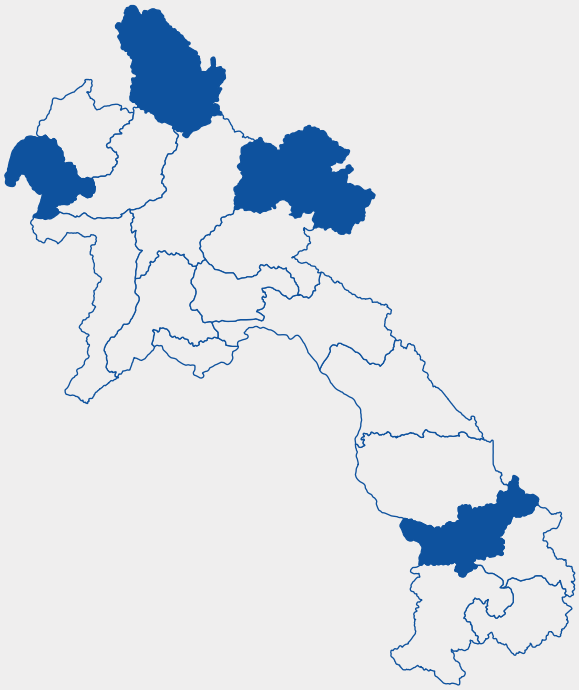
ມິຖຸນາ 2023

ນະໂຍບາຍ ດ້ານໂພຊະນາການ ໂດຍສັງເຂບ



ສາຍພົວພັນ ລະຫວ່າງ ການຝາກທ້ອງ ແລະ ການຂາດສານອາຫານ ໃນເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6–23 ເດືອນ ໃນ ສປປ ລາວ

ຫຼັກຖານທາງດ້ານປະລິມານຂອງ ແຂວງ ບໍ່ແກ້ວ, ຫົວພັນ, ຜົ້ງສາລີ ແລະ ສາລະວັນ

ສະຫະພາບ ເອີຣົບ
European Union

unicef
ເພື່ອເດັກທຸກໆຄົນ

ນະໂຍບາຍດ້ານໂພຊະນາການໂດຍສັງເຂບສະບັບນີ້ ຄົ້ນຄວ້າເຖິງສາຍພົວພັນ ລະຫວ່າງ ແນວທາງ ການປະຕິບັດເລື່ອງ ນ້ຳສະອາດ, ສຸຂະພິບານ, ສຸຂະອະນາໄມ ແລະ ການຂາດສານອາຫານຂອງ ເດັກນ້ອຍລຸ່ມ 5 ປີ. ເຊິ່ງເນື້ອໃນຂອງນະໂຍບາຍໂດຍສັງເຂບສະບັບນີ້ຈະເປັນແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນເພື່ອ ເຮັດໃຫ້ຜູ້ວາງນະໂຍບາຍສາມາດພັດທະນາຍຸດທະສາດໂພຊະນາການ ໂດຍອີງໃສ່ຫຼັກຖານເພື່ອແກ້ໄຂ ການຂາດສານອາຫານຂອງເດັກນ້ອຍໃນ ສປປ ລາວ.

ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ (DRI)
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ (MPI)
ສປປ ລາວ

ມິຖຸນາ 2023

ແມ່ນຫຍັງແດ່ທີ່ເປັນຄວາມສ່ຽງ?

ໂພຊະນາການທີ່ດີຂອງເດັກໃນຊ່ວງໄລຍະ 1000 ວັນທຳອິດ, ນັບແຕ່ເລີ່ມຖືພາ ຈົນເຖິງ ເດັກມີອາຍຸໄດ້ 2 ປີ ແມ່ນມີອິດທິພົນຫຼາຍ ຕໍ່ກັບການຈະເລີນເຕີບໂຕ ແລະ ການພັດທະນາຂອງເດັກອ່ອນ[1–2], ໂພຊະນາການທີ່ເໝາະສົມໃນຊ່ວງເວລານີ້ ຈະສ້າງພື້ນຖານທີ່ສຳຄັນໃຫ້ແກ່ການຈະເລີນເຕີບໂຕທີ່ດີຂອງເດັກ ທັງທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ການພັດທະນາທາງດ້ານມັນສະໝອງ[3–4].

ພາວະການຂາດສານອາຫານຍັງຢູ່ໃນລະດັບທີ່ສູງ ໂດຍສະເພາະແມ່ນ ໃນບັນດາປະເທດທີ່ມີລາຍຮັບຕ່ຳ ແລະ ປານກາງ[5–6]. ອີງຕາມອົງການສະຫະປະຊາຊາດສຳລັບເດັກ (UNICEF) ການບໍລິໂພກອາຫານທີ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ມີໂພຊະນາການ, ການປະຕິບັດ ແລະ ພຶດຕິກຳທີ່ດີ, ແລະ ສະພາບແວດລ້ອມທີ່ດີ ແມ່ນປັດໄຈທີ່ສຳຄັນຕໍ່ກັບການພັດທະນາທາງດ້ານຮ່າງກາຍຂອງເດັກ[7]. ກົງກັນຂ້າມ, ເດັກທີ່ເກີດໃນຄອບຄົວທີ່ທຸກຍາກ ມີເກນເສຍຊີວິດ ແລະ ເຈັບປ່ວຍສູງ ເນື່ອງມາຈາກ ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການເຂົ້າເຖິງປັດໄຈພື້ນຖານຂອງການດຳລົງຊີວິດ[8–10]. ການບໍລິການການຝາກທ້ອງ ແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນຫຼາຍ ສຳລັບແມ່ ແລະ ເດັກ ເພື່ອການຕິດຕາມສຸຂະພາບຂອງແມ່ ແລະ ການຈະເລີນເຕີບໂຕຂອງເດັກໃນທ້ອງ, ເນື່ອງຈາກ ສຸຂະພາບຈະເລີນພັນທີ່ບໍ່ແຂງແຮງ ແລະ ໂພຊະນາການທີ່ບໍ່ດີ ໃນລະຫວ່າງການຖືພາ ແມ່ນມີຜົນກະທົບໄລຍະຍາວຕໍ່ກັບສຸຂະພາບຂອງເດັກທີ່ເກີດມາ. ສະນັ້ນ, ອົງການອະນາໄມໂລກ (WHO) ຈຶ່ງແນະນຳໃຫ້ມີການຝາກທ້ອງຢ່າງໜ້ອຍ 8 ຄັ້ງ ໃນໄລຍະການຖືພາ[11]. ເນື່ອງຈາກຫຼາຍການວິໄຈພົບວ່າ ການຝາກທ້ອງຂອງແມ່ຍິງຖືພາ ມີສາຍພົວພັນທີ່ສຳຄັນຕໍ່ກັບພາວະການຂາດສານອາຫານ ແລະ ການຂາດສານອາຫານ ລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານຂອງເດັກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 2 ປີ[12].

