

Country Profile

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງ
ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ
ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ
ຂອງ

ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ



This project is
funded by the
European Union



with co-funding
support from
Sida



1. ພາກສະເໜີ

ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ (ສປປ ລາວ) ແມ່ນປະເທດບໍ່ມີທາງອອກສູ່ທະເລ, ມີພູຜາປ່າໄມ້ ແລະ ກາຍເປັນແຜ່ນດິນເຊື່ອມຕໍ່ ເລີ່ມແຕ່ປີ 1997 ເປັນຕົ້ນມາຫຼັງຈາກໄດ້ເຂົ້າເປັນສະມາຊິກບັນດາປະເທດອາຊຽນ, ມີປະຊາກອນທັງໝົດ 6.6 ລ້ານຄົນ ໃນປີ 2012 (ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, 2013), 59% ຂອງປະຊາກອນແມ່ນເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວໜຸ່ມອາຍຸລຸ່ມ 25 ປີ. ປະຊາກອນສ່ວນໃຫຍ່ ແມ່ນອາໄສຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ (71%), ໃນນັ້ນ 8.9% ແມ່ນອາໄສຢູ່ເຂດຊົນນະບົດທີ່ບໍ່ມີທິນທາງເຂົ້າເຖິງ. ອັດຕາການຈະເລີນເຕີບໂຕຂອງປະຊາກອນແຕ່ລະປີປະມານ 2.1% (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ, 2012). ປະເທດປະກອບດ້ວຍຫລາຍຊຸດຊາດຊົນເຜົ່າ ຕາມລາຍງານທາງການ ມີເຖິງ 49 ຊຸດເຜົ່າ ທີ່ມີ 167 ກຸ່ມເຜົ່ານ້ອຍທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ມີທັງໝົດ 4 ກຸ່ມພາສາໃຫຍ່ ຄື ລາວ - ໄຕ (ກວມທັງໝົດ 68%), ມອນ - ຂະແມ (22%), ມົງ - ອີວມູນ (7%) ແລະ ຊີໂນ-ຕີເບດ (3% ຂອງປະຊາກອນທັງໝົດ). ບັນດາກຸ່ມຊົນເຜົ່ານີ້ມີວັດທະນະທຳ ແລະ ຮີດຄອງປະເພນີແຕກຕ່າງກັນ (King et al., 2010). ຜົນຮັບດ້ານສາທາລະນະສຸກແມ່ນໄດ້ຮັບການປັບປຸງດີຂຶ້ນເຊິ່ງສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າອາຍຸຍິນສະເລ່ຍແຕ່ເກີດແມ່ນສູງຂຶ້ນທັງສອງເພດ ຈາກ 53 ປີໃນປີ 1990 ຮອດ 66 ປີ ໃນປີ 2012 (ຈາກ 51 ຫາ 64 ປີ ສຳຫລັບເພດຊາຍ ແລະ ຈາກ 54 ເຖິງ 67 ປີ ສຳຫລັບເພດຍິງ (ອົງການອະນາໄມໂລກ, 2014).

ບັນດາສິດທິມະນຸດທີ່ສຳຄັນ

ລັດຖະທຳມະນູນຂອງ ສປປ ລາວແມ່ນໄດ້ຖືກຮັບຮອງໃນປີ 1991 ແລະທົບທວນຄືນໃນປີ 2003 ທີ່ບັນຈຸເນື້ອໃນສຳຄັນໃນການຮັບປະກັນສິດທິມະນຸດ, ໃນນັ້ນລວມມີ ຄວາມສະເໝີພາບຍິງ-ຊາຍ ແລະ ສິດເສລີພາບໃນການເຊື່ອຖືສາດສະໜາ, ພາສາປາກເວົ້າ. ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ໄດ້ຮັບຮອງເອົາສັດຕະຍະບັນດ້ານການໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນແມ່ຍິງ (CEDAW) ໃນປີ 1981, ສັດຕະຍະບັນສິດທິເດັກ (CRC) ໃນປີ 1991 ແລະ ສັດຕະຍະບັນສິດທິຂອງຄົນພິການ (CRPD) ໃນປີ 2009 (ອົງການສະຫະປະຊາຊາດ, 2011). ໃນນັ້ນ ວັນທີ 25 ກັນຍາ 2009, ສປປ ລາວຍັງຮັບຮອງ ສາກົນວ່າດ້ວຍ ສິດທິຂອງພົນລະເມືອງ ແລະ ສິດທິດ້ານການເມືອງ, 9 ປີ ຫຼັງໄດ້ເຊັນສັນຍາ Treaties. ເຊັ່ນດຽວກັບສິດທິດ້ານເສດຖະກິດ, ສັງຄົມ ແລະ ວັດທະນະທຳ ໄດ້ 7 ປີແລ້ວຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ເຊັນ ໃນວັນທີ 7 ທັນວາ ປີ 2000. ສປປ ລາວຍັງບໍ່ໄດ້ເຊັນ ແລະ ຮັບຮອງເອົາສິດທິໃນການປົກປ້ອງກຳມະກອນຕ່າງດ້ວຍພ້ອມຄອບຄົວເຂົາເຈົ້າເທື່ອ, ສັດຕະຍະບັນຍັງຢູ່ໃນການພິຈາລະນາ (United Nations Treaty Collection, 2014).

ລັດຖະບານ ສປປ ລາວ ໃຊ້ຄວາມພະຍາຍາມເພື່ອສະໜັບສະໜູນ, ສົ່ງເສີມ, ແລະ ປົກປ້ອງສິດທິ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງແມ່ຍິງໃນທຸກຂົງເຂດ: ການເມືອງ, ເສດຖະກິດ, ສັງຄົມ, ວັດທະນະທຳ ແລະ ຄອບຄົວ ທີ່ສະໜອງສຳຫລັບນະໂຍບາຍລັດຖະບານ, ລັດຖະທຳມະນູນ, ແລະ ບັນດາກົດໝາຍ. ໃນເດືອນພຶດສະພາ ປີ 2002, ລັດຖະບານໄດ້ສ້າງຕັ້ງຄະນະກຳມະການແຫ່ງຊາດເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ ເພື່ອສົ່ງເສີມຄວາມສະເໝີພາບຍິງ-ຊາຍ ແລະ ເພື່ອລົບລ້າງ ການເລືອກກະທຳທຸກຮູບແບບເພື່ອຕ້ານແມ່ຍິງຢູ່ ສປປ ລາວ. ຄະນະກຳມະການເພື່ອຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ ມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຊ່ວຍລັດຖະບານໃນການຮ່າງນະໂຍບາຍ ແລະ ແຜນຍຸດທະສາດເພື່ອສົ່ງເສີມຄວາມກ້າວໜ້າຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ຄວາມສະເໝີພາບຍິງ-ຊາຍໃນທຸກຂົງເຂດວຽກງານ ແລະ ໃນທຸກລະດັບໃນສັງຄົມ (GRID, 2005). ໃນປີ 2004 ກົດໝາຍການພັດທະນາ ແລະ ປົກປ້ອງແມ່ຍິງໄດ້ຖືກຮັບຮອງເພື່ອຮັບປະກັນ ແລະ ສົ່ງເສີມບົດ

ບາດຂອງແມ່ຍິງ, ເພື່ອກຳນົດເນື້ອໃນອັນເປັນພື້ນຖານ ແລະ ມາດຕະການສຳຫລັບພັດທະນາ ແລະ ປົກປ້ອງສິດທິຕາມກົດໝາຍ ແລະ ຄວາມສົນໃຈຂອງແມ່ຍິງ (ສະພາແຫ່ງຊາດ ສປປ ລາວ, 2004). ໃນປີ 2007, ກົດໝາຍແຮງງານອອກມາເພື່ອຮັບປະກັນການຮັບຮອງເອົາບຸກຄົນທີ່ເສຍອົງຄະ ແລະ ພິການ (ມາດຕາ 26) ໃຫ້ເຮັດວຽກ, ການໃຫ້ການວ່າຈ້າງແຮງງານແມ່ຍິງ, ແຮງງານເດັກ (ພາກທີ 5 ພາກຕາ 38 ຫາ 41), ແລະ ສິດສະເໝີພາບໃນການຮັບເງິນຄ່າຈ້າງ ຫລື ເງິນເດືອນ (ມາດຕາ 45) (ສະພາແຫ່ງຊາດ ສປປ ລາວ, 2007).

ບັນດາຕົວຊີ້ວັດດ້ານການເງິນສາທາລະນະສຸກ

ຕາຕະລາງ 1 ສະແດງໃຫ້ເຫັນ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກງົບປະມານພາຍນອກດ້ານສຸຂະພາບ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດດ້ານສຸຂະພາບ (THE) ຄິດໄລ່ເປັນເປີເຊັນຂອງ GDP ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 3% ໃນປີ 2000 ເປັນ 4% ໃນປີ 2005 ແລະ ຫຼຸດລົງເປັນ 3% ໃນປີ 2010 ແລະ 2012, ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດຂອງລັດຖະບານດ້ານສຸຂະພາບ ຄິດໄລ່ເປັນ % ຂອງ GDP ໃນ ສປປ ລາວ ເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕໍ່າສຸດໃນຂົງເຂດອາຊີ. ອັນນີ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າລັດຖະບານໃຊ້ຈ່າຍທາງດ້ານສຸຂະພາບຕໍ່າກວ່າມາດຕະຖານທີ່ຄວນ, ໂດຍອີງໃສ່ອົງ ການອະນາໄມໂລກ (WHO) ແມ່ນໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງຕໍ່າ 5% ຂອງ GDP (WHO, 2013). ລັດຖະບານລາວໄດ້ໃຫ້ຄຳໝັ້ນສັນຍາວ່າຈະເພີ່ມຄ່າ ໃຊ້ຈ່າຍເປັນ 9% ຂອງ GDP ເຊິ່ງເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 3 ເທົ່າຂອງງົບປະມານປີ 2010-2012. ງົບປະມານການໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານ ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຫຼາຍລະຫວ່າງຂັ້ນສູນກາງ ແລະ ຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ (ທະນາຄານໂລກ, 2012).

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານໃນດ້ານສຸຂະພາບ (GGHE) ຄິດໄລ່ເປັນເປີເຊັນຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດ ດ້ານສຸຂະພາບ (THE) ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 35% ໃນປີ 2000 ເປັນ 47% ໃນປີ 2010 ແລະ 51% ໃນປີ 2012 ເຊິ່ງໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ລັດຖະບານລາວໄດ້ ໃຊ້ຈ່າຍເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດດ້ານສຸຂະພາບ (ຕາຕະລາງທີ 1). ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານດ້ານສຸຂະພາບຄິດໄລ່ເປັນ ເປີ ເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທົ່ວໄປຂອງລັດຖະບານແມ່ນເພີ່ມຈາກ 4% ໃນປີ 2005 ເປັນ 5% ໃນປີ 2010 ແລະ 6% ໃນປີ 2012.

ອີກດ້ານໜຶ່ງ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງ ຄິດໄລ່ເປັນເປີເຊັນຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດດ້ານສຸຂະພາບໄດ້ຫຼຸດລົງຈາກ 62% ໃນປີ 2005 ເປັນ 42% ໃນປີ 2010 ແລະ 38% ໃນປີ 2012, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງ ໂດຍຄົວເຮືອນຍັງຄົງແມ່ນແຫຼ່ງການເງິນຫຼັກໃນດ້ານສຸຂະພາບ ເຊິ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງຄິດໄລ່ເປັນເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບ (PvtHE) ສູງເຖິງ 75% ໃນປີ 2005 ແລະ 78% ໃນປີ 2012. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນຈ່າຍໂດຍຄົນເຈັບ ແລະ ຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາເຈົ້າ ເຊິ່ງເປັນຜົນໃຫ້ປະຊາຊົນ ບໍ່ເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໄດ້ເລື້ອຍຕາມທີ່ຈຳເປັນ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງ (OOP) ໄດ້ກາຍເປັນປະເດັນໃນການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຄວາມສະເໝີພາບ ແລະ ພາລະທັກຂອງປະຊາຊົນ ໃນການຮັກສາສຸຂະພາບ. ສຳຫລັບການປົກຄຸມດ້ານການເງິນ ອີງຕາມອົງການອະນາໄມໂລກມັນເປັນການຍາກ ທີ່ຈະບັນລຸການປົກຄຸມດ້ານສຸຂະພາບຖ້ວນໜ້າ (UHC), ຖ້າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງຄິດໄລ່ເປັນເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ທັງໝົດດ້ານສຸຂະພາບເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 30% ແລະ ເປົ້າໝາຍສຳລັບການປົກຄຸມດ້ານສຸຂະພາບທົ່ວໜ້າ ຄວນຕັ້ງໄວ້ທີ່ 100% ເພື່ອປ້ອງກັນຈາກທັງການເຮັດໃຫ້ທຸກຍາກ ແລະ ຄ່າເສຍຫາຍໃນການໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສຸຂະພາບສຳລັບປະຊາກອນທັງໝົດ (WHO, 2010).

2
ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງ

ສປປ ລາວ

ລັດຖະບານ ມີຄວາມເປັນຫວັງເປັນໃຍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ການເງິນດ້ານສຸຂະພາບມີຄວາມໝັ້ນຄົງ ໂດຍກາຍເພີ່ມງົບປະມານລັດໃນດ້ານສຸຂະພາບ, ຂະຫຍາຍໂຄງການຈ່າຍລວງໜ້າ ແລະ ພັດທະນາກອງທຶນສຸຂະພາບໃຫ້ມີຄວາມສະເໝີພາບ ເພື່ອໃຫ້

ໝັ້ນໃຈວ່າ ປະຊາຊົນ ຜູ້ທຸກຍາກສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທາງດ້ານສຸຂະພາບເພື່ອທີ່ຈະບັນລຸການປົກຄຸມດ້ານສຸຂະພາບທົ່ວໜ້າ (Akkhavong et al., 2014).

ຕາຕະລາງ 1: ການໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສຸຂະພາບ (%)

ຕົວຊີ້ວັດ	1995	2000	2005	2010	2012
ການໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສຸຂະພາບ ລວມ (THE) % ຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ (GDP)	4	3	4	3	3
ແຫລ່ງຂັບພະຍາກອນພຽງພໍສຸຂະພາບ ທຽບເປັນ % ຂອງຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ	1	29	17	29	22
ການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານເພື່ອສຸຂະພາບ (GGHE) ທຽບເປັນ % ຂອງຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ	60	35	17	47	51
ການໃຊ້ຈ່າຍພາກເອກະຊົນເພື່ອສຸຂະພາບ (PvtHE) ທຽບເປັນ % ຂອງຍອດຜະລິດຕະພັນພາຍໃນ	40	65	83	53	49
ການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານເພື່ອສຸຂະພາບທຽບເປັນ % ຂອງການໃຊ້ຈ່າຍລວມຂອງລັດຖະບານ	8	6	4	5	6
ການໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງ ທຽບເປັນ % ການໃຊ້ຈ່າຍພາກເອກະຊົນ	89	92	75	78	78
ການໃຊ້ຈ່າຍຈາກຖົງຕີນເອງ ທຽບເປັນ % ການໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສຸຂະພາບ ລວມ	36	60	62	42	38

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: National Health accounts data from the WHO Global Health Observatory. Available at the website: <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>

ອັດຕາການຄຸມກຳເນີດ

ໂຄງການ ICPD ໄດ້ເລີ່ມປະຕິບັດ-ປະຊາຊົນສາມາດທີ່ຈະມີຊີວິດທາງເພດທີ່ໜ້າພໍໃຈປອດໄພ ແລະ ພວກເຂົາມີຄວາມສາມາດໃນການໃຫ້ກຳເນີດລູກຫຼານ ແລະ ມີອິດສະຫຼະໃນການຕັດສິນໃຈ, ເມື່ອໃດ ແລະ ປະຕິບັດເລື່ອຍຊ່າໃດ. ການປະຕິບັດງານຂອງໂຄງການຍືດສິດທິຂອງເພດຊາຍ ແລະ ເພດຍິງ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຮູ້ ແລະ ມີການເຂົ້າເຖິງວິທີການທີ່ປອດໄພ, ມີປະສິດທິພາບ, ມີຄວາມເໝາະສົມ ແລະ ເປັນທີ່ຍອມຮັບຂອງທາງເລືອກໃນການວາງແຜນຄອບຄົວ ຂອງພວກເຂົາ (UNFPA, 2004).

