່າບັນດາ ໂຮງຮຽນເອກະຊົນ ອາດເປັນກຸ່ມພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງໜຶ່ງ ອີກ ທີ່ມີຄວາມອາດສາມາດບົ່ມຊ້ອນ.

6. ລົງທຶນໃນການສ້າງຂີດຄວາມສາມາດ ກ່ຽວກັບການ ວາງແຜນຄອບຄົວ ໂດຍສຸມໃສ່ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳ ໄລ ໃນແຂວງອື່ນໆ

ໄດ້ມີການເລີ່ມຊີ້ນຳ ແລະ ສ້າງຂີດຄວາມສາມາດ ກ່ຽວກັບ ການສົ່ງເສີມສະມາຄົມສຸຂະພາບຄອບຄົວ. ສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້ ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຕໍ່ໄປ ດ້ວຍການດຳເນີນວຽກງານ ເພື່ອຂະຫຍາຍສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ຫຼື ກຸ່ມອາສາ ສະໝັກ ໃນແຂວງອື່ນໆ ເພື່ອໃຫ້ມີຄວາມສາມາດ ບໍ່ພຽງ ແຕ່ໃນການເປັນຜູ້ສະໜອງການບໍລິການ ແຕ່ຍັງສາມາດຊີ້ ນຳກຸ່ມອື່ນທີ່ອີງໃສ່ຊຸມຊົນ ເພື່ອສົ່ງເສີມເປົ້າໝາຍຂອງການ ວາງແຜນຄອບຄົວ.

ຂໍ້ແນະນຳໄລຍະຍາວ

1. ພັດທະນາຍຸດທະສາດການສື່ສານແບບຄົບຊຸດ

CIEH, MCHC, INGOs ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານຕ້ອງ ພັດທະນາ ແລະ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ຍຸດທະສາດການສື່ສານ ແບບຄົບຊຸດ ສຳລັບການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳ,ຊຶ່ງແທດເໝາະ ທາງດ້ານວັດທະນາທຳ ເພື່ອເພີ້ມທະວີການປຸກຈິດສຳນຶກ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການສຳລັບການ ວາງແຜນຄອບຄົວ. ແນວຄວາມຄິດລິເລີ່ມກ່ຽວກັບການສື່ສານ ດ້ານສຸຂະພາບ ໃນທຸກຂັ້ນຄວນເຊື່ອມຕໍ່ຢ່າງໃກ້ສິດ ກັບການສະໜອງການ ບໍລິການ ແລະ ຜົນການດຳເນີນງານລວມທີ່ໄດ້ຮັບການຕິດ ຕາມ ກວດກາ.

2. ສະໜັບສະໜູນການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ໃຫ້ກັບການ ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ໂດຍຜ່ານການພັດທະນາທາງ ດ້ານສະຖາບັນ

MCHC, ກົມປົ້ນປ້ອສຸຂະພາບ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານອື່ນໆ ຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ເສີມສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງແກ່ການບໍລິການທີ່ ມີຢູ່ ໂດຍຜ່ານ: (i) ການຈັດຕັ້ງການຝຶກອົບຮົມກ່ອນ ແລະ ໃນໄລຍະການບໍລິການ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໜອງການບໍລິການ ກ່ຽວ ກັບການສະໜອງການບໍລິການອີງໃສ່ສິດທິ; ເສີມສ້າງ ຄວາມເຂັ້ມແຂງ ໃນທັກສະການໃຫ້ການປຶກສາ ແລະການ ສື່ສານລະຫວ່າງບຸກຄົນ ແລະ ຄວາມສາມາດດ້ານ ຄລີນິກ ໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບແນວທາງປະຕິບັດ ທີ່ດີທີ່ສຸດ; (ii) ໃຫ້ ການສະໜັບສະໜູນສຳລັບໂຄງລ່າງ ແລະ ການກຳນົດການ ຈັດຕັ້ງເພື່ອປັບປຸງຄຸນນະພາບການບໍລິການ ໃຫ້ດີຂຶ້ນ. ການໃຊ້ງານພະນັກງານ ສາທາລະນະສຸກແບບສະເໝີພາບ ແລະ ການຊັບຊ້ອນວຽກງານຈະຮັບໃຊ້ການ ເສີມສ້າງກຳລັງ ແຮງໃນຂົງເຂດທີ່ໄປເຖິງຍາກ. ໃນສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະ ດວກຂອງພາກລັດ ທີ່ເພີ້ມຕົວຂຶ້ນສູງ, ຕ້ອງພິຈາລະນາເຖິງ ການຈັດວາງຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ຜູ້ສະໜອງ LARC ທີ່ ອຸທິດຕົນເພື່ອຊ່ວຍວຽກຂອງພະນັກງານ ປະຈຳ.

ໃນບັນດາກຸ່ມ ການສ້າງກອບເສີມສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ໃຫ້ ແກ່ລະບົບສາທາລະນະສຸກຂອງ WHO, ຍຸດທະສາດ ການປະຕິຮູບຂະແໜງ ສາທາລະນະສຸກແຫ່ງຊາດ ໄດ້ສຸມ ໃສ່ການສະໜອງການບໍລິການ, ພະນັກງານສາທາລະນະ ສຸກ, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ຜະລິດຕະພັນທາງການແພດ,ການ ປະກອບທຶນ ແລະ ການເປັນຜູ້ນຳພາ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງ; ຊຶ່ງຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເສີມສ້າງໃຫ້ເຂັ້ມແຂງ ເພື່ອ ແກ້ໄຂຂໍ້ຂາດຕົກບົກຜ່ອງໃນລະບົບດັ່ງກ່າວ ແລະ ເພື່ອ ຮັບປະກັນການເຂົ້າເຖິງການ ວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ອີງໃສ່ ສິດທິ. ພາກລັດຈະຕ້ອງໄດ້ວາງແຜນການຮ່ວມງານກັບ ພາກລັດ ແລະ ອົງການທີ່ບໍ່ແມ່ນລັດຖະບານ ສຳລັບກົນ ໄກການສະໜອງການບໍລິການແບບຂະຫຍາຍຕົວ ແລະ ທີ່ມີນະວັດຕະກຳ.

3. ດຳເນີນການສຳຫຼວດຂໍ້ມູນ

ການສຳຫຼວດຂໍ້ມູນເພື່ອກຳນົດ ແລະແກ້ໄຂຕຳນານ ແລະ ການເຂົ້າໃຈຜິດ ກ່ຽວກັບການຈະເລີນພັນ ແລະການຄຸ້ມ ກຳເນີດ ແລະ ມາດຕະຖານສັງຄົມກ່ຽວກັບການວາງແຜນ ຄອບຄົວ ແລະ ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ; ຂໍ້ມູນດ້ານພຶດຕິ ກຳກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ຂອງໄວລຸ້ນ ແລະໄວໜຸ່ມ; ແລະປັດໄຈທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບ ຕໍ່ພຶດຕິກຳ ໃນການຊອກຫາດູແລຮັກສາສຸຂະພາບ ແລະ ການຕັດສິນໃຈ ດ້ານນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບການວາງແຜນ ຄອບຄົວ ແລະ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນ ພັນ. ສາມາດມີການສ້າງເອກະສານ ຫຍໍ້ກ່ຽວກັບນະໂຍ ບາຍ ຈາກຜົນການສຳຫຼວດ ແລະ ນຳໃຊ້ບົດລາຍງານໃນ ການສົນທະນາປຶກສາຫາລື ນຳຜູ້ຕັດສິນແກ້ໄຂບັນຫາ.

4. ນຳໃຊ້ຫຼາກຫຼາຍແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ເພື່ອກຳນົດ ແລະ ເຂົ້າໃຈບັນຫາ ກັບ RHSC ດີຂຶ້ນ

ການພິຈາລະນາທີ່ເຂັ້ມງວດ ກ່ຽວກັບຫຼາກຫຼາຍແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານ ແລະ ມິຕິຕ່າງໆກ່ຽວກັບບັນຫາຈະຊວ່ຍໃຫ້ກຳ ນົດ ແລະ ເຂົ້າໃຈບັນຫາ RHSC ດີຂຶ້ນ. ສ່ວນຮ່ວມໃນ ການວາງແຜນ ແລະ ຜົນກະທົບຈະມີຢ່າງກ້ວາງຂວາງ ຕໍ່ຊຸມ ຊົນທີ່ຂາດຂໍ້ມູນຂ່າວສານໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການບໍລິການ. ພ້ອມດຽວກັບການນຳໃຊ້ມາດຕະການທາງ ດ້ານສະຖິຕິ ແລະ ຈຳນວນ ຈາກຂະບວນການສຳຫຼວດການ ມີຜະລິດຕະພັນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ໃນສາງ (SAS) ໂດຍສະເພາະ, ຍັງມີຂອບຂ່າຍທາງດ້ານຄຸນນະພາບ ເພື່ອ ຄົ້ນຄວ້າວິທີການທີ່ຜູ້ສະໜອງແລະລູກຄ້າ ຫຼຸດຜ່ອນບັນຫາ ກ່ຽວກັບການຂາດຜະລິດຕະພັນໃນສາງ.

5. ປັບປຸງ ແລະ ສ້າງຂີດຄວາມສາມາດ ສຳລັບລະບົບຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານ ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ

ກ່ຽວກັບລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ, ການວິໄຈສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ (FPSA) ຮັບຮູ້ວ່າ ເພື່ອໃ ຫ້ການປັບປຸງໃນຂົງເຂດດັ່ງກ່າວນີ້ ມີປະສິດທິຜົນ ຈະຕ້ອງ ມີເວລາ, ການປັບປ່ຽນ ແລະ ຂໍ້ຜູກມັດໄລຍະຍາວ.