ໃນ ສປປ ລາວ, ການຝາກທ້ອງແມ່ນຍຸດທະຍາສາດສຳຄັນ ເພື່ອໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ໂພຊະນາການກັບແມ່, ພ້ອມທັງ ສົ່ງເສີມການປ້ອງກັນ ແລະ ການຮັກສາສຸຂະພາບ. ການຝາກທ້ອງເປັນຈຸດພື້ນຖານຂອງມາດຕະການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ໂພຊະນາການ ເພື່ອສົ່ງເສີມການເປັນຢູ່ທີ່ດີຂອງແມ່ ແລະ ເດັກໃນທ້ອງ, ພຶດຕິກຳການລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ ແລະ ການກະກຽມໃນການເກີດລູກ. ໃນໄລຍະ 10 ປີຜ່ານມາ, ລັດຖະບານແຫ່ງ ສປປ ລາວ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໄດ້ມີຄວາມເອົາໃຈໃສ່ໃນການຈັດສັນງົບປະມານ ແລະ ບຸກຄະລາກອນ ເຂົ້າໃນວຽກງານດັ່ງກ່າວຫຼາຍຂຶ້ນ ເພື່ອຍົກລະດັບການໃຫ້ບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງ. ຈາກຜົນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດດັ່ງກ່າວເຫັນວ່າ ອັດຕາສ່ວນການໃຊ້ບໍລິການຝາກທ້ອງໃນລະດັບແຂວງ ແລະ ລະດັບປະເທດ ແມ່ນມີອັດຕາສ່ວນເພີ່ມຂຶ້ນ ໂດຍອີງຕາມຜົນການສຳຫຼວດ (LSIS I, 2011) ອັດຕາສ່ວນຂອງແມ່ທີ່ໄດ້ປະໂຫຍດຈາກການໃຊ້ບໍລິການການຝາກທ້ອງໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 56% ເປັນ 82% (LSIS II, 2017) ໃນທົ່ວປະເທດ. ພ້ອມດຽວກັນນັ້ນ, ອັດຕາສ່ວນຂອງແມ່ທີ່ໄປຝາກທ້ອງນຳຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງໃນໄລຍະຖືພາຫຼາຍກວ່າ 4 ຄັ້ງ (ຕາມຄຳແນະນຳຂອງອົງການອະນາໄມໂລກ) ກໍ່ມີອັດຕາສ່ວນທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນໃນທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ ຊຶ່ງໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ 36,9% (LSIS I, 2011) ມາເປັນ 62,2% ໃນ (LSIS II, 2017). ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ບັນຫາຄວາມແຕກໂຕນກັນລະຫວ່າງເຂດຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ, ລະຫວ່າງແຂວງ ຕໍ່ແຂວງ ແມ່ນຍັງເປັນສິ່ງທີ່ ລັດຖະບານ ແຫ່ງ ສປປ ລາວ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ຄວນຕ້ອງໄດ້ເອົາໃຈໃສ່ແກ້ໄຂບັນຫາດັ່ງກ່າວໃຫ້ຫຼາຍຂຶ້ນ. ຈາກຜົນຂອງການສຳຫຼວດ (LSIS II, 2017) ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ອັດຕາສ່ວນຂອງຈຳນວນຄັ້ງໃນການຝາກທ້ອງໃນເຂດຊົນນະບົດແມ່ນຕ່ຳກວ່າ 55,1% ແລະ ຍິ່ງຮ້າຍແຮງໃນເຂດຊົນນະບົດທີ່ບໍ່ມີເສັ້ນທາງເຂົ້າເຖິງ ມີພຽງ 39,5%, ຄວາມບໍ່ເທົ່າທຽມກັນລະຫວ່າງແຂວງຕໍ່ແຂວງ ເຊັ່ນ: ແຂວງຜົ້ງສາລີ (41%) ແລະ ແຂວງສາລະວັນ (35.9%).

ການອອກແບບການສຶກສາ

ການວິເຄາະໃນການເຮັດບົດຄົ້ນຄວ້າສະບັບນີ້ ໄດ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນຂອງ 4 ແຂວງ ທີ່ໄດ້ສຳຫຼວດໃນເດືອນ ເມສາ 2022 ໂດຍສູນສະຖິຕິແຫ່ງຊາດ ແລະ ອົງການສະຫະປະຊາຊາດສຳລັບເດັກ (UNICEF), ໂດຍງົບປະມານຈາກສະຫະພາບເອີຣົບ (EU). ຂະໜາດຂອງຕົວຢ່າງມີທັງໝົດ10.731 ຕົວຢ່າງ, ໃນນັ້ນ ຈຳນວນຕົວຢ່າງທີ່ເອົາມານຳໃຊ້ເຂົ້າໃນການວິເຄາະ ແມ່ນ ແມ່ແລະເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6–23 ເດືອນ ມີ 4.635 ຕົວຢ່າງ (ຍິງ 2.255 ຕົວຢ່າງ) ສຳລັບແມ່ທີ່ໄດ້ຕອບແບບສອບຖາມ ໄດ້ນຳໃຊ້ເພື່ອຊອກຫາສາຍພົວພັນລະຫວ່າງການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງຂອງແມ່ ແລະ ສະຖານະພາບທາງດ້ານໂພຊະນາການຂອງເດັກນ້ອຍອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ. ການວິເຄາະແມ່ນໄດ້ນຳໃຊ້ທັງການພັນລະນາທາງສະຖິຕິ ແລະ ການວິເຄາະແບບອະນຸມານ. ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງຕົວປ່ຽນດ້ານການຝາກທ້ອງ (ການຝາກທ້ອງ, ຈຳນວນຄັ້ງໃນການຝາກທ້ອງ, ການຮັບທາດເຫຼັກລະຫວ່າງການຖືພາ), ການສຶກສາຂອງແມ່, ອາຍຸຂອງແມ່ ແລະ ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຕົວເມືອງ ຫຼື ຊົນນະບົດ) ໄດ້ຖືກປະເມີນໂດຍການວິເຄາະສົມຜົນຖົດຖອຍ (Logistic regression) crude ແລະ adjusted odd ratio, ແລະ ເດັກອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ ໃນລະດັບຊ່ອງຫວ່າງຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ (CI) 5% ໂດຍການນຳໃຊ້ binary logistic regression models.