ໃນພາກນີ້ໄດ້ສະເໜີໂຕຊີ້ວັດທີ່ສຳຄັນ ເຊັ່ນ ກ) ອັດຕາການຈະເລີນພັນລວມ (TFR), ຊຶ່ງເປັນໂຕຊີ້ວັດທີ່ດີ ແລະ ບໍ່ດີຂອງສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນທີ່ມີອັດຕາການຈະເລີນພັນທີ່ສູງ (>5 ຄົນ) ທີ່ສະແດງເຖິງຄວາມສູງສູງຂອງການເຈັບປ່ວຍ ໃນສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ; ຂ) ອັດຕາຊຸກຊຸມການຄຸມກຳເນີດ (CPR), ຊຶ່ງເປັນໂຕແທນຕົວຊີ້ວັດ ໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ສັນນິຖານວ່າ ບໍ່ມີການບັງຄັບ ສຳລັບການຍອມຮັບການຄຸມກຳເນີດ ໂດຍນະໂຍບາຍຂອງລັດຖະບານເປັນຢ່າງດີ ການກະຈາຍໂຕຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດຊັບອກ

ການເຂົ້າສູ່ຊ່ວງຂອງວິທີການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງເພດຊາຍ ໃນການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ; ຄ) ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ, ຊຶ່ງເປັນໂຕແທນຕົວຊີ້ວັດໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ (ARROW, 2003)

ອັດຕາການຈະເລີນພັນ

ມີຫຼັກຖານອ້າງອີງວ່າ ມີອັດຕາຈະເລີນພັນລວມ (TFR) ໄດ້ຫຼຸດລົງ ໃນຊ່ວງ 2 ທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ, ຕົວຢ່າງ ເຊັ່ນ TFR ໄດ້ຫຼຸດລົງ ຈາກ 5.0 ຄົນ ຕໍ່ ແມ່ ລະຫວ່າງປີ 1997-99 ເຖິງ 4.1 ໃນປີ 2003-05 ແລະ ສືບຕໍ່ຫຼຸດລົງ ເຖິງ 3.2 ໃນປີ 2012. TFR ສຳຫຼັບ ສປປ ລາວ ໄລຍະ 3 ປີ ກອນໜ້າການສຳຫຼວດ (2009-2011) ແມ່ນ 3.2 ຄົນ ຕໍ່ ແມ່, ຕົວເລກນີ້ ມີປຸງແປງໄປຕາມ ພູມສາດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ (3.6 ແລະ 2.2 ໃນເຂດຊົນນະບົດ ແລະ ໂຕເມືອງ, ຕາມລຳດັບ) (ຕາຕະລາງ 2). ການຫຼຸດລົງຂອງ TFR ໃນທົດສະຕະວັດຜ່ານມາ ເປັນເພາະລະດັບການສຶກສາ, ມີອາຍຸຫຼາຍຂຶ້ນຕ້ອນແຕ່ງງານ ແລະ ການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດເພີ່ມຂຶ້ນ (National Statistics Centre, 2007; Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ຕາຕະລາງ 2: ແນວໂນ້ມອັດຕາຈະເລີນພັນລວມ, ອັດຕາຊຸກຊຸມ ຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດຈາກ ປີ 1995 ເຖິງ 2011

	ສປປ ລາວ		
	1994-1996	2003-2005	2011-2012
ອັດຕາຈະເລີນພັນລວມ (ຈຳນວນເດັກ ຕໍ່ແມ່ຍິງ)	5	4.1	3.2
ອັດຕາຊຸກຊຸມການຄຸມກຳເນີດ	32.2%	38.4%	49.8%
ຄວາມຊຸກຊຸມ ວິທີການຄຸມກຳເນີດແນວໄໝ	29%	35%	42%
ບໍ່ຕ້ອງການ ຄຸມກຳເນີດ	39.5%	27%	19.9%

ແຫລ່ງຂໍ້ມູນ: State Planning Committee & National Statistics Centre. 2001. Lao Reproductive Health Survey 2000. Vientiane, Lao PDR; Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning; Ministry of Health & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.

ຕາຕະລາງ 3: ເປີເຊັນ ການໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດໃນປະຈຸບັນ ຂອງ ແມ່ຍິງ ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ໃນປີ 2000, 2005, ແລະ 2012

ອາຍຸ (ປີ)	ໃຊ້ວິທີການອື່ນໆ	ວິທີການອື່ນໆ	ວິທີການແບບໃໝ່				ວິທີການທຳມະຊາດ	
			ຢາເມັດ (%)	ໃສ່ຮ່ວງ (%)	ຖົງຢາງອານາໄມເພດຊາຍ (%)	ຢາສັກ (%)	ທຳມະຊາດ (%)	ເວັ້ນໄລຍະ (%)
LSIS 2012 ^a	49.8	42.1	21.2	1.6	1.1	13.6	1.8	4.9
LRHS 2005 ^b	38.4	35.0	15.9	2.0	0.8	10.6	0.9	2.0
LRHS 2000 ^c	32.2	28.9	12.9	3.0	0.5	7.6	1.9	0.7

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: a. Ministry of Health, & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.
 b. Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning.
 c. State Planning Committee & National Statistics Centre. 2001. Lao Reproductive Health Survey 2000. Vientiane, Lao PDR

ຕາຕະລາງ 4: ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ ອີງຕາມລາຍງານ ຂອງ LSIS, 2012

	ການຄຸມກຳເນີດ ທີ່ບັນລຸໄດ້			ຄວາມຕ້ອງການການຄຸມກຳເນີດ			ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ ລວມ			% ຄວາມພໍໃຈການຄຸມກຳເນີດ
	ເວັ້ນໄລຍະລູກຫາງ	ຈຳກັດການມີລູກ	ລວມ	ເວັ້ນໄລຍະລູກຫາງ	ຈຳກັດການມີລູກ	ລວມ	ເວັ້ນໄລຍະລູກຫາງ	ຈຳກັດການມີລູກ	ລວມ	
LSIS 2012	15.0	34.7	49.8	8.2	11.8	19.9	23.2	46.5	69.7	71.4
LRHS 2005	6.2	30.4	36.6	11.0	16.3	27.3	17.1	46.7	63.9	57.3
LRHS 2000	10.5	29.0	39.5	6.2	26.0	32.2	16.7	55.0	71.7	44.9

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: MoH, & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.
 - Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning.
 State Planning Committee & National Statistics Centre. 2001. Lao Reproductive Health Survey 2000. Vientiane, Lao PDR.

ອັດຕາຊຸກຊຸມການຄຸມກຳເນີດ (CPR)

ອັດຕາຊຸກຊຸມການຄຸມກຳເນີດມີແນວໂນ້ມ ເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງຄົງທີ່ ຕະຫລອດ 10 ປີ ຜ່ານມາ ຈາກ 32% (2000) ເຖິງ 38% (2005) ແລະ 49.8% (2012) (ຕາຕະລາງ 2). ໃນປີ 2012, 49.8% ແມ່ນແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ໃຊ້ວິທີຄຸມກຳເນີດຫຼາຍໆ ວິທີ. ຢາເມັດ ເປັນວິທີທີ່ນິຍົມໃຊ້ສຳລັບແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ໃນ ສປປ ລາວ, ຊຶ່ງໃຊ້ເຖິງ 21.2%. ວິທີການລອງລົງມາ ແມ່ນ ການສັກຢາຄຸມ (13.6%). 5% ຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ໃຊ້ວິທີການເຮັດໝັນ, ແລະ ໃຊ້ວິທີການອື່ນໆ ໜ້ອຍກວ່າ 2%. 5% ໄດ້ໃຊ້ເວັ້ນໄລຍະ. ການໃຊ້ວິທີການແບບໃໝ່ ມີແນວໂນ້ມ ເພີ່ມຂຶ້ນດ້ວຍຄວາມສຳເລັດ, ແຕ່ສູງໃນກຸ່ມແມ່ຍິງທີ່ມີລາຍ ໄດ້ສູງ. ອັດຕາຊຸກຊຸມໃຊ້ວິທີການແບບໃໝ່ ໃນແມ່ຍິງຢູ່ໂຕ ເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ ແມ່ນຄ່າຄືກັນ. ແຫຼ່ງທີ່ສຳຄັນຂອງການ ໃຊ້ຄຸມກຳເນີດມາຈາກ ພາກສ່ວນສາທາລະນະ (71%) ຊຶ່ງ 35% ຂອງຜູ້ໃຊ້ໄດ້ໃຊ້ວິທີການຄຸມກຳເນີດ ຢູ່ໂຮງໝໍລັດ ແລະ 30% ໃຊ້ບໍລິການຢູ່ ສຸກສາລາ, ໃນຂະນະທີ່ 26% ຂອງຜູ້ໃຊ້ ແມ່ນໃຊ້ຢູ່ ພາກສ່ວນເອກກະຊົນ (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ເພດຊາຍ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການວາງແຜນຄອບຄົວເປັນເປີ ເຊັ່ນທີ່ຂ້ອນຂ້າງໜ້ອຍ ໃນການເຮັດໝັນຊາຍ ໃນທົ່ວປະເທດ ເທົ່າກັບສູນ ຊຶ່ງມີພຽງແຕ່ 0.1% ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ 0.1% ຢູ່ແຂວງໄຊຍະບູລີ, ໃນຂະນະທີ່ ອັດຕາຊຸກຊຸມການເຮັດ ໝັນຍິງ ແມ່ນ 4.6%. ອັດຕາຊຸກຊຸມ ຂອງການນຳໃຊ້ຖົງອະນາໄມໃນບັນດາຜູ້ຊາຍແມ່ນ 1.1%. ດັ່ງນັ້ນ, ເພດຊາຍ ມີຄວາມ ຜິດຊອບນ້ອຍສຳລັບການຄວບຄຸມການຈະເລີນພັນ (ກະຊວງ

ສາທາລະນະສຸກ ແລະ ສູນສະຖິຕິ, ລາວ, 2012).

ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ

ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ ໄດ້ຫຼຸດລົງ ຈາກ 39.5% ໃນປີ 2000 ເຖິງ 27% ໃນປີ 2005 ແລະ 20% ໃນປີ 2012. ອີງຕາມ LSIS (2012), 12% ຂອງແມ່ຍິງທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ມີຂໍ້ຈຳກັດ ໃນຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດ ແລະ 8% ມີຄວາມຕ້ອງການ ເວັ້ນໄລຍະລູກຫາງ. ຂໍ້ຈຳກັດຄວມຕ້ອງການທີ່ສູງ ອາດເປັນ ເພາະແມ່ຍິງ ບໍ່ເລືອກໃຊ້ວິທີການວາງແຜນຄອບຄົວ ສຳລັບ ເຫດຜົນຫຼາກຫຼາຍ ເຊັ່ນ ຜົນຂ້າງຄຽງ, ບັນຫາສຸຂະພາບ, ຂາດ ຄວາມຮູ້, ຄວາມຕ້ອງການມີລູກ ແລະ ບັນຫາກ່ຽວກັບການເຂົ້າ ເຖິງ ແລະ ຄວາມສາມາດຕອບສະໜອງ ການຄຸມກຳເນີດ (Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre, 2007).

ຄວາມຕ້ອງການຄຸມກຳເນີດສູງທີ່ສຸດ ແມ່ນແມ່ຍິງຢູ່ເຂດພາກ ໃຕ້ (24 %) ແລະ ຕໍ່າທີ່ສຸດ ແມ່ນຢູ່ສູນກາງ (21 %) ແລະ ພາກເໜືອ (17%). ນອກຈາກນັ້ນ ຍັງມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນ ອັນໃຫຍ່ຫຼວງຂອງຄວາມຕ້ອງການ ລະຫວ່າງເຂດຕົວເມືອງແລະ ເຂດຊົນນະບົດ (19% ທຽບກັບ 28%). ຄວາມຕ້ອງການ ທີ່ສູງສຸດ ແມ່ນ ໃນແມ່ຍິງ ທີ່ບໍ່ມີການສຶກສາ (26%) ແລະ ຫຼຸດລົງ ດ້ວຍຖານະຄອບຄົວ, ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນໃນບັນດາຖານະຮັ່ງມີ. ຄວາມຕ້ອງການມີສູງ ໃນ ແມ່ຍິງທີ່ມີຫົວໜ້າຄອບຄົວປັນຊົນເຜົ່າ ມົ້ງ (31%) ແລະ ຕໍ່າສຸດ ໃນ ຊົນເຜົ່າລາວທີ່ເປັນຫົວໜ້າຄອບຄົວ (18%) (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ສູນສະຖິຕິ, ລາວ, 2012).

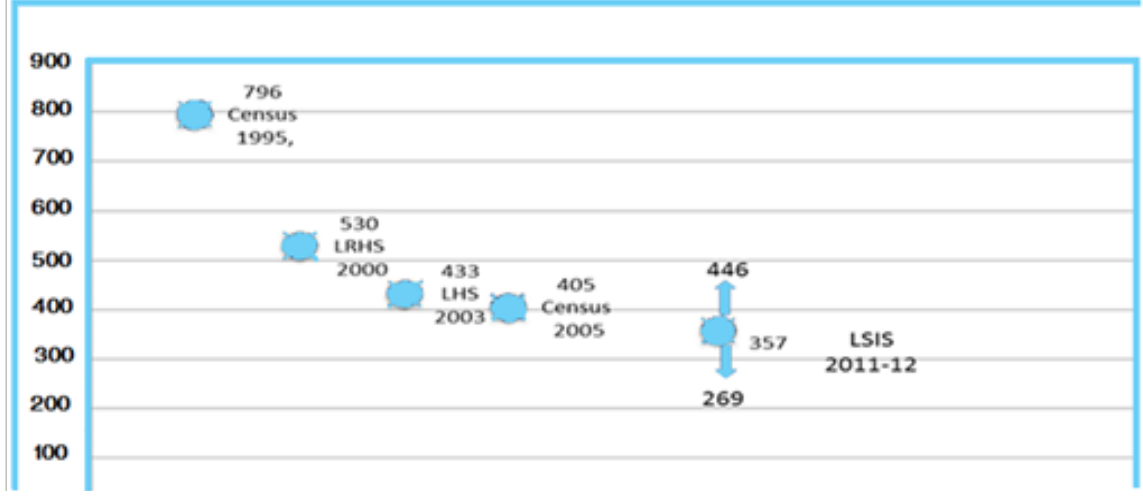
3. ສຸຂະພາບແມ່

ໂຄງການ ICPD ໄດ້ດຳເນີນງານສົ່ງເສີມສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງແມ່ໃນການມີລູກ ໂດຍບັນລຸ ການຕາຍ ແລະ ການເຈັບເປັນຂອງແມ່ຍິງ ຫຼຸດລົງຢ່າງວ່ອງໄວ ລວມທັງຫຼຸດຈຳນວນຢ່າງຫຼວງຫຼາຍຂອງການເສຍຊີວິດ ແລະ ອາການສົນຈາກການເອົາລູກອອກ ທີ່ບໍ່ປອດໄພ (UNFPA, 2004).

