

บทที่ 4

วิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบาย

เปรียบเทียบไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ในบทนี้จะเป็นการวิเคราะห์นโยบาย โดยใช้ตัวแบบจากกระบวนการกำหนดนโยบายซึ่งแบ่งได้ 4 ขั้นตอน คือ การระบุประเด็นปัญหา การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินนโยบาย ประกอบกับพิจารณาบริบทของประเทศและผู้กระทำการที่เข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย

การระบุประเด็นปัญหา (Policy Identification)

ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนเริ่มแรกในการนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ในส่วนนี้จะเป็นการสังเคราะห์บริบทของประเทศในทุกด้านร่วมกับพิจารณาถึงผู้กระทำการที่มีบทบาทในการชี้้นำให้ตระหนักถึงปัญหาสาธารณะและทิศทางในการกำหนดนโยบาย

1. กรณีประเทศไทยนั้น ผู้นำของประเทศไทยในอดีต มักเชื่อกันว่า ยังมีจำนวนพลเมืองมาก ย่อมหมายถึงศักยภาพในการพัฒนาและกำลังอำนาจของประเทศ จนกระทั่งรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ได้ทรงตระหนักถึงการเพิ่มประชากรของประเทศอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากกระแสพระราชดำรัสเนื่องในงานพระราชพิธีฉัตรมงคล 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2472 ความว่า "...เนื่องจากปรากฏการณ์สำรวจสำมะโนประชากร พบว่าการเพิ่มของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างผิดสังเกต จึงขอให้ช่วยกันสังวรในเรื่องนี้และใช้ความอุตสาหะพยายามที่จะเร่งรัดให้การค้า และอุตสาหกรรมมีมากขึ้น เพื่อเศรษฐกิจจะได้พัฒนาเคียงคู่กับการเจริญเติบโตของประชากร..." (สถาบันประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533) อย่างไรก็ตาม ผู้นำประเทศในระยะเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย ยังมีได้ตระหนักถึงปัญหาแนวโน้มจากการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว แต่ยังคงให้ความสำคัญและพยายามส่งเสริมการเพิ่มประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม

ปี พ.ศ. 2483 ไทยได้เจรจาเรียกที่ดินแดนฝั่งขวาของแม่น้ำโขงคืนจากฝรั่งเศส แต่ผลการเจรจาล้มเหลว ทำให้รัฐบาลของ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ตัดสินใจส่งทหารเข้ารบ

และเสียดินแดนอินโดจีนให้แก่ฝรั่งเศสไปในที่สุด เนื่องจากการที่ไทยมีทหารจำนวนน้อย ไม่เพียงพอในการสู้รบเพื่อป้องกันประเทศ ตรงข้ามกับประเทศมหาอำนาจในขณะนั้นไม่ว่าจะเป็นฝรั่งเศส เยอรมัน และญี่ปุ่น ต่างมีประชากรเป็นจำนวนมาก จึงมีศักยภาพพอที่จะชนะสงคราม จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้รัฐบาลได้จัดตั้งนโยบายส่งเสริมการเกิด (Pronatalist Policy) ขึ้นในปี พ.ศ. 2485 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรทางทหาร อันจะนำประเทศไปสู่การเป็นมหาอำนาจ นอกจากนั้น จอมพล ป. ยังได้วิตกว่า จำนวนคนจีนที่เพิ่มมากขึ้นจะนำไปสู่ “ลัทธิชาตินิยมจีน” ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวในการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2482 ว่า “...ทำอะไรก็ตามแต่ขอโรงเรียนจีนกับอั้งยี่ไม่ให้มี...” (เออิจิ มูราชิม่า, 2543 : 180) ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ตั้งกฎข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อควบคุมจำนวนประชากรจีน ในขณะเดียวกัน ก็ได้มีการสนับสนุนการเกิดในหมู่คนไทยด้วย (ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, 2540 : 405)

จนกระทั่งใน ปี พ.ศ. 2501 ในสมัยรัฐบาล จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ คณะผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลก ได้เข้ามาสำรวจเศรษฐกิจในประเทศไทย และได้มีข้อเสนอแนะกับรัฐบาลไทยว่า “...การเพิ่มจำนวนประชากรไทยอยู่ในอัตราที่สูง ก่อให้เกิดปัญหาการว่างงานอย่างร้ายแรงในอนาคต อนึ่งเมื่อพิจารณาถึงอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว ของจำนวนประชากรไทย ก็เห็นว่า ควรจะส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักวิธีการจำกัดขนาดครอบครัวโดยจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดตามสถานอนามัยต่าง ๆ (คณะสำรวจเศรษฐกิจของธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและวิวัฒนาการ 2502 อ้างใน นิพนธ์เทพวัลย์, 2539 : 3) จากข้อเสนอแนะดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย และได้เสนอข้อคิดเห็นในทิศทางเดียวกับคณะผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกไปยังนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2503 อีกทั้งได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมให้รัฐบาลมอบเรื่องนี้ให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และสำนักสภาวิจัยแห่งชาติร่วมกันศึกษาวิจัยต่อไป

ต่อมาในวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2503 นายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้คณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ พิจารณาศึกษาปัญหาประชากรของประเทศเพื่อเสนอข้อคิดเห็นแก่คณะรัฐมนตรี ซึ่งสภาวิจัยแห่งชาติได้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการสาขารัฐประศาสนศาสตร์ พิจารณาพร้อมทำเอกสารรายงานการวิจัย ปัญหาเรื่องการเพิ่มประชากรของไทย ผลจากข้อเสนอแนะของคณะกรรมการทั้งสองชุด นำไปสู่มติคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 3 ตุลาคม 2504 ว่า “...การคุมกำเนิดขอให้เป็นไปตามความสมัครใจของประชาชน ซึ่งควรจะรู้จักฐานะของตนเองว่าสมควรมีบุตรจำนวนมากน้อยเท่าใดส่วนการ

แนะนำเรื่องการคุมกำเนิดนั้นถึงกระทำได้แต่ยังไม่ควรทำเป็นการเปิดเผย....” (กองวางแผนกำลังคน สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2513 : 9)

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2503 เป็นต้นมา รัฐบาลได้มอบหมายให้หน่วยงานของรัฐรวบรวมความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาประชากรรวมทั้งได้สนับสนุนโครงการวิจัยและการสัมมนาต่าง ๆ เรื่อยมาโดยตลอด ได้มีการสัมมนาด้านประชากรในระดับชาติรวม 3 ครั้ง ตลอดจนได้อนุมัติให้มีการดำเนินการวิจัยตามโครงการที่สำคัญ ๆ หลายโครงการ รวมทั้งยังได้มีการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมวิจัยทางประชากรศาสตร์ ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1. ในวันที่ 21 ก.ย. 2505 นายกรัฐมนตรีได้มีคำสั่งให้คณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์และสังคมวิทยา แห่งสภาวิจัยแห่งชาติทำการศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาประชากร เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายของรัฐ คณะกรรมการฯ ได้เสนอว่า “...การเพิ่มจำนวนประชากรไทยในอัตราสูงจะเป็นอุปสรรคร้ายแรงต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จึงควรดำเนินการแก้ไขโดยด่วน...” (กองวางแผนกำลังคน สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2513 : 9)

2. ใน ปี พ.ศ. 2506 สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ ได้จัดให้มีการสัมมนาเกี่ยวกับปัญหาประชากรครั้งที่ 1 ในวันที่ 27 - 29 มีนาคม พ.ศ. 2506 โดยร่วมมือกับสภาประชากรแห่งนิวยอร์ก (Population Council) ซึ่งความคิดเห็นของที่ประชุมสรุปได้ดังนี้

- ให้มีการสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับประชากร
- ส่งเสริมให้มีการศึกษาทางประชากรศาสตร์ที่กว้างขวางยิ่งขึ้น และให้มีการทำวิจัยภาคสนามด้วย
- ควรมีการดำเนินการวางแผนครอบครัวเป็นโครงการทดลองขึ้น ที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งก่อน

ผลการสัมมนาสรุปว่าข้อมูลทางวิชาการยังมีไม่เพียงพอ และเสนอให้ดำเนินโครงการโพธารามเพื่อเป็นโครงการทดลองเพิ่มเติมด้วย (วิฑูร โสธานนท์, 2533 : 27)

แม้ในช่วงนั้นจะไม่มี การประกาศอย่างเป็นทางการและยังไม่ให้มีการเผยแพร่ตามสื่อ แต่การอนุญาตให้ประชาชนคุมกำเนิดได้เอง ทำให้มีการให้บริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลและจากคลินิกต่าง ๆ รวมถึงการบริการแอบแฝงต่าง ๆ จากภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา บริษัทขายยาข้ามชาติ และการบอกเล่าแบบปากต่อปากนี้ ทำให้การคุมกำเนิดได้รับความนิยมแพร่หลายเข้าไปในชนบท (เอิบ ณ บางช้าง, 2507 อ้างใน ชัยยันต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540 : 214)

การที่รัฐอนุญาตให้ประชาชนคุมกำเนิดได้ โดยรัฐยังไม่ได้จัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวอย่างเป็นทางการ เป็นผลมาจากการประนีประนอมระหว่างรัฐบาลที่เป็นทหาร นักวิชาการสายรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ ที่ต่อต้านการคุมกำเนิดโดยได้รายงานการวิจัยว่า “ประเทศไทยยังมีเนื้อที่เพียงพอที่จะรองรับประชากรได้อีกมาก ควรปล่อยให้พลเมืองเพิ่มในอัตราสูงต่อไป เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมและเพื่อเพิ่มอำนาจการซื้อซึ่งจะเป็นช่องทางการค้า และเมื่ออุตสาหกรรมขยายตัวได้จนถึงจุดอิ่มตัวแล้ว อัตราเพิ่มก็จะลดลงไปเอง โดยรัฐบาลไม่ต้องส่งเสริมการคุมกำเนิด อันอาจนำมาซึ่งความเสื่อมศีลธรรม” ในขณะที่กลุ่มข้าราชการภายในประเทศอันประกอบด้วยสภาพนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและที่ปรึกษาต่างประเทศได้ สรุปว่า “เหตุผลสำคัญทางเศรษฐกิจ ซึ่งคณะผู้ทำการศึกษาศึกษาของสภาวิจัยได้ยกมาอ้างว่ายังไม่ควรดำเนินนโยบายยุติการเพิ่มนั้น ยังไม่มีการศึกษากันมากพอ โดยที่การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรไทยอาจทำให้เกิดปัญหารุนแรงในด้านเศรษฐกิจ” นอกจากนั้น คณะกรรมการของสภาพนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังได้เสนอว่า ควรจะศึกษาปัญหาของประชากรต่อไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มให้ความสำคัญในการพัฒนาสร้างเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและรักษาความมั่นคงของชาติในการต่อต้านคอมมิวนิสต์ รัฐบาลจำเป็นต้องรักษาพลังอำนาจทั้ง 2 นี้ไว้ เนื่องจากเป้าหมายทั้ง 2 เป็นตัวสร้างความชอบธรรมแก่ระบอบการปกครองอำนาจนิยมทหารในยุคการพัฒนา (ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, อ้างแล้ว : 133)

นอกจากนั้นคณะรัฐมนตรียังมีมติให้คณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์และสาขาสังคมศาสตร์ทำการการศึกษาเพิ่มเติมจากที่ได้ทำมาแล้ว ใน ปี พ.ศ. 2505 โดยมอบให้ ดร. อำนวย วีรวรรณ เป็นหัวหน้าคณะ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า อัตราการเพิ่มของประชากรไทยอยู่ในระดับที่สูงมาก ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม และก่อนหน้านั้นคือ ปี พ.ศ. 2507 สภาวิจัยแห่งชาติได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการทดลองด้านอนามัยครอบครัวที่ อ.โพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยใช้ชื่อโครงการว่าโครงการวิจัยอนามัยครอบครัว โครงการอนามัยครอบครัวนี้เป็นที่รู้จักกันทั่วไปในนามของ “โครงการโพธาราม” ซึ่งการเลือกอำเภอโพธารามเป็นพื้นที่ทดลองนั้น เพื่อต้องการให้เป็นพื้นที่ตัวแทนชนบทของไทย เป็นอำเภอที่ไม่ไกลจากกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมที่สะดวกและจุดประสงค์ของการทดลองที่ อ.โพธาราม คือ เพื่อศึกษาถึงทัศนคติและการยอมรับ ปฏิบัติการวางแผนของประชากรในชนบท โดยมีการให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลอำเภอและสถานอนามัยในอำเภอ (ศศิจันทร์ วิมุกตานนท์, 2533 : 46)

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและผู้เชี่ยวชาญจากสภาประชากรและ
สภาวิจัยแห่งชาติ โดยคณะกรรมการโครงการวิจัยการอนามัยครอบครัวได้แต่งตั้งให้ นายแพทย์
กำธร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัย เป็นผู้อำนวยการโครงการ มี นายแพทย์วินิจ อัครเสนา เป็น
รองผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ และ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ เป็นรองผู้อำนวยการฝ่าย
สังคมศาสตร์ นอกจากนั้น ทางสถาบันประชากรแห่งนิวยอร์กได้ส่งผู้เชี่ยวชาญ คือ ศาสตราจารย์
อามอส ฮอลีย์ (Amos Hawley) มาเป็นที่ปรึกษาโครงการ (Wongboonsin, 1995 : 7)

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มีบุตรหลายคนของโครงการโพธารามต้องการมีบุตร
น้อยกว่าที่ตนมีอยู่จริง แม้ว่าสตรีที่สมรสแล้วและหมดสภาพการมีบุตรแล้วจะมีบุตรโดยเฉลี่ย
ร้อยละ 6 คน ก็ตาม แต่แท้จริงแล้วสตรีเหล่านั้นต้องการที่จะมีบุตรน้อยกว่า 4 คน เป็นจำนวน
ร้อยละ 70 ของสตรีที่มีบุตรและในช่วงที่ทำการวิจัยพบว่า ร้อยละ 20 ของสตรีที่สมรสแล้ว
ยอมรับการป้องกันการปฏิสนธิเพื่อจำกัดจำนวนบุตร (กองวางแผนกำลังคน สำนักงาน
สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2513 : 10) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ นายแพทย์เอิบ
ณ บางช้าง ที่ได้รวบรวมข้อมูลจากร้านขายยาตามจังหวัดต่าง ๆ 17 จังหวัด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2507
เป็นต้นมา พบว่า ชาวบ้านในชนบทนิยมกินยาคุมกำเนิด และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ทำให้
ยอดขายยาคุมกำเนิดจากร้านขายยาเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า จาก ปี 2507 และลดลงใน ปี พ.ศ.
2513 เมื่อมีบริการจ่ายยาคุมกำเนิดฟรี (ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, อ้างแล้ว, 135) เช่นเดียวกับ
ห่วงอนามัยที่เริ่มมีการนำใช้ใน ปี พ.ศ. 2506 ที่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาล
แมคคอมมิค เชียงใหม่ และ ปี พ.ศ. 2508 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และ
โรงพยาบาลหญิง ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อ้างแล้ว)

ในปี พ.ศ. 2508 ได้มีการจัดสัมมนาประชากรแห่งชาติครั้งที่ 2 และ 3 ได้นำผลจาก
โครงการโพธารามมาเป็นประเด็นโดยมีการจัดการและสนับสนุนจากองค์กรเดิม ในการสัมมนา
ครั้งที่ 2 ที่ประชุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 99 ลงมติเห็นชอบเสนอให้รัฐบาลดำเนินการวางแผนครอบครัว
ครัว เพราะพบว่าอัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 3.2 จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา นอกจากนั้นมีการ
สนับสนุนเพิ่มเติมจากสื่อมวลชน ไม่ว่าจะเป็น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ ที่พยายามนำเสนอ
ปัญหาประชากร ซึ่งสื่อต่าง ๆ ได้แสดงความคิดเห็นสนับสนุนให้มียุบายการวางแผนครอบครัว
แต่ก็มีบางสื่อที่ต่อต้านเช่นกัน ทว่าเวทีวาระครั้งนี้เป็นการจุดประกายความสนใจของประชาชนให้มี
ต่อการบริการวางแผนครอบครัว (Woongboonsin, 1995 : 12) แต่เมื่อเสนอรัฐบาลแล้ว คณะ
รัฐมนตรีกลับมีมติว่า “รัฐบาลไม่มีนโยบายส่งเสริมการคุมกำเนิด เพราะยังมีที่ทำกินอีกมากและ

ต้องการกำลังคนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กับเกรงว่าชนชาติอื่นไม่นิยม วิธีการนี้จะทำให้เกิดปัญหาชนกลุ่มน้อย” (มัลลิกา มติโก และคณะ, 2540 : 14)

สาเหตุที่รัฐบาลประกาศเช่นนี้เนื่องจากรัฐบาลในขณะนั้นเป็นรัฐบาลทหารและมีทหารผู้ใหญ่หลายคนไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำทางทหารซึ่งวิตกกังวลเรื่องกำลังพลและความมั่นคงของชาติ มติคณะรัฐมนตรีจึงออกมาในลักษณะดังกล่าว (นิพนธ์ เทพวัลย์, อ้างแล้ว, 7)

ในการสัมมนาครั้งที่ 3 ในวันที่ 2 - 5 เมษายน พ.ศ. 2511 เป็นเรื่องของการจัดทำนโยบายจากรัฐบาล และ 4 สถาบันทางการศึกษาที่มาอภิปรายถึงปัญหาประชากรในระดับลึก ผู้เข้าร่วมการประชุมส่วนใหญ่เป็นแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ การสัมมนานี้ ผลการประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์และเสนอให้รัฐบาลพิจารณาว่า ควรจะรับการอนามัยครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติ และได้เตือนสติให้รัฐบาลทราบถึงอันตรายอันเกิดจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากร ดังนี้

1. การเพิ่มขึ้นของประชากรมีผลกระทบกระเทือนต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต
2. การรวบรวมข้อมูลสถิติชี้ให้เห็นว่า ต้องมีการลดอัตราการเพิ่มของประชากรอย่างรีบด่วน
3. รัฐบาลควรกำหนดนโยบายที่แน่นอนในเรื่องการลดอัตราการเพิ่มของประชากร
4. สตรีในประเทศตั้งครรภ์บ่อยเกินไปและมีบุตรมากไป สถานการณ์ดังกล่าวทำให้สุขภาพของแม่และเด็กเสื่อมโทรมและถึงแก่กรรมก่อนวัยอันควรในอัตราที่สูงมาก
5. รัฐควรส่งเสริมการดำเนินงานวางแผนครอบครัวไปยังโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยให้ความช่วยเหลืองบประมาณ กำลังคน ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอ
6. ควรมีบรรจสอนเรื่องการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวไว้ในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ (สภาประชากรนิวยอร์ก และมูลนิธิฟอร์ด 2512 : 15 - 16 อ้างใน มัลลิกา มติโก และคณะ, 2540)

ซึ่งในการสัมมนานี้องค์การอนามัยโลกได้ติดตามผลการสัมมนานี้ด้วยและจัดหาที่ปรึกษามาช่วยในการทำแผนพัฒนา (Wongboonsin, 1995)

นอกจากโครงการโพธารามที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของงานวิจัยด้านประชากรศาสตร์ของไทย ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะะ ยังได้ก่อตั้งศูนย์วิจัยและฝึกอบรมทางประชากร ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามมติคณะรัฐมนตรี ปี พ.ศ. 2509 (ต่อมาได้ยกฐานะเป็นสถาบัน

ประชากรศาสตร์ในปี พ.ศ. 2515) และในปี พ.ศ. 2510 มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดตั้งศูนย์วิจัยประชากรและสังคม โดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีและเปลี่ยนมาเป็น “สถาบันวิจัยประชากรและสังคม” ในเวลาต่อมา และได้ร่วมมือกับศูนย์ประชากร มหาวิทยาลัยนอร์ทแคโรไลนา ทำวิจัย “โครงการบางเขน” ขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยความรู้ ทัศนคติและปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของประชากรในเขตบางเขนด้วย (นิพนธ์ เทพวัลย์, อ้างแล้ว, หน้าเดิม)

ดังนั้นในปี พ.ศ. 2510 สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เสนอรายงานต่อรัฐดังนี้

1. ปัญหาเฉพาะหน้า รัฐควรสนับสนุนและขยายขอบเขตการช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่ยากจนและมีบุตรมาก

2. ปัญหาระยะยาว รัฐบาลควรสนับสนุนให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มประชากรกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ตลอดจนการวางแผนครอบครัวและเห็นสมควรให้สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฐานะเป็นผู้นำแผนโดยรวมในการพัฒนาประเทศมีหน้าที่เสนอแนะนโยบายและมาตรการอันเหมาะสม ในปัญหาประชากรต่อรัฐบาล โดยนำผลศึกษาและวิจัยต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณา ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบด้วยตามความเห็นของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (มัลลิกา มติโก และคณะ, อ้างแล้ว, 15) ซึ่งต่อมา จอมพล ถนอมกิตติขจร จึงได้ลงนามร่วมกับผู้นำ 30 ประเทศ ในแถลงการณ์เนื่องในวันสิทธิมนุษยชนว่า “ทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะมีบุตรตามจำนวนที่ต้องการหรือตามระยะเวลาที่ตนเห็นว่าเหมาะสม และประชาชนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในด้านการวางแผนครอบครัวจากรัฐ เพื่อความผาสุกและสวัสดิภาพของครอบครัว” นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนนโยบายแนวการอนามัยครอบครัวที่เกิดจากการผลักดันของกลุ่มทหารที่นำโดย พลเอกเนตร เขมะโยธิน ในฐานะผู้ควบคุมสภาพิชาวิจัยแห่งชาติ โดยมีนโยบายมุ่งเน้นให้รัฐจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวและขยายงานออกไปทั่วประเทศทีละน้อย ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติรวมถึงในช่วงปลายปี พ.ศ. 2511 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ทรงพระราชทานอนุญาตให้หม่อมหลวงเกษร สนิทวงศ์ นำพระราชดำรัสที่ตระหนักถึง จำนวนประชากรที่สูงขึ้นและแสดงความต้องการที่จะสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนโดยให้จัดอยู่ในโครงการแม่และเด็กแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2511 ว่า

