កម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក

Partnering to Save Lives

របាយការណ៍អង្កេតជាមូលដ្ឋាន

ការវិភាគស្ថានភាពសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ក្នុង៨ខេត្តនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

អ្នកដឹកនាំការអង្កេត: លោក អ៊ីរ ប៉, វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ

ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៤

សេចក្តីសង្ខេប

ផ្អែកលើវឌ្ឍនភាពដែលគួរឲ្យកត់សម្គាល់ផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក នៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជានាពេលថ្មីៗនេះ កម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក (PSL) ប្រមូលផ្តុំនូវចំណុចខ្លាំងបង្គ្រប់របស់រដ្ឋាភិបាល និងអង្គការដៃគូ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅរបស់ផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារក ហើយនិងលើសពីនេះទៅទៀត។ កម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក គឺជាភាពជាដៃគូរវាងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដែលជាអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីចំនួនបី (អង្គការឃែរកម្ពុជា អង្គការម៉ារីស្តូបអន្តរជាតិកម្ពុជា និងអង្គការសេវជីវិតកុមារ) ជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា និងក្រសួងការបរទេស និងពាណិជ្ជកម្មអូស្ត្រាលី (DFAT)។

គោលដៅរបស់កម្មវិធី PSL គឺ ជួយជីវិតមាតា និងទារកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា តាមរយៈការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព ការទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក តាមរបៀបយុទ្ធសាស្ត្រធ្វើការជាដៃគូ។

បន្ទាប់ពីការអនុវត្តសកម្មភាពរយៈពេលបីឆ្នាំ កម្មវិធីរំពឹងថានឹងទទួលបានលទ្ធផលចម្បងៗចំនួន៦៖

- គុណភាពសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកសម្រាប់ប្រជាជនគោលដៅកាន់តែប្រសើរឡើង
- លើកកម្ពស់សមធម៌នៃការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដ៏សមស្របសម្រាប់ប្រជាជនគោលដៅ
- ធ្វើឲ្យសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកកាន់តែឆ្លើយតបត្រូវទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជា-ជនគោលដៅ
- ឥរិយាបថរបស់ប្រជាជនគោលដៅទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក កាន់តែប្រសើរ

- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងការបញ្ចូលរបៀបថ្មីដោយផ្អែកលើភស្តុតាង រួមចំណែកធ្វើឲ្យគោលនយោបាយ និងការអនុវត្តន៍កាន់តែប្រសើរឡើង
- គំរូភាពជាដៃគូមួយដែលបង្ហាញពីវិធីសាស្ត្រមានផលជះខ្ពស់និងការចំណាយ មានប្រសិទ្ធភាពដើម្បីសម្រេចលទ្ធផលសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក

ដើម្បីសម្រេចលទ្ធផលទាំងនេះ កម្មវិធីធ្វើការលើការងារបីផ្នែក: ធ្វើឲ្យការផ្តល់សេវាសុខភាពកាន់តែប្រសើរ ពង្រឹងសមត្ថភាព និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និងប្រែក្លាយការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងចំណេះដឹងទៅជាគោលនយោបាយ។

កម្មវិធី PSL ផ្តោតជាសំខាន់លើការផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកទាំងស្រុង នៅតំបន់ភូមិភាគឦសាន ដែលជាតំបន់មានសេវាសង្គមតិចតួច រួមមានខេត្តក្រចេះ មណ្ឌលគីរី រតនគីរី និងស្ទឹងត្រែង។ ការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពផ្នែកសេវាពន្យារកំណើត និងការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ត្រូវបានជួយគាំទ្រនៅខេត្តចំនួន១៧បន្ថែមទៀត។ កម្មវិធី PSL ក៏ធ្វើការងារដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និង ទារក សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងដែលងាយរងគ្រោះកំពុងធ្វើការក្នុងរោងចក្រកាត់ដេរនៅរាជធានីភ្នំពេញ និងខេត្តកណ្តាលផងដែរ។

កម្មវិធី PSL បានជ្រើសរើសអ្នកស្រាវជ្រាវឯករាជ្យមួយដើម្បីធ្វើការអង្កេតជាមូលដ្ឋាន។ គោលបំណងទូទៅនៃការអង្កេតនេះរួមមាន:

