ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០២១-២២

របាយការណ៍សូចនាករសង្ខេប

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ
ក្រសួងផែនការ
ភ្នំពេញ កម្ពុជា

អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
ក្រសួងសុខាភិបាល
ភ្នំពេញ កម្ពុជា

ខែ មិថុនា ឆ្នាំ ២០២២

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS ២០២១-២២) អនុវត្តគម្រោងដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល ICF ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសតាមរយៈកម្មវិធី DHS ដែលជាគម្រោងដែលផ្តល់ មូលនិធិដោយ USAID សម្រាប់ផ្តល់ការគាំទ្រ និងជំនួយបច្ចេកទេសក្នុងការអនុវត្តអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅក្នុងប្រទេសនានាទូទាំងពិភពលោក។

ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី CDHS ២០២១-២២ អាចទំនាក់ទំនងពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ។ អគារលេខ ៣៨៦ មហាវិថីព្រះមុនីវង្ស សង្កាត់បឹងកេងកង ១ ចំការមន រាជធានីភ្នំពេញ កម្ពុជា; ទូរស័ព្ទ៖ (៨៥៥) ២៣-២១៣៦៥០ អ៊ីមែល៖ linahang2002@gmail.com អ៊ីធឺណិត៖ www.nis.gov.kh ឬអគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលក្រសួងសុខាភិបាល លេខ ៨០ មហាវិថីសម្តេច ប៉ែន នុត (២៨៩) សង្កាត់បឹងកក់២ ទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ កម្ពុជា ទូរស័ព្ទ៖ (៨៥៥) ២៣-៨៨៥៩៧០/២៣-៨៨៤៩០៩ អ៊ីមែល៖ webmaster@moh.gov.kh; អ៊ីនធឺណិត៖ www.moh.gov.kh ។

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី DHS អាចទទួលបានពី ICF ៥៣០ Gaither Road Suite ៥០០ Rockville, MD ២០៨៥០ USA (ទូរស័ព្ទ៖ +១-៣០១-៤០៧-៦៥០០ ទូរសារ៖ +១-៣០១-៤០៧-៦៥០១ អ៊ីមែល៖ ព័ត៌មាន @DHSprogram.com អ៊ីនធឺណិត៖ www.DHSprogram.com) ។

ខ្លឹមសារក្នុងរបាយការណ៍នេះគឺជាការទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងរបស់ NIS និង ICF ហើយមិនឆ្លុះបញ្ចាំងពីទស្សនៈរបស់ USAID រដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ឬទីភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយផ្សេងទៀតឡើយ។

អនុសាសន៍ណែនាំ៖
វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) [កម្ពុជា] និង ICF ២០២២ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ២០២១-២២ របាយការណ៍សូចនាករស្នូល។ ភ្នំពេញ កម្ពុជា និង Rockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក ៖ NIS, MOH, និង ICF ។

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
ឆ្នាំ ២០២១-២២
របាយការណ៍សូចនាករស្នូល

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ
ភ្នំពេញ កម្ពុជា

ក្រសួងសុខាភិបាល
ភ្នំពេញ កម្ពុជា

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

ខែ មិថុនា ឆ្នាំ ២០២២

មាតិការ

តារាង និងរូបភាព.....v
អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់.....vi
អារម្ភកថា.....៩
១ សេចក្តីផ្តើម.....១០
១.១ គោលបំណងអង្កេត.....១០
២ ប្រតិបត្តិការអង្កេត.....១១
២.១ វិធីសាស្ត្ររៀបចំសំណាកគំរូ.....១១
២.២ កម្រងសំណួរ.....១២
២.៣ ការវាស់វែងមនុស្សមាត្រ.....១៣
២.៤ អង្កេតសាកល្បង.....១៤
២.៤.១ បណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីសម្ភាសន៍.....១៤
២.៥ បណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីមូលដ្ឋាន.....១៥
២.៥.១ ការបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរ.....១៥
២.៥.២ការបណ្តុះបណ្តាលមនុស្សមាត្រ.....១៦
២.៥.៣ការបណ្តុះបណ្តាល CAPI.....១៦
២.៦ ប្រតិបត្តិការមូលដ្ឋាន.....១៧
២.៧ ការកែច្នៃទិន្នន័យ.....១៨
៣ លទ្ធផលបឋម.....១៩
៣.១ អត្រាឆ្លើយតប.....១៩
៣.២ ចរឹតលក្ខណៈអ្នកផ្តល់ចម្លើយ.....២០
៣.៣ លទ្ធភាពមានកូន.....២២
៣.៤ លទ្ធភាពមានកូនវ័យជំទង់.....២៤
៣.៥ ចំណង់ចំណូលចិត្តបង្កើតកំណើត.....២៥
៣.៦ ផែនការគ្រួសារ.....២៧
៣.៦.១ ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត.....២៧
៣.៦.២តម្រូវការ និងផែនការគ្រួសារ.....៣១
៣.៧ មរណភាពកុមារ.....៣៤
៣.៨ ការថែទាំសុខភាពមាតា.....៣៥
៣.៨.១ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល.....៣៨

៣.៨.២ការចាក់ថ្នាំតេតាណុស ៣៨
៣.៨.៣ការថែទាំពេលសម្រាល ៣៩
៣.៨.៤ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន ៤០
៣.៩ វិសាលភាពគ្របដណ្តប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង ៤០
៣.១០ ការថែទាំ និងព្យាបាលជម្ងឺកុមារ ៤៥
៣.១១ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ៤៨
៣.១២ ការបំបៅទឹកដោះ ទារក និងកុមារ ៥៣
៣.១៣ ចំណេះដឹងអំពីមេរោគអេដស៍/HIV ៥៥
៣.១៣.១ចំណេះដឹងពីវិធីបង្ការចំណោមយុវជន ៥៥
៣.១៣.២ឥរិយាបទនៃការរួមភេទ ៥៧
៣.១៣.៣ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ៦១
៣.១៤ មរណភាពមាតា ៦៦
៣.១៥ ការដាក់ពិន័យលើកុមារ ៦៧
ឯកសារយោង ៦៩

តារាង និងរូប

តារាង ១	លទ្ធផលនៃការសម្ភាសន៍គ្រួសារ និងបុគ្គល	១៩
តារាង ២	ចរឹតលក្ខណៈនៃអ្នកផ្តល់ចម្លើយ	២០
តារាង ៣	លទ្ធភាពបង្កើតកូនបច្ចុប្បន្ន	២៣
តារាង ៤	ការមានគភ៌ និងមាតុភាពវ័យជំទង់	២៤
តារាង ៥	ចំណង់ចំណូលចិត្តបង្កើតកំណើតរបស់ស្ត្រីតាមចំនួនកូនកើតរស់	២៦
តារាង ៦	វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្នតាមចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	២៨
តារាង ៧	ជម្រើស និងតម្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងសកម្មភាពរួមភេទស្ត្រីមិនទាន់រៀបការ	៣២
តារាង ៨	អត្រាមរណភាពកុមារ	៣៥
តារាង ៩	សូចនាករថែទាំសុខភាពមាតា	៣៦
តារាង ១០	ការចាក់ថ្នាំបង្ការតាមលក្ខណៈអង្កេត	៤២
តារាង១១	ការព្យាបាលរោគសញ្ញា ARI គ្រុនក្តៅ និងរាករូស	៤៦
តារាង ១២	ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារ	៥០
តារាង ១៣	សូចនាករការផ្តល់អាហារដល់ទារក និងកុមារតូច(IYCF)	៥៤
តារាង ១៤	ចំណេះដឹងអំពីវិធីសាស្ត្រការពារមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមយុវជន	៥៦
តារាង ១៥.១	ដៃគូរួមភេទច្រើន និងការរួមភេទមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ៖ ស្ត្រី	៥៧
តារាង ១៥.២	ដៃគូរួមភេទច្រើន និងការរួមភេទមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ៖ បុរស	៥៩
តារាង ១៦.១	វិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍៖ ស្ត្រី	៦២
តារាង ១៦.២	វិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍៖ បុរស	៦៤
តារាង ១៧	អនុបាទមរណមាតា	៦៦
តារាង ១៨	ការដាក់ពិន័យលើកុមារ	៦៨
តារាង១៩	ឥរិយាចំពោះការដាក់លពិន័យលើរាងកាយ	៦៨

រូប ១	និន្នាការអត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុបតាមតំបន់	២៣
រូប ២	និន្នាការនៃការប្រើប្រាស់ តម្រូវការ និងត្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ	៣៤
រូប ៣	និន្នាការនៃអត្រាមរណភាពកុមារ	៣៥
រូប ៤	និន្នាការអ្នកជំនួយក្នុងពេលសម្រាល	៣៩
រូប ៥	និន្នាការនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងកុមារ	៤៥
រូប ៦	និន្នាការនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ	៥៣
រូប ៧	និន្នាការនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ	៥៥

អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់

AIDS	ជំងឺអេដស៍
ANC	ការថែទាំមុនពេលសម្រាល
ARI	មេរោគផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាវ
ASFR	អត្រាលទ្ធភាពមានកូនតាមអាយុជាក់លាក់ ថ្នាំបង្កជំងឺរបេង
BCG	ថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង
CAPI	ការសម្ភាសន៍បុគ្គលប្រើកុំព្យូទ័រជំនួយ
CBR	អត្រាកំណើតដុល
CSPro	ការកែច្នៃទិន្នន័យជំរឿន និងអង្កេត
DHS	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព
DPT	វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺខាន់ស្លាក់ ក្អកមាន់ និងតេតាណូស
EA	មណ្ឌលសម្ភាសន៍
HepB	ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
Hib	ជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគហ៊ីប
HIV	មេរោគអេដស៍
IFSS	ប្រព័ន្ធស្ទ្រីម (បញ្ជូន) ឯកសារអ៊ីនធឺណិត
IPV	វ៉ាក់សាំង poliomyelitis អសកម្ម
IUD	កងដាក់ក្នុងស្បូន
IYCF	ការផ្តល់អាហារទារកនិងកុមារតូច
LAM	វិធីពន្យាកំណើតដោយការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
MOH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MMR	អនុបាទមរណភាពមាតា
NN	មរណភាពទារកទើបកើត
OPV	វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើង
ORS	ជាតិប្រៃសម្រាប់ជាតិទឹកក្នុងមាត់
PCV	វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត
PNC	ការថែទាំក្រោយសម្រាល
PNN	មរណភាពក្រោយប្រសូត
PSU	ឯកតាសំណាកគំរូបឋម
RV	វ៉ាក់សាំង rotavirus
SD	គម្លាតស្តង់ដារ
SDG	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព
SDM	វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតរាប់ថ្ងៃស្តង់ដារ

SP	sulfadoxine-pyrimethamine
STI	ជំងឺកាមរោគ
TFR	អត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុប
UNFPA	អង្គការមូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន
USAID	ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

អារម្ភកថា

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS ២០២១-២២) អនុវត្តគម្រោងដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល ។ បាយការណ៍សូចនាករស្នូល (KIR) នេះបង្ហាញពីលទ្ធផលបឋមពី CDHS ២០២១-២២ ។ លទ្ធផលបឋមពីអង្កេតនឹងត្រូវបានប្រើដោយអ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយដើម្បីវាយតម្លៃពីស្ថានភាពប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជាក្នុងគោលបំណងដើម្បីបង្កើតគោលនយោបាយប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព និងកម្មវិធីឱ្យបានសមស្របមួយនៅកម្ពុជា។ របាយការណ៍ចុងក្រោយនឹងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតជូនក្នុងពេលដ៏ខ្លីខាងមុខ ។

អង្កេតនេះទទួលបានការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពីរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា(RGC) ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (USAID) ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៏អន្តរជាតិអាល្លឺម៉ង់ (GIZ)) ជំនួយអូស្ត្រាលី (Australian Aids) អង្គការមូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន (UNFPA) មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់កុមារ (UNICEF) កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP)។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ ICF ដែលផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសសម្រាប់ការអង្កេតនេះ។ អង្កេតនេះសម្រេចទៅបានគឺ ដោយអាស្រ័យការយកចិត្តទុកដាក់ពីមន្ត្រីគ្រប់ជាន់ថ្នាក់របស់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ(NIS) និងក្រសួងសុខាភិបាល(MOH) ចូលរួមរៀបចំការងារបច្ចេកទេសជាមន្ត្រីសម្ភាសន៍ ជាមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ និងជាអ្នកសម្របសម្រួលគ្រប់ដំណាក់កាលអង្កេតប្រកបដោយការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះ ឯកឧត្តមកិត្តិសេដ្ឋាបណ្ឌិត **ឆាយ ថន** ទេសរដ្ឋមន្ត្រី រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងផែនការ ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ **អេង ហួត** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល ឯកឧត្តម **លេខ ផាលី** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងផែនការ ឯកឧត្តម **ហោ ដារិទ្ធ** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងផែនការ សមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រតិបត្តិ និងគណៈកម្មាធិការបច្ចេកទេស ដែលបានរួមចំណែកធ្វើឲ្យការអង្កេតនេះទទួលបានជោគជ័យ។ ខ្ញុំសូមកោតសរសើរយ៉ាងខ្លាំងចំពោះក្រុមការងាររបស់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងក្រសួងសុខាភិបាលនិងមន្ត្រីរាជធានីខេត្ត ដែលបានធ្វើការដោយការយកចិត្តទុកដាក់ និងសាទរក្នុងការធ្វើឱ្យការអង្កេតសម្រេចបានជោគជ័យ។

ជាចុងក្រោយខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះពិសេសដល់អាជ្ញាធរដែនដីពាក់ព័ន្ធ និងមន្ត្រីចូលរួមទាំងអស់ចំពោះការចំណាយពេលវេលាដ៏មានតម្លៃ ដើម្បីធ្វើឱ្យអង្កេតនេះអាចធ្វើទៅបានដោយជោគជ័យ។

ប្រតិភូរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
ទទួលបន្ទុកអគ្គនាយកវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

ជំទាវ ហង់ លីណា

រដ្ឋលេខាធិការ
ក្រសួងសុខាភិបាល

ឯកឧត្តម វេជ្ជ. ឡូ វាសនាគិរី

សេចក្ដីផ្ដើម ១

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិង សុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២២ (CDHS) គឺជាសេរីអង្កេតលើកទី៥ដែលបានអនុវត្តន៍ធ្វើចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០០ ២០០៥ ២០១០ និង២០១៤ ។ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) បានសហការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលដឹកនាំក្នុងការធ្វើអង្កេតនេះ។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២២ បានចាប់ផ្ដើមប្រតិបត្តិការស្រង់ទិន្នន័យចាប់ពីថ្ងៃទី ១៥ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០២១ ដល់ថ្ងៃទី១៥ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០២២ ។ CDHS ២០២១-២២ ប្រើប្រាស់ថវិកាគាំទ្រដោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងចូលរួមចំណែកដោយភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៏អន្តរជាតិអាមេរិក (USAID) ភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៏អន្តរជាតិអាល្លឺម៉ង់ (GIZ) ជំនួយអូស្ត្រាលី (Australian Aids) មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន (UNFPA) មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់កុមារ (UNICEF) កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក(WFP) ។ ICF អន្តរជាតិផ្ដល់ជំនួយបច្ចេកទេសទៅលើប្រតិបត្តិការនេះតាមរយៈកម្មវិធីរង្វាស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព (MEASURE DHS) សម្រាប់បណ្ដាប្រទេសមួយចំនួនប្រមូលទិន្នន័យសម្រាប់ត្រួតពិនត្យ និងវាយតម្លៃការប្រែប្រួលប្រជាសាស្ត្រ សុខភាព និងអាហាររូបត្ថម្ភ ។

របាយការណ៍សូចនាករស្នូលនេះ បង្ហាញជូនតែលទ្ធផលសំខាន់ៗមួយចំនួនពីអង្កេត CDHS ២០២១-២២ ប៉ុណ្ណោះ។ របាយការណ៍វិភាគទិន្នន័យលម្អិតទូលំទូលាយនឹងបោះពុម្ពនិងផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងត្រីមាសទី៤ ខាងមុខ។

១.១ គោលបំណងអង្កេត

គោលបំណងចម្បង CDHS ២០២១-២២ គឺដើម្បីផ្ដល់នូវការការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប៉ាន់ប្រមាណមូលដ្ឋានសូចនាករប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព។ ជាពិសេស CDHS ២០២១-២២ បានប្រមូលព័ត៌មានស្ដីពីលទ្ធភាពមានកូន ការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ផែនការគ្រួសារ ការអនុវត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី និងកុមារ សុខភាពមាតា និងទារក អត្រាមរណភាពមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ ការពង្រឹងសិទ្ធិអំណាចស្ត្រី អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការយល់ដឹង និងអាកប្បកិរិយាទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវភេទផ្សេងទៀត (STIs) និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្សេងទៀតដូចជាការជក់បារីជាដើម។

ព័ត៌មានដែលប្រមូលបានពី CDHS ២០២១-២២ មានគោលបំណងដើម្បីជួយអ្នករៀបចំគោលនយោបាយ និងអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី អ្នករៀបចំកម្មវិធី និងអ្នកវាយតម្លៃកម្មវិធី និងរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការកែលម្អសុខភាពរបស់ប្រជាជនរបស់ប្រទេស។ CDHS ២០២១-២២ ក៏ផ្ដល់សូចនាករពាក់ព័ន្ធទៅនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDGs) សម្រាប់កម្ពុជាផងដែរ។

ប្រតិបត្តិការអង្កេត ២

២.១ វិធីសាស្ត្ររៀបចំសំណាកគំរូ

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិង សុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២២ (CDHS) ប្រើប្រាស់ក្របខ័ណ្ឌសំណាកគំរូពីជំរឿនទូទៅប្រជាជនកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៩ (GPC) ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅឆ្នាំ២០១៩ ដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS)។ ក្របខ័ណ្ឌសំណាកគំរូនេះគ្របដណ្តប់ពេញលេញទៅលើបញ្ជីមណ្ឌលជំរឿន Enumeration Areas (EAs) នៅទូទាំងប្រទេសដែលផ្តល់ដោយ NIS ដើម្បីជ្រើសរើសសំណាកគំរូសម្រាប់អង្កេត CDHS ។ បញ្ជីមណ្ឌលជំរឿន EA គឺជាភូមិទាំងមូល ឬជាផ្នែកមួយនៃភូមិមួយដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ធ្វើជំរឿនឆ្នាំ២០១៩ សម្រាប់រាប់មនុស្សទាំងអស់ក្នុងជំរឿន។

សំណាកគំរូអង្កេត CDHS ២០២១-២២ រៀបចំជ្រើសរើសជាពីរដំណាក់កាលផ្សេងគ្នាដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណសូចនាករស្នូលនៅកម្រិតជាតិជាពិសេសទីប្រជុំជន និងជនបទទូទាំង ២៥ រាជធានី ខេត្ត។ ដំណាក់កាលបឋមគឺជ្រើសរើសចង្កោម (clusters) សំណាកគំរូមណ្ឌលជំរឿនដែលបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ធ្វើជំរឿនឆ្នាំ២០១៩ ។ សំណាកគំរូមណ្ឌលជំរឿនចំនួន ៧០៩ ត្រូវបានជ្រើសរើសក្នុងនោះទីប្រជុំជនមាន ២៤១ និង៤៦៨ ជនបទ ។ ជំរឿនទូទៅប្រជាជនកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៩ បានរៀបចំជាចំណាត់ថ្នាក់ទីប្រជុំជនឡើងវិញដែល ២០% នៃមណ្ឌលជំរឿននៅជនបទត្រូវចាត់បញ្ចូលជាទីប្រជុំជន ។

ដំណាក់កាលបន្ទាប់គឺជ្រើសរើសសំណាកគំរូគ្រួសារ។ សំណាកគំរូមណ្ឌលជំរឿនដែលបានជ្រើសរើសនៅដំណាក់កាលបឋមទាំងអស់ត្រូវបានចុះបញ្ជីគ្រួសារដែលមាននៅក្នុងមណ្ឌលជំរឿនជាក់ស្តែងចាប់ពីខែមេសាដល់ខែសីហាឆ្នាំ២០២១ បន្ទាប់មកសំណាកគំរូគ្រួសារត្រូវបានជ្រើសរើសដោយចៃដន្យពីសម្រង់បញ្ជីគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជីរួចនោះ។ មណ្ឌលជំរឿនគ្រួសារត្រូវបានជ្រើសរើសចេញពីមណ្ឌលជំរឿននិមួយៗជារួម ២១.២៧០ គ្រួសារត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់អង្កេតនេះ។ ដោយសារទំហំសំណាកគំរូស្មើគ្នាសម្រាប់ខេត្តនិមួយៗ សំណាកគំរូមិនត្រូវបានធ្វើសម្រាប់កម្រិតជាតិឡើយ ហើយមេគុណសំណាកគំរូត្រូវបានគណនា និងបញ្ចូលទៅក្នុងកម្រងទិន្នន័យ ដូច្នេះលទ្ធផលនឹងមានសមាមាត្រនៅថ្នាក់ជាតិ។

គ្រប់ស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ មានក្នុងគ្រួសារត្រូវបានជ្រើសរើសជាសំណាកគំរូបើទោះជាសមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍ ឬជាភ្ញៀវក្តីដែលបានស្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមុនយប់ថ្ងៃធ្វើអង្កេតត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់សម្ភាសន៍ទាំងអស់។ សំណាកគំរូមានពាក់កណ្តាលនៃគ្រួសារទាំងអស់ត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការសម្ភាសន៍បុរសដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ បើទោះជាសមាជិកអចិន្ត្រៃយ៍ ឬជាភ្ញៀវក្តីបើពួកគេបានស្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមុនយប់ថ្ងៃធ្វើអង្កេតត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់អង្កេត។ បន្ថែមលើសពីនេះទៅទៀតគ្រួសារដែលមិនត្រូវបានសម្ភាសន៍បុរសនឹងត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់វាស់កម្ពស់ ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់ដើមដៃលើស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ និងកុមារអាយុតិចជាង ៥ ឆ្នាំ ។

២.២ កម្រងសំណួរ

កម្រងសំណួរចំនួនប្រាំត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការអង្កេត CDHS ២០២១-២២ រួមមានកម្រងសំណួរគ្រួសារ កម្រងសំណួរស្ត្រី កម្រងសំណួរបុរស កម្រងសំណួរមនុស្សមាត្រ និងកម្រងសំណួរមន្ត្រីមូលដ្ឋាន។ កម្រងសំណួរទាំងនេះផ្អែកលើបទដ្ឋានកម្មវិធីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពពិភពលោកជំនាន់ទី៨ (DHS-៨) ។ កម្រងសំណួរទាំងនេះឆ្លុះបញ្ចាំងបញ្ហាពាក់ព័ន្ធប្រជាពស្ត្រ និងសុខភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា។ កម្រងសំណួរទាំងនេះត្រូវបានអនុម័តជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងកិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសរវាងភាគីដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងជួររាជរដ្ឋាភិបាល ទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងម្ចាស់ស់ជំនួយអន្តរជាតិ។ សេចក្តីព្រាងចុងក្រោយនៃតារាងសំណួរនេះត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងកិច្ចប្រជុំមួយដែលរៀបចំដោយ NIS។ ឯកសារណែនាំត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយគណៈកម្មាធិការក្រមសីលធម៌ជាតិសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវសុខភាព (NECHR) និងត្រួតពិនិត្យឡើងវិញដោយក្រុមប្រឹក្សាត្រួតពិនិត្យស្ថាប័ន ICF។ បន្ទាប់ពីកម្រងសំណួរទាំងនេះត្រូវបានអនុម័តពីភាសាអង់គ្លេសរួចត្រូវបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ។ CDHS ២០២១-២២ ប្រើកម្មវិធីស្រង់ទិន្នន័យប្រើកុំព្យូទ័រជំនួយក្នុងការសម្ភាសន៍(CAPI) ។

កម្រងសំណួរគ្រួសារត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្រង់ព័ត៌មានពីគ្រប់សមាជិកគ្រួសារអចិន្ត្រៃយ៍ និងភ្ញៀវរបស់គ្រួសារដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្ភាសន៍។ ព័ត៌មានមូលដ្ឋានត្រូវបានប្រមូលមានចរឹតលក្ខណៈរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវបានស្រង់ចូលរួមមាន អាយុ ភេទ ការអប់រំ និងទំនាក់ទំនងទៅនឹងមេគ្រួសារ។ សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ ស្ថានភាពរស់រានមានជីវិតរបស់ឳពុកម្តាយបានកំណត់ ។

ទិន្នន័យអំពីអាយុ ភេទ និងស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់សមាជិកគ្រួសារត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណស្ត្រី និងបុរសដែលមានសិទ្ធិសម្រាប់ការសម្ភាសន៍បុគ្គល។ កម្រងសំណួរគ្រួសារក៏បានប្រមូលព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈនៃអង្គភាពលំនៅដ្ឋានរបស់គ្រួសារដូចជាប្រភពទឹកផឹក។ ប្រភេទនៃបង្គន់អនាម័យ សម្ភារៈប្រើប្រាស់សម្រាប់កម្រាលឥដ្ឋ ជញ្ជាំង និងដំបូល និងភាពជាម្ចាស់នៃសម្ភារៈប្រើប្រាស់បានយូរផ្សេងៗ។ លើសពីនេះទៀត ម៉ូឌុលស្តីពីពិការភាព និងកាដាក់ពិន័យកុមារត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកម្រងសំណួរនេះផងដែរ ។

កម្រងសំណួររបស់ស្ត្រីត្រូវបានប្រើដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានពីស្ត្រីដែលមានសិទ្ធិទាំងអស់ដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ។ ស្ត្រីទាំងនេះត្រូវបានសួរសំណួរលើប្រធានបទដូចខាងក្រោមៈ

- ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត (មានអាយុ ការអប់រំ និងប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ)
- ប្រវត្តិនៃការមានផ្ទៃពោះ និងមរណភាពកុមារ
- ការយល់ដឹង ការប្រើប្រាស់ការពន្យាកំណើត និងប្រភព ផែនការគ្រួសារ
- ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ពេលសម្រាលកូន និងក្រោយសម្រាល
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង និងជំងឺកុមារ
- ការអនុវត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងការបំបៅកូន

- របបអាហារអេប្បបរមារបស់ស្ត្រី
- អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងសកម្មភាពផ្លូវភេទ
- ចំណូលចិត្តក្នុងការមានកូន (រួមទាំងបំណងប្រាថ្នាចង់បានកូន និងចំនួនកូនដែលចង់បាន)
- ការងាររបស់ស្ត្រី និងចរិតលក្ខណៈអង្កេតរបស់ប្តី
- ចំណេះដឹង ការយល់ដឹង និងឥរិយាបទទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវភេទផ្សេងទៀត (STIs)
- ចំណេះដឹង ការយល់ដឹង និងឥរិយាបទទាក់ទងនឹងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត (ឧ. ការជក់បារី)
- មរណភាពមាតា និងមនុស្សពេញវ័យ
- អំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ

កម្រងសំណួរបុរស ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្រង់ព័ត៌មានពីសំណាកគំរូគ្រួសារអង្កេតលើបុរសបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ។ កម្រងសំណួររបស់បុរសបានប្រមូលព័ត៌មានជាច្រើនដូចគ្នានឹងកម្រងសំណួររបស់ស្ត្រី ប៉ុន្តែមានរយៈពេលខ្លីជាង ដោយសារសំណួរលម្អិតពីប្រវត្តិបន្តពូជ ឬសំណួរលម្អិតអំពីសុខភាពមាតា និងទារក។ កម្រងសំណួរមនុស្សមាត្រ (Biomarker) ត្រូវបានប្រើដើម្បីកត់ត្រាលទ្ធផលនៃការវាស់វែងមនុស្សមាត្រ (anthropometry) សម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារ។ កម្រងសំណួរនេះត្រូវបានគ្រប់គ្រងតែចំពោះគំរូរងដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់សមាសធាតុមនុស្សមាត្រប៉ុណ្ណោះ។

កម្រងសំណួរមន្ត្រីមូលដ្ឋាន បានកត់ត្រាព័ត៌មានសាវតាមន្ត្រីសម្ភាសន៍ដែលនឹងបម្រើជាឧបករណ៍ក្នុងការវិភាគគុណភាពទិន្នន័យ។ អ្នកសំភាសន៍ម្នាក់ៗបានបំពេញកម្រងសំណួរអ្នកបំពេញការងារដែលគ្រប់គ្រងដោយខ្លួនឯងបន្ទាប់ពីការជ្រើសរើសចុងក្រោយនៃមន្ត្រីសម្ភាសន៍ និងមុនពេលចុះធ្វើការនៅតាមគោលដៅអង្កេត។ មិនមានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានភ្ជាប់ទៅនឹងឯកសារទិន្នន័យមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ និងសម្ភាសន៍នៅក្នុង CDHS ២០២១-២២ នេះឡើយ ។

