ភាពក្រីក្រ និងស្ថានភាពខុសគ្នានៃកុមារនៅកម្ពុជា

ដោយ នេត នាថ, ហ៊ាន ភូមិន្ទ និង កែវ បុប្ផា[1]

១. សេចក្តីផ្តើម

ការវាយតំលៃពីភាពក្រីក្រ បានធ្វើឡើងនៅកម្ពុជាចាប់តាំងពីឆ្នាំ១៩៩៣ ប៉ុន្តែមិនបានផ្តោតជាពិសេស លើភាពក្រីក្ររបស់កុមារទេ ។ នាពេលថ្មីៗ CDRI បានធ្វើការសិក្សានៅការិយាល័យស្តីពីភាពក្រីក្រនិងស្ថានភាពខុសគ្នានៃកុមារនៅកម្ពុជា ដោយប្រើទិន្នន័យប្រភពទីពីរ និងទិន្នន័យរដ្ឋបាលបានពីឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ ។ អត្ថបទនេះជាខ្លឹមសារសង្ខេបនៃរបាយការណ៍លើការសិក្សាខាងលើ ដែលនឹងចេញផ្សាយនាពេលឆាប់ៗខាងមុខ ។

កុមារដែលជួបនឹងភាពក្រីក្រ ខ្វះខាតធនធានសំភារៈដូចជា អាហារ ទីជំរក សំលៀកបំពាក់ និងសេវាកម្ម ដ៏ចាំបាច់ផ្សេងៗ ។ កង្វះខាតនេះបានដាក់កំហិតដល់លទ្ធភាពរបស់កុមារដើម្បីប្រើប្រាស់ សក្តានុពលរបស់ខ្លួនឱ្យបានពេញលេញ ។ នៅកំរិតម៉ាក្រូ គេតែងសន្មត់ថា ឥទ្ធិពលនៃភាពក្រីក្រទៅលើកុមារ គឺដូចគ្នានឹង ឥទ្ធិពលនៃភាពក្រីក្រទៅលើមនុស្សពេញវ័យ ពីព្រោះកុមារក៏ជាចំណែកមួយនៃសង្គមដែរ ។ ប៉ុន្តែមតិនេះ ត្រឹមត្រូវតែមួយភាគប៉ុណ្ណោះ ព្រោះកុមារងាយរងគ្រោះដោយការប៉ះទង្គិចពីផ្នែកខាងក្រៅជាងមនុស្សពេញវ័យ ។ ការសិក្សានេះមានបំណងវាយតំលៃពីភាពក្រីក្ររបស់កុមារ និងកំណត់ពីរូបភាពរបស់វា តាមរយៈវិធីសាស្ត្រចំនួន ៣ ដែលមានលើកឡើងក្នុងការសិក្សាសកលស្តីពីភាពក្រីក្រ និងស្ថានភាពខុសគ្នានៃកុមារ របស់ UNICEF ។ ការសិក្សានេះក៏មានលើកដោយសង្ខេបពីផលប៉ះពាល់ខាងគោលនយោបាយផ្សេងៗ ដែលអាចដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិនាពេលអនាគត ។

២. ក្របខ័ណ្ឌខាងទស្សនាទាន

អង្គការ UNICEF (2004) បានកំណត់និយមន័យភាពក្រីក្ររបស់កុមារថាជាកង្វះខាតរបស់កុមារនូវធនធានខាង សំភារៈ ស្មារតី និងផ្លូវចិត្ត ដែលត្រូវមានដើម្បីរស់រាន ធំធាត់ និងរីកចំរើន ហើយកង្វះខាតធនធានទាំងនេះធ្វើឱ្យកុមារមិនអាចប្រើប្រាស់សិទ្ធិ សក្តានុពលឱ្យបានពេញលេញ និងចូលរួមជាសមាជិកស្មើភាពនៅក្នុងសង្គម ។ ធនធានសំភារៈ គឺមាន ប្រាក់ចំណូល អាហារ ការសិក្សា សេវាថែទាំសុខភាព និង ការការពារពីហានិភ័យដូចជាគ្រោះថ្នាក់ពាក់ព័ន្ធនឹងការងារប្រើកំលាំងធ្ងន់ជាដើម ។ ធនធានខាងផ្លូវស្មារតី គឺមាន កំលាំងចិត្ត ជីវិតមានន័យ ការរំពឹងសង្ឃឹម ជនគំរូគួរត្រងត្រាប់ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកឋានៈស្មើ ។ ធនធានខាងផ្លូវចិត្ត គឺមានៈ សេចក្តីស្រលាញ់ ទំនុកចិត្ត ការទទួលស្គាល់ ការរាប់បញ្ចូល និងការចាកផុតពីស្ថានភាពមានការរំលោភបំពាន ។ ធនធានទាំងនេះ ជាពិសេសធនធានស្មារតី និងធនធានផ្លូវចិត្ត មិនអាចធ្វើការវាស់វែងបានទេ ដោយសារកង្វះទិន្នន័យនៅកម្ពុជា ។

ឯកសារនេះប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ ៣យ៉ាង ក្នុងការវិភាគពីភាពក្រីក្ររបស់កុមារ ។ វិធីសាស្ត្រទី១ ចាត់ទុកភាពក្រីក្ររបស់កុមារជាចំណែកមួយនៃភាពក្រីក្ររបស់ប្រជាជាតិ ពីព្រោះកុមារស្ថិតក្នុងនិយមន័យដ៏ធំទូលាយនៃប្រជាជាតិនេះ ។ វិធីសាស្ត្រទី២ ចាត់ទុកភាពក្រីក្ររបស់កុមារជាភាពក្រីក្ររបស់ ក្រុមគ្រួសារដែលចិញ្ចឹមពួកគេ ដូច្នេះភាពក្រីក្ររបស់គ្រួសារដែលមិនមានកូនចៅជាកុមារ គឺពុំមានដាក់បញ្ចូលក្នុងការសិក្សាទេ ។ វិធីសាស្ត្រទី២នេះ ផ្តោតខ្លាំងលើកុមារ និងព្យាយាមកំណត់ពីចំណូល និងផលវិបាកខាងពលកម្មផ្សេងៗ នៃគ្រួសារដែលមានកុមារ ដោយគ្រួសារត្រូវតែថ្លឹងថ្លែងឱ្យមានតុល្យភាពល្អរវាងការងារ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ គ្រួសារ ។ វិធីសាស្ត្រទាំងពីរខាងលើ សិក្សាពីភាពក្រីក្ររបស់កុមារដោយពិនិត្យលើចំណាយប្រើប្រាស់ ។ វិធីសាស្ត្រទី៣ សិក្សាពីភាពក្រីក្ររបស់កុមារ ដោយពិនិត្យពីសុខុមាលភាពរបស់ពួកគេ ជាពិសេសតាមរយៈតំរូវការ ៥យ៉ាង គឺ អាហារូបត្ថម្ភ សុខភាព ការអប់រំ ការការពារកុមារ និងការគាំពារខាងសង្គមកិច្ច ។ វិធីសាស្ត្រនេះ ហាក់ដូចគួរអនុវត្តជាងគេ ពីព្រោះវាពិនិត្យពីភាពក្រីក្ររបស់កុមារដោយផ្ទាល់តែម្តង ។

សូចនាករនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារគឺ ការចុះស្គម/ខ្សោយជាបន្តបន្ទាប់ ការក្រិនកំពស់ និង ទម្ងន់មិនគ្រប់ ។ ចំពោះសូចនាករនៃសុខភាពកុមារវិញគឺ អត្រាមរណៈរបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ (U5MR) អត្រាមរណៈរបស់ទារក (IMR) និងសមាមាត្រនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ ជំងឺរាគរូស និងគ្រុនក្តៅ ។ សូចនាករនៃការសិក្សារបស់កុមារគឺ អត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធនៅកំរិតបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សា និង អត្រាបន្តការសិក្សានៅកំរិតបឋមសិក្សា ។ ចំនែកសូចនាករនៃការគាំពារកុមារគឺ ពលកម្មកុមារ ការចុះបញ្ជីកំណើតកុមារ ចំនួនកុមារកំព្រា និង ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅវ័យក្មេង ។ ចំពោះសូចនាករនៃការគាំពារសង្គមវិញគឺ សមាមាត្រប្រជាជនដែលមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ធានារ៉ាប់រងសង្គម ឬការផ្ទេរប្រាក់ ឬផ្ទេរសំភារៈពីអាជ្ញាធរសាធារណៈ ។ ដោយសារកង្វះទិន្នន័យ យើងមិនអាចពិនិត្យលំអិតលើការគាំពារកុមារ និងការគាំពារខាងសង្គមកិច្ចបានទេ ប៉ុន្តែអត្ថបទនេះក៏មានរៀបរាប់ដោយ សង្ខេបខ្លះដែរ ។

៣. វិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវ

ទិន្នន័យប្រភពទី២ គឺជាមូលដ្ឋាននៃការវិភាគនេះ ហើយរួមមាន អង្កេតពីសុខភាព និងប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២០០៥, អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជា (CSES) ឆ្នាំ២០០៤, ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងការអប់រំ

[1] នេត នាថ ជាអ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកអភិវឌ្ឍសង្គម នៅ CDRI, ហ៊ាន ភូមិន្ទ ជាអតីតអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីសន្តិសុខមនុស្ស កសាងសន្តិភាព និងការបង្ការទំនាស់ នៃ CDRI ហើយ កែវ បុប្ផា ជាទីប្រឹក្សាខាងស្រាវជ្រាវ នៅ CDRI ។ ឯកសារនេះផ្អែកលើគំរោងភាពក្រីក្រ និងស្ថានភាពខុសគ្នានៃកុមារនៅកម្ពុជា ដែលទទួលមូលនិធិពី UNICEF ។ CDRI សូមសំដែងការអរគុណចំពោះ UNICEF សំរាប់ការគាំទ្រជាហិរញ្ញវត្ថុ និងការផ្តល់យោបល់ស្ថាបនាដល់ការសិក្សានេះ ។

ឆ្នាំ២០០៧-០៨ អង្កេតពីពលកម្មកុមារនៅកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០១, អង្កេតពាក់កណ្តាលជំរឿននៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៤ និង ទិន្នន័យរដ្ឋបាលបានពី របាយការណ៍ និងឯកសារផ្សេងៗរបស់រដ្ឋ កម្មវិធីថ្នាក់ជាតិទាក់ទងនឹងសុខភាព ការសិក្សា អាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ព្រមទាំងកម្មវិធីការពារ និងគាំពារខាងសង្គមកិច្ច ។ បច្ចេកទេសជាច្រើន (probit model, regression techniques) បានយកមកប្រើដើម្បីកំណត់នូវកត្តាផ្សេងៗ ដែលចូលរួមបង្កភាពក្រីក្ររបស់កុមារ ។ សូហ្វវែរ Stata បានយកមកប្រើដើម្បីស្រង់យក និងវិភាគទិន្នន័យដែលបានពីកំរងទិន្នន័យខាងលើ ។

៤. លទ្ធផល

ភាពក្រីក្រសរុបទូទាំងប្រទេស

ភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា បានធ្លាក់ចុះពី ៣៩% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៣ មកត្រឹម ៣៤,៧% នៅឆ្នាំ២០០៤ ។ ភាពក្រីក្រនៅតាម ទីជនបទ នៅតែខ្ពស់ជាងនៅភ្នំពេញ និងតំបន់ទីក្រុងដទៃទៀត ។ ប្រជាជននៅជនបទជាង ៣៩% ជាអ្នកក្រ ធៀបនឹង ៥% ប៉ុណ្ណោះនៅភ្នំពេញ ។ តំបន់ជនបទដែលមានអត្រាភាពក្រីក្រខ្ពស់ជាងគេបំផុតគឺ តំបន់ភ្នំ/ខ្ពង់រាប និងតំបន់ទន្លេសាប (៥២% និង ៤៣%) ។[២] សន្ទស្សន៍គំលាតភាពក្រីក្រក៏រិតជាតិ[៣] គឺ ៩% និង សន្ទស្សន៍ភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ[៤] គឺ ៣,៣៤% ។ អត្រាភាពក្រីក្ររបស់ក្រុមជនជាតិផ្សេងៗក៏ខុសគ្នាដែរ ។ ជនជាតិឡាវ និងជនជាតិភាគតិចនៅតាមមូលដ្ឋាន—ព្នង និង កួយ—មានអត្រាភាពក្រីក្រខ្ពស់ជាងគេ គឺ ៥៥,៩% និង ៥១,៦% ។ បន្ទាប់មកទៀត គឺ មានជនជាតិខ្មែរ (៣៤,៦%) និងជនជាតិចាម (២៩,០%) ហើយជនជាតិវៀតណាម (១៨,៩%) និងជនជាតិចិន (៨,៩%) មានអត្រាទាបជាងគេបំផុត ។ និន្នាការ ប្រហាក់ប្រហែលគ្នានេះ ក៏បានសង្កេតឃើញសំរាប់ គំលាតភាពក្រីក្រ និង ភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ ផងដែរ ។