“...เมื่อสัปดาห์ที่แล้วมาได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้เชิญท่านทั้งหลายไปร่วมงานพระราชอุทยานสโมสรรเนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ท่านผู้มีเกียรติบางท่านคงจะได้ยิน

ได้ฟังกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในเรื่องการวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง กระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในเรื่องนี้ควรที่จะบิดเป่าและขัดขาวลือที่ว่า พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว เพราะในตอนหลังของพระราชดำรัส พระองค์ท่านได้ทรงมีพระราชกระแสรับสั่งว่า “ขออย่าให้พวกเราละเลยทอดทิ้งประชากรที่ยังด้อยในความทุกข์ยาก เนื่องจากความขาดแคลนในชีวิตประจำวันของเขาเป็นอันมาก ขอให้พวกเราจงช่วยกันอนุเคราะห์บุคคลเหล่านี้ด้วย” ข้อความในกระแสพระราชดำรัสตอนนี้ข้าพเจ้าแน่ใจว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงหมายถึงการวางแผนครอบครัวไว้ด้วย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชปรารภเป็นอันดับแรกที่จะทรงเห็นผลกนิกรของพระองค์มีอนามัยและความเป็นอยู่ด้วยดี พระองค์ท่านทรงมีพระราชกังวลว่าในเรื่องนี้อาจมีผู้ที่มีวุฒิไม่เหมาะสมเข้ามาควบคุมระบบการสื่อสารมวลชน อันอาจก่อให้เกิดความเสียหาย ท่านสุภาพบุรุษและสุภาพสตรีทั้งหลาย ข้าพเจ้าได้รับพระราชทานพระบรมราชานุมัติให้มาปรับความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในเรื่องการวางแผนครอบครัว มิฉะนั้นหากในอนาคตข้างหน้า ประชากรเกิดล้มประเทศขึ้นแล้วจะกลายเป็นพระองค์มิได้ทรงห่วงใยความเป็นอยู่ของพลกนิกรของพระองค์...” (สัจด์ เปลังวานิช และ มนัสวีร์ อุณหนันท์, 2506 : 65 - 67)

ต่อมาสภาวิจัยแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดการสัมมนาเรื่องการอนามัยครอบครัวแก่ผู้แทนสื่อสารมวลชน ในวันที่ 21 - 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปเผยแพร่ต่อไป สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประมวลข้อเสนอต่าง ๆ เกี่ยวกับนโยบายประชากรไทยและเสนอต่อคณะรัฐมนตรี 3 ประการ คือ

1. กำหนดนโยบายประชากร
2. แต่งตั้งคณะกรรมการประชากร
3. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารของคณะกรรมการศึกษา และประสานงาน

การดำเนินงานตามนโยบายเกี่ยวกับประชากร (วิฑูร โสถานนท์, อ้างแล้ว, 30)

ในขณะนั้นโครงการวางแผนครอบครัวได้มีการจัดทำอยู่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ แล้วเป็นเวลานาน 3 ปีก่อนที่จะมีการประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นการเตรียมการสำหรับการประกาศจริง ซึ่งกิจกรรมการวางแผนครอบครัวนี้ได้รับเงินสนับสนุนจาก UNICEF รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมแพทย์ โรงพยาบาลผดุงครรภ์ในโครงการด้วย

หลังจากที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามข้อเสนอแนะของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้นำเสนอในเดือนกุมภาพันธ์ วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 คณะรัฐมนตรีจึงได้ประกาศให้มโนนโยบายประชากรความว่า

“รัฐไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยความสมัครใจ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับอัตราเพิ่มของประชากรสูงมาก ที่จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” (นิพนธ์ เทพวัลย์, อ้างแล้ว, 10) ต่อมารัฐบาลได้บรรจุนโยบายประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515 - 2519 โดยมุ่งเน้นการลดอัตราการเพิ่มของประชากรเป็นหลัก

2. กรณีประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ในส่วนของประเทศ สปป.ลาว นั้น ลาวเพิ่งจะมีนโยบายประชากรฉบับแรก เมื่อปี พ.ศ. 2542 โดยก่อนหน้านี้ลาวมีแนวโน้มที่ต้องการให้มีประชากรเพิ่มเนื่องจากภาวะสงครามทำให้ขาดแคลนแรงงาน ดังนั้นจึงปล่อยให้มีการเกิดเองแต่ยังไม่จัดทำเป็นนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิด (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 27/11/2000)

หากพิจารณาด้วยภาวะสุขภาพ พบว่า ลาวมีการตายของทารกมากกว่า 104 ต่อ 1,000 คน และมีอัตราตายในมารดา 656 ต่อ 100,000 คน นอกจากนั้นลาวยังมีโรคติดต่อต่าง ๆ อยู่ในอันดับสูง ไม่ว่าจะเป็นมาลาเรียและบิด (UNFPA, อ้างแล้ว, 16) เนื่องจากรัฐบาลลาวขาดแคลนทุนในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาความยากลำบากที่มีอยู่ ในปี พ.ศ. 2529 ลาวได้ประกาศนโยบายจินตนาการใหม่ (NEM) โดยมีเป้าหมายในการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นโดยเฉพาะในชนบท โดยมุ่งเน้นการผลิตเพื่อการตลาด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานการณ์ประชากร

อัตราการตายของแม่และเด็กที่สูงมากจะส่งผลกระทบต่อจำนวนแรงงานในภาคการผลิตที่ลดลงในการพัฒนาเศรษฐกิจเนื่องจากสูญเสียผู้อพยพจากสงคราม ในปี พ.ศ. 2518 - 2528 ไป 300,000 คน ทำให้สูญเสียแรงงานที่มีความรู้และทักษะไปมาก รัฐบาลอยู่ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพและความสมบูรณ์ ดังเห็นได้จากภาวะสุขภาพของประชากรต่ำ อัตราตายของเด็กสูงและยังต้องรับภาระกับภาวะเจริญพันธุ์สูงอีกน้อย ดังนั้นรัฐจึงมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีการกินอยู่ดี โดยมุ่งเน้นให้การศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 28/11/2000)

เมื่อได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพนี้ รัฐบาลจึงได้ก่อตั้งบริการอนามัยแม่และเด็ก (MCH) ขึ้นใน ปี พ.ศ. 2525 ภายใต้การสนับสนุนของ WHO โครงการอนามัยแม่และเด็กนี้เป็นส่วนหนึ่งของการกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (MOH) แผนกป้องกันและบำบัดโรค ซึ่งต่อมาใน ปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันอนามัยแม่และเด็ก (MCHI) ขึ้นมาและเริ่มให้การดำเนินงานใน ปี พ.ศ. 2533 ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจาก UNICEF, Sida, WHO และ Save the children fund U.K. โดยผู้บริจาคได้จัดหาอุปกรณ์, ยา และที่ปรึกษาจากโครงการอนามัยแม่และเด็ก โดยหน้าที่หลักของอนามัยแม่และเด็ก คือ การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อลดอัตราการตายในแม่และเด็ก นอกจากนั้นในปี 2533 รัฐได้ปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการของสถาบันอนามัยแม่และเด็กโดยเพิ่มโครงการลูกห่าง (Birth Spacing) ขึ้นและได้ประกาศใช้โครงการลูกห่างในแผนปฏิบัติปี 2536 ร่วมกับกิจกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของ UNFPA อันได้แก่

1. โครงการลูกห่าง (Birth Spacing)
2. โครงการพัฒนาสุขภาพแม่ (Maternal health and development)
3. โครงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ (RTI/STD/HIV)
4. โครงการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น (Adolescent health and development)
5. โครงการลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งและโครงการรักษาผู้ที่ไม่สามารถมีบุตร (Abortion care and Infertility)

โดยในส่วนของโครงการลูกห่าง รัฐให้ความสำคัญเป็นอย่างมากจะเห็นได้จากคำกล่าวในการประชุมพรรคประชาชนปฏิวัติลาวใน ปี พ.ศ. 2534 ตอนหนึ่งว่า "...การรณรงค์ในเรื่องปรากฏการณ์ในเรื่องโรคภัยต่างต้องถูกจัดตั้งขึ้น รวมถึงการลดอัตราการตายในเด็กและเพิ่มอายุเฉลี่ยให้ยืนยาวขึ้นในเวลาเดียวกัน เราควรจะมีมาตรการการปรับปรุงเศรษฐกิจที่จะนำไปสู่ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน..." ซึ่งประโยคนี้แสดงให้เห็นถึงความต้องการแก้ไขในเรื่องการเติบโตของประชากรเพื่อให้เข้ากับการเติบโตทางเศรษฐกิจและในแผนการลงทุน หมายความว่า ภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงในแม่และเด็กจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ จากคำกล่าวนี้ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติโดยได้เพิ่มนโยบายการลดอัตราการตาย เพิ่มโครงการลูกห่างในแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศและยกระดับฐานะของชนเผ่าต่าง ๆ (UNFPA, 1996 : 49)

ดังนั้น ใน ปี พ.ศ. 2536 จึงได้มีโครงการลูกห่างขึ้นมาภายใต้นโยบายแม่และเด็กในส่วนของงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องขนาดครอบครัวและการเว้นระยะการมีบุตร ตามเหตุผลที่อ้างไว้ในโครงการลงทุน ปี พ.ศ. 2534 ว่าขนาดครอบครัวใหญ่ทำให้แม่มีปัญหาและจำกัดให้ครอบครัว

ติดอยู่ในวัฏจักรของความยากจน ดังนั้นเป้าหมายของโครงการลูกห่านคือ “พัฒนาคุณภาพของประชากรโดยการลดอัตราการตายในแม่และเด็กให้เหลือ ร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2543 และเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์และให้บริการด้านข้อมูลแก่ชายหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส” โดยใช้ปฏิบัติการการจำกัดขนาดครอบครัว เพิ่มระยะห่างของการมีบุตรและป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุ (UNFPA, 1996 : 5) ซึ่งเป้าหมายของโครงการไม่ใช่เพื่อการขยายบริการให้ประชากรสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การคุมกำเนิดและบริการเท่านั้น แต่ให้คำนึงถึงถึงภาษาและวัฒนธรรมของแต่ละชนเผ่าด้วย เพื่อจะสามารถพัฒนาความรู้ในชายหญิงวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิดสมัยใหม่ ตลอดจนพัฒนาทักษะที่พวกเขาจะสร้างทางเลือกที่เหมาะสมให้กับตัวเองโดยไม่ขัดกับวัฒนธรรม (UNFPA, 1998 : 12)

ในช่วงแรกของการปฏิบัติการให้บริการลูกห่าน (พ.ศ. 2536 - 2539) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ให้การสนับสนุนเรื่องทุนและร่วมมือกับสมาพันธ์แม่หญิงลาว ฝึกอบรมอาสาสมัคร 3,800 คน เพื่อนำเสนอข้อมูลการคุมกำเนิด, การตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์และส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ ในพื้นที่ 13 แขวง 816 หมู่บ้าน ภายใต้การปฏิบัติการของสถาบันอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลและสถานอนามัยของแต่ละแขวงและได้ก่อตั้งสถาบันแม่และเด็กขึ้นใน 3 พื้นที่ รวมทั้งจัดให้โครงการลูกห่านอยู่ในหลักสูตรของแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งปฏิบัติการนี้ได้ทำควบคู่ไปกับการให้บริการสุขภาพแม่และเด็กด้วย (UNFPA, 1998 : 14)

นอกจากการมุ่งให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์แล้ว รัฐยังได้ให้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการเว้นช่วงการมีบุตรด้วย โดยใน ปี พ.ศ. 2534 รัฐได้จัดตั้งโครงการไซทานี้ในแขวงเวียงจันทน์ ให้เป็นพื้นที่ทดลองในเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อสำรวจทัศนคติ ความต้องการคุมกำเนิด ผลการสำรวจพบว่า หญิงอายุเกิน 30 ปี ไม่ต้องการที่จะตั้งครรภ์อีกแล้วถึง ร้อยละ 70 แต่อย่างไรก็ตาม อัตราเชื้อถือในการคุมกำเนิดสมัยใหม่มีเพียงร้อยละ 10 ซึ่งสาเหตุมาจากการขาดความเข้าใจในการคุมกำเนิดและร้อยละ 84 ไม่รู้ว่าจะหาบริการคุมกำเนิดได้ที่ไหน (A.E. and Benoit, อ้างแล้ว, 6)

นอกจากนี้ มีโครงการศึกษาการเจริญพันธุ์และการใช้การคุมกำเนิดใน 7 แขวง โดยสถาบันอนามัยแม่และเด็ก ในช่วง ปี พ.ศ. 2531 - 2534 ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน ในแขวงนั้น ๆ พบว่ามีการตอบรับการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 84 และ ร้อยละ 79 รู้จักวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่อย่างน้อย 1 วิธี มีเพียงร้อยละ 19 เท่านั้นที่ไม่ใช้ และสาเหตุที่ไม่ใช้

การคุมกำเนิดสมัยใหม่เนื่องจากความกลัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่ได้จากยา รวมถึงการขาดความเข้าใจในการคุมกำเนิด (IMCH, 1993, ไม่ปรากฏหน้า)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 มีการสำรวจร่วมของรัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชน Save The Children Fund, Australia ในพื้นที่แขวงไซยะบุรี 389 หมู่บ้าน 5 อำเภอ โดยมูลนิธิได้ให้เงินสนับสนุนโครงการปรับปรุงสุขภาพแม่และเด็กนี้ถึง 1.63 ล้านดอลลาร์ รวมถึงมีการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 1994, ไม่ปรากฏหน้า) เช่นเดียวกับการสำรวจ 25 หมู่บ้านในแขวงหลวงพระบางและอุดมไชย โดย The American Friend's Service Committee Woman's Project พบว่า สตรีให้ความสนใจในเรื่องการคุมกำเนิดและต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการลูกห่างและชื่อยานอกเหนือจากบริการของรัฐ เช่น จากร้านขายยา โดยมี UNFPA ให้การสนับสนุนเรื่องการขายยาในทุกร้านขายยาในแต่ละแขวงซึ่งยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดต่าง ๆ จะรับมาจาก จีน ไทย สหรัฐอเมริกา

แม้ว่าจะมีการให้บริการลูกห่างและสุขภาพแม่และเด็ก แต่ผลการปฏิบัติการยังอยู่ในระดับต่ำ จากการวิจัยของ Muchayat A.E. and Daniel Benoit, 1994 พบว่า ในช่วงเวลาเดียวกันนี้โรงพยาบาลรัฐในแต่ละแขวงมีจำนวนการทำแท้งเพิ่มขึ้น ซึ่งสตรีที่เสี่ยงต่อการแท้งนี้มีอายุตั้งแต่ 20 - 25 ปี หรือเป็นสตรีที่มีบุตรเกิน 4 คน หรือมีช่วงระยะห่างจากการคลอดบุตรคนก่อนแค่ 15 เดือน จำนวนการทำแท้งที่เพิ่มขึ้นนี้เหมือนเป็นมาตรวัดประสิทธิภาพในการจัดการของรัฐว่าไม่สามารถให้บริการอุปกรณ์การคุมกำเนิดได้อย่างเพียงพอ ทำให้สตรีบางคนจึงต้องเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2539)

ในปี พ.ศ. 2538 รัฐได้ก่อตั้งศูนย์สถิติแห่งชาติเพื่อสนับสนุนในการเก็บข้อมูลด้านประชากร และมีโครงการจะสร้างคณะเศรษฐศาสตร์และการจัดการในมหาวิทยาลัยแห่งชาติเพื่อทำวิจัยด้านประชากร ดังนั้น ในปี 2538 จึงได้มีการทำสำมะโนประชากร โดยถือเป็นข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 พบว่า มีประชากรทั้งหมด 4.57 ล้านคนเป็นชาย 2.26 ล้านคน (ร้อยละ 49.4) และหญิง 2.31 ล้านคน (ร้อยละ 50.6) อัตราเพิ่มของประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2538 เป็นร้อยละ 2.5 และถ้ายังคงอัตราเดิมนี้อีกถึงปี พ.ศ. 2543 ลาวจะมีประชากร 5.2 ล้านคน และจะเพิ่มอีกเท่าตัวในเวลาไม่เกิน 30 ปี ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์พบว่า จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของสตรีอายุ 15 - 49 ปี มีบุตร 5.6 คน ซึ่งลดลงเล็กน้อยจากจำนวนบุตร 6.8 คน ในปี พ.ศ. 2523 และได้คาดว่าจะลดลงเหลือ 4.5 คนในปี 2543 ซึ่งอัตราการตายของแม่เด็กในขณะนั้น คือ 900 ต่อ 4,000 คน หรือร้อยละ 23 ส่วนอัตราการตายของเด็กทารกคือ 104 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เป็นอัตราที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2532 แล้ว อัตราตายนี้ต่างกัน

ไปในแต่ละแขวง แขวงกำแพงนครเวียงจันทน์มีอัตราต่ำสุด และแขวงเซกองมีอัตราตายสูงที่สุด (ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 1997 : 97)

การลดลงของอัตราการตายในแม่และเด็ก ถือว่าเป็นความสำเร็จของโครงการลูกห่าง ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2538 รัฐจึงได้ประกาศยกฐานะโครงการลูกห่างเป็นโครงการแห่งชาติ (The National Birth Spacing Program) โดยให้สถาบันอนามัยแม่และเด็กเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ และริเริ่มโครงการลูกห่างทั่วประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA ในการเลือกพื้นที่และการขยายการบริการสุขภาพแม่และเด็กและโครงการลูกห่าง โดยร่วมมือกับสมาพันธ์แม่หญิงแห่งชาติในเรื่องวิธีการและอุปกรณ์คุมกำเนิด ในช่วง ปี พ.ศ. 2539 - 2543 จะมีการขยายงานบริการลูกห่างไปให้ครบ 18 แขวงทั่วประเทศ และขยายการบริการไปยังพื้นที่ที่ไม่ได้ระบุไว้ในตอนแรก นอกจากนั้นจะมีการก่อสร้างระบบพื้นฐานในพื้นที่เพื่อให้แม่และเด็กสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้อย่างสะดวก รวมถึงขยายวิธีการสื่อสารแบบศึกษา (IEC) ให้ทั่วถึงในชุมชนโดยจัดให้ MCH เป็นบริการหนึ่งของสาธารณสุขทุกแขวง และมีการตรวจสอบคุณภาพของอาสาสมัครในโครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ขณะที่มีการปรับปรุงอนามัยแม่และเด็ก รัฐก็เริ่มให้ความสำคัญกับกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มหนุ่มสาวที่รัฐต้องการจะส่งเสริมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และเอดส์

ในปี พ.ศ. 2539 รัฐได้จัดให้มีการประชุมพรรคประชาชนปฏิวัติลาวครั้งที่ 6 เรียกได้ว่าการประชุมครั้งนี้เป็นการปฏิบัติการเพื่อนโยบายประชากร โดยจากคำกล่าวในการประชุมตอนหนึ่งว่า "เพื่อให้สอดคล้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ เราต้องเพิ่มความรู้ในเรื่องสุขภาพในทุกกลุ่มเพื่อให้มีแรงงานที่มีทักษะอันเป็นที่ต้องการของชาติ" (UNFPA, 1996) แสดงให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาคุณภาพของแรงงานทั้งในด้านสุขภาพและทักษะการทำงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาทางเศรษฐกิจ จึงมีการนำไปสู่ปรับปรุงระบบสาธารณสุขขั้นมูลฐานและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยในส่วนของระบบสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินแผนงานภายใต้นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all by year 2000) ซึ่งมีโครงการต่าง ๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ดำเนินแผนงานภายใต้ที่ได้รับการสนับสนุน UNFPA และหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ รวมถึงการประชุมคณะกรรมการแห่งรัฐในเรื่อง AIDS ในปี พ.ศ. 2534 จึงมีการปรับปรุงโครงการเพื่อป้องกัน AIDS ด้วย การประชุมพรรคครั้งที่ 6 นี้ได้มีการกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 5 ปี สำหรับ ปี พ.ศ. 2539 - 2543 เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้พ้นจากความยากจนโดยมีแผนการวิจัย และแผนปฏิบัติการ ซึ่งประเด็นเร่งด่วนในแผนนี้ได้แก่

1. กำหนดนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการ รวมถึงดำเนินการวิจัยด้านเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากร และนำมาใช้ในการพัฒนานโยบาย
 2. ส่งเสริมการฝึกอบรมและวิจัยด้านประชากรในระดับสถาบันการศึกษาอุดมศึกษา
 3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยในข้อมูลจากสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2538 เพื่อใช้ในการวางแผน
 4. ส่งเสริมบทบาทของสมาพันธ์แม่หญิงลาวให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา
 5. ปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานและการวิจัยในประเทศเกี่ยวกับบทบาททางเพศ
 6. ลดช่องว่างในทางเศรษฐกิจสังคมระหว่างชาติพันธุ์ต่าง ๆ
 7. ปฏิบัติการวิจัยเพื่อส่งเสริมผลิตผลทางการเกษตรและลดการทำไร่เลื่อนลอย
- (Pholsena and Xaovana, 1998 : 1)