មន្ត្រីសម្ភាសន៍បានប្រើថេប្លេត (Tablet) សម្រាប់ការប្រមូលទិន្នន័យ។ ថេប្លេតត្រូវបានបំពាក់ដោយបច្ចេកវិទ្យា Bluetooth® ដើម្បីបើកដំណើរការផ្ទេរឯកសារអេឡិចត្រូនិកពីចម្ងាយ ដូចជាការចាត់តាំងពីមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យទៅមន្ត្រីសម្ភាសន៍ បញ្ជូនកម្រងសំណួរបុគ្គលទៅសមាជិកក្រុម និងកម្រងសំណួរបំពេញរួចពីមន្ត្រីសម្ភាសន៍ទៅមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ។ ប្រព័ន្ធប្រមូលទិន្នន័យ CAPI ដែលប្រើប្រាស់ក្នុងឆ្នាំ CDHS ២០២១-២២ ត្រូវបានរៀបចំដោយកម្មវិធីអង្កេត DHS ជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់ចល័តរបស់កម្មវិធី CSPro ។

២.៣ ការវាស់វែងមនុស្សមាត្រ

ការថ្លឹងទម្ងន់ត្រូវបានប្រើជញ្ជីងថ្លឹងម្តាយ និងកូនជាមួយនឹងបង្ហាញលើអេក្រង់ឌីជីថល (UNICEF-លេខម៉ូដែល S0១៨១០២៥)។ ការវាស់កម្ពស់ និងប្រវែងត្រូវបានវាស់ដោយការវាស់វែងដោយប្រើប្រព័ន្ធវាស់កម្ពស់ប្រវែងទារក/មនុស្សពេញវ័យ (UNICEF-លេខម៉ូដែល S0១១៤៥៤០)។ កុមារដែលមានអាយុតិចជាង ២៤ ខែត្រូវវាស់ដេក

(recumbent length) នៅលើបន្ទះក្តារ ហើយកុមារដែលមានអាយុច្រើនជាងត្រូវបានវាស់ឈរ ។ រង្វង់ដើមដៃពាក់ផ្នែកខាងលើ (MUAC) ត្រូវបានវាស់ដោយប្រើកាសែត MUAC បទដ្ឋានថ្មី (UNICEF—លេខម៉ូដែល S០១៤៥៦២០)។

ដើម្បីវាយតម្លៃភាពច្បាស់លាស់នៃការវាស់កម្ពស់ ប្រហែល ១០% នៃកុមារត្រូវបានជ្រើសរើសដោយចៃដន្យ ដើម្បីវាស់ជាលើកទីពីរ។ កម្មវិធី DHS កំណត់ភាពខុសគ្នាតិចជាង ១ សង់ទីម៉ែត្ររវាងការវាស់កម្ពស់ទាំងពីរជាកម្រិតនៃភាពជាក់លាក់ដែលអាចទទួលយកបាន។ កុមារដែលមានពិន្ទុ Z តិចជាង -៣ ឬច្រើនជាង ៣ សម្រាប់កម្ពស់សម្រាប់អាយុ ទម្ងន់សម្រាប់កម្ពស់ ឬទម្ងន់សម្រាប់អាយុត្រូវបានសម្គាល់ និងវាស់វែងជាលើកទីពីរ។ ការវាស់វែងឡើងវិញនៃករណីដែលបានសម្គាល់ត្រូវបានអនុវត្ត ដើម្បីធានាបាននូវស្រង់ត្រឹមត្រូវនៃការវាស់វែងកម្ពស់ និងថ្លឹងទម្ងន់។

២.៤ អង្កេតសាកល្បង

អង្កេតសាកល្បងលើកម្រងសំណួរត្រូវបានអនុវត្តមុនពេលចុះប្រតិបត្តការមូលដ្ឋានសម្រាប់អង្កេត CDHS ធ្វើឡើងនៅចន្លោះថ្ងៃទី ២ ដល់ថ្ងៃទី ២៨ ខែមិថុនា ឆ្នាំ ២០២១។ ការបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរត្រូវមានពីរដំណាក់កាល គឺ២សប្តាហ៍ដំបូងត្រូវបានបែងចែកសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរជាក្រដាស បន្ទាប់មក ៣ ថ្ងៃសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល CAPI និង ២ ថ្ងៃសម្រាប់ការអនុវត្តជាក់ស្តែង។ ជំនួយបច្ចេកទេស ICF បានផ្តល់ជូនសម្រាប់ការអនុវត្តជាក់ស្តែងនេះ។

២.៤.១ បណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីសម្ភាសន៍

មន្ត្រីចំនួន ៣០ នាក់ត្រូវបានជ្រើសរើសឲ្យចូលរួមក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរដែលមានបុរស ១៧ នាក់ ស្រី ១៣ នាក់ (មន្ត្រីសម្ភាសន៍ ២០ នាក់ មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ ៥ នាក់ និងអ្នកបច្ចេកទេស មនុស្សមាត្រ ៥ នាក់)។អ្នកសម្របសម្រួលពី NIS ប្រាំនាក់ និងបុគ្គលិក ICF ម្នាក់បានធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលលើកម្រងសំណួរ។ ការបណ្តុះបណ្តាលការវាស់កម្ពស់ ថ្លឹងទម្ងន់ វាស់ដើមដៃត្រូវបានធ្វើឡើងដាច់ដោយឡែកពីគ្នាដោយមានក្រុមការងារអ្នកបច្ចេកទេសចំនួន ៥ នាក់ពីអង្គការ UNICEF ។ មន្ត្រីទាំង ៣០ ត្រូវបានរំពឹងថានឹងបានចូលរួមក្នុងការអង្កេតនេះ។

វគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះធ្វើឡើងជាភាសាខ្មែរ។ ការសម្ភាសន៍ក្រុមតូចៗត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅចុងបញ្ចប់នៃការបណ្តុះបណ្តាល។ សិក្ខាកាមម្នាក់ៗត្រូវបំពេញកម្រងសំណួរគ្រួសារមួយ និងកម្រងសំណួរបុគ្គលចំនួនពីរ។ ទិន្នន័យដែលប្រមូលបានក្នុងអំឡុងពេលការអនុវត្តលំហាត់ ក្រោយមកត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីសាកល្បងកម្មវិធី CAPI និងដើម្បីអនុវត្តការប្រមូលទិន្នន័យនៅលើថេប្លេត ។ មន្ត្រីសម្របសម្រួលពីក្រសួងសុខាភិបាលបានផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលលើប្រធានបទសុខភាពផ្សេងៗ រួមមាន ផែនការគ្រួសារ និងសុខភាពបន្តពូជ មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ អាហារូបត្ថម្ភ និងការចាក់វ៉ាក់សាំងកុមារ។

ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល (TOT) សម្រាប់ CAPI ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី ១៦ដល់ថ្ងៃ២៤ ខែមិថុនា ឆ្នាំ

២០២១ សម្រាប់មន្ត្រីបង្គោលរបស់ NIS ចំនួន ៥ នាក់ ហើយវគ្គបណ្តុះបណ្តាល CAPI អង្កេតសាកល្បងបាន ធ្វើឡើងចាប់ពីថ្ងៃទី ២៣-២៥ ខែមិថុនា ឆ្នាំ ២០២១ ដែលមានមន្ត្រីចូលរួមចំនួន ៣០ នាក់ រួមទាំងអ្នក បច្ចេកទេសមនុស្សមាត្រ(biomarker) ផងដែរ។
មន្ត្រីសម្ភាសន៍ និងអ្នកបច្ចេកទេសមនុស្សមាត្របានធ្វើការអនុវត្តការងាររយៈពេល ២ ថ្ងៃ ដើម្បីពង្រឹងជំនាញ ដែលបានរៀនកំឡុងពេលបណ្តុះបណ្តាល និងដើម្បីទទួលនូវបទពិសោធន៍ការងារដើម្បីធ្វើតេស្តសាកល្បង លើសម្ភារៈអង្កេត។ មន្ត្រីចូលរួមអង្កេតសាកល្បងបែងជា ៥ ក្រុមដែលដើម្បីអនុវត្តន៍ការងារជាក់ស្តែង (មន្ត្រី ត្រួតពិនិត្យ ១ នាក់ មន្ត្រីសម្ភាសន៍ ៤ នាក់ និងអ្នកបច្ចេកទេសមនុស្សមាត្រ ១ នាក់) ។ ការអនុវត្ត នេះបានធ្វើនៅ ភូមិចំនួន ៥ ក្នុងខេត្តកំពង់ធំ។ គ្រួសារចំនួន ២៤ ត្រូវបានជ្រើសរើសនៅក្នុងភូមិនីមួយៗសម្រាប់ក្រុមដើម្បី ប្រមូលទិន្នន័យក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្តសាកល្បងនេះ។ ជារួមគ្រួសារចំនួន ៧៨ ស្ត្រីគោលដៅ ៥៨ នាក់ និង បុរសគោលដៅ ៦១ នាក់ ត្រូវបានសម្ភាសន៍។

២.៥ បណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីមូលដ្ឋាន

២.៥.១ ការបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរ

ការបណ្តុះបណ្តាលចម្បងសម្រាប់អង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០២១-២២ ត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅសាលប្រជុំធំរបស់ ក្រសួងផែនការក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ។ មន្ត្រីមួយរយម្ភៃប្រាំនាក់បានចូលរួមក្នុងវគ្គបណ្តុះ បណ្តាលនេះ (មន្ត្រី សម្ភាសន៍ ១០០ នាក់ និងត្រួតពិនិត្យ ២៥ នាក់)។ ចាប់ពីថ្ងៃទី ១៩ ខែកក្កដា ដល់ថ្ងៃទី ៣១ ខែកក្កដា មន្ត្រី ទាំងអស់បានចូលរួមក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលកម្រងសំណួរ។ មន្ត្រីសម្របសម្រួលវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) ចំនួនពីរនាក់ និងអ្នកបច្ចេកទេសពី ICF ម្នាក់បានធ្វើការ បណ្តុះបណ្តាលលើកម្រងសំណួរ។ មន្ត្រីចូលរួម ប្រហែលជាងពាក់កណ្តាលប៉ុណ្ណោះដែលធ្លាប់បានចូលរួមក្នុងអង្កេត CDHS លើកមុនៗ ឬអង្កេតផ្សេងទៀតខ ណៈដែលមន្ត្រីផ្សេងទៀតមិនមានបទពិសោធន៍ក្នុងការអង្កេត ។ ៤០ ភាគរយ (៥០) នៃមន្ត្រីចូលរួមទាំងនេះ មកពីមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី ខេត្ត ៤០ ភាគរយ (៥០) ទៀតមកពីមន្ទីរផែនការរាជធានី ខេត្ត និង ២០ ភាគរយ (២៥) មកពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) ។

ការសម្ភាសន៍ជាក្រុមតូចៗត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាល។ សិក្ខាកាមម្នាក់ៗតម្រូវឱ្យ បំពេញកម្រងសំណួរគ្រួសារមួយ និងកម្រងសំណួរបុគ្គលចំនួនពីរ។ ទិន្នន័យដែលប្រមូលបានក្នុងអំឡុងពេល លំហាត់អនុវត្ត ក្រោយមកត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីសាកល្បងកម្មវិធី CAPI និងដើម្បីអនុ វត្តការប្រមូលទិន្នន័យនៅលើថេប្លេត ។ តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបា ល និងកិច្ចការនារីបានចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលតាមរយៈវីដេអូពីចម្ងាយ (Zoom) ។ មន្ត្រីទាំងនោះបានចូល រួមតាមអ៊ីនធឺណិតដើម្បីពិភាក្សាលើប្រធានបទទាក់ទងនឹងសុខភាពកុមារ និងការអភិវឌ្ឍន៍កុមារតូច ផែនការ គ្រួសារ និងសុខភាពបន្តពូជ មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ អាហារូបត្ថម្ភ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងអំពើហិង្សាក្នុង គ្រួសារជាដើម។
បញ្ញាប្រឈមធំៗសម្រាប់ការអង្កេតនេះ មន្ត្រីចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានជ្រើសរើសដោយ MOH និង NIS ក្រសួងផែនការពីមន្ទីររាជធានី ខេត្តរៀងខ្លួន។ មន្ត្រីចូលរួមភាគច្រើនបានបំពេញ លក្ខណៈសម្បត្តិដូចការ

រំពឹងទុក រួមទាំងបទពិសោធន៍ក្នុងការប្រើប្រាស់កុំព្យូទ័រ និងធ្លាប់បានចូលរួមការងារអង្កេតណាមួយពីមុនមក ។ ការជ្រើសរើសមន្ត្រីត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់តែតម្រូវការក្នុងអង្កេតប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនមានមន្ត្រីបម្រុងត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមឡើយ ដូច្នេះការជ្រើសរើសឡើងវិញមិនត្រូវបានធ្វើសម្រាប់អង្កេតនេះ ។

២.៥.២ការបណ្តុះបណ្តាលមនុស្សមាត្រ

វគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកមនុស្សមាត្រនេះ ធ្វើឡើងដោយអ្នកជំនាញអាហារូបត្ថម្ភពីក្រសួងសុខាភិបាល (MOH)។ ដោយសារគោលនយោបាយកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺកូវីដ-១៩ របស់អង្គការ UNICEF មិនអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់បានទេគឺត្រូវចូលរួមតាមរយៈវីដេអូពីចម្ងាយ (Zoom)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ដោយសារតែមានការរឹតបន្តឹងលើ COVID-១៩ ស្ត្រី និងកុមារដែលតម្រូវឱ្យអនុវត្តសម្រាប់មនុស្សមាត្រ និងបទដ្ឋានជាក់ស្តែងក្នុងពេលបណ្តុះបណ្តាលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមកក្នុងអគារ NIS ឡើយ ។ ដូចគ្នានេះផងដែរសម្រាប់ហេតុផលដូចគ្នានេះដែរការប្រជុំ ឬការជួបជុំគ្នានៅមូលដ្ឋានក៏មិនអាចអនុវត្តន៍ទៅបានសម្រាប់ការអនុវត្តជាក់ស្តែងមនុស្សមាត្រ និងបទដ្ឋានអំឡុងពេលបណ្តុះបណ្តាល។ ការអនុវត្តលើការវាស់ស្ទង់មនុស្សពេញវ័យត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងចំណោមមន្ត្រីសម្ភាសន៍ និងមន្ត្រី NIS ដែលស្ម័គ្រចិត្ត ។

២.៥.៣ ការបណ្តុះបណ្តាល CAPI

ការបណ្តុះបណ្តាល CAPI ត្រូវបានធ្វើឡើងចាប់ថ្ងៃទី ២ ដល់ថ្ងៃទី ២១ ខែសីហា ជាមួយនឹងជំនួយការបច្ចេកទេសដោយផ្ទាល់ និងពីចម្ងាយ (Zoom) ។ ការបណ្តុះបណ្តាល CAPI ធ្វើឡើងមានរយៈពេលយូរជាងធម្មតាដោយសារតែវិបត្តិ COVID-១៩ បានកើតឡើងនៅក្នុងនាយកដ្ឋានព័ត៌មានវិទ្យានៅចុងសប្តាហ៍ដំបូង។ ការជួបជុំធំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតជាហេតុតម្រូវឲ្យមន្ត្រីដែលចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានបំបែកជាបួនក្រុមតូចៗ។ ពីរក្រុមត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងមួយថ្ងៃ មួយក្រុមពេលព្រឹកចាប់ពីម៉ោង ៨:០០ ព្រឹកដល់ម៉ោង ១២:៣០ ថ្ងៃត្រង់ និងមួយក្រុមទៀតនៅពេលព្រឹកចាប់ពីម៉ោង ១:៣០ រសៀលដល់ម៉ោង ៥:៣០ រសៀល។ ត្រូវចំណាយពេល ២ ថ្ងៃដើម្បីបង្ហាញប្រធានបទដែលនៅសល់នីមួយៗនៅលើរបៀបវារៈ។ ប្រព័ន្ធ CAPI ត្រូវបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរ រួមមានសំណួរ ប្រភេទនៃការឆ្លើយតប សារបង្ហាញកំហុស ជម្រើសផ្សេងៗ ។ល។ ការបកប្រែ និងការត្រួតពិនិត្យទាំងនេះធ្វើឡើងដោយ ICF និងមន្ត្រីបង្គោលពី NIS ។ កម្រងសំណួររបស់គ្រួសារ ស្ត្រី បុរស និងមនុសមាត្រ ក៏ដូចជាប្រព័ន្ធ CAPI របស់មន្ត្រីសម្ភាសន៍ និងមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យក៏ត្រូវបានបកប្រែជាភាសាខ្មែរផងដែរ។

មន្ត្រីដែលចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានបែងចែកជា ២៥ ក្រុម ដែលក្រុមនីមួយៗមានមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យម្នាក់ និងមន្ត្រីសម្ភាសន៍ ៤ នាក់ដែលពួកគេនឹងត្រូវទៅខេត្តជាមួយគ្នា។ ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីចូលរួមបានរៀនពីរបៀបកត់ត្រាការឆ្លើយតបនៅក្នុងប្រព័ន្ធ CAPI និងប្រើប៊្លូធូត (Bluetooth) ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរកិច្ចការ និងផ្ទេរទិន្នន័យកម្រងសំណួរ និងការបច្ចុប្បន្នភាពក្នុងប្រព័ន្ធ CAPI ។ មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យក៏ត្រូវរៀនពីរបៀបប្រើប្រាស់ការតភ្ជាប់អ៊ីធឺណិត និងប្រព័ន្ធបញ្ជូនឯកសារតាមអ៊ីនធឺណិត (IFSS) ដើម្បីផ្ញើទិន្នន័យមកកាន់ការិយាល័យកណ្តាល និងរក្សាឯកសារក្នុងប្រព័ន្ធ CAPI នៅក្នុងថេប្លេតរផងដែរ។

ដោយសារការរឹតបន្តឹង និងបទប្បញ្ញត្តិនៃកូវីដ-១៩ ការអនុវត្តជាក់ស្តែងមិនអាចត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងភូមិបានទេ បន្ទាប់ពីវគ្គបណ្តុះបណ្តាលបានបញ្ចប់។ ផ្ទុយទៅវិញមន្រ្តីសម្ភាសន៍ត្រូវបានស្នើឱ្យប្រមូលទិន្នន័យនៅផ្ទះ និងក្នុងសង្កាត់របស់ពួកគេស្នាក់នៅ។ នេះបានធ្វើឱ្យសិក្ខាកាមបញ្ចប់កម្មវិធីសិក្សាបណ្តុះបណ្តាល និងទទួលបានបទពិសោធន៍អំពីរបៀបប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ CAPI សម្រាប់ការប្រមូលទិន្នន័យ រួមទាំងការបិទបញ្ចប់សម្ភាសន៍ក្នុងមណ្ឌលអង្កេតផងដែរ។ មណ្ឌលអង្កេតត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់បែងចែកក្រុមនិមួយៗ ហើយមណ្ឌលអង្កេតនីមួយៗមានចំនួន ៥ គ្រួសារ។ មន្រ្តីសម្ភាសន៍តាមក្រុមនីមួយៗ និងត្រួតពិនិត្យបានសម្ភាសន៍យ៉ាងហោចណាស់មួយគ្រួសារដោយប្រើកម្រងសំណួរគ្រួសារ និងមនុស្សពេញវ័យដែលស្ថិតក្នុងគោលដៅទាំងអស់ដែលមានភេទដូចគ្នាជាមួយអ្នកសម្ភាសន៍ (ដោយប្រើកម្រងសំណួរបុគ្គលដែលស្រប) ។ កម្រងសំណួរមនុស្សមាត្រក៏ត្រូវបានបញ្ចប់ និងបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធ CAPI ផងដែរ។ ការអនុវត្តបែបនេះជាទូទៅនឹងមិនជំនួសការអនុវត្តនៅមូលដ្ឋានជាក់ស្តែងនោះទេ។ តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយនៅក្នុងកាលៈទេសៈនេះពិតជាមានប្រយោជន៍ណាស់ក្នុងការបញ្ចប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលដោយជោគជ័យ។ ដើម្បីជានាចំណុចសំខាន់បំផុតមួយនៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាលត្រូវបានសម្រេចដោយជោគជ័យ។

២.៦ ប្រតិបត្តិការមូលដ្ឋាន

ការស្រង់ទិន្នន័យត្រូវបានអនុវត្តដោយក្រុមចំនួន ២៥ ។ ក្រុមនីមួយៗត្រូវបានផ្តល់ជូនរថយន្តជាមួយអ្នកបើកបរ។ មន្រ្តីសម្របសម្រួលពី NIS និង MOH បានសម្របសម្រួល និងត្រួតពិនិត្យសកម្មភាពការងារមូលដ្ឋានយ៉ាងជិតដល់។ ICF បានផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសពីចម្ងាយក្នុងអំឡុងពេលស្រង់ទិន្នន័យទាំងមូល។ ការងារមូលដ្ឋានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី ១៥ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ ២០២១ នៅទូទាំង ២៥ រាជធានី ខេត្ត ដោយក្រុមនីមួយៗទទួលខុសត្រូវតែមួយខេត្ត។ ក្រុមនិមួយៗត្រូវបានត្រួតពិនិត្យយ៉ាងជិតដល់ដោយ មន្រ្តីសម្របសម្រួលមូលដ្ឋានទាំងប្រាំសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព អង្កេត។ មានករណីជាច្រើនដែលក្រុមត្រូវផ្លាស់ប្តូរទិសដៅដែលបានគ្រោងទុក ឬផ្អាកសកម្មភាពនៅតាមគោលដៅដោយសារការរាតត្បាតនៃជំងឺកូវីដ-១៩ នៅក្នុងខេត្តរបស់ពួកគេចុះប្រតិបត្តិការ។ ការស្រង់ទិន្នន័យត្រូវបានបញ្ចប់ដោយជោគជ័យនៅថ្ងៃទី ១៥ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ ២០២២។

ការត្រួតពិនិត្យការងារមូលដ្ឋានគឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃអង្កេត CDHS ឆ្នាំ ២០២១-២២ ហើយត្រូវបានអនុវត្តដោយមន្រ្តីពី NIS, MOH និង ICF (ពីចម្ងាយ) កំឡុងពេលស្រង់ទិន្នន័យនៅមូលដ្ឋាន។ មន្រ្តីសម្របសម្រួល NIS និង MOH ត្រូវបានបំពាក់បំប៉នយ៉ាងស្ទាត់ជំនាញសម្រាប់ការណែនាំត្រួតពិនិត្យ។ រៀងរាល់សប្តាហ៍មន្រ្តីពី NIS និង ICF បានបង្កើតតារាងត្រួតពិនិត្យមូលដ្ឋានទិន្នន័យសម្ភាសន៍ដែលបានបញ្ចប់ ដើម្បីតាមដានវឌ្ឍនភាពការងារ និងគុណភាពទិន្នន័យ។ ការកែលម្អត្រូវបានផ្តល់ជូនយ៉ាងទៀងទាត់ដោយមន្រ្តីសម្របសម្រួល និងមន្រ្តីត្រួតពិនិត្យ និងសម្ភាសន៍។

២.៧ ការកែច្នៃទិន្នន័យ

ការកែច្នៃទិន្នន័យអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០២១-២២ បានចាប់ផ្តើមភ្លាមៗអំឡុងពេលការងារស្រង់ទិន្នន័យចាប់ផ្តើម។ អំឡុងពេលស្រង់ទិន្នន័យត្រូវបានបញ្ចប់ក្នុងមណ្ឌលអង្កេតនីមួយៗទិន្នន័យជាអេឡិចត្រូនិចទាំងអស់ត្រូវបានផ្ទេរតាមរយៈប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណេត (IFSS) មកការិយាល័យកណ្តាល NIS ក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ។ ទិន្នន័យទាំងនេះត្រូវបានកត់ត្រា និងពិនិត្យមើលភាពមិនស៊ីគ្នា ភាពមិនពេញលេញដែលបំពេញគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ ទិន្នន័យមិនស៊ីគ្នា និងកំហុសដែលរកឃើញត្រូវបានទាក់ទងជាមួយមន្ត្រីតាមក្រុមនិមួយៗដើម្បីពិនិត្យ និងកែតម្រូវឡើងវិញ។ ការសម្អាតទិន្នន័យត្រូវបានអនុវត្តនៅការិយាល័យកណ្តាលរួមបញ្ចូលការដោះស្រាយភាពមិនស៊ីគ្នា និងការសរសេរកូដសម្រាប់សំណួរបើក ។ ការសម្អាតទិន្នន័យត្រូវបានធ្វើឡើងដោយប្រព័ន្ធកែច្នៃទិន្នន័យ NIS ។ កម្រងសំណួរមនុស្សមាត្រជាក្រដាសត្រូវបានប្រមូលដោយមន្ត្រីសម្របសម្រួលដើម្បីប្រៀបធៀបជាមួយទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកពិនិត្យភាពមិនស៊ីគ្នាណាមួយក្នុងអំឡុងពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ។ ការកែច្នៃទិន្នន័យត្រូវបានអនុវត្តដោយប្រើកម្មវិធី CSPro ។ ការសម្អាតទិន្នន័យទិន្នន័យក្នុងពេលដំណាលគ្នាបានផ្តល់នូវប្រយោជន៍ដើម្បីសំអាតទិន្នន័យដែលគ្មានកំហុសជាអតិបរមា និងត្រឹមត្រូវ។ ការទាញតារាងត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យទាន់ពេលវេលាធានាបានការត្រួតពិនិត្យប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ការកែច្នៃលើកទីពីរនៃទិន្នន័យត្រូវបានបញ្ចប់នៅក្នុងខែមីនា ឆ្នាំ ២០២២។

របាយការណ៍នេះបង្ហាញលេខក្នុងតារាងដែលត្រូវបានទាញដោយភ្ជាប់នឹងមេគុណសំណាកគំរូ (weighted)។ តួលេខប្រមាណជា ២៥ ទៅ ៤៩ ភាគរយ មិនបានភ្ជាប់នឹងមេគុណសំណាកគំរូឡើយត្រូវបានបង្ហាញក្នុងវង់ក្រចក ហើយភាគរយដែលតួលេខមានករណីតិចជាង ២៥ មិនត្រូវបានភ្ជាប់នឹងមេគុណសំណាកគំរូ និងជំនួសដោយសញ្ញាផ្កាយ ដើម្បីបង្ហាញអ្នកអាននៅពេលបកស្រាយទិន្នន័យថាភាគរយដែលមានករណីតិចជាង ៥០ អាចមិនជឿជាក់បានឡើយ។

លទ្ធផលបឋម ៣

៣.១ អត្រាឆ្លើយតប

អង្កេត CDHS ២០២១-២២ តារាង ១ បង្ហាញពីទំហំសំណាកគំរូ និងអត្រាឆ្លើយតប។ សំណាកគំរូគ្រួសារសរុបចំនួន ២១.២៧០ ដែលបានជ្រើសរើសត្រូវបានរកឃើញ ២០.៩៦៧ គ្រួសារនិងត្រូវបានសម្ភាសន៍ប្រកបដោគជ័យចំនួន ២០.៨០៦ គ្រួសារក្នុងអត្រាឆ្លើយតបស្មើ ៩៩%។ ក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលបានសម្ភាសន៍ទាំងនេះស្ត្រីចំនួន ១៩.៨៤៥ នាក់ដែលមានអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំត្រូវបានកំណត់ជាក្រុមគោលដៅក្នុងការសម្ភាសហើយស្ត្រី ១៩.៤៩៦ នាក់ត្រូវបានសម្ភាសន៍បញ្ចប់ពេញលេញស្មើនឹង ៩៨% ។ ក្នុងចំណោមបុរសគោលដៅសម្ភាសន៍ចំនួន ៩.០៧៩ នាក់អាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលកំណត់ជាក្រុមគោលដៅក្នុងការសម្ភាសមាន ៨.៨២៥ នាក់ត្រូវបានសម្ភាសន៍ប្រកបដោយជោគជ័យក្នុងអត្រាឆ្លើយតបស្មើ ៩៧%។

តារាង ១ លទ្ធផលនៃការសម្ភាសន៍គ្រួសារ និងបុគ្គល

ចំនួនគ្រួសារ ចំនួនសម្ភាសន៍ និងអត្រាឆ្លើយតបតាមតំបន់ (គ្មានមេគុណគំរូ) កម្ពុជា DHS ២០២១-២២

លទ្ធផល	តំបន់: ទីប្រជុំជន	តំបន់: ជនបទ	សរុប
គ្រួសារសម្ភាសន៍			
ចំនួនគ្រួសារជ្រើសរើស	7,230	14,040	21,270
ចំនួនគ្រួសាររកឃើញ	7,127	13,840	20,967
ចំនួនគ្រួសារសម្ភាសន៍	7,059	13,747	20,806
អត្រាគ្រួសារឆ្លើយតប [1]	99.0	99.3	99.2
ស្ត្រីសម្ភាសន៍អាយុ ១៥-៤៩			
ចំនួនស្ត្រីជ្រើសរើស	7,163	12,682	19,845
ចំនួនស្ត្រីសម្ភាសន៍	7,033	12,463	19,496
អត្រាស្ត្រីឆ្លើយតប [2]	98.2	98.3	98.2
គ្រួសារសម្ភាសន៍សំណាកគំរូរង			
ចំនួនគ្រួសារជ្រើសរើស	3,615	7,020	10,635
ចំនួនគ្រួសាររកឃើញ	3,563	6,903	10,466
ចំនួនគ្រួសារសម្ភាសន៍	3,531	6,856	10,387
អត្រាឆ្លើយតបសំណាកគំរូរង	99.1	99.3	99.2
បុរសសម្ភាសន៍អាយុ ១៥-៤៩			
ចំនួនបុរសជ្រើសរើស	3,237	5,842	9,079
ចំនួនបុរសសម្ភាសន៍	3,166	5,659	8,825
អត្រាបុរសឆ្លើយតប [2]	97.8	96.9	97.2