ໃນສ່ວນນີ້ສະແດງຕົວຊີ້ວັດສຳຄັນ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ກ) ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ (MMR), ຊຶ່ງສະທ້ອນເຖິງ ການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ; ຂ) ອັດຕາການຕາຍກ່ອນເກີດ (PMR), ຊຶ່ງເປັນຕົວຊີ້ວັດທີ່ດີຂອງທັງ 2 ສະຖານະການສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ໂພຊະນາການ ແລະ ຄຸນນະພາບ

ຂອງການເບິ່ງແຍງການເກີດລູກ; ຄ) ອັດຕາການຕາຍຂອງເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ (IMR), ຊຶ່ງສະທ້ອນສຸຂະພາບຂອງແມ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ, ພາວະໄພຊະການ ແລະ ການເບິ່ງແຍງລະຫວ່າງການເກີດລູກ; ງ) ສັດສ່ວນຂອງການເກີດລູກ ໂດຍນາໆຜະດູກຄັນ, ຊຶ່ງຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຕື່ມ ໃນການລົງທຶນຂອງລັດຖະບານທາງດ້ານ ການພັດທະນາຊັບພະຍາກອນມະນຸດ ທີ່ຈຳເປັນສຳລັບສ້າງຄວາມໝັ້ນໃຈ ໃນການເກີດລູກທີ່ປອດໄພ ແລະ ການປ້ອງກັນການຕາຍຂອງແມ່; ຈ) ຄວາມພ້ອມຂັ້ນພື້ນຖານຂອງການເກີດລູກແບບສຸກເສີນ ແລະ ການເກີດລູກແບບຄົບຖ້ວນ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ການເກີດລູກຢ່າງປອດໄພ ແລະ ການປ້ອງກັນການຕາຍຂອງແມ່, ສ) ການຝາກທ້ອງ (ANC) ຊຶ່ງເປັນຕົວຊີ້ວັດຂອງແມ່ຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບ.

ຮູບພາບ 1: ແນວໂນ້ມ ການຕາຍຂອງແມ່ ໃນລະຫວ່າງ ທົດສະຕະວັດຜ່ານມາ ຕາຍ ຕໍ່ 100,000 ເດັກເກີດມີຊີວິດ



ການຕາຍຂອງແມ່

ສປປ ລາວ ແມ່ນໜຶ່ງໃນບັນດາປະເທດ ຢູ່ເຂດອາຊີໄຕ້ ທີ່ມີການຕາຍຂອງແມ່ສູງສຸດ. ຮູບພາບ 1 ສະແດງໃຫ້ເຫັນແນວໂນ້ມອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ (MMR) ແຕ່ປີ 1995 ເຖິງ 2012. ໃນຊ່ວງເວລາ ຂອງປີ 2005 ຂອງການສຳຫຼວດສຳມະໂນ ປະຊາກອນ ແລະ LSIS 2012 ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ ແມ່ນ 405 ແລະ 357 ຕໍ່ 100,000 ເດັກເກີດມີຊີວິດ ຕາມລຳດັບ (National Statistical Centre, 2006; Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012). ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ສູງແມ່ນຢູ່ໃນກຸ່ມ ແມ່ທີ່ມີການສຶກສາຕໍ່າ, ຄວາມທຸກຍາກ ເປັນຫຼັກຖານຊຶ່ງໃຫ້ເຫັນວ່າ ແມ່ຍິງ ໃນປະເທດທຸກຍາກ ມີແນວໂນ້ມຈະຕາຍ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສາຍເຫດການຖືພາ ສູງກວ່າແມ່ຍິງໃນບັນດາປະເທດ ທີ່ປານກາງ ແລະ ຮັ່ງມີ (GoL & UNDP, 2013). ແມ່ທີ່ອາຍຸນ້ອຍ ແລະ ອາຍຸແກ ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຕາຍຂອງແມ່ ເມື່ອທຽບກັບແມ່ທີ່ມີອາຍຸປານກາງ ຫຼື ເມື່ອການຖືພາຖື ແລະ ທາງເກີນໄປ. ນີ້ອາດເນື່ອງມາຈາກບົດບາດທາງເພດ, ຄວາມບໍ່ເທົ່າ ທຽມກັນທາງເພດ ແລະ ສັກກະຍາພາບທາງເພດ. ຕົວຊີ້ວັດທາງສຸຂະພາບ ໃນປະຈຸບັນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ສປປ ລາວ ຍັງຢູ່ທາງໄກ ໃນການ ບັນລຸເປົ້າໝາຍການຕາຍຂອງແມ່ ສຳລັບ MDGs ໃນປີ 2015 ແລະ ເປົ້າໝາຍແຫ່ງຊາດ. ແຕ່ເມື່ອໄວ້ງມີ ສະຖິຕິສຸຂະພາບໂລກ ໄດ້ລາຍງານໃຫ້ເຫັນວ່າແນວໂນ້ມ ການຕາຍຂອງແມ່ ແມ່ນບັນລຸເປົ້າໝາຍໄດ້ ໃນປີ 2015 (1100 ໃນປີ 1990, 600 ໃນປີ 2000, ແລະ 220ໃນປີ 2012) (WHO, 2014).

ອັດຕາຕາຍກ່ອນເກີດ (PMR)

The perinatal period covers the period leading up to ໄລຍະກ່ອນເກີດ ແມ່ນກວມເອົາ ໄລຍະການຖືພາສົມບູນໄດ້ 22 ອາທິດ ຈົນເຖິງ ເກີດໄດ້ 1 ອາທິດ; ການເສຍຊີວິດທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນຊ່ວງນີ້ ສ່ວນໃຫຍ່ຈະເກີດຈາກສາເຫດເກີດຈາກສະພາບໂພຊະນາການຂອງລູກ ແລະ ແມ່ບໍ່ດີ. ປະເທດລາວ ມີອັດຕາການຕາຍກ່ອນເກີດສູງ ປະມານ 57 ຕໍ່ 1000 ການເກີດມີຊີວິດ (WHO, 2006). ການເກີດ-ຕາຍ (Stillbirths) ແມ່ນຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງການຕາຍ ຂອງເດັກໃນທ້ອງແມ່. ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງໃນສາມຂອງການເກີດ-ຕາຍ ແມ່ນເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫລັງການອອກລູກ ເຊັ່ນ ລະຫວ່າງການອອກລູກ, ແລະ ສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນຫລີກລ່ຽງໄດ້. ມີຄວາມຈຳເປັນຢ່າງຮີບດວນທີ່ຕ້ອງປັບປຸງການເບິ່ງແຍງເດັກ ແລະ ແມ່ເກີດລູກແບບສຸກເສີນ (EMONC) ບໍລິການແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂັ້ນພື້ນຖານສຸກເສີນ ຂອງເກີດລູກ ແລະ ເບິ່ງແຍງເດັກ (BeMONC) ແລະ ຄອບຄຸມ ການເບິ່ງແຍງເດັກ ແລະ ແມ່ເກີດລູກແບບສຸກເສີນ (CEMONC). ມີຫຼັກຖານສະນັບສະໜູນທີ່ເຂັ້ມແຂງ ການເບິ່ງແຍງເດັກ ແລະ ແມ່ເກີດລູກ ແບບສຸກເສີນ ຄວນຈະເປັນອົງປະກອບສຳຄັນ ຂອງເປົ້າໝາຍໂຄງການທີ່ຈະຫຼຸດຜ່ອນການຕາຍຂອງແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ (Paxton et al., 2005). ການປະເມີນ ສະຖານທີ່ໄຫ້ບໍລິການ EmONC ໃນປີ 2012 ສະແດງໃຫ້ເຫັນ ການປົກຄຸມ ຂອງ ການບໍລິການ EmOC ໄດ້ 18 ໂຮງໝໍ ກັບ BeMONC 4 ໂຮງໝໍ ແລະ CEmOC 14 ໂຮງໝໍ ສຳລັບປະຊາກອນ 6,259,857 ຄົນ ຊຶ່ງຖືກຕາມລະດັບທີ່ ສະຫະປະຊາຊາດແນະນຳ ໃຫ້ມີ EmOC 5 ໂຮງໝໍ ຕໍ່ປະຊາກອນ 500,000 ຄົນ ຊຶ່ງມີຄວາມໝາຍວ່າ EmOC 62

5
ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງສປປ ລາວ

ໂຮງໝໍ ກັບ BeMONC 50 ໂຮງໝໍ ແລະ CEMONC 12 ໂຮງໝໍ ສໍາລັບທົ່ວປະເທດ. ການປົກຄຸມທີ່ບໍ່ທົ່ວເຖິງ ແມ່ນມາຈາກ ການກະຈາຍ ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ EmOC ບໍ່ສະມາສະເມີ, ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ ສວນໃຫຍ່ ຢູ່ ພາຍໃຕ້ ແລະ ພາກເໜືອ (MoH, NIOPH & UHS, 2012).

ອັດຕາການຕາຍຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ (IMR)

ອັດຕາການຕາຍຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ, ຊຶ່ງບໍ່ພຽງແຕ່ເປັນຕົວ ຊີ້ວັດ ການຕາຍ ຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ, ມັນກໍຍັງສະແດງໃຫ້ເຫັນ ສະຖານະການ ສຸຂະພາບແມ່, ໂພຊະນາການ ແລະ ການອອກ ລູກ. ອັດຕາການຕາຍຂອງ ເດັກ ຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ ໄດ້ຫຼຸດຜ່ອນລົງ ຈາກ 104 ເຖິງ 70 ຕໍ່ 1000 ເດັກເກີດມີຊີວິດ ລະຫວ່າງປີ 1995 ແລະ 2005. ປີ 2015 ອັດຕາການຕາຍນີ້ ໄດ້ບັນລຸເປົ້າໝາຍ MDG, ເບິ່ງໃນພາບລວມ ອັດຕາການ ຕາຍຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ ໃນ ເຂດຊົນນະບົດຍັງສູງ, ຜົນການສໍາຫຼວດ ຂອງ LSIS ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນ ພາບລວມ ມີແນວໂນ້ມ ຫຼຸດລົງ ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ຕະລອດ 2 ທົດສະຕະວັດ. ອາໄສຄວາມຄືບໜ້ານີ້ ແລະ ສະຖາ ນະການສະເພາະຂອງ ນໍາໄປສູ່ ເປົ້າໝາຍທີ່ກໍານົດ ຂອງສະຫະ ສັດຕະວັດ. ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ໄດ້ຕັ້ງເປົ້າໄພ ສໍາລັບປີ 2015 ໃຫ້ໄດ້ 70 ແລະ 45 ຕໍ່ 1,000 ເດັກເກີດມີຊີວິດ ຕາມ ລໍາດັບ ສໍາລັບອັດຕາການຕາຍ ຂອງ ເດັກຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ ແລະ ເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ (ຮູບພາບ 2). IMR ແມ່ນ ຕໍ່າ ສໍາລັບ ແມ່ທີ່ ອາໄສຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ (36 ຕໍ່ 1,000 ເດັກເກີດມີຊີວິດ), ແມ່ທີ່ ອາໄສຢູ່ເຂດ ສູນກາງ (46 ຕໍ່ 1,000) ແລະ ຈົບມັດທະຍົມຕົ້ນ (30 ຕໍ່ 1,000) ຫຼື ສູງກວ່າ ມັດທະຍົມປາຍ (24 ຕໍ່ 1,000). ການຕາຍ ຂອງເດັກຕໍ່າກວ່າ 1 ປີ ແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບ ເງື່ອນໄຂ ການຖືພາ ແລະ ການຕິດເຊື້ອພະຍາດ, ໂດຍສະເພາະໄຂຍູງ, ອັກເສບລະບົບຫາຍໃຈກະທັນຫັນ, ຖອກທອງ ແລະ ການລະ ບາດ ເຊນ ໄຂເລືອດອອກ, ໝາກແດງ ຫຼື ອັກເສບເຍືອຫຸ່ມ ສະມອງ (GoL & UNDP, 2013). ດັ່ງນັ້ນ ລັດຖະບານຕ້ອງ ໃຫ້ມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບ ທີ່ມີຄຸນນະພາບ ໂດຍສະເພາະ ມີແພດຊໍານານງານໃນການ ຊ່ວຍເກີດ, ການຕໍ່ ສູ້ກັບການຂາດສານອາຫານ, ແລະ ເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງຍິ່ງຂອງ ການປົກຄຸມວັກຊີນ.

6

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການ ເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບ ທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະ ເລີ່ມພັນຂອງ

ສປປ ລາວ

ການຕາຍຂອງແມ່: ຊັກກະຕຸກ

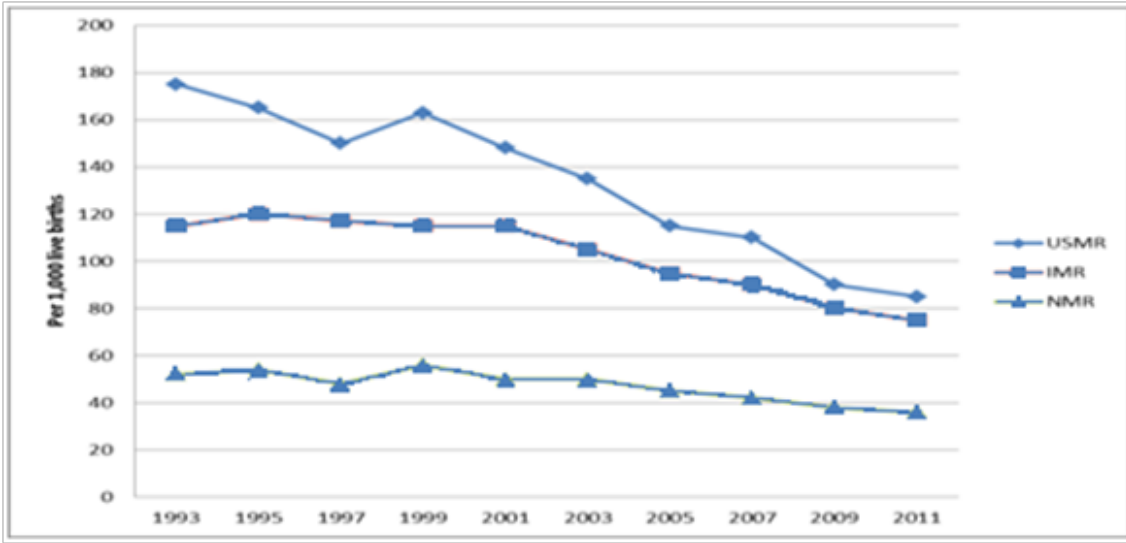
ແມ່ຍິງເຜົ່າມັງ ອາຍຸ 16 ປີ ບໍ່ໄດ້ຮຽນທັງສີ່ທີ່ມີຄວາມ ເຊື່ອໃນຜີ. ຄອບຄົວຂອງລາວມີອາຊີບເຮັດໄຮ. ເຮືອນຂອງ ລາວໄກຈາກສູກສາລາ 5 ກມ ແລະ 65 ກມໄປເຖິງໂຮງໝໍເມືອງ. ມີທຶນທາງໄປຫາສູກສາລາ ແຕ່ ທຶນທາງໄປຫາໂຮງໝໍເມືອງ ແມ່ນລໍາບາກ ໂດຍສະເພາະລະດູຝົນ. ລາວຖືພາລູກຄົນທໍາ ອິດ, ລາວບໍ່ໄດ້ຝາກທ້ອງ, ເມື່ອຖືພາທ້ອງ 8 ເດືອນ ລາວມີອາ ການບວມຕາມຕີນໂຕດັ່ງນັ້ນລາວຈຶ່ງໄປສູກສາລາເພື່ອປິ່ນປົວ.