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการปรับปรุงแผนสุขภาพแห่งชาติในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพสตรีที่ตั้งครรภ์ (Safe Motherhood) เพื่อลดการตายของมารดาเนื่องจากการมีบุตร แผนนี้ขยายมาจากโครงการอนามัยแม่และเด็ก โดยโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาในระหว่างตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก WHO โดยเน้นการดูแลสุขภาพของสตรีในช่วง ก่อนตั้งครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด จากข้อมูลปี พ.ศ. 2532 - 2537 พบว่า ร้อยละ 73 ของสตรีไม่ได้รับการดูแลสุขภาพก่อนเกิดและร้อยละ 75 ของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก นอกจากนั้น ภายหลังจากการคลอดบุตร หากไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลก็ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การดำเนินการของโครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลของสถาบันอนามัยแม่และเด็กและสาธารณสุขอำเภอ โดยมีโครงการนำร่องที่หลวงพระบางและเชียงเงิน โดยที่แขวงพระบาง โครงการนี้ได้รับทุนจาก Sida และ UNFPA และใน ปี 2542 มีการประชุมตัวแทน MCH 18 แขวง ที่เวียงจันทน์เพื่อหาข้อสรุปจากแผนนำร่องที่หลวงพระบางมาปรับใช้ในการกำหนดแผนระดับชาติ (UNFPA, 1999 : 31)

นอกจากนั้นรัฐยังมีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเยาวชนและป้องกันการทำแท้งอีกด้วย จากข้อมูลของ UNFPA, 1998 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรลาวมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และส่วนมากอยู่นอกโรงเรียน การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จึงเป็นปัญหาหลักของเยาวชน ประมาณร้อยละ 14 ของสตรีอายุ 15 - 29 ปี เคยให้กำเนิดบุตรแล้ว เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการปฏิสนธิมีน้อยในกลุ่มเยาวชน มีเพียงร้อยละ 31 ของสตรีวัยรุ่นที่สมรสแล้วอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ใชยาคุมกำเนิด ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ

และวิธีการคุมกำเนิดแปรผันตามอายุของสตรี สตรีที่สมรสแล้วและมีอายุมากขึ้นจะมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก ร้อยละ 48 ของสตรีวัยรุ่นที่สมรสมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69 ในสตรีอายุ 20 - 24 ปี (UNESCO, 2001) ด้วยเหตุนี้สตรีที่อายุน้อยจึงเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา ในส่วนการบริการสุขภาพแม่และเด็กพบว่า ร้อยละ 80 ของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ไม่ได้รับบริการของ MCH และ ร้อยละ 82 ไม่ได้รับวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์เลย ทำให้การตายในแม่ที่เป็นวัยรุ่นมีจำนวนสูง ยิ่งไปกว่านั้นอายุการมีเพศสัมพันธ์ในลาวค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ วัยรุ่นร้อยละ 16 ในเขตเวียงจันทน์และสะหวันนะเขตมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 13 - 16 ปี (UNFPA, 1996 : 35) โดยเฉพาะในเด็กชายจะมีคู่นอนหลายคนซึ่งเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ เด็กสาวจึงมีแนวโน้มที่จะทำแท้งมากขึ้น และเสี่ยงต่อการติดโรคมากขึ้น การทำแท้งเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนและเป็นการผิดกฎหมายในลาวด้วย ทว่าก็ยังมีการอนุญาตให้ทำได้ในบางกรณีเช่น การตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดาหรือมารดามีบุตรแล้วอย่างน้อย 4 คน (UNFPA, 1999 : 37) จากรายงานของโรงพยาบาลมโหสถในเวียงจันทน์ พบว่า ร้อยละ 31 ของคนไข้ที่มีการเจ็บป่วยหลังจากการทำแท้งเป็นวัยรุ่นและเมื่อรวมจากสถิติคนไข้ที่เจ็บป่วยหลังจากการทำแท้งทั่วประเทศ พบว่าเป็นวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 68 โดยแขวงที่มีการทำแท้งสูงสุดคือ แขวงบอริคำไซ คือสูงถึง 101.1 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของการทำแท้งทั้งหมด และยังพบว่า ร้อยละ 68 เป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (Lao Women Union/JOICEF, 1997 อ้างใน UNFPA, 2001 : 14)

ดังนั้น ใน ปี พ.ศ. 2541 รัฐได้ขยายงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ให้ครอบคลุมถึงการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ (STDs/RTIs/HIV/AIDS) จากผลการสำรวจกาชาดของลาวโดยร่วมมือกับกาชาดออสเตรเลียในเวียงจันทน์ เมื่อ ปี พ.ศ. 2536 พบว่า ผู้ชายลาวมักมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงมากกว่า 1 คน และชายมักมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา แม้ว่าความรู้ในเรื่อง HIV จะอยู่ในระดับดีแต่มีการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากพฤติกรรมเหล่านี้ ยิ่งไปกว่านั้น จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่า มีสตรีจำนวนมากที่ตรวจภายในและพบว่าสาเหตุการป่วยของโรคนั้นมาจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 25 ของสตรีที่มาตรวจที่โรงพยาบาลพบว่าเป็นโรคกระดูกเชิงกรานอักเสบ (PID) ในปี พ.ศ. 2535 มีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ 434 รายในโรงพยาบาลเวียงจันทน์ ในขณะที่โรงพยาบาลอื่น ๆ รายงานว่ามี 126 ราย สูตินารีแพทย์จากคลินิกต่างๆ รายงานว่าทุกวันจะมีสตรี 7 - 20 คนที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบ

สืบพันธุ์ ร้อยละ 80 มีปัญหาเกี่ยวกับช่องคลอด ร้อยละ 30 มีอาการติดเชื้อที่ปากมดลูก ร้อยละ 30 เป็นโรคกระดูกเชิงกรานอักเสบ (UNFPA, 1994 : 36 - 37)

ในปี 2536 มีคลินิกพิเศษที่รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยมาก จากการศึกษาของมูลนิธิ Care และ AIDSCAP พบว่า ในทุกเดือนจะมีสถิติรายงานว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มารักษาที่คลินิก ร้านขายยา 2 ร้านในเวียงจันทน์รายงานว่ามีผู้ป่วยรักษาโกโนเรียมีจำนวน 2,400 ชุดต่อปี นอกจากนี้ค่านิยมและวัฒนธรรมในลาว ยังมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ควรปกปิด ไม่สมควรนำมาเปิดเผย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรี สตรีส่วนใหญ่ไม่กล้าเข้าไปรับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะถือว่าเป็นเรื่องน่าอับอายและสังคมรังเกียจ ในทำนองเดียวกันการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องเพศ ก็ทำได้ไม่เต็มที่ เพราะทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังไม่กล้าพูดถึงประเด็นนี้อย่างเปิดเผย ซึ่งทำให้การรักษาและป้องกันไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร สาเหตุของการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน สปป.ลาวนี้เกิดจาก

1. การเพิ่มขึ้นของตลาดการค้าเสรี ทำให้มีการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทเข้าสู่เมืองตลอดจนมีการติดต่อกับชายต่างชาติเพิ่มขึ้นอันนำไปสู่การเพิ่มความต้องการบริการทางเพศซึ่งสะท้อนจากการมีหญิงบริการและการขายบริการทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น
2. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม เป็นอุปสรรคต่อการให้ความรู้ด้านเพศศึกษา ตลอดจนการรับการบำบัดรักษา ตลอดจนการรับการบำบัดรักษา อาทิเช่น ความรู้สึกอายเมื่อติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และไม่ยอมรักษาทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคโดยเฉพาะในสตรี
3. ระดับการใช้ถุงยางอนามัยที่ต่ำ
4. ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศทำให้สตรีเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย
5. บริการด้านการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง และขาดประสิทธิภาพ เช่นในการวินิจฉัยโรคยังขาดประสิทธิภาพ และค่าใช้จ่ายในหึ่งปฏิบัติการที่สูง ขาดการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) แล้วลาว ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV และโรคเอดส์ ด้วย แม้ว่าข้อมูลในเรื่องนี้ยังไม่ชัดเจน ยากที่จะระบุถึงระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาด จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ในลาว พบครั้งแรก เมื่อ ปี พ.ศ.2532 และพบผู้ป่วยโรค AIDS ครั้งแรกเมื่อ ปี 2534 โดยเริ่มมีการทดสอบหาเชื้อ HIV ใน ปี 2536 โดยหาจากเลือดที่บริจาค คนไข้ ผู้บริจาค อาสาสมัคร ผู้อพยพ

ชาวลาวที่เข้าไปยังประเทศเพื่อนบ้าน คนทำงานในบาร์ซึ่งปัญหาเอดส์ในลาวก็ยังคงไม่กระจ่าง เนื่องจากมีสัดส่วนน้อยในจำนวนผู้ติดเชื้อ เช่นที่ สถาบันสุขภาพแม่และเด็กของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในเวียงจันทน์ พบว่า สตรี 500 คน มีพบผู้ติดเชื้อเพียง 2 คน (UNFPA, อ้างแล้ว, หน้าเดิม) และปลาย ปี พ.ศ. 2542 พบว่า มีผู้ติดเชื้อ HIV 504 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 56,211 คน จาก 9 แขวง การเพิ่มขึ้นครั้งนี้เป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศ การอพยพของประชากรจากชนบทเข้าสู่เมืองและระหว่างประเทศ โดยเฉพาะชายแดนไทย - ลาว (UNFPA, 2001 : 19) ซึ่งแผนการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ HIV ได้ริเริ่มตั้งแต่ใน ปี พ.ศ. 2541 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนตระหนักการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ โดยกลยุทธ์หลักของแผนนี้คือ การเพิ่มการเข้าถึงยางอนามัยที่มีคุณภาพ ซึ่ง UNFPA จะเป็นผู้จัดหา มาให้ รวมถึงเอกชน มีส่วนในการจัดการด้านการตลาด มีการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการขาย อีกด้วย นอกนั้นกลยุทธ์อื่น ๆ คือ ปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการในทุก ๆ ด้าน (UNFPA, 1999 : 36)

จากความสำเร็จด้านประชากรที่เห็นได้จากการประชุมพรรคประชาชนปฏิวัติลาว ครั้งที่ 6 จึงทำให้มีการปรับปรุงนโยบายทางด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างขนานใหญ่ ในวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 รัฐได้ประกาศการใช้นโยบายประชากรลาวฉบับแรก โดยนโยบายแห่งชาตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ชักชวนให้ประชาชนลาวมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจสังคม ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ส่งเสริมการกระจายความเท่าเทียมกันระหว่างเมืองและชนบท
3. ส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของชาติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

นโยบายดังกล่าวประกอบไปด้วยแผนหลักสำคัญ 2 แผน คือ

1. แผนทั่วไป ซึ่งได้แก่
 - สนับสนุนการเพิ่มของประชากรที่เหมาะสมกับความต้องการแรงงานในประเทศ
 - สนับสนุนการเพิ่มแรงจูงใจในการจำกัดขนาดครอบครัว
 - ส่งเสริมสถานภาพสตรีและชนกลุ่มน้อยทั้งในด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัย

- ส่งเสริมการกระจายตัวของประชากรระหว่างเมืองและชนบทให้สมดุลกันเพื่อให้นำไปสู่พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ยั่งยืน

- ส่งเสริมให้มีการศึกษาและวิจัยด้านประชากร

2. แผนเฉพาะ ได้แก่

- ขยายการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน บริการคุมกำเนิดให้ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในเขตชนบทเพื่อลดการตายของแม่และเด็ก

- จัดหาข้อมูลการศึกษาประชาสัมพันธ์เรื่องสุขภาพการคุมกำเนิดไปให้ทั่วประเทศในเรื่องโครงการลูกห่างและขนาดครอบครัวที่มีลูก 3-4 คนกำลังดี

- มีการส่งเสริมพัฒนาสตรีและชนกลุ่มน้อยโดยร่วมมือกับสมาพันธ์แม่หญิงและแนวลาสร้างชาติ

- ขยายการศึกษาและส่งเสริมการสร้างงานในชนบทเพื่อลดอัตราการอพยพเข้าเมือง

- รัฐควรสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาเรื่องฐานข้อมูลประชากรและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวางแผนนโยบาย (Pholsena and Xaovana, อ้างแล้ว, 2)

แผนสำคัญหลักทั้ง 2 แผนได้ให้ความสำคัญกับเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ อันประกอบไปด้วย

1. สุขภาพแม่และเด็ก
2. โครงการลูกห่าง
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ AIDS

ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว รัฐได้วางกลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพของการบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนครอบครัวและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ HIV ด้วยการเพิ่มจำนวนสถานที่ให้บริการลูกห่างให้มีในทุกพื้นที่ และสถานประกอบการต้องประกอบไปด้วยอุปกรณ์ครบชุด หน่วยเคลื่อนที่และอาสาโดยเพิ่มคุณภาพพนักงานแพทย์ทุกประเภทด้วยสมัครเพื่อให้บริการแก่ประชาชน นอกจากนั้นยังจัดให้มีการสนองวิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลายเพื่อให้คู่สมรสสามารถนำไปปรับใช้ได้ รวมถึงการยอมให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรวมถึงการใช้วิธีการสื่อสารเพื่อศึกษา (IEC) รวมถึงการใช้สื่อโฆษณาต่าง ๆ ด้วย

นอกจากนั้นในนโยบายยังได้ให้ความสำคัญแก่ การส่งเสริมสถานภาพบทบาทสตรีและเด็ก โดยมุ่งให้มีการปรับปรุงสมาพันธ์แม่หญิงลาวและกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มี

ประสิทธิภาพในการส่งเสริมบทบาทสตรี รวมถึงการให้ความสำคัญแก่ชนเผ่าต่าง ๆ โดยมุ่งเน้น การให้ศึกษาแก่ประชากรทุกกลุ่ม นอกจากนั้นในแผนยังให้ความสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจ และการวิจัยอีกด้วย (คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ, 1999 : 1 - 11)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการระบุประเด็นปัญหาอันนำไปสู่นโยบาย ประชากรของไทยนั้น ผู้กระทำการที่สำคัญกลุ่มหนึ่งได้แก่ผู้นำประเทศ เนื่องจากสมัยนั้นรัฐไทยมี การปกครองในลักษณะอำนาจนิยมแบบทหาร ทำให้อำนาจการตัดสินใจส่วนมากจะเกิดขึ้นจาก ตัวผู้นำในสมัยนั้น และการที่นโยบายประชากรจะสามารถเกิดขึ้นได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ ของตัวผู้นำในแต่ละสมัยด้วย เช่น ในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นนายกรัฐมนตรี จอมพลสฤษดิ์ เป็นผู้ที่มีแนวคิดทันสมัยเห็นด้วยกับแนวคิดการพัฒนาให้ทันสมัยอย่างตะวันตก ดังนั้นการที่จะทำให้ประเทศพัฒนาตามอย่างตะวันตกได้ การเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจจึง เป็นสิ่งสำคัญ โดยมุ่งไปสู่การผลักดันกลุ่มธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมได้พัฒนาเต็มที่ตามแบบ เสรีนิยม ประกอบกับการต้องการเชื่อมโยงในอำนาจและผลประโยชน์ระหว่างกลุ่ม จึงได้มีการ สนับสนุนข้าราชการและนักวิชาการให้เข้ามามีบทบาทในการวางแผนพัฒนาประเทศ (เสนห์ จามริก, 2540 : 285) และยิ่งธนาคารแห่งชาติได้รายงานผลว่าอัตราการเพิ่มของประชากรจะ ส่งผลต่อการพัฒนา ทำให้ จอมพลสฤษดิ์ ให้ความสำคัญแก่เรื่องประชากรและเร่งรัดศึกษาใน เรื่องประชากรศาสตร์อย่างจริงจัง และดำเนินต่อมายังสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร แต่ทว่าเมื่อ มาถึงสมัย จอมพลถนอม กิตติขจร ซึ่งมีลักษณะนิสัยอ่อนน้อมประกอบกับการมีนายทหาร ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะ จอมพลประภาส จารุเสถียร ที่ขณะนั้นเป็น รองนายกรัฐมนตรี ทำให้จอมพลถนอมไม่กล้าตัดสินใจทำให้นโยบายประชากรไทย (นิพนธ์ เทพวัลย์, 2539 : 7) สาเหตุหนึ่งที่ทำให้จอมพลถนอมเกรงใจจอมพลประภาส เนื่องมาจากระบบ อุปถัมภ์ในกองทัพที่เกื้อหนุนกันมาตั้งแต่สมัยจอมพลสฤษดิ์ ที่มีจอมพลถนอมเป็นผู้นำกองทัพ คอยสนับสนุน และเมื่อมาถึงสมัย จอมพลถนอม ก็ได้รับการสนับสนุนจาก จอมพลประภาส การสืบทอดตำแหน่งอย่างต่อเนื่องนี้เองทำให้รัฐบาลมีเสถียรภาพ การยอมรับในหน่วยงานทหาร เองจึงมีความสำคัญที่จะทำให้รัฐมีอำนาจในการปกครองอย่างแท้จริง (ชัยอนันต์ สมุทรวณิช, 2525 : 85) แม้จะได้รับกระแสการคัดค้านแต่ในที่สุดก็ได้มีการประกาศนโยบายประชากรอย่าง เป็นทางการในปี พ.ศ. 2513 สาเหตุที่มีการทำให้ผู้นำมีการยอมรับในเรื่องการให้ความสำคัญ ของจำนวนประชากร สาเหตุหนึ่งก็มาจากกระแสพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ที่ทรงให้ความสำคัญแก่เรื่องการเพิ่มจำนวนของประชากรด้วย ทำให้รัฐเริ่มเปลี่ยนท่าทีมา ให้การสนับสนุนนโยบายประชากร (สัจด์ เปล่งวาณิช และ มนัสวีร์ อุณหนันท์, 2506 : 76)

นอกจากบทบาทของตัวผู้นำที่มีความสำคัญต่อการระบุประเด็นปัญหาด้านประชากรแล้วหน่วยงาน กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มนักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายรัฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ จัดได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการให้ความสำคัญของนักวิชาการในแต่ละกลุ่ม ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจของผู้นำทั้งสิ้น แม้ในช่วงแรกของการศึกษาด้านประชากรของไทยจะมีความขัดแย้งกันบ้างภายในกลุ่มนักวิชาการเอง แต่ภายหลังทุกอย่างก็คลี่คลายไปได้ด้วยดีเนื่องจากผลการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นวิชาการ เป็นระบบและการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนข้อคิดอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การให้การสนับสนุนนโยบายการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้บุคคลอีกกลุ่มที่สำคัญคือ กลุ่มแพทย์ เนื่องจากเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาทางประชากรและเป็นผู้ริเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวในส่วนต่าง ๆ ของโรงพยาบาลก่อนการประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีส่วนช่วยผลักดันให้ปฏิบัติการในการวางแผนครอบครัวประสบความสำเร็จเมื่อมีการประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการ นอกจากกลุ่มนักวิชาการและกลุ่มแพทย์แล้ว กลุ่มองค์กรเอกชนก็มีบทบาทอย่างสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชนหรือกลุ่มศาสนาก็ล้วนแต่ให้การสนับสนุนนโยบายการวางแผนครอบครัว ทำให้นโยบายประชากรไทยประสบความสำเร็จได้ในเวลาต่อมา

ผู้กระทำการต่างชาติ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริจาค หรือองค์กรระหว่างประเทศ มีส่วนให้ความช่วยเหลือในการชี้ให้เห็นถึงปัญหาประชากรและผลักดันให้เกิดนโยบายประชากร ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อคิดเห็นการสนับสนุนการวิจัยและเทคนิคทางวิชาการ หรือด้านเงินทุน ทำให้รัฐให้ความสนใจและศึกษาประเด็นทางด้านประชากร ไม่ว่าจะเป็นธนาคารโลก (World Bank) ที่ทำให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มของประชากร อันนำมาสู่การวางแผนนโยบายประชากร หรือสภาประชากรแห่งนิวยอร์ก (Population Council) ซึ่งให้การช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดตั้งศูนย์วิจัยและฝึกอบรมทางประชากรศาสตร์หรือการให้งบประมาณสนับสนุนการวิจัย เช่นเดียวกับ UNICEF ที่ให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนในการให้การสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

ในส่วนของกับ สปป.ลาวในช่วง ปี พ.ศ. 2518 - 2528 แม้ว่าลาวจะไม่มียุทธศาสตร์ส่งเสริมการเกิดที่เป็นรูปธรรม แต่ผลจากภาวะสงคราม ทำให้ลาวต้องสูญเสียประชากรไปจากการตายและการอพยพเป็นจำนวนมาก เป็นเหตุให้รัฐและคู่สมรสจึงมีค่านิยมการมีบุตรมากเพื่อทดแทนประชากรที่สูญเสียไปและเพื่อสร้างความมั่นคงของชาติ ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2529 ลาวได้ประกาศนโยบายจินตนาการใหม่ (NEM) ประเด็นปัญหาทางประชากรจึงได้รับความสนใจมากขึ้นจากรัฐ โดยรัฐมองว่าประชากรก็คือแรงงานการผลิตที่สำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของ

ประเทศ ความสำคัญนี้จึงนำมาสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของลาว ประกอบกับการจัดทำ
สำมะโนประชากรครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2528 ที่พบว่าอัตราการตายในมารดาและเด็กสูงมาก
อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศได้ เมื่อได้ตระหนักถึงปัญหานี้ รัฐจึงได้มีการจัดตั้ง
บริการแม่และเด็ก (MCH) ที่ให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อสุขภาพแม่และเด็กขึ้น
มาใน ปี พ.ศ. 2533 และต่อมาได้ประกาศนโยบายประชากรฉบับแรกใน ปี พ.ศ. 2542 ซึ่ง
จุดประสงค์ของการวางแผนครอบครัวในลาวนั้นมิได้ตอบสนองต่อการเพิ่มจำนวนของประชากร
อย่างรวดเร็ว ดังเช่นกรณีของประเทศไทย ทว่าลาวมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของ
ประชากรลาวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง อันเป็นผลดีต่อการพัฒนาประเทศ
โดยมุ่งที่จะลดอัตราการตายของสตรีในวัยเจริญพันธุ์และประชากรในวัยทารกและเด็ก มากกว่า
จะมุ่งลดอัตราเพิ่มของประชากรจากการเกิด

เนื่องจากกระบวนการปกครองที่เป็นในรูปแบบคอมมิวนิสต์ ทำให้อำนาจ
การตัดสินใจส่วนมากจะอยู่ในระดับพรรคมากกว่าตัวบุคคลซึ่งแตกต่างกับไทย ดังนั้น
เราจึงไม่เห็นผู้กระทำการที่เป็นบุคคลที่มีบทบาทในการผลักดันระบุประเด็นปัญหาและนโยบาย
ประชากรของลาวอย่างที่ปรากฏในไทย "...ผู้กระทำการของรัฐที่มีส่วนผลักดันนโยบายประชากร
จึงเป็นคณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ (สังกัดพรรคคอมมิวนิสต์ลาว) ซึ่งเป็นหน่วยงานริเริ่ม
วางแผนนโยบายด้านประชากรโดยร่วมมือกับ UNFPA ก่อนจะส่งผ่านความเห็นชอบไปยังรัฐสภา
และเมื่อได้รับความเห็นชอบจากเหล่าคณะรัฐมนตรีแล้ว จึงส่งเรื่องให้กระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการรับผิดชอบต่อไป.." (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ, 28/11/2000)
โดยประสานงานร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐเช่นสมาพันธ์แม่หญิงลาว หรือกลุ่มหนุ่มสาว
 เป็นต้น

ในส่วนของผู้กระทำการอื่น ๆ เข้ามามีบทบาทได้แก่ กลุ่มนักวิชาการและแพทย์จะมี
บทบาทมาก ในเรื่องการส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายประชากรซึ่งค่อนข้างจะคล้ายคลึงกับไทย
เนื่องจากคนกลุ่มนี้ส่วนมากจะมีตำแหน่งทางสังคมเป็นที่ปรึกษาพรรคด้วย จึงมีบทบาทสำคัญใน
การวางแผนนโยบายประชากรแต่เป็นที่น่าสังเกตว่านักวิชาการของลาวมีบทบาทน้อยกว่าของไทย
มากเพราะลาวยังไม่มีนักวิชาการที่เด่นในด้านประชากรศาสตร์และด้านเศรษฐศาสตร์อย่าง
ประเทศไทยในช่วงก่อนที่จะมีนโยบายประชากร นอกจากนั้นกลุ่มสังคมอื่น ๆ เช่น กลุ่มศาสนา
โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสนาพุทธซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติ "...ลาวก็มีกฎว่าพระสงฆ์จะไม่ยุ่งกับ
เรื่องการเมือง หรือกลุ่มสื่อมวลชนซึ่งเป็นของรัฐจึงให้การสนับสนุนงานของรัฐ ทั้ง 2 กลุ่มนี้จึงไม่มี

ส่วนร่วมใด ๆ ในการวางนโยบายประชากร..." (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติลาว, 28/11/2000)

เมื่อเปรียบเทียบกับไทยกลุ่มผู้กระทำการระดับนานาชาติ ดูเหมือนจะมีบทบาทเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมากในการวางนโยบายประชากรลาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง UNFPA ที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในด้านประชากรของลาวตั้งแต่การริเริ่มเข้ามาทำสำมะโนประชากรครั้งแรกในลาวจนกระทั่งเป็นผู้ช่วยวางนโยบายประชากรฉบับแรกให้กับลาว ซึ่ง UNFPA ได้ช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นในด้านทุนหรือเทคนิคเช่นเดียวกับกลุ่มประเทศผู้บริจาคอื่น ๆ เช่น WHO Sida ของสวีเดนหรือ JAICA ของญี่ปุ่น ที่ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรมนุษย์ นอกจากนั้นยังมีองค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติอื่น ๆ อีกที่ให้ทุนสนับสนุนด้านงานประชากรในลาว เช่น CARE, Save the Children Fund (U.K.), JOICEF, PSI, FPIA เป็นต้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกรณีของไทยบทบาทผู้กระทำการระดับนานาชาติ เข้ามาในรูปของที่ปรึกษาและการให้ทุนสนับสนุน แต่กลุ่มผู้นำ กลุ่มนักวิชาการและกลุ่มเอกชนภายในประเทศ ได้ร่วมแรงร่วมใจกันศึกษาและกำหนดทิศทางของนโยบาย อย่างชัดเจนว่าต้องการลดอัตราการเพิ่มของประชากร เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ค่อนข้างจะสอดคล้องกับข้อชี้แนะของผู้กระทำการหรือองค์กรระดับนานาชาติ

ในส่วนของลาวนั้น ผู้นำลาวให้ความสนใจในการกำหนดนโยบายประชากร เป็นเพราะวิตกกังวลในเรื่องอัตราการตายที่มีสูง มิใช่เป็นเพราะอัตราการเพิ่มของประชากร การกำหนดนโยบายโดยส่วนใหญ่มาจากพรรค หรือกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับพรรค

ในขณะที่หน่วยงานระหว่างประเทศที่เข้ามามีบทบาท มองว่า การที่ลาวมีอัตราการเกิดสูง และมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วจะเป็นปัญหากับประเทศในอนาคต จึงเข้ามาช่วยเหลือตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล จนถึงการกำหนดนโยบาย

วัตถุประสงค์ของนโยบายประชากรลาวที่กำหนดโดยรัฐจึงแตกต่างจากวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรระหว่างประเทศ

การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานในรายละเอียดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตลอดจนการแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

นโยบายประชารัฐไทยเริ่มประกาศอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2513 และต่อมาผนวกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2515 - 2519 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ลดอัตราการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ
2. ส่งเสริมให้มีการสร้างงานให้มีมากขึ้น เพื่อลดปัญหาการว่างงาน
3. ส่งเสริมระบบการผลิตที่มีคุณภาพ ที่ทำให้สามารถผลิตสินค้าที่มีคุณภาพได้เป็นจำนวนมากและราคาถูก เพื่อแข่งขันกับตลาดต่างประเทศ
4. ปรับปรุงบุคลากรในวงราชการ เพื่อชักจูงให้บุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามาปฏิบัติงาน รวมถึงสามารถกระจายบุคลากรออกไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นได้
5. มุ่งให้ความสำคัญคุ้มครองแก่กิจกรรมสาขาด้านอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม และการบริการ เนื่องจากเป็นกิจการที่มีความสำคัญแก่โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โดยในส่วนการวางแผนครอบครัวนั้น รัฐมีเป้าหมายจำกัดประชากรให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะกับแรงงานและศักยภาพในการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งให้การศึกษาด้านสุขภาพและบริการอื่น ๆ ให้เพียงพอ ซึ่งเป้าหมายในนโยบายนี้คือต้องลดอัตราเพิ่มของประชากรจากร้อยละ 3 ให้เหลือร้อยละ 2.5 ให้ได้ในสิ้นแผน 3 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538 : 18)

ในปี พ.ศ. 2516 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลและผู้นำใหม่เป็นผู้สนับสนุนการลดจำนวนประชากร ดังนั้นในปี พ.ศ. 2517 เมื่อมีการร่างรัฐธรรมนูญใหม่ เรื่องนโยบายประชารัฐจึงได้ถูกนำไปรวมไว้ด้วย ซึ่งในการทำนโยบายครั้งนี้ได้รวมตัวแทนจากระดับชาติและผู้บริหารระดับท้องถิ่นในการช่วยกำหนดนโยบายประชารัฐไทย ซึ่งหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และคณะกรรมการย่อยของนโยบายประชารัฐจึงได้จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2517 ภายใต้การนำของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในขณะเดียวกันก็มีคณะกรรมการวางแผนครอบครัวภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขด้วย ซึ่งทั้ง 2 หน่วยงานเป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบาย

โดยเนื้อหาในแผนการของคณะกรรมการย่อยของนโยบายประชากร ประกอบด้วย เรื่องของกลุ่มเป้าหมาย แนวทาง และวิธีวัดความร่วมมือในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงและนำเสนอนโยบายประชากร รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพของประชากร หัวหน้าของคณะกรรมการกลุ่มนี้จะเป็นสมาชิกของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและตัวแทนจากภาคเอกชนต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีการตั้งกลุ่มย่อย 7 กลุ่มในคณะกรรมการนี้เพื่อมาดูแลเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับประชากรเช่น กลุ่มประเมินปัญหาประชากร, กลุ่มเป้าหมายของประชากร, กลุ่มโครงการนโยบายประชากร, กลุ่มชุมชนและการอพยพประชากร, กลุ่มปรับปรุงกฎหมายนโยบายประชากร, กลุ่มให้ข้อมูลและกลุ่มประเมินผล ซึ่งในแต่ละกลุ่มย่อยนี้ประกอบด้วยตัวแทนทั้งจากภาครัฐและเอกชน (Wongboonsin, 1995 : 15)

คณะกรรมการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ก่อตั้งมาจากนโยบายวางแผนครอบครัวและควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมทางการวางแผนครอบครัว เพื่อให้การบริการไปสู่กลุ่มเป้าหมายหลากหลาย ดังนั้นในนโยบายจึงมีการกำหนดกลยุทธ์ในหลายรูปแบบเพื่อเข้ากลุ่มประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ปรึกษาของกลุ่มนี้ประกอบไปด้วยตัวแทนจากทั้งภาครัฐและเอกชน มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าโครงการ ซึ่งในแผนของคณะกรรมการวางแผนครอบครัวนั้นประกอบไปด้วยเป้าหมาย 3 ส่วนที่สำคัญคือ

1. ส่งเสริมกิจกรรมการวางแผนครอบครัวโดยใช้วิธีการศึกษาแบบสื่อสาร (IEC)
2. จัดหาเงินทุนเพื่อยกระดับการปฏิบัติการให้บริการวางแผนครอบครัว จากผู้ให้ทุนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคเอกชน
3. มีการศึกษากฎหมายที่มีผลกระทบต่อนโยบายประชากร

สมาชิกระดับผู้บริหารในกลุ่มนี้ ได้นำเสนอแนวทางปฏิบัติการในด้านการวางแผนครอบครัวสำหรับหน่วยงานในระดับต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยมีหัวหน้าโครงการวางแผนครอบครัวเป็นหัวหน้าโครงการนี้และได้ร่วมมือกับสมาคมอาสาสมัครคุมกำเนิดโดยสมัครใจ (TAV) สมาคมวางแผนครอบครัวและหน่วยงานบริการพื้นฐานชุมชนอื่น ๆ อีกด้วย (Wongboonsin, อ้างแล้ว : 18)

จะเห็นได้ว่าแหล่งใหญ่ของข้อมูลและการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ในช่วงนี้จะประกอบไปด้วยภาครัฐและเอกชนในการวางแผนนโยบายประชากร โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราเจริญพันธุ์และส่งเสริมการคุมกำเนิด โดยมีการกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งในส่วนของรัฐก็มีการตอบสนองต่อแผนและมีการจัดหากิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อนโยบายและโครงการวางแผน

ครอบครัวยุคใหม่โดยในส่วนของรัฐที่สำคัญได้แก่ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่เป็นผู้ร่างนโยบายประชากร นอกจากนั้นก็ได้แก่หน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ที่ได้มุ่งเป้าหมายไปยังการศึกษาด้านประชากรโดยมีคณะกรรมการพิเศษด้านการศึกษาประชากร ถือว่าเป็นกลไกหลักที่ตอบสนองการวางนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว โดยจัดหลักสูตรประชากรศึกษาผนวกเข้าในการศึกษาสายสามัญและนอกระบบโรงเรียน แต่อย่างไรก็ดี การให้การศึกษาด้านประชากรก็ยังคงเห็นไม่ชัดและกิจกรรมต่าง ๆ ในการศึกษาประชากรและสิ่งแวดล้อมก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งในของศูนย์การพัฒนาหลักสูตรซึ่งเป็นแขนงการหนึ่งของ กระทรวงศึกษาธิการ (Kua, อ้างแล้ว, หน้าเดิม)

อีกกลุ่มที่ให้คำแนะนำแก่การวางนโยบายประชากรไทยและร่วมกำหนดแบบปฏิบัติการ ก็คือกลุ่มผู้กระทำการที่ไม่ใช่รัฐ อันได้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ เช่น สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (PPAT), องค์กรพัฒนาประชากร (PDA), สมาคมอาสาสมัครวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ (TAV) และ ASIN ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคณะกรรมการของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มที่ดำเนินการโดยสภาพัฒน์ฯ และกระทรวงสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชนต่างมีความเห็นพ้องกันในการสนับสนุนรัฐในเรื่องการลดจำนวนประชากร นอกเหนือจากด้านการให้คำปรึกษาแล้วยังมีการร่วมมือในการทำวิจัยด้วย ทว่าในกลุ่มสังคมอื่นๆ เช่น กลุ่มศาสนา และกลุ่มการค้ากลับไม่มีความเห็นและไม่มีส่วนในการกำหนดนโยบายประชากร

ในไทยประเทศองค์กรระหว่างประเทศที่เป็นเจ้าของทุนมีส่วนช่วยในการสนับสนุนในการกำหนดนโยบายประชากรด้วย ซึ่งได้แก่ สภาประชากรแห่งนิวยอร์ก ยังมีส่วนร่วมในการวางนโยบายประชากรของชาติ นอกเหนือจากการให้การช่วยเหลือเงินทุนแล้วยังได้ช่วยเหลือในด้านการทำวิจัยทางประชากรศาสตร์ในทั่วประเทศด้วย

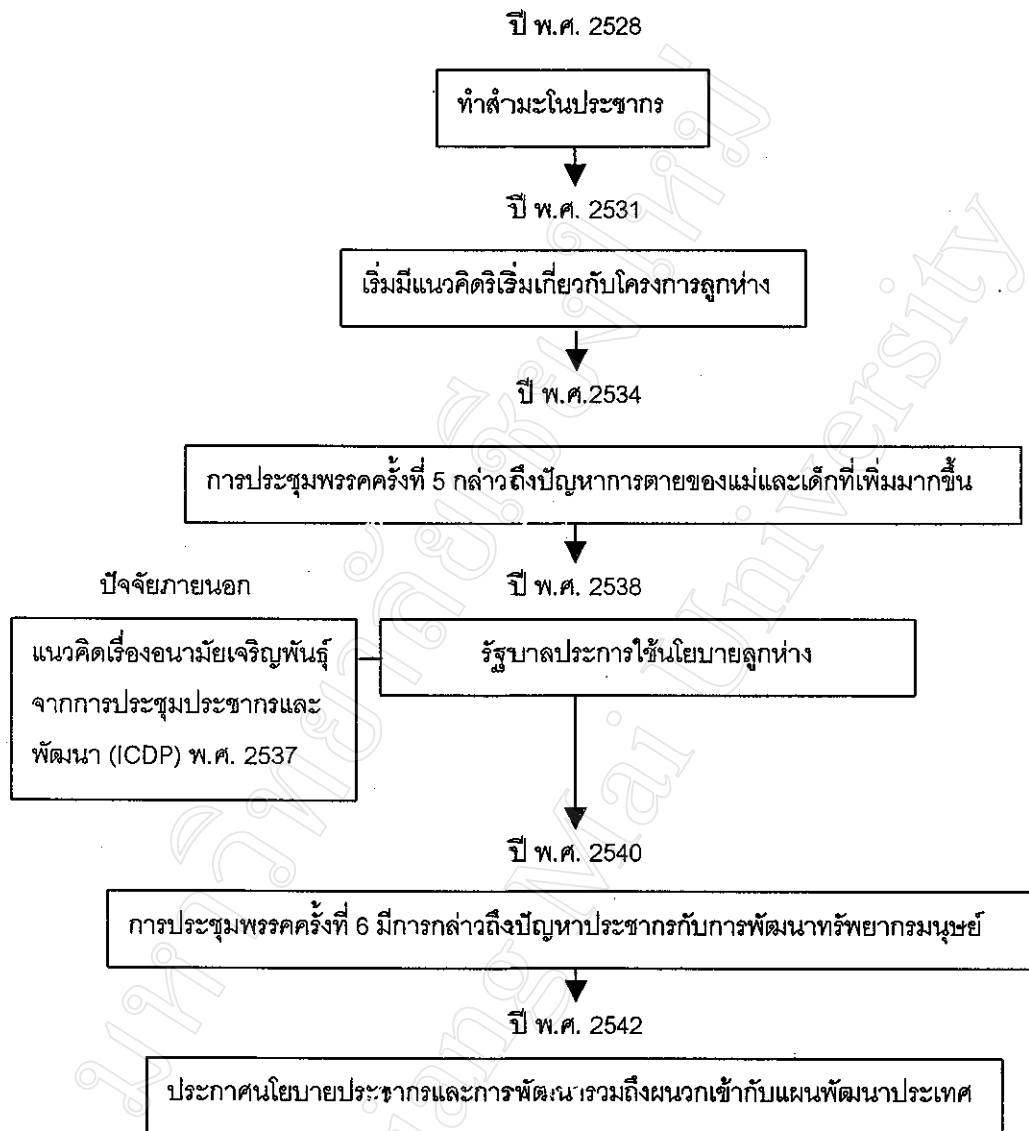
ในส่วนของลาวนั้น เริ่มจากการที่มีการกำหนดนโยบายลูกห่างในปี พ.ศ. 2538 นโยบายประชากรฉบับ ปี พ.ศ. 2542 ที่ได้ถูกบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2539 - 2543 นี้ เป็นผลมาจากความเห็นความสำคัญด้านประชากรจากการประชุมพรรคปฏิวัติประชาชนลาวครั้งที่ 6 ที่ต้องการพัฒนาสุขภาพและทักษะแรงงานเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยในการประชุมครั้งนั้นรัฐได้จัดตั้งนโยบายเร่งด่วนในการพัฒนาประเทศ โดยมีเรื่องของการกำหนดนโยบายประชากรเป็นลำดับแรก โดยในการวางนโยบายประชากรนี้ รัฐได้มอบหมายให้คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐซึ่งได้ร่วมมือกับ UNFPA ในการวางนโยบายประชากร โดยมีผู้แทนระดับบริหารจากส่วนต่าง ๆ ของรัฐมาเป็นคณะกรรมการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, กระทรวงแรงงาน, กระทรวง

ศึกษาธิการ, สมาพันธ์แม่หญิงลาว เข้ามามีส่วนร่วมในการวางนโยบายโดยใช้ข้อมูลของ ศูนย์สถิติแห่งชาติ ก่อนจะนำเสนอผ่านไปยังสภาเพื่อให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะรัฐมนตรี ก่อนจะไปสิ้นสุดที่สำนักนายกรัฐมนตรี เนื้อหาของนโยบายประชากรลาวจะประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ว่าด้วยเรื่องทั่วไปของประชากร, ส่วนที่กล่าวถึงการจัดการด้านประชากรกับกลุ่ม เป้าหมายต่าง ๆ และส่วนการปฏิบัติการด้านประชากร (คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ สปป. ลาว, 1999 : 10)

เช่นเดียวกับไทยนอกจากจะมีคณะกรรมการแผนการแห่งรัฐแล้ว ยังมีกลุ่มของ กระทรวงสาธารณสุขในการวางนโยบายประชากรด้วย ซึ่งกลุ่มนี้นำโดยสถาบันแม่และเด็ก (MCHI) ที่ได้ร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศเช่น UNFPA, WHO, UNICEF, Sida และ องค์กร พัฒนาเอกชนต่างประเทศอื่น ๆ อีก ในการช่วยดำเนินแผนการปรับปรุงสุขภาพแม่และเด็ก โดยอาศัยวิธีการคุมกำเนิดในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งต่อมาได้ขยายขอบข่าย ครอบคลุมงานอนามัยเจริญพันธุ์ด้วยใน ปี พ.ศ. 2536 ในแผนปฏิบัติการนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐอื่น เช่นสมาพันธ์แม่หญิงลาว, กลุ่มหนุ่มสาว และกลุ่มแพทย์และ พยาบาลในการช่วยฝึกอบรมอาสาสมัครในการปฏิบัติด้วย ซึ่งในแผนการครั้งนี้จะประกอบด้วย

1. การใช้การสื่อสารเพื่อศึกษา (IEC) ไปยังชุมชนต่าง ๆ เพราะประชากรยังขาด ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการของรัฐ และเอกชนด้วย
2. การจัดหาทุนและอุปกรณ์การคุมกำเนิดจากกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะเอกชน
3. การฝึกอบรมอาสาสมัครให้เป็นผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและอนามัย เจริญพันธุ์ โดยในบางโครงการจะมีการใช้เจ้าหน้าที่ต่างชาติจาก UNFPA มาร่วมในการสังเกต การและปฏิบัติงานด้วย (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 28/11/2000)