[1] *ចំនួនគ្រួសារដែលបានសម្ភាសន៍/ គ្រួសារដែលបានរកឃើញ.*

[2] *ចំនួនអ្នកផ្តល់ចម្លើយ/ចំនួនអ្នកផ្តល់ចម្លើយគោលដៅសម្ភាសន៍.*

៣.២ ចរិតលក្ខណៈអ្នកផ្តល់ចម្លើយ

តារាង ២ បង្ហាញពីការបែងចែកស្ត្រី និងបុរសមានអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ភ្ជាប់នឹងមេគុណអង្កេត និងគ្មានមេគុណអង្កេតដែលបានសម្លាសន៍ក្នុងតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១–២២ ។ លទ្ធផលបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍នេះផ្អែកលើមេគុណអង្កេតដែលតំណាងឲ្យថ្នាក់ជាតិ ទីប្រជុំជន និងជនបទ និងតាមរាជធានី ខេត្តនិមួយៗ ។

តារាង ២ ចរិតលក្ខណៈនៃអ្នកផ្តល់ចម្លើយ

ភាគរយស្ត្រី និងបុរសអាយុ ១៥-៤៩ តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត កម្ពុជា ២០២១-២២

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	ស្ត្រី			បុរស		
	មេគុណ ភាគរយ	មេគុណ ចំនួន	មេគុណ ភាគរយ	មេគុណ ចំនួន	មេគុណ ភាគរយ	មេគុណ ចំនួន
អាយុ						
15-19	15.3	2,981	3,099	17.7	1,559	1,543
20-24	13.3	2,589	2,684	13.9	1,226	1,223
25-29	15.3	2,986	3,052	14.7	1,299	1,309
30-34	16.8	3,272	3,192	16.2	1,432	1,408
35-39	17.3	3,367	3,241	16.0	1,416	1,440
40-44	13.3	2,598	2,557	13.5	1,191	1,194
45-49	8.7	1,704	1,671	8.0	702	708
រាយការណ៍អំពីស្ថានភាពសុខភាព						
ល្អណាស់	3.6	709	845	8.9	786	624
ល្អ	68.3	13,307	12,876	64.2	5,664	5,411
ធម្មតា	25.5	4,971	5,255	24.7	2,184	2,614
អាក្រក់	2.5	494	504	2.1	187	171
អាក្រក់ណាស់	0.1	15	16	0.0	4	5
សាសនា						
ព្រះពុទ្ធ	97.4	18,980	18,846	97.3	8,590	8,570
មូស្លីម	1.8	342	415	2.1	183	191
គ្រិះស្ទាន	0.7	135	190	0.5	47	59
គ្មានសាសនា	0.2	38	43	0.1	5	5
ផ្សេងទៀត	0.0	2	2	0.0	0	0
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍						
នៅលីវឬមិនដែលរៀបការ	24.6	4,788	4,616	34.9	3,078	2,918
រៀបការ	68.1	13,269	13,513	61.3	5,407	5,607
រស់នៅជាមួយគ្នា	1.1	223	242	1.0	90	75
លែងលះ/រស់នៅផ្សេងគ្នា	4.2	815	719	2.5	219	183
មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ	2.1	400	406	0.3	31	42
តំបន់						
ទីប្រជុំជន	42.3	8,239	7,033	42.6	3,762	3,166
ជនបទ	57.7	11,257	12,463	57.4	5,063	5,659
រាជធានី ខេត្ត						

បន្ទាយមានជ័យ	3.9	763	686	3.7	327	309
បាត់ដំបង	6.9	1,347	845	7.2	636	412
កំពង់ចាម	6.0	1,163	743	6.0	533	343
កំពង់ឆ្នាំង	3.5	675	769	2.9	259	306
កំពង់ស្ពឺ	6.3	1,226	890	6.0	532	394
កំពង់ធំ	4.2	819	770	4.3	376	338
កំពត	4.0	781	805	3.6	322	339
កណ្តាល	7.4	1,445	887	7.7	678	419
កោះកុង	0.7	140	681	0.7	60	309
ក្រចេះ	2.3	443	670	2.5	216	337
មណ្ឌលគីរី	0.6	115	827	0.6	50	332
ភ្នំពេញ	16.2	3,160	1,073	16.9	1,490	513
ព្រះវិហារ	1.7	332	846	1.7	149	382
ព្រៃវែង	6.3	1,233	848	7.0	615	436
ពោធិសាត់	2.2	432	504	2.5	219	259
រតនគីរី	1.5	293	730	1.7	149	372
សៀមរាប	7.9	1,548	898	8.5	749	408
ព្រះសីហនុ	1.2	243	701	1.3	113	325
ស្ទឹងត្រែង	1.0	195	809	0.9	81	333
ស្វាយរៀង	3.8	735	784	3.5	311	337
តាកែវ	6.0	1,162	866	5.1	453	345
ឧត្តរមានជ័យ	1.2	242	712	1.2	109	333
កែប	0.3	57	746	0.3	26	346
ប៉ៃលិន	0.5	96	656	0.5	41	302
ត្បូងឃ្មុំ	4.4	851	750	3.7	331	296
កម្រិតសិក្សាអប់រំ						
មិនបានចូលសាលា	11.6	2,265	2,762	5.8	514	681
បឋមសិក្សា	38.7	7,554	7,773	36.5	3,220	3,450
មធ្យមសិក្សា	42.5	8,278	7,846	48.4	4,273	4,044
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	7.2	1,399	1,115	9.3	819	650
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ						
ទាបបំផុត	17.4	3,400	4,927	18.2	1,607	2,299
ទាប	18.1	3,534	3,541	17.9	1,578	1,614
មធ្យម	19.6	3,813	3,803	19.0	1,680	1,685
ខ្ពស់	21.9	4,267	3,974	22.0	1,945	1,810
ខ្ពស់បំផុត	23.0	4,483	3,251	22.8	2,015	1,417
សរុប15-49	100.0	19,496	19,496	100.0	8,825	8,825

កំណត់សម្គាល់: ចំណាត់ថ្នាក់អប់រំផ្អែកលើកម្រិតខ្ពស់បំផុតដែលបានសិក្សា មិនសំដៅលើបានបញ្ចប់ឬមិនបានបញ្ចប់នោះទេ

- ភាគរយស្ត្រី និងបុរសអាយុពី ៤៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ (៩% និង ៨% រៀងគ្នា) គឺតិចជាងក្រុមអាយុដទៃទៀតដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពីរចនាសម្ព័ន្ធអាយុប្រជាជនកម្ពុជានៅក្មេងនៅឡើយ។
- ទាំងស្ត្រី និងបុរសស្ទើរតែ (៩៧%) កាន់សាសនាព្រះពុទ្ធ ។
- ស្ត្រី ៧២% និងបុរស៧៣% បានរាយការណ៍ថាស្ថានភាពសុខភាពពួកគេល្អ ឬល្អណាស់។ មាន ស្ត្រី ៣% និងបុរស ២% បានរាយការណ៍ថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេអាក្រក់ ឬអាក្រក់ណាស់។
- ស្ត្រីម្នាក់ក្នុងចំណោម ៤ នាក់ (២៥%) និងបុរសជាង ១ នាក់ក្នុងចំណោម ៣ នាក់ (៣៥%) មិនដែលបានរៀបការ។ ភាគច្រើននៃស្ត្រី (៦៨%) និងបុរស (៦១%) បច្ចុប្បន្នបានរៀបការ។ ស្ត្រី និងបុរស ១% បច្ចុប្បន្នកំពុងរស់នៅជាមួយនរណាម្នាក់ដូចប្ដីប្រពន្ធ ។ ប្រមាណជា ៤% នៃអ្នកឆ្លើយតបស្ត្រី និង៣% នៃអ្នកឆ្លើយតបបុរសបានលែងលះ/រស់នៅផ្សេងគ្នា ។
- ស្ត្រី និងបុរសចំនួន ៦ នាក់ក្នុងចំណោម ១០ នាក់ (៥៨% និង ៥៧% តាមលំដាប់រៀង) រស់នៅជនបទ។
- នៅកម្រិតរាជធានី ខេត្តភាគរយខ្ពស់បំផុតនៃអ្នកឆ្លើយតបស្ត្រី និងបុរស (១៦% និង ១៧% តាមលំដាប់រៀង) គឺនៅរាជធានីភ្នំពេញ។ តិចជាង ១% នៃអ្នកឆ្លើយតបសំណួរស្ថិតនៅក្នុងខេត្តមណ្ឌលគិរី កែប ប៉ៃលិន និងកោះកុង។
- ៥០% នៃស្ត្រី និង ៥៨% នៃបុរសបានធ្លាប់ចូលរៀននៅកម្រិតមធ្យមសិក្សា ឬក្រោយមធ្យមសិក្សា។ ប្រមាណជា១២% នៃស្ត្រី និង ៦% នៃបុរសមិនបានចូលសាលា ។

៣.៣ លទ្ធភាពមានកូន

លទ្ធភាពមានកូនសរុប

ជាចំនួនកូនមធ្យមដែលស្ត្រីម្នាក់អាចមាននៅចុងបញ្ចប់វ័យបន្តពូជ ប្រសិនបើនាងបង្កើតកូនតាមអត្រានៃលទ្ធភាពមានកូនតាមអាយុជាក់លាក់នាពេលបច្ចុប្បន្ន។

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនតាមអាយុជាក់លាក់ត្រូវបានគណនាសម្រាប់រយៈពេល ៣ ឆ្នាំមុនពេលអង្កេត ដោយផ្អែកលើប្រវត្តិមានពរពោះផ្តល់ដោយស្ត្រី។

សម្រាប់: ស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ

តារាង ៣ បង្ហាញអត្រាលទ្ធភាពមានកូនតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ (ASFRs) របស់ស្ត្រីតាមក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំសម្រាប់រយៈពេល ៣ ឆ្នាំមុនអង្កេត និងអត្រានៃលទ្ធភាពមានកូនសរុប (TFR) ។

- ប្រសិនលទ្ធភាពមានកូននៅតែស្ថិតស្ថេរក្នុងកម្រិតបច្ចុប្បន្ន ស្ត្រីកម្ពុជានឹងមានកូនជាមធ្យមចំនួន ២.៧ នាក់ក្នុងពេញមួយជីវិត។
- លទ្ធភាពមានកូនមានអត្រាទាបចំណោមវ័យជំទង់ (៤៨ កំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ដែលមានអាយុ១៥-១៩ ឆ្នាំ) អត្រាលទ្ធភាពមានកូនខ្ពស់បំផុត ១៥៤ ឆ្នាំចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ដែលមានអាយុ ២០-២៤ ឆ្នាំ ហើយបន្តបន្ទាប់ ។

<u>តារាង ៣ លទ្ធភាពបង្កើតកូនបច្ចុប្បន្ន</u>

អត្រានៃលទ្ធភាពមានកូនតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ និង អត្រានៃលទ្ធភាពមានកូនសរុប អត្រាបង្កើតកូនទូទៅ អត្រាកំណើតដុលសម្រាប់រយៈពេលបីឆ្នាំមុនអង្កេតតាមតំបន់ កម្ពុជា ២០២១-២២

	តំបន់		
ក្រុមអាយុ	ទីប្រជុំជន	ជនបទ	សរុប
15–19	39	55	48
20-24	128	174	154
25-29	127	166	149
30-34	107	112	110
35-39	57	64	61
40-44	23	24	24
45-49	[3]	[3]	[3]
TFR (15–49)	2.4	3.0	2.7
GFR	85	100	94
CBR	20.5	20.1	20.2

សម្គាល់:អត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនអាយុជាក់លាក់ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០នាក់ ។ ការគណនាអត្រានេះសម្រាប់រយៈពេល១-៣៦ ខែមុនការធ្វើអង្កេត ។

TFR អត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនសរុបសំដៅលើស្ត្រីម្នាក់ៗ

GFR: ត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនទូទៅសំដៅលើស្ត្រី ១.០០០ នាក់ដែលមានអាយុ ១៥-៤៤

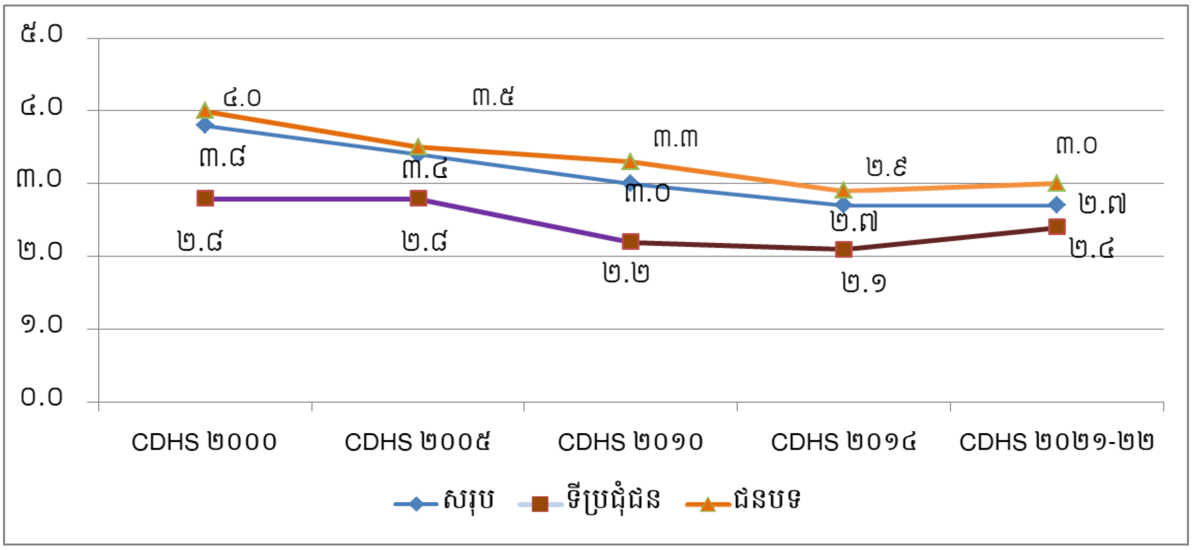
CBR: អត្រាកំណើតដុលគណនាផ្អែកលើចំនួនប្រជាជនសរុប ១.០០០ នាក់អត្រាកំណើតដុល

និន្នាការ:

ជាទូទៅអត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុបបានធ្លាក់ចុះពី ៣.៨ កំណើតក្នុងស្ត្រីម្នាក់ក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ២.៧ កំណើតក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ ហើយមិនផ្លាស់ប្តូរនៅឆ្នាំ ២០២១-២២ (រូបភាពទី ១)។ ការផ្លាស់ប្តូរអត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុបនៅទីប្រជុំជន និងជនបទរវាងឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០២១-២០២២ គឺដោយសារការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ឡើងវិញនៅក្នុងជំរឿនប្រជាជនទូទៅឆ្នាំ ២០១៩ ដែល EAs ២០% នៅជនបទក្លាយជា EAs នៅទីប្រជុំជន ។

រូប ១ និន្នាការអត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុបតាមតំបន់

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុបសម្រាប់រយៈពេល ៣ ឆ្នាំមុនអង្កេត



៣.៤ លទ្ធភាពមានកូនវ័យជំទង់

ការមានគភ៌វ័យជំទង់

ជាភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ដែលធ្លាប់ការមានគភ៌ និងមាតុភាពវ័យជំទង់

សម្រាប់: ស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំ

តារាង ៤ បង្ហាញភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់មានផ្ទៃពោះអំឡុងពេលអង្កេត តាមលក្ខណៈចរឹតលក្ខណៈអង្កេត។

តារាង ៤ ការមានគភ៌ និងមាតុភាពវ័យជំទង់

ភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំធ្លាប់សម្រាលកូនរស់ ធ្លាប់រលូត/រំលូត មានគភ៌កូនដំបូងនិងធ្លាប់មានគភ៌តាមចរឹតលក្ខណៈអង្កេត កម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២២

ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	ភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩				
	ធ្លាប់សម្រាលកូនរួច	ធ្លាប់រលូត /រំលូត [1]	កំពុងពរពោះ	ធ្លាប់ពរពោះ	ចំនួនស្ត្រី
អាយុ					
15	0.4	0.0	0.8	1.2	670
16	1.7	0.0	0.9	2.7	692
17	4.0	1.0	1.6	6.4	631
18	10.5	2.4	2.9	14.0	540
19	22.2	6.8	8.5	30.2	448
តំបន់					
ទីប្រជុំជន	5.2	3.0	2.2	8.3	1,144
ជនបទ	7.5	0.9	2.7	10.0	1,837
រាជធានី ខេត្ត					
បន្ទាយមានជ័យ	8.1	1.3	2.3	11.7	154
បាត់ដំបង	5.4	1.5	2.9	8.3	224
កំពង់ចាម	4.2	0.0	1.2	5.4	168
កំពង់ឆ្នាំង	9.1	0.7	2.8	11.0	103
កំពង់ស្ពឺ	4.4	2.5	2.2	7.5	175
កំពង់ធំ	5.1	2.9	1.3	7.5	129
កំពត	4.4	0.6	2.5	7.0	132
កណ្ដាល	3.5	2.0	0.9	4.4	228
កោះកុង	9.1	1.3	5.0	15.4	22
ក្រចេះ	11.9	0.0	5.6	14.6	66
មណ្ឌលគិរី	9.2	1.0	2.6	11.7	20
ភ្នំពេញ	6.3	3.3	2.5	9.7	421
ព្រះវិហារ	13.3	2.1	2.3	15.6	58
ព្រៃវែង	5.9	0.9	1.8	7.4	192
ពោធិសាត់	5.2	0.0	3.5	8.7	57
រតនគិរី	17.1	1.1	1.3	18.4	54

សៀមរាប	6.5	0.6	3.2	9.7	216
ព្រះសីហនុ	7.3	3.3	4.8	13.8	33
ស្ទឹងត្រែង	17.3	4.0	7.9	24.6	39
ស្វាយរៀង	7.5	4.5	1.0	9.6	101
តាកែវ	5.1	1.3	2.9	7.9	197
ឧត្តរមានជ័យ	5.5	1.0	3.4	9.9	33
កែប	7.1	1.6	1.5	9.6	8
ប៉ៃលិន	9.5	3.2	4.8	14.3	16
ត្បូងឃ្មុំ	10.0	0.6	4.4	13.6	135
កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
មិនបានចូលសាលា	31.8	3.6	5.4	35.2	50
បឋមសិក្សា	14.0	2.9	6.3	20.6	532
មធ្យមសិក្សា	4.6	1.4	1.7	6.5	2,320
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	0.0	0.0	0.0	0.0	80
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
ទាបបំផុត	11.5	2.0	5.2	16.3	530
ទាប	6.9	0.0	1.6	8.4	610
មធ្យម	6.0	2.5	3.4	10.2	587
ខ្ពស់	5.5	2.2	2.4	8.5	680
ខ្ពស់បំផុត	3.7	1.9	0.4	4.1	573
សរុប	6.6	1.7	2.5	9.3	2,981

[1] កូនកើតរស់, ធ្លាប់រលូត ឬ រំលូត

- ជារួមស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំធ្លាប់ពរពោះមាន ៩% បានសម្រាលកូនរួចមាន ៧% បានបាត់បង់ការពរពោះ(រំលូត ឬរលូត)មាន ២% និងបច្ចុប្បន្នកំពុងពរពោះមាន ៣% ។
- ភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំធ្លាប់ពរពោះកើនឡើងតាមអាយុពី ២% នៅអាយុ ១៥ ឆ្នាំទៅ ៣០% នៅអាយុ ១៩ ឆ្នាំ។
- ស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំធ្លាប់មានគភ៌គឺមានទំនាក់ទំនងនឹងការខ្វះការអប់រំ ៣៥% នៃវ័យជំទង់ដែលមិនបានចូលសាលាធ្លាប់ពរពោះធៀបនឹង ៧% មានកម្រិតអប់រំមធ្យមសិក្សា និង ០% មានកម្រិតអប់រំខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា។

៣.៥ ចំណង់ចំណូលចិត្តបង្កើតកំណើត

ការសម្រេចចិត្តយកកូនមួយទៀត
ស្ត្រីត្រូវបានសួរសំណួរតើអ្នកចង់បានកូនច្រើន ឬអត់ ហើយប្រសិនបើនាងចង់តើអ្នកចង់រង់ចាំយូរប៉ុណ្ណាក្នុងការយកកូនបន្ទាប់។ ស្ត្រីដែលបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ត្រូវបានសន្មត់ថាមិនចង់បានកូនទៀតទេ។
សម្រាប់: ស្ត្រីអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំបច្ចុប្បន្នរៀបការ

តារាងទី ៥ បង្ហាញពីចំណង់ចំណូលចិត្តក្នុងការមានកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការអាយុ ១៥-៤៩ តាមចំនួនកូនកើតរស់។

- ១៤% នៃស្ត្រីចង់បានកូនម្នាក់ទៀតឆាប់ៗ (រយៈពេល ២ ឆ្នាំខាងមុខ) និង ១៧% ចង់មានកូនមួយទៀតនៅពេលក្រោយ (រយៈពេល ២ ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ) និង ៣% ចង់បានកូនមួយទៀតប៉ុន្តែមិនទាន់សម្រេចចិត្តនៅពេលណា ។
- ៥០% នៃស្ត្រីមិនចង់មានកូនទៀតទេ ៤% បានបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ ៣% មានជំងឺមិនមានលទ្ធភាពពរពោះ។
- ភាគរយស្ត្រីដែលមិនចង់មានកូនបន្តទៀតបានកើនឡើងជាមួយនឹងចំនួនកូនរស់ដែលនាងមានពី ៥% មិនមានកូននៅរស់រហូតដល់ ៨២% នៃស្ត្រីដែលមានកូនចាប់ពី ៦ នាក់ឡើង។

តារាង ៥ ចំណង់ចំណូលចិត្តបង្កើតកំណើតរបស់ស្ត្រីតាមចំនួនកូនកើតរស់

ភាគរយស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការអាយុ ១៥-៤៩ សម្រេចចិត្តមានកូនតាមចំនួនកូនកើតរស់ CDHS ២០២១–២២

ការសម្រេចចិត្តមានកូន	ចំនួនកូនកើតរស់[1] ០	១	២	៣	៤	៥	៦+	សរុប
ចង់បានម្នាក់ទៀតឆាប់ៗ [2]	69.8	26.7	9.0	3.8	2.3	0.9	0.9	13.9
ចង់បានម្នាក់ទៀតពេលក្រោយ [3]	10.2	40.2	16.5	4.9	1.9	0.8	0.0	16.8
ចង់បានម្នាក់ទៀតតែមិនដឹងពេលណា	2.5	5.7	3.1	1.6	0.8	0.5	0.0	3.0
មិនទាន់សម្រេចចិត្តនៅឡើយ	6.0	10.6	11.8	8.6	6.7	6.3	3.5	9.8
មិនចង់បានម្នាក់ទៀតទេ	4.9	13.2	54.3	72.5	77.4	82.8	82.0	50.1
បញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ [4]	0.3	0.6	2.3	5.4	7.6	4.6	9.4	3.2
ជំងឺមិនមានលទ្ធភាពពរពោះ	6.3	3.0	2.9	3.2	3.2	4.1	4.2	3.3
សរុប	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ចំនួនស្ត្រី	697	2,966	5,029	3,070	1,091	424	216	13,492

[1] ចំនួនកូនកើតរស់រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះពេលបច្ចុប្បន្ន

[2] ចង់កំណើតបន្ទាប់ក្រោយក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំ

[3] ចង់ពន្យាពេលកំណើតបន្ទាប់ពីរ ឬច្រើនឆ្នាំទៀត

[4] 4 រួមបញ្ចូលទាំងការបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍របស់បុរសនិងស្ត្រី

៣.៦ ផែនការគ្រួសារ

៣.៦.១ ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត

ប្រេវ៉ាឡង់ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត

ជាភាគរយស្ត្រីដែលប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតណាមួយ។

សម្រាប់: ស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងសកម្មរួមភេទសម្រាប់ស្ត្រីមិនរៀបការអាយុ ១៥-៤៩

វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតទំនើប

រួមបញ្ចូលការបញ្ចប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍បុរស និងស្ត្រី ថ្នាំចាក់ កងដាក់ក្នុងស្បូន (IUD) ថ្នាំគ្រាប់ កងដាក់ក្រោមស្បែក ស្រោមអនាម័យស្ត្រី និងបុរស ថ្នាំគ្រាប់ការពារកំណើតបន្ទាន់តាមវិធីបទដ្ឋានថ្ងៃ និងវិធីសាស្ត្របំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

តារាងទី ៦ បង្ហាញពីការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងស្ត្រីមានដៃគូរួមភេទ និងស្ត្រីមិនទាន់រៀបការ។

- ហុកសិបពីរភាគរយនៃស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការកំពុងប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងនោះ ៤៥% កំពុងប្រើវិធីសាស្ត្រទំនើប និង ១៧% កំពុងប្រើវិធីសាស្ត្របុរាណ។
- ក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើតជាវិធីសាស្ត្រទំនើបដែលគេប្រើច្រើនបំផុត (២៦%) បន្ទាប់មកដោយថ្នាំចាក់ (៦%) និង កងដាក់ក្នុងស្បូន (៥%) ។
- បើទោះជាស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការនៅទីប្រជុំជនបានប្រើវិធីពន្យារកំណើតណាមួយជាងស្ត្រីនៅជនបទក៏ដោយ(៦៦% ធៀបនឹង ៥៩%) ក៏ស្ត្រីនៅតំបន់ជនបទបានប្រើវិធីសាស្ត្រទំនើបខ្ពស់ជាងស្ត្រីនៅទីប្រជុំជន (៤៧% ធៀបនឹង ៤១%)។ វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតតាមបែបប្រពៃណីក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបកាខ្ពស់ជាងនៅតំប្រជុំជន (២៤%) ជាងនៅជនបទ (១២%)។

តារាង ៦ វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្នតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត

ភាគរយស្ត្រីរៀបការ និងសកម្មរួមភេទសម្រាប់ស្ត្រីមិនរៀបការអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំកំពុងប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្នតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេតកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២១-២២

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	វិធីសាស្ត្រណាមួយ	វិធីសាស្ត្រទំនើប	វិធីសាស្ត្រទំនើប: ចោះចង បញ្ឈប់កំណើតស្ត្រី	កងដាក់ក្នុងស្បូន IUD	ថ្នាំចាក់	កងដាក់ក្រោមស្បែក	ថ្នាំគ្រាប់លេបប្រចាំថ្ងៃ	ស្រោមបុរស	*វិធីសាស្ត្របទដ្ឋាន ការរាប់ថ្ងៃ*	ផ្សេងទៀត	វិធីសាស្ត្របុរាណ	វិធីសាស្ត្របុរាណ: វិធីសាស្ត្ររាប់ថ្ងៃ	ដកលិង្គចេញ	មិនបានប្រើ	សរុប	ចំនួនស្ត្រី
ចំនួនកូនរស់																
0	13.5	4.7	0.2	0.1	0.7	0.0	2.5	0.8	0.4	0.0	8.8	0.7	8.1	86.5	100.0	963
1-2	65.0	46.7	1.7	5.1	6.2	2.2	28.4	1.9	0.9	0.2	18.3	1.1	17.2	35.0	100.0	7,933
3-4	68.3	50.6	6.2	6.5	7.0	2.3	25.7	1.7	1.2	0.1	17.7	0.9	16.8	31.7	100.0	3,966
5+	57.7	44.0	6.1	4.6	7.3	2.7	21.3	1.4	0.5	0.2	13.7	1.3	12.4	42.3	100.0	630
អាយុ																
15-19	40.9	31.7	0.0	2.8	6.1	1.1	20.2	1.5	0.0	0.0	9.3	0.7	8.5	59.1	100.0	335
20-24	52.9	39.7	0.1	2.2	7.5	1.8	26.4	1.3	0.4	0.1	13.2	0.8	12.4	47.1	100.0	1,384
25-29	61.8	44.6	0.5	3.5	6.6	2.4	29.3	1.4	0.4	0.5	17.2	0.7	16.5	38.2	100.0	2,365
30-34	67.7	47.3	1.7	6.0	5.8	1.9	28.5	1.8	1.5	0.1	20.4	1.4	18.9	32.3	100.0	2,840
35-39	72.8	54.9	4.6	7.3	6.8	3.1	30.1	2.0	0.9	0.1	17.9	0.9	17.0	27.2	100.0	2,902
40-44	63.0	45.3	6.1	6.3	5.9	1.7	21.6	2.5	1.1	0.1	17.7	1.2	16.5	37.0	100.0	2,262
45-49	40.3	25.5	6.0	3.2	3.2	1.3	9.8	0.5	1.5	0.1	14.7	1.2	13.5	59.7	100.0	1,404
តំបន់																
ទីប្រជុំជន	65.9	41.4	3.4	6.2	3.0	1.9	23.2	2.7	0.9	0.2	24.4	1.8	22.7	34.1	100.0	5,404
ជនបទ	59.3	46.9	2.9	4.4	8.2	2.3	27.0	1.1	1.0	0.1	12.4	0.6	11.9	40.7	100.0	8,088
រាជធានី ខេត្ត																
បន្ទាយមានជ័យ	62.2	56.2	3.5	3.0	11.4	3.0	33.2	1.4	0.6	0.0	6.0	0.3	5.6	37.8	100.0	497
បាត់ដំបង	65.5	51.1	6.4	7.6	6.4	2.4	23.6	2.8	1.9	0.0	14.4	0.6	13.8	34.5	100.0	913