ການຖືພາເທື່ອທໍາອິດ ລາວບໍ່ໄດ້ຝາກທ້ອງ ເມື່ອຖືພາທ້ອງ 8 ເດືອນ ລາວເລີ່ມມີອາການບວມ ທໍາອິດ ບວມຢູ່ຕີນ ມີ ແລະໜ້າ ຈາກນັ້ນ ກໍລາມ ໄປທົ່ວຮ່າງກາຍ, ເມື່ອ ລາວໄປຫາແພດຢູ່ ສູກສາລາ ນາຍໝໍກໍເອົາຢາໃຫ້ລາວ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ບອກຊື່ຢາ ແລະ ແນະນຳ ລາວ ຖ້າອາການຍັງບໍ່ດີຂຶ້ນ ໃຫ້ໄປໂຮງໝໍເມືອງ. ດັ່ງນັ້ນ ລາວຈຶ່ງກັບເຮືອນ ແລະກິນຢາທີ່ນາຍໝໍຢູ່ສູກສາເອົາໃຫ້ ກິນໄດ້ປະມານ 2 ອາທິດ ແຕ່ອາການກໍບໍ່ດີຂຶ້ນ ລາວຍັງມີອາ ການບວມ ທົ່ວຮ່າງກາຍ. ພື້ນອງຂອງລາວ ໄດ້ຮັກສາດ້ວຍວິທີ ໄສຍະສາດ ຫຼາຍຄັ້ງ ແຕ່ ອາການກໍບໍ່ດີຂຶ້ນ. 2 ອາທິດຕໍ່ມາ ລາວເລີ່ມມີອາການເຈັບທ້ອງເກີດລູກ. ໃນຕອນເຊົ້າລາວກໍເກີດ ລູກ ດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງແມ່ຍາ.

ຫຼັງຈາກເກີດລູກ, ລາວເມື່ອຍ ແລະເຈັບໜ້າເອິກຫາຍໃຈລໍາບາກ ແລະ ຊັກເປັນບາງຄັ້ງ. ລາວຍາກໄປໂຮງໝໍ. ແຕ່ພໍ່ແມ່ ແລະ ຜົວບໍ່ເຫັນດີ, ພວກເຂົາໄດ້ໃຊ້ວິທີທາງໄສຍະສາດມາປົວລາວ ອີກ, ແຕ່ອາການກໍຍັງບໍ່ດີຂຶ້ນ. ພວກເຂົາຕ້ອງເລືອກ ທີ່ຈະຊ່ວຍ ຊີວິດໃຜຄົນໜຶ່ງ, ຖ້າຊ່ວຍແມ່ລູກຕ້ອງຕາຍ ຖ້າຊ່ວຍລູກ ແມ່ ຕ້ອງຕາຍ. ພໍ່ແມ່, ຜົວ ແລະ ຍາດພື້ນອງ ຕົກລົງຊ່ວຍຊີວິດແມ່. ດັ່ງນັ້ນພວກເຂົາຈຶ່ງເອົາກອນທຶນໃຫຍ່ມາເຕັງເດັກນ້ອຍ, ເດັກ ຮອງສູງດັ່ງ ຈາກນັ້ນ 2 ຊຸມ ເດັກນ້ອຍກໍຕາຍ. ການຮັກສາ ດ້ວຍວິທີໄສຍະສາດຍັງສືບຕໍ່ ປົວແມ່. ອາການຍັງບໍ່ດີຂຶ້ນ, ແລະ ຍິ່ງກວ່ານັ້ນລາວເມື່ອຍຫຼາຍຂຶ້ນ ຈົນເກືອບໝົດລົມຫາຍໃຈ ແລະ ມີອາການຊັກຕະຫລອດເວລາ. ລາວຂໍຮ້ອງໃຫ້ຜົວພາ ໄປໂຮງໝໍ, ແຕ່ພໍ່ແມ່ຜົວ ເຫັນດີໃຫ້ປົວດ້ວຍວິທີ ໄສຍະສາດ ຕາມເດີມ. ໃນຕອນທ່ຽງມື້ນັ້ນ ອາການລາວຊຸກພຸມລົງ, ມີອາ ການຕາລອຍຕະລອດເວລາທັນໃຈລໍາບາກ. ນາຍບ້ານສັງເກດ ອາການ, ແລະ ໄດ້ໂທລະສັບ ຫາໂຮງໝໍເມືອງ ໃຫ້ເອົາລົດມາ ຮັບ. 15 ນາທີຕໍ່ມາ ລາວກໍຕາຍ ຢູ່ເຮືອນໃນຂະນະທີ່ແພດໂຮງ ໝໍເມືອງມາເຖິງ.

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: Maternal Death Review

ຮູບພາບທີ 2: Trends in under 5 mortality rates (U5MR), infant mortality rate (IMR) and neonatal mortality rate (NMR) from LSIS, 2012



ສັດສ່ວນການຊ່ວຍເກີດລູກ ໂດຍພະນັກງານ ແພດທີ່ຊຳນານ

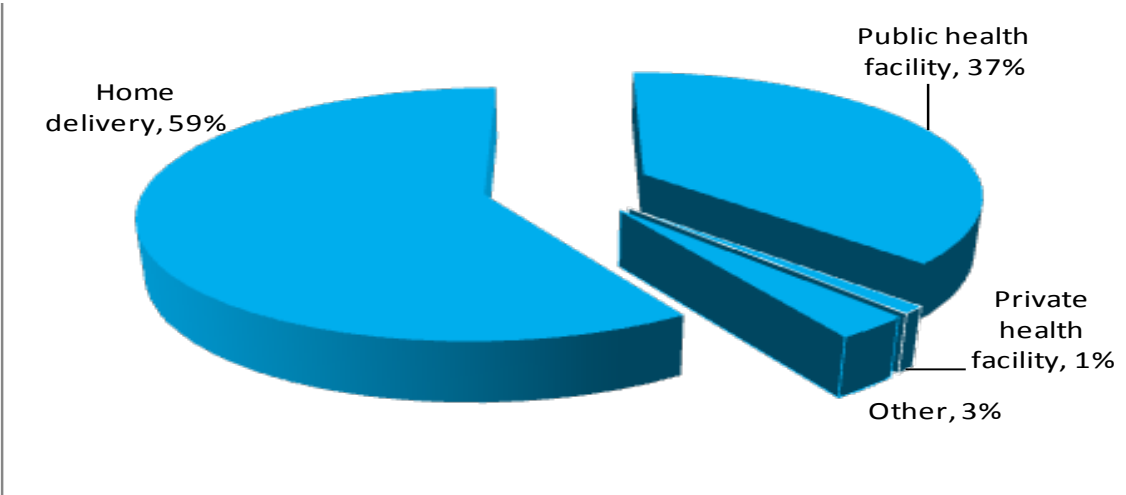
ຕົວຊີ້ວັດສັດສ່ວນ ການຊ່ວຍເກີດລູກ ໂດຍ ພະນັກງານແພດທີ່ຊຳນານ ໃນການເກີດລູກຖືກວິກິດການ ເຊິ່ງມີຄວາມສຳພັນແທ້ຈິງກັບອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່. ຕົວຊີ້ວັດນີ້ ຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈເພີ່ມການລົງທຶນທາງ ດ້ານຊັບພະຍາກອນມະນຸດທີ່ຈຳເປັນຂອງລັດຖະບານ. ສັດສ່ວນການຊ່ວຍ ເກີດລູກ ໂດຍພະນັກງານແພດທີ່ຊຳນານ ໃນການເກີດລູກ ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນນ້ອຍກວ່າ 5% ແຕ່ປີ 1994 ເຖິງ 2005, ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຊ່ວຍ ເຫຼືອຈາກພະນັກງານແພດຊຳນານທາງດ້ານເກີດລູກກໍເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ, ຈາກ 20% (National Statistical Centre, 2008) ເຖິງ 42% ໃນປີ 2012 (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ມີພຽງແຕ່ 7% ຂອງ ແມ່ທີ່ເກີດລູກຢູ່ເຮືອນ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເກີດຈາກພະນັກງານແພດ. ສັດສ່ວນ ແມ່ຍັງຢູ່ຕົວເມືອງ ໄດ້ຖືກຊ່ວຍເກີດຈາກພະນັກງານແພດ (80%) ແມ່ນຫຼາຍກວ່າ 2 ເທົ່າຂອງແມ່ຍັງຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ (31%). ມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນໃນການເກີດລູກ ໂດຍແພດຊຳນານຊ່ວຍການເກີດລູກ (SBA)

ລະຫວ່າງ ຊົນເຜົ່າ, ລະດັບການສຶກສາຂອງແມ່ ແລະ ສຸຂະພາບ. ຊົນເຜົ່າມົງເກີດລູກ ໂດຍແພດຊຳນານຊ່ວຍການເກີດລູກນ້ອຍເມື່ອທຽບກັບຊົນເຜົ່າລາວ (17.8% vs 58.5%); ແມ່ທີ່ບໍ່ສາມາດອ່ານຂຽນໄດ້ ທຽບກັບ ແມ່ທີ່ມີລະດັບການສຶກສາສູງ (16.1% vs 92.8%); ແມ່ທີ່ທຸກຍາກທຽບກັບ ແມ່ທີ່ຮັ່ງມີ (10.8% vs 90.7%). ການເກີດລູກ ໂດຍແພດຊຳນານຊ່ວຍການເກີດລູກຂອງແມ່ທີ່ຢູ່ເຂດໂຕເມືອງ ສູງກວ່າ ແມ່ທີ່ຢູ່ ເຂດຊົນນະບົດ (79.8% vs 30.7%) (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ການເກີດລູກ ໃນສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກ ໃນປະເທດລາວ ເພີ່ມຂຶ້ນ ຈາກ 17% ໃນປີ 2005 ເຖິງ 38% ໃນປີ 2012 (National Statistical Centre, 2006; (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012); ແຕ່ອັດຕານີ້ຍັງຕໍ່າກວ່າເປົ້າໝາຍ ຂອງ ສະຫະສະວັດ (MDG) ທີ່ຕັ້ງເປົ້າໄວ້ 50%. ສະຖານທີ່ເກີດລູກ ສ່ວນໃຫຍ່ ແມ່ນສະຖານທີ່ ທີ່ເປັນຂອງລັດຖະບານ (37%) (ຮູບພາບ 3). ຊີວິດຂອງແມ່ ຈະປອດໄພ ຖ້າໄປເກີດລູກຢູ່ສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກ ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ຄົບຖວນໃນການເບິ່ງແຍງເດັກ ແລະແມ່ເກີດລູກແບບສຸກເສີນ.

ຮູບພາບທີ 3: ສະຖານທີ່ບໍລິການເກີດລູກ ຈາກການສຳຫຼວດ LSIS, 2012



ຕາຕະລາງ 5: ແນວໂນ້ມ ຂອງ ຕົວຊີ້ວັດ ການບໍລິການທາງດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງແມ່ ໃນປີ 1995 ເຖິງ 2012

ຕົວຊີ້ວັດ	1994-1996	2003-2005	2012-latest
ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ (ຕໍ່ 100,000 ເກີດມີຊີວິດ)	796	433-405	357
ແພດຊໍານໍານການເກີດລູກ	14%	23%	42%
ຝາກທ້ອງ ຢ່າງນ້ອຍ 1 ຄັ້ງ	21%	29%	54%
ຝາກທ້ອງ ຄົບ 4 ຄັ້ງ	Na	67%	36.9%
ກວດຄົນຫຼັງເກີດ	Na	Na	39.5%

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: - MoH, & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.
 - Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning.

8

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງ

ສປປ ລາວ

ສຖານທີ່ບໍລິການເກີດລູກແບບສຸກເສີນຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ເກີດລູກແບບສຸກເສີນແບບຄົບຖວນ

5 ຕົວຊີ້ວັດ ຂອງການບໍລິການ ເກີດລູກແບບສຸກເສີນຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ເກີດລູກແບບສຸກເສີນແບບຄົບຖວນ (ບາງຕົວຊີ້ວັດ ມີຄວາມແຕກຕ່າງ) ໄດ້ຖືກຄິດໄລ່ ສໍາລັບ ແຕ່ລະແຂວງ ແລະ ຂອງປະເທດ. ສໍາລັບ ປະຊາກອນ 6.2 ລ້ານຄົນ, ໃນທົ່ວປະເທດ ມີ 15 ສະຖານທີ່ບໍລິການ ເກີດລູກແບບສຸກເສີນແບບຄົບຖວນ (EmONC), ມີ ໃກ້ຄຽງກັບມາດຕະຖານ ສໍາລັບ 1 ຕໍ່ 500,000 ຄົນ. ໃນຕົວຈິງ ມີ ບໍລິການ ເກີດລູກແບບສຸກເສີນຂັ້ນພື້ນຖານ (BmONC) 23 ແຫ່ງ, ທັງໝົດ ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼຸດ 1 ໜ້າທີ່ ການ, ທີ່ຕໍ່າກວ່າ ມາດຕະຖານ ສໍາລັບ 5 ຕໍ່ 500,000 ຄົນ. ການກະຈາຍທາງດ້ານພູມມິປະເທດ ທີ່ເໜາະສົມ ສໍາລັບສະຖານທີ່ບໍລິການ CEmONC, ແຕ່ບໍ່ແນ່ນອນສໍາລັບ ສະຖານທີ່ບໍລິການ BEmONC, ທີ່ມີຄວາມຫຼຸດລົງຢ່າງໃຫຍ່ຫຼວງ ໃນ ເຂດທາງໂຄງທຸກຫຼີກ. ມີພຽງ 20.3% ທີ່ຄາດການມາເກີດລູກ ໃນສະຖານທີ່ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ, ໃນຂະນະທີ່ຕ້ອງພົບ ພາວະແຊກຊ້ອນໃນການເກີດລູກ ເປັນ 11.1%. ທັງໝົດ ມີພຽງ 2% ຂອງການເກີດລູກ ໂດຍວິທີການຜ່າຕັດ (MoH, UHS & NIOPH, 2012).