เราอาจจะสรุปความเป็นมาของนโยบายประชากรลาวได้ดังนี้



ดังนั้นในการวางนโยบายประชากรลาว บทบาทของผู้กระทำการจึงตกอยู่ในมือภาครัฐเสียเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการประสานงานกันเองระหว่างภาครัฐต่าง ๆ ที่มีการจัดทำโครงการสานต่อนโยบายประชากรเช่น ในส่วนของกระทรวงศึกษาธิการ ได้มีการกำหนดหลักสูตรเรื่องประชากรศาสตร์ในการศึกษาภาคบังคับและมีโครงการจะเปิดสอนในระดับอุดมศึกษา หรือสมาพันธ์แม่หญิงลาวและกลุ่มหนุ่มสาว ที่ได้มีแผนการฝึกอบรมอาสาสมัครระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้เรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับชุมชนเป็นต้น

เช่นเดียวกับภาครัฐ ผู้กระทำการระดับนานาชาติมีบทบาทอย่างยิ่งในการวางนโยบายประชากรลาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง UNFPA ที่นอกจากจะให้การสนับสนุนด้านทุนแล้วยังได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางนโยบายประชากรลาวด้วย นอกจากนี้ UNFPA แล้วยังพบว่ารัฐบาลลาวได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงาน วิชาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของไทยในการวางนโยบายประชากรครั้งนี้ด้วย (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ, 28/11/2000) นอกจากนี้ UNFPA แล้วยังมีองค์กรต่างชาติอื่น ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายประชากรด้วย เช่น ในส่วนรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่ามี การได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงาน องค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ เช่น WHO, UNICEF, JOICEF, Sida, CARE เป็นต้น (UNFPA, 1998 : 15)

ตรงข้ามกับกลุ่มผู้ประกอบการที่ไม่ใช่รัฐ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มศาสนา กลุ่มการค้า หรือสมาคมต่าง ๆ แทบจะไม่มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมใด ๆ เลยในการวางนโยบาย

การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)

ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนภายหลังจากที่นโยบายได้รับการเห็นชอบแล้วจึงมีการนำไปปฏิบัติ โดยมีการมอบหมายให้กลุ่มบุคคลใดหรือสถาบันเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานตามนโยบายที่ได้กำหนดไว้

จากบริบทของประเทศไทยจะเห็นว่า ระบบราชการจะมีความเข้มแข็งมาก การกำหนดนโยบายจึงมาจากส่วนกลางและกระจายแผนการดำเนินงานและกิจกรรมไปยังส่วนราชการในระดับภูมิภาคและในระดับท้องถิ่น ในส่วนของนโยบายประชานิยมนี้ได้อาศัยบริบทของระบบราชการโดยการกำหนดแนวทางในการดำเนินนโยบายระดับชาติจากส่วนกลางและจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้น (NFPP) ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการผนวกกิจกรรมด้านการวางแผนครอบครัวผ่านเครือข่ายหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขในทุก ระดับการปกครอง งานวางแผนครอบครัวจึงเป็นส่วนหนึ่งของงานด้านการบริการสุขภาพอนามัย โดยมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามนโยบาย

ในระยะแรกของกิจกรรมการวางแผนครอบครัว จะมีลักษณะเป็นการใช้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่เข้ามาดำเนินงาน จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2515 โครงการวางแผนครอบครัวจึงเริ่มมีการจัดหามูลคณากรที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านวางแผนครอบครัวโดยตรง แยกจากงานบริการด้านสุขภาพอนามัย (Wongboonsin, 1995 : 19) ซึ่งเจ้าหน้าที่นี้มี 2 กลุ่มคือ

1. เจ้าหน้าที่ด้านการวางแผนครอบครัว ซึ่งจบการศึกษาในระดับมัธยมและได้รับการอบรมเพื่อช่วยงานในคลินิกของโครงการวางแผนครอบครัว
2. กลุ่มเจ้าหน้าที่เยี่ยมตรวจตามบ้าน ทำหน้าที่ส่งเสริมโครงการวางแผนครอบครัวในระดับชุมชน

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่จะอยู่ภายใต้การควบคุมและแนะนำจากกองอนามัยครอบครัวต่อมาจำนวนเจ้าหน้าที่ได้มีการเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ มีการเน้นให้สตรีเข้ามามีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและอาสาสมัครให้ข่าวสารข้อมูลด้านการวางแผนครอบครัวในรูปของผู้สื่อข่าวและอาสาสมัครด้านสาธารณสุข (ผสส.และ อสม.) ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโดยตรง รวมทั้งการรวมงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็ก ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล และ เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2535)

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้การกำหนดนโยบายแผนการดำเนินงานและการจัดการจะผ่านระบบราชการจากส่วนกลางมาเป็นลำดับขั้น แต่พบว่า ในแต่ละหน่วยย่อยสามารถเข้ามามีส่วนในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานของตนด้วย ดังจะเห็นได้จาก ผู้บริหารโครงการในระดับท้องถิ่นค่อนข้างมีอิสระในการกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติงาน ตราบเท่าที่ยังอยู่ในกรอบของนโยบายระดับชาติ (Sittitrai, Wongboonsin, and Pitaktepsombati, 1989)

กลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในปฏิบัติการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย คือ การขยายช่องทางการให้บริการไปสู่หน่วยให้บริการของรัฐในทุกระดับ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของอัตราการกำลังใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง (Knodel, Chamratrithirong, and Debavalaya, 1987) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตชนบท ภายหลังจากที่มีโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2508 - 2509 ก่อนประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการ มีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ของประเทศเพียง 186,893 ราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2513 มีผู้รับบริการรายใหม่จำนวน 225,439 ราย (Knodel, Debavalaya, and Kamnuansilpa, 1981 : Table 14, p. 23) และภายในปี พ.ศ. 2515 มี

ผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 319,991 ราย และเมื่อเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2520 จำนวนผู้รับบริการรายใหม่เพิ่มสูงถึง 829,405 ราย ซึ่งในปีนั้นได้มีการตั้งเป้าหมายให้การบริการกับผู้รับบริการรายใหม่ 575,005 ราย แต่ผลงานการให้บริการสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ถึงร้อยละ 144.2 (กองสถิติสาธารณสุข, 2526 : ตารางที่ 4.3, หน้า 238)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีตชี้ให้เห็นชัดว่า แหล่งที่สตรีเข้ารับการบริการด้านคุมกำเนิดเป็นแหล่งหลักคือ จากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ ดังจะเห็นได้เช่น ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิด (CPS) ในปี พ.ศ. 2522 พบว่า ร้อยละ 80 ของสตรีในชนบทได้รับการคุมกำเนิดจากแหล่งบริการของรัฐและเกือบร้อยละ 70 ของสตรีในกรุงเทพ ได้รับการบริการจากแหล่งของรัฐ (Joint Thai/U.S.Evaluation Team, 1979 อ้างถึงใน Knodel, Debavalaya, and Kamnuansilpa, 1981)

โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของไทย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ประกาศนโยบายอย่างเป็นทางการ แม้ว่าบริบทของประเทศในทางการเมืองการปกครองจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิวัติรัฐประหารหลายครั้ง แต่นโยบายด้านประชากรก็ยังคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงและยังได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ต่างจากประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งโครงการวางแผนครอบครัวไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนแปลงผู้นำทางการเมืองของประเทศเช่น อินเดีย ฟิลิปปินส์ (UNFPA, 1995)

นอกจากแหล่งบริการของรัฐแล้วยังพบว่า หน่วยงานของเอกชน ก็ยังเข้ามามีบทบาทในการให้บริการวางแผนครอบครัวเสริมจากบริการหน่วยงานของรัฐ เช่น สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย มีบทบาทในการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลและประชาสัมพันธ์เช่น การจัดพิมพ์ แผ่นพับ เอกสาร การอบรมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในชุมชน การออกบริการเคลื่อนที่ การให้คำปรึกษาในเรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อจูงใจให้ประชากรตระหนักถึงปัญหาประชากรตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด นอกจากนั้นในกลุ่มเอกชนอื่น ๆ เช่น สภาสตรีแห่งประเทศไทยได้ร่วมมือกับสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยและสถาบันประชากรศาสตร์ ในการชักชวนให้มีการปรับปรุงกฎหมายที่จะเป็นอุปสรรคต่อครอบครัวขนาดเล็ก กลุ่มแม่บ้านได้ถูกจัดตั้งขึ้นในพื้นที่ชนบทซึ่งในกลุ่มประกอบด้วยการวางแผนครอบครัว โดยได้มีการรวมงานการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัว ร่วมกับงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัว (Wongboonsin, 1995 : 26)

กลุ่มธุรกิจยังเข้ามามีบทบาทในการวางแผนครอบครัว อันได้แก่ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ร้านขายยาเป็นบริการหลักในการคุมกำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง (โมเดล จอห์น, อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รังค์ และ นิพนธ์ เทพวัลย์, อ้างแล้ว, หน้าเดิม)

ส่วนผู้กระทำการอื่น ๆ ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัว ได้แก่ สื่อมวลชน เนื่องจากเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วแพร่หลายและมีประสิทธิภาพในการโน้มน้าวในประชาชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรณรงค์โฆษณาเรื่อง การวางแผนครอบครัวในหนังสือพิมพ์ นิตยสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ และวิทยุ รวมถึงรายการโทรทัศน์อยู่อย่างสม่ำเสมอ (วิไล วงศ์สืบชาติ และ พัฒนาวดี ชูโต, 2538 : 25)

ในส่วนของศาสนา พบว่า ศาสนาพุทธเถรวาท ซึ่งเป็นศาสนาหลักของประชากรไทย ไม่ได้มีข้อห้ามมิให้มีการคุมกำเนิดมีแต่เพียง ห้ามทำแท้ง นอกจากนี้หลักของศาสนาพุทธยังเน้น การดำเนินชีวิตโดยใช้หลักเหตุผล ยึดถือทางสายกลาง ดังนั้นจึงยอมรับการใช้เหตุผลของคู่สมรส ในการที่จะจำกัดการมีบุตรให้เหมาะสมกับความสามารถทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของ ครอบครัว (Muangman and Hirunraks, 1980 อ้างถึงใน จอห์น โมเดล, อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รังค์ และ นิพนธ์ เทพวัลย์, 2530 : 165)

มีเพียงส่วนน้อยของประชากรที่นับถือศาสนาอื่น เช่น ศาสนาอิสลาม ที่ถือว่าการคุมกำเนิดขัดกับคำสอนของศาสนา ซึ่งทำให้การดำเนินงานในระยะแรกเป็นไปอย่างค่อนข้างลำบากในกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมาได้มีการปรับปรุงกลยุทธ์ในการดำเนินงานเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 โดยเน้นการเว้นระยะห่างการมีบุตรเพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและบุตรแทนที่จะเน้นการจำกัดจำนวนของบุตร

เช่นเดียวกับศาสนาคริสต์แม้ว่าจะมีข้อห้ามเกี่ยวกับการใช้การคุมกำเนิด แต่ทว่า สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทยกลับมีการประกาศสนับสนุนการจำกัดขนาดครอบครัวด้วยวิธีการตามธรรมชาติ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Wongboonsin, 1995, p. 25) ในขณะที่พุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติกลับไม่มีข้อห้ามที่ต่อต้านการคุมกำเนิด

อีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายประชากร ได้แก่ ผู้กระทำการระดับนานาชาติ โดยการให้การสนับสนุนทางด้านเงินทุนและกิจกรรมวางแผนครอบครัว ให้แก่หน่วยงานที่ให้บริการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน จัดหาวิธีการคุมกำเนิดใหม่ ๆ รวมถึงการให้เงินทุนสำหรับทำวิจัยและฝึกฝนเจ้าหน้าที่

องค์กรผู้ให้ทุนที่สำคัญ ได้แก่ สภาประชากร(The Population Council), USAID (United Nations AIDS Programme), UNFPA (United Nation Fund for Population Activity), IPPF (International Planned Parenthood Federation), JICA (Japan International Cooperation Agency)

ส่วน สปป.ลาว การดำเนินงานอาศัยเครือข่ายของรัฐเช่นเดียวกับไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบต่องานวางแผนครอบครัว รวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ หน่วยงานภายใต้สังกัด คือ สถาบันแม่และเด็กและคณะกรรมการควบคุมเอดส์ (NCCA) เป็นผู้ดำเนินการ การดำเนินงานตามนโยบายประชากรในลาวนั้น มีขอบเขตกว้างขวางกว่าไทย เนื่องจากนโยบายในลาวได้มีการประกาศใช้หลังจากการประชุมประชากรโลก ปี ค.ศ.1994 (พ.ศ. 2537) ซึ่งที่ประชุมได้มีมติให้ขยายงานด้านการวางแผนครอบครัวเป็นการอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้วยเหตุนี้แผนงานและกิจกรรมในลาวจึงเน้นงานใน 5 ด้านด้วยกัน คือ

1. งานบริการวางแผนครอบครัวและลูกห่าง
2. งานด้านส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก
3. งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์
4. ส่งเสริมสุขภาพอนามัยวัยรุ่น
5. การป้องกันการทำแท้งและลดปัญหาที่เกิดจากการทำแท้ง

ในส่วนการดำเนินงานโดยรัฐมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่องานด้านอนามัยเจริญพันธุ์และคุมกำเนิด ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยงานสถาบันอนามัยแม่และเด็ก และคณะกรรมการควบคุมเอดส์ (NCCA) โครงการที่รับผิดชอบ ได้แก่

1.1 โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยผ่านเครือข่ายสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (Strengthening of Reproductive Health Service through the primary Health care network) โดยให้สถาบันแม่และเด็กเป็นผู้ดูแลโครงการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในสตรีวัยเจริญพันธุ์และกลุ่มวัยรุ่นหญิง ในพื้นที่ 71 ตำบล 13 แขวง เป้าหมายของโครงการ คือ

- เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก โครงการลูกห่าง (Birth Spacing) และสุขภาพวัยรุ่น

- พัฒนาเรื่ององค์ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของสตรีลาวในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และลูกห่าง

1.2 แผนควบคุมเอดส์แห่งชาติ (National Plan of Controlling HIV/AIDS) ในปี พ.ศ. 2541 รัฐได้มีการเพิ่มเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ขึ้นในแผนงานอนามัยเจริญพันธุ์ และได้ร่างแผน "แผนป้องกันและดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ" ขึ้นโดยให้หน่วยงานคณะกรรมการเรื่องเอดส์ NCCA (National Committee for Control AIDS) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ซึ่งจะมีการสนับสนุนให้เป็นแผนชาติ มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

- จัดหาข้อมูลและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่ประชาชนลาว
- ตั้งโครงการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์เอดส์ในวัยรุ่น
- ลดผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์
- พยายามลดผลกระทบที่มาจากสังคม เนื่องจากปรากฏการณ์

แพร่ระบาดของเอดส์

โครงการนี้ได้รับการช่วยเหลือจาก WHO ในการจัดตั้งพื้นที่ทดลองในแขวงเวียงจันทน์และสะหวันเขตเพื่อดูแลคนไข้โรค AIDS UNFPA และ UNFPA ในการจัดหาถุงยางอนามัยและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของถุงยางอนามัยผ่านสื่อต่างๆ (UNFPA, อ้างแล้ว : 35)

1.3 โครงการนำร่องด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health/Birth Spacing and Reproductive Health Pilot Project) กลุ่มเป้าหมาย นอกจากหญิงวัยเจริญพันธุ์และเด็กวัยรุ่นแล้ว ยังรวมถึงกลุ่มชาวโรงงานในเวียงจันทน์และสะหวันเขต เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ โดยจะเน้นเรื่องการคุมกำเนิดและการตั้งครรรภ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งถ้าโครงการนี้ประสบความสำเร็จ จะขยายการดำเนินงานไปยังโรงงานอุตสาหกรรมทั่วประเทศ

2. กระทรวงศึกษาธิการ (MOE) โครงการที่รับผิดชอบได้แก่

2.1 โครงการการศึกษาอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Education Programme) ได้แก่ การผลิตสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับนโยบายประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงเรื่องเพศศึกษา โดยในส่วนการฝึกอบรม กระทรวงศึกษานั้นจะได้มีการฝึกอบรมปฏิบัติการด้านเทคนิคและกิจกรรมใน 106 โรงเรียนทั่วประเทศ รวมถึงมีการฝึกอบรมครูในวิทยาลัยด้วย

นอกเหนือการเพิ่มหลักสูตรการศึกษาทั้งในระดับประถม คู่มือเกี่ยวกับประชากร และอนามัยเจริญพันธุ์ได้ถูกผลิตขึ้นในระดับมัธยมด้วยในส่วนของวิชาชีววิทยา ได้แก่เรื่อง วัยรุ่น, ระบบสืบพันธุ์, อนามัยเจริญพันธุ์, ลูกห่าง, ยาเสพติดในวัยรุ่น และการป้องกันและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนั้นยังได้ผลิตตำราเรียนเรื่อง การแต่งงานและลูกห่าง, ยาเสพติดและการป้องกัน, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ซึ่งในชุดนี้ยังประกอบไปด้วยเรื่อง บทบาททางเพศในอนามัยเจริญพันธุ์, ความรู้เรื่องขนบธรรมเนียมประเพณีกับประชากรศึกษาและประชากรกับการพัฒนาอีกด้วย (ngonvonrarath, 2000 : 9)

3. สมาพันธ์แม่หญิงลาว (LWU)

ในลาวแล้ว หน่วยงานสมาพันธ์แม่หญิงลาวจัดว่าเป็นองค์กรหลักของรัฐองค์กรหนึ่งในการส่งเสริมการดำเนินงานของรัฐ และเป็นหน่วยงานที่สามารถเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นนานาชาติ องค์กรพัฒนาเอกชนได้ทุกระดับและ สมาพันธ์แม่หญิงลาวนี้มีกระจายไปในทั่วทุกแขวงจึงเป็นเครื่องมือสำคัญยิ่งของรัฐในการปฏิบัติการ ซึ่งในด้านงานอนามัยเจริญพันธุ์ สมาพันธ์แม่หญิงลาวรับผิดชอบโครงการได้แก่

3.1 โครงการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Implementation of Reproductive Health) กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มสตรีในวัยเจริญพันธุ์ โดยมีพื้นที่ปฏิบัติการใน 10 ตำบล 120 หมู่บ้านใน 2 แขวง โดยมีเป้าหมาย คือ ปรับปรุงความรู้ในเรื่องลูกห่างและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงความสัมพันธ์ทางเพศ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของสตรี เริ่มต้นมีหมู่บ้านเข้าร่วมโครงการ 60 หมู่บ้าน มีการฝึกอบรมและการให้การสนับสนุน IEC สำหรับลูกห่างและอนามัยเจริญพันธุ์ อาสาสมัครหมู่บ้านจะถูกเลือกเพื่อที่จะกระจายกันในการให้การศึกษา ด้านสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นคือมี คลินิกสุขภาพ ที่ถูกจัดตั้งในแต่ละแขวงเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด สื่อ IEC ได้ถูกนำมาใช้ (ngonvonrarath, 2000 : 8)

4. กลุ่มหนุ่มสาวลาว (LYU)

เป็นหน่วยงานของรัฐเช่นเดียวกับสมาพันธ์แม่หญิงลาว แต่มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านพัฒนาคุณภาพเยาวชนชายหญิงและให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับรัฐ ซึ่งในงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในช่วงแรกกลุ่มหนุ่มสาวลาวได้ปฏิบัติงานร่วมกับสมาพันธ์แม่หญิงลาวและกระทรวงสาธารณสุขในโครงการหลักเกี่ยวกับสุขภาพมารดาและลูกห่าง โดยมีหน้าที่สำคัญในด้านการช่วยฝึกอบรมบุคลากรที่จะเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลในชุมชนต่อไป แต่ต่อมาหลังจากที่รัฐมีนโยบายประชากรและแผนอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเน้นในอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น กลุ่มหนุ่มสาว

ลาวจึงได้เข้ามามีบทบาทในโครงการย่อย (Sub programme Lao/97/PO2) ร่วมกับ UNFPA ในการมุ่งส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ โดยให้กลุ่มหนุ่มสาวลาวมุ่งเน้นการฝึกอบรมเยาวชนขึ้นมาเป็นผู้นำในการเผยแพร่ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนต่อไป

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในลาวนั้นรัฐบาลได้ดำเนินงานด้านประชากรนี้ เป็นการริเริ่มโดยหน่วยงานระหว่างประเทศที่ให้การสนับสนุนเกือบทั้งสิ้น เนื่องจากลาวขาดทั้งทุนทรัพย์และบุคลากร สำหรับลาวแล้ว ผู้กระทำการระดับนานาชาติมีจึงมีบทบาทมากกว่าไทย เพราะนอกจากจะเป็นผู้ให้ทุนแล้วยังเป็นผู้ช่วยในด้านการวางแผนและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในลาวอีกด้วย ซึ่งผู้กระทำการระดับนานาชาติที่มีบทบาทสำคัญในงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์มากที่สุดคือ UNFPA (United Nation Fund for Population Activity) ซึ่งต่างจากไทยที่โครงการส่วนใหญ่ริเริ่มโดยรัฐองค์การระหว่างประเทศเป็นเพียงผู้ให้ทุนและให้ข้อเสนอแนะ นอกจากนี้การดำเนินงานในโครงการส่วนใหญ่ในลาวได้เริ่มมีมาตั้งแต่ก่อนประกาศนโยบายเป็นทางการ

UNFPA เข้าไปมีบทบาทในลาวตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2513 โดยมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อช่วยศักยภาพของการพัฒนาประเทศในการเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ต่อมาใน ปี พ.ศ.2528 UNFPA ได้ให้การสนับสนุนการทำสำมะโนประชากรในลาว และในปี พ.ศ. 2531 - 2535 ได้ให้การสนับสนุนการสำรวจสถิติชีพ