១.បង្កើតតម្លៃសូចនាករ និងផ្តល់នូវព័ត៌មានជាមូលដ្ឋាន ដែលកម្មវិធី PSL អាចធ្វើការត្រួតពិនិត្យ និងវាស់វែងពីភាពរីកចម្រើនដោយធៀបនឹងលទ្ធផលរបស់កម្មវិធី

២.ប្រមូល និងវិភាគព័ត៌មានដែលនឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីការអនុវត្តន៍កម្មវិធី និងការកែសម្រួលសូចនាករ និងចំនួនដែលបានកំណត់នៅពេលចាំបាច់។

យោងតាមការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងវិភាគឯកសារដែលមានស្រាប់ ទិន្នន័យដែលប្រើសម្រាប់វាស់វែងសូចនាករត្រូវប្រមូលតាមរយៈ៖

- ការអង្កេតបែប cross-sectional survey ក្នុងចំណោមស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិគោលដៅចំនួនប្រាំរបស់កម្មវិធី PSL ក្នុងខេត្តភាគឦសានរួមមានខេត្តក្រចេះ មណ្ឌលគីរី រតនគីរី និងស្ទឹងត្រែង (តំបន់១) និងស្រុកប្រតិបត្តិសម្រាប់ប្រៀបធៀបចំនួនបួនទៀតក្នុងខេត្តបាត់ដំបង កោះកុង ពោធិ៍សាត់ និងខេត្តព្រះសីហនុ (តំបន់២)
- សម្ភាសជាមួយប្រធានស្រុកប្រតិបត្តិអំពីសេវាសុខភាពមាតា និងទារក ក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិទាំង៩
- ការវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC) ក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួនប្រាំនៅខេត្តភាគឦសាន។

អ្នកធ្វើអង្កេតបានជ្រើសរើសស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រជ្រើសរើសសំណាកតាមរបៀប multi-stage cluster sampling ដោយជាដំបូងជ្រើសរើស៦០ភូមិ (ក្រុម) សម្រាប់តំបន់នីមួយៗ និងបន្ទាប់មកជ្រើសរើស ២២គ្រួសារក្នុងភូមិនីមួយៗ។ ពួកគេប្រើបញ្ជីសំណួរលក្ខណៈគ្រួសារសម្រាប់សម្ភាសមេគ្រួសារ និងបញ្ជីសំណួរស្ត្រីសម្រាប់សម្ភាសស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជក្នុងគ្រួសារនីមួយៗ។ អ្នកធ្វើអង្កេតបានសម្ភាសស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជចំនួន១,៤១២នាក់ ពី១,៣១៨គ្រួសារ នៅតំបន់១ និងស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជចំនួន ១,៣៥០នាក់ ពី១,៣២០គ្រួសារនៅតំបន់២។ បញ្ជីសំណួរសម្រាប់ស្ត្រី រួមមាន៧ផ្នែក:

១.ទិន្នន័យអំពីគ្រួសារ និងលក្ខណៈសំគាល់របស់ស្ត្រី

២.ព័ត៌មានសំខាន់ៗទាក់ទងនឹងស្ត្រី រួមមានអាយុ ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ កម្រិតអប់រំ និងសាសនា

៣.ស្ថានភាពកម្សោយផ្នែកមុខងារ ឬពិការភាពរបស់ស្ត្រី រួមបញ្ចូលទាំង ភាពកម្សោយផ្នែកវិញ្ញាណ រាងកាយ សតិបញ្ញា និងការទំនាក់ទំនង

៤.ចំណេះដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើតរបស់ស្ត្រី

៥.បទពិសោធន៍របស់ស្ត្រីក្នុងការមានផ្ទៃពោះ និងព័ត៌មានទាក់ទងទៅនឹងការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ការថែទាំពេលសម្រាល ការថែទាំទារកទើបកើត ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល ការរំលូតកូន និងការថែទាំក្រោយរំលូតកូន

៦.សេចក្តីពេញចិត្ត ការបញ្ជូន ការចំណាយលើសុខភាព និងយន្តការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ស្ត្រីដែលបានប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកក្នុងរយៈពេល១២ ខែមុន