ភាពក្រីក្ររបស់គ្រួសារ និងកត្តាកំណត់

តាមការប៉ាន់ស្មានផ្អែកលើ CSES 2004 សមាមាត្រនៃគ្រួសារស្ថិតក្រោមខ្សែបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ[៥]ដែលមាន កូនអាយុតិចជាង ១៨ឆ្នាំ គឺ ៣៦,៦៣% នៃចំនួនសរុប ។ ក្នុងចំណោមគ្រួសារក្រីក្រទាំងនេះ មាន ៨៧២៣គ្រួសារនៅក្នុងក្រុងភ្នំពេញ, ៤១.៥៨៦គ្រួសារនៅក្នុងតំបន់ទីក្រុងឯទៀត និង ៨៥១.៤២៤គ្រួសារនៅតំបន់ជនបទ ។ គ្រួសារទាំងនេះភាគច្រើន រស់នៅតំបន់វាលទំនាប បន្ទាប់មកគឺ តំបន់ខ្ពង់រាប/តំបន់ភ្នំ និង តំបន់ជុំវិញបឹងទន្លេសាប ។ គ្រួសារដែលមានកូនអាយុតិចជាង១៨ឆ្នាំ មានសន្ទស្សន៍គម្លាតភាពក្រីក្រ ៩,៥៩% និង សន្ទស្សន៍ភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ ៣,៥៦% ។

ផ្អែកលើទិន្នន័យទាំងនេះគេប៉ាន់ស្មានថា មានកុមារអាយុតិចជាង ១៨ឆ្នាំ ចំនួន ២លាននាក់ រស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រ និងក្នុងគ្រួសារដែលមានសមាជិក ៥ ឬ ៦នាក់ ហើយ កុមារអាយុតិចជាង ១៨ឆ្នាំ ចំនួន ០,៥លាននាក់ រស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រ ជាមួយនឹងគ្រួសារមានសមាជិក ៣នាក់ ឬតិចជាងនេះ ។ ចំនួនអ្នកក្រីក្រកើនឡើង ទៅតាមទំហំគ្រួសារ : គ្រួសារក្រីក្រតំណាងឱ្យ ៣៥%នៃគ្រួសារមានសមាជិក ៥ ឬ ៦នាក់ និង ៤៧% នៃគ្រួសារមានសមាជិក ៧នាក់ឬលើសពីនេះ ប៉ុន្តែត្រឹមតែ ៩%ប៉ុណ្ណោះនៃគ្រួសារមានសមាជិកតិចជាង ៣នាក់ ។ អត្រាភាពក្រីក្រ គម្លាតភាពក្រីក្រ និង អត្រាភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ តែងថយចុះទៅតាមចំនួនសមាជិកក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ ក្នុងនេះ អត្រាសំរាប់គ្រួសារមានសមាជិកតិចជាង ៣នាក់ គឺ ៩,៣% ១,៩% និង ០,៦% ហើយសំរាប់ គ្រួសារមានសមាជិកលើសពី ៧នាក់ គឺ ៤៦,៦% ១២,៥% និង ៥,៤% ។ និន្នាការស្រដៀងគ្នាក៏បានពិនិត្យឃើញ ទាក់ទិននឹងចំនួនសមាជិកក្នុងបន្ទុកគ្រួសារដែរ ។ ក្នុងនេះ អត្រាសំរាប់គ្រួសារមានកូន ៤នាក់ ដែលមានអាយុពី ០-១៤ឆ្នាំ គឺ ៥៩,៥% ១៨% និង ៧,២% ហើយសំរាប់គ្រួសារមានកូន ៤នាក់ អាយុពី ០-១៧ឆ្នាំវិញគឺ ៥៣,៦% ១៥,៧% និង ៦,៣% ។ គេបានប៉ាន់ស្មានថា ក្នុងចំណោមគ្រួសារក្រីក្រទាំងអស់នៅកម្ពុជា មានកុមារ ៧០០០នាក់ ជាជនពិការ និង លើសពី ៣៣០.០០០នាក់ ត្រូវរស់នៅពឹងផ្អែកលើមនុស្សពេញវ័យតែម្នាក់ (CSES 2004) ។

ការវិភាគ (probit model regression analysis) បានបង្ហាញថា មានកត្តាបន្ថែមច្រើនទៀត ដែលទំនងមានឥទ្ធិពលទៅលើភាពក្រីក្ររបស់កុមារ ។ កត្តាទាំងនេះ គឺមាន អាយុកុមារ កំរិតអប់រំរបស់កុមារ ការរៀបការនៅវ័យក្មេងពេក ចំនួនម៉ោងធ្វើការ កំរិតអប់រំរបស់គ្រួសារកុមារ ចំណាយរបស់គ្រួសារគិតក្នុងមនុស្សម្នាក់លើការថែទាំសុខភាព ចំណាយលើការអប់រំគិតក្នុងមនុស្សម្នាក់ ឧបត្ថម្ភធនខាងផ្នែកសុខភាព លទ្ធភាពបានប្រើប្រាស់ទឹកជំរក និងបង្គន់អនាម័យ ជនជាតិរបស់កុមារ និង ចរិតលក្ខណៈសហគមន៍ ។

កុមារអាយុពី ០-២ឆ្នាំ មានហានិភ័យក្លាយជាអ្នកក្រ ខ្ពស់ជាងកុមារនៅក្រុមអាយុច្រើនជាងនេះ ប៉ុន្តែកត្តាភេទ មិនឃើញមានឥទ្ធិពលអ្វីទេក្នុងរឿងនេះ ។ កុមារដែលបានបញ្ចប់មធ្យមសិក្សា មានហានិភ័យក្លាយជាអ្នកក្រទាបជាងកុមារដែលបានបញ្ចប់ត្រឹមតែបឋមសិក្សា ។ កុមារដែលធ្វើការមានហានិភ័យកំរិតទាបក្លាយជាអ្នកក្រ ពីព្រោះចំណូលរបស់ពួកគេជួយកែលំអសុខុមាលភាពគ្រួសារ ប៉ុន្តែរឿងនេះពុំមានចីរភាពល្អទេ ប្រសិនបើម៉ោងធ្វើការរបស់ពួកគេមិនល្អប្រសើរ ។កុមារដែលរៀបការនៅវ័យក្មេងពេក មានហានិភ័យក្លាយជាអ្នកក្រ ខ្ពស់ជាងកុមារមិនទាន់រៀបការ ។ កុមារក្នុងគ្រួសារមានមេគ្រួបានរៀនចប់មធ្យមសិក្សា ឬកំរិតខ្ពស់ជាងនេះ មានហានិភ័យក្លាយជាអ្នកក្រ ទាបជាងកុមារក្នុងគ្រួសារដែលមេគ្រួមិនបានរៀនចប់មធ្យមសិក្សា ។ គ្រួសារធូរធារ មានចំណាយគ្រួសារគិតក្នុងមនុស្សម្នាក់