ตั้งแต่ ปี 2536 เป็นต้นมา UNFPA ได้มีโครงการดำเนินงานด้านประชากรร่วมกับรัฐบาลลาวอย่างชัดเจน โครงการของประเทศในช่วงแรก (ปี พ.ศ. 2536 - 2542) UNFPA และลาวได้ร่วมกันจัดตั้งบริการด้านการเว้นระยะการมีบุตร หรือที่เรียกกันว่า “โครงการลูกห่าง” โดยเริ่มจาก 13 แขวง นอกจากนั้นก็ได้มีการดำเนินการรณรงค์เกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ตลอดจนเสริมสร้างให้ผู้วางแผนนโยบายในลาวตระหนักถึงประเด็นทางด้านประชากร โครงการที่สำคัญได้แก่

1. โครงการให้ บริการสุขภาพแม่และเด็กและบริการลูกห่าง (LAO/93/PO2 : Maternal and Child Health Service and Birth Spacing)

เป็นโครงการร่วมมือระหว่าง UNFPA กับรัฐบาล มีการสำรวจเรื่องความรู้ทัศนคติ และปฏิบัติการด้านภาวะเจริญพันธุ์และลูกห่าง เพื่อหาข้อมูล ความรู้ ทัศนคติและการฝึกอบรมในเรื่องสุขภาพแม่และเด็กและลูกห่าง ในโครงการนี้สมาพันธ์แม่หญิงลาวได้ใช้สื่อสารสนเทศเพื่อรณรงค์และฝึกอบรมอาสาสมัครที่จะเผยแพร่เรื่องลูกห่างในชุมชน โดย

สมาพันธ์แม่หญิงได้ฝึกอบรมอาสาสมัคร 3,840 คนทั่วประเทศ แต่ไม่รวม 8000 หมู่บ้านในพื้นที่ชนบท (UNFPA, 1996 : 44)

2. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการสุขภาพแม่และเด็กและลูกห่างในพื้นที่ที่กำหนดใน สปป.ลาว (LAO/93/PO3 : Strengthening of Maternal and Child Health and Birth Spacing Service in Selected areas of Lao PDR)

เป็นโครงการ 3 ปี ที่มีสถาบันแม่และเด็ก (IMCH) กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ โครงการนี้จะรวมอยู่ในกิจกรรมประจำของหน่วยงานสถาบันแม่และเด็กและให้บริการในทุกระดับไม่ว่าจะเป็นในระดับชาติ แขวง ตำบล หมู่บ้าน โครงการลูกห่างได้มีเป้าหมายให้บริการครอบคลุม 18 แขวง

3. โครงการรวมปัจจัยทางประชากรและทรัพยากรมนุษย์ที่มีผลต่อการวางแผนการพัฒนา (LAO/93/PO4 และ LAO/95/PO2 : Integration of Population and Human Resource Factors in to Development Planning) 2 โครงการนี้ ได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของกองประชากร และ ทรัพยากรมนุษย์ของคณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ
- 2) ส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องประชากรและทรัพยากรมนุษย์ทั้งในระดับชาติและแขวง
- 3) เพื่อส่งเสริมการวิจัยเชิงนโยบายในด้านประชากรทรัพยากรมนุษย์
- 4) เพื่อพัฒนาบุคลากรหลัก จากกระทรวงและสาขาวิชาต่าง ๆ ที่มีความสามารถในการให้การอบรมด้านประชากร ทรัพยากรมนุษย์และการอบรมวางแผนและกำหนดนโยบายแก่ผู้นำวางแผนและผู้วางนโยบาย

โครงการของประเทศในระยะที่ 2 (ปี พ.ศ.2542-2545) เป็นการพยายามขยายบริการออกไปจนครบ 18 แขวง และเพิ่มความพยายามในการรณรงค์ โดยเน้นการให้การศึกษาแก่เยาวชนเกี่ยวกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ นอกจากนี้โครงการในระยะที่ 2 นี้ยังเน้นที่จะส่งเสริมความแข็งแกร่งในศักยภาพของรัฐที่จะผนวก ประเด็นทางประชากรเข้ากับแผนพัฒนา

โครงการที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2542 - 2545 ได้แก่

1. โครงการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์

1) โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยผ่านเครือข่ายสาธารณสุขชนชั้นมูลฐาน (LAO/97/PO1) เป็นโครงการเชื่อมต่อกับโครงการ LAO/93/po1 ซึ่งมีหน่วยงาน สถาบันอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ เดิมดูแลรับผิดชอบในเรื่องโรคติดต่อและการให้วัคซีนเป็นหลัก จนถึงปี พ.ศ. 2538 จึงได้เพิ่มเรื่องลูกห่างในส่วนของปฏิบัติการโครงการลูกห่าง ได้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ได้แก่

- จัดหายาคูมกำเนิดไปแจกจ่ายตามสถานอนามัยต่างๆ
- ให้คำปรึกษาแก่ชุมชนในเรื่องสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์และสอนวิธีใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด
- ฝึกหัดให้คำแนะนำร้านขายยาในหมู่บ้านให้เป็นแหล่งให้คำปรึกษา รวมถึงจำหน่ายอุปกรณ์การคุมกำเนิด
- จัดตั้งบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้บริการไปยังพื้นที่ชนบทต่าง ๆ

นอกจากนั้นยังได้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครจากหมู่บ้าน โดยได้รับความร่วมมือจากสมาพันธ์แม่หญิงลาว ในการฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุข (UNFPA, 1999 : 18)

ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นมารดา (Safe Motherhood) ได้ปฏิบัติควบคู่กันมากับโครงการลูกห่าง ได้จัดตั้งศูนย์แม่และเด็กแห่งแรก ที่แขวงหลวงพระบาง โดยได้ทุนสนับสนุนจาก Sida ซึ่งได้ทุนจาก UNICEF เป็นศูนย์ทดลอง และต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการประชุมใหญ่จากผู้แทนทั้ง 18 แขวงเพื่อขยายงานไปยังแขวงต่าง ๆ โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก UNFPA และ UNICEF ซึ่งเป้าหมายของโครงการนี้คือ

- เพื่อสนับสนุนให้การบริการสุขภาพพื้นฐานของแม่และเด็กให้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป
- เพื่อยกระดับชุมชนความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ

2) โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านอนามัยเจริญพันธุ์โดยผ่านเครือข่ายสมาพันธ์แม่หญิงลาว (LAO/97/PO2 : Strengthening of Reproductive Health through the Lao Women's Union Network") มีสมาพันธ์แม่หญิงลาวเป็นผู้รับผิดชอบ

ดำเนินการ โครงการนี้มีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักและเข้าใจในเรื่องสุขภาพวัยรุ่น และเพื่อเพิ่มความรู้ของวัยรุ่นในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์เพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปรับปรุงสุขภาพ

เพื่อให้แผนการบรรลุไปตามเป้าหมาย รัฐจึงได้ชักจูงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงการให้บริการและการเผยแพร่ความรู้ ซึ่งโครงการนี้รวมกลุ่มเป้าหมายคือ ประชากรอายุตั้งแต่ 12 - 39 ปี ทั่วประเทศ โดยมุ่งให้ความสำคัญเป็นพิเศษที่กลุ่มเด็กไม่ได้เรียนหนังสือในชนบท โดยในส่วนของกิจกรรมการปฏิบัติการจะได้รับความร่วมมือจากกลุ่มหนุ่มสาวลาวด้วย โดยจะฝึกอบรมวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งให้เป็นผู้นำชุมชนในการเผยแพร่เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ (ngonvonrath, อ้างแล้ว : 10)

3) โครงการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านอนามัยเจริญพันธุ์โดยผ่านเครือข่ายกลุ่มหนุ่มสาว (Lao/97/po3 : Strengthening of Reproductive Health through the Youth Union Network) มีกลุ่มหนุ่มสาวลาวเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการมีเป้าหมายของโครงการเพื่อ

- ส่งเสริมความรู้และการตระหนักถึงเรื่องลูกห่างและสุขภาพเจริญพันธุ์รวมถึงการฝึกการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิดในพื้นที่ที่กำหนด
- เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์แม่หญิงลาวให้สามารถสร้างแรงสนับสนุนในเรื่องสุขภาพเจริญพันธุ์และสิทธิสตรีในเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์
- ส่งเสริมบทบาททางเพศของสตรีให้ตระหนักถึงความไม่เสมอภาคและความเสี่ยงในสุขภาพ

นอกจากนี้ โครงการนี้ยังได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสังคมที่มีต่อความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคม เพื่อหาความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์, ปัญหา ยาเสพติด, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งเถื่อน (UNFPA, อ้างแล้ว : 38)

4) โครงการส่งเสริมการศึกษาด้านประชากร อนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ (LAO/97/PO4 : Promoting Population/ Reproductive Health and Sexuality Education Through the Formal and Non Formal Education system) มีกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

เป้าหมายของโครงการนี้คือ

- ส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนมีความเข้าใจในเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์
- ชักชวนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การวางแผนครอบครัวและอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ชนบท

โดยในแผนนี้จะเพิ่มการใช้สื่อในการสอนมากขึ้นและจะเพิ่มเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ไว้ในวิชาสุขศึกษา ในตำราเรียนตั้งแต่ระดับประถมชัฏุด “โลกรอบตัวเรา” (World Around Us) ซึ่งแต่เดิมบรรจุเรื่องเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์, ภูมิศาสตร์ และสังคม รวมถึงจะผลิตคู่มือการสอนวิชาสุขศึกษาแก่ครูด้วย นอกจากนั้นจะมีการขยายการศึกษาโดยจะเปิดโรงเรียนอนุบาลเพิ่ม 60 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 100 แห่ง ระดับมัธยมศึกษาอีก 40 แห่ง และโรงเรียนฝึกหัดครูอีก 4 แห่ง (UNFPA, อ้างแล้ว : 40)

2) โครงการด้านการพัฒนาประชากร (Population Development Strategy)

1. โครงการพัฒนา และส่งเสริมนโยบายประชากรแห่งชาติ และรวมนโยบายประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (LAO/97/PO4 : Development and promotion of Nation Population & Development Policies and Integration of Population Variables into Development Planning) ให้คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบดำเนินการ เนื่องจากรัฐมองว่าปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง ซึ่งจากการประชุมในปี 2542 ทำให้รัฐตัดสินใจให้มึนโยบายประชากรและการพัฒนา(Population Policy) โดยให้คณะกรรมการแผนการของรัฐเป็นผู้ร่างร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในแผน PO5 - PO7 (ngonvonrarath, อ้างแล้ว : 12)

2. โครงการส่งเสริมการสร้างศูนย์ประชากรศาสตร์ในมหาวิทยาลัยแห่งชาติลาว (LAO/97/PO6 : Creation of Population Studies Center at the National University of Laos) มีทบวงมหาวิทยาลัย เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ เนื่องจากการขาดงานวิจัยในลาวและขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ด้านสถิติ มหาวิทยาลัยแห่งชาติ จึงได้มีโครงการที่จะก่อตั้งสถาบันที่จะวิจัยด้านประชากรศาสตร์และฝึกอบรมบุคลากรด้านนี้ในมหาวิทยาลัยแห่งชาติ และจะจัดตั้งเป็นภาควิชาหนึ่งในคณะเศรษฐศาสตร์และการจัดการ ซึ่งจะมีการส่งบุคลากรด้านนี้ไปอบรมที่ต่างประเทศด้วย (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติลาว, 28/11/2000)

3. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งในด้านฐานข้อมูลประชากร และการพัฒนา (LAO/97/PO7 : Strengthening the Data Base for Population and Development) มีศูนย์สถิติเป็นผู้ดำเนินการ มีแผนดำเนินการ 2 เรื่อง คือ

- ส่งเสริมการใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและจากแหล่งอื่น ๆ
- มอบหมายให้ศูนย์สถิติเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินผล

ข้อมูลในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อหาภาพรวมของความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนา(Ngonvonrarath, อ้างแล้ว:9)

นอกจากนี้ UNFPA ยังได้ดำเนินการร่วมกับองค์กรอื่นอีกด้วย อาทิเช่น

1. WHO (World Health Organizations)

WHO ถือเป็นเพื่อนร่วมงานที่สำคัญอย่างยิ่งของ UN ในการให้การสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขลาว ในด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมถึงการให้การศึกษาด้านสุขภาพ, ยาและวัคซีน, การควบคุมโรค, การควบคุมอุบัติเหตุ และบิด และการติดเชื้อในเด็กทารก WHO ได้ให้ทุนสนับสนุนโครงการเหล่านี้โดยในแผนอนามัยเจริญพันธุ์ปี 2542 WHO ได้ให้การช่วยเหลือด้านบุคลากรในการช่วยทำแผนอนามัยเจริญพันธุ์แก่ลาว (UNFPA, 1999 : 41)

2. UNICEF (United Nations Children's Fund)

UNICEF พึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ตามแผนอนามัยเจริญพันธุ์ ปี 2541 - 2545 โดยมีเป้าหมายหลักอยู่ที่การพัฒนาปกป้องสิทธิมนุษยชนในเด็ก ซึ่งโครงการที่ UNICEF จะจัดทำในลาวระหว่างปี 2541 - 2545 นี้มี 4 โครงการ คือ

- โครงการสนับสนุน ป้องกันและตรวจสอบ (Advocacy, Protection and Monitoring)
- โครงการด้านสุขภาพและสารอาหาร (Health and Nutrition)
- โครงการด้านการศึกษา (Education)
- โครงการด้านความสะอาดในน้ำและสิ่งแวดล้อม (Water and Environmental Sanitation)

ในส่วนของโครงการที่ 2 คือ สุขภาพและสารอาหาร UNFPA จะร่วมมือกับ JOICEF ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในส่วนของ สุขภาพแม่และเด็กและเอดส์ ซึ่งในปี 2542 UNICEF จะร่วมมือกับ UNFPA ในการสนับสนุนสถาบันอนามัยแม่และเด็ก (IMCH) ในการวางนโยบายรักษาสุขภาพมารดาแห่งชาติ

3. UNAIDS (United Nations AIDS Programme)

UNAIDS สนับสนุนลาวในเรื่องการป้องกันเอดส์ รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมี NCCA ของรัฐเป็นผู้นำไปปฏิบัติ โดย UNAIDS และ UNDP จะเป็นผู้วางแผนเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ ปี 2540-2545 ให้แก่ลาว และให้ NCCA 4 ปีใช้ในการดำเนินการตามแผน ในโครงการนี้ UNFPA มีส่วนร่วมในการจัดหาถุงยางอนามัยให้แก่โครงการนี้

4. UNDP (United Nations Development Fund)

UNDP ถือได้ว่าเป็นผู้บริจาครายใหญ่ที่สุดของลาว และให้ทุนสนับสนุนโครงการทั้งหมดในลาว 73 ทุน UNDP ได้ให้ทุนสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพของลาว 3 โครงการ ที่สำคัญได้แก่โครงการเอดส์

5. EC (European Commission)

EC และ UNFPA มีการร่วมมือกันในโครงการ Reproductive Health Initiative (RHI) ในภูมิภาคเอเชีย โดยจะให้ทุนสนับสนุน RHI 6 โครงการในลาวในปี 2542 ซึ่งโครงการนี้จะเป็นความร่วมมือระหว่าง EC กับองค์กรพัฒนาเอกชน ต่างชาติ อื่น ๆ อีก

6. World Bank Fund

ให้ทุนด้านหลักด้านการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียในลาว ซึ่งเชื่อมต่อไปถึงสาเหตุการตายของมารดาและอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่ง ธนาคารโลกได้มีส่วนในการพยายามปฏิรูปนโยบายสุขภาพของลาวด้วย

7. ADB (The Asia Development Bank)

ให้ทุนในโครงการการดูแลสุขภาพชุมชน (PHC)

8. JICA (Japan International Cooperation Agency)

ให้การช่วยเหลือ ในด้านอุปกรณ์โรงพยาบาล รถ และเงินทุนในการจัดหายาป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ JICA และ WHO ร่วมมือกันเรื่อง PHC ในแขนงต่าง ๆ

9. Belgian Agency for Development Cooperation

เน้นให้การช่วยเหลือสุขภาพด้านมาเลเรียเป็นหลัก

10. GTZ (German Technical Cooperation)

ให้ความร่วมมือในโครงการวางแผนครอบครัวใน 3 อำเภอในแขวงบอลิคำไซเป็นเวลา 10 ปี คือตั้งแต่ปี 2539-2548 โดย GTZ จะให้ทุนสนับสนุนในการจัดหา ยาคุมกำเนิดซึ่ง GTZ ได้ขอให้ UNFPA ร่วมมือในการจัดหาคุมกำเนิดให้

11. AusAID (Australia)

เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนของออสเตรเลีย ได้ให้การสนับสนุนทุนในโครงการสุขภาพเบื้องต้นและการพัฒนาสังคมในภาคเหนือของลาว ซึ่งได้แก่แขวงพงสาลี หัวพัน และไชยบุรี ซึ่ง AusAID ได้ขอให้ UNFPA ให้การช่วยเหลือในเรื่องทุนที่ใช้ในการคุมกำเนิดด้วย

12. Sida (Swedish International development Agency)

เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนของสวีเดน ให้ความช่วยเหลืออบรมเทคนิคด้านคอมพิวเตอร์และการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ศูนย์สถิติแห่งชาติลาว นอกจากนั้นยังให้ทุนช่วยเหลือด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในลาวและร่วมมือกับผู้บริจาคอื่น ๆ เช่น UNICEF ในโครงการจัดตั้งศูนย์แม่และเด็กในแขวงหลวงพระบาง

ผู้บริจาคเหล่านี้ได้มีการร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติอื่น ๆ ด้วย เช่น European Commission (EC)/UNFPA Reproductive Health Initiative (RHI) Programme ให้สมาพันธ์แม่หญิงลาวและกลุ่มหนุ่มสาวลาวเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โดยร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชน ต่อไปนี้

- Save the Children (UK) ได้ร่วมมือกับสมาพันธ์แม่หญิงลาว(LWU) ในการจัดตั้งศูนย์เยาวชนในเวียงจันทน์

- Enfanis d' Allieurs ร่วมมือกับกลุ่มหนุ่มสาว (LYU) ในโครงการ "Youth Education in Oudomxay" ให้ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่เยาวชนในแขวงอุดมไชย

- Ecoles san Frontieres ร่วมมือกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน (NFE) ในโครงการ "through RH with ethnic minorities in Luang Namtha" เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ชนกลุ่มน้อยในแขวงหลวงน้ำทา

- Enfants et Development ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในโครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ "Training of Trainers in obstetrics in Mahosot and Regional Hospital" ในโรงพยาบาลของรัฐตามแขวงต่าง ๆ

- Medecins sans Frontieres ร่วมมือกับคณะกรรมการควบคุมเอดส์ (NCCA) ในโครงการ "survey on STDs/HIV/AIDS" เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์เอดส์และโรคติดต่อสัมพันธ์ในลาว

- Health Unlimited ร่วมมือกับกลุ่มหนุ่มสาว (LYU) ในโครงการ "Feasibility study for Youth Radio Programme" โดยการจัดทำรายการสุขภาพทางวิทยุเป็น

เครื่องมือเผยแพร่ข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมีเป้าหมายอยู่ที่กลุ่มหนุ่มสาวและประชาชนทั่วไป

- Australian Red Cross ได้ทำการวิจัยเรื่อง "research on HIV/AIDS awareness in Vientiane and Savannakhet" เพื่อศึกษาถึงความตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์ในแขวง เวียงจันทน์และสะหวันนะเขต

- Care International ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มใน อ.ห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว

ในส่วนของผู้กระทำการที่ไม่ใช่รัฐ กลุ่มที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ นอกเหนือจาก UNFPA ได้แก่ กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติ (International NGOs.) ซึ่งกลุ่ม องค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติที่สำคัญได้แก่

1. Save the Children Fund (UK) ให้ทุนช่วยเหลือในโครงการเกี่ยวกับ HRD และพื้นที่เพื่อสุขภาพ ซึ่งทุนได้ให้แก่ สถาบันอนามัยแม่และเด็ก (IMCH) ของกระทรวงสาธารณสุข

2. Care International in Laos ให้การช่วยเหลือด้านการจัดหาข้อมูล ให้การศึกษาและการเผยแพร่ในโครงการเกี่ยวกับการศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงพื้นที่ ได้แก่ เวียงจันทน์ บ่อแก้ว และจำปาศักดิ์ โดยร่วมมือกันกับ NCCP และ AIDSCAP/USAID ในเรื่องเอดส์ โดยในด้านสื่อเพื่อการศึกษาได้รับการสนับสนุนทุนจาก AuSAid

3. Australian Red Cross ให้การช่วยเหลือในโครงการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ โดยมีกลุ่มวัยรุ่นเป็นเป้าหมายสำคัญ นอกจากนั้นมีการสนับสนุนในด้านการวิจัยในด้านพฤติกรรมทางเพศและการปรับปรุงการให้การศึกษาด้วย

4. Save the Children Australia ให้ทุนช่วยเหลือในโครงการพื้นที่เพื่อสุขภาพ รวมถึงการปรับปรุงสุขภาพแม่และเด็กในแขวงไชยบุรี รวมถึงให้การช่วยเหลือฝึกอบรมด้านบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในท้องถิ่นอีกด้วย

5. World Vision Lao PDR ให้ทุนช่วยเหลือระหว่าง ปี 2536-2541 ในโครงการด้านสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิต

นอกจากนั้นแล้วลาวยังมีองค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ อีกที่ทำงานในลาว ในด้านการพัฒนาสังคม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น CIDSE, Redd Banna, The Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Swiss Red