៧.ចំណេះដឹងរបស់ស្ត្រីអំពីសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក និងភាពជឿជាក់លើខ្លួនឯងទាក់ទងនឹងការពន្យារកំណើត និងការបដិសេធន៍ក្នុងការរួមភេទ។

តារាងខាងក្រោមសង្ខេបលទ្ធផលអង្កេតដែលទាក់ទងជាមួយនឹងសូចនាករសំខាន់ៗរបស់កម្មវិធី PSL

កម្រិតលទ្ធផល	សូចនាករ	ខេត្តគោលដៅ*	លទ្ធផល
លទ្ធផលចុងបញ្ចប់កម្មវិធី			
គុណភាពសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក សម្រាប់ប្រជាជនគោលដៅកាន់តែប្រសើរឡើង	O១.២. %ស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយបុគ្គលិកជំនាញសម្រាលកូន(SBA)	KRT, MKR, RAT, STG	50.9%
	O១.៤. % ទារកទើបកើតមានទម្ងន់តិចជាង ២,៥០០ក្រ	KRT, MKR, RAT, STG	5.7%
លើកកម្ពស់សមធម៌នៃការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដ៏សមស្រប សម្រាប់ប្រជាជនគោលដៅ	O២.១. % ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប	KRT, MKR, RAT, STG, BAT, KKG, PUR, SHV	26.8%
ធ្វើឲ្យសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក កាន់តែឆ្លើយតបត្រូវទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជាជនគោលដៅ	O៣.២. %ស្ត្រីដែលបានទទួលការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប	KRT, MKR, RAT, STG	26.3%
	O៣.៣. % ប្រជាជនគោលដៅដែលបានរាយការណ៍ពីការពេញចិត្តយ៉ាងខ្លាំងជាមួយសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដែលបានផ្តល់ឲ្យ	KRT, MKR, RAT, STG	41.6%
ឥរិយាបថរបស់ប្រជាជនគោលដៅទាក់ទងនឹងសុខភាព បន្តពូជ មាតា និងទារកកាន់តែប្រសើរ	O៤.១. % ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលអាចកំណត់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់យ៉ាងតិច៥ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	KRT, MKR, RAT, STG	3%

	O៤.២. % ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានទទួលការពិនិត្យ ៤ដង ឬលើស (ANC4⁺)	KRT, MKR, RAT, STG	47%
	O៤.៣. % ស្ត្រីបានទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាល ២ដង ឬលើស(PNC2⁺)	KRT, MKR, RAT, STG	59%
	O៤.៤. % ស្ត្រី (អ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប) ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត រយៈពេលវែង ឬ អចិន្ត្រៃយ៍ (LAPM)	KRT, MKR, RAT, STG, BAT, KKG, PUR, SHV	23.5
លទ្ធផលរយៈពេលមធ្យម (លទ្ធផលរយៈពេល៣ឆ្នាំ)			
មូលដ្ឋានសុខាភិបាលមានសមត្ថភាព និងធនធានកាន់តែប្រសើរ ដើម្បីសម្រេចលទ្ធផលផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយមរណៈភាពម្តាយ និងទារក	I១.១. % មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានដំណើរការសេវាសង្គ្រោះ បន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC)	KRT, MKR, RAT, STG	0/7
សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដែលប្រកបដោយ សមធម៌ និងផ្តោតលើអតិថិជន ត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	I២.១. # ចំនួនអ្នកចូលរួមសរុបក្នុងកិច្ចប្រជុំសម្ព័ន្ធក្រុមធ្មប (MCAT)ក្នុង១ឆ្នាំ	KRT, MKR, RAT, STG	54/ quarter
យន្តការហិរញ្ញវត្ថុជួយសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក	I៥.១. % ប្រជាជនគោលដៅទទួលសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដែលបានប្រើប្រាស់យន្តការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងរយៈពេល១២ខែមុន	KRT, MKR, RAT, STG, BAT, KKG, PUR, SHV	10.3%