ການປົກຄຸມ ການຝາກທ້ອງ (ANC)

During the past decade, ANC at least one visit in the past decade ຜ່ານມາ, ການຝາກທ້ອງຢ່າງນ້ອຍ 1 ຄັ້ງ ເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງຫຼວງຫຼາຍ ຈາກ 24.2% (2000) ເຖິງ 28.5% (2005) ແລະ 54.2% ໃນປີ 2012 (National Statistical Centre, 2001; National Statistical Centre, 2006; MoH & Lao Statistics Bureau, 2012). ການເພີ່ມຂຶ້ນຢ່າງແທ້ຈິງນີ້ ຈະນໍາໄປສູ່ການຫຼຸດຜ່ອນ ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ ໃນຂະນະທີ່ ANC ຈະໃຫ້ໂອກາດ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ເພື່ອໃຫ້ສຸຂະສຶກສາແກ່ແມ່ ກ່ຽວກັບສັນຍານອັນຕະລາຍຂອງການຖືພາ, ຄວາມສ່ຽງໃນການຖືພາ ແລະ ຄວາມສ່ຽງທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ (ຮູບ 4). ປະມານ 54% ຂອງແມ່ຍິງ ອາຍຸ 15-49 ປີ ຜູ້ທີ່ເກີດລູກ ກ່ອນໜ້າການສໍາຫຼວດ 2 ປີ ໄດ້ຝາກທ້ອງນໍາ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄວາມຊໍານານ, 46% ໄດ້ຝາກທ້ອງກັບທ່ານ ພີ, 7% ໄດ້ຝາກທ້ອງກັບ ນໍາຜະດຸງຄັນ, ແລະ 2% ໄດ້ຝາກທ້ອງ ກັບ ຜູ້ຊ່ອຍ ຜະດຸງຄັນ. ມີພຽງ 1% ຂອງແມ່ຍິງ ໄດ້ຮັບການເບິ່ງ ແຍງຈາກພໍ່ຕໍາແຍ ຫຼື ອສບ. ແມ່ຍິງທີ່ຢູ່ເຂດຕົວເມືອງ ໄດ້ຝາກທ້ອງ ເປັນ ເປີເຊັນສູງ (ໂດຍສະເພາະ ໃນນະຄອນ ຫຼວງວຽງຈັນ 9 ໃນ 10 ຂອງແມ່ຍິງ ໄດ້ຝາກທ້ອງ), ໃນນັ້ນ

ມີລະດັບການສຶກສາ ມໍ່ປາຍ, ແລະ ມີຖານະຮັ່ງມີ (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ສິ່ງສໍາຄັນຫຼັກ ໃນການຫຼຸດຜ່ອນການຕາຍຂອງແມ່ ລວມທັງ ການປົກຄຸມການຝາກທ້ອງທີ່ສູງ, ການມີ ແພດຊໍານໍານການເກີດ ລູກ, ແລະ ການເຂົ້າເຖິງການເກີດລູກສຸກເສີນ ແລະ ການ ເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍເກີດໃໝ່. ການມີສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ພຽງຢ່າງດຽວ ທີ່ມີຜົນ ຖ້າໄປເຖິງແມ່ຍິງໃນເຂດຊົນນະບົດ ແລະ ຊຸມຊົນທາງ ໂກສອກຫຼີກ.

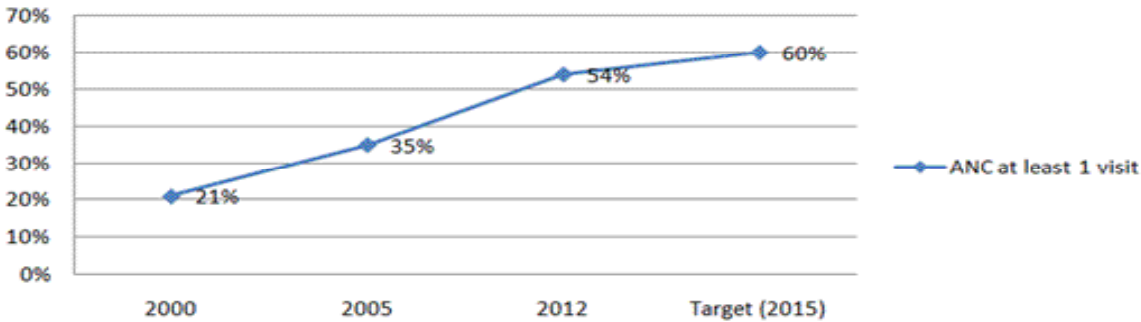
ການປົກຄຸມການກວດຄົນຫຼັງເກີດລູກ ພາຍໃນ 46 ຊົ່ວໂມງ ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສາທາລະນະສຸກ

ການເບິ່ງແຍງຫຼັງເກີດ ເປັນສິ່ງສໍາຄັນ ເພາະ ເປັນສັດສ່ວນທີ່ ແທ້ຈິງຂອງການເສີຍຊີວິດ ແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ລະຫວ່າງການເກີດລູກ ຫຼື ໄລຍະຫຼັງເກີດ. ແຜນງານແມ່ປອດໄພ ໄດ້ແນະນຳວ່າ ແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ຫຼັງເກີດ ໃນໄລຍະ 6 ອາທິດ ຄວນໄດ້ຮັບການ ກວດສຸຂະພາບ ທັງ ເດັກ ແລະ ແມ່ (MOH, 2002). ດັ່ງນັ້ນ ການກວດຄົນຫຼັງເກີດ ແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນ ທັງ ແມ່ ແລະ ເດັກ, ບໍ່ພຽງແຕ່ ໃນການ ປິ່ນປົວອາການສິ້ນທີ່ເກີດຂຶ້ນຈາກ ການເກີດລູກ, ແຕ່ ຍັງເພື່ອກະ ກຽມໃຫ້ແມ່ມີຂໍ້ມູນຂາວສານສໍາຄັນ ໃນການເບິ່ງແຍງ ຕົນເອງ ແລະ ລູກຂອງເຂົາ.

ນ້ອຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງ(41%) ຂອງເດັກນ້ອຍເກີດໃໝ່ທີ່ໄດ້ຮັບການ ກວດສຸຂະພາບ ພາຍຫຼັງເກີດ ຫຼື ການກວດຄົນຫຼັງເກີດ ຫຼັງຈາກ 2 ວັນ. 4 ໃນ 10 ໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບ ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ສະຖານທີ່ສາທາລະນະສຸກ ຫຼື ຢູ່ເຮືອນ, ໃນຂະນະທີ່ 7% ທີ່ໄດ້ກວດຄົນຫຼັງເກີດ ພາຍຫຼັງ ເກີດລູກ 2 ວັນ (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012).

ຮູບພາບທີ 4: ແນວໂນ້ມ ການປົກຄຸມການຝາກທ້ອງ (ຢ່າງນ້ອຍ 1 ຄັ້ງ ກັບ ແພດ) ຈາກການສຳຫຼວດ LRHS 2000, 2005 ແລະ LSIS 2012

ANC at least 1 visit



4. ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນໄວໜຸ່ມ ແລະ ຊາວໜຸ່ມ

ແຜນງານປະຕິບັດການ ICPD, ທີ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ລັດຖະບານ ພິຈາລະນາ ການຫຼຸດຜອນການຖືພາຂອງໄວໜຸ່ມ, ແລະ ໄວໜຸ່ມ ທີ່ມີບັນຫາ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ໄວຈະເລີນພັນ, ລວມທັງ ການຖືພາທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ, ການເອົາລູກອອກທີ່ບໍ່ປອດໄພ ແລະ ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ, ລວມ ທັງ HIV/AIDS (UNFPA, 2004, paragraph 7.44) .

ໃນສ່ວນນີ້, ເຮົາກວດສອບ ຕົວຊີ້ວັດຂອງ ກ) ອັດຕາການເກີດລູກ ໃນໄວຈະເລີນພັນ; ຂ) ສະຖານະຄວາມພອມຂອງການໃຫ້ບໍລິການ ທາງດ້ານເພດສຳພັນ ຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ເພື່ອປະເມີນເພດສຳພັນຂອງໄວໜຸ່ມ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິໃນການດຳລົງຊີວິດ.

ອັດຕາການເກີດລູກ ໃນໄວຈະເລີນພັນ

ໃນລະຫວ່າງ 2 ທົດສະຕະວັດຜ່ານມາ ອັດຕາການເກີດລູກຂອງໄວລຸ້ນ ໃນປະເທດລາວ ຫຼຸດລົງເລັກນ້ອຍ ຈາກ 115 ໃນປີ 1994 ຫາ 94 ໃນປີ 2012 (National Statistical Centre, 2001; National Statistical Centre, 2006; Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012) (ຮູບ 4). ປະເທດລາວມີອັດຕາການຖືພາຂອງໄວລຸ້ນ ທີ່ສູງ, ສຳລັບ ທຸກໆ 1,000 ໄວລຸ້ນຍັງ ອາຍຸ 15 ເຖິງ 19 ປີ ໃນລາວ, ໃນແຕ່ລະປີ ມີຢ່າງນ້ອຍ 94 ຄົນເກີດລູກ (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012). ອັດຕານີ້ ພົບສູງ ໃນກຸ່ມທີ່ມີລະດັບການສຶກສາຕ່ຳ, ມີຊີວິດທຸກຍາກ, ແລະ ຊົນເຜົ່າ, ທາງພາກເໜືອ ເຂດພູດອຍ ແລະ ເຂດຊົນນະບົດ. ຄວາມແຕກຕ່າງທີ່ໃຫຍ່ ແມ່ນ ພົບໃນໄວລຸ້ນຢູ່ເຂດຊົນນະບົດ ແລະ ຕົວເມືອງ. ອັດຕາຈະເລີນພັນໃນແມ່ຍິງທີ່ດຳລົງຊີວິດ ໃນຊົນນະບົດ ສູງເປັນ 3 ເທົ່າ ຂອງແມ່ຍິງທີ່ດຳລົງຊີວິດໃນໂຕເມືອງ (114 ແລະ 44 ເກີດ ຕໍ່ 1,000 ໄວຈະເລີນພັນ, ຕາມລຳດັບ) (Ministry of Health & Lao Statistics Bureau, 2012). ຜົນກະທົບທາງລົບ ຕໍ່ອັດຕາການເກີດລູກຂອງໄວລຸ້ນ ເຊັ່ນ ສູງຕໍ່ການເກີດລູກກ່ອນກຳນົດ, ນ້ຳໜັກເດັກເກີດໃໝ່ຕ່ຳ ກວ່າເກນ, ເກີດມາແລ້ວຕາຍ ແລະ ຕາຍກ່ອນເກີດ ແລະ ອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ (Mahavarkar et al., 2008). ແມ່ທີ່ອາຍຸຍັງນ້ອຍ ມີຜົນກະທົບຕໍ່ແມ່ ແລະ ລູກ ໃນຫຼາຍວິທີ ມັນສາມາດນຳໄປສູ່ ສະຖານະທາງການສຶກສາຕ່ຳ ແລະ ສະຖານະພາບທາງເສດຖະກິດສັງຄົມ, ໃນເວລາດຽວກັນ ການຖືພາໃນໄວລຸ້ນ ເຮັດໃຫ້ເຂົາມີຄວາມສູງຕໍ່ການເຈັບປ່ວຍ ແລະ ການຕາຍຂອງແມ່. ການເກີດລູກຂອງໄວລຸ້ນ ແມ່ນຕົວຊີ້ວັດ ຂອງສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ແລະ ສິດທິຂອງໄວໜຸ່ມ (ARROW,

2003).

ຄວາມພ້ອມ ແລະ ຄວາມຫລາກຫລາຍຂອງການບໍລິການເພດສຳພັນ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ໃຫ້ແກ່ ຊາວໜຸ່ມ ແລະ ໄວໜຸ່ມ

ການບໍລິການສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ແມ່ນຍັງບໍ່ທັນພັດທະນາຢູ່ ໃນ ສປປ ລາວ. ການບໍລິການເກີດລູກແບບສຸກເສີນຂັ້ນພື້ນຖານ (BEmONC) ແມ່ນມີໃນ ໂຮງໝໍເມືອງ ກ (MoH, NIOPH & UHS, 2011). ທັງໝົດ STIs/HIV/AIDS ແມ່ນມີການກຳນົດເປົ້າໝາຍຕໍ່ປະຊາກອນກຸ່ມສ່ຽງໃນຂະນະທີ່ການບໍລິການ ແມ່ແລະເດັກ ໄດ້ຖືກກຳນົດໃຫ້ເປັນສິ່ງຄູ່ກັນ (Lorete, 2012; Sychareun, 2004).

ການບໍລິການເອົາລູກອອກ (ຂູດມິດລູກ) ມີໃຫ້ບໍລິການໃນໂຮງໝໍລັດ ເພື່ອທີ່ຈະຊ່ວຍຊີວິດຂອງແມ່ ແລະ ເພື່ອຮັກສາສຸຂະພາບທາງກາຍ ແລະ ທາງໃຈຂອງແມ່ຍິງ. ໄວໜຸ່ມຍິງມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະສະແດງທາງການບໍລິການນີ້ ໃນໂຮງໝໍເອກກະຊົນ ແລະ ການເອົາລູກອອກນີ້ ແມ່ນໄດ້ດຳເນີນການແບບລັກລອບຢູ່ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂ ທີ່ບໍ່ຖືກຫຼັກສຸຂະອະນາໄມ ແລະ ບໍ່ປອດໄພ ຊຶ່ງອາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສຸຂະພາບທາງລົບ ເຊັ່ນ ເລອດໄຫຼ, ມິດລູກແຕກ.

ການຈັດທາງການບໍລິການສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ສຳລັບຄົນໜຸ່ມສາວ ແມ່ນຍັງບໍ່ພຽງພໍ, ປັດຈຸບັນ ຄົນໜຸ່ມສາວ ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງການ ບໍລິການສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ຈົນກວ່າພວກເຂົາຈະແຕ່ງງານ ແລະ ຮູ້ສຶກອາຍທີ່ຈະເປີດເຜີຍການມີເພດສຳພັນ, ດັ່ງນັ້ນ ຍິງໜຸ່ມ ຈຶ່ງມີຈຳນວນເພີ່ມຂຶ້ນທີ່ຈະໄປເອົາລູກອອກທີ່ບໍ່ປອດໄພ, ມີສ່ວນຮວມໃນຄວາມສູງຕໍ່ພຶດຕິກຳທາງເພດ ແລະ ໄດ້ຮັບຄວາມທໍລະມານຈາກ ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ. ການໃຊ້ບໍລິການ ໂດຍໄວໜຸ່ມ ມັກຈະມີການເຊື່ອມໂຍງວິທີການ ທີ່ພວກເຂົາຮັບຮູ້ທັງ ການບໍລິການທີ່ມີຢູ່ ແລະ ຄວາມຊຳນານ ແລະ ຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ໄດ້ມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ ຈາກທັງ ທີ່ເປັນທາງ ການ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການ. ແຕ່ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເປັນເລື່ອງຂ້ອງແຕກຕ່າງກັນສຳລັບຄົນທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ທຽບກັບຄົນໜຸ່ມທີ່ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ. ໄວລຸ້ນທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ແຕ່ງງານມີການເຂົ້າເຖິງສຸຂະສຶກສານອຍ ຈາກພະນັກງານສາທາລະນະສຸກ. ຂໍ້ມູນທີ່ຕີພິມ ໃນສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ເປັນເລື່ອງທຳມະດາ (Sychareun, 2004).