- *ບຸກຄະລາກອນ*

ໃຫ້ສືບຕໍ່ດຳເນີນການບຳລຸງ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມໃນໄລຍະການ ບໍລິການ ໂດຍເນັ້ນໃສ່ການເຂົ້າໃຈ ກ່ຽວກັບການປ້ອນຂໍ້ ມູນ, ການຕິດຕາມກວດກາ, ການດຳເນີນການແກ້ໄຂບັນ ຫາ ແລະ ການປະຕິບັດຕາມ. ໃຫ້ສ້າງເຄື່ອງມືປະຕິບັດການ ເພື່ອເສີມສ້າງພາກປະຕິບັດຕົວຈິງທີ່ດີ ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງ

ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ເຊັ່ນ ການສະໜອງພິດຈະນານຸກົມເພື່ອອະທິບາຍຕົວຊີ້ວັດ, ການພັດທະນາບ່ອນເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນ ແລະ ແຜນວາດກ່ຽວກັບການລາຍງານ. ທ້າຍສຸດນີ້, ໃຫ້ຮັບປະກັນວ່າຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານທີ່ໄດ້ລາຍງານສຳລັບຕົວຊີ້ວັດຕົ້ນຕໍ ໄດ້ຖືກສະແດງໃຫ້ເຫັນ ແລະ ປັບໃຫ້ທັນກັບເວລາປັດຈຸບັນ ຢູ່ສະຖານທີ່ໃຫ້ການ ບໍລິການ.

- *ຂະບວນການການບັນທຶກ ແລະ ການລາຍງານ*

ໃຫ້ເລັ່ງການປະສານກັນ ຂອງຮູບແບບການລາຍງານ ລະຫວ່າງບັນດາກົມກອງ ໃນຂະນະທີ່ທົບທົວນຄືນ ແລະ ໃຫ້ຄວາມກະຈ່າງແຈ້ງຕໍ່ຄຳຖາມທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ຫົວຂໍ້ກ່ຽວກັບຮູບແບບການເກັບກຳຂໍ້ມູນ ທີ່ໜ້າສົງໃສ. ພ້ອມນັ້ນ, ໃຫ້ຮັບປະກັນວ່າພະນັກງານສາທາລະນະສຸກໃນທຸກຂັ້ນ ແລະ ໂດຍສະເພາະຂັ້ນໂຮງໝໍເມືອງ ແລະ ສຸກສາລາສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ບົດລາຍງານທີ່ໄດ້ເກັບກຳໄວ້.

- *ເຕັກໂນໂລຊີຂໍ້ມູນຂ່າວສານ*

ໃຫ້ກອບເວລາທີ່ເໝາະສົມ ສຳລັບລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານເພື່ອຂ້າມຜ່ານໄປສູ່ລະບົບທີ່ໃຊ້ເວັບ. ໃຫ້ສືບຕໍ່ສະໜັບສະໜູນບຸກຄະລາກອນ ດ້ວຍການສ້າງໜ່ວຍງານຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານເຕັກໂນໂລຊີ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ຕາມການຮຽກເອີ້ນສຳລັບລະບົບທີ່ໃຊ້ເວັບ. ສຸດທ້າຍນີ້, ໃຫ້ຈັດການຝຶກອົບຮົມໃນທຸກຂັ້ນຢ່າງພຽງພໍ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໜອງຢູ່ຈຸດສະໜອງການບໍລິການ ເພື່ອປັບປຸງທັກສະດ້ານເຕັກໂນໂລຊີ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການຮູ້ນຳໃຊ້ຄອມພິວເຕີ.

6 ຂໍ້ສະຫຼຸບ ແລະ ບົດຮຽນ ທີ່ສາມາດຖ່າຍ ທອດໄດ້

ການວິໄຈສະພາບການຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ໄດ້ມີມູນມອງໄລຍະຍາວ ກ່ຽວກັບການວິໄຈນະໂຍບາຍ ໃນການສະໜັບສະໜູນສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະການ ວາງແຜນຄອບຄົວ.ເຖິງຢ່າງໃດກໍດີ,ກ່ຽວກັບການທົບທວນ ຄືນບັນດາແຜນງານ, ໄດ້ມີການສຸມໃສ່ແຜນງານທີ່ໄດ້ຈັດ ຕັ້ງປະຕິບັດ ໃນໄລຍະບໍ່ດົນມານີ້.ການທົບທວນຄືນເອກະ ສານ ແລະ ການສຳພາດໃນຂັ້ນສູນກາງ ໄດ້ຮັບການຢືນ ຢັນດ້ວຍຜົນການສຳຫຼວດຈາກ ພາກສະໜາມຊຶ່ງໄດ້ເນັ້ນ ໃສ່ ບັນດາແຂວງທີ່ໄດ້ລົງຢ້ຽມ ຢາມ.

ນັບແຕ່ປີ 1995 ເມື່ອນະໂຍບາຍມີລູກຫ່າງ ໄດ້ຖືກພັດ ທະນາຂຶ້ນມາ, ໄດ້ມີການທົດລອງເລີ່ມຕົ້ນກິດ ຈະກຳວາງ ແຜນຄອບຄົວ ຊຶ່ງໄດ້ຮັບແຮງຊຸກຍູ້ພາຍໃຕ້ນະໂຍບາຍ ແຫ່ງຊາດຕົ້ນຕໍ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (2005). ກິດຈະກຳແລະແຜນງານຕ່າງໆກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວ ແລະ ສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ ໄດ້ຖືກດຳເນີນ, ໃນຂະ ນະທີ່ດ້ານອື່ນ ບໍ່ທັນໄດ້ຖືກກວມເອົາເພື່ອປະກອບເຂົ້າໃນ ນະໂຍບາຍທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ຢ່າງຄົບຊຸດ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ແມ່ຍິງ ແລະ ຜູ້ຊາຍ ມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການວາງແຜນ ຄອບຄົວ; ເຂົາເຈົ້າຮູ້ຫຼາຍປະເພດວິທີການທີ່ທັນສະໄໝ, ບ່ອນທີ່ສາມາດໄດ້ວິທີການທີ່ແຕກຕ່າງໃນສະຖານທີ່ຂອງ ພາກລັດ ຫຼື ເອກະຊົນ. ຄຽງຄູ່ກັບການຍອມຮັບທີ່ຫຼາຍ ຂຶ້ນ ແລະ ຄວາມຮູ້ທີ່ເພີ້ມຂຶ້ນກ່ຽວກັບການວາງ ແຜນ ຄອບຄົວ, ກໍມີຫຼາກຫຼາຍວິທີການທັນສະໄໝທີ່ຄົບຊຸດ ຢູ່ ຈຸດບໍລິການຂອງພາກລັດແລະເອກະຊົນ.

ໃນບັນດາຄູ່ຮ່ວມງານພັດທະນາ, UNFPA ເປັນຜູ້ມີບົດ ບາດສຳຄັນ ສຳລັບແຜນງານສຸຂະ ພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານຕົ້ນຕໍສຳລັບການຈັດຊື້ສິນຄ້າຄຸມກຳເນີດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນອື່ນໆ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍດີ, ພ້ອມກັບ ການຂະຫຍາຍຕົວຂອງເສດຖະກິດຢ່າງແຂງແຮງ ພາຍໃນ ປະເທດ ແລະຂໍ້ຜູກມັດຕໍ່ການດູແລຮັກສາສຸຂະພາບໃນ ທົ່ວໂລກ ເຖິງປີ 2020-ຈຸດສຸມ ຂອງຄູ່ຮ່ວມງານພັດ ທະນາ ໄດ້ປ່ຽນແປງໂດຍຫັນໄປສູ່ການ ຄຸ້ມຄອງ,ການວາງ ແຜນຂອງຂະແໜງການ ແລະການພັດທະນາແບບຍືນຍົງ ຫຼາຍກວ່າ. MoH ແລະ MCHC ຈະຕ້ອງແກ້ໄຂບັນ ຫາເປັນຕົ້ນ ກ່ຽວກັບການຂາດດຸນງົບປະມານ ແຫ່ງລັດ ເພື່ອສະໜອງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃຫ້ແກ່ປະ ຊາກອນທັງໝົດ ແບບບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າ, ແນວໂນ້ມໃນການ ຫຼຸດຜ່ອນ ທຶນຮອນຈາກຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການ ເພີ້ມຂຶ້ນ ສຳລັບການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ ອີງໃສ່ ສິດທິ ທີ່ມີຄຸນນະພາບ. ໃນວິທີການຄົບຊຸດເພື່ອປັບປຸງສຸ ຂະພາບຈະເລີນພັນ, ສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ຕ້ອງໄດ້ ເນັ້ນເຖິງບົດບາດສຳຄັນຕົ້ນຕໍ ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະສາຍພົວພັນຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວກັບເປົ້າໝ າຍ ການພັດທະນາ. ມີຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງມີການປັບປຸງ ໃນ ດ້ານອັດຕາການປົກຄຸມ ແລະຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິ ການ, ໂດຍສະເພາະສຳລັບປະ ຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງແລະ ດ້ອຍໂອກາດ. ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ປະກອບດ້ວຍ ການລົງທຶນທີ່ເພີ້ມ ຂຶ້ນໃນທຸກດ້ານ ຂອງລະບົບສາທາລະນະສຸກເຊັ່ນ ໂຄງລ່າງ ທາງດ້ານວັດຖຸປະກອນເພື່ອ ສະໜອງການບໍລິການ, ຂີດ ຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ສະໜອງ, ລະບົບການຈັດສົ່ງສິນຄ້າ, ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານການຄຸ້ມຄອງທາງດ້ານສາທາລະ ນະສຸກ ແລະ ແຜນງານການສື່ສານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ ພຶດຕິກຳ (BCC) ໃນລະດັບບຸກຄົນ ແລະ ຊຸມຊົນ.

ສຸດທ້າຍນີ້ ການວິໄຈສະພາບການຂອງວຽກງານວາງແຜນ ຄອບຄົວ (FPSA) ຕ້ອງການນຳສະເໜີ ພາກປະຕິບັດ ຕົວຈິງທີ່ດີ ສາມຢ່າງ ເພື່ອເປັນແບບຢ່າງ ໃນການຊີ້ນຳ ການວາງແຜນງານໃນອະນາຄົດ.