យុទ្ធសាស្រ្តផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង (BCC)ដើម្បីសុខភាព បន្តពូជ មាតា និងទារកត្រូវបានបង្កើតឡើង និងបានអនុវត្ត	I៦.២. %ប្រជាជនគោលដៅអាចកំណត់ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ចំនួន៣ របស់ទារកទើបកើត	KRT, MKR, RAT, STG	11.3%
	I៦.៣. % ស្ត្រីដែលគិតថាខ្លួនត្រូវបានគេផ្តល់សិទ្ធិអំណាចក្នុងការពិភាក្សា និងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប	KRT, MKR, RAT, STG, BAT, KKG, PUR, SHV	25.3%
	I៦.៤. % ស្ត្រីដែលដឹងថា ការរំលូតកូនគឺជាអំពើស្របច្បាប់	KRT, MKR, RAT, STG, BAT, KKG, PUR, SHV	11.7%
	I៦.៥. % ស្ត្រីសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញសម្រាលកូន (SBA)	KRT, MKR, RAT, STG	58.8%
តម្រូវការរបស់សហគមន៍សម្រាប់សេវា សុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកមានការកើនឡើង	I៧.២. # ចំនួនតំបន់គ្របដណ្តប់ដោយមណ្ឌលសុខភាពដែលបាន អនុវត្តការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅតាមសហគមន៍	KRT, MKR, RAT, STG	37

*BAT = Battambang; KKG = Koh Kong; KRT = Kratie; MKR = Mondul Kiri; PUR = Pursat; RAT = Ratanak Kiri; SHV = Preah Sihanouk; STG = Stung Treng.

គ្រួសារនៅភូមិភាគឦសាន (តំបន់១) ក្រជាងគ្រួសារនៅតំបន់២ ជាអត្ថន័យ(significant) ដោយមានសមាមាត្រខ្ពស់ក្នុងកម្រិតក្រខ្លាំងជាងគេ២កម្រិតក្នុងចំណោម៥ (Quintile[1]) (៤៩.៣% និង៣០.៧%) ហើយចំនួនប្រជាជនដែលមានអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណក្រីក្រមានចំនួនច្រើន (៣១.៩% និង៣០.១%)។ មិនដូចតំបន់២ទេ តំបន់១គ្មានភាពស៊ីគ្នារវាងសមាមាត្រគ្រួសារដែលមានប្រជាជនក្រីក្រ២ភាគ៥ (៤៩.៣%) និងប្រជាជនដែលមានអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណក្រីក្រច្រើន (៣១.៩%)។ នេះអាចឆ្លុះបញ្ចាំងពីភាពខុសគ្នា នៃវិធីសាស្រ្តដែលប្រើប្រាស់ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណភាពក្រីក្រសម្រាប់សូចនាករទាំងពីរនេះ ឬក៏អាចមានការចូលរួមតិចតួចក្នុងដំណើរការប៉ាន់ប្រមាណអត្តសញ្ញាណកម្មគ្រួសារក្រីក្រនៅភូមិភាគឦសាន។ ចំណុចកណ្តាល(Median)នៃការចំណាយលើសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក រវាងតំបន់ទាំងពីរមានភាពប្រហាក់ប្រហែលគ្នា គឺជុំវិញ៨ដុល្លារក្នុងរយៈពេល១២ខែ ប៉ុន្តែមានតែ៦.៨%នៃអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកក្នុងតំបន់១ និង១៣.៦% នៅតំបន់២ប៉ុណ្ណោះដែលបានប្រើប្រាស់យន្តការគាំទ្រហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីទទួលសេវា។ លទ្ធផលបង្ហាញពីសារៈសំខាន់នៃការបង្កើនការយល់ដឹង និងលទ្ធភាពទទួលបានយន្តការគាំទ្រហិរញ្ញវត្ថុ ជាពិសេសសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ។