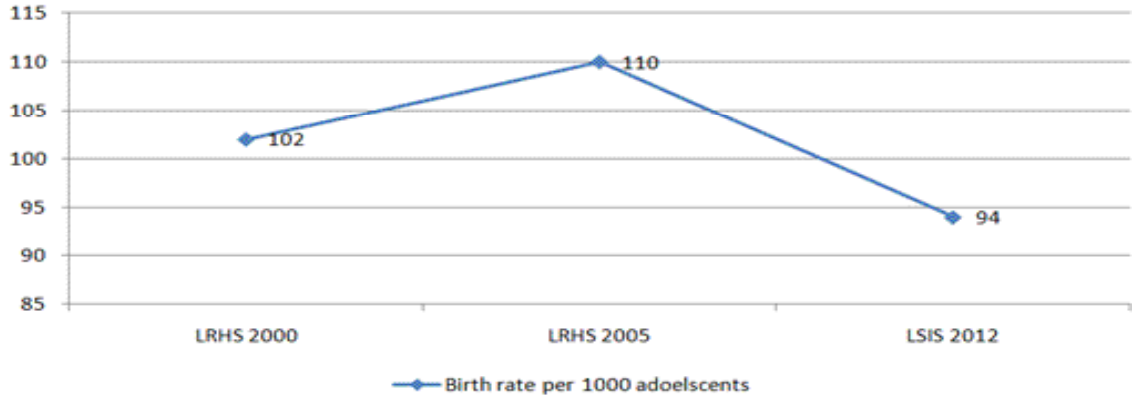
ແຜນງານເພດສຶກສາ ແມ່ນໄດ້ດຳເນີນການໃນ ສປປ ລາວ ໃນປີ 2001. ເລື່ອງນີ້ເປັນພຽງຜິວເຜີນ ແລະ ເປັນພຽງແຕ່ການລວມກັນໃນສາຂາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ເຊັ່ນ ໂລກອອມໂຕ ໃນຊັ້ນປະຖົມ

9
ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງ ສປປ ລາວ

ປີທີ 4 ແລະ 5 ແລະ ວິຊາພົນລະເຮືອນ, ພູມສາດ ແລະ ວິທະຍາສາດທຳມະຊາດ ໃນມັດທະຍົມຕົ້ນ, ແລະ ວິຊາ ຊີວະ ວິທະຍາ ໃນຊັ້ນມັດທະຍົມປາຍ ມີເຖິງ 24% ຂອງ ຊັ້ນປະຖົມ

ແລະ 80% ແລະ ຊັ້ນມັດທະຍົມ (Ministry of Education & UNFPA, 2011).

ຮູບພາບທີ 5: ແນວໂນ້ມ ອັດຕາການເກີດລູກ ຂອງໄວລຸ້ນ, ໃນ ສປປ ລາວ 2000-2012



Sources: MoH, & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.
 - Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning.
 - State Planning Committee & National Statistics Centre. 2001. Lao Reproductive Health Survey 2000. Vientiane, Lao PDR.

10
 ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການ
 ເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບ
 ທາງເພດ ແລະ
 ສຸຂະພາບໄວຈະ
 ເລີ່ມພັນຂອງ

ສປປ ລາວ

5. HIV/AIDS

ແຜນງານປະຕິບັດ ຂອງ ICPD ທີ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ລັດຖະບານ ບ້ອງກັນ, ຫຼຸດຜ່ອນ ການແຜ່ກະຈາຍ ແລະ ເຮັດໃຫ້ຜົນກະທົບ ພະຍາດ HIV ນ້ອຍລົງ, ແລະ ແຜນງານສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ຈະເລີນພັນ ກໍ່ໄດ້ສ້າງຄວາມເຊື່ອໝັ້ນໃຫ້ແກ່ຜູ້ ທີ່ຕິດພະຍາດ HIV ແລະ AIDS ໃຫ້ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢ່າງພຽງພໍ ແລະ ເທົ່າທຽມກັນ ແລະ ສ້າງຄວາມໝັ້ນໃຈ ໃນການຮັກສາຄວາມລັບ UNFPA, 2004, paragraph 8.28) (ARROW, 2013).

ໃນສ່ວນນີ້ ເຮົາກວດສອບໂຕຊີ້ວັດຂອງ ກ) ຄວາມຊຸກຊຸມ ແລະ ພາລະ ຂອງ HIV; ຂ) ຄວາມພ້ອມໃນການບໍລິການ HIV ແລະ AIDS. ໂຕຊີ້ວັດເຫຼົ່ານີ້ ມີຈຸດມຸ້ງໝາຍ ເພື່ອຊີ້ໃຫ້ເຫັນ ສະຖານະການຂອງສຸຂະພາບທາງເພດ ໃນປະຊາກອນລວມ ທັງຄວາມພ້ອມໃນບໍລິການ ໃນປະເທດ.

ຄວາມຊຸກຊຸມ ແລະ ພາລະ

ການປະເມີນການລະບາດຂອງ HIV ຢູ່ ສປປ ລາວ ແມ່ນ 0.2% ຂອງ ປະຊາກອນທົ່ວໄປ (UNAIDS, 2013). ພຶດຕິກຳທາງເພດ ທີ່ບໍ່ປອດໄພ ແມ່ນຮູບແບບຫຼັກ ຂອງການຕິດຕໍ່ ໃນ ສປປ ລາວ (UNAIDS, 2012). ໃນແຜນຍຸດທະສາດ ແຫ່ງຊາດ ແລະ ແຜນດຳເນີນການ ສຳລັບ ແຜນຍຸດທະສາດວບຄຸມ ແລະ ບ້ອງກັນ (NSAP) HIV/AIDS/STI ສຳລັບ ປີ 2011-2015, ສະຖານະການລະບາດຂອງພະຍາດ ທີ່ການລະບຸວ່າ “ສັກກະຍາພາບຂອງການແພ່ລະບາດພະຍາດເຂັ້ມຂຸນ. ປະຊາກອນທີ່ສຳຄັນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ ໄດ້ຖືກກຳນົດເປັນຄົນຂາຍ ບໍລິການທາງເພດ (SWs), ຂາຍມິເພດສຳພັນກັບຂາຍ (MSM), ຄົນໃຊ້ສິ່ງເສບຕິດ/ຄົນສັກຢາເສບຕິດ (PUD/PID); ແລະ ຄົນເຈັບ SWs. ໃນປີ 2008, ຄວາມຊຸກຊຸມ ຂອງ HIV/AIDS ໃນເພດຊາຍ ອາຍຸລະຫວ່າງ 15-24 ປີ ແມ່ນເທົ່າກັບ 0.1% ແລະ ຍິງໜຸ່ມ ອາຍຸ 15-24 ປີ ແມ່ນ 0.2%, 0.4% ໃນກຸ່ມຍິງຂາຍບໍລິການທາງເພດ FSWs

(Center for HIV/AIDS/STI Lao PDR, USAID, FHI, The Global Fund, et al., 2009) ແລະ ໃນປີ 2011 ມີ 1% ໃນກຸ່ມຍິງຂາຍບໍລິການທາງເພດ (MOH & CHAS, 2011) ແລະ 1.2% ການໃຊ້ຮູບແບບ ການແພ່ລະບາດໃນເອເຊັຍ (AEM) (CHAS & UNAIDS, 2011). ຄວາມຊຸກຊຸມ ຂອງ HIV/AIDS ເປັນ 5.6% ສຳລັບ ຂາຍມິເພດສຳພັນກັບຂາຍ ໃນປີ 2007 (Sheridana et al., 2007), 3.34% ໃນປີ 2012 ຢູ່ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ 2.54% ຢູ່ແຂວງສະຫວັນນະເຂດ (CHAS & PSI, 2011). ຄວາມຊຸກຊຸມ ຂອງ HIV/AIDS prevalence ໃນຜູ້ໃຊ້ສິ່ງເສບຕິດ ແມ່ນ 1.5% (Center for HIV/AIDS/STI., 2010).

ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການປະມານຄວາມຊຸກຊຸມ ຂອງ HIV/AIDS ໃນປະຊາກອນກຸ່ມສ່ຽງ ໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນສູງກວ່າ ໂຕເລກ ແທຈີງ (ຕາຕະລາງ 6) (UNAIDS, 2010).

ສັດສ່ວນການລາຍງານສະສົມ ຂອງ HIV ຫຼາຍທີ່ສຸດ ແມ່ນກໍລະນີ ການຕິດຕໍ່ຈາກ ແມ່ສູ່ລູກ (MTCT) ເພີ່ມຂຶ້ນ ຈາກ 2% ໃນປີ 2003 ເຖິງ 5% ໃນປີ 2010 (CHAS, 2010; Department of Statistics, & UNICEF, 2008; National Committee for the Control of AIDS Lao PDR, 2005). ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ກໍລະນີນີ້, ຄວາມຊຸກຊຸມ ຂອງ HIV ໃນ ແມ່ຍິງທີ່ໄປຝາກທອງ ຢູ່ 3 ໂຮງໝໍສູນ ກາງ ຢູ່ ສປປ ລາວ ແມ່ນ 0.3% ໃນປີ 2008 (UNAIDS, 2012).

ໃນປີ 2013, ທົ່ວປະເທດ ມີຈຳນວນສະສົມ ຂອງ ຄົນ ເປັນ HIV ແມ່ນ 369,749, ລວມທັງ 5,890 HIV ແລະ 3,595 AIDS ນີ້ ແມ່ນການລາຍງານເປັນທາງການ ຂອງສູນຕ້ານ HIV/AIDS and STIs, ໃນນີ້ 7.5% ເປັນເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 15 ປີ. ສ່ວນໃຫຍ່ ຂອງການລາຍງານ (23.5%) ແມ່ນຄົນທີ່ມີອາຍຸ 25 ແລະ 29 ປີ; ແລະ ໂດລາຍງານ HIV+ ອາຍຸ 10-24 ປີ ແມ່ນ 18.1% (CHAS, 2013). ຄົນໜຸ່ມສາວ ແມ່ນ ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຕໍ່ການຕິດເຊື້ອ HIV ລາຍໃໝ່.

ຕາຕະລາງ 6: ປະມານການ ຂອງຄວາມຊຸກຊຸມ HIV prevalence ໃນປະຊາກອນທົ່ວໄປ ແລະ ໃນກຸ່ມທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ (%)

	2000	2005	2007	2009	2010	2012
ປະຊາກອນທົ່ວໄປ ເພດຊາຍ 15-49 ປີ	0.1	0.18%			0.25%	0.28%
ຍິງຂາຍບໍລິການ ອາຍຸ 15-49 ປີ	0.03%	1.83%			1.38%	1.20%
ຊາຍມີເພດສຳພັນກັບຊາຍ ອາຍຸ 15-49 ປີ	0.38%	1.26%			2.12%	2.44%
ຊາຍໜຸ່ມ ອາຍຸ 15-24 ປີ				0.10%	0.10%	
ຍິງໜຸ່ມອາຍຸ 15-24 ປີ				0.20%	0.20%	

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: UNAIDS, 2010. General population: Spectrum projection. Young people: UNAIDS Report on The Global AIDS Epidemic, 2010, AIDS data hub. Female sex workers (FSWs) and men having sex with men (MSM): Asian Epidemic Model (AEM) projection.

ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ຈະເລີນພັນຂອງໄວໜຸ່ມ

ນ. ມະນີສອນ ເພັດດວງສີ ອາຍຸ 19 ປີ, ເລົ່າເລື່ອງ ກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຢູ່ໃນບ້ານຂອງນາງ ທີ່ມີການກະສິກຳ ຂະນາດນ້ອຍ, ເດັກຍິງແລະແມ່ຍິງໄວໜຸ່ມໃນໝູ່ບ້ານຂາດການສຶກສາ. ເດັກຍິງຂອງຊື່ນເຜົ່າຊື່ນເຜົ່າອາດ ຈະມີພຽງແຕ່ຈະໄປໂຮງຮຽນປະຖົມແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນກໍຄາດວ່າຈະແຕງງານ. ເມື່ອແຕງງານແລ້ວ, ພວກເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີອຳນາດທີ່ຈະຕັດສິນໃຈພາຍໃນຄອບຄົວ, ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ແມ່ນ ໃນອົງການຈັດຕັ້ງ. ພວກເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ຈະເລີນພັນ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂາວສານ ເນື່ອງຈາກວ່າ ສຸກສາລາແມ່ນຢູ່ໄກຈາກບ້ານ. ວັດທະນະທຳ ຮີດຄອງປະເພນີ ກະຕຸ້ນໃຫ້ເຂົາ ມີເພດສຳພັນຕ່ອນອາຍຸນ້ອຍ, ເຊັ່ນ: “ມີການບອງຮູ” ສຳລັບເດັກຍິງທີ່ມີອາຍຸ 13 ຫາ 15, ແລະ ບັງຄັບໃຫ້ແຕງງານ ພາຍຫຼັງທີ່ຖືພາ, ມີແມ່ນຄວາມຮຸນແຮງ ແລະ ລະເມີດສິດທິ ຂອງເດັກຍິງແລະແມ່ຍິງໜຸ່ມ.

ແມ່ຂອງ ມະນີສອນ ເກີດລູກ ໃນຂະນະທີ່ນາງຍັງເປັນໄວລຸ້ນ. ນາງໃຫຍ່ຂຶ້ນມາ ໂດຍການລົງດູຂອງແມ່ພຽງລຳພັງເພາະວ່າພໍ່ຂອງ ນາງໄດ້ປະຖິ້ມເຂົາເຈົ້າ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຂອງຄະນະຫຼັງປະລິນຍາຕີ, ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດສຸຂະພາບ ໂດຍການຮ່ວມມືກັບ ສູນສຸຂະພາບແລະພັດທະນາ ຊາວໜຸ່ມວຽງຈັນ, ມະນີສອນ ໄດ້ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບການການສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບແລະສິດທິທາງເພດ ແລະ ຈະເລີນພັນ ແລະ ໄດ້ກາຍເປັນ ເພື່ອນສອນເພື່ອນ. ນາງໄດ້ຈັດຫາ ການສຶກສາທີ່ສົມບູນແບບທາງເພດ ກັບໝູ່ເພື່ອນຂອງ ນາງ ໂດຍຜ່ານກິດຈະກຳເຊັ່ນ: ເກມ, ການສື່ນທະນາ, ແລະ ໄດ້ການອ່ານປຶ້ມ. ນາງໄດ້ໃຫ້ ຄຳປຶກສາຂຶ້ນພື້ນຖານ ກັບປະຊາ ຊົນຜູ້ທີ່ປະເຊີນກັບບັນຫາ SRHR. ນາງຍັງໄດ້ພາເດັກຍິງມາສູນສຸຂະພາບ ແລະ ຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເອົາຊະນະຄວາມອາຍ ຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ ບໍລິການສຸຂະພາບ. ໃນຖານະເປັນລູກສາວດຽວຂອງແມ່ ຜູ້ທີ່ຖືພາ ຕ່ອນໄວລຸ້ນ, ມະນີສອນ ເປັນຜູ້ທີ່ເຮັດໜ້າທີ່ຊ່ວຍຈັດການຊຸມ ຊົນຂອງນາງ ເມື່ອມີບັນຫາ SRHR.

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ: Travelling Journal for Sexual Reproductive Health and Rights

ການບໍລິການທີ່ມີຢູ່ ສຳລັບ HIV ແລະ AIDS

ໃນປີ 2018, ການບໍ່ອາໄສ ແລະ ການປິ່ນປົວ ຍັງຄົງບໍ່ເທົ່າທຽມ ແລະ ສືບຕໍ່ ໃນເງື່ອນໄຂທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຮັກສາ, ມີພຽງ ແຕ່ 3 ໂຮງໝໍ (ສະຫວັນນະເຂດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ຈຳປາສັກ) ໃນຈຳນວນ 1594 ແຫ່ງ ທີ່ມີການໃຫ້ຢາ ARVs, ຂະຫຍາຍ ໄປເຖິງ 5 ແຫ່ງ (ສະຫວັນນະເຂດ, ນະຄອນ ຫຼວງວຽງຈັນ: ໂຮງໝໍມະໂຫສິດ ແລະ ເຂດຖາທິລາດ, ຈຳປາສັກ ແລະ ຫຼວງພະບາງ) ແລະ ທາງໂກ 2 ແຫ່ງ (ບໍ່ແກ້ວ ແລະ ຫຼວງນ້ຳທາ) (WHO, 2009).