កំពង់ចាម	46.4	38.9	3.4	6.0	8.0	2.2	17.0	1.5	0.7	0.0	7.5	0.0	7.5	53.6	100.0	848
កំពង់ឆ្នាំង	61.9	43.7	2.1	4.1	9.8	0.6	25.8	0.3	0.3	0.7	18.2	0.0	18.2	38.1	100.0	456
កំពង់ស្ពឺ	61.8	45.3	1.7	3.0	3.9	0.7	35.0	0.5	0.0	0.4	16.6	0.1	16.5	38.2	100.0	839
កំពង់ធំ	59.8	46.6	3.0	5.4	10.4	3.4	21.1	1.0	2.0	0.4	13.2	1.0	12.2	40.2	100.0	619
កំពត	66.3	50.9	3.3	5.8	8.5	2.0	28.5	1.7	1.0	0.0	15.4	0.5	14.9	33.7	100.0	537
កណ្តាល	69.3	44.0	3.6	7.1	5.1	0.4	25.2	2.1	0.4	0.2	25.3	0.4	24.9	30.7	100.0	967
កោះកុង	45.7	39.4	2.5	1.2	5.7	0.2	27.4	2.1	0.4	0.0	6.3	0.6	5.7	54.3	100.0	98
ក្រចេះ	56.7	40.5	3.8	5.1	7.6	2.4	21.1	0.3	0.1	0.0	16.2	0.6	15.6	43.3	100.0	323
មណ្ឌលគីរី	70.4	55.0	1.7	1.8	11.9	2.2	35.9	0.9	0.2	0.5	15.4	1.2	14.2	29.6	100.0	83
ភ្នំពេញ	68.0	36.3	2.9	6.7	1.4	2.1	19.7	2.6	0.7	0.2	31.8	3.7	28.0	32.0	100.0	1,994
ព្រះវិហារ	66.3	52.0	1.4	2.1	12.4	1.0	32.4	1.7	1.0	0.0	14.3	0.5	13.6	33.7	100.0	249
ព្រៃវែង	63.2	48.7	2.8	6.0	5.7	3.2	27.3	1.2	2.2	0.2	14.6	1.4	13.2	36.8	100.0	892
ពោធិសាត់	32.5	25.4	1.3	4.2	3.5	1.5	13.2	1.0	0.5	0.0	7.1	0.4	6.8	67.5	100.0	324
រតនគីរី	63.6	57.5	1.4	0.3	14.7	4.0	36.0	0.4	0.8	0.0	6.1	0.2	5.9	36.4	100.0	230
សៀមរាប	65.5	51.1	2.9	2.8	5.0	2.2	32.0	4.1	2.1	0.0	14.4	0.0	14.4	34.5	100.0	1,117
ព្រះសីហនុ	68.1	45.0	2.7	4.5	3.5	2.1	30.7	1.1	0.4	0.0	23.1	0.8	22.4	31.9	100.0	171
ស្ទឹងត្រែង	54.5	42.6	0.7	0.9	14.2	0.6	22.7	1.1	2.3	0.3	11.8	0.0	11.8	45.5	100.0	147
ស្វាយរៀង	58.1	41.0	3.4	2.4	5.0	3.5	25.4	0.9	0.2	0.2	17.1	0.9	16.2	41.9	100.0	537
តាកែវ	59.4	45.3	3.7	5.8	5.6	1.8	27.1	0.9	0.1	0.4	14.1	1.8	12.3	40.6	100.0	761
ឧត្តរមានជ័យ	66.2	54.5	3.9	4.7	6.9	1.3	36.7	0.5	0.4	0.0	11.8	0.5	11.3	33.8	100.0	177
កែប	61.1	49.0	3.8	7.0	11.7	2.6	22.9	0.4	0.5	0.1	12.0	0.7	11.4	38.9	100.0	40
ប៉ៃលិន	63.9	46.2	5.8	5.2	4.6	2.2	24.8	2.1	1.2	0.3	17.7	0.5	17.2	36.1	100.0	71
ត្បូងឃ្មុំ	59.3	41.2	2.2	6.8	5.8	3.6	20.6	0.6	1.1	0.6	18.1	1.1	17.1	40.7	100.0	602
កម្រិតសិក្សាអប់រំ																
មិនបានចូលសាលា	57.1	46.8	2.4	3.9	8.7	2.1	28.2	1.1	0.3	0.1	10.3	0.4	10.0	42.9	100.0	1,893
បឋមសិក្សា	62.6	46.4	4.1	4.9	7.0	1.7	26.9	0.9	0.7	0.1	16.2	0.8	15.4	37.4	100.0	6,080
មធ្យមសិក្សា	62.7	43.1	2.2	5.5	4.5	2.7	24.4	2.4	1.1	0.3	19.6	1.2	18.4	37.3	100.0	4,821
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	64.2	35.8	2.3	8.1	1.9	1.4	12.9	5.1	4.1	0.2	28.4	4.2	24.2	35.8	100.0	698
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ទាបបំផុត	59.4	49.1	2.1	2.7	11.1	1.7	31.0	0.3	0.2	0.0	10.3	0.4	9.9	40.6	100.0	2,530

ទាប	59.8	45.8	2.7	4.0	7.3	2.1	27.9	0.6	1.0	0.3	14.0	0.9	13.1	40.2	100.0	2,449
មធ្យម	59.3	43.5	3.2	5.2	5.9	1.7	25.2	1.4	0.9	0.0	15.8	0.6	15.2	40.7	100.0	2,653
ខ្ពស់	63.0	43.4	2.9	4.9	5.2	2.5	24.6	2.0	0.9	0.3	19.6	0.8	18.8	37.0	100.0	2,916
ខ្ពស់បំផុត	67.4	42.4	4.5	8.2	1.8	2.4	19.8	3.7	1.7	0.2	25.0	2.4	22.6	32.6	100.0	2,945
សរុប	61.9	44.7	3.1	5.1	6.1	2.1	25.5	1.7	0.9	0.2	17.2	1.1	16.2	38.1	100.0	13,492
សកម្មរួមភេទសម្រាប់ស្ត្រីមិនរៀបការ [1]																
សរុប	28.8	28.8	0.6	1.4	1.9	0.0	9.1	14.4	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	71.2	100.0	60

កំណត់សម្គាល់ៈ ប្រសិនបើប្រាស់វិធីសាស្ត្រវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតលើសពីមួយ នោះវិធីសាស្ត្រដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតត្រូវបានទាញជាតារាង

SDM = វិធីសាស្ត្របទដ្ឋាននៃការរាប់ថ្ងៃ

LAM = វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតដោយការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់

វិធីសាស្ត្រវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតទំនើបផ្សេងទៀតរាប់បញ្ចូលស្រោមអនាម័យស្ត្រី (១ ករណី) វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបន្ទាន់ (៦ ករណី) LAM (៩ ករណី) និងចោះវន្ធ បញ្ឈប់កំណើតបុរស (៦ ករណី)

[1] *ស្ត្រីដែលបានរួមភេទក្នុងរវាង ៣០ថ្ងៃមុនពេលអង្កេត ។*

និន្នាការ:

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យាកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការបានកើនឡើងជាលំដាប់ពី ២៤% នៅឆ្នាំ២០០០ ដល់ ៦២% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២ ។ ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នានេះ ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យាកំណើតទំនើបណាមួយក៏បានកើនឡើងពី ១៩% ទៅ ៤៥% (រូប២) ។

៣.៦.២ តម្រូវការ និងផែនការគ្រួសារ

តម្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ

តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ

សមាមាត្រនៃស្ត្រី (១) មិនមានផ្ទៃពោះ និងមិនមានរដូវក្រោយសម្រាល ហើយត្រូវបានគេចាត់ទុកថាបានផលហើយចង់ពន្យារកំណើតសម្រាប់កូនបន្ទាប់របស់ពួកគេ ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ឬបញ្ឈប់ការពរពោះទាំងស្រុង ប៉ុន្តែមិនបានប្រើវិធីពន្យារកំណើត ឬ (២) ខកពេល ឬមិនចង់មានផ្ទៃពោះពេលបច្ចុប្បន្ន ឬ (៣) គឺមិនមានរដូវក្រោយសម្រាល និងការសម្រាលកូនចុងក្រោយរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ គឺខកពេល ឬមិនចង់មានកូនទៀត។

សម្រាប់: ស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងស្ត្រីមិនទាន់រៀបការដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទនអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ។

តម្រូវការឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ

ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីណាមួយ)

សម្រាប់: ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ស្ត្រីដែលរៀបការហើយបច្ចុប្បន្នមានអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ និងស្ត្រីមិនទាន់រៀបការដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ។

តម្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ: តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ +តម្រូវការឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ *(*ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីណាមួយ))

សមាមាត្រនៃ តម្រូវការពេញចិត្ត:

$$\frac{\text{ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីណាមួយ)}}{\text{តម្រូវការមិនឆ្លើយតប + ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីណាមួយ)}}$$

សមាមាត្រនៃ តម្រូវការពេញចិត្តដោយវិធីទំនើប៖

$$\frac{\text{ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីទំនើបណាមួយ)}}{\text{តម្រូវការមិនឆ្លើយតប + ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (វិធីណាមួយ)}}$$

តារាងទី ៧ បង្ហាញទិន្នន័យស្តីពីតម្រូវការមិនឆ្លើយតប តម្រូវការឆ្លើយតប និងតម្រូវការសរុបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារសម្រាប់ស្ត្រី បានរៀបការ និងមានសកម្មផ្លូវភេទតែមិនទាន់រៀបការបច្ចុប្បន្ន។ សូចនាករទាំងនេះជួយវាយតម្លៃពីវិសាលភាពកម្មវិធីផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជាកំពុងបំពេញតម្រូវការសេវាកម្ម។

- ជារួមតម្រូវការសរុបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នបានរៀបការមាន ៧៤% តម្រូវការនេះមាន ៦២% នៃស្ត្រីបច្ចុប្បន្នបានរៀបការមានតម្រូវការគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ផែនការគ្រួសារ ពោលគឺបច្ចុប្បន្នពួកគេកំពុងប្រើវិធីពន្យារកំណើត ហើយ ១២% នៃស្ត្រីបច្ចុប្បន្នបានរៀបការមានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ។ ប្រសិនបើស្ត្រី បច្ចុប្បន្នរៀបការទាំងអស់ដែលនិយាយថាពួកគេចង់មានគម្លាតកូន ឬកំណត់មានកូនពួកគេត្រូវប្រើវិធីផែនការគ្រួសារ នោះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតនឹងកើនឡើងពី ៦២% ទៅ ៧៤% ។

- តម្រូវការសរុបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារដែលពេញចិត្តគឺមាន ៨៤% ខណៈ ៦១% នៃតម្រូវការសរុបត្រូវបានពេញចិត្តដោយវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើប។

តារាង ៧ ជម្រើស និងតម្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងសកម្មភាពរួមភេទស្ត្រីមិនទាន់រៀបការ

ភាគរយស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការ និងសកម្មភាពរួមភេទស្ត្រីមិនរៀបការអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំមានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារ ភាគរយតម្រូវការឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារ ភាគរយតម្រូវការឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទំនើប ភាគរយនៃតម្រូវការផែនការគ្រួសារដែលពេញចិត្ត និងភាគរយនៃតម្រូវការផែនការគ្រួសារដែលពេញចិត្តជាមួយនឹងវិធីសាស្ត្រទំនើបតាមចរឹតលក្ខណៈអង្កេត ២០២១-២២

ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ	តម្រូវការឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ (បច្ចុប្បន្នប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត)		សរុបតម្រូវការផែនការគ្រួសារ[3]	ចំនួនស្ត្រី	ភាគរយ តម្រូវការពេញចិត្ត[1]	
		គ្រប់វិធីសាស្ត្រ	វិធីសាស្ត្រទំនើប[2]			គ្រប់វិធីសាស្ត្រ	វិធីសាស្ត្រទំនើប[2]
អាយុ							
15-19	18.8	40.9	31.7	59.8	335	68.5	53.0
20-24	15.2	52.9	39.7	68.1	1,384	77.7	58.3
25-29	11.9	61.8	44.6	73.7	2,365	83.8	60.5
30-34	11.1	67.7	47.3	78.8	2,840	85.9	60.1
35-39	8.7	72.8	54.9	81.5	2,902	89.4	67.4
40-44	12.8	63.0	45.3	75.8	2,262	83.1	59.7
45-49	12.4	40.3	25.5	52.7	1,404	76.4	48.4
តំបន់							
ទីប្រជុំជន	9.8	65.9	41.4	75.7	5,404	87.0	54.7
ជនបទ	13.1	59.3	46.9	72.4	8,088	82.0	64.8
រាជធានី ខេត្ត							
បន្ទាយមានជ័យ	14.5	62.2	56.2	76.7	497	81.1	73.3
បាត់ដំបង	12.1	65.5	51.1	77.6	913	84.4	65.9
កំពង់ចាម	16.2	46.4	38.9	62.5	848	74.2	62.2
កំពង់ឆ្នាំង	11.8	61.9	43.7	73.7	456	84.0	59.2
កំពង់ស្ពឺ	9.7	61.8	45.3	71.6	839	86.4	63.2
កំពង់ធំ	12.9	59.8	46.6	72.7	619	82.3	64.0
កំពត	6.7	66.3	50.9	73.0	537	90.8	69.7
កណ្ដាល	8.4	69.3	44.0	77.7	967	89.1	56.6
កោះកុង	16.9	45.7	39.4	62.5	98	73.0	63.0
ក្រចេះ	12.3	56.7	40.5	69.0	323	82.2	58.7

មណ្ឌលគីរី	8.1	70.4	55.0	78.5	83	89.7	70.1
ភ្នំពេញ	8.6	68.0	36.3	76.6	1,994	88.8	47.4
ព្រះវិហារ	6.9	66.3	52.0	73.2	249	90.6	71.1
ព្រៃវែង	13.0	63.2	48.7	76.3	892	82.9	63.8
ពោធិសាត់	30.7	32.5	25.4	63.2	324	51.4	40.1
រតនគីរី	12.2	63.6	57.5	75.8	230	83.9	75.8
សៀមរាប	12.6	65.5	51.1	78.1	1,117	83.9	65.5
ព្រះសីហនុ	10.6	68.1	45.0	78.7	171	86.5	57.1
ស្ទឹងត្រែង	17.4	54.5	42.6	71.9	147	75.8	59.3
ស្វាយរៀង	10.6	58.1	41.0	68.7	537	84.6	59.7
តាកែវ	10.7	59.4	45.3	70.1	761	84.8	64.7
ឧត្តរមានជ័យ	12.4	66.2	54.5	78.7	177	84.2	69.2
កែប	15.4	61.1	49.0	76.5	40	79.9	64.1
ប៉ៃលិន	14.1	63.9	46.2	78.0	71	81.9	59.3
ត្បូងឃ្មុំ	13.3	59.3	41.2	72.6	602	81.7	56.7
កម្រិតសិក្សាអប់រំ							
មិនបានចូលសាលា	14.6	57.1	46.8	71.6	1,893	79.7	65.3
បឋមសិក្សា	11.6	62.6	46.4	74.2	6,080	84.4	62.5
មធ្យមសិក្សា	11.3	62.7	43.1	74.0	4,821	84.7	58.2
ខ្ពស់ជាងនិងខ្ពស់ជាង	8.7	64.2	35.8	72.9	698	88.1	49.2
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ							
ទាបបំផុត	13.5	59.4	49.1	72.9	2,530	81.4	67.4
ទាប	13.4	59.8	45.8	73.2	2,449	81.7	62.6
មធ្យម	12.7	59.3	43.5	72.0	2,653	82.3	60.4
ខ្ពស់	10.7	63.0	43.4	73.7	2,916	85.5	58.9
ខ្ពស់បំផុត	9.1	67.4	42.4	76.4	2,945	88.1	55.4
សរុប	11.8	61.9	44.7	73.7	13,492	84.0	60.6
សកម្មរួមភេទសម្រាប់ស្ត្រីមិនរៀបការ [4]							
សរុប	59.7	28.8	28.8	88.5	60	32.6	32.6

កំណត់សម្គាល់: តួលេខក្នុងតារាងយោងតាមការកែតម្រូវនិយមន័យនៃតម្រូវការមិនឆ្លើយតបខុសពីអ្វីដែលកំណត់ដោយលោក Bradley et al, ២០១២ ។

[1] *ភាគរយនៃតម្រូវការពេញចិត្តជាផលចែកតម្រូវការឆ្លើយតបនិងតម្រូវការសរុប។*

[2] *វិធីសាស្ត្រទំនើបរួមមានវិធីបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ស្ត្រី បុរស កងដាក់ក្នុងស្បូន, កងដាក់ក្រោមស្បែក, ចាក់ថ្នាំ ថ្នាំលេបប្រចាំថ្ងៃ និងប្រចាំខែ ស្រោមអនាម័យបុរស និងស្ត្រី និងវិធីសាស្ត្របំបៅដោះកូនកុំឲ្យមានរដូវ (Lam) និងវិធីសាស្ត្រទំនើបផ្សេងទៀត។*

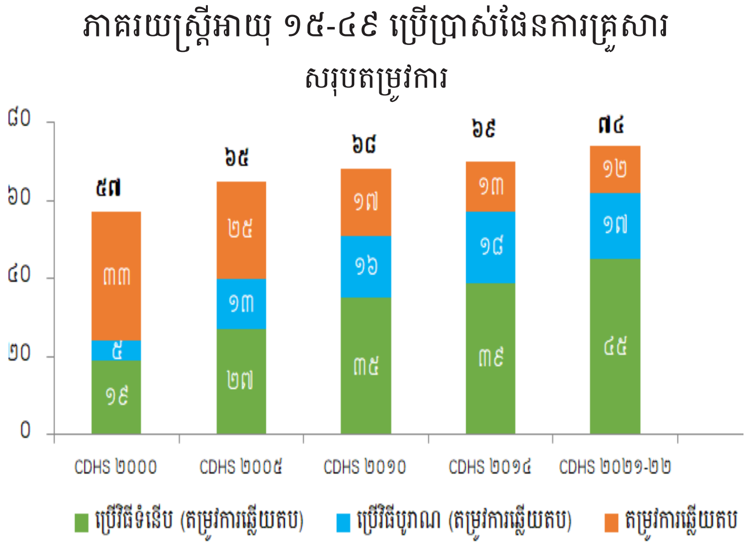
[3] *សរុបតម្រូវការគឺជាលទ្ធផលសរុបនៃតម្រូវមិនឆ្លើតប និងតម្រូវឆ្លើយតប។*

[4] *ស្ត្រីដែលបានរួមភេទក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃមុនការអង្កេត។*

និន្នាការ: រូប ២ បង្ហាញពីតម្រូវការសរុបសម្រាប់ការធ្វើផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រីបច្ចុប្បន្នរៀបការបានកើនឡើងពី ៥៧% នៅឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ៧៤% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២ ។

- ក្នុងរយៈពេលនេះតម្រូវការមិនឆ្លើយបានថយចុះពី ៣៣% នៅឆ្នាំ ២០០០ មកត្រឹម ១២% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។
- ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតទំនើបបានកើនឡើងពី១៩% នៅឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ៤៥% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២ និងការប្រើវិធីពន្យារកំណើតបុរាណបានកើនឡើងពី ៥% ក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ១៨% នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ ហើយបានធ្លាក់ចុះចាប់តាំងពីពេលនោះមក (១៧% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២)។

រូប ២ និន្នាការនៃការប្រើប្រាស់ តម្រូវការ និងត្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ



៣.៧ មរណភាពកុមារ

មរណភាពទារកទើបកើត:	ជាប្រូបាប៊ីលីតេនៃការស្លាប់ក្នុងខែដំបូងនៃជីវិត
មរណភាពក្រោយកើត:	ជាប្រូបាប៊ីលីតេនៃការស្លាប់រវាងខែដំបូងនៃជីវិត និងថ្ងៃគម្រប់ខួបកំណើតមួយឆ្នាំ (ត្រូវបានគណនាផលដកនៃមរណភាពទារក និងទារកទើបកើត)
មរណភាពទារក:	ប្រូបាប៊ីលីតេនៃការស្លាប់រវាងពេលកើតកំណើត និងថ្ងៃគម្រប់ខួបកំណើតមួយឆ្នាំ
មរណភាពកុមារ:	ប្រូបាប៊ីលីតេនៃការស្លាប់នៅចន្លោះថ្ងៃគម្រប់ខួបមួយឆ្នាំ និងថ្ងៃ គម្រប់ខួប៥ ឆ្នាំ
មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ:	ប្រូបាប៊ីលីតេនៃការស្លាប់នៅចន្លោះថ្ងៃកើត និងថ្ងៃគម្រប់ខួប៥ ឆ្នាំ

តារាងទី ៨ បង្ហាញពីការប៉ាន់ប្រមាណចំនួន៣ជាប់ៗគ្នាសម្រាប់រយៈពេល ៥ ឆ្នាំ មុនអង្កេត CDHS ២០២១-២២ ។ អត្រានេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណដោយផ្ទាល់ពីព័ត៌មានដែលប្រមូលបានពីផ្នែកនៃប្រវត្តិមានផ្ទៃពោះ ដែលស្ត្រីបានរាយបញ្ជីកុមារទាំងអស់ដែលពួកគេបានផ្តល់កំណើតជា ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារនីមួយៗ ស្ថានភាពរស់រានមានជីវិត និងអាយុបច្ចុប្បន្ន ឬអាយុនៅពេលស្លាប់ ។

- ក្នុងអំឡុងពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេតអត្រាមរណទារកទើបនឹងកើតមាន ៨ នាក់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់ អត្រាមរណភាពទារកមាន ១២ នាក់ហើយអត្រាមរណកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំគឺ ១៦ នាក់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់ ។
- អត្រាមរណភាពក្នុងខែដំបូង (មរណភាពទារកទើបកើត) មាន ៦៦% នៃការស្លាប់របស់ទារក និង ៥០% នៃការស្លាប់របស់កុមារក្រោមអាយុ ៥ ឆ្នាំ។

<u>តារាង ៨ អត្រាមរណភាពកុមារ</u>

ទារកអាយុក្រោម១ខែ ចន្លោះរវាង ១ខែ ដល់ក្រោម ១ឆ្នាំ ទារកអាយុក្រោម ១ ឆ្នាំ និង អត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ក្នុងរយៈពេល ៥ មុនការអង្កេត កម្ពុជា DHS ២០២១-២២

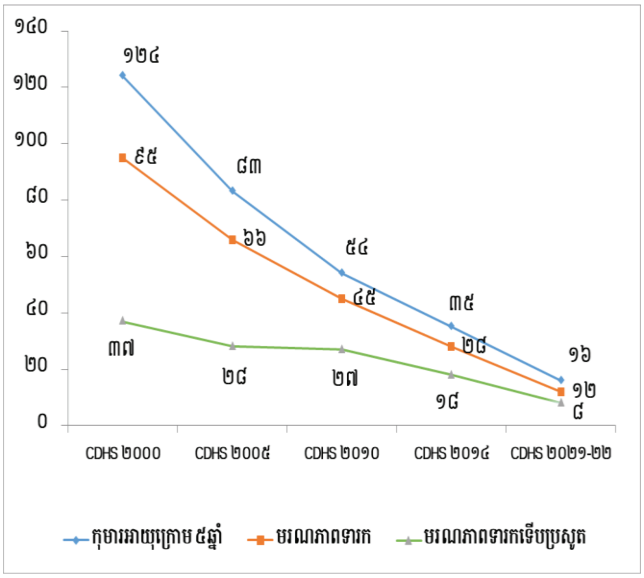
រយៈមុនពេលអង្កេត	មរណភាពក្នុងខែដំបូង (NN)	មរណភាពចន្លោះ១ខែដល់១ឆ្នាំ (PNN)[1]	មរណភាពទារក ($_1q_0$)	មរណភាពកុមារ ($_4q_1$)	មរណភាពកុមារអាយុក្រោម ($_5q_0$)
0-4	8	4	12	4	16
5-9	10	7	18	4	22
10-14	15	10	25	5	30

[1] *គណនាជាភាពខុសគ្នារវាងអត្រាមរណៈភាពទារក និងទារកទើបនឹងកើត*

និន្នាការ: រូប ៣ បង្ហាញពីនិន្នាការមរណភាពកុមារតាមរយៈអង្កេត CDHS បច្ចុប្បន្ន និងពីមុន។ អត្រាមរណកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំបានថយចុះពី ១២៤ នាក់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់នៅឆ្នាំ ២០០០ មក ១៦ នាក់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ អត្រាមរណទារក និងទារកទើបកើតមានការថយចុះដូចគ្នាផងដែរ។

រូប៣ និន្នាការនៃអត្រាមរណភាពកុមារ

អត្រាស្លាប់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត



៣.៨ ការថែទាំសុខភាពមាតា

ការថែទាំសុខភាពមាតាបានត្រឹមត្រូវអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងពេលសម្រាលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់សុខភាពម្តាយ និងទារក។ តារាង ៩ បង្ហាញពីសូចនាករសំខាន់ៗទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពមាតា។

តារាង ៩ សូចនាករថែទាំសុខភាពមាតា

ចំណោមស្ត្រីមានអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលបានផ្តល់កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត។ ភាគរយទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (ANC) ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ សម្រាប់កំណើតរស់ ឬស្លាប់កើត ចុងក្រោយបំផុត ។ ភាគរយទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (ANC) ចំនួន ៤ ដង ឬច្រើនជាងសម្រាប់កំណើតរស់ ឬស្លាប់កើត ចុងក្រោយបំផុត។ ភាគរយបានលេបថ្នាំជាតិដែកជំនួយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងភាគរយផ្តល់កំណើតរស់ថ្មីបំផុតការពារជំងឺតេតាណូសរបស់ទារកទើបប្រសូត។ ក្នុងចំណោមកំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត។ ភាគរយសម្រាលកូនដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ និងភាគរយសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលអាយុ១៥-៤៩ ផ្តល់កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត ភាគរយទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាល ២ ថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីការសម្រាល យោងតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២។

	ស្ត្រីផ្តល់កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត					កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត			ស្ត្រីដែលបានផ្តល់កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត	
ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	ភាគរយបានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ[1]	ភាគរយអ្នកបានថែទាំផ្ទៃពោះ ៤+ ដងឡើង	ភាគរយដែលបានលេបថ្នាំជាតិដែកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ[2]	ភាគរយដែលកើតរស់ថ្មីៗបំផុតត្រូវបានការពារប្រឆាំងនឹងជំងឺតេតាណូសសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត[3]	ចំនួនស្ត្រី	ភាគរយបានសម្រាលកូនជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ[1]	ភាគរយបានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ចំនួនកំណើត	ភាគរយស្ត្រីបានពិនិត្យក្រោយសម្រាលកំឡុងពេល ២ថ្ងៃក្រោយសម្រាល[4]	ចំនួនស្ត្រី
					កំណើតរស់					
អាយុម្តាយផ្តល់កំណើត										
<20	98.2	82.3	98.4	90.4	359	97.4	96.1	359	80.4	359
20-34	98.9	88.1	97.8	92.0	3,475	98.8	97.6	3,477	84.4	3,475
35-49	97.9	79.6	96.1	90.5	729	99.0	97.7	729	89.5	729
តំបន់										
ទីប្រជុំជន	99.1	91.0	97.3	93.1	1,789	99.8	99.0	1,789	88.1	1,789
ជនបទ	98.4	83.3	97.8	90.7	2,774	98.0	96.5	2,776	82.9	2,774
រាជធានី ខេត្ត										
បន្ទាយមានជ័យ	99.4	84.4	99.1	93.6	163	100.0	99.4	163	92.4	163
បាត់ដំបង	99.3	94.0	99.6	90.3	332	99.7	97.0	334	84.6	332
កំពង់ចាម	99.1	91.8	96.5	93.7	259	100.0	97.6	259	91.6	259
កំពង់ឆ្នាំង	99.0	82.2	98.8	97.5	162	99.4	98.8	162	99.4	162
កំពង់ស្ពឺ	97.6	86.7	96.3	94.3	269	99.0	98.5	269	95.7	269
កំពង់ធំ	98.7	80.5	98.3	92.3	219	94.5	93.0	219	82.7	219
កំពត	97.5	91.7	98.4	90.7	166	99.4	99.3	166	73.9	166
កណ្តាល	99.1	89.3	95.5	86.5	341	99.5	96.6	341	89.9	341
កោះកុង	93.9	76.5	92.0	86.0	38	95.8	94.1	38	94.2	38
ក្រចេះ	97.1	65.8	97.7	93.4	128	98.6	97.0	128	91.8	128
មណ្ឌលគីរី	96.3	75.2	96.4	87.4	32	91.6	87.8	32	82.5	32
ភ្នំពេញ	99.2	91.6	97.5	95.6	683	100.0	99.8	683	90.1	683