ប្រហែលជា៣០%នៃស្រ្តីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលបានធ្វើសម្ភាសក្នុងតំបន់១ មកពីជនជាតិដើមភាគតិច ១០ជនជាតិ។ នេះមានទំនាក់ទំនងសំខាន់សម្រាប់ការរៀបចំសកម្មភាពផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង ពីព្រោះភាសាខ្មែរប្រហែលមិនមែនជាភាសាកំណើតរបស់ពួកគេនោះទេ។ ជនជាតិដើមភាគតតិចផ្សេងៗ ក៏ប្រកាន់ជំនឿបែបបុរាណដែលទាក់ទងទៅនឹងសុខភាព បន្តពូជ មាតា និងទារកផងដែរ ដែលអាចមានឥទ្ធិពលលើឥរិយាបថ និងដែលគួរតែយកមកធ្វើការពិចារណានៅពេលរៀបចំការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង។ ភាសា និងជំនឿវប្បធម៌ខុសៗគ្នា ក៏អាចជាឧបសគ្គរាំងលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពន្តពូជ មាតា និងទារកដែរ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាមិនស្គាល់ពួកគេច្បាស់នោះទេ។ ស្ថានភាពអប់រំមានកម្រិតទាបរបស់ស្រ្តីក្នុងវ័យបន្តពូជនៅភូមភាគឦសាន មានទំទាក់ទំនងនឹងការរៀបចំសម្ភារផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាម-រយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង ពីព្រោះសម្ភារអប់រំដែលសរសេរនោះ ទំនងជាមិនសមស្របសម្រាប់ស្រ្តីលើសពី១ភាគ៤ដែលមិនទទួលបានការអប់រំ។

នេះគឺជាលើកទីមួយហើយ ដែលប្រភេទបញ្ជីសំណួរខ្លីៗជាស៊េរីរបស់ក្រុមវ៉ាស៊ីនតោនត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីវាស់ស្ទង់ប្រេវ៉ាឡង់ពីកម្រិតភាពកម្សោយមុខងារ ឬពិការភាពក្នុងសហគមន៍ ដែលអ្នកផ្តល់ចម្លើយជាអ្នកកំណត់ដោយខ្លួនឯង។ ជារួម ៩.៧%នៃស្រ្តីក្នុងវ័យ

[1]_ Distribution of households by wealth quintile, Q1: Poorest, Q2, Q3, Q4, & Q5: Richest

បន្តពូជមានភាពកម្សោយមុខងារធ្ងន់ធ្ងរ ឬទាំងស្រុង និង៤៥% (៤៩.៤% ក្នុងតំបន់១ និង ៣៨.៤% ក្នុងតំបន់២) មានភាពកម្សោយមុខងារខ្លះៗ។ កម្សោយមុខងារធ្ងន់ធ្ងរច្រើនជាងគេ គឺគំហើញ ឬ ទាក់ទងនឹងការផ្តោតអារម្មណ៍ ឬការចងចាំ។ កម្រិតនៃកម្សោយមុខងារក្នុងចំណោមស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលបានធ្វើការអង្កេត បង្ហាញពីសារៈសំខាន់នៃការពិចារណាពីតម្រូវការរបស់ពួកគេ នៅពេលរៀបចំបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង និងការខិតខំប្រឹង-ប្រែងដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាព។

លទ្ធផលទាំងនេះបង្ហាញថា អត្រាលទ្ធភាពមានកូនក្នុងតំបន់១(ស្ត្រីម្នាក់មានកូន៣.៧២នាក់) ខ្ពស់ជាងតំបន់២(ស្ត្រីម្នាក់មាន៣.៥០នាក់) ជាអត្ថន័យ(significant)។ តាមរបាយការណ៍អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា(CDHS) ឆ្នាំ២០១០ បង្ហាញថា អត្រាលទ្ធភាពមានកូននៅខេត្តក្នុងតំបន់២ស្ថិតនៅជុំវិញមធ្យមថ្នាក់ជាតិ៣នាក់ គឺស្ថិតនៅចន្លោះពី២.៩-៣.៤នាក់ ចំណែកឯខេត្តក្នុងតំបន់១វិញ អត្រាលទ្ធភាពមានកូនចន្លោះពី៣.៥ទៅ៤.៥នាក់។ ខណៈពេលដែលអត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់ និងស្ត្រីរៀបការក្នុងវ័យបន្តពូជ និងសមាមាត្រនៃអ្នកប្រើប្រាស់ដែលជ្រើសរើសមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង ឬអចិន្ត្រៃ-យ៍ ក្នុងខេត្តនៅតំបន់១ ទាបជាងខេត្តនៅតំបន់២បន្តិច ប៉ុន្តែវាគ្មានលក្ខណៈខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិនោះទេ។ សរុបខេត្តដែលធ្វើការអង្កេតទាំងអស់ ស្ត្រីរៀបការក្នុងវ័យបន្តពូជដែលកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបមាន ៣៦.៦% គឺខ្ពស់ជាងបន្តិចពីមធ្យមថ្នាក់ជាតិ ៣៤.៩% តាមរបាយការណ៍ CDHS ឆ្នាំ២០១០។ ជារួម លទ្ធផលទាំងនេះបង្ហាញថា គម្លាតនៃអត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតអាចកំពុងតែខិតជិតគ្នារវាងខេត្តនៅប៉ែកឦសាន និងមធ្យមថ្នាក់ជាតិ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏មានចន្លោះប្រហោងដែលគួរយកចិត្តទុកដាក់សម្រាប់ធ្វើការកែលម្អ និងការទុកចិត្តកាន់តែខ្លាំងលើវិស័យសាធារណៈ ដែលជាប្រភពផ្តល់សេវាមធ្យោ-បាយពន្យារកំណើតនៅខេត្តក្នុងតំបន់១ ដោយប្រៀបទៅនឹងខេត្តក្នុងតំបន់២ ទាំងនេះបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃការកំពុងខិតខំប្រឹងប្រែង ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតតាមរយៈបណ្តាញទាំងនេះនៅភូមិភាគឦសាន។