1. ປັດໄຈທີ່ປະກອບສ່ວນໃສ່ຄວາມຍືນຍົງຂອງໂຄງການ ການແຈກຢາຍອີງໃສ່ຊຸມຊົນ ຢູ່ແຂວງສາລະວັນ

ພາຍຫຼັງໂຄງການການແຈກຢາຍອີງໃສ່ຊຸມຊົນ (CBD ມາ ເຖິງຂັ້ນທ້າຍ ຜ່ານການດຳເນີນການປະຕິບັດງານເປັນ ເວລາ ຫ້າປີ ພາຍໃຕ້ການສະໜັບສະໜູນຂອງ UNFPA, ຢູ່ ເມືອງສາລະວັນ[82] ຍ້ອນຂໍ້ຜູກມັດ ຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ສາທາລະ ນະສຸກແຂວງ ແລະ ເມືອງ, ມີຕົວແທນ CBD ສອງຫົວ ໜ່ວຍທີ່ຍັງສາມາດສືບຕໍ່ໜ້າທີ່ວຽກງານຕົນ ພາຍໃນກຸ່ມ ບ້ານດຽວກັນ.

ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນຜົນສຳເລັດຂອງໂຄງການ CBD:

ຂະບວນການແບບມີສ່ວນຮ່ວມ ທີ່ພົວພັນກັບພາກສ່ວນ ກ່ຽວຂ້ອງຕົ້ນຕໍ

ການມີສ່ວນຮ່ວມ ຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ສາທາລະນະສຸກໃນໄລ ຍະໂຄງການໄດ້ສ້າງຂໍ້ຜູກມັດ ແລະສ້າງການເປັນເຈົ້າການ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າ ໄດ້ມີການພິຈາລະນາບັນຫາຕ່າງໆຈາກ ຫຼາຍມຸນມອງ ແລະ ໄດ້ມີການຕັດສິນໃຈແບບເປັນໝູ່ຄະ ນະກ່ຽວກັບວິທີ ດຳເນີນການໃນສະພາບການສະເພາະ ຂອງທ້ອງຖິ່ນ.

ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັນ ຂອງການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ

ການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັນຕາມຂະໜາດ ບາງຢ່າງ.ໄດ້ມີການແກ້ໄຂຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ(RH) ທີ່ສຳຄັນ ແລະ ໄດ້ມີຄວາມອາດສາມາ ດຍົ່ມຊ້ອນສຳລັບຜົນກະທົບຕົ້ນຕໍ ດ້ານສາທາລະນາສຸກ. ໄດ້ມີການອີງໃສ່ຫຼັກຖານທີ່ດີ ແລະ ຄວາມເປັນໄປໄດ້ ໃນ ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງທ້ອງຖິ່ນ ບ່ອນປະຕິບັດງານ.

ປັບປ່ຽນການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ ໃຫ້ແກ່ສະຖານທີ່ຕັ້ງດ້ານສັງ ຄົມ-ວັດທະນາທຳ

ການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຖືກສ້າງຕາມຮູບແບບທີ່ມີຢູ່ ຂອງ ອົງການຈັດຕັ້ງສັງຄົມ, ຄຸນຄ່າ ແລະ ປະເພນີທ້ອງຖິ່ນທີ່ ພາໃຫ້ສາມາດຍອມຮັບໄດ້. ສະນັ້ນ, ຈຶ່ງເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ ຈະອອກແບບການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ວຍວິທີທາງທີ່ສອດ ຄ່ອງກັບຄຸນຄ່າຂອງຊຸມຊົນ ແລະ ສະຖາບັນທາງສັງຄົມ. ໂດຍສ່ວນໃຫຍ່ ໃນການປະຕິບັດວຽກງານ ໄດ້ມີສາຍ ພົວພັນຢ່າງໃກ້ສິດ ລະຫວ່າງຕົວແທນ CBD ແລະຄະນະ ກຳມະການສາທາລະນະສຸກບ້ານ, ແລະ ການຄັດເລືອກຕົວ ແທນ CBD ໂດຍຄະນະກຳມະການໃດໜຶ່ງທີ່ປະກອບ ດ້ວຍນາຍບ້ານ ສະແດງເຖິງການຮັບຮອງເອົາບົດບາດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງເຂົາເຈົ້າໂດຍປະລິຍາຍ.

ໃຫ້ຮັກສານະວັດຕະກຳ ແບບງ່າຍດາຍເທົ່າທີ່ເປັນເປັນໄດ້

ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງຕົວແທນCBDແມ່ນການສະໜອງ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດ, ການໃຫ້ຢາຄຸມ ແລະ ຖົງຢາງອະນາໄມ (ແລະ ບ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ, ຢາສັກ) ແລະສົ່ງ ຄູ່ຜົວເມຍ ໄປສະຖານທີ່ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ສຳ ລັບວິທີການຄຸມກຳເນີດແບບໄລຍະຍາວຊົ່ວຄາວ ແລະ ຖາວອນ. ການເຂົ້າຊ່ວຍຍິ່ງງ່າຍດາຍ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ກໍຍິ່ງຈະສະດວກໃນພາຍໜ້າ. ຄວາມສະຫຼັບຊັບຊ້ອນຂອງ ນະວັດຕະກຳ ຕ້ອງກົງກັບຂີດຄວາມສາມາດຂອງອົງການທີ່ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ.

ປະເມີນຜົນ ແລະ ສ້າງເອກະສານ ກ່ຽວກັບຂະບວນການ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ

ນອກຈາກການສຸມໃສ່ຜົນໄດ້ຮັບແລະຜົນກະທົບດ້ານສຸຂະ ພາບແລ້ວ, ການປະເມີນຜົນ ແລະການສ້າງເອກະສານ ກ່ຽວກັບຂະບວນການນັ້ນ ຊຶ່ງການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຮັບ ການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ໃນໄລຍະການທົດລອງ ຫຼື ການສຳ ຫຼວດອື່ນທີ່ເປັນແຜນງານ ກໍເປັນສິ່ງສຳຄັນເຊັ່ນກັນ.ການ ສ້າງເອກະສານ ກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນທີ່ໄດ້ດຳເນີນການເພື່ອ ໃຫ້ບັນລຸຜົນ ຈະຊ່ວຍກຳນົດສິ່ງທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ກຽມໃຫ້ ສຳເລັດ ເພື່ອຈັດຕັ້ງປະຕິບັດການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອໃນລະດັບ ທີ່ໃຫຍ່ກວ່າໃນພາຍຫຼັງ.

ການປະເມີນຜົນໜຶ່ງ ໄດ້ສັງເກດເຫັນ ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັນ ແລະ ປະສິດທິຜົນ ຂອງການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ, ແຕ່ໄດ້ເຕືອນວ່າ ລູກຄ້າ CBD, ໂດຍສະເພາະແມ່ຍິງທີ່ໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ ແບບກິນຢາ, ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຢຸດຢາຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການປ່ຽນແປງ/ການວາງແຜນທາງອອກ ກໍເປັນສິ່ງສຳຄັນ ກ່ອນຈະສິ້ນສຸດການສະໜັບສະໜູນ ຂອງ UNFPA ສຳລັບແຜນງານ CBD.ໄດ້ມີການແນະນຳວ່າ UNFPA ປະຈຳ ສປປ ລາວ ຄວນສືບຕໍ່ສະໜັບ ສະໜູນແຜນງານ

[82] ໃນໄລຍະການວິໄຈສະພາບການຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ(FPSA), ສາລະວັນເປັນສະຖານທີ່ດຽວ ພາຍໃນສາມແຂວງພາກໃຕ້ ທີ່ໄດ້ລົງຢ້ຽມຢາມ, ສະນັ້ນການສັງເກດການ ຈຶ່ງຈຳກັດສຳລັບເມືອງນີ້.

ເຫຼົ່ານີ້ ດ້ວຍຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ວ່າ ບັນຫາປັດຈຸບັນ (ການຂາດຜະລິດຕະພັນໃນສາງ, ການຊັກຊ້າຂອງການຊຳລະ, ການຝຶກອົບຮົມທີ່ຈຳກັດ ແລະ ການຢ້ຽມຢາມສະໜັບສະໜູນພາກສະໜາມເພື່ອຄຸ້ມຄອງກວດກາ, ແລະ ການລົງຢ້ຽມຢາມຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ທັນພຽງພໍ) ໄດ້ຖືກນຳສະເໜີໃຫ້ແກ້ໄຂ[83].

ໂຄງການທົດລອງ ແລະ ການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ແບບມີແຜນງານ ທີ່ມີນະວັດຕະກຳດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຖືກທົດສອບ ໂດຍສ່ວນໃຫຍ່ໃນລະດັບນ້ອຍສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນໄດ້ຮັບທີ່ໜ້າປະທັບໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍດີ, ອິດທິພົນຂອງໂຄງການ ແລະ ການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານັ້ນມັກຈະຍັງມີຂອບເຂດຈຳກັດ ໃນຂົງເຂດເປົ້າໝາຍເດີມ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນບໍ່ຍືນຍົງ. ຄວາມຕ້ອງການ ຂອງຄວາມຍືນຍົງ (ແລະການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດໃນລະ ດັບໃຫຍ່) ຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງຄຳນຶງເຖິງໄລຍະເວລາຂອງການທົດລອງ ຫຼື ການທົດສອບພາກສະໜາມ.

2. ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບໄວໜຸ່ມ ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ

ສູນສຸຂະພາບໄວໜຸ່ມແລະການພັດທະນາ ທີ່ວຽງຈັນ ໄດ້ຖືກສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນໃນປີ 2001 ເພື່ອສະໜອງການບໍລິການຄລີນິກສະເພາະທາງເພດ, ໂທລະສັບສາຍດ່ວນ, ແລະ ກິດຈະກຳພາຍນອກສຳລັບໄວໜຸ່ມ. ມີຈຳນວນຊາວໜຸ່ມເພີ້ມຂຶ້ນ ທີ່ຊອກຫາຄຳປຶກສາຫາລືຜ່ານໂທລະສັບສາຍດ່ວນ ແລະ ການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດໃນບັນດາລູກຄ້າ, ທັງໃນໄລຍະໂທລະສັບສາຍດ່ວນ ແລະກິດຈະກຳພາຍນອກ[84]. ນັບແຕ່ປີ 2008, ການເປັນຄູ່ຮ່ວມງານ ແລະ ການເຊື່ອມສານ ໄດ້ຖືກກໍ່ຕັ້ງຂຶ້ນ, ດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການບໍລິການເປັນຄົນກາງ ຂອງ UNFPA, ນຳບັນດາສະຖາບັນຕ່າງໆ ເຊັ່ນສູນ HIV/AIDS ແລະ STI (CHAS), ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ/ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ໂຮງໝໍມະໂຫສົດ ແລະ ເສດຖະທິລາດ, ສະມາຄົມບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ ເຊັ່ນ CARE, FHI, PSI ໆລໆ, ບັນດາບໍລິສັດໂທລະສັບ, ກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ.ບັນດາອົງການຈັດຕັ້ງ ແລະ ອົງກອນດັ່ງກ່າວເຫຼົ່ານີ້ ເປັນແຫຼ່ງການໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານວິຊາການ, ການສົ່ງຕໍ່ ແລະ ສະໜອງສິນຄ້າ ຕາມຄວາມຕ້ອງການ.