---

២ តំបន់ភ្នំ/ខ្ពង់រាប គ្របដណ្តប់លើខេត្តកំពង់ស្ពឺ ប៉ៃលិន ឧត្តរមានជ័យ ព្រះវិហារ ស្ទឹងត្រែង រតនគិរី មណ្ឌលគិរី និង ក្រចេះ ។ តំបន់បឹងទន្លេសាប គ្របដណ្តប់លើខេត្តកំពង់ឆ្នាំង កំពង់ធំ សៀមរាប បន្ទាយមានជ័យ និង បាត់ដំបង ។ រីឯតំបន់វាលទំនាប គ្របដណ្តប់លើ ក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តកណ្តាល កំពង់ចាម ស្វាយរៀង ព្រៃវែង និង តាកែវ ។

៣ តួលេខដែលគិតជាភាគរយនៃខ្សែបន្ទាត់ភាពក្រីក្រនេះ បញ្ជាក់ថា តើក្រុមគ្រួសារស្ថិតនៅក្រោមខ្សែបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ ឆ្ងាយប៉ុណ្ណា ។

៤ តួលេខនេះបញ្ជាក់ពី ភាគរយនៃអ្នកក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរក្នុងចំណោមអ្នកក្រទាំងអស់ ។

៥ ខ្សែបន្ទាត់ភាពក្រីក្រកំណត់ឡើង តាមការគណនាពីតំលៃនៃតំរូវការជាមូលដ្ឋាននូវអាហារ និងសំភារៈមិនមែនអាហារ ដោយប្រើ វិធីសាស្ត្រតំលៃនៃតំរូវការជាមូលដ្ឋាន (Cost of Basics Method)

លើការអប់រំនិងការថែទាំសុខភាពកូនៗ ច្រើនជាងគ្រួសារក្រីក្រ ។ ឧបត្ថម្ភធនខាងការថែទាំសុខភាព[៦] ដូចជា ការលើកលែងលើការបង់ថ្លៃប្រើប្រាស់សេវា និងមូលនិធិសមធម៌ផ្នែកសុខភាពជាដើម មានសារៈសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ។ កត្តាជនជាតិ និងចរិកលក្ខណៈសហគមន៍ មានការពាក់ព័ន្ធច្រើនដល់ភាពក្រីក្ររបស់កុមារ ប៉ុន្តែ កង្វះទឹក មិនពាក់ព័ន្ធទេ ។

សុខុមាលភាពរបស់កុមារ

គោលនយោបាយ ផែនការ និងកម្មវិធីថ្នាក់ជាតិជាច្រើន បានដោះស្រាយដោយចំហ និងមិនចំហ នូវតំរូវការទាំង ៥យ៉ាង របស់កុមារ ។ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិឆ្នាំ ២០០៦-១០ គឺជាចំលើយតបរបស់ជាតិ ចំពោះតំរូវការផ្សេងៗរបស់កុមារក្រៅពីការគាំពារខាងសង្គមកិច្ច ។

សេចក្តីព្រាងយុទ្ធសាស្ត្រអាហារូបត្ថម្ភជាតិ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារឆ្នាំ២០០៦ និងកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភជាតិ និងកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ មានសារៈសំខាន់បំផុតសំរាប់ អាហារូបត្ថម្ភ និងសុខភាពរបស់កុមារ ។ ច្បាប់ស្តីពីការអប់រំ គោលនយោបាយសាលារៀនអំណោយផលដល់កុមារ (ឆ្នាំ២០០៧), ផែនការជាតិនៃការអប់រំសំរាប់ទាំងអស់គ្នា (២០០៣-២០១៥), ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រខាងអប់រំ ឆ្នាំ២០០៦-២០១០ និង កម្មវិធីទ្រទ្រង់ដល់វិស័យអប់រំឆ្នាំ២០០៦-២០១០ បានជួយដោះស្រាយដោយផ្ទាល់នូវ ការអប់រំរបស់កុមារ ។

មានច្បាប់ ផែនការ និងកម្មវិធីជាច្រើនទៀតសំរាប់ជួយការពារកុមារដែរ ហើយបានជះឥទ្ធិពលដោយប្រយោល ទៅលើស្ថានភាពក្រីក្ររបស់ពួកគេ ដូចជា ច្បាប់ស្តីពីការបង្ក្រាបអំពើជួញដូរមនុស្សនិងអំពើធ្វើអាជីវកម្មផ្លូវភេទឆ្នាំ២០០៦-២០១០ ច្បាប់ការងារឆ្នាំ១៩៩៧ សេចក្តីព្រាងផែនការជាតិបង្ក្រាបការជួញដូរមនុស្សនិងអាជីវកម្មផ្លូវភេទ ផែនការជាតិស្តីពីសកម្មភាពចំពោះពលកម្មកុមារមិនសមស្របឆ្នាំ២០០៨-២០១២, ផែនការជាតិស្តីពីសកម្មភាពចំពោះកុមារកំព្រា កុមារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយទទួលរងគ្រោះនានានៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៨-២០១០ ។ ច្បាប់ស្តីពីប្រព័ន្ធសន្តិសុខសង្គមឆ្នាំ២០០៤ ក៏ពាក់ព័ន្ធនឹងការគាំពារសង្គមដែរ ។