ភាពខុសគ្នាខ្លាំង (និងខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិ) ត្រូវបានរកឃើញរវាងខេត្តក្នុងតំបន់១ និងតំបន់២ ទាក់ទងទៅនឹងសូចនាករសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកដទៃទៀត រួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលយ៉ាងតិច៤ដង (៤៧.០% និង៧៨.៥%) សម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញសម្រាលកូន (៥៨.៨% និង ៩៥.០%) និងសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ (៥០.៩% និង ៧៩.២%) សូចនាករតំណាងសម្រាប់ការថែទាំទារកទើបកើត (៣៦.០% និង៦៤.២%) ការថែទាំក្រោយសម្រាលយ៉ាងតិច២ដង (៥៩.១% និង៧៧.៤%) និងការប្រឹក្សា

យោបល់ពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាល (២៦.៣% និង៣៩.៧%)។ ខណៈពេលដែលសូចនាករសំខាន់ៗមួយចំនួនត្រូវបានស្នើសុំឲ្យធ្វើការកែលម្អនៅខេត្តក្នុងតំបន់១ ដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងលទ្ធផលរបាយការណ៍ CDHS ឆ្នាំ២០១០ ដែលគ្របដណ្តប់គ្រប់សូចនាករទាំងនេះនៅខេត្តក្នុងតំបន់១ ទាបជាងខេត្តនៅតំបន់២ខ្លាំង។ ការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងខ្លាំងដែលកំពុងតែបន្តទាំងផ្នែកតម្រូវការ និងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់ នឹងទាមទាឲ្យមានការបង្កើនល្បឿនក្នុងការកែលម្អគុណភាព លទ្ធភាពទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក នៅតំបន់ភាគឦសាន។

ការអង្កេតនេះបានរកឃើញថា ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជមានការចំណេះដឹងទូលំទូលាយពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតផ្សេងៗ។ ស្ត្រី៩៧.៨% បានឮពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតយ៉ាងតិចមួយ (ប្រៀបធៀបជាមួយនឹងមធ្យមថ្នាក់ជាតិ៩៩.៥% តាមរាយការណ៍ CDHS ២០១០)។ ជាការពិតចំណេះដឹងពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត មិនមែនជាភាពចាំបាច់ក្នុងការជម្រុញឲ្យមានការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបនោះទេ ប៉ុន្តែវាអាចត្រូវបានពន្យល់ដោយជាប់ទាក់ទងទៅនឹងការជឿជាក់លើខ្លួនឯងប៉ុណ្ណោះ ដែលបង្ហាញថា ទាំងពីរតំបន់មានតែស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជមួយភាគបួនមានភាពជឿ-ជាក់ថា ពួកគេអាចចរចារពីការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្នុងស្ថានភាពផ្សេងៗគ្នា និងតិចជាងមួយភាគបីដែលពួកគេមានភាពជឿជាក់ថាអាចបដិសេធន៍ក្នុងការរួមភេទបាន។ កត្តាសំ-ខាន់មួយទៀតអាចជាតួនាទីដ៏សំខាន់របស់សមាជិកក្នុងគ្រួសារ ជាពិសេសស្វាមី ដែលជាមនុស្សមានឥទ្ធិពលក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តជុំវិញបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដែលតម្រូវឲ្យមានការចូលរួមក្នុងការផ្លាស់ប្តូឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង។