ຜົນໄດ້ຮັບຫຼັກຈາກການສຶກສາ

ການບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງ

ຄວາມພະຍາຍາມຂອງລັດຖະບານລາວ ແລະ ຄູ່ຮ່ວມພັດທະນາ ໃນການຊຸກຍູ້ໃຫ້ແມ່ໄດ້ຮັບການຝາກທ້ອງ ໃນ ສປປ ລາວ ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງອັດຕາສ່ວນການໃຊ້ບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງ, ຈຳນວນຄັ້ງໃນການເຂົ້າພົບແພດ ແລະ ການຮັບທາດເຫຼັກຂອງແມ່ ໃນທົດສະວັດທີ່ຜ່ານມາ (ຜົນດັ່ງກ່າວແມ່ນອີງໃສ່ການລາຍງານຂອງແມ່ທີ່ເກີດລູກໃນໄລຍະ 2 ປີ ຜ່ານມາ ນັບຈາກວັນທີທີ່ລົງສຳຫຼວດ).

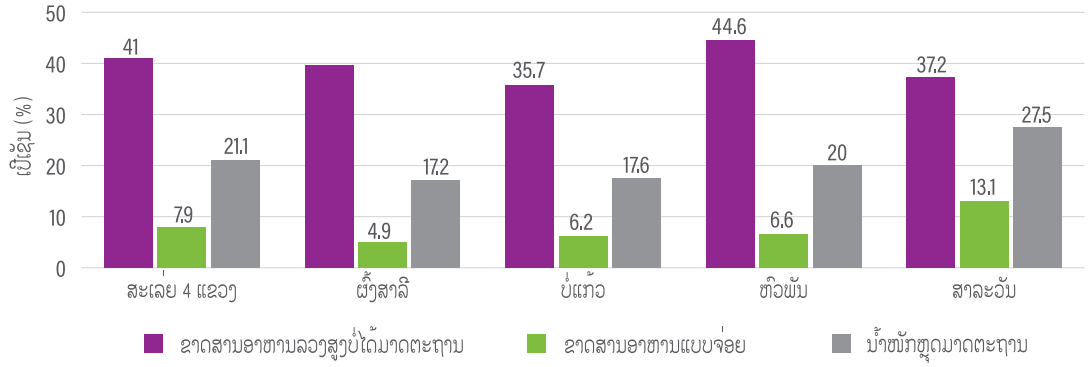
ຈາກການວິເຄາະສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ 91% ຂອງແມ່ທີ່ຕອບແບບສອບຖາມ ແມ່ນໄດ້ຮັບການບໍລິການຝາກທ້ອງ ແລະ ເກືອບທັງໝົດ ແມ່ນໄດ້ຮັບການດູແລໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານ ໃນໄລຍະການຖືພາ. ຈາກຜົນການສຳຫຼວດເຫັນວ່າ 83% ຂອງແມ່ ໄດ້ໄປຝາກທ້ອງ 4 ຄັ້ງຂຶ້ນໄປ ແລະ 18,7% ໄດ້ຝາກທ້ອງ 8 ຄັ້ງຂຶ້ນໄປ. ຜົນການສຳຫຼວດໃນ 4 ແຂວງດັ່ງກ່າວແມ່ນມີອັດຕາສ່ວນສູງກວ່າ ຜົນການສຳຫຼວດຈາກ LSIS II ໃນປີ 2017 (46,4% ແລະ 11,5% ໄດ້ຝາກທ້ອງ 4 ຄັ້ງ ແລະ 8 ຄັ້ງ ຂຶ້ນໄປຕາມລຳດັບ). ສິ່ງສຳຄັນອີກຢ່າງໜຶ່ງຄື ອັດຕາສ່ວນຂອງແມ່ທີ່ໄດ້ຮັບທາດເຫຼັກຫຼາຍກວ່າ 90 ເມັດ ໃນລະຫວ່າງການຖືພາຂອງພວກເຂົາໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນເປັນ 68% ທຽບໃສ່ 17,6% ໃນ LSIS I ປີ 2011.

ສະຖານະພາບດ້ານໂພຊະນາການຂອງເດັກ

ຜົນການວິເຄາະຈາກການສຳຫຼວດ ໃນ 4 ແຂວງດັ່ງກ່າວ ໄດ້ບົ່ງບອກໃຫ້ເຫັນວ່າ ພາວະການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ (ຄ່າ Z score <=-2) ສູງກວ່າໝູ່ແມ່ນ ແຂວງຫົວພັນ (44,6%) ຕາມດ້ວຍແຂວງຜົ້ງສາລີ (39,7%), ຊຶ່ງອີງຕາມອົງການອະນາໄມໂລກໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ຖ້າຫາກວ່າອັດຕາສ່ວນການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ຢູ່ໃນລະດັບຫຼາຍກວ່າ 30% ຂຶ້ນໄປ ແມ່ນພິຈາລະນາວ່າເປັນຕົວເລກທີ່ມີຄວາມຮ້າຍແຮງຫຼາຍ[15]. ສຳລັບອັດຕາສ່ວນການຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ ສູງກວ່າໝູ່ແມ່ນຢູ່ແຂວງສາລະວັນ (13,1%) ຊຶ່ງຖ້າອີງຕາມອົງການອະນາໄມໂລກ ອັດຕາສ່ວນການຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍຢູ່ໃນຫວ່າງ (>10% ແລະ <15%) ແມ່ນຖືວ່າເປັນອັດຕາສ່ວນທີ່ສູງ.[15]