ການປິ່ນປົວ ດ້ວຍ ARV ແມ່ນບໍ່ເສີຍຄ່າ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ຄ່າເດີນ ທາງ ຍັງຄົງເປັນບັນຫາໃນການເຂົ້າເຖິງ. ມີການລາຍງານທີ່ດີ ເຖິງ ອັດຕາການກິນຢາຕໍ່ເນື່ອງ ແລະ ການລອດເຫຼືອ, ອີງຕາມ ລາຍງານ Global AIDS ໃນປີ 2013, ມີ 2,212 ຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ 163 ເດັກນ້ອຍ ໃນຮັບຢາ ART (UNAIDS, 2012). ຈາກນັ້ນ ຄາດຄະເນວ່າ 4100 ຜູ້ໃຫຍ່ຕ້ອງການຢາ ART ແລະ ໄດ້ລາຍງານ ວ່າ ຈະໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ໃນທ້າຍປີ 2012 ເຖິງ 54% ຂອງພວກເຂົາ (ອີງຕາມ ຄູ່ມື, 2010). ໃນຂະນະທີ່

ການລາຍງານ ຄວາມຄືບໜ້າຂອງ MDGs, ຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ໄດ້ຮັບ ຢາ ART ເພີ່ມ ຂຶ້ນຈາກ 41% ໃນປີ 2005 ເຖິງ 55% ໃນປີ 2012 (UNAIDS, 2012).

ການສຳຫຼວດ ໂຄງການ PMTCT ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນ ໃນປີ 2006 ໃນ 6 ແຂວງ, ຄາດຄະເນ ເປີເຊັນ ແມ່ຍິງຖືພາ ມີເຊື້ອ HIV ບວກ ທີ່ໄດ້ຮັບຢາ ART ຍັງຄົງຕໍ່າ (ປະມານ 14% - 15%), ມີການຄາດຄະເນ ປະມານ 180,000 ແມ່ຍິງ ຖືພາ ຕໍ່ປີ ໃນປະ ເທດລາວ (WHO) ເຖິງແມ່ນວ່າ ອັດຕາປົກຄຸມ ຂອງ ANC ໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ ທົ່ວປະເທດ, ທັງໝົດຍັງມີຄວາມສ່ຽງໃນການເຂົ້າ ບໍ່ເຖິງການບໍລິການ ANC. ເປີເຊັນ ຂອງ ແມ່ຍິງຖືພາ ມີເຊື້ອ HIV ບວກ ໄດ້ຮັບຢາ ARVs ຫຼຸດລົງ ນັ້ນ ແມ່ນສູງກວ່າການຕິ ດຕໍ່ເຊື້ອຈາກແມ່ສູ່ລູກ (ການກິນຢາ ຕ້ອງປະຕິບັດຢ່າງເຄັ່ງຄັດ ຕາມການແນະນຳ ຂອງ WHO) ແມ່ນ ຕໍ່າ ຈາກ 7% ເຖິງ 15% ໃນປີ 2010 (WHO, UNAIDS, & UNICEF, 2011).

6. ການມີຢູ່ຂອງການບໍລິການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ທາງເພດ ໃນ ແຕ່ລະດັບ

ການບໍລິການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ແລະ ທາງເພດ (SRH) ມີຢ່າງກວ້າງຂວາງທັງພາກລັດ ແລະ ເອກະຊົນ ແລະ ລັດຖະບານໄດ້ໃຫ້ຄວາມສຳຄັນ ແລະ ຖືເປັນບຸລິມະສິດ ໃນການບໍລິການສຸຂະພາບແມ່ ແລະ ເດັກເກີດໃໝ່. ພາກລັດ ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼາຍທີ່ສຸດໃນປະເທດ ໂດຍແມ່ນລັດຖະບານເປັນເຈົ້າການ ແລະ ດຳເນີນວຽກງານ ຢູ່ຕາມສູກສາລາ, ໂຮງໝໍເມືອງ, ໂຮງໝໍແຂວງ ແລະ ໂຮງໝໍສູນກາງ. ໃນລະດັບຊຸມຊົນສູກສາລາ ແລະ ໜ່ວຍງານເຄື່ອນທີ່ ເຮັດວຽກ ສາທາລະນະສູກຂັ້ນຕົ້ນ. ໂຮງໝໍເມືອງ ແລະ ໂຮງໝໍແຂວງ ເຮັດວຽກສາທາລະນະສູກ ໃນການປິ່ນປົວຄົນເຈັບ, ໃນຂະນະທີ່ ໂຮງໝໍສູນກາງ ແລະ ສູນສະເພາະທາງ ເຮັດວຽກການເບິ່ງແຍງຂັ້ນສາມ (WHO, 2012). ພາກເອກະຊົນປະກອບດ້ວຍ ຮ່ານຂາຍຢາ, ຄູນິກເອກະຊົນ ແລະ ໂຮງໝໍເອກະຊົນ ຈຳນວນໜຶ່ງ. ຂະແໜງການສາທາລະນະສູກ ທີ່ເປັນທາງການສະໜອງການບໍລິການສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ ໂດຍຜ່ານໜ່ວຍງານ ແມ່ແລະເດັກ ແລະ ອອກລູກທີ່ຕັ້ງໃນ ໂຮງໝໍ ແລະ ຜ່ານພະນັກງານທີ່ເຮັດວຽກເຄື່ອນທີ່ຕາມຊຸມຊົນ. ການບໍລິການສຸຂະພາບ ຈະເລີນພັນ ແລະ ທາງເພດ ທີ່ມີຢູ່ໄດ້ແກ່ ການວາງແຜນຄອບຄົວ, ການຝາກທ້ອງ, ການເກີດລູກ,

ການກວດຫຼັງເກີດ ແລະ ການເກີດລູກແບບສູກເສີນ ແລະ ການເບິ່ງແຍງເດັກເກີດໃໝ່ (ຂັ້ນພື້ນຖານ ຫຼື ແບບຄົບຖ້ວນ). ການບໍລິການສຸຂະພາບ ຢູ່ໃນລາວ ໄດ້ສຸມໃສ່ ແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ບັນຫາສຸຂະພາບເດັກ (WHO, 2012).

ການສົ່ງຕໍ່ ແລະ ເຄື່ອນຍ້າຍໃຫ້ຄຳປຶກສາ (RCN) ໄດ້ຖືກສ້າງຕັ້ງຂຶ້ນ ໃນປີ 2004 ແລະ ມີຈຸດປະສົງເພື່ອປັບປຸງການສະໜອງຄຸນນະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນ ໃຫ້ແກ່ຄົນໜຸ່ມນ້ອຍ. ປະກອບດ້ວຍ 4 ໂຮງໝໍສູນກາງ, 9 ໂຮງໝໍເມືອງ, 2 ສູນພື້ນຟູ, ແລະ 3 ສູນໃຫ້ຄຳປຶກສາ ລວມມີສູນສຸຂະພາບ ແລະ ພັດທະນາຊາວໜຸ່ມ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ. ມີ 3 ແຫ່ງ ທີ່ຖືກຈັດປະເພດ ເປັນສູນບໍລິການ ເຊັ່ນ ສູນບໍລິການ FHI (FHI DIC) ສຳລັບ ແມ່ຍິງ ຂາຍບໍລິການທາງເພດ, ສູນບໍລິການເພື່ອນໄໝ (PSI) ສຳລັບ ຜູ້ຊາຍທີ່ມີເພດສຳພັນກັບຊາຍ ແລະ ສູນຊາວໜຸ່ມວຽງຈັນ (UNFPA, 2008). ອີງຕາມຕາຕະລາງ 7, 10 ອົງການຈັດຕັ້ງ ແມ່ນ ສະຖານທີ່ສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານ ແລະ 2 ແຫ່ງ ແມ່ນຂອງອົງການຈັດຕັ້ງສາກົນ (UNFPA, 2008).

12

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງ

ສປປ ລາວ

ຕາຕະລາງ 7: ປະເພດຂອງ ສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ ໃນ ເຄື່ອນຍ້າຍໃຫ້ຄຳປຶກສາ

	ໂຮງໝໍ	ສູນພື້ນຟູ	ສູນໃຫ້ຄຳປຶກສາ	ສູນບໍລິການ	ຄູນິກ	ສູນປ້ອງກັນ	ສູນທິດສອບ
ສູນຕ້ານເອສ			X				X
ສູນຜິວໜັງ					X		
ໂຮງໝໍມິດຕະພາບ	X						
ເຮືອນໄໝຂອງພວກເຮົາ				X	X		
ສູນໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ປ້ອງກັນແມ່ຍິງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ		X	X			X	
ໂຮງໝໍມະໂຫສິດ	X						
ໂຮງໝໍແມ່ແລະເດັກ	X						
ສູນເພື່ອນໄໝ				X			
ສູນສົມສະຫງ່າ		X					
ພະແນກສາທາລະນະສູກ ນວ	X						
ສູນຊາວໜຸ່ມວຽງຈັນ			X	X	X		

7. ຂໍສະເໜີແນະ

ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ ລັດຖະບານ ແລະ ອົງການຈັດຕັ້ງ ຂອງ ສປປ ເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ໄວຈະເລີນພັນ ຂອງປະຊາຊົນລາວ ໂດຍຜ່ານການປະຕິບັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ການເງິນສາທາລະນະສຸກ

- ໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງຂຶ້ນ ໃນກໍລະນີທີ່ມີຜົນກະທົບກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບ ຂອງບັນດາປະຊາຊົນທີ່ທຸກຍາກ ແລະ ດອຍໄອທາກ, ດັ່ງນັ້ນ, ລັດຖະບານ ຄວນເພີ່ມງົບປະມານການໃຊ້ຈ່າຍ ເພື່ອສຸຂະພາບ ແລະ ເພີ່ມການໃຊ້ຈ່າຍຂອງລັດຖະບານ ກ່ຽວກັບ ການສຸຂະພາບເປັນ % ຂອງ GDP.
- ຈັດສັນເງິນທຶນແຫ່ງຊາດສໍາລັບ SRH, ໂດຍສະເພາະສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນຂອງຊາວໜຸ່ມ (ASRH).
- ເອົາໃຈໃສ່ ການລົງທຶນແບບຍືນຍົງ ໃນສະຖານທີ່ ແລະ ການຄາດຄະເນການເງິນ ການບໍລິການສຸຂະພາບ ສໍາລັບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ.
- ລັດຖະບານ ເປັນຫ່ວງກ່ຽວກັບ “ການເງິນສາທາລະນະສຸກແບບຍືນຍົງ” ໂດຍການເພີ່ມງົບປະມານດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານ, ການຂະຫຍາຍຕົວຂອງລະບົບຈ່າຍເງິນລວງໜ້າ, ແລະ ການພັດທະນາກອງທຶນສຸຂະພາບ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ປະຊາຊົນທຸກຍາກ ສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສຸຂະພາບ ເພື່ອບັນລຸການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທົ່ວປວງຊົນ.

ການຄຸມກຳເນີດ

- ຫຼຸດຜ່ອນຄວາມຕ້ອງການ ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ ການຕອບສະໜອງ ໂດຍການໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບ ທີ່ຄວບຄຸມຫຼາຍຂຶ້ນກ່ຽວກັບການຄຸມກຳເນີດໃຫ້ແມ່ຍິງທັງໝົດ, ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງສະຖານະພາບສົມລົດ ຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ສາມາດບັນລຸໄດ້ ກັບແມ່ຍິງໃນເຂດຊົນນະບົດ, ແມ່ຍິງທີ່ມີການສຶກສາໜ້ອຍ ແລະ ແມ່ຍິງທຸກຍາກ.
- ໃຫ້ສາມີຂອງເຂົາເຈົ້າ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈ ນຳໃຊ້ການຄຸມກຳເນີດ ເພື່ອຈຳກັດການມີລູກ ແລະ ໄລຍະຫ່ວງການມີລູກ.
- ການໃຫ້ການບໍລິການ ສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ (SRH) ກັບທຸກຄົນໂດຍບໍ່ຈຳແນກ ເລື່ອງຂອງອາຍຸ, ສະຖານະພາບ ສົມລົດ ແລະ ຊົນເຜົ່າ

ສຸຂະພາບ ແມ່ ແລະ ເດັກ (MDG 4 & 5)

- ຄວາມພະຍາຍາມຫຼຸດຜ່ອນການຖືພາໄວໜຸ່ມ ໂດຍການສະໜອງການຄຸມກຳເນີດແກ່ໄວໜຸ່ມ ຜູ້ທີ່ມີເພດສຳພັນ ແລະ ໃຫ້ສຸຂະສຶກສາ ກ່ຽວກັບຜົນສະທ້ອນທາງລົບ ຕໍ່ສຸຂະພາບ ຂອງການຖືພາໄວໃນໄວໜຸ່ມ.
- ເພີ່ມການເຂົ້າເຖິງ BEmONC ແລະ CEmONC ກັບແມ່ຍິງທັງໝົດທີ່ມີຄວາມສົນໃຈເປັນພິເສດ ຕໍ່ແມ່ຍິງມີຄວາມສູງ, ຢ່າງເຊັ່ນ ແມ່ຍິງທີ່ມີການສຶກສາຕໍ່າ, ແມ່ຍິງຊົນເຜົ່າ ແລະ ຜູ້ທຸກຍາກ ແລະ ແມ່ຍິງດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນເຂດທາງໄກສອກຫຼີກ.
- ຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຄວນຈະເຮັດກິດຈະກຳສະໜັບສະໜູນ, ການລະດົມທຶນ, ແລະ ການໃຫ້ສຸຂະສຶກສາ ເປົ້າໝາຍແມ່ຍິງ ແລະ ຜູ້ຊາຍຈາກຊຸມຊົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດຊົນນະບົດທາງໄກສອກຫຼີກ; ເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນກຸ່ມດຽວກັນກັບຄົນທຸກຍາກທີ່ສຸດ ແລະ

ຜູ້ມີການສຶກສາຕໍ່າສຸດ.

- ການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການສຸຂະພາບ ຂອງແມ່ ໂດຍເພີ່ມຄວາມເຂັ້ມແຂງ ຄວາມອາດສາມາດ ທາງດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການພັດທະນາທີ່ດີກວ່າ ແລະ ລະບົບການຄຸ້ມຄອງການສະໜອງ.

ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນ

- ໄວໜຸ່ມໃຊ້ສິດໃນການເຂົ້າເຖິງການສຶກສາ ແລະ ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ການບໍລິການທີ່ມີ ຄຸນນະພາບດີຂອງ SRH, ໂດຍສະເພາະ ຊົນເຜົ່າສ່ວນນ້ອຍ, ປະຊາຊົນທີ່ອາໄສຢູ່ເຂດທາງໄກສອກຫຼີກ ແລະ ມີ ລະດັບການສຶກສາຕໍ່າ. ຫຼັກສູດການສຶກສາປົກກະຕິຂອງ ASRH, ໂຮງຮຽນທີ່ໃຊ້ຫຼັກສູດ ໂປ່ແກມການຮຽນຮູ້ໃນໂຮງຮຽນ ຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ CSE ສຳລັບ ເດັກທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນ.
- ກວດສອບການເຂົ້າເຖິງ ຂອງໄວລຸ້ນ ແລະ ຊາວໜຸ່ມໃນການບໍລິການ ທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ໃຫ້ຄຳປຶກສາຂອງປັນມິດ ໃນສະຖານສຸຂະພາບ ສຳລັບ ຊາວໜຸ່ມທີ່ແຕ່ງງານ ແລະ ຍັງບໍ່ທັນແຕ່ງງານ.
- ຂະຫຍາຍການບໍລິການເປັນມິດໃຫ້ກວ້າງຂວາງ ແລະ ໃຫ້ການເຝິກອົບຮົມ ສຳລັບກະກຽມການບໍລິການ ປັນມິດ ໂດຍການຮັກສາຄວາມລັບ ຂອງຊາວໜຸ່ມ ແລະ ແລະ ພັນໃຈ ໃນການໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງ ຂອງການບໍລິການ SRH ທີ່ມີຢູ່.