ព្រះវិហារ	97.5	58.9	98.6	89.6	86	96.3	93.8	87	66.5	86
ព្រៃវែង	100.0	86.0	99.1	88.8	321	97.4	97.2	321	88.2	321
ពោធិសាត់	98.4	87.9	99.2	96.5	113	100.0	100.0	113	82.8	113
រតនគីរី	95.4	56.1	87.6	68.1	75	87.1	84.3	75	44.1	75
សៀមរាប	99.6	90.1	98.3	93.3	340	100.0	99.6	340	43.1	340
ព្រះសីហនុ	98.8	84.4	98.2	91.3	55	98.8	97.8	55	88.1	55
ស្ទឹងត្រែង	96.1	69.3	95.3	86.3	58	88.1	86.8	58	78.3	58
ស្វាយរៀង	99.3	90.1	99.5	88.4	186	98.5	95.9	186	97.0	186
តាកែវ	97.6	83.5	98.4	89.7	252	100.0	99.1	252	97.8	252
ឧត្តរមានជ័យ	99.4	79.8	94.4	95.6	55	99.5	97.8	55	79.3	55
កែប	98.9	86.2	98.9	93.5	11	100.0	99.3	11	96.3	11
ប៉ៃលិន	98.0	84.8	99.1	93.2	22	100.0	100.0	22	64.3	22
ត្បូងឃ្មុំ	97.6	90.1	95.9	91.8	196	99.5	98.2	196	91.3	196
កម្រិតសិក្សាអប់រំ										
មិនបានចូលសាលា	95.3	73.3	94.1	84.2	484	93.6	91.4	484	76.2	484
បឋមសិក្សា	98.6	83.8	97.3	91.6	1,840	98.8	97.4	1,842	84.7	1,840
មធ្យមសិក្សា	99.4	90.2	98.4	92.7	1,916	99.8	98.8	1,916	86.9	1,916
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	99.7	97.1	99.9	97.1	323	100.0	99.5	323	87.9	323
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ										
ទាបបំផុត	97.1	75.6	96.8	88.4	965	95.4	93.6	966	76.1	965
ទាប	98.8	85.8	98.3	92.5	865	99.0	97.7	865	84.6	865
មធ្យម	98.4	87.3	97.9	90.6	835	99.9	98.4	837	88.3	835
ខ្ពស់	99.1	87.8	97.2	91.7	1,011	99.6	98.4	1,011	86.4	1,011
ខ្ពស់បំផុត	99.9	95.8	98.0	95.3	887	100.0	99.7	887	90.0	887
សរុប	98.7	86.3	97.6	91.7	4,563	98.7	97.5	4,565	84.9	4,563
ស្លាប់កើត										
សរុប	86.2	83.1	86.1	na	13	100.0	83.6	18	75.0	13
កំណើតរស់ និងស្លាប់កើត [5]										
សរុប	98.6	86.3	97.6	na	4,574	98.7	97.4	4,577	84.9	4,574

កំណត់សម្គាល់: ប្រសិនបើប្រភពជំនួយច្រើនជាងមួយ ជ្រើសអ្នកផ្តល់សេវាមានគុណភាពបំផុតប៉ុណ្ណោះសម្រាប់ផលិតតារាងនេះ។ na = មិនអាចអនុវត្តបាន។

[1] *បុគ្គលិកជំនាញរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មប និងឆ្មបជំនួយ។*

[2] *គ្រាប់ជាតិដែក និងស៊ីរ៉ូម ។*

[3] *រាប់បញ្ចូលម្តាយដែលចាក់ថ្នាំពីរលើកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះកំណើតរស់ចុងក្រោយ ឬការចាក់ពីរ ឬច្រើនដង (រយៈពេល ៣ ឆ្នាំនៃការសម្រាលកូនថ្មីបំផុត) ឬ ចាក់បី ឬច្រើនដង (ចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំនៃកំណើតរស់ថ្មីៗបំផុ) ឬការចាក់ ៤ ដងឬច្រើនដង (រយៈពេល ១០ ឆ្នាំនៃកំណើតរស់ថ្មីៗនេះ) ឬការចាក់ ៥ ដងឬច្រើនជាងនេះនៅពេលណាមួយមុនពេលកំណើតចុងក្រោយ។*

[4] *រាប់បញ្ចូលស្ត្រីទទួលការពិនិត្យពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលានុបដ្ឋាយិកា បុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬអ្នកសម្រាលកូនតាមប្រពៃណី។*

[5] *សម្រាប់ស្ត្រីសម្រាលកូននៅរស់ និងស្លាប់កើត ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត ទិន្នន័យស្តីពីការថែទាំមុនពេលសម្រាល និងការពិនិត្យក្រោយសម្រាលគឺត្រូវបានកត់ត្រាតែការសម្រាលកូនថ្មីៗនេះប៉ុណ្ណោះ។*

៣.៨.១ ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល

ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលពីគ្រូពេទ្យជំនាញ

ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលពីគ្រូពេទ្យជំនាញ ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មប និងជំនួយការឆ្មប។

សម្រាប់: ស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលបានផ្តល់កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើត ២ឆ្នាំមុនការអង្កេត

ការថែទាំផ្ទៃពោះម្តាយមុនសម្រាលពីគ្រូពេទ្យជំនាញមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់តាមដានផ្ទៃពោះ និង កាត់បន្ថយការមានជំងឺ និងហានិភ័យមរណភាពមាតា និងកុមារកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និង ក្រោយពេលសម្រាល។

ស្ត្រីស្ទើតែទាំងអស់ជិត (៩៩%) បានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលពីគ្រូពេទ្យជំនាញដែលបានផ្តល់ កំណើតរស់ និង/ឬកូនស្លាប់កើតក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត។

- ជារួមប្រមាណជា ៨៦% នៃស្ត្រីដែលបានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលចំនួន៤ដង ឬច្រើនដង សម្រាប់កំណើតរស់ ឬកូនស្លាប់កើតថ្មីៗបំផុត។
- ប្រមាណ ៩៨%នៃស្ត្រីដែលបានលេបថ្នាំជាតិដែកជំនួយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះថ្មីៗបំផុត

និន្នាការ: ភាគរយស្ត្រីបានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះសម្រាប់កំណើតរស់ ឬកូនស្លាប់កើតថ្មីៗបំផុត ២ ឆ្នាំមុន អង្កេតបានកើនឡើងពី ៣៩% នៅឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ៩៩% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១–២២ និងភាគរយស្ត្រីដែលបាន ទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលចំនួន៤ដង ឬច្រើនដងបានកើតឡើងពី ៩% នៅឆ្នាំ ២០០០ ទៅដល់ ៨៦ %ក្នុងឆ្នាំ ២០២១–២២ ។

៣.៨.២ ការចាក់ថ្នាំតេតាណុស

កាការពារប្រឆាំងតេតាណុសសម្រាប់ទារកទើបកើត

ការចាក់ថ្នាំតេតាណុសដើម្បីការពារជំងឺតេតាណុសទារកទើបកើត គឺអាស្រ័យលើការចាក់វ៉ាក់សាំងតេតាណុសរបស់ ម្តាយ។ កំណើតមួយគឺត្រូវបានកាពារពីជំងឺតេតាណុសទារកទើបកើតបាន ប្រសិនបើម្តាយបានទទួលថ្នាំតេតាណុស ណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- បានចាក់ថ្នាំតេតាណុសចំនួន ២ ដង ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ
- បានចាក់ថ្នាំតេតាណុសចំនួន២ដង ឬច្រើនដង សម្រាប់កំណើតកូនមួយ ក្នុង៣ឆ្នាំចុងក្រោយ
- បានចាក់ថ្នាំតេតាណុសចំនួន៤ដង ឬច្រើនដង សម្រាប់កំណើតកូនមួយ ក្នុង៥ ឆ្នាំចុងក្រោយ
- បានចាក់ថ្នាំតេតាណុសចំនួន៤ដង ឬច្រើនដង សម្រាប់កំណើតកូនមួយ ក្នុង១០ឆ្នាំចុងក្រោយ
- បានចាក់ថ្នាំតេតាណុសចំនួន៥ដង ឬច្រើនដង នៅពេលណាមួយក្នុងកំណើតកូន

សម្រាប់: **ស្ត្រីដែលមានអាយុ ១៥–៤៩ ឆ្នាំ ដែលបានផ្តល់កំណើតរស់ចុងក្រោយ ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត។**

ការចាក់ថ្នាំតេតាណូសត្រូវបានផ្តល់ឱ្យក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដើម្បីការពារប្រឆាំងនឹងជំងឺតេតាណូសទារកទើបនឹងកើត ដែលជាមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់របស់ទារកក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើនជារឿយៗដោយសារការមិនអនុវត្តតាមវិធីអនាម័យអំឡុងពេលសម្រាល។

- សរុបមក ៩២% នៃស្ត្រីដែលបានផ្តល់កំណើតរស់២ ឆ្នាំមុនអង្កេតបានទទួលការចាក់ថ្នាំតេតាណូសគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីការពារទារកប្រឆាំងនឹងជំងឺតេតាណូសសម្រាប់ទារកទើបកើត។
- ភាពខុសគ្នានៃការការពារប្រឆាំងនឹងជំងឺតេតាណូសទារកទើបប្រសូតជាទូទៅមានតិចតួច លើកលែងតែស្ត្រីក្នុងខេត្តរតនគិរីត្រឹមតែ ៦៨ % ប៉ុណ្ណោះដែលបានទទួលការចាក់ថ្នាំតេតាណូសគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីការពារកូនប្រឆាំងនឹងជំងឺតេតាណូសទារកទើបកើត។

៣.៨.៣ ការថែទាំពេលសម្រាល

គ្រឹះស្ថានពេលសម្រាល
ការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
សម្រាប់:គ្រប់កំណើតរស់ និង/ឬស្លាប់កើតទាំងអស់ ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត

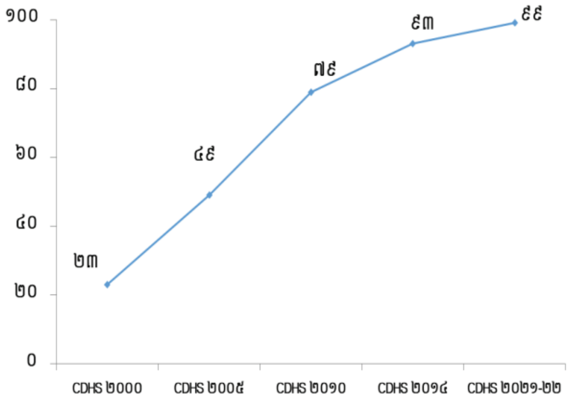
មន្ត្រីជំនាញក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល
គ្រូពេទ្យជំនួយពេលសម្រាលមានដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា/ឆ្មបនិងជំនួយការឆ្មប
សម្រាប់: គ្រប់កំណើតរស់ និង/ឬស្លាប់កើតទាំងអស់ ២ ឆ្នាំមុនការអង្កេត

ការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រត្រឹមត្រូវ និងលក្ខខណ្ឌអនាម័យអំឡុងពេលសម្រាលអាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃផលវិបាក និងការឆ្លងមេរោគដែលអាចនាំដល់ការស្លាប់ ឬជំងឺធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់ម្តាយ និង/ឬទារក (Van Lerberghe and De Brouwere ២០០១; WHO ២០០៦a)។

- ជារួម ៩៩% នៃកំណើតរស់ និង/ឬស្លាប់កើតបានពិនិត្យដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ (រូប ៤)។
- ស្ទើរតែទាំងអស់នៃកំណើតរស់បានសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (៩៨%)។
- ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ មានត្រឹមតែ ៧៤% នៃកូនស្លាប់កើតបានសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។

រូប ៤ និន្នាការអ្នកជំនួយក្នុងពេលសម្រាល

ភាគរយផ្តល់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេតដែលជួយសម្រាលដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ



និន្នាការ: ភាគរយនៃកំណើតរស់ដែលបានជួយពេលសម្រាលធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យជំនាញបានកើនឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងរយៈពេល ២ទសវត្សរ៍ចុងក្រោយនេះពី ៣៤% នៅឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ៩៩% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។

៣.៨.៤ ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន

សមាមាត្រដ៏ធំនៃការស្លាប់របស់មាតា និងទារកទើបប្រសូតកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេល ៤៨ ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីការសម្រាល។ ដូច្នេះការថែទាំក្រោយសម្រាល (PNC) សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងកូនគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ កាត់បន្ថយភាពស្មុកស្មាញដែលកើតឡើងក្នុងពេលសម្រាលកូន ក៏ដូចជា ផ្តល់ឱ្យម្តាយនូវព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីរបៀបថែទាំខ្លួនឯង និងកូន។ កម្មវិធីភាពជាម្តាយប្រកបដោយសុវត្ថិភាពណែនាំឲ្យស្ត្រីទាំងអស់ទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេល ២ ថ្ងៃដំបូងបន្ទាប់ពីផ្តល់កំណើត។

ជារួម ៨៥ % នៃស្ត្រីដែលផ្តល់កំណើតរស់ ២ ឆ្នាំមុនអង្កេតទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាលក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រាល។ មានតែ ៧១% នៃស្ត្រីដែលសម្រាលកូនស្លាប់កើតបានទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាល ។

៣.៩ វិសាលភាពគ្របដណ្តប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង

ការចាក់ថ្នាំបង្ការជាសាកលដល់កុមារប្រឆាំងនឹងជំងឺដែលអាចការពារបានដោយថ្នាំបង្ការទូទៅគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការកាត់បន្ថយមរណភាពទារក និងកុមារ ។ នៅកម្ពុជាការចាក់វ៉ាក់សាំងកុមាររួមបញ្ចូលទាំងវ៉ាក់សាំង BCG (ជំងឺរបេង) វ៉ាក់សាំង HepB (ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B) វ៉ាក់សាំង DPT-HepB-Hib ឬ ប៉ង់តាវ៉ាឡង់ (ខាន់ស្លាក់ តេតាណូស ក្អកមាន់ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងជំងឺហីប (Haemophilus influenzae type b) វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើង ឬប៉ូលីយ៉ូ PV ។ (Poliomyelitis), វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើងអសកម្ម ឬ IPV (poliomyelitis), វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត ឬ PCV និងវ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រិលស្អូច (MR) ។

ព័ត៌មានស្តីពីការអន្តរាគមន៍ការចាក់ថ្នាំបង្ការត្រូវបានទទួលតាមពីរវិធីនៅក្នុង CDHS ២០២១-២២ កត់ត្រាការចាក់ថ្នាំបង្ការជាលាយលក្ខណ៍អក្សររួមទាំងការចាក់វ៉ាក់សាំង ឬប័ណ្ណសុខភាព និងការរាយការផ្ទាល់មាត់ម្តាយ។ អង្កេតកាតវ៉ាក់សាំងត្រូវបានគេសង្កេតឃើញថាមានប្រមាណជា ៨២% នៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ និង ៧៣% នៃកុមារអាយុ ២៤-៣៥ ខែ (ទិន្នន័យមិនត្រូវបានបង្ហាញ) ។

៣.៩.១ វិសាលភាពមូលដ្ឋានចាក់ថ្នាំបង្កា

ការចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញ - មូលដ្ឋានអង់ទីគ័រ

ភាគរយកុមារទទួលវ៉ាក់សាំងដាក់លាក់ពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត (យោងតាមកាតវ៉ាក់សាំង ឬរាយការផ្ទាល់មាត់របស់ម្តាយ)។ ដើម្បីទទួលបានមូលដ្ឋានអង់ទីគ័រទាំងអស់កុមារត្រូវតែទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់៖

- ចាក់វ៉ាក់សាំង BCG មួយដូស ដែលការពារប្រឆាំងជំងឺរបេង
- ចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើងចំនួនបីដូស ដែលបានផ្តល់ជាវ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើង (OPV) វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើងអសកម្ម (IPV) ឬការរួមបញ្ចូលគ្នានៃ OPV និង IPV
- ចាក់វ៉ាក់សាំង DPT គ្រប់ចំនួនបីដូស ដែលអាចការពារប្រឆាំងនឹងរោគខាន់ស្លាក់ ក្អកមាន់ (ក្អកមាន់) និងតេតាណូស
- ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺកញ្ជ្រឹលមួយដូសត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាកញ្ជ្រឹល (MR)

សម្រាប់: កុមាររនៅរស់មានអាយុ ១២–២៣ ខែ

ប្រវត្តិ ការវាស់វែងសំខាន់មួយនៃវិសាលភាពគ្របដណ្តប់លើការចាក់ថ្នាំបង្ការគឺជាសមាមាត្រនៃកុមារដែលបានទទួល "មូលដ្ឋាន" ថ្នាំបង្ការពេញលេញ។ កុមារត្រូវបានចាត់ទុកថាបានចាក់ថ្នាំបង្ការពេញលេញប្រសិនបើពួកគេបានទទួលវ៉ាក់សាំង BCG ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើងចំនួន ៣ដូស និងបានចាក់វ៉ាក់សាំងDTP និងចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺកញ្ជ្រឹលតែមួយដូស។ នៅកម្ពុជាវ៉ាក់សាំង BCG ជាទូទៅត្រូវបានចាក់នៅពេលសម្រាល ឬនៅពេលទាក់ទងគ្លីនីកដំបូងខណៈវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើង និង DPT-HepB-Hib ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យសម្រាប់កុមារអាយុ ៦, ១០, និង ១៤ សប្តាហ៍។ ការចាក់វ៉ាក់សាំង MR លើកដំបូងគួរតែត្រូវបានផ្តល់អោយ ឬឆាប់បន្ទាប់ពីអាយុ ៩ ខែ។

- ៦៧% នៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែបានចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញជាមូលដ្ឋានអង់ទីករ ។
- ក្នុងចំណោមមូលដ្ឋានអង់ទីករការគ្របដណ្តប់គឺខ្ពស់បំផុតសម្រាប់ BCG (៩៤%) ។

៣.៩.២ ការគ្របដណ្តប់លើការចាក់ថ្នាំបង្ការតាមកម្មវិធីជាតិ

វិធានការទីពីរការចាក់ថ្នាំបង្ការគ្របដណ្តប់ភាគរយនៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ និង ២៤-៣៥ ខែដែលត្រូវបានចាក់ថ្នាំបង្ការពេញលេញតាមកម្មវិធីជាតិ។ នៅកម្ពុជាកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ ត្រូវបានចាត់ទុកថាបានចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញតាមកម្មវិធីជាតិប្រសិនបើកុមារបានទទួលមូលដ្ឋានអង់ទីករទាំងអស់ព្រមទាំងបានចាក់វ៉ាក់សាំង HepB ពីកំណើត មួយដូសនៃ IPV បីដូសនៃHepB និង Hib (ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាផ្នែកនៃវ៉ាក់សាំងដែលមាន DPT) និងបានបីដូសនៃវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកទងសួត។ កុមារដែលមានអាយុ ២៤-៣៥ ខែត្រូវបានចាត់ទុកថាចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញតាមកម្មវិធីជាតិ ប្រសិនបើពួកគេទទួលបានវ៉ាក់សាំង MR ដូសលើកទីពីរ បន្ថែមពីលើការចាក់វ៉ាក់សាំងទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់កុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ។

- ៦៥% នៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ និង៥៥% នៃកុមារអាយុ ២៤-៣៥ ខែ ត្រូវបានចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញតាមកម្មវិធីជាតិ ។
- ៣% នៃកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែមិនបានទទួលថ្នាំបង្ការទេ។

តារាង ១០ ការចាក់ថ្នាំបង្ការតាមលក្ខណៈអង្កេត

ភាគរយកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ និង២៤-៣៥ ខែទទួលវ៉ាក់សាំងជាក់លាក់ពេលណាមួយមុនពេលការអង្កេត (យោងតាមកាតវ៉ាក់សាំង ឬរាយការរបស់ម្តាយ) ភាគរយចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញ (មូលដ្ឋានអង់ទីករ) ភាគរយទទួលវ៉ាក់សាំងពេញលេញ (យោងទៅតាមកម្មវិធីជាតិ) និងភាគរយដែលមិនបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង យោងតាមលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

	កុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ																	កុមារអាយុ ២៤-៣៥ ខែ:		
			DPT-HepB-Hib			OPV[2]				ជំងឺរលាកទងសួត										
តាមលក្ខណៈអង្កេត	BCG	HepB (birth dose)[1]	1	2	3	1	2	3	IPV	1	2	3	MR 1	បានចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញ (មូលដ្ឋានអង់ទីករ)[3]	បានចាកវ៉ាក់សាំងពេញលេញ (យោងទៅតាមកម្មវិធីជាតិ)[4]	មិនបានចាកវ៉ាក់សាំង	ចំនួនកុមារ	MR 2	បានចាកវ៉ាក់សាំងពេញលេញ (យោងទៅតាមកម្មវិធីជាតិ)[5]	ចំនួនកុមារ
ភេទ																				
ប្រុស	94.5	93.3	92.4	89.3	83.7	94.6	91.5	86.1	77.2	92.5	88.9	82.9	83.2	75.5	63.6	3.0	852	70.6	56.6	728
ស្រី	94.3	93.9	92.3	89.0	84.5	94.5	90.7	85.9	79.2	90.4	87.1	83.1	83.0	77.3	65.9	3.2	789	73.6	53.4	766
គម្លាតកំណើត																				
1	95.3	92.0	92.0	88.8	82.1	94.6	91.3	85.6	79.4	90.4	87.0	80.6	84.2	76.6	64.2	3.0	497	79.1	58.3	451
2-3	94.3	94.5	92.9	90.2	86.1	95.0	92.1	87.6	79.6	92.9	89.6	85.2	84.2	77.5	67.0	2.8	863	73.2	57.1	751
4-5	93.7	94.4	94.6	91.3	84.6	95.8	91.6	84.7	77.4	91.9	89.2	83.6	82.2	76.0	63.8	3.0	215	64.7	49.4	225
6+	92.1	91.7	80.4	72.6	70.3	84.2	74.4	72.1	52.5	80.5	72.6	70.2	64.0	61.8	42.2	7.4	67	38.4	27.2	67
កាតចាក់វ៉ាក់សាំង[5]																				
បានឃើញ	97.0	96.5	95.7	93.5	90.0	97.6	95.0	91.6	78.6	96.4	93.9	90.2	85.6	81.6	69.4	0.2	1,346	76.5	59.3	1,095
មិនបានឃើញ	85.5	86.4	81.0	71.4	54.8	86.1	77.0	57.8	81.9	76.5	61.9	44.7	80.0	48.5	38.2	12.5	130	57.5	45.4	176
គ្មានកាត	80.3	75.7	73.7	67.7	59.1	76.6	70.5	62.6	71.4	63.5	61.2	54.7	65.1	55.9	47.5	19.1	165	62.3	41.5	223
តំបន់																				

ទីប្រជុំជន	95.5	95.0	94.0	90.6	85.6	95.4	92.0	87.5	84.0	93.1	89.7	84.7	87.8	79.3	69.5	2.3	692	76.3	58.1	609
ជនបទ	93.7	92.6	91.2	88.1	82.9	93.9	90.4	84.9	73.9	90.3	86.8	81.8	79.7	74.3	61.2	3.7	949	69.3	52.8	885
រាជធានី ខេត្ត																				
បន្ទាយមានជ័យ	97.6	97.6	90.1	90.1	87.6	90.1	88.0	84.2	78.9	90.1	84.5	82.0	87.6	84.2	73.3	2.4	59	(85.3)	(80.7)	46
បាត់ដំបង	100.0	93.9	100.0	98.6	95.6	100.0	98.6	95.6	90.9	98.4	97.0	95.6	88.7	88.7	79.4	0.0	103	77.7	63.9	129
កំពង់ចាម	100.0	100.0	95.8	94.8	93.5	97.0	94.8	93.5	75.4	95.8	94.8	91.8	85.9	85.9	66.5	0.0	91	87.2	49.1	101
កំពង់ឆ្នាំង	99.0	99.0	99.0	96.7	91.9	99.0	96.7	91.9	90.5	96.7	96.7	91.9	81.2	81.2	75.1	1.0	58	(57.7)	(51.2)	43
កំពង់ស្ពឺ	97.3	94.3	94.3	87.1	84.2	98.6	91.4	88.5	72.3	92.7	82.8	77.0	81.0	76.9	57.8	1.4	87	72.5	48.4	104
កំពង់ធំ	90.8	87.7	86.3	81.0	76.9	89.6	81.0	75.7	70.9	82.8	76.4	74.9	76.0	66.6	56.6	6.2	84	60.5	48.9	63
កំពត	91.0	92.3	70.3	70.3	65.3	89.5	88.7	82.0	66.7	76.4	74.8	68.8	84.2	61.7	44.5	7.7	68	(66.4)	(36.3)	40
កណ្ដាល	98.7	98.7	95.1	95.1	87.4	96.9	96.9	89.2	82.4	96.9	95.2	88.8	92.2	84.3	74.2	1.3	124	87.5	77.8	108
កោះកុង	84.3	87.0	79.1	70.1	60.8	82.7	70.3	63.6	55.6	74.8	66.8	57.5	67.3	49.0	32.1	7.8	16	45.2	33.8	12
ក្រចេះ	93.5	97.2	97.1	91.4	79.5	97.1	90.3	80.9	75.1	85.2	81.1	71.7	75.1	72.4	58.5	0.0	39	69.0	58.8	44
មណ្ឌលគីរី	94.6	83.4	89.1	84.1	77.2	92.6	90.4	82.9	72.3	92.6	90.4	82.9	71.0	63.8	52.2	4.5	10	66.4	41.2	10
ភ្នំពេញ	94.7	93.0	93.8	89.2	81.5	94.2	89.5	83.1	85.5	92.7	89.5	83.1	85.4	75.3	66.5	3.2	274	71.4	51.9	235
ព្រះវិហារ	90.3	88.1	86.5	86.5	84.8	87.6	87.6	84.8	78.6	86.5	86.5	84.8	70.2	69.1	60.6	9.7	25	68.1	58.1	31
ព្រៃវែង	96.6	91.5	98.8	95.5	92.1	98.8	95.5	92.1	69.6	96.6	94.2	89.2	78.5	78.5	60.6	1.2	116	71.6	52.5	98
ពោធិសាត់	(83.3)	(88.0)	(88.0)	(79.6)	(73.4)	(88.0)	(79.6)	(73.4)	(78.4)	(85.7)	(77.3)	(73.4)	(68.8)	(62.5)	(61.3)	(12.0)	32	(63.3)	(51.9)	37
រតនគីរី	62.3	60.6	46.1	43.4	33.4	63.9	60.2	45.6	39.2	58.2	55.5	42.1	52.6	33.4	24.4	32.0	26	30.8	18.7	23
សៀមរាប	85.8	94.5	98.0	97.0	92.2	98.0	98.0	92.2	80.8	94.6	93.6	88.8	92.4	81.3	68.5	1.1	130	76.5	58.9	112
ព្រះសីហនុ	88.1	82.6	78.6	78.6	77.7	85.4	83.2	82.2	63.4	71.0	69.4	68.5	70.0	63.3	47.6	10.0	24	(43.2)	(27.7)	13
ស្ទឹងត្រែង	93.2	86.7	90.3	87.6	81.6	91.4	87.6	81.6	78.8	91.2	87.6	82.6	71.6	64.7	58.4	4.6	22	61.7	49.9	20
ស្វាយរៀង	100.0	100.0	97.1	89.0	83.5	97.1	89.0	83.5	74.2	95.5	85.8	80.3	83.1	81.2	68.7	0.0	65	60.0	52.6	60
តាកែវ	100.0	94.6	93.5	88.3	83.5	95.1	90.2	85.8	82.2	93.2	86.7	80.3	80.8	77.4	72.5	0.0	83	65.8	54.2	77
ឧត្ដរមានជ័យ	86.2	98.7	84.9	84.9	82.1	98.6	97.1	94.0	85.4	97.6	96.1	90.9	89.1	63.4	55.2	0.0	24	(84.5)	(56.0)	13
កែប	98.9	98.9	96.8	84.7	84.7	96.8	86.9	84.9	86.4	95.1	87.6	83.6	86.5	74.7	67.4	1.1	5	(71.1)	(49.0)	3
ប៉ៃលិន	84.0	82.8	81.3	81.3	77.7	81.3	81.3	77.7	69.9	81.3	81.3	77.7	76.6	76.6	68.8	16.0	9	70.4	56.2	7
ត្បូងឃ្មុំ	96.0	96.0	92.7	90.9	85.6	92.7	92.7	89.2	75.6	92.7	90.9	85.8	85.9	80.5	67.0	4.0	67	78.0	55.2	65