ຕາຕະລາງທີ 2 ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຖິງການວິເຄາະສາຍພົວພັນລະຫວ່າງ ການບໍລິການດ້ານການຝາກທ້ອງ ແລະ ພາວະຂາດສານອາຫານຂອງເດັກອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ ໂດຍນຳໃຊ້ການວິເຄາະແບບ chi2, crude odd ratio (OR), ແລະ adjusted odd ratio (AOR) ຊຶ່ງຜົນໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ທັງ 2 ຕົວປ່ຽນດັ່ງກ່າວມີຄວາມສຳຄັນທາງສະຖິຕິ ໂດຍສະເພາະແມ່ນ ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງການຝາກທ້ອງ ແລະ ພາວະຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ (OR = 1.41 CI: 1.27–1.57) ເຖິງແມ່ນວ່າຈະມີຕົວປ່ຽນ ການຮັບທາດເຫຼັກ, ອາຍຸຂອງແມ່ຕອນເກີດລູກ, ການສຶກສາຂອງແມ່ ແລະ ປະເພດທີ່ຢູ່ອາໄສ ເປັນຕົວດັດປັບ (AOR = 1.63 CI: 1.28–2.08).

ຮູບພາບທີ 1. ອັດຕາພາວະການຂາດສານອາຫານຂອງເດັກອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ ໃນ 4 ແຂວງ



ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ນ້ຳໜັກຕອນເກີດ

ຕາຕະລາງທີ 1 ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນການວິເຄາະຂໍ້ມູນຂອງນ້ຳໜັກເດັກເກີດໃໝ່ 4 ແຂວງ ຊຶ່ງອີງຕາມນິຍາມຂອງອົງການອະນາໄມໂລກ[16] ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວນ້ຳໜັກເດັກເກີດໃໝ່ແມ່ນມີນ້ຳໜັກຢູ່ໃນລະດັບ 2.500 ກຣາມ ຂຶ້ນໄປ.

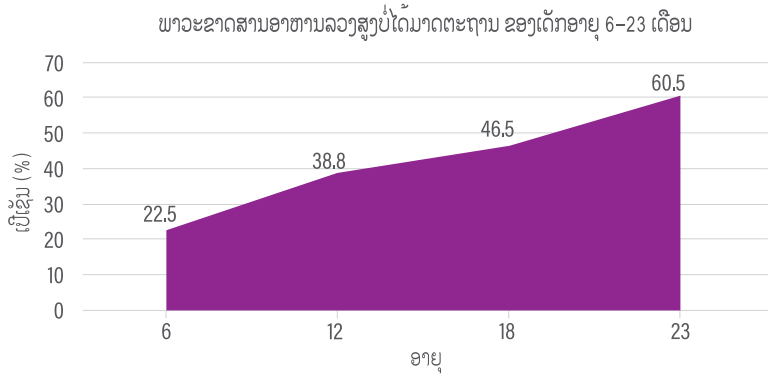
ຕາຕະລາງທີ 1. ນ້ຳໜັກຂອງເດັກເກີດໃໝ່

ນ້ຳໜັກຕອນເກີດ	ຈຳນວນ	ເປີເຊັ້ນ (%)
>= 2,500 gms	4,265	91.6
< 2,500 gms	390	8.41

ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ລະດັບຂອງການຂາດສານອາຫານ (ຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ແລະ ຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ) ໃນຊ່ວງອາຍຸ 6–23 ເດືອນ ຖືວ່າສູງຫຼາຍ. ການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ໝາຍເຖິງເດັກນ້ອຍທີ່ມີລວງສູງຕ່ຳກວ່າເກນ ເມື່ອທຽບໃສ່ອາຍຸຂອງພວກເຂົາ ແລະ ເດັກຄົນອື່ນ (ຄ່າຜິດດ່ຽງມາດຕະຖານ <-2). ເພື່ອວັດແທກຄວາມຮຸນແຮງຂອງການຂາດສານອາຫານ ໃນຊ່ວງອາຍຸທີ່ສຳຄັນຂອງຊີວິດເດັກ, ຂໍ້ມູນອາຍຸຂອງເດັກໄດ້ຖືກນຳໄປວິເຄາະເພີ່ມອີກ 6 ເດືອນ ຈາກອາຍຸ 6–23 ເດືອນ. ຈາກການວິເຄາະສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ອັດຕາສ່ວນຂອງເດັກທີ່ມີພາວະຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ມີອັດຕາສ່ວນເພີ່ມສູງຂຶ້ນຕາມອາຍຸທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ມີອັດຕາສ່ວນສູງສຸດເມື່ອມີອາຍຸໄດ້ 23 ເດືອນ, ຊຶ່ງມີທ່າອ່ຽງທີ່ຄ້າຍຄືກັບຜົນການສຳຫຼວດຂອງ LSIS II. ຈາກຜົນດັ່ງກ່າວ ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນສິ່ງທ້າທາຍຂອງໄລຍະ 1000 ວັນທຳອິດ, ໂດຍສະເພາະແມ່ນ ຈາກຊ່ວງອາຍຸ 6–23 ເດືອນ (ຮູບພາບທີ 2). *ຈາກຜົນການວິເຄາະໄດ້ເປັນສັນຍານເຕືອນວ່າ, ເດັກນ້ອຍສ່ວນຫຼາຍແມ່ນເກີດມາສົມບູນແຂງແຮງ ແຕ່ສະຖານະພາບດ້ານໂພຊະນາການຂອງພວກເຂົາເລີ່ມຫຼຸດລົງໃນຊ່ວງອາຍຸ 2 ປີ ທຳອິດຂອງຊີວິດ (ຮູບພາບທີ 2).*

ຮູບພາບທີ 2. ອັດຕາພາວະການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານຂອງເດັກລຸ່ມ 2 ປີ ແຈກຢາຍຕາມຊ່ວງອາຍຸ