អាហារូបត្ថម្ភ

ការក្រិនកំពស់ ការចុះស្គម/ខ្សោយជាបន្តបន្ទាប់ និង ទម្ងន់មិនគ្រប់ គេតែងសង្កេតឃើញជារឿយៗក្នុងចំណោមកុមារទាំងពីរភេទអាយុពី១៨-២៣ខែ ។ ចំពោះកុមារក្រីក្របំផុត អត្រាសំរាប់បញ្ហាសុខភាពទាំងបីខាងលើ គឺ ៤៦,៧%, ៨,៣% និង ៤២,៩% ធៀបនឹង ១៩,៤%, ៦,៧% និង ៣២,១% ចំពោះកុមារធូធារបំផុត ។ កុមារដែលមាតាគ្មាន ឬមានការអប់រំទាបជាងកំរិតមធ្យមសិក្សា គឺមានអត្រាក្រិនកំពស់ ៤៥,៨% និងអត្រាទម្ងន់មិនគ្រប់ ៤៣,៥% ធៀបនឹង ២២,២% និង ២៥,១% សំរាប់កុមារដែលមាតាមានការអប់រំកំរិតមធ្យមសិក្សា ឬខ្ពស់ជាង ។ សន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ (body mass index: BMI) របស់មាតា ក៏មានទំនាក់ទំនងនឹងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែរ ហើយ BMI ទាបជាង ១៨,៥% អាចបង្ក ការចុះស្គម/ខ្សោយជាបន្តបន្ទាប់ ការក្រិនកំពស់ និង បញ្ហាទម្ងន់មិនគ្រប់ ដល់កុមារ ។ កុមារនៅតំបន់ជនបទ មានអត្រាក្រិនកំពស់ ៣០,៥% អត្រាចុះស្គម/ខ្សោយជាបន្តបន្ទាប់ ៨,៣% និង អត្រាទំងន់មិនគ្រប់ ៣៤,៧% ហើយកុមារនៅទីក្រុងមានអត្រា ៣០,៥% ៧,១% និង ៣៥,៧% ។ កុមារនៅខេត្តពោធិ៍សាត់ មានស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភយ៉ាប់យ៉ឺនជាងគេក្នុងប្រទេសកម្ពុជា រីឯកុមារនៅក្រុងភ្នំពេញមាន ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភប្រសើរជាងគេ ។

សុខភាព

អត្រាមរណៈរបស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ និង អត្រាមរណៈរបស់ទារក ខុសប្លែកគ្នាជាខ្លាំង រវាង កុមារា និង កុមារី ប៉ុន្តែចំពោះសូចនាករដទៃទៀតវិញ កត្តាយេនឌ័រនេះគ្មានឥទ្ធិពលអ្វីច្រើនទេ ។ អត្រាមរណៈរបស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ និង អត្រាមរណៈរបស់ទារក គឺ ១២៧ និង ១០១ ក្នុង ១០០០កំណើតរស់ ក្នុងចំណោមកុមារក្រីក្របំផុត ធៀបនឹង ៤៣ និង ៣៤ ក្នុង ១០០០កំណើតរស់ ក្នុងចំណោមកុមារធូរធារបំផុត ។ អត្រាជំងឺរាគរូស និង ជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ ក៏ខុសប្លែកគ្នាខ្លាំងរវាង កុមារក្រីក្រ និង កុមារធូរធារ ។ អត្រាមរណៈរបស់កុមារក្រោមអាយុ៥ឆ្នាំ និង អត្រាមរណៈរបស់ទារក ដែលមានម្តាយបានសិក្សាបញ្ចប់ថ្នាក់មធ្យមសិក្សា ឬ ថ្នាក់ខ្ពស់ជាងនេះ មានកំរិតទាបជាង កុមារមានម្តាយបានទទួលការអប់រំតិចតួច ប៉ុន្តែសំរាប់អត្រាជំងឺគ្រុនក្តៅវិញ គ្មានអ្វីខុសគ្នាច្រើនទេរវាងកុមារទាំងពីរក្រុម ។ អត្រាជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវដង្ហើម ជំងឺរាគរូស ជំងឺគ្រុនក្តៅ និង មរណភាព តែងមានកំរិតខ្ពស់ជាងសំរាប់កុមារនៅជនបទ ។ ខេត្តរតនគិរី និងមណ្ឌលគិរីរួមបញ្ចូលគ្នា មានអត្រាមរណៈរបស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ និង អត្រាមរណៈរបស់ទារក ខ្ពស់ជាងគេ គឺ ១៦៥/១០០០ និង ១២២/១០០០ នៃកំណើតរស់ ហើយក្រុងភ្នំពេញមានអត្រាទាបជាងគេ គឺ ៥២/១០០០ និង ៤២/១០០០ នៃកំណើតរស់ ។

ការអប់រំ

ការអប់រំរបស់កុមារ ប្រែប្រួលទៅតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងសុខភាពរបស់កុមារ ប៉ុន្តែមិនប្រែប្រួលទៅតាមយេនឌ័រទេ ។ អត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនបឋមសិក្សា គ្មានការខុសប្លែកគ្នាខ្លាំងទេរវាងតំបន់ជនបទ និងទីក្រុង ប៉ុន្តែខុសគ្នាជាខ្លាំងរវាងតំបន់ដាច់ស្រយាល និង តំបន់ទីក្រុងឬតំបន់ជនបទ ។ គេសង្កេតឃើញថា ខេត្តកណ្តាល មានអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធនៅបឋមសិក្សាខ្ពស់ជាងគេ (៩៨,២%) រីឯខេត្តរតនគិរីមាន អត្រានេះទាបជាងគេ (៧៧%) ។ ក្រុងភ្នំពេញ មានអត្រាសិស្សចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធនៅមធ្យមសិក្សាកំរិត១ ខ្ពស់ជាងគេ (៦៨,៧%) រីឯ ខេត្តមណ្ឌលគិរី មានអត្រាទាបជាងគេ (១១,៤%) ។ ចំពោះការចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធនៅមធ្យមសិក្សាកំរិត២វិញ ក្រុងភ្នំពេញមានអត្រាខ្ពស់ជាងគេ (៥២,៩%) រីឯខេត្តឧត្តរមានជ័យ មានអត្រាទាបជាងគេ (៣,១%) ។ ខេត្តតាកែវ មានអត្រាសិស្សបន្តការសិក្សាពីថ្នាក់ទី១ ដល់ថ្នាក់ទី៦ ខ្ពស់ជាងគេ (៧៥%) ហើយខេត្តកោះកុង

៦ ចំណាយសាធារណៈទៅលើការថែទាំសុខភាពក្នុងមនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ

មានអត្រាទាបជាងគេ (៣៤,៤%) ។ អត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនបឋមសិក្សា និង ចូលរៀនមធ្យមសិក្សា មានភាពខុសគ្នាខ្លាំង រវាងកុមារធូរធារ និង កុមារក្រីក្រ ។

ការគាំពារ

មានមូលហេតុជាច្រើនដែលជំរុញឱ្យឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់កុមារ អនុញ្ញាតឱ្យពួកគេចូលធ្វើការ ។ ក្នុងចំណោមមូលហេតុ ៩ប្រភេទធំៗ មានតែ ២ប្រភេទប៉ុណ្ណោះដែលលេចធ្លោជាងគេ គឺ ការពុំមានកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល និងកម្មវិធីអប់រំដែលសមស្រប (៧,៣%) និង ការទទួលបានបទពិសោធន៍ (៣,៩%) ។ ដោយឡែកកត្តាភាពក្រីក្រក្នុងគ្រួសាររួមចំណែកត្រឹមតែ ០,២% ហើយកត្តាឯទៀតរួមចំណែក ៨៤,៦% ។ លទ្ធផលនៃការស្រាវជ្រាវមិនសូវ រឹងប៉ឹងប៉ុន្មានទេ គឺមូលហេតុចំបងអាចគេក្តាប់វាមិនបានល្អ រឺមួយមិនបាន ពិចារណាទាញការសន្និដ្ឋានឱ្យបានសមស្រប (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងអង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ ឆ្នាំ ២០០២) ។