កម្រិតសិក្សាអប់រំ																				
មិនបានចូលសាលា	91.9	91.4	86.7	80.8	73.7	91.2	83.8	76.5	69.1	86.6	82.1	73.6	70.0	64.5	53.5	4.9	180	53.9	44.6	149
បឋមសិក្សា	94.4	93.9	92.8	90.5	84.3	95.4	91.9	84.9	78.3	92.8	89.1	81.9	82.1	75.2	64.1	2.9	649	68.7	49.6	637
មធ្យមសិក្សា	95.5	93.6	93.2	89.4	85.3	94.6	91.6	88.3	78.5	91.0	87.4	84.8	85.8	78.9	65.3	2.7	694	79.2	61.6	591
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	91.9	95.5	93.3	93.3	91.2	95.0	95.0	92.9	88.9	95.0	95.0	92.9	92.7	86.2	82.2	3.3	118	78.1	63.9	117
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																				
ទាបបំផុត	90.0	89.3	86.4	82.6	75.0	91.0	86.1	77.4	67.1	87.5	83.2	74.9	72.0	65.6	53.7	6.0	345	60.6	47.3	335
ទាប	95.0	94.5	92.4	89.9	85.6	95.4	93.1	88.4	77.3	90.9	88.5	85.4	83.1	76.4	64.6	2.9	288	76.8	56.5	266
មធ្យម	95.7	93.7	94.3	89.4	86.4	95.2	90.5	87.3	74.8	92.3	87.1	82.5	83.4	80.5	63.9	3.1	294	72.2	51.7	242
ខ្ពស់	97.2	96.8	94.1	91.6	87.3	95.3	92.4	89.4	84.8	91.6	88.5	85.3	85.4	79.9	71.4	1.9	374	76.9	61.2	322
ខ្ពស់បំផុត	94.3	93.8	94.7	92.4	86.5	96.1	93.5	87.7	85.8	95.4	92.8	87.1	91.6	79.9	69.3	1.6	340	75.4	57.8	328
សរុប	94.4	93.6	92.3	89.2	84.1	94.5	91.1	86.0	78.1	91.5	88.1	83.0	83.1	76.4	64.7	3.1	1,641	72.1	55.0	1,494

កំណត់សម្គាល់: កុមារត្រូវបានចាត់ថាបានទទួលវ៉ាក់សាំង ប្រសិនបើវាត្រូវបានកត់ត្រាលើប័ណ្ណវ៉ាក់សាំង ឬរាយការណ៍ដោយម្ដាយ។ សម្រាប់កុមារមិនមានព័ត៌មានអំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងគឺផ្អែកលើរបាយការណ៍របស់ម្ដាយ កាលបរិច្ឆេទនៃការទទួលថ្នាំបង្ការមិនត្រូវបានប្រមូលទេ។ សមាមាត្រនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលបានផ្ដល់ឱ្យក្នុងកំឡុងឆ្នាំទី ១ និងទី ២ នៃកំណើតត្រូវបានសន្មត់ថាដូចគ្នាទៅនឹងកុមារដែលមានកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ តួលេខក្នុងវង់ក្រចកគឺផ្អែកលើករណីគ្មានមេគុណអង្កេត ២៥-៤៩។ BCG = Bacille Calmette-Guerin; DPT = រោគខាន់ស្លាក់-pertussis-tetanus; HepB = វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B; ហ៊ីប = Haemophilus influenzae type b; OPV = វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើង; IPV = វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើងអសកម្ម; MR = កញ្ជ្រឹល និងស្អូច

[1] *កុមារត្រូវបានចាត់ថាបានទទួល HepB (ដូសកំណើត) ប្រសិនបើត្រូវបានកត់ត្រានៅលើបណ្ណរ ឬរាយការណ៍ដោយម្ដាយផ្ទាល់ដោយមិនគិតពីពេលវេលាណាឡើយ។*

[2] *OPV គឺជាវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើងដែលផ្ដល់ឲ្យនៅពេលកើត។*

[3] *BCG, វ៉ាក់សាំងដែលមានផ្ទុក DPT បីដូស, វ៉ាក់សាំងជំងឺស្វិតដៃជើង ៣ ដូស និងមួយដូសនៃជំងឺកញ្ជ្រឹល-ស្អូច។*

[4] *BCG, HepB (ដូសកំណើត), វ៉ាក់សាំងដែលមានផ្ទុក DPT ចំនួនបី, OPV បីដូស, មួយដូសនៃ IPV, វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួតបីដូស និងមួយដូសនៃវ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រឹល-ស្អូច។*

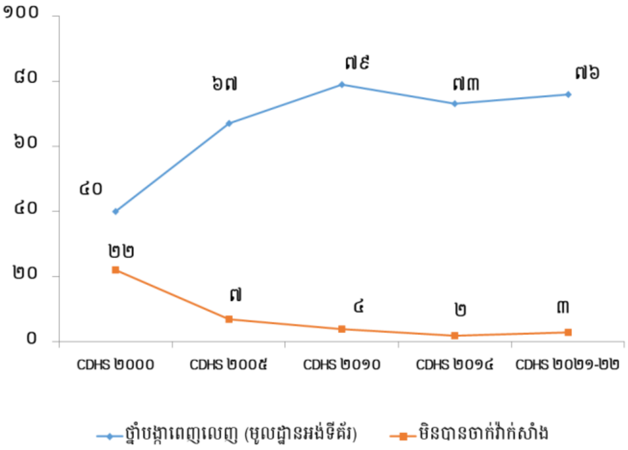
[5] *BCG, HepB (ដូសកំណើត) វ៉ាក់សាំងដែលមានផ្ទុក DPT បីដូស OPV បីដូស IPV មួយដូស វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត បីដូស និងវ៉ាក់សាំងជំងឺកញ្ជ្រឹល-ស្អូចពីរ។*

[6] *កាតវ៉ាក់សាំង កូនសៀវភៅ ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតនៅផ្ទះ*

និន្នាការ: ភាគរយកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ ដែលបានចាក់ថ្នាំបង្ការពេញលេញមូលដ្ឋានអង់ទីករ ទាំងអស់បានកើនដល់ ៧៩% នៅឆ្នាំ ២០១០ បានធ្លាក់ចុះមកត្រឹម ៧៣% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ និងកើនឡើងបន្តិចវិញ ៧៦% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។ ភាគរយកុមារដែលមិនបានចាក់វ៉ាក់សាំងបានផ្លាស់ប្តូរតិចតួចចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០១០ ។

រូប ៥ និន្នាការនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងកុមារ

ភាគរយកុមារអាយុ ១២-២៣ខែ



៣.១០ ការថែទាំ និងព្យាបាលជម្ងឺកុមារ

ការឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាវ (ARI) គ្រុនក្តៅ និងការខ្សោះជាតិទឹកពីជំងឺរាគរូសគឺជាមូលហេតុរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់នៃជម្ងឺកុមារ និងការស្លាប់របស់កុមារនៅក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ (WHO ២០០៣)។ ដូច្នេះការប្រញាប់ប្រញាល់ទៅពេទ្យនៅពេលកុមារមានរោគសញ្ញានៃជំងឺទាំងនេះមានសារៈខាន់ណាស់ក្នុងការកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់កុមារ។

តារាងទី ១១ បង្ហាញព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំកុមារមានជំងឺនៅកម្ពុជា។ ជាទូទៅ ១% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំបានបង្ហាញពីរោគសញ្ញា ARI ១៣% បង្ហាញរោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅ និង ៦% មានបទពិសោធន៍រាគរូសក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត (ទិន្នន័យមិនបានបង្ហាញ)។

- ៩២% នៃកុមារដែលមានរោគសញ្ញា ARI បានស្វែងរកប្រឹក្សាយោបល់ ឬការព្យាបាល ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត។
- ៨០% នៃកុមារដែលមានគ្រុនក្តៅបានការស្វែងរកប្រឹក្សាយោបល់ ឬការព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត។
- ៦៩% នៃកុមារដែលមានជំងឺរាគរូសបានការស្វែងរកប្រឹក្សាយោបល់ ឬការព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនការអង្កេត។
- ២៩% នៃកុមារដែលមានជំងឺរាគរូសបានទទួល ORS ១៣% បានទទួលថ្នាំគ្រាប់ស័ង្កសី, ១0% បានទទួល ORS និងថ្នាំគ្រាប់ស័ង្កសី និង ៨% បានទទួល ORS អាហារបំប៉នស័ង្កសី និងបន្តផ្តល់អាហារ។

<u>តារាង១១ ការព្យាបាលរោគសញ្ញា ARI គ្រុនក្តៅ និងរាករូស</u>

ចំណោមកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលមានរោគសញ្ញាឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាវ (ARI) ឬមានគ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត ភាគរយអ្នកបានស្វែងរកការផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ ឬការព្យាបាលក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលមានជំងឺរាករូសក្នុងកំឡុង ២ សប្តាហ៍មុន អង្កេត ភាគរយដែលបានស្វែងរកផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ ឬការព្យាបាល ភាគរយដែលផ្តល់សារជាតុរាវដែលផលិតកញ្ចប់អំបិល (ORS) ឬផ្តល់សារជាតុរាវ ORS ភាគរយដែលផ្តល់សាជាតុស័ង្កសី។ ភាគរយដែលផ្តល់សាជាតុស័ង្កសីនិងភាគរយដែលបានផ្តល់ ORS ស័ង្កសី និងការបន្តការផ្តល់អាហារ យោងតាម ចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២។

	កុមារឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាវ ARI[1]		កុមារមានគ្រុនក្តៅ		កុមារមានជំងឺរាករូស					
ចរិតលក្ខណៈ អង្កេត	ភាគរយសម្រាប់ អ្នក ស្វែងរកការ ប្រឹក្សា ឬការ ព្យាបាល[2]	ចំនួនកុមារ	ភាគរយសម្រាប់ អ្នក ស្វែងរកការ ប្រឹក្សា ឬការ ព្យាបាល[2]	ចំនួនកុមារ	ភាគរយសម្រាប់ អ្នក ស្វែងរកការ ប្រឹក្សា ឬការ ព្យាបាល[2]	ភាគរយដែលផ្តល់ សារជាតុរាវដែល ផលិតកញ្ចប់ អំបិល ORS	ភាគរយបានផ្តល់ សាជាតុស័ង្កសី	ភាគរយដែលផ្តល់ សាជាតុ ORS និងស័ង្កសី	ភាគរយបានផ្តល់ ORS ស័ង្កសី និង ការបន្តការផ្តល់ អាហារ[3]	ចំនួនកុមារ
អាយុគិតជាខែ										
<6	*	11	66.4	76	53.2	14.6	0.1	0.0	0.0	51
6-11	*	7	83.1	138	74.1	26.9	13.4	10.1	9.4	101
12-23	(86.2)	32	81.2	234	68.7	25.8	15.2	11.6	9.7	147
24-35	(96.6)	18	84.1	180	71.7	39.5	18.6	12.3	9.7	78
36-47	*	17	77.6	187	56.0	33.1	4.6	2.6	2.6	58
48-59	*	14	78.6	161	84.0	33.2	17.3	16.7	12.0	43
ភេទ										
ប្រុស	91.3	56	79.4	532	70.2	29.5	11.3	8.9	7.0	251
ស្រី	92.6	42	80.1	444	66.7	27.6	14.2	10.2	9.0	227
តំបន់										
ទីប្រជុំជន	*	14	80.6	284	76.9	21.7	8.9	6.9	3.6	137
ជនបទ	91.7	85	79.4	692	65.1	31.4	14.2	10.6	9.7	340

កម្រិតសិក្សាអប់រំ										
មិនបានចូលសាលា	(84.0)	16	71.6	119	70.3	36.4	15.6	11.4	10.8	53
បឋមសិក្សា	94.9	46	80.3	448	70.1	27.1	12.7	9.1	7.9	241
មធ្យមសិក្សា	(91.2)	35	82.2	376	68.2	30.5	12.9	10.6	8.0	164
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	*	1	(73.8)	33	*	*	*	*	*	19
បញ្ចាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ										
ទាបបំផុត	82.5	36	77.3	235	61.0	31.5	13.1	8.9	8.7	141
ទាប	*	18	81.1	259	66.8	31.3	13.9	10.1	9.4	116
មធ្យម	*	20	74.0	198	77.8	26.2	12.8	9.1	6.3	71
ខ្ពស់	(95.0)	20	83.5	187	75.3	26.2	13.8	13.2	8.5	90
ខ្ពស់បំផុត	*	4	86.5	97	(68.1)	(23.1)	(7.1)	(4.5)	(4.5)	60
សរុប	91.9	98	79.7	976	68.5	28.6	12.7	9.5	8.0	477

កំណត់សម្គាល់: តួលេខក្នុងវង់ក្រចកជាតួលេខគ្មានមេគុណអង្កេត ២៥-៤៩។ សញ្ញាផ្កាយបង្ហាញតួលេខគ្មានមេគុណអង្កេត តិចជាង ២៥ ហើយត្រូវបានបង្ហាញ។

[1] រោគសញ្ញានៃ ARI រួមមានការដកដង្ហើមខ្លី ញាប់ លើទ្រូង និង/ឬពិបាកដកដង្ហើម លើទ្រូង។

[2] រាប់បញ្ចូលការណែនាំ ឬការព្យាបាលពីប្រភពខាងក្រោម៖ ពីមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ឯកជន អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងផ្សេងទៀត។

៣ ការផ្តល់អាហារបន្ថែមមានកុមារដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យច្រើន ដូចគ្នាទៅនឹងអាហារធម្មតា ឬអាហារតិចជាងមុនអំឡុងពេលរាគ។

៣.១១ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ

មនុស្សមាត្រ (Anthropometry) ត្រូវបានប្រើជាទូទៅដើម្បីវាស់វែងពីស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ។ រង្វាស់មនុស្សមាត្រ (anthropometric) ត្រូវបានប្រើដើម្បីពិនិត្យតាមដានពីអំពីសូចនាករការអភិវឌ្ឍរបស់កុមារ។ ការបែងចែកកម្ពស់ និងទម្ងន់សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំត្រូវបានប្រៀបធៀបបទដ្ឋានប្រជាជនគោលរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO ២០០៦)។ ការបែងចែក ចំនួនប្រជាជនដែលមានអាហារូបត្ថម្ភល្អស្រដៀងគ្នាទៅនឹងប្រជាជនគោលខណៈដែលការបែងចែកចំនួនប្រជាជនដែលមានអាហារូបត្ថម្ភមិនល្អនឹងមិនត្រូវបានធ្វើឡើយ។ សន្ទស្សន៍កម្ពស់ធៀបអាយុ ទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ និងទម្ងន់ធៀបអាយុបង្ហាញជាឯកតាគម្លាតបទដ្ឋាន (Z-ពិន្ទុ) នៃមេដ្យានប្រជាជនគោល។ តម្លៃដែលធំជាងគម្លាតពីរបទដ្ឋាន ទាបជាងមេដ្យាននៃបទដ្ឋានកំណើនលូតលាស់កុមាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកត្រូវបានកំណត់ថាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។

ក្រិនក្រះ (វាយតម្លៃតាមកម្ពស់ធៀបអាយុ)

សន្ទស្សន៍កម្ពស់ធៀបអាយុជារង្វាស់នៃការអភិវឌ្ឍលូតលាស់យឺត។ កុមារដែលមានពិន្ទុ Z-score ទាបជាងដកពីរគម្លាតបទដ្ឋាន (-២ SD) ពីមេដ្យាប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាកម្ពស់ទាបធៀបនឹងអាយុ (ក្រេះក្រិន)។ កុមារដែលទាបជាងគម្លាតដកបីបទដ្ឋាន (-៣ SD) ពីមេដ្យាប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាក្រេះក្រិនធ្ងន់ធ្ងរ។

សម្រាប់: កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ

ស្គមស្គាំង (វាយតម្លៃតាមទម្ងន់ធៀបកម្ពស់)

សន្ទស្សន៍ទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ជារង្វាស់រាងកាយទាក់ទងនឹងកម្ពស់ឬប្រវែងរាងកាយ ហើយពិពណ៌នាអំពីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ។ កុមារដែលពិន្ទុ Z-score ទាបជាងដកពីរគម្លាតបទដ្ឋាន (-២ SD) ពីមេដ្យាចំនួនប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាស្គម (ស្គមស្គាំង)។ កុមារដែលមានទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ Z-score ទាបជាងដកបីគម្លាតបទដ្ឋាន (-៣ SD) ពីមេដ្យានប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាស្គមស្គាំងខ្លាំងស្រួចស្រាវ។

សម្រាប់: កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ

កង្វះទម្ងន់ (វាយតម្លៃតាមទម្ងន់ធៀបអាយុ)

ទម្ងន់ធៀបអាយុគឺជាសន្ទស្សន៍ផ្សំនៃកម្ពស់ធៀបអាយុ និងទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ ដែលវាស់វែងភាពស្គមស្គាំង និងក្រេះក្រិន។ កុមារដែលមានទម្ងន់ធៀបអាយុ Z-score ទាបជាងដកពីរ គម្លាតបទដ្ឋាន (-២ SD) ពីមេដ្យានប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជាទម្ងន់ក្រោម។ កុមារដែលមានទម្ងន់ធៀបអាយុ Z-score ទាបជាងដកបីគម្លាតបទដ្ឋាន (-៣ SD) ពីមេដ្យានប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាមានកង្វះទម្ងន់ខ្លាំង។

សម្រាប់: កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ

លើសទម្ងន់ (វាយតម្លៃតាមទម្ងន់ធៀបកម្ពស់)

កុមារដែលមានទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ Z-score ខ្ពស់ជាងបូកពីរគម្លាតបទដ្ឋាន (+២ SD) លើសពីកម្រិតមេដ្យានប្រជាជនគោលត្រូវបានចាត់ទុកថាលើសទម្ងន់។

សម្រាប់: កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ

កុមារសរុបចំនួន ៤.៤៤៣ នាក់ (គ្មានមេគុណអង្កេត) មានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ថ្លឹងទម្ងន់ និងវាស់កម្ពស់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយកុមារដែលបានជ្រើសរើសមួយចំនួន មានទិន្នន័យពេញលេញ និងគួរឱ្យជឿជាក់បានលើកម្ពស់ ទម្ងន់ និង/ឬអាយុមិនត្រូវបានកត់ត្រា។ របាយការណ៍នេះទិន្នន័យកម្ពស់ធៀបអាយុគឺផ្អែកលើទិន្នន័យ ៩៥% នៃកុមារដែលបានជ្រើសរើសទិន្នន័យទម្ងន់ធៀបកម្ពស់គឺផ្អែកលើ ៩៦% នៃកុមារដែលបានជ្រើសរើសខណៈទម្ងន់ធៀបអាយុគឺផ្អែកលើ ៩៨% នៃកុមារដែលបានជ្រើសរើស ។ តារាងទី ១២ បង្ហាញពីស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ យោងទៅតាមសន្ទស្សន៍មនុស្សមាត្រ ចំនួនបី៖ ២២% នៃកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំមានភាពក្រេះក្រិន ១០% ស្គមស្គាំង និង ១៦% មានកង្វះទម្ងន់។ បួនភាគរយនៃកុមារមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំគឺលើសទម្ងន់។

តារាង ១២ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារ

ភាគរយនៃកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ថាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដោយយោងតាមសន្ទស្សន៍មនុស្សមាត្រនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ: កម្ពស់ធៀបអាយុ ទម្ងន់ធៀបកម្ពស់ និងទម្ងន់ធៀបអាយុតាមលក្ខណៈចរិតលក្ខណៈ អង្កេត CDHS ២០២១–២២

	កម្ពស់ធៀបអាយុ[1]				ទម្ងន់ធៀបកម្ពស់					ទម្ងន់ធៀបអាយុ			
ចរឹតលក្ខណៈ អង្កេត	ភាគរយ អាយុទាប -3 SD	ភាគរយអាយុ ទាប -2 SD[2]	មធ្យម Z-score (SD)	ចំនួនកុមារ	ភាគរយអាយុ ទាប -3 SD	ភាគរយអាយុ ទាប -2 SD[2]	ភាគរយអាយុ លើ +2 SD	មធ្យម Z-score (SD)	ចំនួនកុមារ	ភាគរយអាយុ ទាប -3 SD	ភាគរយអាយុ ទាប -2 SD[2]	មធ្យម Z-score (SD)	ចំនួនកុមារ
អាយុគិតជាខែ													
<6	4.0	13.1	-0.3	337	7.1	16.4	7.5	-0.4	331	2.4	11.6	-0.6	379
6-11	3.5	13.9	-0.5	430	2.1	10.8	4.4	-0.4	431	2.1	11.0	-0.7	434
12-23	6.6	27.0	-1.2	883	1.8	6.8	4.3	-0.3	887	2.5	13.1	-0.8	896
24-35	6.9	23.9	-1.2	795	1.9	9.5	4.1	-0.5	798	2.9	19.5	-1.0	802
36-47	6.8	22.0	-1.2	841	1.5	9.5	3.7	-0.5	842	2.9	17.6	-1.0	846
48-59	4.8	22.1	-1.1	868	2.5	9.5	2.9	-0.6	870	4.2	20.1	-1.1	876
0-23	5.3	20.8	-0.9	1,650	2.9	9.8	5.0	-0.3	1,649	2.4	12.3	-0.7	1,709
24-59	6.1	22.7	-1.2	2,503	2.0	9.5	3.6	-0.6	2,510	3.3	19.1	-1.1	2,524
ភេទ													
ប្រុស	6.9	24.5	-1.1	2,111	2.7	10.9	4.7	-0.5	2,114	3.2	18.0	-1.0	2,157
ស្រី	4.6	19.2	-1.0	2,042	2.0	8.2	3.5	-0.5	2,045	2.8	14.6	-0.9	2,077
ស្ថានភាពសម្ភាសន៍ម្ដាយ													
សម្ភាសន៍	5.4	21.5	-1.0	3,665	2.4	9.9	4.2	-0.5	3,656	3.0	16.4	-0.9	3,737
មិនបានសម្ភាសន៍ប៉ុន្តែនៅក្នុងគ្រួសារ	5.8	24.6	-1.0	71	0.9	5.4	1.2	-0.3	73	6.3	17.8	-0.9	75
មិនបានសម្ភាសន៍, ប៉ុន្តែមិននៅក្នុងគ្រួសារ [3]	9.6	24.9	-1.2	417	2.0	7.8	3.6	-0.4	430	2.4	15.0	-1.0	422
តំបន់													

ទីប្រជុំជន	5.1	16.8	-0.8	1,482	1.6	8.4	5.8	-0.3	1,479	2.2	12.2	-0.7	1,504
ជនបទ	6.2	24.7	-1.2	2,672	2.7	10.3	3.2	-0.6	2,681	3.4	18.6	-1.1	2,729
រាជធានី ខេត្ត													
បន្ទាយមានជ័យ	1.1	15.6	-0.8	176	3.4	8.8	3.4	-0.6	178	1.4	12.5	-1.0	180
បាត់ដំបង	1.9	17.6	-1.1	307	0.4	9.3	1.9	-0.5	308	0.9	15.4	-1.0	317
កំពង់ចាម	4.0	22.8	-1.1	252	5.5	6.6	1.7	-0.6	249	4.4	18.0	-1.0	255
កំពង់ឆ្នាំង	4.3	19.1	-0.9	154	8.7	30.3	1.4	-1.4	153	10.8	35.1	-1.5	157
កំពង់ស្ពឺ	7.9	24.9	-1.1	234	3.4	11.0	9.3	-0.3	234	4.6	17.7	-0.9	240
កំពង់ធំ	10.3	26.5	-1.2	195	1.1	8.9	2.5	-0.4	199	2.9	15.4	-1.0	198
កំពត	5.7	28.4	-1.2	155	3.6	9.6	4.3	-0.4	154	2.4	16.4	-0.9	160
កណ្ដាល	2.0	15.0	-0.8	311	3.9	10.3	2.8	-0.5	312	3.9	14.1	-0.8	312
កោះកុង	9.0	22.5	-1.0	33	3.8	10.2	9.6	-0.2	33	1.6	12.4	-0.7	34
ក្រចេះ	5.9	21.8	-1.3	97	0.0	2.6	5.4	-0.4	97	1.8	15.5	-1.0	112
មណ្ឌលគិរី	7.5	29.4	-1.4	27	1.9	13.6	1.9	-0.7	26	2.9	22.7	-1.3	27
ភ្នំពេញ	5.1	15.3	-0.8	494	0.0	6.1	5.8	-0.1	493	0.4	9.7	-0.5	498
ព្រះវិហារ	5.7	26.3	-1.4	80	0.0	7.4	4.1	-0.6	81	1.3	17.1	-1.2	81
ព្រៃវែង	5.0	22.1	-1.1	317	1.3	7.3	2.5	-0.4	321	2.1	12.9	-0.9	319
ពោធិសាត់	11.6	32.9	-1.3	107	1.4	8.9	4.3	-0.3	106	2.4	18.0	-1.0	110
រតនគិរី	19.0	39.1	-1.5	62	6.5	14.9	8.7	-0.5	61	13.2	28.5	-1.3	64
សៀមរាប	7.3	25.7	-1.1	313	2.0	12.8	0.5	-0.9	310	4.6	24.5	-1.3	316
ព្រះសីហនុ	12.1	24.2	-1.1	52	0.0	6.1	8.5	0.1	51	2.1	14.3	-0.8	52
ស្ទឹងត្រែង	3.7	29.1	-1.3	53	0.4	7.5	0.3	-0.7	53	2.0	22.4	-1.2	53
ស្វាយរៀង	3.9	17.9	-0.9	185	2.9	10.4	5.0	-0.6	184	2.2	15.2	-0.9	187
តាកែវ	8.8	25.9	-1.2	264	1.0	5.9	7.1	-0.2	267	2.7	13.6	-0.8	270
ឧត្តរមានជ័យ	6.3	23.4	-1.0	60	2.1	7.2	7.2	-0.4	60	0.9	9.8	-0.9	61
កែប	14.9	27.7	-0.9	10	8.4	21.8	9.0	-0.3	10	2.8	13.6	-0.7	11
ប៉ៃលិន	6.0	22.6	-1.0	21	3.3	6.8	3.2	-0.5	21	4.5	13.5	-0.9	21

ត្បូងឃ្មុំ	7.1	24.1	-0.9	192	3.5	12.8	6.5	-0.5	197	2.5	17.5	-1.0	198
កម្រឹតសិក្សាអប់រំម្តាយ[4]													
មិនបានចូលសាលា	8.6	27.9	-1.2	386	5.2	16.7	3.1	-0.8	392	6.6	28.6	-1.4	397
បឋមសិក្សា	5.4	25.3	-1.1	1,559	2.4	11.0	2.2	-0.6	1,551	3.5	19.2	-1.1	1,581
មធ្យមសិក្សា	4.3	17.0	-0.9	1,547	1.9	7.5	6.0	-0.3	1,548	1.7	12.3	-0.7	1,586
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	7.5	17.0	-1.0	243	0.5	6.3	7.4	-0.1	237	3.2	6.8	-0.7	247
បញ្ចាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ													
ទាបបំផុត	8.9	30.3	-1.4	957	3.6	12.4	2.9	-0.7	959	5.6	24.0	-1.3	979
ទាប	5.3	23.0	-1.1	840	2.4	10.0	3.0	-0.5	848	2.1	17.5	-1.0	859
មធ្យម	4.4	22.5	-1.1	862	2.2	7.6	3.4	-0.5	866	2.4	14.7	-0.9	874
ខ្ពស់	4.6	18.3	-0.9	803	1.6	9.7	5.1	-0.4	801	2.9	15.3	-0.8	823
ខ្ពស់បំផុត	5.3	12.5	-0.6	692	1.6	7.8	6.9	-0.1	685	1.1	7.2	-0.5	698
សរុប	5.8	21.9	-1.0	4,153	2.4	9.6	4.1	-0.5	4,160	3.0	16.3	-0.9	4,234

កំណត់សម្គាល់:   សន្ទស្សន៍នីមួយៗត្រូវបានបង្ហាញជាគំលាតបទដ្ឋាន Standard Deviation (SD)ពីមេដ្យានការលូតលាស់របស់កុមាររបស់អង្គារសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ។ ចំនួនសរុបរាប់បញ្ចូលព័ត៌មានកម្រឹតអប់រំម្តាយដែលមិនបានស្រង់ ។

[1] ប្រវែងពេលដេក (Recumbent length) ជារង្វាស់សំរាប់កុមារអាយុក្រោម២ឆ្នាំរង្វាស់កំពស់សម្រាប់គ្រប់កុមារ

[2] រួមបញ្ចូលកុមារក្រោម-៣ គម្លាតស្តង់ដារ(SD) ពីមេដ្យានបទដ្ឋាននៃការលូតលាស់របស់កុមារនៃអង្គារសុខភាពពិភពលោក

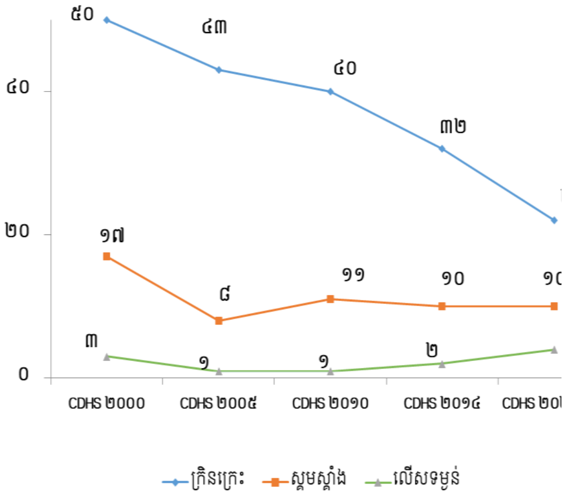
[3] មិនរួមបញ្ចូលកុមារដែលម្តាយមិនបានសំភាសន៍