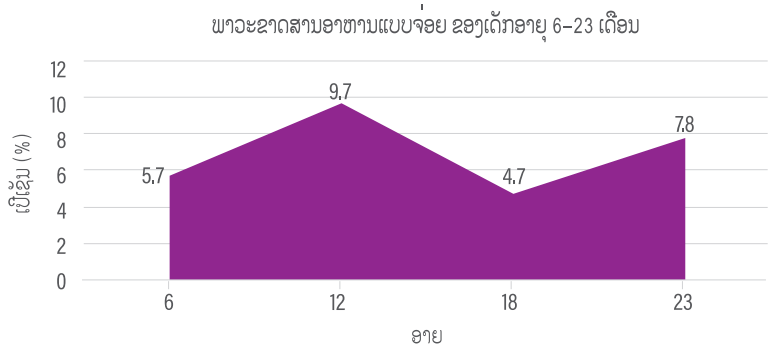


ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ພາວະຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ ໝາຍເຖິງເດັກທີ່ມີນ້ຳໜັກໜ້ອຍກວ່າ ເມື່ອທຽບໃສ່ລວງສູງຂອງພວກເຂົາ (ຄ່າຜິດດ່ຽງມາດຕະຖານ <-2). ອັດຕາສ່ວນການຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ ແມ່ນມີອັດຕາສ່ວນສູງທີ່ສຸດຢູ່ໃນຊ່ວງອາຍຸ 12 ເດືອນ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ, ຈະມີອັດຕາສ່ວນຫຼຸດລົງໃນຊ່ວງອາຍຸ 18 ເດືອນ ແລະ ຈະຄ່ອຍ ໆ ເພີ່ມຂຶ້ນເມື່ອເຖິງອາຍຸ 23 ເດືອນ (ຮູບພາບທີ 3). ເຊັ່ນດຽວກັນກັບ ຜົນການສຳຫຼວດຈາກ LSIS II ກໍ່ໄດ້ສະແດງທ່າອ່ຽງຂອງການຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍທີ່ຄ້າຍຄືກັນ.

ອັດຕາການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ແລະ ແບບຈ່ອຍ ສູງຂຶ້ນເມື່ອອາຍຸເພີ່ມຂຶ້ນ ອາດຈະເນື່ອງມາຈາກສິ່ງທ້າທາຍທີ່ຕິດພັນກັບໄລຍະປ່ຽນຖ່າຍ ຈາກການລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ ໄປສູ່ການກິນອາຫານອື່ນ ໆ...

ຮູບພາບທີ 3. ການຫຼຸດລົງຂອງໂພຊະນາການ (ພາວະຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ) ຂອງເດັກນ້ອຍອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ



ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງການດູແລສຸຂະພາບໄລຍະຖືພາ ແລະ ສະຖານະພາບດ້ານໂພຊະນາການ ຂອງເດັກ

ຕາຕະລາງທີ 2 ສະແດງໃຫ້ເຫັນສາຍພົວພັນໂດຍລວມ ໂດຍໃຊ້ logistic regression (chi2, OR (odd ratio), ແລະ AOR (adjusted odd ratio) ລະຫວ່າງການຝາກທ້ອງ ແລະ ພາວະຂາດສານອາຫານຂອງເດັກອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ, ໂດຍສະເພາະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນສາຍພົວພັນທີ່ສຳຄັນ ລະຫວ່າງຈຳນວນຄັ້ງໃນການໄປຝາກທ້ອງ ແລະ ພາວະຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ໃນເດັກນ້ອຍກຸ່ມອາຍຸນີ້. ຈາກຜົນການວິເຄາະ ດັ່ງກ່າວເຫັນວ່າ ອັດຕາສ່ວນການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ຈະຫຼຸດລົງ ເມື່ອຈຳນວນຄັ້ງໃນການໄປຝາກທ້ອງເພີ່ມຂຶ້ນ (4 ຄັ້ງ ຂຶ້ນໄປ) ເມື່ອດັດປັບໃສ່ກັບຕົວປ່ຽນອື່ນ (ການຮັບທາດເຫຼັກຫຼາຍກວ່າ 90 ເມັດຂຶ້ນໄປ).

ຕະຕະລາງທີ 2. ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງການດູແລສຸຂະພາບໄລຍະຖືພາ ແລະ ສະຖານະພາບດ້ານໂພຊະນາການຂອງເດັກ

	ຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ ມາດຕະຖານ (chi2)	ຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ (chi2)	ນ້ຳໜັກຫຼຸດມາດຕະຖານ (chi2)
ຈຳນວນຄັ້ງໃນການໄປຝາກທ້ອງ (≥ 4 ຄັ້ງ)	OR 1.52* (CI 1.30 – 1.78)	OR 1.06 (0.81 – 1.39)	OR 1.17 (CI 0.98 – 1.39)
	AOR 0.72* (CI 0.59 – 0.86)	AOR 0.94 (0.69 – 1.31)	AOR 0.92 (CI 0.74 – 1.14)
ຈຳນວນຄັ້ງໃນການໄປຝາກທ້ອງ (≥ 8 ຄັ້ງ)	OR 1.47* (CI 1.26 – 1.72)	OR 1.21 (0.91 – 1.61)	OR 1.41* (CI 1.16 – 1.69)
	AOR 1.48* (CI 1.23 – 1.78)	AOR 1.42* (1.00 – 2.01)	AOR 1.55* (CI 1.23 – 1.95)
ການຮັບທາດເຫຼັກ (≥ 90 ຄັ້ງ)	OR 0.84 (CI 0.74 – 0.95)	OR 0.84 (0.67 – 1.06)	OR 0.87 (CI 0.75 – 1.01)
	AOR 0.88 (CI 0.76– 1.03)	AOR 0.87 (0.66 – 1.23)	AOR 0.91 (CI 0.76 – 1.08)

*Crude Odd Ratio (OR) ແລະ Adjusted Odd Ratio (AOR) ແມ່ນມີຄວາມສຳຄັນດ້ານສະຖິຕິ ດ້ວຍຊ່ອງຫວ່າງຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ 5%

ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ສາຍພົວພັນລະຫວ່າງຄຸນລັກສະນະພື້ນຖານ ແລະ ໂພຊະນາການ

ນອກຈາກນີ້, ຍັງໄດ້ເຮັດການວິເຄາະສົມຜົນຖົດຖອຍ (logistic regression) ເພື່ອປະເມີນເບິ່ງສາຍພົວພັນລະຫວ່າງ ອາຍຸຂອງແມ່ຕອນເກີດລູກ, ການສຶກສາຂອງແມ່, ການຝາກທ້ອງ, ການຮັບທາດເຫຼັກ, ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຊົນນະບົດ ຫຼື ຕົວເມືອງ) ແລະ ພາວະການຂາດສານອາຫານຂອງເດັກ ອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ. ຕາຕະລາງທີ 3 ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ອາຍຸຂອງແມ່ຕອນໃຫ້ກຳເນີດລູກ, ການສຶກສາຂອງແມ່, ການຝາກທ້ອງ, ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ ແມ່ນມີສາຍ ພົວພັນທີ່ສຳຄັນທາງສະຖິຕິຕໍ່ກັບພາວະການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ. ແມ່ອາຍຸນ້ອຍ ທີ່ເກີດລູກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີ, ແມ່ ທີ່ບໍ່ໄດ້ໄປຝາກທ້ອງ, ພ້ອມທັງມີລະດັບການສຶກສາຂັ້ນປະຖົມ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ ຈະເຮັດໃຫ້ເດັກມີພາວະຂາດສານອາຫານລວງສູງ ບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານທີ່ ສູງ ເມື່ອທຽບໃສ່ແມ່ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 20 ປີ ໃນເວລາທີ່ເກີດລູກ ດ້ວຍ Odd Ratio (OR) ລວມທັງດັດປັບໃສ່ກັບປັດໄຈອື່ນໆ (ການສຶກສາຂອງ ແມ່ ແລະ ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ). ອັດຕາການຂາດສານອາຫານຂອງເດັກນ້ອຍ (ຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ, ຂາດສານອາຫານແບບ ຈ່ອຍ ແລະ ນ້ຳໜັກຫຼຸດມາດຕະຖານ) ແມ່ນມີໂອກາດໜ້ອຍລົງໃນແມ່ທີ່ມີການສຶກສາໃນລະດັບມັດທະຍົມ ແລະ ສູງກວ່າເມື່ອຖືກດັດປັບກັບປັດໄຈ ອື່ນໆ ເຊັ່ນດຽວກັນກັບສາຍພົວພັນ ລະຫວ່າງ ການຂາດສານອາຫານ ແລະ ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຊົນນະບົດ ຫຼື ຕົວເມືອງ). ພ້ອມກັນນັ້ນ, ອັດຕາສ່ວນ ຂອງການຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ແລະ ນ້ຳໜັກຫຼຸດມາດຕະຖານຂອງເດັກທີ່ອາໄສຢູ່ເຂດຊົນນະບົດແມ່ນມີສູງກວ່າ ເມື່ອທຽບ ກັບເດັກທີ່ຢູ່ໃນເຂດຕົວເມືອງ.

ຕາຕະລາງທີ 3. ສາຍພົວພັນຂອງຄຸນລັກສະນະ ແລະ ໂພຊະນາການ

	ຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ ມາດຕະຖານ (chi2)	ຂາດສານອາຫານແບບຈ່ອຍ (chi2)	ນ້ຳໜັກຫຼຸດມາດຕະຖານ (chi2)
ການຝາກທ້ອງ	OR 1.41* (CI 1.28 – 1.57)	OR 0.96 (0.80 – 1.16)	OR 1.15 (CI 1.03 – 1.29)
	AOR 1.63* (CI 1.28 – 2.08)	AOR 0.97 (0.63 – 1.48)	AOR 1.13 (CI 0.86 – 1.48)
ການຮັບທາດເຫຼັກ	OR 0.84 (CI 0.74 – 0.95)	OR 0.84 (0.67 – 1.06)	OR 0.87 (CI 0.75 – 1.01)
	AOR 0.84 (CI 0.73 – 0.96)	AOR 0.89 (0.71 – 1.14)	AOR 0.94 (CI 0.80 – 1.11)
ອາຍຸຂອງແມ່ຕອນເກີດລູກ	OR 1.33* (CI 1.19 – 1.47)	OR 1.02 (0.84 – 1.24)	OR 1.18* (CI 1.05 – 1.33)
	AOR 1.34* (CI 1.14 – 1.56)	AOR 1.07 (0.84 – 1.46)	AOR 1.23 (CI 1.02 – 1.48)

ການສຶກສາຂອງແມ່	OR 1.48* (CI 1.37 – 1.61)	OR 1.31* (1.13 – 1.52)	OR 1.48* (CI 1.35 – 1.62)
		AOR 1.42* (1.12 – 1.81)	AOR 1.48* (CI 1.27 – 1.74)
ເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສ (ຊົນນະບົດ ຫຼື ຕົວເມືອງ)	OR 0.46* (CI 0.39 – 0.54)	OR 0.78 (0.59 – 1.02)	OR 0.56* (CI 0.47 – 0.68)
	AOR 0.55* (CI 0.42– 0.70)	AOR 0.78 (0.49 – 1.24)	AOR 0.65* (CI 0.46 – 0.87)

*Crude Odd Ratio (OR) ແລະ Adjusted Odd Ratio (AOR) ແມ່ນມີຄວາມສຳຄັນດ້ານສະຖິຕິ ດ້ວຍຊ່ອງຫວ່າງຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ 5%

ແຫຼ່ງທີ່ມາ: ການສຳຫຼວດຄົວເຮືອນ, 2022 – ການວິເຄາະຂອງຜູ້ຂຽນ, 2023

ຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ

ປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການຝາກທ້ອງ

ນອກຈາກຈຳນວນຄັ້ງໃນການຝາກທ້ອງທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ ທັງຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ ໃນ 4 ແຂວງ ແລະ ມີສາຍພົວພັນໃນທາງບວກກັບໂພຊະນາການຂອງເດັກແລ້ວ ການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການຝາກທ້ອງ (ການໃຫ້ຄຳແນະນຳດ້ານໂພຊະນາການ, ການສຶກສາດ້ານໂພຊະນາການ, ການບໍລິໂພກອາຫານ ແລະ ການເສີມໂພຊະນາການ)[21] ຈະເປັນປະໂຫຍດຫຼາຍຕໍ່ກັບແມ່, ເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍອາຍຸລຸ່ມ 2 ປີ [17].