Cross, Care Australia, CCL (Committee pour le Cooperation du Lao), EED (Enfant en Development), Norwegian Church Aid เป็นต้น

ในส่วนกลุ่มสื่อมวลชนลาว ได้มีการสนับสนุนในแผนปฏิบัติการโดยมีการนำเสนอข่าวอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ในรายการโทรทัศน์ของรัฐและวิทยุของรัฐ ในสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่จดหมายข่าวของกลุ่มหนุ่มสาวหรือ หนังสือพิมพ์เวียงจันทน์ ไทม์ ได้มีการนำเสนอนโยบายประชากรและข่าวเกี่ยวกับงานอนามัยเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง (Vientiane Times, July 6 - 9, 2001) รวมถึงมีการโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ด้วย เช่น โฆษณาถุงยางอนามัยที่มี UNFPA เป็นผู้สนับสนุน นอกจากนั้นยังมีการโฆษณานำเสนอในคลินิกเอกชนและร้านขายยา รวมถึงมีการแจกตัวอย่างฟรีในบางแห่งอีกด้วย (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รัฐ, 28/11/2000)

ในด้านกลุ่มสังคมอื่น ๆ เช่นศาสนา ลาวก็เช่นเดียวกับไทยที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ยิ่งไปกว่านั้น บางแห่งพระสงฆ์ยังให้การสนับสนุนในการวางแผนครอบครัวอีกด้วย (สัมภาษณ์พระจากแขวงเชียงขวาง สปป.ลาว, 24/8/2001)

การประเมินนโยบาย (Policy Evaluation Process)

เป็นขั้นตอนการประเมินความสำเร็จของนโยบายและการดำเนินนโยบายตามโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นจะเป็นผลให้มีการปรับนโยบาย หรือ เลิกนโยบาย หรือกำหนดนโยบายใหม่

ในส่วนของไทย รัฐบาลได้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ รวมถึงหาสาเหตุการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบทางด้านนี้คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่มีหน้าที่จัดทำข้อมูลเหล่านี้ให้แก่วัฒน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้แก่

1. สำมะโนประชากรแห่งชาติ ซึ่งจัดทำตั้งแต่ ปี 2454 เป็นต้นมา
2. ทะเบียนการเกิดและตาย ซึ่งมีตั้งแต่ ปี 2459 และได้ปรับปรุงให้มีมาตรฐานในปี 2473 ทะเบียนการเกิดและตายนี้สามารถบ่งชี้อัตราเจริญพันธุ์
3. การสำรวจกลุ่มตัวอย่างแห่งชาติ เป็นการร่วมมือกันระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ

3.1 การสำรวจด้านการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นผู้สำรวจ โดยใช้ข้อมูลในช่วง 3 ทศวรรษ คือเริ่มตั้งแต่ ปี 2507

3.2 การสำรวจด้านเศรษฐกิจ สังคม ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร ได้ให้สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ศึกษา ในการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 4 การสำรวจใน 2 รอบ ในรอบแรกเริ่มเดือนเมษายน - พฤษภาคม ปี 2512 และในปีต่อมา ในพื้นที่ชนบทและเมือง รอบ 2 เริ่มในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม ปี 2515 ในพื้นที่ชนบท และเมือง โดยใช้การสัมภาษณ์สตรีที่แต่งงานแล้วและหัวหน้าครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่รวมพื้นที่มุสลิมในภาคใต้ด้วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมจะมี ผลมากขึ้นแค่นั้น ขึ้นอยู่กับความเหลื่อมล้ำในพื้นที่และเวลา อันได้แก่ความเหลื่อมล้ำ ระหว่างเมืองและชนบท ซึ่งในเมืองจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและ สังคมมากกว่าชนบท (จอห์น โนเดล, อภิชาติ จรัสสุทธิรักษ์ และ นิพนธ์ เทพวัลย์, อ้างแล้ว, 51)

3.3 การสำรวจอัตราเจริญพันธุ์ในประเทศไทย เริ่มใน ปี 2518 โดยสถาบัน ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานสถิติแห่งชาติ ภายใต้การอุปถัมภ์ของ การสำรวจอัตราเจริญพันธุ์โลก

3.4 การสำรวจการวางแผนครอบครัว อัตราเจริญพันธุ์และการตาย เริ่มในปี 2522 โดยสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นการสัมภาษณ์จากโครงการ สำรวจด้านเศรษฐกิจสังคม ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในปี 2515 โดยเพิ่มจำนวนครัวเรือนและ พื้นที่การศึกษาใหม่

3.5 การสำรวจการคุมกำเนิด เป็นการสำรวจข้อมูลถึงการใช้การคุมกำเนิดและ การเผยแพร่ รวมถึงการคาดการณ์การเกิดและการตายด้วย โครงการนี้เริ่มในเดือนธันวาคมปี 2521 - มกราคม ปี 2522 โดย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ (NIDA) และสถาบันประชากรศาสตร์ และวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้สัญญาจ้างกับ Westinghouse Health System ซึ่งข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจประกอบด้วย ข้อมูลทางสังคม ขนาดของครอบครัวที่ต้องการ การตายในเด็ก ทารกและเด็ก ข้อมูลด้านสุขภาพ อายุแต่งงานและการให้นมบุตร ข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานของ การวางแผนนโยบาย

3.6 การสำรวจสุขภาพ ประชากรไทย เริ่มในปี 2530 โดยสถาบัน ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.7 การใช้การคุมกำเนิดในประเทศไทย เริ่มในปี 2530 โดยและสถาบัน ประชากรศาสตร์และวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

4. การสำรวจอื่น ๆ ที่เป็นการสำรวจขั้นพื้นฐาน (UNFPA, 1988 : 34) เช่น

4.1 การสำรวจแรงงาน เริ่มใน ปี 2512

4.2 การสำรวจเด็กและเยาวชน เริ่มใน ปี 2517

4.3 การสำรวจการเคลื่อนย้ายประชากร เริ่มใน ปี 2519

ข้อมูลที่ได้จากสำมะโนประชากรและการสำรวจต่าง ๆ นี้ เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ด้านประชากร รายงานข้อมูลจากการศึกษาหลาย ๆ แห่ง ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการทำนโยบายและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบาย ในโครงการวางแผนครอบครัว และข้อมูลเหล่านี้จะถูกเผยแพร่ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ เช่น ถ้าเป็นข้อมูลการวางแผนครอบครัวจะถูกวิเคราะห์โดยโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติก่อน และจะส่งผลที่ได้จากการประเมินผลไปยังกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ (Wongboonsin. อ้างแล้ว : 40)

การที่โครงการวางแผนครอบครัวเป็นการดำเนินการร่วมกันของหลายสถาบัน เท่ากับว่าสถาบันเหล่านี้และองค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ ได้ทำวิจัยเป็นการประเมินผลโครงการวางแผนครอบครัวไปในตัวด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเชื่อถือในการวิจัยภาคสนามเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงโครงการวางแผนครอบครัว ซึ่งโครงการเหล่านั้นได้แก่

1. แบบทดสอบก่อนหลังการทำวิจัยเรื่องการวางแผนครอบครัวผ่านสื่อ เอกชนเป็นผู้ทำโครงการ

2. การศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในโครงการวางแผนครอบครัวในภาคเอกชน สถาบันประชากรศาสตร์และวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้รับผิดชอบโครงการภายใต้ทุน John Snow Inc.

3. การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนครอบครัว โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์เผยแพร่โดย UNFPA

นอกเหนือจากการประเมินผลโดยรัฐแล้ว ผู้กระทำการต่างชาติก็มีส่วนร่วมในการประเมินผล ที่เห็นได้คือ UNFPA พบว่ามีการประเมินโครงการวางแผนครอบครัวในรายงานประจำปี ซึ่งได้ข้อมูลมาจากรัฐและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ นอกเหนือจากความจำเป็นด้านข้อมูลแล้วที่ได้จากรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนต่างประเทศแล้ว กลุ่มประเทศผู้บริจาคก็ยังได้ใช้คู่มือรายงานขององค์กรต่างๆ รวมถึงงานวิจัยที่อ้างอิงในขอบเขตพื้นฐานของงานตนในการพิจารณางบประมาณด้วย ซึ่งปกติแล้วผู้บริจาคหลักอย่าง UNFPA จะมีส่วนในการตัดสินใจในการทำนโยบายหรือร้องขอความช่วยเหลือจากโครงการต่างๆ รวมถึงในส่วนของการพัฒนา

เอกชนต่างประเทศ ก็ได้ให้คำปรึกษาในกระบวนการประเมิน พวกเขาจัดหาข้อมูลในโครงการต่าง ๆ ด้วย

ในส่วนของผู้กระทำกรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รัฐ ภาคเอกชนมีบทบาทในการประเมินผลได้ก็ต้องขึ้นอยู่กับรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนเกือบทั้งหมดมีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พวกเขามีสมาชิกในคณะกรรมการประเมินผลของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ซึ่งการประเมินผลของ องค์กรพัฒนาเอกชนจะประเมินจากบริการของตนเอง และจากข้อมูลของรัฐ ซึ่งผลที่ได้จะนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายมากกว่าจะนำมาตัดสินใจในเรื่องผลกำไร เพราะองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งหมดไม่มีเป้าหมายในเรื่องนี้ ดังนั้นไม่พบว่ามีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชน ในการประเมินผลแต่อย่างใด ตัวอย่างของภาคเอกชนที่ทำการวิจัยด้านประชากร ได้แก่ บริษัทดีมาร์ จำกัด ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานของรัฐด้วย (Wongboonsin. อ้างแล้ว : หน้าเดิม)

ในการหาผลตอบรับในการทำนโยบาย ตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐเหล่านี้มีแหล่งที่จะใช้ในการวิจัยซึ่งรวมถึงการพบปะ สัมมนา ระดับชาติ, ท้องถิ่น, นานาชาติ ด้วย ตัวอย่างเช่น ในการวิจัยด้านอัตราเจริญพันธุ์ของไทย (TFRA) มีการประชุมด้านการวิจัยการเจริญพันธุ์ตั้งแต่ ปี 2525 โดยมี ASIN (Association for Strengthening Information on the National Family Planning Programme) เป็นผู้ให้การสนับสนุนในการสัมมนาระดับภาคและระดับชาติฟี่ มีตัวแทนจาก ASIN เข้าร่วมด้วย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เทคนิคและข้อมูลในด้านคุมกำเนิดกับหน่วยงานต่าง ๆ

ส่วนคลินิกเอกชนยังคงมีการรักษาด้านสถิติในการให้บริการของตัวเอง อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อมูลค่อนข้างน้อยและไม่ส่งผลในการใช้ทำนโยบายเช่นเดียวกับกลุ่มทางพาณิชย์ที่ไม่พบว่ามีส่วนในโครงการวางแผนครอบครัว (Deemar Inc., 1975)

สื่อมวลชนมีช่องทางในการรณรงค์โดยใช้สื่อ IEC มากขึ้นโดยได้รับการชักชวนจากรัฐในการให้รณรงค์เรื่องการให้บริการ ซึ่งทำให้ผู้ทำนโยบายมีการตระหนักถึงในรายงานของสื่อมากขึ้น

เช่นเดียวกับไทย หน่วยงานของรัฐบาลลาว ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการทำนโยบาย คือศูนย์สถิติแห่งชาติลาว ซึ่งก่อตั้งใน ปี 2518 ขณะนั้นยังเป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงการคลังและพาณิชย์ ได้จัดทำสำมะโนประชากรแห่งชาติ ปี 2528 โดยได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA และได้รับการช่วยเหลือด้านผู้เชี่ยวชาญจากเวียดนามและโซเวียตด้วย ในการเก็บข้อมูลได้แบ่งออกเป็น 2 รอบรอบละ 6 เดือนในช่วง ปี พ.ศ. 2531 - 2534

ซึ่งการสำรวจนี้พบว่ามียัตราเจริญพันธุ์ที่สูงและเป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการเพิ่มของประชากรลาว
ส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญของ ESCAP

ต่อมาใน ปี 2537 ศูนย์สถิติแห่งชาติจึงได้แยกตัวออกมาและสังกัดกับคณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ (UNFPA, 1996 : 42) และได้ทำการสำรวจยัตราเจริญพันธุ์และลูกห่าง
ใน ปี 2537 และทำซ้ำอีกครั้งใน ปี 2541 โดยได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA และใน ปี 2538 ได้
จัดทำสำมะโนประชากรแห่งชาติ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนและเทคนิคจาก SIDA และใน ปี 2544
ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรลาวโดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขโดยได้รับทุน
สนับสนุนจาก UNICEF (ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 2000) นอกจากนั้นยังมีการสำรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
การยัตราเจริญพันธุ์ เช่น

1. การสำรวจ Expenditure and Consumption Survey and Social Indicator Survey ปี 1992 - 1993

2. การสำรวจ Urban Labour Force Survey ปี 2535 - 2537

นอกจากศูนย์สถิติแห่งชาติแล้ว กระทรวงสาธารณสุข ก็มีบทบาทในการให้ข้อมูลให้
แก่รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขจะมีการทำแบบประเมินผลการทำงานในโครงการต่าง ๆ
ของกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกว่า MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) หรือการสำรวจ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในลาว ปี 2540 เช่นเดียวกับกระทรวงศึกษาธิการที่มี
การประเมินผลงานเช่นกัน เช่น The Community Cluster Survey ที่ได้รับการสนับสนุนจาก
UNFPA นอกเหนือจากการร่วมมือกับผู้บริจาคต่างชาตินี้แล้ว ในหน่วยงานของรัฐก็ยังคงมีความ
ร่วมมือกันเองในการทำวิจัย เช่น

1. โครงการวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว ปี 2540 เป็น
ความร่วมมือกันระหว่างสมาพันธ์แม่หญิงลาว กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์สถิติแห่งชาติ โดย
มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาถึงทัศนคติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์
และการคุมกำเนิด รวมถึงการพึงพิงในวัยเด็กและผู้สูงอายุ แรงงานเด็ก และอายุในการแต่งงาน

2. โครงการวิจัยในเรื่องสุขภาพวัยรุ่น ปี 2540 ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่าง
กระทรวงสาธารณสุขและสมาพันธ์แม่หญิงลาวและกลุ่มหนุ่มสาวลาว มีวัตถุประสงค์ในการ
ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดและการตายและการ
ทำแท้งเถื่อนในวัยรุ่น (State Planning Committee, 1997 : 6)

ในส่วนของผู้กระทำที่ไม่ใช่รัฐอื่น ๆ พบว่า ไม่มีการประเมินผลโครงการต่าง ๆ
ของรัฐแต่อย่างใด จะมีแต่พวกกลุ่มคลินิกและร้านขายยาที่มีการประเมินผลบ้างแต่เป็นการ

ประเมินผลการให้บริการของหน่วยงานเอง ไม่มีผลต่อการวางนโยบายของรัฐเช่นเดียวกับ สื่อมวลชน ที่มีแต่การนำเสนอข่าวสารและการทำงานของรัฐบาลเพียงอย่างเดียว (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 28/11/2000)

ตรงกันข้ามกับผู้กระทำการระดับนานาชาติก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมินนโยบาย โดยเฉพาะ UNFPA ที่เห็นได้ว่าเข้ามามีส่วนร่วมในการทำสำมะโนประชากรครั้งแรกของลาว และในการสำรวจครั้งต่อ ๆ มา UNFPA ก็ได้ให้การสนับสนุนมาโดยตลอด เช่นเดียวกับ ผู้บริจาคต่างชาติอื่น ๆ เช่น Sida, ESCAP, WHO, JOICEF เป็นต้น แต่ไม่พบว่าในส่วน ผู้กระทำการต่างชาติจะมีการทำวิจัยประเมินผลเองแต่จะเป็นการประเมินผลงานร่วมกับภาครัฐ เสียมากกว่าหรือประเมินจากข้อมูลทั้งภาครัฐและ องค์กรพัฒนาเอกชน (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติ, 27/11/2000) ซึ่งผิดกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติ ที่พบว่าบางกลุ่มมีการ ทำวิจัยประเมินโครงการของรัฐ เช่น มูลนิธิ Sans Frontiere ได้มีการสำรวจเมื่อปี 2537 ในด้าน การให้บริการลูกห่านในแขวงสละวัน หรือในปี 2538 Australian Red Cross ได้ร่วมมือกับ Lao Red Cross ได้ทำการสำรวจในด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในแขวงเวียงจันทน์และ สะหวันนะเขต ซึ่งรัฐก็ได้ใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการวางนโยบายประชากรด้วย (ngonvonrath, อ้างแล้ว)

นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2543 หลังจากมีการประกาศนโยบายประชากรลาว ได้มีการสำรวจงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของลาวใน 3 แขวงของลาวคือ สละวัน คำม่วนและเชียงขวาง โดย คณะผู้วิจัยจาก GTZ WHO UNDP UNFPA พบว่า ในส่วนของสุขภาพมารดา (Maternal Health) ร้อยละ 73 ของสตรีมีครรภ์ไม่ได้รับการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งใน ปี 2540 มีการสำรวจคุณภาพการให้บริการของบริการสุขภาพแม่และเด็ก (MCH) พบว่า มีการจัดหาอุปกรณ์ และคุณภาพการให้บริการสตรีมีครรภ์อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีฉุกเฉินซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในชุมชนที่พบว่าขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะและคลินิกในชุมชนที่จะทำให้มีการเปรียบเทียบในการให้บริการ

การสำรวจพบว่า การตั้งครรภ์ 'ไม่' ได้ถูกคาดหวังว่าไม่เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาในชีวิตประจำวันและบทบาทของสตรีในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมีน้อยมาก สามีและคนในครอบครัวจะเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจในการไปรับบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่า ทั้งชายและผู้นำในชุมชน ไม่ได้ตระหนักถึงสุขภาพในการตั้งครรภ์ แม้จะมีเจ้าหน้าที่สหพันธ์แม่หญิงลาวเป็นผู้ดูแลให้คำปรึกษาก็เป็นเพียงการให้ข้อมูลและตักเตือนเพียงเล็กน้อยมากกว่าที่จะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา นอกจากนั้นในการสำรวจพบว่าสตรีนิยมที่จะคลอดบุตร

ที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทแม้จะมีสถานอนามัยอยู่ใกล้บ้านก็ตาม สาเหตุหนึ่งมาจากความเชื่อว่าการไปรับบริการเป็นสิ่งผิดปกติและค่าใช้จ่ายราคาสูง รวมถึงความไม่มั่นใจในบริการของรัฐว่าจะได้รับการดูแลที่ดี เนื่องจากการขาดแคลนยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทำให้สตรีไม่ค่อยอยากรับบริการ ดังนั้นคุณภาพของการให้บริการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการคาดหวังของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนกลุ่มน้อย ที่พบว่าอุปสรรคทางภาษาก็มีส่วนสำคัญในการกีดกันการเข้าถึงบริการ

ในส่วนของการทำงานพบว่า สตรีส่วนใหญ่และบางแห่งได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนให้ไปทำแท้งในกรณีที่มีผลต่อร่างกายในการทำงาน แม้การทำแท้งจะเป็นสิ่งที่ผิดต่อกฎหมาย แต่ก็ไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก ดังนั้นจึงพบการทำแท้งได้ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน หรือข้ามไปยังประเทศเพื่อนบ้าน นั่นก็คือ ไทย ความยากลำบากในการเก็บข้อมูลทำให้ข้อมูลที่ได้จากการทำแท้งจึงมีน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่ยังไม่ได้สมรส และเยาวชน ข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าในหนึ่งเดือนพบสตรีที่ตกเลือดและติดเชื้อจากการทำแท้งประมาณ 7 - 20 คนและส่วนมากจะอยู่ในวัยรุ่น

ในด้านการให้บริการลูกหาพบ่ว่าจากข้อมูล ปี 1995 พบว่า สตรีลาวร้อยละ 20 ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบเดิมและร้อยละ 15 ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ โดยยาคุมกำเนิดเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด จากการสำรวจโดยทั่วไปพบว่าประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงการคุมกำเนิดค่อนข้างสูง ยกเว้นในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่ถึงการให้บริการ อย่างไรก็ตาม พบว่าการขาดรายละเอียดในความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์คุมกำเนิด มีผลต่อการคุมกำเนิดด้วย ในปี 1996 พบว่า สตรีมีความต้องการการคุมกำเนิดมากกว่าเดิม โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยทางเศรษฐกิจมาเกี่ยวข้อง

การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่อยู่ที่บริการสุขภาพแม่และเด็กในโรงพยาบาล ซึ่งอุปกรณ์ห่วงได้รับความนิยมน้อยกว่ายาเม็ดและถุงยาง ซึ่งหาซื้อได้ตามร้านขายยา ทว่าจากการพยายามขยายบริการไปยังชนเผ่าพบว่ามีปัญหา เนื่องจากสตรีในชนเผ่ายังมีความต้องการบุตรเพื่อใช้เป็นแรงงานมากกว่า แม้ว่าการให้บริการคุมกำเนิดของรัฐจะให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการแต่สตรีส่วนใหญ่เลือกที่จะเสียเงินกับภาคเอกชนมากกว่า เพราะคนทั่วไปคิดว่าของแพงจะมีคุณภาพที่ดีกว่าและยาบางอย่างเช่น ยาฉีด ต้องได้รับการสั่งจากแพทย์ ความไม่สะดวกเหล่านี้ทำให้อุปกรณ์คุมกำเนิดบางตัว เช่น ห่วงอนามัย และยาฉีดคุมกำเนิด ไม่ได้รับความนิยม นอกจากนั้นจากการสำรวจยังได้แนะนำว่าควรมีการปรับปรุงคุณภาพบุคลากรของ