[4] សំរាប់ស្ត្រីដែលមិនបានសម្ភាសន៍ពត៌មានត្រូវបានទទួលពីកម្រងសំនួរអំពីគ្រួសារ។ មិនរួមបញ្ចូលកុមារដែលម្តាយមិនបានចុះក្នុងកម្រងសំនួរអំពីគ្រួសារ។

និន្នាការ: ការប្រៀបធៀបការវាស់វែងមនុស្សមាត្រពីការអង្កេតមុនបង្ហាញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការក្រិនបានថយចុះពី ៥០% នៅ២០០០ ដល់ ២២% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។ ភាគរយនៃកុមារដែលស្គមស្គាំង និងលើសទម្ងន់បានផ្លាស់ប្តូរតិចតួចចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៥ ។

រូប ៦ និន្នាការនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ

ភាគរយកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ខ្វះអាហាររូបត្ថម្ភ



៣.១២ ការបំបៅទឹកដោះ ទារក និងកុមារ

ការអនុវត្តការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយល្អបំផុតសម្រាប់ទារក និងកុមារតូច (IYCF) គឺមានសារៈសំខាន់ចំពោះសុខភាព និងការរស់រានមានជីវិតរបស់កុមារ ការអនុវត្ត IYCF ដែលបានណែនាំរួមមានការចាប់ផ្តើមដំបូងនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងមួយម៉ោងដំបូងនៃជីវិត ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយទាំងស្រុងសម្រាប់រយៈពេល ៦ ខែដំបូងនៃជីវិត និងការបំបៅកូន។ ផ្តល់របបអាហារចម្រុះអប្បបរមាដល់កុមារ (WHO និង UNICEF ២០២១)។

ការចាប់ផ្តើមដំបូងនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុ ០-២៣ ខែ ដែលត្រូវបានដាក់ឱ្យបៅដោះម្តាយក្នុងរយៈពេល ១ ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល។

សម្រាប់: កុមារដែលមានអាយុពី ០-២៣ ខែ

ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម ៦ ខែ

ភាគរយកុមារអាយុពី ០-៥ ខែ ដែលត្រូវបានបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន។

សម្រាប់: កុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ០-៥ ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ

របបអាហារចម្រុះអប្បបរមាសម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៣ ខែ

ភាគរយកុមារអាយុពី ៦ - ២៣ ខែ ដែលត្រូវបានផ្តល់អាហារយ៉ាងតិច ៥ ក្នុងចំណោម ៨ ក្រុមអាហារដែលបានកំណត់ក្នុងថ្ងៃមុន។ អាហារ ៨ ក្រុមមានដូចខាងក្រោម៖ ទឹកដោះម្តាយ គ្រាប់ធញ្ញជាតិ ប្រភេទមើម និងមើម legumes និងគ្រាប់ ផលិតផលទឹកដោះគោ (ទឹកដោះគោជូរ ឈីស) អាហារសាច់ (សាច់ ត្រី បសុបក្សី និងសាច់សរីរាង្គ) ស៊ុត ផ្លែឈើនិងបន្លែសម្បូរវីតាមីន A ផ្លែឈើនិងបន្លែផ្សេងៗទៀត។

សម្រាប់: កុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ០-៥ ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ

សូចនាករ IYCF សំខាន់ៗត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង ១៣

- ៥៤% នៃកុមារដែលមានអាយុ ០-២៣ ខែ ដែលបានចាប់ផ្តើមដំបូងនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
- ៥១% នៃកុមារអាយុ ០-៥ ខែ ត្រូវបានបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ។
- ៥១% នៃកុមារអាយុ ៦-២៣ ខែ បានផ្តល់របបអាហារចម្រុះអប្បបរមា។

តារាង ១៣ សូចនាករការផ្តល់អាហារដល់ទារក និងកុមារតូច(IYCF)

ភាគរយនៃកុមារដែលបានផ្តល់អាហារតាមការអនុវត្ត IYCF ផ្សេងៗ CDHS ២០២១–២២

សូចនាករ	សូចនាករភាគយក និងភាគបែង	តំលៃ
ការចាប់ផ្តើមដំបូងនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ	ភាគរយនៃកុមារដែលមានអាយុពី ០-២៣ ខែ ដែលត្រូវបានដាក់ឱ្យបៅដោះម្តាយក្នុងរយៈពេល ១ ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល។	53.8
	ចំនួនកុមារដែលមានអាយុពី ០-២៣ ខែ	3,290
ការបំបៅទារកដោយទឹកដោះម្តាយអាយុក្រោម៦ខែ	ភាគរយនៃកុមារដែលមានអាយុពី ០-៥ ខែ ដែលបានបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន	51.2
	ចំនួនកុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ០-៥ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ	809
របបអាហារចម្រុះអប្បបរមា កុមារ អាយុ ៦-២៣ ខែ	ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ៦-២៣ ខែ ដែលបានទទួលអាហារ និងភេសជ្ជៈយ៉ាងហោចណាស់ ៥ ក្នុងចំណោម ៨ ក្រុមអាហារដែលបានកំណត់ក្នុងថ្ងៃមុន	50.5
	ចំនួនកុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ៦-២៣ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ	2,321
ការប្រើប្រាស់ភេសជ្ជៈផ្អែម កុមារអាយុ៦-២៣ ខែ	ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ៦ - ២៣ ខែ ដែលត្រូវបានផ្តល់ភេសជ្ជៈផ្អែម ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន។	28.4
	ចំនួនកុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ៦-២៣ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ	2,321
ការញ៉ាំអាហារមិនមាន សុខភាពល្អ កុមារអាយុ ៦-២៣ ខែ	ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ៦- ២៣ ខែ បានផ្តល់អាហារដែលមិនល្អសម្រាប់សុខភាពក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន	20.9
	ចំនួនកុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ៦-២៣ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ	2,321

ការអនុវត្តការផ្តល់អាហារដល់ទារកនិងកុមារដែលមិនមានសុខភាពល្អគួរត្រូវបានជៀសវាងព្រោះវាអាចជំនួសអាហារដែលមានជីវជាតិដែលផ្តល់សារធាតុចិញ្ចឹមសំខាន់ៗសម្រាប់កុមារ និងលើកកម្ពស់ការឡើងទម្ងន់មិនល្អ។ សម្រាប់ទារក និងកុមារតូចៗ ការទទួលទានអាហារផ្អែម និងភេសជ្ជៈបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺពុកធ្មេញ និងជំងឺធាត់ក្នុងវ័យកុមារភាព។ និយមន័យសូចនាករខាងក្រោមសម្រាប់ការផ្តល់អាហារមិនល្អសម្រាប់សុខភាព ពិពណ៌នាអំពី 'អាហារមិនល្អសម្រាប់សុខភាព' ដែលជាអាហារមានជាតិស្ករខ្ពស់ អំបិល និង/ឬខ្លាញ់មិនល្អដល់សុខភាព ដែលជាទូទៅត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយទារក និងកុមារតូចៗ (WHO និង UNICEF ២០២១)។

ការប្រើប្រាស់ភេសជ្ជៈផ្អែម កុមារអាយុ ៦-២៣ ខែ

ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ៦-២៣ ខែ ដែលត្រូវបានផ្តល់ភេសជ្ជៈផ្អែមក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន។

ការញ៉ាំអាហារមិនល្អដល់សុខភាព កុមារអាយុ ៦-២៣ ខែ

ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ៦-២៣ ខែ ដែលទទួលអាហារមិនល្អពី Sentinel ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃមុន

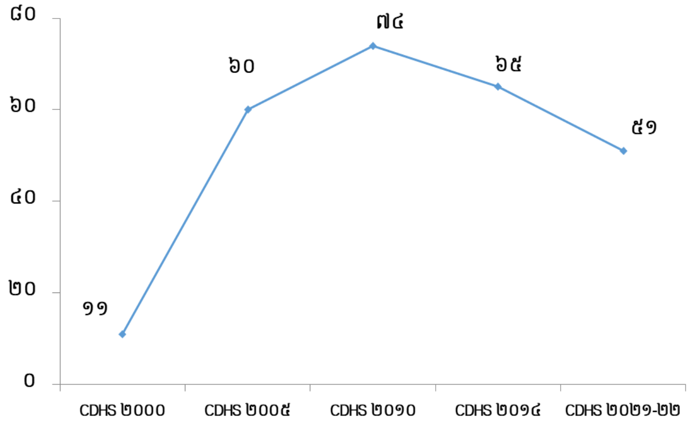
សម្រាប់: កុមារក្មេងជាងគេបំផុត ដែលមានអាយុពី ៦-២៣ ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ

- ២៨% នៃកុមារមានអាយុពី ៦-២៣ ខែដែលផ្តល់អាហារភេជ្ជៈផ្អែម
- ២១% នៃកុមារមានអាយុពី ៦-២៣ ខែ ដែលប្រើអាហារមិនល្អសម្រាប់សុខភាព

និន្នាការ: ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខក្នុងចំណោមកុមារអាយុ ០-៥ ខែ បានកើនឡើងពី ១១% នៅឆ្នាំ ២០០០ កើនដល់កម្រិតខ្ពស់បំផុត ៧៤% នៅឆ្នាំ ២០១០ ហើយបានធ្លាក់ចុះជាបន្តបន្ទាប់ពី ៦៥% នៅឆ្នាំ ២០១៤ ដល់ ៥១% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។

រូប ៧ និន្នាការនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខ

ភាគរយកុមារអាយុ០-៥ ខែ



៣.១៣ ចំណេះដឹងអំពីមេរោគអេដស៍/HIV

៣.១៣.១ ចំណេះដឹងពីវិធីបង្ការចំណោមយុវជន

ចំណេះដឹងពីវិធីបង្ការការពារមេរោគអេដស៍

ការយល់ដឹងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់លាប់ក្នុងពេលរួមភេទ និងមានដៃគូស្មោះត្រង់តែម្នាក់មិនមានមេរោគ អាចកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។ ដឹងថាអ្នកមានសុខភាពល្អក៏អាចមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបដិសេធការយល់ខុសសំខាន់ពីអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍៖ មេរោគអេដស៍អាចចម្លងដោយមូសខាំ ហើយមនុស្សម្នាក់អាចឆ្លងមេរោគដោយការហូបអាហារជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

សម្រាប់: ស្ត្រី និងបុរសមានអាយុពី ១៥–២៤ ឆ្នាំ

ចំណេះដឹងអំពីរបៀបដែលមេរោគអេដស៍អាចឆ្លងគឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការធ្វើឱ្យមនុស្សជៀសផុតពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាពិសេសសម្រាប់យុវជន ដែលជារឿយៗប្រឈមនិងមានហានិភ័យខ្ពស់ ដោយសារពួកគេអាចមានទំនាក់ទំនងខ្លីជាមួយដៃគូច្រើន ឬអាកប្បកិរិយាការចូលរួមប្រកបដោយភាពប្រថុយប្រថានពីភាពងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀត។

- ៧៤% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង និង ៨៣% នៃបុរសវ័យក្មេងបានដឹងថាការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់លាប់អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (តារាង ១៤) ។
- ៧៥% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង និង ៧៩% នៃបុរសវ័យក្មេងបានដឹងថាមានដៃគូស្មោះត្រង់តែម្នាក់ដែលមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍អាចកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍បាន ។
- មានត្រឹមតែ ២៣% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង និង ២៧% នៃបុរសវ័យក្មេងប៉ុណ្ណោះដែលមានចំណេះដឹងហ្មត់ចត់អំពីវិធីសាស្ត្រការពារមេរោគអេដស៍ មានន័យថាបន្ថែមពីលើការដឹងអំពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់លាប់ និងការកំណត់ការរួមភេទចំពោះដៃគូដែលមិនមានមេរោគអេដស៍ ពួកគេដឹងថាមនុស្សដែលមានសុខភាពល្អក៏អាចឆ្លងផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរ។ ហើយពួកគេបានបដិសេធពីការយល់ខុសពីរអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ផងដែរ។

តារាង ១៤ ចំណេះដឹងអំពីវិធីសាស្ត្រការពារមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមយុវជន

ភាគរយស្ត្រី និងបុរសវ័យក្មេងដែលមានអាយុ ១៥-២៤ ឆ្នាំ ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរភ្លាមៗដែលនិយាយថាអាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយការប្រើស្រោមអនាម័យរាល់ពេលរួមភេទ និងមានដៃគូរួមភេទតែមួយដែលមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមិនមានដៃគូផ្សេងទៀត និងភាគរយដែលកំណត់ត្រឹមត្រូវនូវវិធីទាំងពីរនៃការការពារការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងបដិសេធការយល់ខុស អំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

	ស្ត្រីអាយុ 15-24 ឆ្នាំ				បុរសអាយុ 15-24 ឆ្នាំ			
	ភាគរយនិយាយថាមេរោគអេដស៍អាចការពារបានដោយ				ភាគរយនិយាយថាមេរោគអេដស៍អាចការពារបានដោយ			
ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	ការប្រើស្រោមអនាម័យ[1]	ការមានដៃគូរួមភេទតែម្នាក់មិនឆ្លងមេរោគអេដស៍[2]	ភាគរយអ្នកមានចំណេះដឹងអំពីការការពារមេរោគអេដស៍[3]	ចំនួនស្ត្រី	ការប្រើស្រោមអនាម័យ[1]	ការមានដៃគូរួមភេទតែម្នាក់មិនឆ្លងមេរោគអេដស៍[2]	ភាគរយអ្នកមានចំណេះដឹងអំពីការការពារមេរោគអេដស៍[3]	ចំនួនបុរស
អាយុ								
15-19	70.7	71.2	20.1	2,981	80.0	75.3	23.5	1,559
15-17	67.6	68.7	18.0	1,993	75.8	71.3	20.4	1,052
18-19	77.0	76.3	24.4	989	88.6	83.4	30.0	508
20-24	77.9	79.6	27.0	2,589	86.5	82.6	30.3	1,226
20-22	76.5	78.2	27.6	1,729	86.4	81.9	27.9	752
23-24	80.6	82.4	25.9	860	86.6	83.7	34.2	473
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍								
មិនធ្លាប់រៀបការ	73.1	73.8	23.7	3,714	81.5	77.0	26.3	2,318
ធ្លាប់រួមភេទ	*	*	*	13	91.0	83.5	27.9	192
មិនដែលរួមភេទ	73.2	73.8	23.8	3,701	80.7	76.4	26.1	2,125
ធ្លាប់រៀបការ	76.0	77.8	22.5	1,856	89.6	85.8	27.7	467
តំបន់								
ទីប្រជុំជន	78.3	79.2	31.8	2,272	82.2	79.8	31.2	1,158
ជនបទ	71.1	72.3	17.5	3,298	83.4	77.5	23.1	1,627
កម្រិតសិក្សាអប់រំ								
មិនបានចូលសាលា	44.9	50.3	8.9	152	63.9	52.9	8.1	59
បឋមសិក្សា	61.1	65.1	15.5	1,204	72.3	68.5	15.2	736
មធ្យមសិក្សា	77.6	77.3	24.2	3,735	87.2	82.1	29.1	1,776
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	88.6	91.1	40.6	480	88.9	89.4	48.9	213
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ								
ទាបបំផុត	63.6	67.0	13.7	974	77.1	71.2	14.3	508
ទាប	72.6	71.3	18.2	1,055	80.6	75.2	22.7	546
មធ្យម	75.0	76.1	20.0	1,128	85.4	78.0	28.4	559
ខ្ពស់	73.9	77.2	25.4	1,209	84.1	79.2	27.0	546
ខ្ពស់បំផុត	83.1	81.9	36.5	1,205	86.2	87.0	37.5	625
សរុប ១៥-២៤	74.1	75.1	23.3	5,570	82.9	78.5	26.5	2,785

កំណត់សម្គាល់: សញ្ញាផ្កាយបង្ហាញតួលេខគ្មានមេគុណអង្កេតតិចជាង ២៥ ហើយត្រូវតួលេខមិនត្រូវបានបង្ហាញ។

1 *ប្រើស្រោមអនាម័យគ្រប់ពេលរួមភេទ*

2 *ដៃគូរគ្មានដៃគូរផ្សេងទៀត*

3 *ចំណេះដឹងអំពីការការពារមេរោគអេដស៍មានន័យថាការយល់ដឹងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់លាប់ក្នុងពេលរួមភេទ និងការមានដៃគូស្មោះត្រង់ដែលមិនមានមេរោគអេដស៍តែមួយអាចកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយដឹងថាមនុស្សមានសុខភាពល្អក៏អាចមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងការបដិសេធការយល់ខុសអំពីការចម្លង ឬការការពារមេរោគអេដស៍អាចចម្លងតាមរយៈមូសខាំ និងអាចឆ្លងតាមរយៈការចែករំលែកអាហារជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។*

៣.១៣.២ ឥរិយាបទនៃការរួមភេទ

ព័ត៌មានស្តីពីឥរិយាបទនៃការរួមភេទគឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់សម្រាប់ការរៀបចំកម្មវិធីអន្តរាគមន៍ត្រួតពិនិត្យ តាមដានដើម្បីគ្រប់គ្រងនៃការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។

តារាង ១៥.១ ដៃគូរួមភេទច្រើន និងការរួមភេទមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ៖ ស្ត្រី

ចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ភាគរយបានរួមភេទជាមួយដៃគូរួមភេទច្រើនជាងម្នាក់ និងភាគរយបានរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្តី ឬ រស់នៅជាមួយគ្នា ចំណោមអ្នកដែលមានដៃគូច្រើនជាងម្នាក់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយនេះ។ ភាគរយដែលបានរាយការណ៍បានប្រើប្រាស់ស្រោម អនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ។ ចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលបានរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្តី ឬរស់នៅជាមួយគ្នាក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ ភាគរយបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយដៃគូនេះនិងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលធ្លាប់រួមភេទ ចំនួនមធ្យមនៃដៃគូរួមភេទក្នុងមួយជីវិត តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

	សរុបស្ត្រីទាំងអស់			ស្ត្រីដែលមានដៃគូរពីរនាក់ឡើងទៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ		ស្ត្រីដែលបានរួមភេទក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធ ឬក៏អ្នករស់នៅជាមួយ		ស្ត្រីដែលធ្លាប់បានរួមភេទ[1]	
ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	ភាគរយអ្នកមានដៃគូរពីរនាក់ឡើងទៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ	ភាគរយអ្នកដែលបានរួមភេទ ជា មួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្តី ឬក៏រស់នៅជាមួយគ្នាក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ	ចំនួនស្ត្រី	ភាគរយអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ក្នុងអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ	ចំនួនស្ត្រី	ភាគរយអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយដៃគូនេះ	ចំនួនស្ត្រី	ចំនួនមធ្យមនៃដៃគូផ្លូវភេទក្នុងជីវិត	ចំនួនស្ត្រី
អាយុ									
15-24	0.1	0.3	5,570	*	8	*	16	1.3	1,867
15-19	0.1	0.4	2,981	*	4	*	11	1.5	362
20-24	0.2	0.2	2,589	*	4	*	5	1.2	1,505
25-29	0.2	0.3	2,986	*	6	*	10	1.1	2,548
30-39	0.2	0.3	6,639	*	14	*	22	1.3	6,237
40-49	0.4	0.1	4,301	*	15	*	6	1.2	4,132
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍									
មិនធ្លាប់រៀបការ	0.0	0.2	4,788	*	1	*	11	1.4	89
រៀបការ/រស់នៅជាមួយគ្នា	0.3	0.2	13,492	(0.0)	39	(39.9)	21	1.2	13,482
លែងលះ មេម៉ាយ ពោះម៉ាយ ទំនាស់ រស់នៅផ្សេងគ្នា	0.2	1.9	1,216	*	3	*	23	1.3	1,213
តំបន់									
ទីប្រជុំជន	0.2	0.5	8,239	*	19	(58.5)	41	1.3	6,026
ជនបទ	0.2	0.1	11,257	(0.0)	24	*	14	1.2	8,757
រាជធានី ខេត្ត									

បន្ទាយមានជ័យ	0.2	0.0	763	*	2	*	0	1.5	540
បាត់ដំបង	0.0	0.5	1,347	*	0	*	6	1.1	997
កំពង់ចាម	0.0	0.1	1,163	*	0	*	2	1.2	915
កំពង់ឆ្នាំង	0.7	0.0	675	*	5	*	0	1.1	504
កំពង់ស្ពឺ	0.6	0.0	1,226	*	7	*	0	1.2	928
កំពង់ធំ	0.2	0.4	819	*	2	*	3	1.2	656
កំពត	0.7	0.1	781	*	5	*	1	1.3	584
កណ្ដាល	0.0	0.1	1,445	*	0	*	2	1.6	1,079
កោះកុង	0.2	1.9	140	*	0	*	3	1.1	108
ក្រចេះ	0.0	0.0	443	*	0	*	0	1.1	356
មណ្ឌលគីរី	0.1	0.0	115	*	0	*	0	1.1	89
ភ្នំពេញ	0.3	0.8	3,160	*	8	*	24	1.4	2,242
ព្រះវិហារ	0.0	0.1	332	*	0	*	0	1.1	266
ព្រៃវែង	0.0	0.3	1,233	*	0	*	3	1.1	966
ពោធិសាត់	0.6	0.3	432	*	3	*	1	1.0	335
រតនគីរី	0.3	0.1	293	*	1	*	0	1.1	239
សៀមរាប	0.0	0.1	1,548	*	0	*	1	1.1	1,230
ព្រះសីហនុ	0.5	0.3	243	*	1	*	1	1.5	187
ស្ទឹងត្រែង	0.0	0.2	195	*	0	*	0	1.2	158
ស្វាយរៀង	0.1	0.1	735	*	1	*	1	1.1	584
តាកែវ	0.3	0.1	1,162	*	4	*	2	1.3	838
ឧត្ដរមានជ័យ	1.7	1.2	242	*	4	*	3	2.1	194
កែប	0.0	0.2	57	*	0	*	0	1.2	43
ប៉ៃលិន	0.6	0.6	96	*	1	*	1	1.2	76
ត្បូងឃ្មុំ	0.0	0.0	851	*	0	*	0	1.1	668
កម្រឹតសិក្សាអប់រំ									
មិនបានចូលសាលា	0.4	0.2	2,265	*	8	*	4	1.2	2,112
បឋមសិក្សា	0.3	0.3	7,554	*	20	*	25	1.3	6,687
មធ្យមសិក្សា	0.2	0.2	8,278	*	14	(19.9)	19	1.2	5,227
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	0.0	0.5	1,399	*	0	*	7	1.1	758
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ									
ទាបបំផុត	0.2	0.0	3,400	*	7	*	1	1.2	2,771
ទាប	0.3	0.0	3,534	*	9	*	0	1.2	2,676
មធ្យម	0.3	0.2	3,813	*	12	*	8	1.2	2,900
ខ្ពស់	0.1	0.5	4,267	*	3	*	21	1.2	3,221
ខ្ពស់បំផុត	0.3	0.5	4,483	*	11	*	24	1.4	3,214
សរុប	0.2	0.3	19,496	2.3	43	47.3	55	1.2	14,783

កំណត់សម្គាល់: តួលេខក្នុងវង់ក្រចកគឺករណីគ្មានមេគុណអង្កេត ២៥-៤៩។ សញ្ញាផ្កាយបង្ហាញថាតួលេខករណីដែលគ្មានមេគុណអង្កេតតិចជាង ២៥ ហើយត្រូវបានបង្ហាញ។

[1] *ចំនួនមធ្យមត្រូវបានគណនាដោយមិនរាប់បញ្ចូលអ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលផ្តល់ចម្លើយដែលមិនមែនជាលេខ។*

តារាង ១៥.២ ដៃគូរួមភេទច្រើន និងការរួមភេទមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ៖ បុរស

ចំណោមបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ភាគរយបានរួមភេទជាមួយដៃគូរួមភេទច្រើនជាងម្នាក់ និងភាគរយបានរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធ ឬរស់នៅជាមួយគ្នា ចំណោមអ្នកដែលមានដៃគូច្រើនជាងម្នាក់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយនេះ។ ភាគរយដែលបានរាយការណ៍បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ។ ចំណោមបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធ ឬរស់នៅជាមួយគ្នាក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ ភាគរយដែលបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយដៃគូនេះនិងក្នុងចំណោមបុរសដែលធ្លាប់រួមភេទ មានចំនួនមធ្យមនៃដៃគូរួមភេទក្នុងមួយជីវិត តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

	សរុបបុរសទាំងអស់			បុរសដែលមានដៃគូរពីរនាក់ឡើងទៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ		បុរសដែលបានរួមភេទក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធ ឬក៏អ្នករស់នៅជាមួយ		បុរសដែលធ្លាប់បានរួមភេទ1	
ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	ភាគរយអ្នកមានដៃគូរពីរនាក់ឡើងទៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ	ភាគរយអ្នកដែលបានរួមភេទ ជា មួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធ ឬក៏រស់នៅជាមួយគ្នាក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ	ចំនួនបុរស	ភាគរយអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ក្នុងអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ	ចំនួនបុរស	ភាគរយអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយដៃគូនេះ	ចំនួនបុរស	ចំនួនមធ្យមនៃដៃគូផ្លូវភេទក្នុងជីវិត	ចំនួនបុរស
អាយុ									
15-24	1.1	4.0	2,785	(13.0)	30	68.3	111	2.5	653
15-19	0.7	2.6	1,559	*	11	(72.2)	40	2.6	91
20-24	1.6	5.8	1,226	*	19	66.1	71	2.4	563
25-29	2.6	6.7	1,299	(10.9)	34	71.1	86	2.8	1,008
30-39	2.6	5.0	2,849	15.0	75	85.4	143	4.2	2,697
40-49	2.2	2.6	1,893	(6.2)	41	71.8	49	5.3	1,876
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍									
មិនធ្លាប់រៀបការ	1.5	6.9	3,078	(25.5)	46	72.6	211	5.8	510
រៀបការ/រស់នៅជាមួយគ្នា	2.1	2.0	5,497	5.4	114	83.0	110	4.0	5,481
លែងលះ មេម៉ាយ ពោះម៉ាយ ទំនាស់ រស់នៅផ្សេងគ្នា	7.7	27.5	250	*	19	73.2	69	4.0	243
តំបន់									
ទីប្រជុំជន	2.6	6.1	3,762	13.5	99	82.2	230	5.9	2,610
ជនបទ	1.6	3.2	5,063	10.0	81	66.2	160	2.8	3,625
រាជធានី ខេត្ត									
បន្ទាយមានជ័យ	1.1	2.6	327	*	4	*	8	4.0	224
បាត់ដំបង	2.5	5.4	636	*	16	*	34	6.1	424
កំពង់ចាម	0.6	1.4	533	*	3	*	8	1.9	371

កំពង់ឆ្នាំង	2.8	8.5	259	*	7	(85.2)	22	3.7	208
កំពង់ស្ពឺ	1.9	4.1	532	*	10	*	22	2.8	377
កំពង់ធំ	1.0	3.2	376	*	4	*	12	2.2	259
កំពត	3.1	3.4	322	*	10	*	11	2.0	222
កណ្ដាល	3.7	8.3	678	*	25	(82.4)	56	4.1	480
កោះកុង	0.8	0.8	60	*	0	*	0	1.8	42
ក្រចេះ	0.7	1.0	216	*	2	*	2	4.9	149
មណ្ឌលគីរី	0.7	1.4	50	*	0	*	1	2.8	38
ភ្នំពេញ	2.2	5.5	1,490	*	33	(90.6)	82	6.5	979
ព្រះវិហារ	2.0	3.5	149	*	3	*	5	2.3	111
ព្រៃវែង	0.8	1.7	615	*	5	*	10	1.9	418
ពោធិសាត់	1.0	1.4	219	*	2	*	3	1.9	144
រតនគីរី	3.6	3.1	149	*	5	*	5	1.9	109
សៀមរាប	0.7	4.4	749	*	5	*	33	7.9	569
ព្រះសីហនុ	0.3	9.0	113	*	0	(82.7)	10	3.3	84
ស្ទឹងត្រែង	1.3	2.5	81	*	1	*	2	2.8	65
ស្វាយរៀង	4.7	7.8	311	*	15	(50.8)	24	3.3	231
តាកែវ	4.1	4.4	453	*	19	*	20	3.0	359
ឧត្តរមានជ័យ	0.6	3.2	109	*	1	*	3	2.9	82
កែប	5.1	8.1	26	*	1	(81.2)	2	3.6	18
ប៉ៃលិន	3.6	8.0	41	*	1	*	3	3.7	33
ត្បូងឃ្មុំ	1.8	3.1	331	*	6	*	10	2.8	237
កម្រិតសិក្សាអប់រំ									
មិនបានចូលសាលា	0.7	3.2	514	*	4	*	16	2.7	451
បឋមសិក្សា	2.2	3.7	3,220	10.6	71	74.3	118	3.3	2,563
មធ្យមសិក្សា	1.8	4.8	4,273	13.7	76	72.3	206	4.7	2,658
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	3.4	6.1	819	(11.8)	28	87.7	50	6.2	563
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ									
ទាបបំផុត	1.4	2.6	1,607	(8.6)	23	(61.5)	42	2.3	1,183
ទាប	1.4	3.6	1,578	(13.3)	21	68.8	56	2.7	1,074
មធ្យម	2.3	4.2	1,680	(21.4)	39	87.0	70	2.9	1,169
ខ្ពស់	2.1	5.5	1,945	(10.0)	41	66.7	106	3.9	1,433
ខ្ពស់បំផុត	2.7	5.7	2,015	(7.3)	54	85.3	116	8.0	1,376
សរុប១៥-៤៩	2.0	4.4	8,825	11.9	179	75.6	390	4.1	6,235