- ຂະຫຍາຍ ເຄື່ອນຍ້າຍ ການສົ່ງຕໍ່ ແລະ ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ໃນທົ່ວປະເທດ.
- ເຮັດໃຫ້ຄວາມພະຍາຍາມ ທີ່ຈະສົ່ງເສີມໃຫ້ໄວໜຸ່ມລົງທະບຽນເຂົ້າ ແລະ ໄປຮຽນຢ່າງມີປະສິດທິພາບສຳລັບໄວລຸ້ນທີ່ດອຍໄອກາດ, ຊາຍ ແລະ ຍິງ

HIV/AIDS

- ສ້າງນະໂຍບາຍແຫ່ງຊາດ ກ່ຽວກັບ ການບໍ່ຈຳແນກ, ລະບຸການປົກປ້ອງ ສຳລັບ ຄົນທີ່ຕິດເຊື້ອເອດສ ໂດຍສະເພາະກຸ່ມມີຄວາມສູງ. ນອກຈາກນັ້ນແກ່ໄຂບົມດ້ອຍ ແລະ ການຈຳແນກ ຕໍ່ ຄົນທີ່ຕິດເຊື້ອເອດສ.
- ໃຫ້ເຂົ້າເຖິງການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ການກວດ ເຊື້ອຫາໂລກເອດສ, ແລະໃຫ້ຢາ ຕ້ານເຊື້ອ ART ໃຫ້ຫຼາຍ ໂດຍຜ່ານລະບົບການດູແລສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ.
- ຂະຫຍາຍການບໍລິການການປ້ອງກັນໃຫ້ໄດ້ຫຼາຍແຂວງ ແລະ ຫຼາຍແຫ່ງ, ໃຫ້ໂຄງການນຳໃຊ້ຖົງຢາງອະນາໄມ ອາສາສະມັກ ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ກວດເຊື້ອ (VCT) ໄດ້ 100%, ຫັກສະຊີວິດຕາມການສຶກສາ HIV ແລະ ການແຊກແຊງການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳໃນກຸ່ມເຄື່ອນຍ້າຍ ແລະ ປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສູງ, ລວມ SRH, ລວມທັງເຊື້ອໂລກເອດສ / ໂລກເອດສ ໃນ MCH ແລະບໍລິການ SRH. ອື່ນໆ.
- ຍຸດທະສາດ ແກ່ໄຂ ຄວາມຕ້ອງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕິດຕໍ່ ຂອງເຊື້ອໂລກເອດສ/ໂລກເອດສຈາກແມ່ສູນູກ ໃນລະຫວ່າງການຖືພາ ແລະ ການເກີດລູກ.
- ການໃຫ້ສຸຂະພາບຈິດສຳນຶກ HIV / AIDS ແກ່ຊາວໜຸ່ມ

13

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງສຸຂະພາບທາງເພດ ແລະ ສຸຂະພາບໄວຈະເລີນພັນຂອງສປປ ລາວ

ແລະ ຫຼາຍທີ່ສຸດຢູ່ ແກ່ປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ HIV ໂດຍສະເພາະ ແມ່ຍິງແລະເດັກຍິງ.

- ເຊື່ອມຊຸມ SRH ເຂົ້າໄປໃນຫລັກສູດຂອງໂຮງຮຽນ ແລະ ການສະໜອງການສຶກສາເລື່ອງເພດ ສະໜອງການເຂົ້າເຖິງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ໂລກເອດສ ແລະ ການກວດເຊື້ອ ສໍາລັບປະຊາກອນທົ່ວໄປ ແລະ ປະຊາກອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ ແລະ ການພົ້ມລະດັບ ການຮັກສາຄວາມປອດໄພ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວດ້ວຍຢາ ARV ໃນ PLWHA.

8. ເອກະສານອ້າງອີງ

Akkhavong K, Paphassarang,C, Phoxay C, Vonglokham M, Phommavong C, Pholsena S. (2014). Lao People's Democratic Republic Health System Review..Health Systems in Transition. 4(1).

ARROW. 2013. An Advocates Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights. Kuala Lumpur. ARROW.

CHAS &PSI. (2011). First Round HIV/STI Prevalence and Behavioural Tracking Survey among Transgendered in Vientiane Capital and Savannakhet Lao PDR (2010). Vientiane, Lao PDR.

CHAS & UNAIDS. (2011). Estimation and projection by AEM modeling.

Center for HIV/AIDS/STIs Lao PDR CHAS, (2010). Annual Report. Vientiane, Lao PDR.

Center for HIV/AIDS and STI, Ministry of Health Lao PDR, (2013). Annual Statistic report. Vientiane, Lao PDR.

Committee for Planning and Investment & National Statistics Centre. (2007). Lao Reproductive Health Survey 2005. Vientiane State Planning.

GoL & UNDP. (2013). MDGs Progress Report for the Lao PDR. Vientiane GoL & UNDP. Vientiane, Lao PDR.

Gender Resource Information and Development Centre (GRID). (2005). Lao PDR Gender Profile. Vientiane, Lao Women's Union, Gender Resource Information and Development Centre (GRID).

King, E. M. & D. van de Walle. (2010). "Laos: Ethno-linguistic Diversity and Disadvantage." In Indigenous Peoples, Poverty and Development. Washington DC: World Bank.

Lorete, M. I. (2012). Sexual and reproductive health of rural adolescent girls in Bolikhamxay Province, Lao PDR: Knowledge, attitudes and service utilization (Master's Thesis). The University of New South Wales.

Ministry of Education & UNFPA. (2011). National Assessment of sexuality education Lao PDR. Vientiane, Lao PDR.

MOH & CHAS. (2011). Integrated biological and behavioural surveillance survey among service women in Lao PDR. Vientiane, Lao PDR.

Mahavarkar SH, Madhu CK, & Mule VD. (2008). A comparative study of teenage pregnancy. Journal of Obstetric Gynaecology,28(6): 604-7. doi: 10.1080/01443610802281831.

Ministry of Health, National Institute of Public Health & University of Health Sciences. (2012). National Emergency Obstetric and Newborn Care Needs Assessment. Vientiane, Lao PDR.

Ministry of Health. (2002). Safe Motherhood policy. Vientiane, Lao PDR.

Ministry of Health, & Lao Statistics Bureau. (2012). Lao Social Indicator Survey, 2012. Vientiane Statistics Division, Department of Planning and Finance, Ministry of Health, Lao Statistics Bureau, Ministry of Planning and Investment.

National Statistical Centre, & UNICEF. (2008). Lao PDR Multiple Indicator Cluster Survey 2006, Final Report. Vientiane, Lao PDR: Department of Statistics and UNICEF.

National Committee for the Control of AIDS Lao PDR. (2005). National Strategic and Action Plan on HIV/AIDS/STI 2006-2010. Vientiane, Lao PDR

National Assembly, Legislation, law in the socio-cultural area: The Law on Development and Protection of Women, 2004.

National Assembly, Legislation, law in the socio-cultural area: The Law on Labour, 2007.

Paxton, A., Maine, D., Freedman, L., Fry, D., & Lobis, S. (2005). The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 88, 181-193. doi:10.1016/j.ijgo.2004.11.026.

Sheridana, S., Phimpachanhb, C., Chanlivong, N., Manivongb, S., et al. (2009). HIV Prevalence and Risk Behaviour among Men who have Sex with Men in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic, 2007. *AIDS*, 23(3), 409-414. doi: 10.1097/QAD.0b013e32831ef510

State Planning Committee & National Statistics Centre. (2001). Lao Reproductive Health Survey 2000. Vientiane, Lao PDR.

Sychareun, V. (2004). "Meeting the contraceptive needs of unmarried young people: Attitudes of formal and informal sector providers in Vientiane Municipality, Lao PDR. *Reproductive Health Matters*, 12 (23):155-165. doi: 10.1016/S0968-8080(04)23117-2.

UNFPA. (2008). Assessment of the referral and counselling network youth-friendly services. Comprehensive adolescent care within reach. Vientiane: UNFPA.

UNAIDS. (2012). "Lao PDR Country Review February 2012". AIDS data hub (UNAIDS, UNICEF, WHO & ADB). Retrieve from <http://www.aidsdatahub.org/> Accessed March 2014.

UNAIDS.(2013). General population: Spectrum projection. Young people: UNAIDS Report on The Global AIDS Epidemic, 2010. AIDS data hub. Female sex workers (FSWs) and men having sex with men (MSM): Asian Epidemic Model (AEM) projection.

United Nations Treaty Collection. (2014). CHAPTER IV Human Rights. 13. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families. Available from the website. <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtds-gno=IV-13&chapter=4&lang=en>.

UNFPA. Programme of Action, Para 7.2. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.

UNFPA.(2004). Programme of Action, Para 8.2. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.

UNFPA.(2004). Programme of Action, Para 7.44. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.

UNFPA.(2004). Programme of Action, Para 8.2. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.

World Bank. (2012). Government Spending on Health in Lao PDR: Evidence and Issues. Washington DC, USA.

World Health Organization, & Ministry of Health. (2012). Lao PDR health service delivery profile - WHO Western Pacific Region. Retrieved 29 January 2014, from www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_laopdr.pdf.

World Health Organization. (2006). WHO's Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. (2006). Geneva, WHO. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf.

WHO. (2009). Universal Access Questionnaire, National Report (Lao PDR), 2009. Vientiane, Lao PDR.

World Health Organization. (2010). The World Health Report: Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank & the United Population Division. (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva, World Health organization.

WHO, UNAIDS, & UNICEF. (2011). Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access. Geneva, World Health organization.

World Health Organization: World Health Statistics, 2014.

About the Country Profile

This country profile is developed by Faculty of Postgraduate Studies, University of Health Sciences, Lao PDR. It is one of 15 country profiles on universal sexual and reproductive rights, produced with support from the Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Countries covered are Bangladesh, Cambodia, China, India, Lao PDR, Maldives, Malaysia, Mongolia, Nepal, Pakistan, the Philippines, Sri Lanka, Thailand, and Vietnam. These are available at www.arrow.org.my and www.srhr4allnow.org

ກຽມກັບ FPS

ຄະນະຫຼັງມະຫາວິທະຍາໄລແມ່ນນຶ່ງໃນເຈັດຄະນະຂອງມະຫາວິທະຍາໄລວິທະຍາສາດສຸຂະພາບທີ່ນະຄອນຫລວງວຽງຈັນ ສປປລາວໄດ້ຕັ້ງຂຶ້ນໃນປີ 2001. ຄະນະດັ່ງກ່າວຮັບຜິດຊອບການສຶກສາຂັ້ນສູງລົງເລິກຂະແໜງຕ່າງໆເຊັ່ນ ໂຄງການ ເຮືອເດີນ, ປະລິນຍາໂທສາຂາສາທາລະນະສຸກສາດ, ການແພດຄອບຄົວ ແລະ ມີບົດບາດໃນການຊີ້ນຳການສຶກສາຫຼັງມະຫາ ໃນຂົງເຂດການແພດ ແລະ ສາທາລະນະສຸກ.

ວັດຖຸປະສົງ ຂອງຄະນະຫຼັງມະຫາວິທະຍາໄລ ແມ່ນເພື່ອບັນລຸເປົ້າໝາຍການພັດທະນາຊັບພະຍາກອນມະນຸດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ສະໜອງການສຶກສາລະດັບສູງຫຼັງມະຫາວິທະຍາໄລລວມມີການແພດ, ສາທາລະນະສຸກ ພາຍໃນປະເທດ
2. ດຳເນີນການຄົ້ນຄວ້າວິທະຍາສາດທັງດ້ານການແພດ ແລະ ສາທາລະນະສຸກເພື່ອສົ່ງເສີມສຸຂະພາບ ແລະ ເຂົ້າຮວມການບໍລິການໃນຊຸມຊົນ
3. ອົບຮົມຊ່ວຍຊານໃນຂະແໜງການການແພດ ແລະ ສາທາລະນະສຸກເພື່ອຕອບສະໜອງຕາມຄວາມຕ້ອງການໃນປະຈຸບັນ ແລະ ສະເພາະໜ້າຂອງປະຊາຊົນ
4. ສະໜອງການບໍລິການດ້ານເຕັກນິກແກ່ປະຊາຊົນ
5. ເຊື່ອມສານເທັກໂນໂລຊີ ແລະ ການປະຕິບັດ ແລະ ສາຍພົວພັນກິດຈະກຳການ ຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ການສຶກສາ
6. ປະສານສົມທົບຮ່ວມມືກັບຄູ່ຮ່ວມງານຕ່າງໆທັງພາຍໃນ ແລະ ຕ່າງປະເທດ

ບ່ອນຕິດຕໍ່

ຄະນະຫຼັງມະຫາວິທະຍາໄລ, ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດສຸຂະພາບ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ
ຫຼະນິນສາມແສນໄທ, ວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
ຕູໂປສະນີ: 7444
ໂທລະສັບ: 856-21240854
ໂທລະສານ: 856-21240854, 214055

Email: postgraduate_uhs@yahoo.com
Website: www.psr.edu.la and www.ush.edu.la



This project is funded by the European Union



with co-funding support from Sida



ທິມງານ: ກຽມກັບບົດສັງລວມນີ້.

ຜູ້ຂຽນ:

ວັນພະນອມ ສິຈະເລີນ
ອາລິງກອນ ເພັງສະຫວັນ
ວິສະນຸ ຫານສະນະ

ຜູ້ກວດແກ້:

ຈອນລີ ພັນທະດີ

Proofreader

Vangkonevilay Phouthone

Reviewer

Maria Melinda Ando

P. Balasubramaniam

Yukari Horii

Sengchanh Kounnavong

Sai Jyothi Racherla

ອອກແບບ :

ຈອນລີ ພັນທະດີ

Layout artist

xxxxxx

ຮູບພາບ:

ຈອນລີ ພັນທະດີ

Printer

xxxxxx

ບົດສັງລວມນີ້ແມ່ນຖືກພັດທະນາຂຶ້ນໂດຍ FRHAM ເປັນສ່ວນນຶ່ງຂອງການລິເລີ່ມ “ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ, ສ້າງເຄື່ອຄາຍ, ຄຸ້ມຄອງຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມສາມາດໂຄສະນາຂອງເຄື່ອຄາຍອາຊີປາຊີຟິກສຳຫລັບ SRHR” ໂດຍການສະໜັບສະໜູນຈາກສະຫະພາບເອີຣົບ, ໂຄງການນີ້ໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ມາເລເຊຍໂດຍ FRHAM ໃນການຮວມມືກັບ ARROW. ບັນດາປະເທດທີ່ນອນໃນໂຄງການນີ້ມີ ບັງກລາເທດ, ກຳປູເຈັຍ, ຈີນ, ອິນເດຍ ອິນໂດເນເຊັຍ, ສປປ ລາວ, ມານດິບ, ມາເລເຊຍ, ມິງໂກລີ, ເນປານ, ປາກິດສະທານ, ຟິລິບປິນ, ສິລັງກາ, ໄທ ແລະ ວຽດນາມ. ເນື້ອຫາໃນການພິມຄັ້ງນີ້ແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງ FRHAM ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມເປັນຂອງສະຫະພາບເອີຣົບ. www.psr.edu.la; www.ush.edu.la; and ARROW (www.arrow.org.my); and SRHR FOR ALL Campaign (www.srhrforall.org).