ນອກຈາກນີ້, ການເພີ່ມທະວີຕົວເລກຂອງແມ່ທີ່ຮັບທາດເຫຼັກຫຼາຍກວ່າ 90 ເມັດຂຶ້ນໄປ ໃຫ້ຫຼາຍຂຶ້ນຈາກ 68% ແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນ. ເປົ້າໝາຍນີ້ສາມາດບັນລຸໄດ້ ໂດຍການໃຫ້ບູລິມະສິດຕໍ່ກັບການສ້າງຄຸນນະພາບໃນການໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການສະໜອງທາດເຫຼັກໃຫ້ແກ່ສູນບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ.

ການໃຊ້ແຫຼ່ງທີ່ມາທີ່ສາມາດກວດສອບໄດ້ ເພື່ອບັນທຶກການຕອບສະໜອງຂອງການຝາກທ້ອງ

ຈາກຜົນການສຳຫຼວດເຫັນວ່າ ການຝາກທ້ອງກັບແພດໝໍຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີອັດຕາສ່ວນເກືອບຮອດ 100%, ສິ່ງດັ່ງກ່າວໝາຍເຖິງຄວາມເຊື່ອຖືໄດ້ຂອງຄຳຕອບໃນແບບສອບຖາມ. ສະນັ້ນ, ເພື່ອກວດສອບຄຳຕອບຂອງແມ່ກ່ຽວກັບການຝາກທ້ອງ ຈະຕ້ອງມີເອກະສານອ້າງອີງສຳລັບການສຳຫຼວດໃນອະນາຄົດ.

ການວັດແທກຮ່າງກາຍສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່

ໃນ ສປປ ລາວ, ຄວາມເຂົ້າໃຈທົ່ວໄປທີ່ຄິດວ່າ ເດັກເກີດມາມີຮູບຮ່າງທີ່ນ້ອຍ ເພາະວ່າແມ່ກໍມີຮູບຮ່າງນ້ອຍ, ແຕ່ນັ້ນບໍ່ສາມາດພິສູດໄດ້ໃນ ສປປ ລາວ. ປັດຈຸບັນ, ເດັກທີ່ເກີດມາແມ່ນຈະໄດ້ຊັ່ງນ້ຳໜັກ, ເຊິ່ງສາມາດນຳໃຊ້ເປັນຕົວວັດແທກສຳລັບ “small-for-age (SGA)” ຮ່າງກາຍນ້ອຍເມື່ອທຽບໃສ່ອາຍຸ ແລະ ບໍ່ສາມາດວັດແທກພາວະການເຕີບໂຕຊ້າຂອງເດັກໃນທ້ອງ IUGR (SGA+ ພາວະຂາດສານອາຫານ (ລວງສູງ ແລະ ນ້ຳໜັກ). ນອກເໜືອຈາກນ້ຳໜັກແລ້ວ, ສ່ວນສູງຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂາດສານອາຫານໃນເວລາທີ່ເກີດໄດ້. ເພາະສະນັ້ນ, ການວັດແທກລວງສູງ ກັບນ້ຳໜັກເວລາເກີດ ສາມາດເປັນຫຼັກຖານຂອງພາວະການເຕີບໂຕຊ້າຂອງເດັກໃນທ້ອງ (IUGR). ຍິ່ງໄປກວ່ານັ້ນ, ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ວາງນະໂຍບາຍສາມາດສ້າງນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງແມ່ ໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບຄູ່ມືແນະນຳໃໝ່ຂອງອົງການອະນາໄມໂລກ. [11]

ການສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງໃຫ້ແກ່ແມ່ຍິງ

ເດັກນ້ອຍທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ເປັນໄວໜຸ່ມ ຈະມີໂອກາດເກີດພາວະຂາດສານອາຫານລວງສູງບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານຫຼາຍກວ່າ(19,20). ຈາກການວິເຄາະຂໍ້ມູນ ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນເຖິງ ຄວາມແຕກໂຕນກັນຂອງອັດຕາສ່ວນເດັກທີ່ຂາດສານອາຫານ ລະຫວ່າງເດັກທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີ ທຽບໃສ່ເດັກທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 20 ປີ ດ້ວຍຫຼາຍ ໆ ປັດໄຈ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຜົນການຄົ້ນຄວ້າຍັງບົ່ງບອກຢ່າງຊັດເຈນເຖິງ ອັດຕາການຂາດສານອາຫານທີ່ຕ່ຳຂອງເດັກທີ່ແມ່ມີລະດັບການສຶກສາໃນຂັ້ນມັດທະຍົມ ຫຼື ສູງກວ່າ ທຽບໃສ່ກັບ ເດັກທີ່ມີແມ່ທີ່ມີລະດັບການສຶກສາໃນຂັ້ນປະຖົມ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຮັບການສຶກສາ. ການສົ່ງເສີມການສຶກສາໃຫ້ກັບແມ່ຍິງແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນ ເພື່ອສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງ ແລະ ມີຄວາມສາມາດໃນການຕັດສິນໃຈ ເພື່ອຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີຂອງພວກເຂົາ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ໂດຍສະເພາະແມ່ນເຂດຊົນນະບົດ.