យោងតាម អង្កេតពីសុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៥ យុវជន/នារីដែលរៀបការលើកដំបូង មានអាយុមធ្យម (មេដ្យាន) នៅក្មេង គឺ ២០,១ឆ្នាំសំរាប់នារី និង ២១,៨ឆ្នាំសំរាប់បុរស ។ នៅទីជនបទ អាយុមេដ្យាននៃការរៀបការលើកទី១ គឺ ២០ឆ្នាំ ចំពោះនារី និង ២១,៥ឆ្នាំ ចំពោះបុរស ហើយនៅទីក្រុង គឺ ២០,៧ឆ្នាំសំរាប់នារី និង ២៣,៩ឆ្នាំសំរាប់បុរស ។ អាយុមេដ្យាននៃការរៀបការលើកដំបូងនៃនារីរស់នៅទីក្រុង និងជនបទ បានថយចុះជាបន្តបន្ទាប់ ។គិតទូទាំងប្រទេសសំរាប់ស្ត្រីដែលសព្វថ្ងៃមានអាយុ ៤៥-៤៩ឆ្នាំ អាយុមេដ្យានកាលពីជំនាន់ពួកគាត់រៀបការលើកទី១ គឺ ២០,៤ឆ្នាំ ធៀបនឹង ២០,១ឆ្នាំ សំរាប់ ស្ត្រីសព្វថ្ងៃ មានអាយុ ២៥-២៩ឆ្នាំ ។

វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ (ឆ្នាំ២០០៦) បានបង្ហាញថា ភាគរយនៃកុមារដែលបានចុះបញ្ជីកំណើត ប្រែប្រួលទៅតាមអាយុ ស្ថានភាពទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ និងទីតាំងដែលពួកគេរស់នៅ ។ សមាមាត្រកុមារអាយុ ២-៤ឆ្នាំដែលបានចុះបញ្ជីកំណើត គឺ ៧៣,៩% រីឯកុមារអាយុតិចជាង ២ឆ្នាំ គឺ ៥៥,៧% ។ កុមារនៅទីក្រុង មានអត្រាចុះបញ្ជីកំណើត ខ្ពស់ជាងកុមារនៅជនបទ ។ ខេត្តកណ្តាល មានអត្រាកុមារចុះបញ្ជីកំណើតខ្ពស់ជាងគេ រីឯខេត្តពោធិ៍សាត់មានអត្រានេះទាបជាងគេ ។ កុមារក្នុងក្រុមគ្រួសារធូរធារបំផុត មានអត្រាចុះបញ្ជីកំណើត ខ្ពស់ជាងកុមារក្នុងក្រុមគ្រួសារក្រីក្របំផុត (៧៦,៥% ធៀបនឹង ៥៩,៣%) ។

ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនិតិសម្បទា និង អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ (ឆ្នាំ២០០៨) បានរាយការណ៍ថា សមាមាត្រកុមារកំព្រាប្រែប្រួលតិចតួចណាស់ពីឆ្នាំ២០០០-២០០៥ (៧,៦% ធៀបនឹង ៧,៤%) ។ ប៉ុន្តែចំនួនកុមារកំព្រា បានកើនឡើងពី ៥៧៥១នាក់នៅឆ្នាំ២០០៥ ដល់ ៦៦១៦នាក់នៅឆ្នាំ២០០៦ និង ៨៦៦៤នាក់នៅឆ្នាំ២០០៧ ។ វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ (ឆ្នាំ២០០៦) រកឃើញថា ខេត្តឧត្តរមានជ័យ មានសមាមាត្រកុមារកំព្រាកំរិតខ្ពស់ជាងគេ (១៣,៥%) បន្ទាប់មកគឺខេត្តបាត់ដំបង/ប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប ហើយខេត្តក្រចេះមានសមាមាត្រនេះទាបជាងគេបំផុត (៦,៥%) ។ សមាមាត្រកុមារកំព្រាមានកំរិត ៨,០% សំរាប់គ្រួសារធូរធារ និង ១០,៦% សំរាប់គ្រួសារក្រីក្របំផុត ។

ការគាំពារសង្គម

នៅឆ្នាំ២០០៤ កម្ពុជាបានអនុម័ត ច្បាប់ស្តីពីប្រព័ន្ធសន្តិសុខសង្គម ដែលមានសេចក្តីចែងអំពី ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់វ័យជរា ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ជនរស់រានជីវិត ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ការរងរបួសដោយការងារ និង ប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងវិជ្ជាជីវៈ ។ នាពេលបច្ចុប្បន្ន មានប្រព័ន្ធមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ដូចជា ការលើកលែងការបង់ថ្លៃព្យាបាលផ្លូវការ មូលនិធិសមធម៌ផ្នែកសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និង ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្អែកលើសហគមន៍ជាដើម ដែលកំពុងអនុវត្តនៅតាមតំបន់មួយចំនួននៅកម្ពុជា ។

ការលើកលែងការបង់ថ្លៃព្យាបាលដែលបានណែនាំឡើងនៅឆ្នាំ១៩៩៦ កំពុងដាក់អនុវត្តនៅតាម ៧៧៩មណ្ឌលសុខភាព ៦៩មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ៦មន្ទីរពេទ្យជាតិ និង ៣ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពថ្នាក់មជ្ឈឹម ។ លទ្ធភាពបានប្រើប្រព័ន្ធទាំងនេះ ប្រែប្រួលទៅតាមក្រុមកំរិតប្រាក់ចំណូល ហើយថ្លៃព្យាបាលនៅតែជាឧបសគ្គចំបងសំរាប់ជនក្រីក្រ ទោះបីមានការព្យាបាលជំងឺដោយមិនយកថ្លៃលើ ១,៣លានករណី និងមនុស្ស ៦៥.០១៣នាក់ នៅឆ្នាំ២០០៧ ដែលក្នុងនេះ ៨៩% ធ្វើឡើងដោយមណ្ឌលសុខភាព ៩% ដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង ១% ដោយស្ថាប័នមជ្ឈឹមក្តី (ការិយាល័យហិរញ្ញវត្ថុ និងសេដ្ឋកិច្ចផ្នែកសុខភាព ឆ្នាំ២០០៨) ។