สมาพันธ์แม่หญิงลาวให้มีทักษะในการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิดเหล่านี้ด้วย โดยเฉพาะในชนกลุ่มน้อยควรมีการชักชวนให้ชายเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ล้วนให้ความสำคัญแก่โรคเอดส์ค่อนข้างมาก และพบว่าสตรีมีความเสี่ยงในโรคนี้ค่อนข้างมากแม้จะทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทว่าในบางชุมชนกลับไม่ทราบถึงวิธีการป้องกัน จากการสำรวจพบว่า การให้การศึกษามีส่วนช่วยลดระดับระดับความกลัวลงได้

ถุงยางอนามัยเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจพบว่าถุงยางอนามัยยังไม่ได้รับการนิยมนอย่างแพร่หลาย รวมถึงการส่งเสริมจากกลุ่มหนุ่มสาวและองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่นำเสนอข้อมูลน้อยจนดูเหมือนไม่ให้ความสำคัญแก่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในด้านการให้บริการพบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหวในการรักษา จึงพบว่าสตรีส่วนมากนิยมรักษาแผนโบราณมากกว่าตรงกันข้ามกับชาย ที่การรักษาโรคเหล่านี้ถือเป็นเรื่องปกติ แต่อย่างไรก็ดี ชายส่วนมากนิยมที่จะรักษากับภาคเอกชนมากกว่ารัฐ

ในส่วนของสุขภาพวัยรุ่น ตั้งแต่ปี 1995 พบว่า ประชากรวัยรุ่นของลาวมีร้อยละ 23 ของจำนวนประชากรทั้งหมดและส่วนมากไม่ได้รับการศึกษาต่อในระดับมัธยม ซึ่งนำไปสู่ปัญหาแรงงานไร้คุณภาพและแรงงานเหล่านี้ก็เคลื่อนย้ายไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการสำรวจพบว่าเด็กวัยรุ่นนิยมชายไม่นิยมที่จะใช้ถุงยางอนามัย และมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงกว่าหญิง ความไม่นิยมไปรับบริการจากสถาบันสุขภาพแม่และเด็กแต่นิยมไปรับบริการจะเป็นร้านขายยามากกว่า ซึ่งสาเหตุที่สำคัญมาจากความอายและความประหม่า ทำให้การส่งเสริมการคุมกำเนิดและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ไม่ค่อยได้ผลในวัยรุ่น เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่จะตระหนักถึงผลร้ายของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ค่อนข้างมีความรู้จำกัดในเรื่องการป้องกัน แม้จะได้รับการอบรมจากกลุ่มหนุ่มสาวในโรงเรียนว่าการขาดแคลนสื่อเพื่อการศึกษาก็เป็นสาเหตุหนึ่ง

ผลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์นี้แสดงให้เห็นว่า สาเหตุที่ทำให้งานอนามัยเจริญพันธุ์ในลาวไม่ค่อยประสบความสำเร็จมาจาก การขาดการจัดการที่ดี การขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถแล้ว ปัญหาด้านวัฒนธรรมเช่น ปัญหาด้านเพศ (Gender) ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่องานอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย (UN, 2000 : 21 - 37)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านประชากรก็น่าจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของนโยบายประชากรลาว เนื่องจากลาวมีจำนวนประชากรต่อตารางไมล์ในระดับต่ำ คือ 59 คนต่อตารางไมล์

มีประชากรในเขตเมืองเพียงร้อยละ 17 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544) การที่ลาวมีประชกรน้อย ส่วนหนึ่งก็เป็นผลมาจากสงคราม ทำให้ลาวมีจำนวนประชากรต่อพื้นที่น้อยในขณะที่ลาวมีพื้นที่และทรัพยากรทางธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ ทำให้ประชากรลาวส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจึงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของนโยบายวางแผนครอบครัวประกอบกับการด้อยการศึกษาของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่เป็นลาวเทิงและลาวสูง ทำให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในลาวไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์สถิติแห่งชาติลาว, 28/11/2000)

วิเคราะห์ผลการดำเนินนโยบายเปรียบเทียบกรณีไทย และ สปป.ลาว

กระบวนการประเมินนโยบายนั้นมีความสำคัญยิ่ง การที่จะประเมินนโยบายได้นั้น นอกจากจะต้องมีเป้าหมายของนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนกำหนดได้ล่วงหน้าแล้ว ยังต้องอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการต่าง ๆ

ในกรณีของประเทศไทยนั้น จะเห็นชัดเจนว่า มีการเตรียมการอย่างเป็นขั้นตอน เป็นระบบก่อนที่จะมีการประกาศนโยบายประชากร รัฐได้มอบให้หน่วยงานต่าง ๆ ทำการศึกษาวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในด้านประชากรของประเทศ ตลอดจนศึกษาผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาประชากร ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการมีบุตรและการวางแผนครอบครัว

เมื่อมีการผนวกนโยบายประชากรเข้ากับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ก็ได้มีการระดมความคิดของทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้วางแผน นักวิชาการ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จไว้อย่างค่อนข้างชัดเจนเป็นรูปธรรม อาทิเช่น การกำหนดเป้าหมายอัตราการเพิ่มประชากรที่ต้องการให้เป็นไปเมื่อสิ้นแผน การกำหนดเป้าหมายของจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

นอกจากนี้ หน่วยงานรัฐยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในกระบวนการประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ของแนวโน้มประชากรอย่างต่อเนื่อง แหล่งข้อมูลที่มีทั้งจากสำมะโนประชากรซึ่งเป็นการแจงนับประชากรทั่วประเทศทุก ๆ 10 ปี ซึ่งให้ข้อมูลที่สำคัญ ๆ ในการภาพรวมของประเทศ ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การพัฒนาการจดทะเบียนเหตุการณ์ชีพ ก็เป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทางประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงมหาดไทย นอกจากนั้นยังมีการทำการ

วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ และระดับย่อยโดยหน่วยงานทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อศึกษาวิเคราะห์ประเด็นทางประชากรให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น อีกทั้งช่วยเสริมข้อมูลจากสำมะโนประชากรและทะเบียนราษฎร

นอกจากนี้ประเทศไทยยังยอมรับการประเมินของหน่วยงานที่ไม่ใช่รัฐ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศและนำมาใช้ในการปรับปรุงนโยบายและแผนการดำเนินงาน

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติประเทศไทย ยังประสบปัญหาในการประเมินประสิทธิภาพของนโยบาย แม้ว่าจะมีการรวบรวมข้อมูลในด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวจากหลายแหล่งแต่ก็ยังมีภาวการณ์วิพากษ์วิจารณ์ถึงความน่าเชื่อถือและความพอเพียงของข้อมูล ตลอดจนข้อมูลอาจจะไม่ได้ถูกนำไปใช้เต็มที่โดยผู้วางนโยบาย นอกจากนี้กระบวนการประเมินนโยบายยังมีวิธีการดำเนินงานต่างกันและหลายครั้งการประเมินเป็นลักษณะเฉพาะกิจมากกว่าการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Wongboonsin, 1995 : 47)

เมื่อเปรียบเทียบกับลาว แม้ว่าการประเมินนโยบายในไทยยังมีปัญหาและอุปสรรค แต่ก็ยังทำได้สะดวกกว่าเนื่องจากมีข้อมูลจากหลายแหล่งที่ค่อนข้างเป็นระบบมากกว่า ส่วนลาวนั้นยังขาดข้อมูลที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ ยังขาดแคลนบุคลากรภายในประเทศที่มีความสามารถที่จะมาช่วยในการรวบรวมและประเมินผล ข้อมูลจากการวิจัยมักเป็นระดับการวิจัยจากพื้นที่ย่อยยากที่จะสรุปเป็นภาพรวมของประเทศ นอกจากนี้ลาวยังมีรูปแบบการปกครองที่ไม่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานเอกชนหรือองค์การระหว่างประเทศเข้ามาทำการประเมินอย่างเต็มที่ เนื่องจากลาวไม่มีใครจะวางใจในประเทศตะวันตกมากนัก แม้ว่าปัจจุบันลาวจะได้เปิดประเทศและได้รับความช่วยเหลือจากประเทศตะวันตกมากขึ้นก็ตาม ทำให้ลาวเลือกที่จะดำเนินการพัฒนาประเทศในแบบของตนมากกว่าที่จะตามอย่างตะวันตก (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ UNFPA, 9/3/2001)

จากการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายของทั้งสองประเทศ จะพบว่า บริบททั้งในด้านการเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงผู้กระทำกร ไม่ว่าจะเป็นรัฐ เอกชน หรือองค์การระหว่างประเทศ ล้วนมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนแต่ละขั้นในกระบวนการนโยบาย เริ่มตั้งแต่การระบุประเด็นปัญหา การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายและ กระบวนการประเมินนโยบาย โดยบริบทและผู้กระทำกรในไทยและลาวมีความแตกต่างและมีระดับความสำคัญต่อนโยบายประชากรต่างกันไป โดยเหตุนี้จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการวิเคราะห์ต่อไปว่า ในภาพรวมแล้วจากการดำเนินตามกระบวนการนโยบายนั้น ผลการดำเนินการเป็นอย่างไร สมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด การวิเคราะห์ในบทนี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ ในกรณีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการของไทยกับลาวนั้น จะเน้นการดำเนินการในช่วง

ประกาศนโยบายประชากร จนถึงการผนวกนโยบายดังกล่าวเข้ากับแผนพัฒนาของทั้ง 2 ประเทศ ซึ่งในกรณีของลาวจะเริ่มตั้งแต่ช่วงประกาศนโยบายลูกห่างจนถึงปัจจุบัน แต่ในกรณีของไทยจะเริ่มจาก ปี พ.ศ. 2513 จนถึง ปี พ.ศ. 2518 ซึ่งอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นเพียงช่วงแรกของการดำเนินนโยบายในไทย หากนับถึงปัจจุบันไทยได้ดำเนินงานเป็นเวลามากกว่า 30 ปีแล้ว นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในส่วนของคุณสมบัติที่ได้จากลาวเนื่องจาก ระบบข้อมูลในลาวยังอยู่ระหว่างการพัฒนา ข้อมูลในปี พ.ศ. 2543 ที่นำมาใช้นี้เป็นข้อมูลที่คาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินนโยบายในช่วงแรกของไทยและลาวนี้จะพิจารณาจากดัชนีทางด้านประชากรเป็นหลัก ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงดัชนีภาวะประชากรของไทยและลาวในช่วงเริ่มต้นและผนวกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

	ประเทศไทย			ประเทศลาว	
	พ.ศ.2513 ¹	พ.ศ.2518 ¹	พ.ศ.2543 ¹	พ.ศ.2538 ²	พ.ศ.2543 ¹
1. อัตราการเพิ่มประชากร	3.0 ⁴	2.5 ⁴	0.93	2.8	2.6
2. ภาวะเจริญพันธุ์					
2.1 อัตราเกิด	41.8	35.1	16.7	43	39.6
2.2 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด	6.1	4.9	1.74-2.0	6.5	5.6
3. ภาวะการตาย					
3.1 อัตราการตาย	11.4	9.3	6.7	15	13.4
3.2 อัตราตายทารก	84	65	29	104	93
3.3 อายุคาดหมาย การดำรงชีพเมื่อแรกเกิด					
รวม	56.7	59.6	68.8	53.5	-
ชาย	54.7	57.7	65.8	52.0	-
หญิง	59.0	61.6	72.0	55.0	-

ตารางที่ 2 แสดงดัชนีภาวะประชากรของไทยและลาวในช่วงเริ่มต้นและผนวกใน
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ต่อ)

	ประเทศไทย			ประเทศลาว	
	พ.ศ.2513 ¹	พ.ศ.2518 ¹	พ.ศ.2543 ¹	พ.ศ.2538 ²	พ.ศ.2543 ¹
4. โครงสร้างทางอายุ ร้อยละของประชากร ในแต่ละกลุ่มอายุต่อ ประชากรทั้งหมด					
- ร้อยเด็ก(0-14 ปี)	46.2	44.9	25.3	44.8	-
- ร้อยแรงงาน(15-19 ปี)	49.0	50.4	66	51.6	-
- ร้อยสูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)	4.8	4.7	87	4.8	-
5. อัตราการใช้วิธีการ คุมกำเนิดของสตรีสมรส อายุ 15 - 44 ปี	14.4	37	74	9	19 ³

- ที่มา :
1. United Nation, 1999. World Population Prospects : 1998
 2. ศูนย์สถิติแห่งชาติ คณะกรรมการแผนการแห่งรัฐ. (1995)
 3. สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ, 2515. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่3 พ.ศ. 2515 - 2519
 4. United Nation Population Fund, 2000. The State of World Population : 2000

จากตารางจะเห็นได้ว่าจะเห็นได้ว่า ในไทยอัตราการเพิ่มของประชากรได้ลดลงตามเป้าของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 จาก 3.0 ในปี พ.ศ. 2513 เหลือ 2.5 ในปี พ.ศ. 2518 และลดลงเหลือ 0.93 ใน ปี พ.ศ. 2543 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด พบว่าได้ลดลงจาก 6.1 ใน ปี พ.ศ. 2513 เหลือ 4.9 ในปี พ.ศ. 2518 และเหลือเพียง 1.74 - 2.0 ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทน

ด้านอัตราการตายและการตายของเด็กทารก มีการปรับลดลงอย่างมาก โดยอัตราการลดลงจาก 11.4 ใน ปี พ.ศ. 2513 เหลือเพียง 9.3 ใน ปี พ.ศ. 2518 และ 6.7 ใน ปี พ.ศ. 2543

ส่วนอัตราการตายของเด็กทารกก็ลดลงจาก 84 ใน ปี พ.ศ. 2513 เหลือ 65 ใน ปี พ.ศ. 2518 และเหลือเพียง 29 ในปัจจุบัน

ด้านอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดของสตรีที่สมรสอายุ 15 - 44 ปี พบว่า ในไทย มีอัตราการใช้การคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างเท่าตัวหลังจากที่มีการประกาศนโยบายประชากรในปี พ.ศ. 2513 คือ เพิ่มขึ้นจาก 14.4 เป็น 37 ใน ปี พ.ศ. 2518 และเพิ่มถึง 74 ในปี พ.ศ. 2543 จากการเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดที่สตรีไทยนิยมมากที่สุดคือการใช้ยาคุมกำเนิด และในส่วนของให้บริการ พบว่า สตรีไทยนิยมไปรับบริการของรัฐมากที่สุด (ในเดล จอห์น, อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ และ นิพนธ์ เทพวัลย์, 2530)

ใน สปป.ลาว พบว่า มีการลดลงบ้างของอัตราการเพิ่มของประชากร โดยลดลงจาก 2.8 ใน ปี พ.ศ. 2538 เหลือเพียง 2.6 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นอัตราการลดที่น้อยมากเมื่อเทียบกับไทย สาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรในลาวลดน้อยลงเนื่องมาจาก ในช่วงแรกของนโยบายลูกห่าง เป้าหมายของนโยบายมุ่งเน้นไปที่การลดอัตราการตายในแม่และเด็ก แต่ไม่ได้ระบุเรื่องอัตราเพิ่มประชากรอย่างชัดเจน ทำให้ไม่สามารถที่จะประเมินผลได้อย่างเต็มที่

ส่วนอัตราการเกิดและอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด พบว่า ลดจาก 43 ในปี พ.ศ. 2538 เหลือ 39.6 ในปี พ.ศ. 2543 ส่วนอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดพบว่าลดลงจาก 6.5 เหลือ 5.6 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นการปรับตัวลดลงเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับไทย

เช่นเดียวกับอัตราการตายและอัตราตายของทารก ที่พบว่าการปรับลดลงเล็กน้อย คือ ในส่วนของอัตราตายจาก 15 ใน ปี พ.ศ. 2538 เหลือ 13.4 ใน ปี พ.ศ. 2543 อัตราตายของทารก ลดจาก 104 ในปี พ.ศ. 2538 เหลือ 93 ในปี พ.ศ. 2543

ในส่วนของการใช้วิธีการคุมกำเนิดของสตรี พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการใช้การคุมกำเนิดเกือบคือ จากร้อยละ 9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2543 แต่ก็ยังน้อยเมื่อเทียบกับไทยในระยะเริ่มต้นของนโยบาย

นอกจากการประเมินผลการดำเนินงานจากดัชนีทางด้านประชากรข้างต้นแล้ว ยังมีงานวิจัยที่ได้ประเมินผลของโครงการวางแผนครอบครัวและงานอนามัยเจริญพันธุ์ที่สามารถนำมาใช้พิจารณาเสริมการวิเคราะห์ในส่วนนี้ คือ งานวิจัย John Ross และ John Stover (1999) ที่ดำเนินการประเมินกำลังความสามารถด้านโครงการวางแผนครอบครัวของรัฐบาลในประเทศกำลังพัฒนา จำนวน 89 ประเทศ รวมถึงประเทศไทยและประเทศลาวด้วย งานวิจัยชิ้นนี้เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้กับผู้เกี่ยวข้อง 4 กลุ่มด้วยกัน คือเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลใน

ประเทศกำลังพัฒนา ที่รับผิดชอบโครงการวางแผนครอบครัวโดยตรง องค์กรผู้ให้ทุนสนับสนุนโครงการ อาทิเช่น UNFPA ธนาคารโลก USAID และองค์กรเอกชนอื่น รวมถึง สมาพันธ์วางแผนครอบครัวนานาชาติ (International Planned Parenthood Federation) นอกจากนั้นก็ยังมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนของแต่ละประเทศ โดยเลือกจากประชาชนที่คุ้นเคยหรือทราบเกี่ยวกับนโยบาย แต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการจัดการหรือการดำเนินงานโดยตรง ส่วนกลุ่มสุดท้ายเป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มชาวต่างชาติที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกับโครงการวางแผนครอบครัว การประเมินดำเนินการโดยการรวมเป็นคะแนนจากคำตอบที่ได้รับและสร้างเป็นดัชนีกำลังความสามารถในภาพรวม และแยกพิจารณาตามองค์ประกอบ เป็น 4 ดัชนี คือ ดัชนีด้านนโยบาย ด้านบริการ ด้านการประเมิน และความพอเพียงและความหลากหลายของวิธีการวางแผนครอบครัว

จากผลการศึกษาของ Ross และ Stover พบว่า ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 ได้คะแนนสูงถึงร้อยละ 75 ในดัชนีรวมด้านกำลังความสามารถในการดำเนินโครงการ และจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการดำเนินด้านการวางแผนครอบครัวเข้มแข็งที่สุด เมื่อแยกพิจารณาเป็น 4 ด้านพบว่าไทยได้คะแนนด้านนโยบาย ร้อยละ 61 ด้านบริการ ร้อยละ 72 ด้านการประเมินได้คะแนนสูงถึง ร้อยละ 95 ส่วนดัชนีด้านความเพียงพอและความหลากหลายของวิธีการคุมกำเนิดได้คะแนนถึงร้อยละ 89

ในขณะที่ลาว ได้รับการคะแนนการประเมินในภาพรวมของกำลังความสามารถของโครงการเพียงร้อยละ 39 ซึ่งแม้ว่าคะแนนจะเพิ่มขึ้นจาก 5 ปีที่แล้ว แต่ก็ยังจัดอยู่ในประเทศที่มีขีดความสามารถของโครงการในระดับค่อนข้างต่ำ โดยลาวได้คะแนนทางด้านนโยบายร้อยละ 51 ด้านบริการร้อยละ 41 ด้านการประเมินร้อยละ 36 ด้านความพอเพียงของวิธีการได้คะแนนต่ำมากเพียงร้อยละ 18

จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการวิเคราะห์จากดัชนีทางประชากร ว่าในลาวยังต้องปรับปรุงการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวและการอนามัยอีกมาก โดยเฉพาะในด้านการประเมินซึ่งหมายความว่าต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ดี มีความน่าเชื่อถือ และมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ลาวยังต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในการที่จะจัดหาอุปกรณ์การคุมกำเนิดให้พอเพียงและมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

สาเหตุที่ทำให้การคุมกำเนิดในลาวไม่ค่อยประสบความสำเร็จ เนื่องมาจากการกระจายบริการสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึง แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการของรัฐ ทว่าในส่วนของการบริการของรัฐเองก็ยังขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์และบุคลากร ทำให้

บริการของรัฐไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล

นอกจากนี้ ลาวยังมีโครงการด้านสุขภาพหลายโครงการ และแต่ละโครงการก็ยังมีหน่วยงานรับผิดชอบแตกต่างกันไป การทำงานจึงมีลักษณะที่ต่างคนต่างทำ การที่มีโครงการหลายโครงการแต่ไม่มีการกำหนดลำดับชั้นความสำคัญก่อนหลังของโครงการ การทำงานหลาย ๆ โครงการพร้อมกัน ทำให้งานไม่มีประสิทธิภาพยากที่จะประสบความสำเร็จ ดังเช่น กรณีลูกहांของลาว ที่มีมานานแล้วแต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งตรงกันข้ามกับไทย ที่โครงการวางแผนครอบคลุมประสบความสำเร็จก่อนแล้วจึงค่อยขยายไปในส่วนการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ด้านอื่น ๆ รวมถึงการที่ไทยมีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีทั้งในภาครัฐและเอกชน ทำให้งานด้านการวางแผนครอบครัวของไทยประสบความสำเร็จ

นอกจากนั้นปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็วในลาว ถ้ายังเพิ่มอยู่ในระดับสูงเช่นนี้ ในอนาคตลาวจะประสบปัญหาในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่จะไม่มีเพียงพอรองรับจำนวนประชากร ซึ่งรัฐจะต้องมีการเร่งขยายบริการทางการศึกษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจจะทำให้ขาดแคลนคุณภาพ