ຊຸມຊົນໄດ້ໃຊ້ເວລາ ເພື່ອຍອມຮັບຄວາມຈຳເປັນ ແລະ ແນວຄວາມຄິດຂອງການບໍລິການທີ່ເປັນມິດກັບໄວໜຸ່ມ. ເພື່ອກຳນົດການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ມີນະວັດຕະກຳ ແລະ ສະຫຼັບຊັບຊ້ອນ ກ່ຽວກັບບັນຫາດ້ານຄວາມອ່ອນໄຫວ, ໂຄງການອາດຕ້ອງການ ສືບຕໍ່ດຳເນີນໄປໜ້າພາຍຫຼັງໄລຍະເວລາສິ້ນສຸດໂຄງການ ທີ່ໄດ້ດຳເນີນ ມາສາມຫາສີ່ປີເພື່ອພະຍາຍາມ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ (ໃນເບື້ອງຕົ້ນ) ດ້ວຍການສະໜັບສະໜູນ ຕ່ຳສຸດເທົ່ານັ້ນ. ຜົນສຳເລັດ ຂອງສູນໄວໜຸ່ມ ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນ ຢ່າງຈະແຈ້ງ ເຖິງຄວາມຕ້ອງການຂອງ ໄວຫຼຸ້ນແລະການ ບໍລິການໄວໜຸ່ມ; ຄວາມພະຍາຍາມຂອງ ສະມາຄົມແຫ່ງຊາດ ທີ່ໃຫ້ຄຳປຶກສາຫາລື, ປະສານງານ ແລະເປັນຕົວ ແທນຄລີນິກໄວໜຸ່ມ, ຄວາມກະຕືລືລົ້ນ ແລະ ການອຸທິດຕົນຂອງພະນັກງານ, ແລະການຍອມຮັບ ຂອງຜູ້ຊົມໃຊ້.

3. ສ້າງຄວາມຫຼາກຫຼາຍໃນການສະໜອງການບໍລິການ ໂດຍຜ່ານການເປັນຄູ່ຮ່ວມງານ

ການເປັນຄູ່ຮ່ວມງານລະຫວ່າງພາກລັດ ແລະ ເອກະຊົນ ໂດຍໃຫ້ ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ (MCHC), ໝໍ ປະສູດ ແລະ ໝໍພະຍາດຍິງ, UNFPA ແລະ PSI ປະສານງານກັນ ເພື່ອນຳສະເໜີຄືນ ຮ່ວງອານະໄມ (IUD) ໄດ້ເນັ້ນໃຫ້ເຫັນວ່າ ວິທີການທີ່ຕາມປະເພນີບໍ່ເປັນທີ່ນິຍົມ ກັນສາມາດໄດ້ຮັບການຍອມຮັບ ຈາກຊຸມຊົນ ໂດຍຜ່ານ ຍຸດທະສາດການສື່ສານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງພຶດຕິ ກຳ (BCC)ທີ່ໄດ້ກຳນົດເປົ້າໝາຍໄວ້ ຊຶ່ງນຳໃຊ້ອົງກອນການ ສື່ສານລະຫວ່າງບຸກຄົນ ເພື່ອສ້າງຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ການຮັບປະກັນວ່າ ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກດັ່ງກ່າວ ກຽມພ້ອມໃນການ ສະໜອງການບໍລິການ ຜ່ານການຝຶກ ອົບຮົມທີ່ອີງໃສ່ທັກສະ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງກວດກາປະເພດ ຕ່າງໆຂອງຜູ້ສະໜອງການບໍລິການ. ໂດຍຜ່ານ ການເປັນ ຄູ່ຮ່ວມງານໃໝ່ MCHC ສາມາດກ່ຽວມັດເອົາຄວາມຊຳ ນານງານຂອງ PSI ກ່ຽວກັບວິທີການ ແລະ ປະສົບການ ຂອງ BCC ດ້ານການຝຶກອົບຮົມ.ສະມາຄົມທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນ ກຳໄລບາງຫົວໜ່ວຍ ຍັງຢູ່ໃນໄລຍະເບື້ອງຕົ້ນໂດຍຜ່ານ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄູ່ຮ່ວມງານພັດທະນາ ເພື່ອເສີມສ້າງ ຂີດຄວາມສາມາດ ແລະ ຂະຫຍາຍຜົນງານຂອງຕົນ, ວິທີ ການທີ່ເປັນນະວັດຕະກຳ ສຳລັບປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມ ສ່ຽງສາມາດຖືກຄົ້ນຫາຕໍ່ໄປ.

[83] ບົດລາຍງານ ສຳລັບການປະເມີນຜົນສອງແຜນງານຂອງ UNFPA ປະຈຳ ສປປ ລາວ: ການແຈກຢາຍອີງໃສ່ຊຸມຊົນ (CBD) ແລະ ບຸກຄົນ, ຄອບຄົວ, ແລະ ຊຸມຊົນ (IFC) ຮ່າງສະບັບສຸດທ້າຍ 0.3 15 ມັງກອນ 2014

[84] ບົດລາຍງານການປະເມີນຜົນ - ສະຫະພັນແມ່ຍິງລາວ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສູນສຸຂະພາບໄວໜຸ່ມແລະການພັດທະນາ (2011)

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ

I ຂໍ້ກຳນົດຂອບເຂດໜ້າວຽກ

ພາກສະເໜີ

ໃນໄລຍະປີຜ່ານໆມາ, UNFPA ລາວ ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ ຫຼາຍລະດັບກິດຈະກຳວາງແຜນຄອບຄົວ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍດີ, ເພື່ອຮັບ ຮອງເອົາວິທີການທີ່ປະສົມປະສານຫຼາຍຂຶ້ນ, ທີ່ ປັບໃຫ້ເຂົ້າກັບສະພາບຂອງປະເທດ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບ ທາງເລືອກ ທີ່ບໍ່ແມ່ນໂອກາດ ຂອງຍຸດທະສາດການວາງ ແຜນຄອບຄົວທົ່ວໂລກ, ຕ້ອງມີການປະເມີນຜົນ ສະພາບ ການການວາງແຜນຄອບຄົວ ຢູ່ ສປປ ລາວ ໃນລະດັບທີ່ ກວ້າງຂວາງກວ່າເກົ່າ.

ດ້ວຍຈຸດປະສົງເພື່ອຍົກລະດັບ ພາກປະຕິບັດຕົວຈິງທີ່ດີ ທີ່ສຸດ ໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ, ເພື່ອເລັ່ງການຈັດຕັ້ງ ປະຕິບັດແຜນງານ ແລະ ເພື່ອເພີ້ມການນຳໃຊ້ການຄຸມກຳ ເນີດແບບທັນສະໄໝຂຶ້ນ ແລະ ໃນທ້າຍສຸດຫຼຸດອັດຕາການ ເອົາລູກລົງ, UNFPA ລາວ ກຳລັງວ່າຈ້າງ ທີ່ປຶກສາພາຍ ນອກສອງຄົນ; ໜຶ່ງເປັນຄົນພາຍໃນ ແລະ ອີກໜຶ່ງຄົນ ເປັນຕ່າງປະເທດ, ເພື່ອດຳເນີນການວິໄຈສະພາບການຂອງ ວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ (FPSA).

ຈຸດປະສົງຂອງການວິໄຈ ສະພາບການຂອງວຽກງານວາງ ແຜນຄອບຄົວແມ່ນ ເພື່ອປະເມີນສະພາບການປັດຈຸບັນ ກ່ຽວກັບວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ, ປັດໄຈກຳນົດ ແລະ ທີ່ສົ່ງຜົນສະທ້ອນ, ແລະ ເພື່ອພັດທະນາພື້ນຖານຫຼັກຖານ ແນໃສ່ແຈ້ງໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ ຂອງ UNFPA ຊາບ, ພ້ອມທັງ ການວາງແຜນງານໃນອະນາຄົດ ຂອງລັດຖະບານ ໃນຂົງເຂດນີ້.

ຜູ້ຮັບຟັງ ແລະ ຜູ້ຊົມໃຊ້ ທີ່ຕັ້ງໃຈກຳນົດໄວ້ ສຳລັບການວິໄຈ ສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ແມ່ນຄະນະ ນຳ ຂອງ UNFPA ຢູ່ຫ້ອງການປະຈຳປະເທດ ພ້ອມທັງ ພະນັກງານUNFPAstaff,ຄູ່ປະສານງານຂອງລັດຖະບານ ໃນລາວ, ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານພັດທະນາອື່ນໆ.