មូលនិធិសមធម៌ផ្នែកសុខភាព គឺជាការផ្តួចផ្តើមគំនិតថ្មីមួយផ្តល់មូលនិធិដោយអ្នកផ្តល់ជំនួយផ្សេងៗ និងរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីជួយចេញថ្លៃថែទាំសុខភាពឱ្យជនក្រីក្រដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺដោយឥតគិតថ្លៃ ឬដោយបញ្ចុះថ្លៃនៅតាមកន្លែងថែទាំសុខភាពសាធារណៈមួយចំនួន ។ បច្ចុប្បន្នក្រសួងសុខាភិបាល និង អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន កំពុងធ្វើវិមជ្ឈការមូលនិធិនេះទៅឱ្យស្រុកប្រតិបត្តិ (operational districts) ។ មូលនិធិនេះក៏ជួយចេញឱ្យដែរនូវថ្លៃធ្វើដំណើរ និងថ្លៃម្ហូបអាហារក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល (ការិយាល័យហិរញ្ញវត្ថុ និងសេដ្ឋកិច្ចផ្នែកសុខភាព ឆ្នាំ២០០៨) ។ មកទល់សព្វថ្ងៃ មូលនិធិសមធម៌ផ្នែកសុខភាពនេះ មានអនុវត្តនៅក្នុង ៣៩ស្រុកប្រតិបត្តិ និង ៩មន្ទីរពេទ្យនៅទូទាំងប្រទេស ។

ប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងសហគមន៍ ដែលផ្អែកលើការដាក់ហានិភ័យរួមជាមួយគ្នា និងការបង់ប្រាក់ជាមុនលើ ការថែទាំសុខភាព បច្ចុប្បន្នកំពុងអនុវត្តដោយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក និងអន្តរជាតិមួយចំនួន នៅតាម ៩ស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលមានអ្នកទទួលផលចំនួន ៤២.២៨២នាក់ (ការិយាល័យហិរញ្ញវត្ថុ និងសេដ្ឋកិច្ចផ្នែកសុខភាព ឆ្នាំ២០០៨) ។ អង្គការទាំងនោះលក់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងមានតំលៃថោកដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនជាក់លាក់ ។

៥. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និង ផលប៉ះពាល់ខាងគោលនយោបាយ

ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ (បង្ហាញដោយ ចំណាយគិតក្នុងមនុស្សម្នាក់របស់គ្រួសារទៅលើផ្នែកសុខភាព និងការអប់រំកូនៗ, ការសិក្សារបស់មេគ្រួសារ, ទំហំគ្រួសារ, អាយុកុមារ, ការសិក្សារបស់កុមារ, ការរៀបការនៅវ័យក្មេង,

ចំនួនម៉ោងការងាររបស់កុមារ, លទ្ធភាពបានប្រើប្រាស់ទឹក ជំរក និងបង្គន់អនាម័យ, ជនជាតិ, លក្ខណៈសហគមន៍, ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងឧបត្ថម្ភធនខាងសុខភាព ទាំងអស់នេះគឺជាកត្តាកំនត់ភាពក្រីក្ររបស់គ្រួសារ និងរបស់កុមារ ។

កុមារក្រីក្រភាគច្រើន កំពុងរស់ក្នុងគ្រួសារមានសមាជិកយ៉ាងច្រើន នៅតាមតំបន់ជនបទ ជាពិសេសនៅតំបន់ខ្ពង់រាប/តំបន់ភ្នំ និងតំបន់ទន្លេសាប ។ ខេត្តរតនគិរី មណ្ឌលគិរី និង ឧត្តរមានជ័យ ទំនងជាខេត្តដែលមានសេវាអប់រំទន់ខ្សោយជាងគេ ។ ម្យ៉ាងទៀតខេត្តកំពង់ចាម កណ្ដាល តាកែវ និងបន្ទាយមានជ័យ ហាក់ដូចជាមានអត្រាពលកម្មកុមារកំរិតខ្ពស់ ដូច្នេះហើយគោលដៅផ្សេងៗខាងការអប់រំ និងពលកម្មកុមារ ប្រហែលមិនអាចសំរេចបានទេ ។

ការសិក្សានេះបានផ្ដល់ជាមតិខាងគោលនយោបាយជាច្រើន ដែលអាចសង្ខេបបានដូចខាងក្រោមៈ

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឃើញមានភាគច្រើនក្នុងចំណោមកុមារនៅតំបន់ជនបទ ជាពិសេសខេត្តពោធិ៍សាត់ មណ្ឌលគិរី និង រតនគិរី ។ ជាការចាំបាច់ណាស់ដែលកម្មវិធីផ្ដល់អាហារូបត្ថម្ភត្រូវប្រឹងប្រែងថែមទៀត ពិសេសសំរាប់កុមារអាយុ ១២-១៧ខែ ពីព្រោះរោគសញ្ញានៃការក្រិនកំពស់ ការចុះស្គម/ខ្សោយ និង ទំងន់មិនគ្រប់ តែងលេចឡើងចំពោះកុមារក្នុងក្រុមអាយុនេះ ។ កម្មវិធីអប់រំមាតាស្ដីពីអាហារូបត្ថម្ភកុមារ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គួរអនុវត្តឡើង ដើម្បីជួយទ្រទ្រង់ដល់អ្នករស់នៅតំបន់ជនបទ និងមានការអប់រំទាបជាងកំរិតមធ្យមសិក្សា ។ តួនាទីរបស់ឪពុក ក៏គួរលើកឡើងផងដែរនៅក្នុងកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភកំរិតជាតិ ។