ເອກະສານອ້າງອີງ

1. Ruel MT (2017). Measuring infant and young child complementary feeding practices: indicators, current practice, and research gaps. Compliment Feed 87:73-87.
2. Nutrition for Every Child. UNICEF Nutrition Strategy 2020–2030.
3. UNICEF, WHO, World Bank Group. UNICEF/WHO/The World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and trends in Child Malnutrition: key Finding of the 2020 Edition (2020).
4. Newby R, Brodribb W, Ware RS, Davies PS (2014). Infant feeding knowledge, attitude, and beliefs predict antenatal intentions among first-time mothers in Queensland. Breastfeed Med. 9-266-272.
5. Fanzo J, Hawkes C, Udomkesmalee E, Afshin A, et.al (2018) Global Nutrition Report: Shinning alight to Spur Action on Nutrition.
6. Kavosi E.; et al (2014): Prevalence and determinants of under-nutrition among children under six: a cross-sectional survey in Fars province. Iran. Int J Health Policy Management: 3(2): 71-76.
7. Accessed on 20 April 2023:
8. https://www.unicef.org/media/92031/file/UNICEF%20Nutrition%20Strategy%202020-2030.pdf
9. Fenske N.; et al. (2013): Understanding child stunting in India: a comprehensive analysis of socio-economic, nutritional, and environmental determinants using additive quantile regression PLoS ONE;8(11) e78692.
10. McSweeney L, Rapley T, Adamson A. (2015). The preschool child, food photography and a parent's bed: a feasibility study to determine acceptable visual data collection methods. J Nutr Health Sci;2(4): 406.
11. Nohara F. Ramirez, Luis f. Gamboa, Arjun S. Bedi and Robert Sparrow (2012) Child Malnutrition and Antenatal Care: Evidence from three Latin American countries. Working paper N0. 536.
12. Accessed on 23 April 2023: https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience#:~:text=It%20recommends%20pregnant%20women%20to,38%20and%2040%20weeks'%20gestation.
13. Aklilu A. Roba, Assefa Tola, Desta Dugassa et.al (2022). Antenatal care utilization and nutrition counseling are strongly associated with infant and young children feeding knowledge among rural/semi-urban women in Harari region, Eastern Ethiopia.
14. Likhar A, Patil M S (2022). Importance of maternal nutrition in the first 1,000 days of life and its effect on Child Development. A narrative review. Cereus 14(10): e30083. DOI 10.7759/cereus.30083.
15. Accessed on 24 April 2023: https://thousanddays.org/why-1000-days/building-health/
16. Accessed on 23 April 2023:
17. https://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=391&lang=EN
18. Accessed on 23 April 2023 https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight
19. Muchie KF. (2017) Quality of antenatal care services and completion of four or more antenatal care visits in Ethiopia: a finding based on a demographic and health survey. BMC Pregnancy Childbirth. 17(1):1–7.
20. Accessed on 12 May 2023: https://data.unicef.org/resources/child-marriage-and-education-data-brief/
21. Pintu P, Pradip C, Ankita Z.: Impact of child marriage on nutritional status and anaemia of children under five years of age: empirical evidence from India. Public Health 2019, 177, 97–101.
22. Accessed on 12 May 2023:
23. https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2018/02/ICRW_Brief_ChildHealth-1.pdf
24. Accessed on 5 June 2023: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/anc-guideline-presentationb8005106-0947-4329-adb1-61aea46db1db.pptx?sfvrsn=dc01f4fe_7

ໂຄງການສ້າງຖານຂໍ້ມູນຂ່າວສານແຫ່ງຊາດດ້ານໂພຊະນາການ (NIPN) ແມ່ນໂຄງການລິເລີ່ມສາກົນຂອງສະຫະພາບເອີລົບ.

ເປົ້າໝາຍຂອງໂຄງການສ້າງຖານຂໍ້ມູນຂ່າວສານແຫ່ງຊາດດ້ານໂພຊະນາການ (NIPN) ແມ່ນເພື່ອສ້າງຄວາມອາດສາມາດໃຫ້ສະຖາບັນຂັ້ນສູນກາງ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນ ເພື່ອຄຸ້ມຄອງ ແລະ ວິເຄາະຂໍ້ມູນຈ່າວສານ ແລະ ຂໍ້ມູນຈາກທຸກຂະແໜງການທີ່ມີອິດທິພົນຕໍ່ໂພຊະນາການ, ຕິດຕາມຄວາມຄືບໜ້າ ແລະ ສະໜອງຂໍ້ສະເໜີແນະທາງດ້ານນະໂຍບາຍ ແລະ ຍຸດທະສາດໃຫ້ດີຂຶ້ນ.

ບົດນະໂຍບາຍໂດຍສັງເຂບຊຸນໂດຍ

ດຣ ເນໂລຟາ ອັກທາ ຊີກ
ທີ່ປຶກສາສາກົນໜ່ວຍງານວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ທ່ານ ອຸປັດໃຈ ທອງສະໝຸດ
ທີ່ປຶກສາພາຍໃນ ໜ່ວຍງານວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ທ່ານ ນາງ ສຸລິຕາ ວັນສີລາລົມ
ທີ່ປຶກສາພາຍໃນ ໜ່ວຍງານວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ໂດຍການປະກອບສ່ວນຈາກ

ທ່ານ ປອ ສິດທິຣິດ ຣາຊະພົນ
ຫົວໜ້າ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ທ່ານ ວຽງຄອນ ບົວພະຈັນ
ຫົວໜ້າພະແນກ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ທ່ານ ພຸດທະຈັນ ຕົ້ນເພງ
ຮອງຫົວໜ້າພະແນກ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ທ່ານ ວົງພະຈັນ ໄຊຍະລາດ
ຮອງຫົວໜ້າພະແນກ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ,
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ທ່ານ ສົມຊາຍ ພົ້ງເວັນໄຊ
ວິຊາການ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ,
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ທ່ານ ຄຳປະເສີດ ແກ້ວວົງສຸດທິ
ວິຊາການ
ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ,
ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ

ການປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ສິ່ງພິມພິມສະບັບນີ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສະຫະພາບເອີຣົບ (EU). ເນື້ອໃນຂອງການພິມຄັ້ງນີ້ ແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງ ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ ການພັດທະນາ ແລະ ສູນຝຶກອົບຮົມ (DRI), ກະຊວງແຜນການ ແລະ ການລົງທຶນ (MPI), ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ (ສປປ ລາວ) ແລະ ອົງການສະຫະປະຊາຊາດສຳລັບເດັກ (UNICEF) ແລະ ບໍ່ໄດ້ສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນທັດສະນະຂອງສະຫະພາບເອີຣົບ (EU).