ຈຸດປະສົງ

ເພື່ອສະໜອງສະຖານະພາບ ກ່ຽວກັບສະພາບການຂອງ ປະເທດ ໃນວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ຊຶ່ງລວມມີການວິ ໄຈເອກະສານນະ�โยบายທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ການປະເມີນຜົນຕ້ອງບັນລຸວັດຖຸປະສົງຕໍ່ໄປນີ້;

1. ເພື່ອດຳເນີນການເຮັດແຜນທີ່ ກ່ຽວກັບພາກສ່ວນກ່ຽວ ຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນ ສປປ ລາວ, ຊຶ່ງ ລວມມີ ລັດ, ປະຊາສັງຄົມ, ຜູ້ໃຫ້ທຶນ ແລະ ພາກສ່ວນ ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โยດ ແລະ ສາຍພົວພັນລະ ຫວ່າງທຸກພາກສ່ວນດັ່ງກ່າວ;
2. ໃນການປຶກສາຫາລື ແລະ ການປະສານງານກັບລັດຖະ ບານ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນ, ເພື່ອດຳເນີນການວິໄຈ ສະພາບການ ແລະ ສ້າງພາບຖ່າຍ ກ່ຽວກັບວຽກງານ ການວາງແຜນຄອບຄົວ. ພາບຖ່າຍຂອງວຽກງານການ ວາງແຜນຄອບຄົວນີ້ ເປັນຮູບພາບສະພາບການປັດຈຸ ບັນຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ເນັ້ນເຖິງຕົວຊີ້ວັດ ຕົ້ນຕໍ ແລະ ແນວโน้มທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນ ວິທີການທີ່ ການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ເຊື່ອມສານເຂົ້າ ແລະ ກາຍ ເປັນກະແສຫຼັກ.
1. ເພື່ອຈຳແນກສາເຫດຕົ້ນຕໍ ຂອງບັນຫາສຳຄັນ ເປັນຕົ້ນ ການບໍ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ການບໍ່ສືບ ຕໍ່ນຳໃຊ້ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການທົດຖອຍສ ຳລັບການປະສົມປະສານວິທີການ, ການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການບໍລິການທີ່ຈຳກັດ ໃນບັນດາໄວລຸ້ນ ແລະ ໄວໜຸ່ມ;
2. ເພື່ອປະເມີນຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັນແລະຄວາມເໝາະສົມ ຂອງນະ�โยบาย, ນິຕິກຳ, ແຜນງານ ແລະ ແຜນການ ທີ່ພົວພັນເຖິງການວາງແຜນຄອບຄົວ, ໃນຂອບເຂດທີ່ ສົ່ງດັ່ງກ່າວເຫຼົ່ານີ້ ໄດ້ຖືກຈັດຕັ້ງປະຕິບັດ, ພ້ອມທັງໃນ ຂອບເຂດ ທີ່ໄດ້ອຳນວຍຄວາມສະດວກ ຫຼື ເປັນອຸປະ ສັກ ໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ;
3. ເພື່ອປະເມີນຜົນ ຂີດຄວາມສາມາດ (ດ້ານການເງິນ, ແຜນງານ, ຊັບພະຍາກອນມະນຸດ ແລະ ອົງປະກອບ ອື່ນໆ ຂອງລະບົບສາທາລະນະສຸກ) ພາຍໃນ ແລະ ພາຍນອກ ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ, ເພື່ອແກ້ໄຂ ບັນຫາການວາງແຜນຄອບຄົວຢ່າງມີປະສິດທິຜົນ;
4. ເພື່ອປະກອບສ່ວນ ໃນການສ້າງຄວາມເຂົ້າໃຈໃຫ້ດີຂຶ້ນ ກ່ຽວກັບບັນຫາທີ່ກ່ຽວພັນກັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວ ໃນ ສປປ ລາວ ຊຶ່ງລວມມີ ການປ່ຽນແປງ ແລະ ແນວโน้ม(ຊຶ່ງລວມມີ ໃນບັນດາໄວລຸ້ນ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ ທັງຍິງ ແລະ ຊາຍ), ສະພາບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄວາມສະເໝີພາບລະຫວ່າງຍິງ-ຊາຍ, ຄວາມເທົ່າທຽມ ແລະ ກຳລັງອຳນາດຂອງແມ່ຍິງ,

ແລະ ວິທີທາງ ທີ່ສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້ ພົວພັນເຊິ່ງກັນແລະກັນ ກັບການພັດທະນາເສດຖະກິດ ໂດຍລວມຂອງປະ ເທດ, ໂດຍສະເພາະ ກັບຄວາມເປັນຢູ່ ຂອງຜູ້ທຸກຍາກ;

5. ເພື່ອສ້າງພື້ນຖານຫຼັກຖານ ສຳລັບການໃຫ້ຄຳປຶກສາຫາ ລື ແລະ ການວາງແຜນງານ;
6. ເພື່ອໃຫ້ຄຳແນະນຳ ສຳລັບການດຳເນີນການດ້ານຍຸດທະ ສາດ ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການ ຂອງພົນລະ ເມືອງ ສປປ ລາວ ໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ ແລະ ການກຳນົດວຽກງານບູລິມະສິດ ຂອງແຜນງານວາງ ແຜນຄອບຄົວແຫ່ງຊາດ ສຳລັບການສະໜັບສະໜູນ ຂອງ UNFPA.

ການວິໄຈສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ຄາດຫວັງທີ່ຈະນຳສະເໜີ ຫ້າຜົນໄດ້ຮັບຈາກທາງເລືອກ ທີ່ບໍ່ແມ່ນໂອກາດ ຂອງຍຸດທະສາດການວາງແຜນຄອບຄົວ ທົ່ວໂລກ 2012-2020, ຊຶ່ງມີ:

1. ສະພາບແວດລ້ອມ ທີ່ເອື້ອອຳນວຍຄວາມສະດວກ ສຳລັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ອີງໃສ່ສິດທິມະນຸດ ດັ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງທີ່ສຳຄັນ ຂອງສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິດ້ານການຈະເລີນພັນ
2. ຄວາມຕ້ອງການທີ່ເພີ້ມຂຶ້ນ ສຳລັບການວາງແຜນຄອບ ຄົວ ຕາມຈຸດປະສົງສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ຂອງລູກຄ້າ
3. ການມີ ແລະ ການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດທີ່ມີຄຸນນະ ພາບ ທີ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນຢ່າງໜ້າເຊື່ອຖືໄດ້
4. ການມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ອີງໃສ່ສິດທິ ມະນຸດ ແບບມີຄຸນນະພາບທີ່ດີ ທີ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງ ໃຫ້ດີຂຶ້ນ
5. ລະບົບຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ຖືກສ້າງໃຫ້ເຂັ້ມແຂງຂຶ້ນ.

ທີ່ປຶກສາຈະເຮັດວຽກ ໃນຮູບແບບການມີສ່ວນຮ່ວມ,ດ້ວຍ ການບັນທຶກມູນມອງດ້ານຍຸດທະສາດ ຂອງລັດຖະບານ ຢູ່ຂັ້ນຕ່າງໆ. FPSA ຕ້ອງການໃຫ້ມີການປຶກສາຫາລືຢ່າງ ຕໍ່ເນື່ອງ ແລະການມີສ່ວນຮ່ວມກັບລັດຖະບານ ແລະພາກ ສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆ ພາຍໃນປະເທດເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ຜົນຜະລິດສຸດທ້າຍ ໄດ້ຖືກພັດທະນາພາຍໃຕ້ການເປັນ ຜູ້ ນຳຂອງລັດຖະບານ ແລະການເປັນເຈົ້າຂອງຂອງປະເທດ ຊາດ. ພາກສ່ວນທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມໃນລັດຖະບານລາວຈະ ໄດ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນໄລຍະການປະເມີນຜົນ, ນັບຈາກການ ອອກແບບ ພ້ອມທັງໄລຍະລົງພາກສະໜາມ ແລະການ ເກັບກຳຂໍ້ມູນ, ຈົນເຖິງການນຳສະເໜີ ແລະ ການໃຫ້ຄຳ ແນະນຳກ່ຽວກັບຜົນການວິໄຈ ແລະ ຂໍ້ແນະນຳ.

ທີມງານ FPSA ຖືກຄາດຫວັງໄວ້ ໃຫ້ຈຳແນກບົດຮຽນ ຈາກການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອໃນໄລຍະຜ່ານມາ ໃນຂະແໜງການ ວາງແຜນຄອບຄົວ ຂອງທັງ UNFPA ແລະ ຄູ່ຮ່ວມ ງານອື່ນໆ, ຊຶ່ງເນັ້ນເຖິງ ຍຸດທະສາດການເຂົ້າຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ ໄດ້ແກ້ໄຂສາເຫດຕົ້ນຕໍຢ່າງແທດເໝາະ ແລະສິ່ງທີ່ບໍ່ສາມາດ ແກ້ໄຂໄດ້. ຜົນການວິໄຈສະພາບການປະກອບ ເປັນພື້ນ ຖານໃນການຄັດເລືອກວຽກງານບູລິມະສິດ ແລະຂົງເຂດບູ ລິມະສິດໃນພາກສະໜາມ ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ໃນອະນາຄົດ.ເອກະສານນີ້ຕ້ອງກຳນົດສະເພາະ ເປັນຫຍັງ ບາງຂົງເຂດຂອງການຮ່ວມມື ໄດ້ຖືກຄັດເລືອກຈາກກຸ່ມສິ່ງ ທ້າທ້າຍທີ່ໄດ້ກຳນົດພາຍ ໃນປະເທດຊຶ່ງກວ້າງຂວາງກວ່າ ເກົ່າ.

ເພື່ອສົ່ງເສີມບົດບາດຍິງ-ຊາຍ ແລະສິດທິມະນຸດ,ການວິໄຈ ຕ້ອງສົ່ງເສີມຄວາມເຂົ້າໃຈ ກ່ຽວກັບກຸ່ມປະຊາກອນທີ່ຂາດ ການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ພະຍາຍາມກຳນົດເຫດຜົນທີ່ຢູ່ເບື້ອງ ຫຼັງການຂາດການເຂົ້າເຖິງດັ່ງກ່າວ ໃນລະດັບທົ່ວປະເທດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ.

ສິ່ງທີ່ຄາດວ່າຕ້ອງສົ່ງມອບ

- **ບົດລາຍງານເບື້ອງຕົ້ນ** ທີ່ປຶກສາ ຕ້ອງສົ່ງເອກະສານທີ່ອ ະທິບາຍເຖິງການອອກແບບ ແລະ ວິທີການວິທະຍາ ທີ່ໄດ້ສ ະເໜີໃຫ້ສຳລັບການປະຕິບັດງານ, ພ້ອມດ້ວຍລາຍລະອຽດ ກ່ຽວກັບຍຸດທະສາດການເກັບກຳຂໍ້ມູນ, ເງື່ອນໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາ, ພ້ອມດ້ວຍເອກະສານອ້າງອີງ ທີ່ເປັນໄປໄດ້ ກ່ຽວກັບວຽກງານທີ່ຄ້າຍຄືກັນ ຊຶ່ງໄດ້ປະຕິບັດໃນໄລຍະ ຜ່ານມາ.