កម្មវិធីផ្នែកសុខភាព គួរប្រឹងប្រែងថែមទៀតសំរាប់កុមារនៅទីជនបទ ជាពិសេសនៅខេត្តមណ្ឌលគិរី និងរតនគិរី ដែលមានអត្រាមរណៈរបស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ និងអត្រាមរណៈរបស់ទារកខ្ពស់ជាងគេ ។ កម្មវិធីនេះក៏គួរផ្ដល់អាទិភាពដល់ខេត្តកំពង់ចាម កំពង់ធំ និងឧត្តរមានជ័យផងដែរ ព្រោះខេត្តទាំងនេះមានអត្រាកើតជំងឺគ្រុនក្ដៅ ជំងឺរាគរូស និងជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវដង្ហើម ខ្ពស់ជាងគេ ។ ត្រូវប្រឹងប្រែងថែមទៀតផ្ដោតលើកុមារអាយុ ៦-១១ខែ ព្រោះអត្រាជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវដង្ហើម ជំងឺគ្រុនក្ដៅ និងជំងឺរាគមានកំរិតខ្ពស់ក្នុងក្រុមអាយុនេះ ។ កម្មវិធីអប់រំមាតា ស្ដីពីការថែទាំសុខភាពកុមារ គួរផ្ដោតលើខេត្តទាំងអស់នេះ ។ កម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្អែកលើសហគមន៍នៅទីជនបទ ជាពិសេសនៅខេត្តរតនគិរី មណ្ឌលគិរី ឧត្តរមានជ័យ និងកំពង់ធំ គួរជំរុញថែមទៀត ដើម្បីបង្កើនតំរូវការសេវាថែទាំសុខភាពកុមារ ជាពិសេសដោយសារគ្រួសារនានាមានចំណេះដឹង និងចំណាប់អារម្មណ៍ទាបពីរឿងនេះ ។ ឆ្មប និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល គួរតែមានការបណ្ដុះបណ្ដាល ការដាក់ពង្រាយ ការផ្ដល់ប្រៀវត្សរ៍ និងការត្រួតពិនិត្យ ។

កម្មវិធីអប់រំ គួរផ្ដោតខ្លាំងថែមទៀតលើថ្នាក់មធ្យមសិក្សាកំរិត១ និងកំរិត២ ពីព្រោះមានអត្រាសិស្សឈប់រៀនខ្ពស់ ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ពីព្រោះមានអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធនៅគ្រប់កំរិត ទាបជាងតំបន់ទីក្រុង និងតំបន់ជនបទយ៉ាងច្រើន ។ ខេត្តរតនគិរី មណ្ឌលគិរី ឧត្តរមានជ័យ និងកោះកុង មានអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនសុទ្ធ ទាបជាងគេនៅកម្ពុជា ។ គេគួរជ្រើសរើស និងដាក់ពង្រាយគ្រូបង្រៀនមានគុណភាពល្អច្រើននាក់ទៀតនៅ តំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល ជាពិសេសសហគមន៍ក្រីក្របំផុត ។ ប្រាក់លើកទឹកចិត្តពិសេស គួរផ្ដល់ទៅដល់គ្រូៗមានគុណភាពល្អទាំងឡាយ ដែលស្ម័គ្រចិត្តទៅបង្រៀននៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ។ ខេត្តប៉ៃលិន សៀមរាប រតនគិរី និងឧត្តរមានជ័យ មានអត្រាសិស្សធៀបនឹងគ្រូបង្រៀនខ្ពស់បំផុត ។

កម្មវិធីគាំពារ គួរផ្ដោតការប្រឹងប្រែងថែមទៀតលើកុមារាកំពុងធ្វើការ ដែលមានអាយុ ១០-១៤ឆ្នាំ និងជាពិសេស កុមារាអាយុ ១៥-១៧ឆ្នាំ ដែលពួកនិយោជកត្រូវការច្រើនជាងគេ ។ ខេត្តកំពង់ចាម កណ្ដាល តាកែវ និងបន្ទាយមានជ័យ មានអត្រាកុមារកំពុងធ្វើការខ្ពស់ជាងគេ ។ ការតស៊ូមតិទ្រទ្រង់សិទ្ធិកុមារ និង ការពង្រឹងអនុវត្តន៍ច្បាប់ពលកម្ម គួរផ្ដោតលើក្រុងភ្នំពេញដែលមានកុមារជាច្រើន កំពុងដំណើរការគ្រឿងចក្រក្នុងបរិយាកាសមិនល្អ ត្រូវទទួលរងការរំលោភបំពានខាងផ្លូវកាយ និងផ្លូវគំនិត និងទទួលបានប្រាក់កំរៃទាប (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និង អង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ ឆ្នាំ២០០២) ។ គេគួរធ្វើអង្កេតពីពលកម្មកុមារថ្មីមួយទៀត ពីព្រោះអង្កេតលើកទីមួយ បានធ្វើឡើង ៨ឆ្នាំហើយ មកទល់នឹងពេលនេះ ។ ទិន្នន័យមានស្រាប់បានបង្ហាញថា អាពាហ៍ពិពាហ៍របស់នារីក្នុងវ័យក្មេងខ្ចី គឺក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកនាងជាអ្នកសំរេចចាត់ចែង ដូច្នេះត្រូវមាន កម្មវិធីគាំពារផ្សេងៗដើម្បីតស៊ូមតិ និងការពារសិទ្ធិកុមារ ។ ទិន្នន័យបានបង្ហាញទៀតថា មូលហេតុចំបងនៃការក្លាយជាកុមារកំព្រា គឺ អត្រាខ្ពស់នៃបុរសមានជំងឺអេដស៍ ជំងឺផ្សេងៗទៀត ការរងរបួស និងអំពើហិង្សា ។ ដូច្នេះត្រូវបំផុសការយល់ដឹងជាសាធារណៈពី មូលហេតុនៃការរងរបួស និងការពង្រឹងអនុវត្តន៍ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ នៅតាមតំបន់ដែលមានអត្រាអំពើហិង្សាខ្ពស់ ។

មូលនិធិសមធម៌ផ្នែកសុខភាព និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្អែកលើសហគមន៍ គួរពង្រីកឱ្យបានទូទាំងប្រទេស និងគួរផ្ដល់អាទិភាពដល់តំបន់ជនបទនានាដែលមានអត្រាកុមារក្រីក្រកំរិតខ្ពស់ ។

ឯកសារយោង

Bureau of Health Economics and Financing (2008), *Annual Health Financing Report 2007* (Phnom Penh: Department of Planning and Health Information, Ministry of Health)

Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation & National Aids Authority (2008), *Orphans, Children Affected by HIV and Other Vulnerable Children in Cambodia: A Situation and Response Assessment 2007*. (Phnom Penh: National Muilti-Sectoral Orphans and Vulnerable Children Task Force)

National Institute of Public Health, National Institute of Statistics & ORC Macro (2006), *Cambodia Demographic and Health Survey 2005* (Phnom Penh: NIS, Ministry of Planning)

National Institute of Statistics & International Labour Organisation (2002), *Cambodia Child Labour Survey 2001* (Phnom Penh: NIS, Ministry of Planning)

UNICEF (2004), *The State of the World's Children 2005—Childhood under Threat* (New York: UNICEF)

UNICEF (2007), *Global Study on Child Poverty and Disparity 2007–2008 Guide* (New York: Global Policy Section, Division of Policy and Planning, UNICEF)