កំណត់សម្គាល់:   តួលេខក្នុងវង់ក្រចកគឺករណីគ្មានមេគុណអង្កេត ២៥-៤៩។ សញ្ញាផ្កាយបង្ហាញថាតួលេខករណីដែលគ្មានមេគុណអង្កេតតិចជាង ២៥ ហើយត្រូវបានបង្ហាញ។

1 *ចំនួនមធ្យមត្រូវបានគណនាដោយមិនរាប់បញ្ចូលអ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលផ្តល់ចម្លើយដែលមិនមែនជាលេខ។*

- ចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំមានតិចជាង ១% មានដៃគូពីរនាក់ ឬច្រើននាក់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ ហើយក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានដៃគូពីរនាក់ឡើងទៅមាន ២% បានរាយការណ៍ថាបានប្រើស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមភេទចុងក្រោយ (តារាង១៥.១)។
- ចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំមានតិចជាង ១% បានរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្តី ឬរស់នៅជាមួយគ្នា ហើយក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងនោះមាន ៤៧% បានរាយការណ៍ថាបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយមនុស្សនេះ។
- ចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់រួមភេទ គិតជាចំនួនមធ្យមមានដៃគូរួមភេទពេញមួយជីវិតគឺ ១,២ នាក់។
- ចំណោមបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំមានប្រមាណ ២% មានដៃគូពីរនាក់ ឬច្រើននាក់ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ ហើយក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានដៃគូពីរ ឬច្រើននោះ មានប្រមាណ ២% បានរាយការណ៍ថាបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ (តារាង ១៥.២)។
- ចំណោមបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំមានតិចជាង ៤% បានរួមភេទជាមួយមនុស្សដែលមិនមែនជាប្រពន្ធរបស់ពួកគេ ឬរស់នៅជាមួយពួកគេ ហើយក្នុងចំណោមអ្នកទាំងនោះ មានប្រមាណ ៧៦% បានរាយការណ៍ថាបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយជាមួយមនុស្សនេះ។
- ចំណោមមបុរសដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់រួមភេទ គិតជាចំនួនមធ្យមដែលមានដៃគូរួមភេទពេញមួយជីវិតគឺ ប្រមាណជា ៤,១ នាក់ ។

៣.១៣.៣ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍

កម្មវិធីធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍ជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះពួកគេអាចទទួលបានការថែទាំ និងការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)។ ចំណេះដឹងអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ជួយឱ្យបុគ្គលដែលផ្ទុកអេដស៍កាត់បន្ថយហានិភ័យអវិជ្ជមាន។

- ជារួមប្រមាណ ៤៧% នៃស្ត្រី និង៣០% បុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ធ្លាប់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគ អេដស៍ (តារាង១៦.១ និងតារាង១៦.២)។ ស្ទើរតែទាំងអស់នៃអ្នកដែលបានធ្វើតេស្តន៍បានទទួលលទ្ធផលតេស្ត។
- មានតែ ៧% នៃស្ត្រី និង ២% នៃបុរសអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះបានធ្វើតេស្តន៍ក្នុងរយៈពេល១២ខែមុនការអង្កេត ហើយបានទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយដែលពួកគេ។

<u>តារាង ១៦.១ វិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍៖ ស្ត្រី</u>

ការបែងចែកភាគរយស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ តាមស្ថានភាពនៃការធ្វើតេស្តន៍មេរោគអេដស៍ និងបានទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយ ភាគរយស្ត្រីធ្លាប់ធ្វើតេស្តន៍ និងភាគរយស្ត្រីបានធ្វើតេស្តន៍ និងទទួលបានលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល១២ ខែចុងក្រោយ តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

ចរឹតលក្ខណៈ អង្កេត	ភាគរយតាមស្ថានភាពការធ្វើតេស្តន៍ និងបានទទួលលទ្ធផលធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយ: ធ្វើតេស្តន៍និងទទួលលទ្ធផល	ធ្វើតេស្តន៍តែមិនទទួលលទ្ធផល	មិនដែលធ្វើតេស្តន៍[1]	សរុប	ភាគរយអ្នកបានធ្វើតេស្តន៍	ភាគរយបានធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេល ១២ខែចុងក្រោយហើយបានទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយ	ចំនួនសរុបស្ត្រី
អាយុ							
15-24	23.7	0.3	76.0	100.0	24.0	7.0	5,570
15-19	8.5	0.2	91.4	100.0	8.6	3.7	2,981
20-24	41.3	0.4	58.2	100.0	41.8	10.7	2,589
25-29	65.1	0.6	34.3	100.0	65.7	12.5	2,986
30-39	63.9	0.5	35.6	100.0	64.4	7.2	6,639
40-49	38.1	0.4	61.5	100.0	38.5	2.2	4,301
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍							
មិនធ្លាប់រៀបការ	6.8	0.1	93.1	100.0	6.9	1.3	4,788
ធ្លាប់រួមភេទ	35.8	0.0	64.2	100.0	35.8	3.0	89
មិនដែលរួមភេទ	6.3	0.1	93.6	100.0	6.4	1.2	4,699
រៀបការ/រស់នៅជាមួយគ្នា	60.5	0.6	38.9	100.0	61.1	9.1	13,492
លែងលះ មេម៉ាយ ពោះម៉ាយ ទំនាស់ រស់នៅផ្សេងគ្នា	53.7	0.3	46.0	100.0	54.0	3.4	1,216
តំបន់							
ទីប្រជុំជន	54.9	0.2	44.9	100.0	55.1	7.0	8,239
ជនបទ	41.1	0.6	58.3	100.0	41.7	6.7	11,257
រាជធានី ខេត្ត							
បន្ទាយមានជ័យ	48.6	0.5	50.9	100.0	49.1	6.4	763
បាត់ដំបង	57.4	0.2	42.3	100.0	57.7	9.9	1,347
កំពង់ចាម	36.8	0.1	63.1	100.0	36.9	7.1	1,163
កំពង់ឆ្នាំង	43.5	0.3	56.2	100.0	43.8	7.1	675
កំពង់ស្ពឺ	44.4	0.2	55.4	100.0	44.6	6.5	1,226
កំពង់ធំ	42.9	0.6	56.4	100.0	43.6	6.0	819
កំពត	38.1	0.8	61.1	100.0	38.9	5.4	781
កណ្ដាល	52.1	0.5	47.5	100.0	52.5	9.0	1,445
កោះកុង	51.2	0.2	48.6	100.0	51.4	9.2	140
ក្រចេះ	47.1	0.7	52.2	100.0	47.8	8.3	443

មណ្ឌលគីរី	27.8	0.5	71.7	100.0	28.3	4.2	115
ភ្នំពេញ	60.3	0.0	39.7	100.0	60.3	6.1	3,160
ព្រះវិហារ	31.6	0.8	67.6	100.0	32.4	7.1	332
ព្រៃវែង	36.0	1.9	62.1	100.0	37.9	5.7	1,233
ពោធិសាត់	45.3	0.3	54.4	100.0	45.6	8.5	432
រតនគីរី	11.2	0.8	88.1	100.0	11.9	2.3	293
សៀមរាប	49.7	0.4	49.9	100.0	50.1	6.6	1,548
ព្រះសីហនុ	50.9	0.1	49.0	100.0	51.0	5.3	243
ស្ទឹងត្រែង	40.3	0.1	59.6	100.0	40.4	6.9	195
ស្វាយរៀង	43.0	0.8	56.2	100.0	43.8	7.0	735
តាកែវ	45.0	0.6	54.5	100.0	45.5	6.4	1,162
ឧត្តរមានជ័យ	44.4	0.7	54.8	100.0	45.2	6.9	242
កែប	47.8	0.0	52.2	100.0	47.8	6.8	57
ប៉ៃលិន	70.2	1.5	28.3	100.0	71.7	10.6	96
ត្បូងឃ្មុំ	38.5	0.0	61.5	100.0	38.5	6.3	851
កម្រិតសិក្សាអប់រំ							
មិនបានចូលសាលា	37.3	0.4	62.3	100.0	37.7	4.7	2,265
បឋមសិក្សា	49.6	0.5	49.9	100.0	50.1	6.7	7,554
មធ្យមសិក្សា	46.6	0.5	52.9	100.0	47.1	7.2	8,278
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	50.0	0.1	49.8	100.0	50.2	8.7	1,399
បញ្ចាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ							
ទាបបំផុត	38.4	0.6	61.0	100.0	39.0	7.1	3,400
ទាប	41.1	0.6	58.3	100.0	41.7	6.9	3,534
មធ្យម	43.7	0.5	55.8	100.0	44.2	6.6	3,813
ខ្ពស់	50.7	0.4	48.9	100.0	51.1	7.2	4,267
ខ្ពស់បំផុត	57.1	0.2	42.7	100.0	57.3	6.5	4,483
សរុប	46.9	0.4	52.6	100.0	47.4	6.9	19,496

[1] *រាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលមិនបានដឹងអំពីមេរោគអេដស៍ ឬអ្នកដែលបដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរស្តីពីការធ្វើតេស្តន៍*

តារាង ១៦.២ វិសាលភាពគ្រប់ដណ្ដប់នៃការធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍៖ បុរស

ការបែងចែកភាគរយបុរសអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ តាមស្ថានភាពនៃការធ្វើតេស្តន៍មេរោគអេដស៍ និងបានទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយ ភាគរយបុរសធ្លាប់ធ្វើតេស្តន៍ និងភាគរយបុរសបានធ្វើតេស្តន៍ និងទទួលបានលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល១២ ខែចុងក្រោយ តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត CDHS ២០២១-២២

	ភាគរយតាមស្ថានភាពធ្វើតេស្តន៍ និងបានទទួលលទ្ធផលតេស្តន៍ចុងក្រោយ						
ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	ធ្វើតេស្តន៍និងទទួលលទ្ធផល	ធ្វើតេស្តន៍តែមិនទទួលលទ្ធផល	មិនដែលតេស្តន៍[1]	សរុប	ភាគរយអ្នកបានតេស្តន៍	ភាគរយបានធ្វើតេស្តន៍រកមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេល ១២ខែចុងក្រោយ ហើយបានទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តន៍ចុងក្រោយ	ចំនួនសរុបបុរស
អាយុ							
15-24	8.3	0.9	90.8	100.0	9.2	2.0	2,785
15-19	1.6	0.2	98.2	100.0	1.8	0.8	1,559
20-24	16.8	1.8	81.3	100.0	18.7	3.4	1,226
25-29	34.0	2.4	63.5	100.0	36.5	3.4	1,299
30-39	43.7	3.3	53.0	100.0	47.0	2.4	2,849
40-49	29.4	2.9	67.7	100.0	32.3	1.3	1,893
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍							
មិនធ្លាប់រៀបការ	7.2	0.8	92.0	100.0	8.0	2.2	3,078
ធ្លាប់រួមភេទ	22.5	3.2	74.3	100.0	25.7	6.5	518
មិនដែលរួមភេទ	4.1	0.3	95.6	100.0	4.4	1.3	2,560
រៀបការ/រស់នៅជាមួយគ្នា	39.0	3.2	57.8	100.0	42.2	2.0	5,497
លែងលះ មេម៉ាយ ពោះម៉ាយ ទំនាស់រស់នៅផ្សេងគ្នា	42.8	3.1	54.1	100.0	45.9	5.2	250
តំបន់							
ទីប្រជុំជន	35.7	3.2	61.1	100.0	38.9	3.2	3,762
ជនបទ	22.3	1.7	76.0	100.0	24.0	1.4	5,063
រាជធានី ខេត្ត							
បន្ទាយមានជ័យ	32.4	1.0	66.6	100.0	33.4	2.6	327
បាត់ដំបង	31.4	0.3	68.3	100.0	31.7	2.8	636
កំពង់ចាម	26.0	0.0	74.0	100.0	26.0	0.7	533
កំពង់ឆ្នាំង	28.1	0.6	71.3	100.0	28.7	2.5	259
កំពង់ស្ពឺ	23.9	0.0	76.1	100.0	23.9	2.0	532
កំពង់ធំ	23.2	0.2	76.5	100.0	23.5	1.5	376
កំពត	23.2	0.7	76.1	100.0	23.9	2.4	322
កណ្ដាល	28.7	1.1	70.1	100.0	29.9	2.2	678
កោះកុង	25.9	11.8	62.2	100.0	37.8	2.6	60

ក្រចេះ	7.6	9.7	82.7	100.0	17.3	0.0	216
មណ្ឌលគីរី	19.0	1.1	80.0	100.0	20.0	1.1	50
ភ្នំពេញ	41.9	1.8	56.4	100.0	43.6	3.8	1,490
ព្រះវិហារ	22.7	0.5	76.8	100.0	23.2	2.3	149
ព្រៃវែង	18.1	0.9	81.1	100.0	18.9	1.4	615
ពោធិសាត់	22.2	0.8	77.0	100.0	23.0	0.9	219
រតនគីរី	10.8	1.6	87.5	100.0	12.5	1.5	149
សៀមរាប	19.7	15.6	64.7	100.0	35.3	1.8	749
ព្រះសីហនុ	43.6	0.7	55.6	100.0	44.4	1.8	113
ស្ទឹងត្រែង	16.4	2.2	81.4	100.0	18.6	1.1	81
ស្វាយរៀង	28.5	0.8	70.6	100.0	29.4	2.4	311
តាកែវ	36.3	0.3	63.4	100.0	36.6	2.2	453
ឧត្តរមានជ័យ	29.0	0.3	70.7	100.0	29.3	1.6	109
កែប	21.9	0.8	77.3	100.0	22.7	3.5	26
ប៉ៃលិន	56.9	0.0	43.1	100.0	56.9	6.4	41
ត្បូងឃ្មុំ	22.3	0.0	77.7	100.0	22.3	0.8	331
កម្រិតសិក្សាអប់រំ							
មិនបានចូលសាលា	12.9	1.9	85.2	100.0	14.8	0.4	514
បឋមសិក្សា	22.6	1.8	75.6	100.0	24.4	1.2	3,220
មធ្យមសិក្សា	29.9	2.3	67.8	100.0	32.2	2.1	4,273
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	49.3	4.9	45.8	100.0	54.2	7.1	819
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ							
ទាបបំផុត	15.6	1.7	82.7	100.0	17.3	1.0	1,607
ទាប	19.4	1.6	79.0	100.0	21.0	1.3	1,578
មធ្យម	24.1	1.2	74.7	100.0	25.3	1.1	1,680
ខ្ពស់	33.5	3.4	63.1	100.0	36.9	2.1	1,945
ខ្ពស់បំផុត	42.7	3.4	53.9	100.0	46.1	4.7	2,015
សរុប **១៥-៤៩**	28.0	2.3	69.6	100.0	30.4	2.2	8,825

[1] *រាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលមិនបានដឹងអំពីមេរោគអេដស៍ ឬអ្នកដែលបដិសេធមិនឆ្លើយសំណួរស្តីពីការធ្វើតេស្តន៍*

៣.១៤ មរណភាពមាតា

អត្រាមរណភាពមាតា

ចំនួនមរណភាណមាតាក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ១០០០ នាក់ ។ អត្រាមរណភាពមាតាតាមក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំ ត្រូវបានគណនាតាមចំនួននៃការស្លាប់របស់មាតាក្នុងចំណោមបងប្អូនស្រីបង្កើតតាមនៃ សរុប-ឆ្នាំដែលបងប្អូនស្រីនៅរស់រានមានជីវិតទៅនឹងអាយុពេលទទួលហានិភ័យពេលការស្លាប់អំឡុងពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ ចំនួនអ្នកស្លាប់បងប្អូនស្រីដែលត្រូវបានរាយការណ៍ថាបានស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ៧ ឆ្នាំ មុនអង្កេតរាប់បញ្ចូលអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬសម្រាលកូន ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រាល ឬបញ្ចប់នៃការមានផ្ទៃពោះតាមក្រុមអាយុរបស់ពួកគេនៅពេលស្លាប់។ មិនរាប់បញ្ចូលការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬអំពើហិង្សា។ ឆ្នាំនៃរស់រានមានជីវិតតាមក្រុមអាយុនីមួយៗត្រូវបានគណនាសម្រាប់ទាំងបងប្អូនស្រីដែលនៅរស់ និងស្លាប់ដោយផ្អែកលើអាយុបច្ចុប្បន្នដែលបានរាយការណ៍របស់ពួកគេ (បងប្អូនស្រីដែលកំពុងនៅរស់) ឬអាយុនៅពេលស្លាប់ និងឆ្នាំចាប់តាំងពីការស្លាប់ (បងប្អូនស្រីដែលបានស្លាប់)។

សម្រាប់: បងប្អូនស្រី (រស់ និងស្លាប់) អាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំរយៈពេល៧ ឆ្នាំមុនអង្កេតតាមក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំ។

អនុបាទមរណភាពមាតា ជាអត្រានៃការស្លាប់របស់មាតាក្នុងចំណោម ១០០.០០០ កំណើតរស់។ អនុបាទមរណភាពមាតាត្រូវបានគណនាតាមការបែងចែកអត្រាមរណភាពមាតាតាមបទដ្ឋានអាយុសម្រាប់ស្ត្រី អាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល៧ ឆ្នាំមុនអង្កេតដោយអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (*GFR)* សម្រាប់ រយៈពេលដូចគ្នា។

ការប៉ាន់ស្មាននៃអនុបាទមរណភាពមាតា (*MMR)* និងហានិភ័យពេញមួយជីវិតនៃការស្លាប់របស់មាតាសម្រាប់រយៈពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនពេលអង្កេតត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី១៧ ។ អត្រាមរណភាពមាតាតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ត្រូវបានគណនាដោយបែងចែកចំនួនមរណភាពមាតាតាមចំនួនឆ្នាំរស់រានមានជីវិត (មិនបង្ហាញ)។ ការស្លាប់របស់មាតាត្រូវបានកំណត់ដោយការស្លាប់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ អំឡុងពេលសម្រាលកូន ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃ (៦ សប្តាហ៍) បន្ទាប់ពីផ្តល់កំណើត ឬការបញ្ចប់នៃការមានផ្ទៃពោះ ដោយមិនរាប់បញ្ចូលការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬរបួស។ ការស្លាប់របស់មាតាគឺជាការកើតឡើងដ៏កម្រដូច្នេះគួរតែត្រូវបានបកស្រាយដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ MMR ជាផលចែករវាងអត្រាមរណៈមាតាតាមបទដ្ឋានអាយុទៅនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅតាមបទដ្ឋានអាយុដែលជាទូទៅត្រូវបានចាត់ទុកជារង្វាស់ដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់មរណភាពមាតា ព្រោះការវាស់វែងនេះមានទំនាក់ទំនងហានិភ័យអំឡុងពេលសម្ពព និងការផ្តល់កំណើតរស់នីមួយៗ។

<u>តារាង ១៧ អនុបាទមរណមាតា</u>

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុប អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ អនុបាទមរណភាពមាតា និងហានិភ័យនៃការស្លាប់របស់មាតារយៈពេល៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត CDHS ២០២១–២២

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនសរុប (TFR)	២.៧
អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR)[១]	៨១
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[២]	១៥៤ CI: (៦៩, ២៣៩)
ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាត	០.០០៤

CI: *ចន្លោះជឿជាក់*
[១] *អត្រាអាយុកែតម្រូវស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩ ក្នុង១០០០ នាក់*
[២] *ក្នុង ១០០,០០០ កំណើតរស់ គណនាដោយអាយុកែតម្រូវជាអត្រាមរណមាតាគុណនឹង ១០០ ចែកនឹងអត្រាមានកូនទូទៅដែលកែសម្រួលតាមអាយុ។*
[៣] *គណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈ៧ឆ្នាំមុនអង្កេត*

តារាង ១៧ បង្ហាញថា MMR រវាងឆ្នាំ ២០១៤ ដល់ ឆ្នាំ២០២១-២២ មាន ១៥៤ នាក់ក្នុងចំណោម ១០០,០០០ កំណើតរស់ ។ មានន័យថា 0.00៤ នៃមាតាប្រឈមនឹងការស្លាប់ពេញមួយជីវិត ឬអាច និយាយបានថាស្ត្រីមាន ៤ នាក់ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១០០០ នាក់ជាមរណភាពមាតា ។

៣.១៥ ការដាក់ពិន័យលើកុមារ

សម្រាប់តែការមិនដាក់ពិន័យកុមារ

ការដកហូតសិទ្ធិ ហាមឃាត់អ្វីមួយដែលកុមារចូលចិត្តឬមិនអនុញ្ញាតឱ្យកុមារចេញពីផ្ទះ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអាកប្បកិរិយារបស់កុមារធ្វើខុស ផ្តល់អោយកុមារនូវអ្វីផ្សេងទៀតដើម្បីជាការដាក់ពិន័យលើផ្លូវចិត្តកុមារ។ ស្រែកដាក់ ឬស្រែកគំហកដាក់កុមារ ហៅកុមារថាល្ងង់ ខ្ជិល ឬប្រើពាក្យសម្រាប់ហៅស្រដៀងគ្នានេះផ្សេងទៀត ។

ការដាក់ពិន័យលើផ្លូវកាយកុមារ

ការចាប់អង្រួនកុមារ ប្រើដៃទះ ឬវាយគូទរបស់កុមារ ប្រើខ្សែក្រវាត់ ក្រាស់សិតសក់ រំពាត់ ឬវត្ថុរឹងផ្សេងទៀត វាយគូទ ឬផ្នែកផ្សេងទៀតលើរាងកាយកុមារ វាយ ឬទះលើមុខ ក្បាល ឬត្រចៀករបស់កុមារ វាយ ឬទះដៃ ឬជើងរបស់កុមារ វាយដំកុមារមួយទំហឹងម្តងហើយម្តងទៀត។

ការដាក់ពិន័យលើផ្លូវកាយធ្ងន់ធ្ងរលើកុមារ

ការវាយ ឬទះលើមុខ ក្បាល ឬត្រចៀករបស់កុមារ វាយដំកុមារមួយទំហឹងម្តងហើយម្តងទៀត។

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា CDHS ២០២១-២២ បានសួរមនុស្សពេញវ័យក្នុងគ្រួសារអំពីវិធីដាក់ពិន័យទោសទណ្ឌដែលពួកគេបានប្រើជាមួយកូនរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយខែមុនការអង្កេត។

- ជារួមពីរភាគបី (៦៦ %) នៃកុមារកម្ពុជាអាយុពី ១-១៤ ឆ្នាំធ្លាប់ទទួលរងនូវវិធីសាស្ត្រប្រៀនប្រដៅដោយការដាក់ពិន័យពីមនុស្សពេញវ័យក្នុងគ្រួសារពួកគេ ។ មានតែ ២៣ % នៃកុមារអាយុពី ១-១៤ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះដែលមិនធ្លាប់ទទួលរងនូវវិធីសាស្ត្រប្រៀនប្រដៅ ដោយការដាក់ពិន័យពីមនុស្សពេញវ័យក្នុងគ្រួសារ។
- ស្ទើរតែបីនាក់ក្នុងចំណោមប្រាំនាក់ (៥៩%) នៃកុមារធ្លាប់ទទួលរងនូវការដាក់ពិន័យលើផ្លូវចិត្ត ខណៈ ៤៣% ទទួលរងការដាក់ពិន័យលើរាងកាយ និង ៥% ធ្លាប់ទទួលរងនូវការដាក់ពិន័យរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាការវាយ ឬទះលើមុខ ក្បាល។

<u>តារាង ១៨ ការដាក់ពិន័យលើកុមារ</u>

ភាគរយកុមារអាយុ ១-១៤ឆ្នាំ ទទួលរងវិធីដាក់ពិន័យលើកុមារដែលបានជួបប្រទះក្នុងអំឡុងពេលមួយខែចុងក្រោយ CDHS ២០២១–២២

ចរឹតលក្ខណៈ អង្កេត	ភាគរយកុមារអាយុ ១-១៤ ឆ្នាំធ្លាប់ទទួលរងនូវវិធីសាស្ត្រប្រៀនប្រដៅដោយការដាក់ពិន័យ					ចំនួនកុមារអាយុ ១-១៤ឆ្នាំ
	មិនធ្លាប់ទទួលការដាក់វិន័យ[1]	*លើផ្លូវចិត្ត*[2]	*លើផ្លូវកាយ*[3]	*លើផ្លូវកាយធ្ងន់ធ្ងរ*[4]	*វិធីសាស្ត្រណាមួយ*	
ភេទ						
ប្រុស	22.4	60.4	45.4	4.7	67.8	7,132
ស្រី	23.8	57.5	39.9	4.4	64.9	7,064
តំបន់						
ទីប្រជុំជន	28.9	49.7	39.1	4.3	58.3	5,047
ជនបទ	19.9	64.1	44.6	4.7	70.8	9,149
សរុប	23.1	59.0	42.7	4.5	66.4	14,196

[1] *ដកហូតសិទ្ធិ ហាមឃាត់អ្វីមួយដែលកុមារចូលចិត្តឬមិនអនុញ្ញាតឱ្យកុមារចេញពីផ្ទះ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអាកប្បកិរិយារបស់កុមារធ្វើខុស ផ្តល់អោយកុមារនូវអ្វីផ្សេងទៀតដើម្បីជាការដាក់ពិន័យលើផ្លូវចិត្តកុមារ។*

[2] *ស្រែកដាក់ ឬស្រែកគំហកដាក់កុមារ ហៅកុមារថាល្ងង់ ខ្ជិល ឬប្រើពាក្យសម្រាប់ហៅស្រដៀងគ្នានេះផ្សេងទៀត ។.*

[3] *ការចាប់អង្រួនកុមារ ប្រើដៃទះ ឬវាយគូទរបស់កុមារ ប្រើខ្សែក្រវាត់ ក្រាស់សិតសក់ រំពាត់ ឬវត្ថុរឹងផ្សេងទៀត វាយគូទ ឬផ្នែកផ្សេងទៀតលើរាងកាយកុមារ វាយ ឬទះលើមុខ ក្បាល ឬត្រចៀករបស់កុមារ វាយ ឬទះដៃ ឬជើងរបស់កុមារ វាយដំកុមារមួយទំហឹងម្តងហើយម្តងទៀត។*

[4] *ការវាយ ឬទះលើមុខ ក្បាល ឬត្រចៀករបស់កុមារ វាយដំកុមារមួយទំហឹងម្តងហើយម្តងទៀត*

មានត្រឹមតែ ២៧% អ្នកផ្តល់ចម្លើយបានឆ្លើយថាការដាក់ពិន័យលើកុមារជឿការដាក់ពិន័យលើរាងកាយគឺជាការចាំបាច់ដើម្បីចិញ្ចឹមកូនអោយបានត្រឹមត្រូវ (តារាង ១៩) ។

.

<u>តារាង១៩ ឥរិយាចំពោះការដាក់លពិន័យលើរាងកាយ</u>

ភាគរយជឿថាការដាក់ពិន័យលើរាងកាយគឺចាំបាច់ក្នុងការញ៉ឹមកូនចិញ្ចឹម ឬអប់រំកុមារអោយបានត្រឹមត្រូវ CDHS ២០២១–២២

ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	ភាគរយ ដែល ជឿថាការដាក់ ពិន័យលើរាង កាយគឺចាំបាច់ ក្នុងការញ៉ឹមកូន	ចំនួនអ្នកឆ្លើយ តបសំណួរ
ភេទ		
ប្រុស	27.5	7,132
ស្រី	26.8	7,064
តំបន់		
ទីប្រជុំជន	23.2	5,047
ជនបទ	29.3	9,149
សរុប	27.1	14,196

ឯកសារយោង

Bradley, S. E. K., T. N. Croft, J. D. Fishel, and C. F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning.* DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

DeMaeyer, E. M., P. Dallman, J. M. Gurney, L. Hallberg, S. K. Sood, and S. G. Srikantia. 1989. *Preventing and Controlling Iron Deficiency Anaemia through Primary Health Care: A Guide for Health Administrators and Programme Managers*. Geneva: World Health Organization.

National Institute of Statistics/Cambodia, Directorate General for Health/Cambodia, and ORC Macro. 2001. Cambodia Demographic and Health Survey 2000. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Statistics/Cambodia, Directorate General for Health/Cambodia, and ORC Macro.

National Institute of Public Health/Cambodia, National Institute of Statistics/Cambodia, and ORC Macro. 2006. Cambodia Demographic and Health Survey 2005. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Public Health/Cambodia, National Institute of Statistics/Cambodia, and ORC Macro.

National Institute of Statistics/Cambodia, Directorate General for Health/Cambodia, and ICF Macro. 2011. Cambodia Demographic and Health Survey 2010. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro.

National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International, 2015. *Cambodia Demographic and Health Survey 2014.* Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International.

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva, Switzerland: WHO. https://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. "Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality." In: De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds, *Safe Motherhood Strategies: A Recent Review of the Evidence.* Antwerp: ITG Press, 7-33.

World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*. Geneva: World Health Organization. *https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389*