- **ການນຳສະເໜີໂດຍຫຍໍ້ ແລະ ໂດຍລະອຽດໂດຍໃຊ້** PPT ເພື່ອນຳສະເໜີ ແລະ ສົນທະນາປຶກສາຫາລືນຳ CO ພາກສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງຕົ້ນຕໍອື່ນໆ, ຊຶ່ງລວມມີ TWG-MCH ໃນໄລຍະກອງປະຊຸມພາຍໃນ ແລະ ກອງປະຊຸມສະເໜີ ລາຍລະອຽດໃນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ທ້າຍໄລຍະລົງພາກສະ ໜາມ, ຊຶ່ງສັງເຄາະວິທີການວິທະຍາ, ຜົນການສຳຫຼວດຫຼັກ ເບື້ອງຕົ້ນ, ຂໍ້ສະຫຼຸບ ແລະ ຂໍ້ແນະນຳ;

- **ການວິໄຈສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ທີ່ໄດ້ຈັດພິມ ແລະ ເຜີຍແຜ່** (ສູງສຸດ 50 ໜ້າ ພ້ອມດ້ວຍ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ) ທີ່ນຳສະເໜີຜົນໄດ້ຮັບຫ້າຢ່າງຂອງ ທາງເລືອກທີ່ບໍ່ ແມ່ນໂອກາດ, ຕາມຂໍ້ແນະນຳກ່ຽວກັບ ຮ່າງບົດລາຍງານ.

- ຕາມຜົນການວິໄຈສະພາບການນັ້ນ, ຈະມີການພັດທະນາ ພາບຖ່າຍການວາງແຜນຄອບຄົວ ຂອງປະເທດ, ຊຶ່ງເປັນຮູບພາບ ຂອງສະພາບການປັດຈຸບັນ ຂອງການວາງແຜນຄອບຄົວ ດັ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ຈະເລີນພັນ. ພາບຖ່າຍ ດັ່ງກ່າວ ເປັນຮູບພາບສະ ພາບການປັດຈຸບັນຂອງການວາງແຜນ ຄອບຄົວທີ່ເນັ້ນເຖິງຕົວຊີ້ວັດຕົ້ນຕໍ ແລະສະແດງເຖິງແນວໂນ້ມກ່ຽວກັບວິທີ ການທີ່ການວາງແຜນຄອບຄົວໄດ້ເຊື່ອມສານເຂົ້າ ແລະ ກາຍເປັນກະແສຫຼັກ ພາຍໃນຂະແໜງການສາທາລະນະສຸກ ແລະ ອື່ນໆ, ແລະ ຈຳແນກໃຫ້ເຫັນຊ່ອງຫວ່າງ ແລະ ສິ່ງທ້າທາຍທີ່ຍັງມີຢູ່ ເພື່ອບັນລຸຍຸດທະສາດ/ແຜນການວາງ ແຜນຄອບຄົວທົ່ວປະເທດ. ຈາກນັ້ນພາບຖ່າຍດັ່ງກ່າວ ຈະຖືກປັບປຸງໃຫ້ທັນກັບສະພາບການ ໃນ ແຕ່ລະປີ ໂດຍ CO ຂອງ UNFPA, ດ້ວຍການຮ່ວມມືກັບຄູ່ ຮ່ວມງານຂອງລັດຖະບານ, ແລະ ຈະເປັນປະໂຫຍດ ໃນການຕິດຕາມກວດກາຄວາມຄືບໜ້າ ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ໃນຂົງເຂດການວາງແຜນ ຄອບ ຄົວ ໃນ ສປປ ລາວ.

ການວິໄຈສະພາບການ ຂອງວຽກງານວາງແຜນຄອບຄົວ ສະບັບສຸດທ້າຍ, ພ້ອມທັງພາບຖ່າຍການວາງແຜນຄອບຄົວ ຕ້ອງຖືກສົ່ງມອບ ກ່ອນທ້າຍເດືອນມິຖຸນາ 2015.

ສິ່ງທີ່ຕ້ອງສົ່ງມອບທັງໝົດ ຈະຖືກຂ່າງເປັນພາສາອັງກິດ, ແລະ ແປເປັນພາສາລາວ.

ii. ບົດລາຍງານເບື້ອງຕົ້ນ

ບົດລາຍງານເບື້ອງຕົ້ນ ໄດ້ຖືກສົ່ງມອບຕ່າງຫາກແລ້ວ

iii. ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ

ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ	
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນ ເຂົ້າຮ່ວມກອງປະຊຸມການນຳສະເໜີໂດຍຫຍໍ້, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	
ດຣ. ຕຸ່ລະຄອນ ຣະຕະນາວົງ, ຮອງຫົວໜ້າກົມ, ກົມແຜນການແລະ ການຮ່ວມມືສາກົນ	ທ່ານ ນ. ສີສະໝອນ ພັນດານຸວົງ, ສູນສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ທ່ານ ນ. ຄຳຫຼ້າ ບຸບຜາປັນຍາ, ໝ່ວຍສຸຂະພາບທາງເພດແລະຈະເລີນພັນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ທ່ານສາຍແກ້ວ, ກົມແຜນການ ແລະການຮ່ວມມືສາກົນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ທ່ານ ນ. ພົນທອງ ພູໄຊ, ພະແນກພະຍາບານ, ກົມຝຶກອົບຮົມ ແລະ ຄົ້ນຄ້ວ້າ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ມະນີ ທຳມະວົງ, ສູນບໍລິການອຸປະກອນການແພດ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ທ່ານ ນ. ພິດສະໄໝ ວົງໄຊ, ພະແນກການເງິນ, ກົມຝຶກອົບຮົມ ແລະ ຄົ້ນຄ້ວ້າ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ຄອນສະຫວັນ ອິນທະວົງ, ສູນບໍລິການອຸປະກອນການແພດ , ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ທ່ານ ນ. ເກດສະພອນ ສີຖາຮັກ, ພະແນກການເງິນ, ກົມແຜນການ ແລະ ການຮ່ວມມືສາກົນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມກອງປະຊຸມສະເໜີໂດຍຫຍໍ້,UNFPA ປະຈຳ ສປປ ລາວ	
ທ່ານ ຣາຊັນ ໂມຕາຊາມີ, ຜູ້ຕາງໜ້າ UNFPA ລາວ	ທ່ານ ນ. ຊາລີ ຊາກຸລກູ, UNFPA ລາວ
ທ່ານ ນ. ຣິຊວິນາ ເດີ ອາລວິຊ, ຮອງຜູ້ຕາງໜ້າ	ດຣ. ແສງໄຊ ສີພາກັນລະຍາ, UNFPA ລາວ
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນ ທີ່ໄດ້ພົບ ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	
ດຣ. ໄກສອນ ຈຸນລະມະນີ, ຮອງຫົວໜ້າກົມ, ກົມອະນາໄມ ແລະ ກັນພະຍາດ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ບຸນຊູ ແກ້ວຫາວົງ, ຫົວໜ້າພະແນກຄວບຄຸມຢາ, ກົມ ອາຫານແລະຢາ
ດຣ. ຜາສຸກ ວົງວິຈິດ, ຮອງຫົວໜ້າກົມ, ກົມແຜນການ ແລະ ຮ່ວມມືສາກົນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ສົມຈັນ ໄຊສີດາ, ວ່າການຫົວໜ້າກົມ, ກົມຝຶກອົບຮົມ ແລະ ຄົ້ນຄວ້າ
ດຣ. ຄຳຜິວ ສີຫາຄັງ, ຜູ້ອຳນວຍການ, ສູນສຸຂະພາບ ແມ່ແລະເດັກ	ດຣ. ແສງມະນີ ຄຳບຸນເຮືອງ, ຫົວໜ້າພະແນກປະລິຍາຕິ, ກົມຝຶກ ອົບຮົມ ແລະ ຄົ້ນຄວ້າ
ດຣ. ກອບແກ້ວ, ຮອງຫົວໜ້າຜູ້ອຳນວຍການ, MCHC	ດຣ. ທານົມ ອິນສານ, ສູນບໍລິການອຸປະກອນການແພດ
ດຣ. ແສງຈວຍ ປັນຍາວາຣິງ, ຫົວໜ້າກົມ, ກົມແຜນການ ສາທາລະນະສຸກ	ເອຣິກ ຊີສເຕັດ, ທີ່ປຶກສາພາກພື້ນ, PSI ອາຊີ
ດຣ. ຄຳປະສົງ ເທບປັນຍາ, ຫົວໜ້າພະແນກ, ກົມແຜນການ ສາທາລະນະສຸກ	ທ່ານ ທອງດີ ພົມມະວົງສາ, ຫົວໜ້າພະແນກການບໍລິການ ສາທາລະນະສຸກສາດ, PSI
ດຣ. ວິສານີ ວົງສາວາລົນ, ວິຊາການ, ກົມແຜນການສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ແຟຣກ ແຣເຊີແມນ, ລາວ Lux
ດຣ. ລີໄຊ ຜາດວງເດດ, ວິຊາການ, ກົມແຜນການແລະການ ຮ່ວມມືສາກົນ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ດຣ. ເອີນຍັງ ໂກ, ວິຊາການ, WHO
ດຣ. ສົມທະວີ ຈັງວິສົມມິດ, ຫົວໜ້າກົມອາຫານແລະຢາ	ທ່ານ ບຸນເລີດ ຢວນດົງຈັນ, ຮອງຫົວໜ້າກຳມະທິການວັດທະນາ ທຳສັງຄົມ, ສະພາແຫ່ງຊາດ
ທ່ານ ນະຄອນແສງ ພົມພະຈັນ, ຮອງຫົວໜ້າພະແນກວາງແຜນ ພັດທະນາສັງຄົມ, ກົມແຜນການ	ທ່ານ ນ. ຈັນໂສດາ ພອນເທບ, ຫົວໜ້າຄະນະກຳມະທິການ, ຄະນະກຳມະທິການແຫ່ງຊາດ ເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນ ທີ່ໄດ້ພົບຢູ່ແຂວງອຸດົມໄຊ	
ດຣ. ສູນທອນ ດວງໄຊສີ, ຮອງຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກ ແຂວງອຸດົມໄຊ	ທ່ານ ນ. ສຸໄລ, ວິຊາການສາທາລະນະສຸກ MCH, ໝ່ວຍງານ MCH, ໂຮງໝໍເມືອງຮຸນ
ທ່ານ ນ. ຈັນສະໝອນ ອຸໄລແສງ, ຫົວໜ້າສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ ແຂວງອຸດົມໄຊ	ທ່ານ ສີຄາມ ແກ້ວຄຳລັບ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສູກສາລາ ນາວັງ

ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ	
ດຣ. ສຸວັນທອງ ແສນວັນນາຄຳ, ຜູ້ອຳນວຍການໂຮງໝໍແຂວງອຸດົມໄຊ	ທ່ານ ສົມທຽນ, ວິຊາການ, ສຸກສາລາ ນາວັງ
ດຣ. ດວງໃຈ ສີສຸທຳມະນີ, ຫົວໜ້າໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ໂຮງໝໍແຂວງອຸດົມໄຊ	ທ່ານ ນ. ບຸນທັນ, ວິຊາການ (ຝ່າຍປະສູດ), ສຸກສາລາ ນາວັງ
ທ່ານ ສົມພັນ ຈະເລີນໄຊ, ຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງຮຸນ	ທ່ານ ສົມພອນ ແກ້ວປະເສີດ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາ ນາຊຽງດີ
ທ່ນ ນ. ທິງໄຊ ດວງດາພັນ, ຫົວໜ້າ MCHC ເມືອງຮຸນ	ທ່ານ ນ. ແພງໄຍ ຄັນທະວົງ, ວິຊາການ (ຝ່າຍປະສູດ), ສຸກສາລາ ນາຊຽງດີ
ທ່ານ ນ. ຈັນທາ ສຸກາຈັນທາ, ວິຊາການ (ສະຖິຕິ), MCHC ເມືອງຮຸນ	ທ່ານ ຄຳຊິງ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ການແພດ, ສຸກສາລາ ນາຊຽງດີ
ທ່ານ ທອງພາ, ນາຍບ້ານ ບ້ານໃໝ່	ທ່ານ ເຊຍເຊັ້ງ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ CBD, ກຸ່ມບ້ານດົງນອງ
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບຢູ່ແຂວງວຽງຈັນ	
ດຣ. ສຸກພະໄທ ໂສປະເສີດ, ຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງວຽງຈັນ	ດຣ. ສຸດທາ ວັນເສີດ, ເຈົ້າຂອງ ຮ້ານຂາຍຢາເອກະຊິນ
ດຣ. ວຽງມະນີ, MCH, ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ	ດຣ. ອິນປອນ ມະນີແສງ, ໂຮງໝໍເມືອງເຟືອງ
ພະຍາບານ, ພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ	ທ່ານ ນ. ບຸນທັນ ໄຊຍະລາດ, ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການແພດ, ໂຮງໝໍເມືອງເຟືອງ
ດຣ. ທອງວິນ ຊານຸນຕີ, ຝ່າຍປະສູດ ແລະ ພະຍາດຍິງ, ໂຮງໝໍແຂວງ	ພະຍາບານ, ໂຮງໝໍເມືອງເຟືອງ
ດຣ. ກົນທ່ຽງ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ການແພດ, ໂຮງໝໍແຂວງ	ທ່ານ ຄຳນາງ ອິນທະສອນ, ຫົວໜ້າ ສຸກສາລາ ຜາສາງ
ທ່ານ ນ. ພົມເມ ສອນເມນາ, ພະຍາບານ, ໂຮງໝໍແຂວງ	ທ່ານ ນ. ຄຳພັນ ບາວບໍ່ໄຕ, ຜູ້ສົ່ງເສີມອະນາໄມ, ສຸກສາລາ ຜາສາງ
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ ຢູ່ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	
ດຣ. ແກ້ວວິໄລວັນ ພົມສະຫວັນ, ຮອງຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	ດຣ. ຄຳປັນ ສີນໍລາດ, ຮອງຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງທ່າປັງທອງ
ດຣ. ແກ່ນຈັນ ສິດທິໄທ, ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກແຂວງ ສະຫວັນນະເຂດ	ທ່ານ ນ. ສຸແດນ ແກ້ວມະນີໄຊ, ຫົວໜ້າໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ໂຮງໝໍເມືອງທ່າປັງທອງ
ດຣ. ພາລະມາ ຄົມສອນລາສິນ, ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກແຂວງ ສະຫວັນນະເຂດ	ທ່ານ ນ. ເພີ່ງ ແກ້ວຄຳປະສິງ, ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກ, ໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ໂຮງໝໍເມືອງທ່າປັງທອງ
ດຣ. ບົວເງິນ ອິນທະລັງສີ, ຫົວໜ້າໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ ແລະເດັກ, ໂຮງໝໍແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	ທ່ານ ຄຳເບີນ ພະເດີມທອນ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາເຊເກີ-ພົມມະລີ, ເມືອງທ່າປັບທອງ
ດຣ. ກິດວງ ນໍລະສິງ, ຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງໄກສອນ	ທ່ານ ຫົມແພງ ແກ້ວບຸນເຮືອງ, ພະຍາບານ, MCH, ສຸກສາລາ ເຊເກີ-ພົມມະລີ
ດຣ. ເພັດລຳພອນ ຄຳບົດົກ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສູນໃຫ້ຄຳປຶກສາໄວໜຸ່ມ, ໂຮງໝໍເມືອງໄກສອນ	ທ່ານ ຄຳໂບ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ CBD, ເຂດບ້ານ ມົງໄກ-ໃໝ່
ລູກຄ້າ (3), n/a, ໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ, ໂຮງໝໍແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	ດຣ. ພະນົມ ພົງມະນີ, ຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງ ສະຫວັນນະເຂດ
ລູກຄ້າ (1), n/a, ສູນໃຫ້ຄຳປຶກສາໄວໜຸ່ມ, ໂຮງໝໍເມືອງໄກສອນ	ດຣ. ອຸ່ນ ກັນຍາວົງ, ຫົວໜ້າໂຮງໝໍເມືອງຈຳພອນ
ທ່ານ ນ. ຈັນສະໝອນ ແກ້ວວົງກົດ, ຮອງຫົວໜ້າໜ່ວຍງານສະຫວັດດີການນັກຮຽນ, ສະຖາບັນຝຶກອົບຮົມວິຊາຊີບສະຫວັນນະເຂດ	ດຣ. ຄຳພູວັນ ທອງສະຫວັນ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, MCH – ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ໂຮງໝໍເມືອງຈຳພອນ

ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບ	
ທ່ານ ນ. ມາລິນດາ ນໍລະແສນ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ພະແນກບໍລິຫານ, ສະຖາບັນຝຶກອົບຮົມວິຊາຊີບສະຫວັນນະເຂດ (ຜູ້ປະສານງານສຳລັບໂຄງການ UNFPA)	ທ່ານ ນ. ຄຳມະນີຈັນ ເກທະວົງສາ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາ ໝອງລົມຈັນ, ເມືອງຈຳພອນ
ລູກຄ້າ (3), n/a, ສຸກສາລາ ໝອງລົມຈັນ, ເມືອງຈຳພອນ	
ບັນຊີລາຍຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ພົບຢູ່ແຂວງສາລະວັນ	
ດຣ. ຄຳແສນສຸກ ວົງໂສທິ, ຫົວໜ້າພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ຄຳມະນີ ສະຫວັນມີໄຊ, ອາສະສະໝັກສາທາລະນະສຸກ, ສຸກສາລາ ແສນວັງ
ດຣ. ສົມຈິດ ບົວລະວົງ, ຫົວໜ້າສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກແຂວງສາລະວັນ	ທ່ານ ບຸນເທິງ ໂຈມມະລີວົງ, ຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງວາປີ
ດຣ. ບຸນກອງ ໄຊສົມບັດ, ຮອງຫົວໜ້າ MCH ສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ດາລາ ພົມມະລີໄຊ, ຮອງຫົວໜ້າຫ້ອງການສາ ທາລະນະສຸກເມືອງວາປີ
ດຣ. ສົມໝາຍ ແກ້ວມະນີ, ຮອງຫົວໜ້າອຳນວຍງານໂຮງໝໍແຂວງສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ສຸວັນທາ ແສງສະຫວ່າງພູໄທ, ພະນັກງານ, ຫ້ອງການສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກເມືອງວາປີ
ດຣ. ວິລາວັນ ຄົມມະວົງ, ຫົວໜ້າໜ່ວຍງານສຸຂະພາບແມ່ແລະ ເດັກ ໂຮງໝໍສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ຂັນທະລີ ເມືອງຈັນ, ພະນັກງານຫ້ອງການສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກເມືອງວາປີ
ທ່ານ ແສງເດີນ ເມືອງຈັນ, ຫົວໜ້າຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງສາລະວັນ	ທ່ານ ວຽງສະຫວັນ ບົວທາພິງສີ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາ ຄອນໄຊ
ທ່ານ ຄຳພັນ ສີລິພິງສະຫວັນ, ຫົວໜ້າຫ້ອງການສຸຂະພາບ ແມ່ແລະ ເດັກເມືອງສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ຄຳທາ ສະຫວ່າງແສງພູໄທ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ ສຸກສາລາ ຄອນໄຊ
ທ່ານ ນ. ພວງມາລາ ຈຳພາຄຳ, ພະນັກງານ ຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກ ເມືອງສາລະວັນ (ອາດີດ MCH)	ທ່ານ ນ. ທຳພັນ ພາວັດສະດີ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ ສາທາລະນະສຸກ, ສຸກສາລາ ຫ້ວຍຄອນ
ທ່ານ ນ. ສົມພົດ ສີຫາລາດ, ພະນັກງານຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກ ເມືອງສາລະວັນ	ທ່ານ ນ. ຂັນກົງ ລາລົມທະວີໄຊ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ ສາທາລະນະສຸກ, ສຸກສາລາຫ້ວຍຄອນ
ທ່ານ ນິກແກ້ວ ອິນທະເສນ, ຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາແສນວັງ	ທ່ານ ນ. ບົວລາ ຈັນລາວົງ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກສາທາລະນະ ສຸກ, ສຸກສາລາ ຫ້ວຍຄອນ
ທ່ານ ສົມພອນ ສີວິໄຊ, ຮອງຫົວໜ້າຄຸມງານ, ສຸກສາລາ ແສນວັງ	ທ່ານ ນ. ອໍລະໄທ ພຸດແກ້ວ, ພະນັກງານອາສາສະໝັກ ສາທາລະນະສຸກ, ສຸກສາລາ ຫ້ວຍຄອນ

iv. ແຜນງານ

ອາທິດທີ 1 – ຄາເທຣິນ ແລະ ວິມາລາ ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ແຂວງອຸດົມໄຊ			
ວັນຈັນ ທີ 20 ເມສາ	09:00-12:00	ບົດສະເໜີໂດຍຫຍໍ້ ໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າ UNFPA ປະຈຳລາວ ພາບລວມກ່ຽວກັບແຜນເດີນທາງແລະຂົນສົ່ງ	
	13:30-14:00	ກອງປະຊຸມນຳກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	DHHP
	14:00-15:00	ຫ້ອງການ ດຣ. ບຸນແຝງ	MOH
	15:00-16:00	ກົມດູແລຮັກສາສຸຂະພາບ ດຣ. ບຸນນັກ ໄຊຊະນະສິງຄາມ, ຮອງຫົວໜ້າກົມ	DHC
ວັນອັງຄານ 21/04	11:20-12:20	ເດີນທາງໄປອຸດົມໄຊ (ODX)	ຖ້ຽວບິນ QV501
	14:00-15:00	ສຳພາດ ພະແນກສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH ແຂວງອຸດົມໄຊ	ODX PHD
	15:15-16:30	ສຳພາດ MCH ໂຮງໝໍແຂວງອຸດົມໄຊ|	ໂຮງໝໍແຂວງອຸດົມໄຊ
	16.30 -18.00	ສຳພາດພະນັກງານຮ້ານຂາຍຢາເອກະຊົນ ແລະ ຜູ້ປະກອບ ອາຊີບ ເອກະຊົນ	
ວັນພຸດ 22/04	07:30-09:30	ເດີນທາງໄປເມືອງຮຸນ	
	10:00-11:00	ສຳພາດຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກເມືອງ ແລະ MCH ໂຮງໝໍເມືອງ	ສາທາລະນະສຸກເມືອງຮຸນ
	13:00-16:30	ສຳພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	ສຸກສາລາ ນາວັງ
ວັນພະຫັດ 23/04	08:00-09:30	ສຳພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	ສຸກສາລາ ນາວຽງດີ
	10:00-11:30	ສຳພາດຜູ້ສະໜອງ CBD ແລະ ລູກຄ້າ (ii)	ບ້ານດົງງອນ
ວັນສຸກ 24/04	12:40-13:30	ເດີນທາງກັບນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	ຖ້ຽວບິນ QV502
ອາທິດທີ 2	ຄາເທຣິນ ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ແຂວງວຽງຈັນ (ໄດ້ສະເໜີໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ)		
	ວິມາລາ ຢູ່ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ ແລະ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ (ໄດ້ສະເໜີໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ)		
ອາທິດທີ 3			
ວັນອາທິດ. 03/05		ທີມງານເດີນທາງໄປປາກເຊ, ຂີ່ລົດໄປສາລະວັນ	
ວັນຈັນ 04/05	08:30-09:30	ສຳພາດພະແນກສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH ແຂວງສາລະວັນ	SRV PHD
	09:30-10:30	ສຳພາດ MCH ໂຮງໝໍແຂວງສາລະວັນ	ໂຮງໝໍແຂວງ
	13:30-14:30	ສຳພາດຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH ເມືອງສາລະວັນ	ຫ້ອງການເມືອງ SRV
	15:00-17:00	ສຳພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	ສຸກສາລາ ຂົວເຊັດ
ວັນອັງຄານ 05/05	08:30-09:30	ສຳພາດຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH ເມືອງວາປີ	DHO ວາປີ
	10:00-10:45	ສຳພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	HC ຄອນໄຊ
	11:00 – 11:45	ສຳພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ (ii)	HC ຫ້ວຍຄອນ
	13:00	ເດີນທາງໄປປາກເຊ (ນອນຄ້າງຄືນ)	
ວັນພຸດ 06/05	12:30-13:45	ເດີນທາງກັບດ້ວຍຖ່ຽວບິນຈາກປາກເຊໄປນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	
ວັນພະຫັດ 07/05	10:00 – 12:00	ກອງປະຊຸມສະເໜີລາຍລະອຽດ ນຳ CO ຂອງUNFPA	
ວັນສຸກ 08/05	08:30 – 13:00	ກອງປຸະຊຸມສະເໜີລາຍລະອຽດ	

ອາທິດທີ 2 ຄາເທຣິນ ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ແຂວງວຽງຈັນ			
ວັນຈັນ 27/04	08:30-09:15	ສູນສຸຂະພາບແມ່ແລະເດັກ	MCHC
	09:30-10:15	ກົມອາຫານແລະຢາ	FDD
	10:30-11:30	ກົມອານະໄມແລະກັນພະຍາດ	DHHP
	13:00-13:45	ກົມຝຶກອົບຮົມແລະຄົ້ນຄວ້າ	DTR

	14:00-14:45	ສູນບໍລິການຜະລິດຕະພັນການແພດ	MPSC
	15:00-15:45	ກົມແຜນການແລະຮ່ວມມືສາກົນ	DPIC
	16:00-16:45	ກົມຈັດຕັ້ງ	DOP
	17:00-17:30	ກົມແຜນການແລະຮ່ວມມືສາກົນ	DPIC
ວັນອັງຄານ 28/04	08:00-08:45	ສະມາຄົມສິ່ງເສີມສຸຂະພາບຄອບຄົວ	PFHA
	09:00-10:00	ສູນໄວໜຸ່ມ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	VYC
	11:00-11:45	ການການເງິນ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	MOH
	13:00-13:45	PSI	PSI
	14:00-14:45	WB	WB
	15:00-15:45	LUX Development	LUX
	16:00-16:45	WHO	WHO
ວັນພຸດ 29/04	08:00-09:00	ເດີນທາງໄປແຂວງວຽງຈັນ	
	09:30-10:30	ສໍາພາດພະແນກສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH ແຂວງວຽງຈັນ	VTE PHD
	10:30-11:30	ສໍາພາດ MCH ໂຮງໝໍແຂວງວຽງຈັນ	VTE PH
	14:30-15:30	ສໍາພາດຫ້ອງການສາທາລະນະສຸກ ແລະ MCH + ໂຮງໝໍ ຂອງເມືອງ	
ວັນພະຫັດ 30/04	08:00-12:00	ສໍາພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	ຜາສາງ HC
	12:00	ອາຫານສວຍ ແລະ ກັບຄືນນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	

ອາທິດທີ 2 ວິມາລາ ຢູ່ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ ແລະ ແຂວງວຽງຈັນ			
26		ເດີນທາງໄປສະຫວັນນະເຂດ	
ວັນຈັນ 27/04	08:30-09:30	ສໍາພາດພະແນກສາທາລະນະສຸກແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	SVK PHD
	10:00-11:00	ສໍາພາດ MCH ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	MCH office
	11:00-12:00	ສໍາພາດໜ່ວຍບໍລິການ MCH ໂຮງໝໍແຂວງສະຫວັນນະເຂດ	ໂຮງໝໍແຂວງສະຫວັນນະເຂດ
	13.30 – 14.30	ສູນບໍລິການໄວໜຸ່ມແບບເປັນມິດ, ສໍາພາດລູກຄ້າ	ໂຮງໝໍເມືອງໄກສອນ
	14.30 – 15:30	ສູນບໍລິການໄວໜຸ່ມແບບເປັນມິດ, ສໍາພາດລູກຄ້າ	ຫ້ອງໃຫ້ຄໍາປຶກສາ TTI
	15:30	ເດີນທາງໄປເມືອງທ່າປັງທອງ (TTG)	
ວັນອັງຄານ 28/04	8:00 -10:00	ສໍາພາດ MCH + ໂຮງໝໍເມືອງ I	ໂຮງໝໍເມືອງ TPT
	10:0 –11:00	ສໍາພາດລູກຄ້າ ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຕັ້ງ	ໂຮງໝໍເມືອງ TPT
	10:0 –12:00	ສໍາພາດ ສຸກສາລາແລະ ລູກຄ້າ (i)	HC ເຊເກີຍ
	13:30 – 16:00	ສໍາພາດ ສຸກສາລາແລະ ລູກຄ້າ(ii)	HC ທ່າພີ
	14:00	ເດີນທາງໄປເມືອງຈໍາພອນ ແລະ ນອນຄ້າງຄືນ	
ວັນພຸດ 29/04	8:30 – 10:00	ສໍາພາດ MCHC + ໂຮງໝໍເມືອງ	ເມືອງຈໍາພອນ
	10:00 – 12:00	ສໍາພາດພະນັກງານສຸກສາລາ ແລະ ລູກຄ້າ	HC ໝອງລໍາຈານ
	15:30	ເດີນທາງກັບນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ	
ວັນພະຫັດ 30/04	10:00-11:00	ພະແນກແຜນການພັດທະນາສັງຄົມ	ກົມແຜນການ
	14:00 – 15:00	ກໍາມະທິການວັດທະນາທໍາສັງຄົມ, ສະພາແຫ່ງຊາດ	ສະພາແຫ່ງຊາດ
	15:30 – 16:30	ຄະນະກໍາມະທິການເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງລາວ	ຫ້ອງວ່າການລັດຖະບານ