ខណៈពេលដែលចំណេះដឹងពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតជាទូទៅខ្ពស់ ការអង្កេតនេះបង្ហាញពីកង្វះខាតនៅផ្នែកផ្សេងទៀតនៃចំណេះដឹងស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក ដែលកង្វះខាតនេះគ្មានភាពខុសគ្នាជាអត្ថន័យរវាងតំបន់ទាំងពីរទេ។ មានតែស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ១១.៧%ប៉ុណ្ណោះ ដែលដឹងថា ការរំលូតកូនជាអំពើស្របច្បាប់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងមានតែ២.៦% និង១២.៩% ដែលដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះយ៉ាងតិចប្រាំ និងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកទើបកើតយ៉ាងតិចបី។

លទ្ធផលសំខាន់មួយទាក់ទងទៅនឹងការរំលូតកូន គឺថា ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជប្រើប្រាស់សេវារំលូតជាមួយវិស័យឯកជន និង/ ឬនៅផ្ទះច្រើនជាងនៅសេវាសាធារណៈ។ លទ្ធផលនេះ សំណូមពរឲ្យមានការខិតខំប្រឹងប្រែងជាបន្ទាន់ ដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធភាពទទួលបានសេវារំលូតដោយសុវត្ថិភាព និងមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតប្រកបដោយគុណភាព ត្រូវតែផ្តោតការយកចិត្ត

ទុកដាក់លើវិស័យឯកជន និងសហគមន៍ ព្រមជាមួយគ្នានេះដែរ ត្រូវបង្កើនសមត្ថភាពក្នុងវិស័យសាធារណៈ។

ការសម្ភាសជាមួយប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកបង្ហាញពីឱកាសដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពសេវាកម្ម និងគណនេយ្យភាព ដោយគាំទ្រ និងពង្រឹងសមត្ថភាពគណៈកម្មាការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព។ ការប្រជុំសម្ព័ន្ធក្រុមឆ្មប (MCAT) មិនទាន់ដំណើរការពេញលេញគ្រប់ខេត្តនៅឡើយទេ នេះធ្វើឲ្យបាត់បង់ឱកាសដើម្បីពង្រឹងជំនាញ និងភាពជឿជាក់របស់ឆ្មប។ ដោយសារភាពដាច់ស្រយាលរបស់សហគមន៍ជាច្រើននៅភូមិភាគឦសាន ដូច្នេះ ការអនុវត្តន៍កាន់តែច្រើននូវសកម្ម-ភាពសហគមន៍គាំពារមាតា និងទារក (Community care of mothers and newborns) និងការចែកចាយតាមសហគមន៍(CBD) អាចរួមចំណែកបន្ថែមក្នុងការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវសូចនាករសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក។

ចុងក្រោយនេះ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅភូមិភាគឦសាន មិនទាន់បានអនុវត្តស្ថានភាពដំណើរការពេញលេញនូវសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាននៅឡើយទេ។ ដំណោះស្រាយបញ្ហាបន្ទាន់ ដូចជាសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងបរិក្ខារដែលចាំបាច់នឹងជួយជម្រុញការយកចិត្តទុកដាក់ ដើម្បីឈានទៅគាំទ្រការពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេស និងគុណភាពសេវា។

ការផ្តល់មូលនិធិ

របាយការណ៍នេះបានទទួលថវិកាគាំទ្រពីរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី តាមរយៈកម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក។ លទ្ធផលដែលបានរកឃើញ ការបកស្រាយ និងសេចក្តីសន្និដ្ឋាន ដែលបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺជាគំនិតរបស់អ្នកសរសេរ និងមិនបានឆ្លុះបញ្ចាំងពីទស្សនៈរបស់រដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលីទេ។