ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និង កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតនៅកម្ពុជា

ការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ឆ្នាំ២០០៧

ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិពហុផ្នែកស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ

ខែមិនា ឆ្នាំ២០០៨

កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតនៅកម្ពុជា
ការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ឆ្នាំ២០០៧
គំរបរូបភាពថតដោយ : UNICEF/CBD649/**ចន វីនយ៍/ម៉ាកណាំ**
បោះពុម្ពក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីអង្គការយូនីសេហ្វប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា ខែមីនា ឆ្នាំ២០០៨

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា

កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និង កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតនៅកម្ពុជា

ការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ឆ្នាំ២០០៧

ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិពហុវិស័យស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ

ពង្រាង - ខែមីនា ឆ្នាំ២០០៨

មាតិកា

អក្សរកាត់..៦

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ..៨

ជំពូក១: សេចក្តីផ្តើម...៩

បរិបទកម្ពុជា..៩

ប្រវត្តិរបាយការណ៍..១១

គោលបំណងនៃការវាយតំលៃស្ថានភាព និង ការឆ្លើយតប..១១

វិធីសាស្ត្រ...១២

ដែនកំណត់...១៤

ជំពូក២: ការកំណត់និយមន័យ និងបរិមាណ កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត (OVC)..១៥

២.១ កុមារកំព្រា..១៥

២.២ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍...២១

២.៣ កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត..២៣

ជំពូក៣: ស្វែងយល់អំពីស្ថានភាព កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតនៅកម្ពុជា..៣០

៣.១ ការរៀបចំការរស់នៅ និងទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ..៣០

៣.២ ស្ថានភាពសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភ..៣៣

៣.៣ សន្តិសុខស្បៀង..៣៧

៣.៤ លទ្ធភាពទទួលបានការអប់រំ...៤០

៣.៥ ការថៃទាំជំនួស...៤៥

៣.៦ ការរៀបចំផែនការបន្តវេន...៤៧

៣.៧ បន្ទុកផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ និងភាពទុក្ខព្រួយ...៤៧

៣.៨

ការចុះបញ្ជីកំណើត...៤៩

៣.៩ ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗនៃមេរោគអេដស៍ទៅលើជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់កុមារ..............................៥០

ជំពូក៤: ការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិរហូតដល់បច្ចុប្បន្ន..៥៦
តើតួអង្គនីមួយៗប្រកាន់ខ្ជាប់នូវតួនាទីអ្វីខ្លះ ក្នុងការឆ្លើយតប?...៥៦
៤.១ ការឆ្លើយតបរបស់រដ្ឋាភិបាល..៥៨
៤.២ ការឆ្លើយតបរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ..៧៤
៤.៣ ការឆ្លើយតបរបស់សង្គមស៊ីវិល..៧៩
៤.៤ ការឆ្លើយតបរបស់សហគមន៏...៨៦
ជំពូក៥: ការពិភាក្សាអំពីរបកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត ឱកាស និង អនុសាសន៍..................៩០
៥.១ តំបន់គ្របដណ្តប់សេវា និងភូមិសាស្ត្រនៃតំបន់ដែលសេចក្តីត្រូវការពុំទាន់ទទួលបាន.......................៩០
៥.២ ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គ្រួសារក្នុងការការពារ និង ថែទាំកុមារកំព្រា និង កុមារងាយរងគ្រោះ..........៩៣
ការពិភាក្សាអំពីរបកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស..*៩៣*
អនុសាសន៏...*៩៦*
៥.៣ គៀងគរ និង គាំទ្រការឆ្លើយតបរបស់សហគមន៏ក្នុងការ ថែទាំ ការពារ និង គាំទ្រ កុមារកំព្រា និង កុមារងាយរងគ្រោះ...៩៧
របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស...*៩៧*
អនុសាសន៏...*៩៩*
៥.៤ ធានា (កុមារកំព្រា និង កុមារងាយរងគ្រោះ) ឱ្យទទួលបាននូវសេវាសំខាន់ៗ................................៩៩
របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស...*៩៩*
អនុសាសន៏...*១០២*
៥.៥ ធានាថារដ្ឋាភិបាលការពារកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត តាមរយៈគោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ និងនីតិកម្ម...១០៣
របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស...*១០៣*
អនុសាសន៏...*១០៥*
៥.៦ បង្កើតនូវបរិស្ថានអំណោយផល សំរាប់ការឆ្លើយតបមួយដែលមានការសំរបសំរួល និងប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធិភាពចំពោះកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ...១០៦
របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស...*១០៦*
អនុសាសន៏...*១១០*
ឯកសារយោង :...១១១

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលាជាតិស្តីពីការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃការវាយតំលៃស្ថានភាព និង
ការឆ្លើយតបចំពោះកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ (OVC) ១១៤

អក្សរកាត់

ADB	Asian Development Bank 272783
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	Antenatal Clinic
ART	Antiretroviral Treatment
AusAID	Australian Agency for International Development
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CBO	Community Based Organization
CDHS	Cambodian Demographic and Health Survey
CNCC	Cambodian National Council for Children
CRC	Convention on the Rights of the Children
DFID	United Kingdom Department for International Development.
EMIS	Education Management Information System
FAO	Food, Agricultural Organization
FBO	Faith-Based Organization
FHI	Family Health International
GFATM	Global Fund for HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria
GTZ	German Technical Cooperation
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSS	HIV Sentinel Surveillance
IOM	The International Organization for Migration
KHANA	Khmer HIV and AIDS NGO Alliance
MOCR	Ministry of Cults and Religions
MOEYS	Ministry of Education Youth and Sports
MOH	Ministry of Health
MOJ	Ministry of Justice
MOLVT	Ministry of Labour and Vocational Training
MOP	Ministry of Planning
MORD	Ministry of Rural Development
MOSVY	Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation
MoU	Memorandum of Understanding
MOWA	Ministry of Women's Affairs
NAA	National AIDS Authority
NCHADS	National Centre for HIV and AIDS, Dermatology and STDs
NGO	Non-Governmental Organization
NOVCTF	The National Orphans and Vulnerable Children Multi-sectoral Task Force
NSP-II	National Strategic Plan for a comprehensive and multi-sectoral response to HIV/AIDS 2006-10
OD	Operational District (of the MOH)
OVC	Orphans and Vulnerable Children
PLHA	Person/People living with HIV or AIDS
PMTCT	Preventing Mother-To-Child Transmission
PRDC	Provincial Rural Development Committee

RGC	Royal Government of Cambodia
SCA	Save the Children Australia
TPO	Transcultural Psychosocial Organization
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VCCT	Voluntary Confidential Counselling and Testing
WFP	World Food Program

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិពហុផ្នែកស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ដែលមានក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា ជាប្រធាន សូមថ្លែងអំណរគុណដល់ ឯកឧត្តម លោកជំទាវ លោក លោកស្រី ទាំងអស់ដែលបានចូលរួម និងផ្តល់មតិយោបល់ក្នុងការរៀបចំការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបចំពោះកុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតនៅកម្ពុជា សំរាប់ឆ្នាំ២០០៧នេះ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់សមាជិកគណៈកម្មាធិការដឹកនាំ ដែលបានប្តេជ្ញាចិត្ត និងដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេស នៅក្នុងដំណើរការអនុវត្តន៏ និងសូមថ្លែងអំណរគុណដល់អង្គការយូនីសេហ្វ DFID, អង្គការអូស្រ្តាលីសង្រ្គោះកុមារ មូលនិធិសកល និងអង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិ ដែលបានគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុនៅក្នុងដំណើរការនេះ ។

យើងសូមសំដែងនូវការកោតសរសើរចំពោះក្រុមទីប្រឹក្សាដែលបានចូលរួមក្នុងដំណើរការរួមគ្នា ធ្វើយើងសំរេចបាននូវការវិភាគនេះ និងដែលបានសរសេរនូវសមាសភាគដោយឡែកៗពីគ្នា នៅក្នុងរបាយការណ៏នេះផងដែរ ។ ប្រសិនបើ ពុំមានឯកទេស ជំនាញ ការប្តេជ្ញាចិត្ត និងការអត់ធ្មត់របស់ពួកគេទេនោះ ឯកសារនេះ នឹងពុំអាចសំរេច ចេញជារូបរាងបានឡើយ ។ យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់លោកស្រី ជែននី រ៉ូប៊ឺត (Jenne Roberts) ដែលជាប្រធាន ក្រុមទីប្រឹក្សា លោក កែវ ចិន្តា លោក តុង សុប្រាជ្ញ លោកស្រី ខារ៉ូល វីលល្យៀមស៏ (Carole Williams) និងលោក សាង សារឿន ដែលបានរៀបចំធ្វើការកំណត់ផែនទី ។ លើសពីនេះទៀត យើងសូមថ្លែង អំណរគុណដល់ លោក ខាមឺរ៉ុន វ៉ូលហ្វ (Cameron Wolf) និងលោក អាទីហ្វ អាលី (Mr. Atif Ali) ដែលបានជួយផ្តល់ជំនាញឯកទេសក្នុងការរៀបចំការវិភាគទិន្នន័យដែលបានមកពីការអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២000 និង២០០៥ ។

យើងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណដល់អង្គការ NGOs, FBOs និងភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលជាច្រើន ព្រមទាំងសមាជិកក្រុមការងារពាក់ព័ន្ធទាំងប្រាំផងដែរ ដែលបានចំណាយពេលវេលា និងកម្លាំងកាយចិត្ត និងកម្លាំងប្រាជ្ញាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានសំរាប់របាយការណ៏នេះ ។

ជាចុងក្រោយ យើងខ្ញុំសូមសំដែងនូវការដឹងគុណចំពោះការរួមចំណែកដ៏សំខាន់របស់គ្រួសារ និងកុមារជាច្រើន ដែលបានចែករំលែកនូវរឿងរ៉ាវដែលពោរពេញដោយការលំបាកបំផុតនៅក្នុងជីវិតរបស់ពយកគេ ។ ប្រវត្តិ

រឿងរ៉ាវទាំងនេះផ្តល់នូវព័តិមានដ៏មានតំលៃមិនអាចកាត់ថ្លៃបានដែលជួយឱ្យយើងយល់កាន់តែច្បាស់អំពីស្ថានភាព របស់ OVC និងផ្តល់អនុសាសន៍ ដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ ។

ជំពូក១ : សេចក្តីផ្តើម

បរិបទប្រទេសកម្ពុជា

កុមារ និងយុវជនអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ មានចំនួនស្មើរតែពាក់កណ្តាលនៃប្រជាជនកម្ពុជាសរុប ដែលមានចំនួន ១៣.៨លាននាក់។ ប្រជាជនភាគច្រើន (៨៥%) រស់នៅតំបន់ជនបទ និង៥៩% ពឹងផ្អែកលើរបរកសិកម្មជាលក្ខណៈគ្រួសារ។ ជាង៣0%នៃចំនួនប្រជាជនសរុប មិនទាន់បានឆ្លងផុតពីភាពក្រីក្រ [១]។

កម្ពុជាកំពុងស្ថិតក្នុងសម័យកាលមួយ ដែលមានស្ថិរភាព បន្ទាប់ពីការបំផ្លិចបំផ្លាញផ្នែកសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច ដោយសារសង្គ្រាមស៊ីវិល និងរបបប្រល័យពូជសាសន៍ជាងបីទស្សវត្សរ៍កន្លងមក [២]។ ចាប់តាំងពីពេលនោះមក សេដ្ឋកិច្ច ត្រូវ បានស្តារឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សគួរឱ្យកត់សំគាល់ បើទោះបីជាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចនេះពុំទាន់បានផ្តល់ប្រយោជន៍ ដល់ប្រជាជនដោយស្មើគ្នាក៏ដោយ។ ទោះបីជាមានការកើនឡើងនៃការងារផ្នែកសេវាកម្មយ៉ាងណាក្តី ក៏អត្រាគ្មានការងារធ្វើនៅតែមានកំរិតខ្ពស់នៅឡើយ។ យុវជនប្រមាណ៣00,000នាក់ ចូលក្នុងកម្លាំងពលកម្មជារៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយ២៧,៨%នៃយុវជនដែលមានអាយុពី១៥-១៩ឆ្នាំ និង១៦,៦%នៃយុវជនអាយុពី២០-២៤ឆ្នាំគ្មានការងារធ្វើ [៣]។

ភាពងាយរងគ្រោះមានច្រើននៅកម្ពុជា [៤]។ ប្រជាជនភាគច្រើន ប្រកបរបរកសិកម្មជាលក្ខណៈគ្រួសារដើម្បីចិញ្ចឹមជីវិតហើយ ទិន្នផលស្រូវជារឿយៗ ពឹងផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌអាកាសធាតុដែលមិនទៀងទាត់ ។

សំរាប់ប្រជាជនក្រីក្រនៅជនបទ និងជាពិសេសជនចំណាកស្រុក ការខ្វះខាតរបៀបរបបកាន់កាប់លំនៅដ្ឋាន ដែលមានសុវត្ថិភាព

---

[1] វិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ , N.I.o.S. [កម្ពុជា], et al. (2006). អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៥ ភ្នំពេញ , កម្ពុជា និង Calverton, Maryland, USA, វិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈ , កម្ពុជា , វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ , កម្ពុជា

[2] Hughes and Conway (2004), ការស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្នែកនយោបាយដែលគាំទ្រជនក្រីក្រ (Understanding Pro-Poor Political Change) : ដំណើរការគោលនយោបាយនៅកម្ពុជា (the Policy Process in Cambodia, ODI for DFID)

[3] Morris E., លើកកំពស់ការងារនៅកម្ពុជា (Promoting Employment in Cambodia) : ការវិភាគ និងជំរើស (Analysis and Options), ILO (2007)

[4] កថាខ័ណ្ឌស្តីពីភាពងាយរងគ្រោះខាងក្រោម ត្រូវបានសំយោគចេញពីការកំណត់ផែនទីនៃការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ និងភាពងាយរងគ្រោះនៅកម្ពុជា (Managing Risk and Vulnerability in Cambodia) : ការវាយតម្លៃ និងយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់កិច្ចការពារសង្គម (An Assessment and Strategy for Social Protection) (ធនាគារពិភពលោក ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៦) (The World Bank, June 2006)

ធ្វើឱ្យមនុស្សជាច្រើនធ្លាក់ក្នុងស្ថានភាពមិនទៀងទាត់ ជារឿយៗ ធ្លាក់ខ្លួនរស់នៅក្នុងសំណង់ អនាធិបតេយ្យ ដែលប្រឈមមុខខ្លាំងចំពោះការបណ្តេញចេញភ្លាមៗ ។ ការធ្វើចំណាកពីជនបទទៅតំបន់ក្រុង ក៏បង្កើនភាពងាយរងគ្រោះរបស់កុមារខ្លាំងផងដែរ ទាំងនៅក្នុងស្ថានភាពដែលពួកគេត្រូវបាន "ទុកឱ្យនៅតែឯង" នៅក្នុងភូមិ ឬនៅពេលដែលពួកគេធ្វើដំណើរទៅកាន់តំបន់ក្រុងដែលគ្មានសុវត្ថិភាពជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។

កម្ពុជាកំពុងជួបប្រទះការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ដែលបង្កឡើងដោយការរីករាលដាលតូចៗជាច្រើន និងដែលចង្អុលបង្ហាញពីលក្ខណៈនៃកំរិតនៃការឆ្លងខ្ពស់ ក្នុងចំណោមស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ អតិថិជនរបស់ពួកគេ ក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរស និងក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដោយការចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃ ដែលកំពុងមានការកើនឡើង។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលជោគជ័យគួរឱ្យកត់សំគាល់ ហើយទិន្នន័យនៃការតាមដានជាប្រចាំលើមេរោគអេដស៍ (HSS) បង្ហាញពីការធ្លាក់ចុះនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ជាលំដាប់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ពីកំរិតមួយខ្ពស់៣,0%ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៧ មកនៅត្រឹម0,៩% នាពេលបច្ចុប្បន្ន ក្នុងចំណោមប្រជាជន ដែលមានអាយុចន្លោះពី១៥ ដល់៤៩ឆ្នាំ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកទទួលសេវាថៃទាំមុនពេលសំរាល កំពុងមានការធ្លាក់ចុះ ដោយការប៉ាន់ស្មាន បង្ហាញថា មានចំនួន ១,១% ទូទាំងប្រទេស ក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ។ បើទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី តួលេខនេះ លាក់បាំងនូវបំរែបំរួលមួយចំនួនដែលមានជាប្រចាំ និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៅតំបន់ក្រុង[5] ។

គេបានប៉ាន់ស្មានថា នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ មានមនុស្សពេញវ័យប្រមាណ៦៥,000នាក់ និងកុមារ៦,000នាក់ មានផ្ទុករោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា[6] ។ ដោយសារការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ កុមារជាច្រើន បានក្លាយជាកុមារកំព្រា ឬកុមារងាយរងគ្រោះ ដោយគ្រួសាររបស់ពួកគេ បានទទួលរងនូវវិបត្តិប្រាក់ចំណូល ដោយចំណាយយ៉ាងច្រើនលើសលប់លើការព្យាបាល និងផលិតភាពដែលបានថយចុះ។

[5] សិក្ខាសាលាស្តីអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងរួមលើលទ្ធផលអង្កេតតាមដានលើមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងការប៉ាន់ស្មានលើមេរោគអេដស៍ក្នុងឆ្នាំ២០០៦ សំរាប់កិច្ចប្រជុំផ្សព្វផ្សាយនៅកម្ពុជា (ថ្ងៃទី២៨ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៧) នៅសណ្ឋាគារសាន់វ៉េ ភ្នំពេញ

[6] Ibid.

ការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើកុមារកំព្រា និងកុមារដទៃទៀតដែលបានប៉ះពាល់ ឬធ្វើឱ្យរងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយថ្មីតំរូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ពីថ្នាក់ជាតិ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន ដែលរួមមាន អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី អង្គការយូនីសេហ្វ អង្គការទស្សនៈពិភពលោកកម្ពុជា ទីភ្នាក់ងារសហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីការអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ (USAID) តាមរយៈអង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិ និងអង្គការសេវាសង្គ្រោះសាសនាកាតូលិក អង្គការខាណា និងអង្គការឃែរកម្ពុជា បានរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតប ក្នុងការផ្តល់សេវា និងយុទ្ធសាស្ត្រគាំទ្រ ដើម្បីធ្វើឱ្យគុណភាពជីវិតរបស់ OVC មានភាពប្រសើរឡើង។

ប្រវត្តិរបាយការណ៍

របាយការណ៍នេះ ត្រូវបានចាត់ចែងធ្វើឡើងជាផ្លូវការណ៍ដោយក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិពហុផ្នែកស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ (NOVCTF) សំរាប់ជាការសិក្សាគំរូមួយ ដើម្បីផ្តល់ព័តិមានដល់ការរៀបចំផែនការសកម្មភាពជាតិពហុផ្នែក។

ក្រុមការងារនេះ ត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៦ ដោយរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា នៃរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា។ អាទិភាពរបស់ក្រុមការងារនេះ សំរាប់ឆ្នាំ២០០៧ រួមមាន :

- ធ្វើការវាយតំលៃថ្នាក់ជាតិមួយលើការឆ្លើយតប ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ លើកុមារ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងការកំណត់ផែនទីលើប្រភេទ ទីតាំង និងតំបន់គ្របដណ្តប់នៃការឆ្លើយតប ពិនិត្យឡើងវិញលើគោលនយោបាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រ ដែលមានស្រាប់ និងការប៉ាន់ស្មានចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។
- រៀបចំ និងអនុវត្តផែនការថ្នាក់ជាតិមួយ ដើម្បីដឹកនាំកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍លើកុមារ។

គោលបំណងនៃការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប

គោលបំណងនៃរបាយការណ៍នេះ គឺដើម្បីចងក្រងឯកសារ និងបង្កើតការយល់ដឹងរួមអំពីស្ថានភាពរបស់ OVC គ្រួសាររបស់ពួកគេ និងសហគមន៍នៅកម្ពុជា ព្រមទាំងកំណត់សមាសធាតុគន្លឹះ និងចំណុចខ្វះខាតនានានៅក្នុងការឆ្លើយតបនៅពេលនេះ។ ដំណើរការនៃការរៀបចំការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប បានប្រមូលផ្តុំអ្នកពាក់ព័ន្ធឱ្យជួបប្រជុំគ្នា ដើម្បីកំណត់មេរៀនជាបទពិសោធន៍ និងឱកាសក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំខាងមុខ។ ដំណើរការនេះ បានរួមចំណែកដល់ការលើកកំពស់ការយល់ដឹង និងផ្តល់ការគាំទ្រដល់ OVC។ របកគំហើញ និងអនុសាសន៍នៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្តល់ព័តិមានដល់ការរៀបចំផែនការសកម្មភាពជាតិពហុផ្នែកមួយ ដើម្បីការពារ ថែទាំ និងគាំទ្រ OVC។

វិធីសាស្ត្រ

ការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ត្រូវបានធ្វើឡើងចន្លោះពីខែមករា ដល់ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៧ ដោយទីប្រឹក្សាជាតិម្នាក់ និងទីប្រឹក្សាអន្តរជាតិម្នាក់។ ការកំណត់ផែនទីនៃការឆ្លើយតបសេវាសំរាប់ OVC ត្រូវបានធ្វើឡើង ក្នុងទំរង់ជាលំហាត់មួយដោយឡែក ដោយទីប្រឹក្សាចំនួនពីររូបផ្សេងទៀត។ ទីប្រឹក្សាទាំងបួននាក់ ជួបប្រជុំគ្នាជាទៀងទាត់ក្រោមការគាំទ្ររបស់គណៈកម្មាធិការដឹកនាំ។ ផែនទីគន្លឹះ៧ ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងការវិភាគស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបទូទៅមួយ ហើយរបាយការណ៍ស្តីពីការកំណត់ផែនទីលំអិត ត្រូវបានបោះពុម្ពផ្សាយដោយឡែក៧ពីគ្នា។ លើសពីនេះទៀត ទីប្រឹក្សាទីប្រាំ ដែលជាអ្នកឯកទេសផ្នែកកញ្ចប់ស្ថិតិ បានធ្វើការវិភាគលើលទ្ធផលនៃការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥។ ការវិភាគទិន្នន័យនេះត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងខែកញ្ញាឆ្នាំ២០០៧[7] ហើយបានបំពេញបន្ថែមលើរបកគំហើញបឋមពីការវិភាគស្ថានភាព។

វិធីសាស្ត្រប្រមូលទិន្នន័យ

១. ការពិនិត្យឯកសារជាង១៥០ប្រភេទ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហា OVC និងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា និងបណ្តាប្រទេសដទៃទៀតនៅក្នុងពិភពលោក ត្រូវបានធ្វើឡើង ដើម្បីស្វែងយល់ពីបញ្ហាដែល OVC កំពុងជួបប្រទះ ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍លើកុមារ និង អ្នកថែទាំរបស់ពួកគេឱ្យបានច្បាស់លាស់ និងដើម្បីកំណត់សមាសធាតុសំខាន់ៗនៃការឆ្លើយតប។

២. ទិន្នន័យ និងរបាយការណ៍ស្តីពីការអង្កេត CDHS ចំនួនពីរ ត្រូវបានវិភាគដោយប្រើប្រាស់កញ្ចប់ស្ថិតិសំរាប់វិទ្យាសាស្ត្រសង្គម (SPSS)[3]។ ការវិភាគផ្នែកស្ថិតិ រាប់បញ្ចូលនូវភាពញឹកញាប់នៃបំរែបំរួលដែលបានជ្រើសរើស និងការវិភាគលើទ្វេអថេរ និងពហុអថេរ ដែលគ្របដណ្តប់លើកត្តាមួយចំនួនដូចជាយេនឌ័រ និងប្រភេទលំនៅដ្ឋាន (ទីក្រុង/ជនបទ)។ ការធ្វើតេស្តស្ថិតិជីស្ការ៉េ (chi-square)លើបំរែបំរួលដែលបានជ្រើសរើស ក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់ផងដែរ។ អង្គការយូនីសេហ្វ បានបញ្ចូលរបកគំហើញនៃការអង្កេត CDHS ទៅក្នុងការវិភាគស្ថានភាពទូទៅ។

៣. ការកំណត់ផែនទីថ្នាក់ជាតិលើសេវាសំខាន់ៗ ដែលផ្តល់ជូនកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទីប្រឹក្សាចំនួនពីរនាក់តាមរយៈអង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី។

---

[7] ទិន្នន័យដើមនៃ CDHS ឆ្នាំ២០០៥ ពុំអាចរកបានឡើយពីដំបូងៗ។

[3] ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវិធីសាស្ត្រអនុវត្តន៍ការអង្កេត CDHS មានចែងនៅក្នុងសេចក្តីបន្ថែមទី២។

៤. កិច្ចសម្ភាសន៍ និងការពិភាក្សាស៊ីជំរៅ ត្រូវបានសំរបសំរួលជាមួយអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានចំនួន៨៤នាក់ និងការពិភាក្សាជាក្រុមចំនួនបី ជាមួយស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។ ក្រុមការងារចំនួនប្រាំ ដែលមានអ្នកចូលរួមចំនួន៨៧នាក់ ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីកំណត់ និងពិភាក្សាលើស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបចំពោះ OVC បន្ថែមទៀត។

៥. កិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការដឹកនាំចំនួនបួន កិច្ចប្រជុំលេខាធិការដ្ឋានចំនួនពីរ និងកិច្ចប្រជុំក្រុមការងារ OVC ថ្នាក់ជាតិចំនួនមួយ ដោយមានអ្នកចូលរួមចំនួន៥៥នាក់ ត្រូវបានប្រារព្ធធ្វើឡើង។ ក្នុងកំឡុងនៃកិច្ចប្រជុំទាំងនេះ មានការបង្ហាញសេចក្តីព្រាងរបាយការណ៍ និងរបាយការណ៍ស្តីពីដំណើរការប្រព្រឹត្តទៅនៃក្រុមការងារ និងបានពិភាក្សាអំពីបញ្ហាសំខាន់ៗមួយចំនួនផងដែរ។

៦. សិក្ខាសាលាជាតិស្តីពីការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវមួយ ត្រូវបានប្រារព្ធធ្វើឡើងរយៈពេលពីរថ្ងៃ (ថ្ងៃទី២៦ និងថ្ងៃទី២៧ ខែមេសា ឆ្នាំ២០០៧) ដើម្បីពិនិត្យលើរបកគំហើញ និងសេចក្តីសន្និដ្ឋាន ដែលជាលទ្ធផលនៃការវាយតំលៃ។

ការវិភាគទិន្នន័យ

ឯកសារ និងព័ត៌មានដែលប្រមូលបានតាមរយៈការសម្ភាសន៍ ក្រុមការងារ និងការពិភាក្សាជាផ្លូវការ និងមិនផ្លូវការ ដែលទាក់ទងទៅនឹងស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ត្រូវបានវិភាគ ដោយភាគច្រើនប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដដែលៗ។ ការវិភាគបឋមនេះ បានកំណត់ពីបញ្ហា ដែលបន្ទាប់មកបញ្ហាទាំងនោះត្រូវបានពិនិត្យលំអិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងក្រុមការងារ និងកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការដឹកនាំ កិច្ចសម្ភាសន៍ និងតាមរយៈឯកសារនានា។

ការវិភាគ និងការបកស្រាយទិន្នន័យ ដែលជាលទ្ធផលទទួលបានពីការពិភាក្សានៅក្នុងក្រុមការងារ កិច្ចសម្ភាសន៍ អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ និងការពិនិត្យឯកសារ ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈសិក្ខាសាលាជាតិស្តីពីការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវ ដែលប្រារព្ធធ្វើឡើងរយៈពេលពីរថ្ងៃ គឺថ្ងៃទី២៦ និងថ្ងៃទី២៧ ខែមេសា ឆ្នាំ២០០៧។ សេចក្តីព្រាងរបាយការណ៍ ត្រូវបានចែកជូនសមាជិកគណៈកម្មាធិការដឹកនាំ ដើម្បីសុំយោបល់បន្ថែម និងព័ត៌មានត្រឡប់។

ការកំរិត

វាជាការសំខាន់ក្នុងការកត់សំគាល់ថា របកគំហើញនៃការវិភាគទិន្នន័យនៃការអង្កេត CDHS បានមកពីការវិភាគលើការអង្កេតតាមគ្រួសារ និងដូច្នេះ បើតាមនិយមន័យ កុមារដែលរស់នៅខាងក្រៅគ្រួសារ ដូចជាកុមារអនាថា ឬកុមារដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌល ពុំត្រូវបានបង្ហាញជាតំណាងឡើយ ។ មិនតែប៉ុណ្ណោះ មានភាពខុសគ្នាមួយចំនួនរវាង CDHS ឆ្នាំ២000 និង CDHS ឆ្នាំ២០០៥ ដែលបានប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការប្រៀបធៀបការអង្កេតទាំងនេះ ។ ឧទាហរណ៍ នៅក្នុង CDHS ឆ្នាំ២000 សំណួរអំពីស្ថានភាពនៃការរស់រានរបស់ឪពុកម្តាយត្រូវបានសួរចំពោះតែកុមារអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ចំណែកនៅក្នុង CDHS ឆ្នាំ២០០៥ សំណួរត្រូវបានសួរចំពោះកមារអាយុក្រោម១៧ឆ្នាំ ។ ដូច្នេះ ការប្រៀបធៀបរវាងការអង្កេតទាំងពីរនេះ បានប្រើរយៈពេលខ្លី ខណៈដែលការវិភាគលើទិន្នន័យនីមួយៗនៃ CDHS ឆ្នាំ២០០៥ បានប្រើប្រាស់កុមារអាយុពី0 ដល់១៧ឆ្នាំ ។

២ : កំណត់និយមន័យ និងបរិមាណកុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគ អេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត (OVC)

កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ត្រូវបានកំណត់និយមន័យនៅក្នុងគោលនយោបាយជាតិស្តីពីការថែទាំជំនួសឆ្នាំ២០០៦[8] ។ ដូច្នេះ ការវិភាគស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបនេះ គោរពតាមនិយមន័យនេះ ។ ដូច្នេះ ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូននៅក្នុងការវាយតំលៃនេះ នឹងគ្របដណ្តប់លើកុមារដែលកំព្រា ដោយមូលហេតុទាំងអស់ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ដែលមានទិន្នន័យគ្រប់គ្រាន់ ។

២.១ កុមារកំព្រា :

<u>និយមន័យកុមារកំព្រាៈ</u>
កុមារកំព្រា គឺជាកុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ ដែលបានបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ ឬទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ ។ កុមារដែលបានបាត់បង់ទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ ត្រូវបានគេហៅថា កុមារកំព្រាឪពុកម្តាយ ។
កុមារកំព្រាម្តាយ គឺជាកុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំដែលម្តាយបានស្លាប់ ហើយប្រហែលជាឪពុកដែរ បានស្លាប់ (រាប់បញ្ចូល ទាំងកុមារកំព្រាឪពុកម្តាយ) ។
កុមារកំព្រាឪពុក គឺជាកុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំដែលឪពុកបានស្លាប់ ហើយប្រហែលជាម្តាយដែរ បានស្លាប់ (រាប់បញ្ចូលទាំងកុមារកំព្រាឪពុកម្តាយ)[៩] ។

ឥទ្ធិពលផ្គុំគ្នានៃភាពក្រីក្រ អាហារូបត្ថម្ភមិនល្អ អនាម័យមិនគ្រប់គ្រាន់ គ្រោះថ្នាក់ និងរបួសស្នាម មេរោគអេដស៍ និងបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត បូករួមជាមួយលទ្ធភាពទទួលបាន សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានគុណភាពនៅមានកំរិតនោះ មានន័យថា អាយុកាលជាមធ្យមនៅកម្ពុជា មានកំរិតទាប។ ជាលទ្ធផល កុមារប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់នៃការបាត់បង់ម្តាយ ឬឪពុក ទាំងនៅក្មេងនៅឡើយ ។

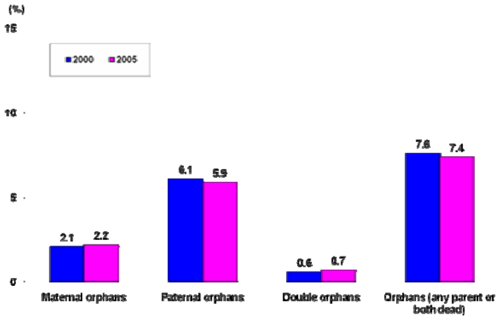
<u>កុមារកំព្រាក្នុងក្រុមអាយុពី០-១៤ឆ្នាំៈ និន្នាការពីការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥</u>

<u>ប្រេវ៉ាឡង់នៃកុមារកំព្រា</u>

[8] "Children exposed to one or more of the vulnerability situations described below have been categorised into children in need of special protection or children at risk: children in need of special protection include: orphans; abandoned children; children infected or affected by HIV; abused children whether sexually; physically or emotionally; street children; children in conflict with the law; children victims of exploitation whether sexually or any forms of harmful labour; children with disabilities; children addicted to drugs; and children whose basic physical needs are not being met." (MoSVY, Policy on the Alternative Care for Children, 2006, p. 7)
[9] L.A. Gulaid, The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, 2004, 2004

រូបភាពទូទៅសំរាប់កុមារកំព្រាអាយុពី ០-១៤ឆ្នាំ នៅកម្ពុជា បានផ្លាស់ប្តូរបន្តិចបន្តួចពីឆ្នាំ២០០០ ដល់ ២០០៥ (រូបភាពទី១) ។ ក្នុងឆ្នាំ២០០០ កុមារកម្ពុជាចំនួន៧.៦%ដែលមានអាយុពី ០-១៤ឆ្នាំ បានបាត់បង់ឪពុក ឬ ម្តាយ ហើយនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ តួលេខ គឺ៧.៤% ។ កុមារកំព្រាឪពុកមានចំនួនច្រើនជាងកុមារកំព្រាម្តាយនៅកម្ពុជា (៦.១%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ និង៥.៩%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥) ធៀបទៅនឹងកុមារកំព្រាម្តាយដែលមានចំនួន (២.១% នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០និង២.២%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥) ។ នេះអាចជាឆ្លុះបញ្ចាំងពីសមាមាត្រនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃបុរសដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេស ក្នុងរយៈពេល១០ឆ្នាំកន្លងមក ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី កុមារកំព្រានៅក្នុងទិន្នន័យ អាចបណ្តាលមកពីមូលហេតុនៃមរណភាពផ្សេងទៀត ដូចជា ជំងឺ របួស អំពើហឹង្សា និងមិនមែនជំងឺអេដស៍តែម្យ៉ាងឡើយ ។ មានកុមារតិចតួចប៉ុណ្ណោះ ដែលកំព្រាទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ ។

រូបភាពទី១. ស្ថានភាពកុមារកំព្រា ក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី ០-១៤ឆ្នាំ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ (CDHS)



រូបភាពទូទៅសំរាប់កុមារកំព្រា អាយុពី ០-១៤ឆ្នាំ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានផ្លាស់ប្តូរបន្តិចបន្តួចពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ២០០៥ ។

ការបែងចែកទៅតាមខេត្ត

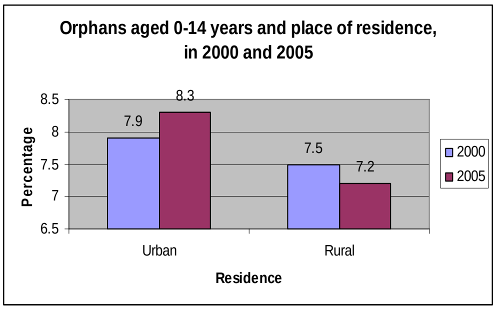
មានបំរែបំរួលដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ ក្នុងចំណោមប្រេវ៉ាឡង់កុមារកំព្រានៅតាមបណ្តាខេត្ត ទូទាំងប្រទេស ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ ក្រុងកែប (១៩.៥%) ខេត្តសៀមរាប និងកំពង់ធំ (១២.២%) មានសមាមាត្រកុមារកំព្រាខ្ពស់ជាងគេបំផុត ។ ខេត្តឧត្តរមានជ័យមានចំនួនកុមារដែលកំព្រាទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ ច្រើនជាងគេបំផុត (២.៧%) ទូទាំងប្រទេស ។

នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ CDHS បានជ្រើសរើសចង្កោមក្របគំរូផ្សេងមួយ ហើយដូច្នេះខេត្តមួយចំនួន ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសជាគំរូដោយឡែក១ពីគ្នាក្នុងឆ្នាំ២០០០ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលគ្នាជាក្រុមក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ។ ជាលទ្ធផល ការប្រៀបធៀបដោយផ្ទាល់លើប្រេវ៉ាឡង់នៅក្នុងខេត្តមួយចំនួន ពុំអាចធ្វើទៅបាន ។ ខេត្តដែលមានសមាមាត្រចំនួនកុមារកំព្រាច្រើនជាងគេនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ រួមមានខេត្តបាត់ដំបង/ក្រុងប៉ៃលិន (ស្ថិតក្នុងក្រុមតែមួយ ៩.៨%) ឧត្តរមានជ័យ (៩.៤%) និងសៀមរាប (៩.០%) ។

យេនឌ័រ និងទីកន្លែងរស់នៅ

ការបែងចែកយេនឌ័រស្ទើរតែមានភាពស្មើគ្នាក្នុងចំណោមកុមារកំព្រា ។ទាក់ទងនឹងទីកន្លែងរស់នៅប្រេវ៉ាឡង់នៃកុមារកំព្រា ស្ទើរតែមានលក្ខណៈដូចគ្នានៅតំបន់ក្រុង និងជនបទ ។ ប៉ុន្តែ ចំនួនទូទៅនៃកុមារដែលរស់នៅជនបទ មានចំនួនច្រើន ។ បន្ទុកនៃការដោះស្រាយតំរូវការរបស់កុមារកំព្រា ក៏មានច្រើននៅជនបទផងដែរ ។ហាក់ដូចជាមានការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅតិចតួចពីជនបទទៅទីក្រុង ក្នុងចំណោមកុមារកំព្រាដែលមានអាយុពី០-១៤ឆ្នាំ នៅចន្លោះពីឆ្នាំ២០០០ដល់ឆ្នាំ២០០៥ ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី២ ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៧ កុមារកំព្រា ដែលរស់នៅតំបន់ក្រុង មានចំនួន៧,៩% ដោយឡែកនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ តួលេខនេះ បានឡើងដល់៨,៣% ។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរ ចំនួនភាគរយនៃកុមារកំព្រាដែលរស់នៅតាមទីជនបទ បានធ្លាក់ចុះពី៧,៥% មកនៅត្រឹម៧,២% ក្នុងអំឡុងពេលដូចគ្នានេះដែរ ។

រូបភាពទី២. ស្ថានភាពកុមារកំព្រា តាមទីកន្លែងរស់នៅក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី០-១៤ឆ្នាំ ក្នុងឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ (CDHS)



បើទោះបីជាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារកំព្រា រវាងតំបន់ទីក្រុង និង ជនបទ ស្ទើរតែប្រហាក់ប្រហែលគ្នាក្តី តំបន់ជនបទមានបន្ទុកកុមារកំព្រាធ្ងន់ជាង ព្រោះកុមារភាគច្រើនរស់នៅជនបទ ។

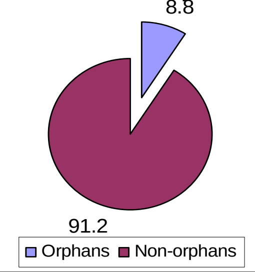
កុមារកំព្រាអាយុពី ០-១៧ឆ្នាំនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ :

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ និង ប្រភេទ :

ទិន្នន័យនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ បង្ហាញថា កុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ ចំនួន៨,៨% គឺជាកុមារកំព្រា (តែឪពុក ឬម្តាយ ឬទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ) (រូបភាពទី៣) ។ ប្រសិនបើយើងអនុវត្តចំនួនទៅនឹងភាគរយទាំងនេះ ដោយប្រើប្រាស់តួលេខនៃការប៉ាន់ស្មានប្រជាជនឆ្នាំ២០០៤[១០] គេអាចប៉ាន់ប្រមាណបានថា មានកុមារកំព្រាចំនួន៥៩៣,០០០នាក់ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ។

[10] Ministry of Planning, National Institute of Statistics, Population Projections 1998-2020, June 2004

Figure 3: Percentage of children who lost one or both parents



> ៨,៨% នៃកុមារសរុបក្នុងប្រទេសកម្ពុជាគឺជាកុមារកំព្រា។ ពួកគេភាគច្រើនបានបាត់បង់ឪពុក។

ក្នុងចំណោមកុមារទាំងអស់ កុមារចំនួន២,៦% បានបាត់បង់ម្តាយ និង៧%បានបាត់បង់ឪពុក ចំណែកកុមារចំនួន ០,៨%បានបាត់បង់ទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ។ ពុំមានភាពខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សំគាល់រវាងក្មេងប្រុស និងក្មេងស្រីដែលជាកុមារកំព្រាឡើយ។ កុមារកំព្រាទាំងនេះ បានបាត់បង់ឪពុកម្តាយដោយសារមូលហេតុខុសៗគ្នា ហើយបច្ចុប្បន្ននេះ ពុំមានការប៉ាន់ស្មានចំនួនកុមារកំព្រាដែលបណ្តាលមកពីជំងឺអេដស៍ទេ។

យោងតាមរបាយការណ៍ស្តីពី ការថែទាំជំនួសរបស់ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា ក្រៅពីកុមារកំព្រាដែលរស់នៅតាមគ្រួសារ (៥៥៣,០០០នាក់) មានកុមារកំព្រាចំនួន៦,១២១នាក់ ដែលកំពុងរស់នៅតាមមជ្ឈមណ្ឌលកុមារកំព្រា[១១]។ ក្នុងចំណោមកុមារកំព្រាដែលកំពុងរស់នៅតាមមណ្ឌលកុមារកំព្រា កុមារចំនួន៦០នាក់ ត្រូវបានគេដឹងថាបានបាត់បង់ឪពុកម្តាយ ឬបាត់បង់តែឪពុក ឬម្តាយ ដោយសារជំងឺអេដស៍។

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារកំព្រាតាមអាយុ :

ដូចគេរំពឹងទុកជាទូទៅ ភវនីយភាពនៃការបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ មានការកើនឡើងនៅក្នុងជីវិតរបស់កុមារ។ តាមពិត ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុចន្លោះពី១៥ ដល់១៧ឆ្នាំ កុមារស្ទើរតែ១នាក់ក្នុងកុមារ៦នាក់ (១៦%) បានបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ យោងតាមទិន្នន័យឆ្នាំ២០០៥ ដូចបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី១។ វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវពិនិត្យលើក្រុមអាយុរបស់កុមារកំព្រា ពីព្រោះតំរូវការរបស់កុមារដែលមានអាយុខុសគ្នាមានលក្ខណៈខុសគ្នា ហើយកម្មវិធីដែលដោះស្រាយបញ្ហារបស់ក្រុមនីមួយៗក៏ដូច្នោះដែរ។

តារាងទី១. ស្ថានភាពរបស់កុមារកំព្រា តាមក្រុមអាយុ ក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី០-១៧ឆ្នាំ ឆ្នាំ២០០៥ (n=33,649)

	ភាគរយនៃកុមារ	ភាគរយនៃកុមារ	ភាគរយនៃកុមារកំព្រា	ភាគរយនៃកុមារកំព្រា (ដែលឪពុកម្តាយ

[11] ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និង យុវនីតិសម្បទា (២០០៧) របាយការណ៍ស្តីពីការថែទាំជំនួស ២០០៧ [ពុំទាន់បោះពុម្ពផ្សាយ]

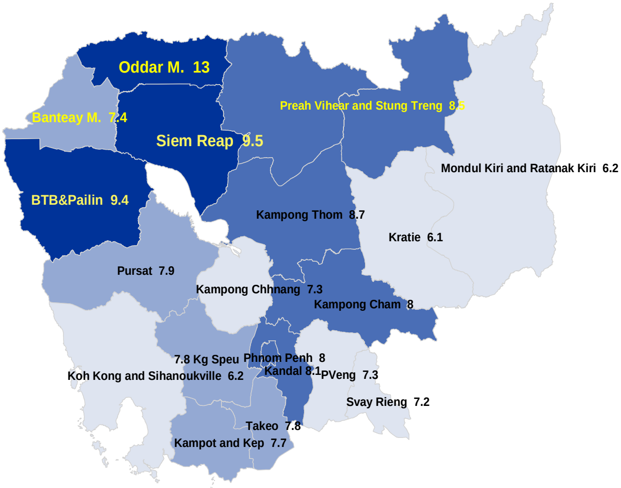
	កំព្រាម្តាយ	កំព្រាឪពុក	ទាំងម្តាយ ទាំងឪពុក	ឬតែឪពុក ឬម្តាយបានស្លាប់)
ក្រុមអាយុ				
០-៤	០,៧% (៥៥)	២,១% (១៧៦)	០,២% (១៣)	២,៦% (២១៨)
៥-៩	២,០% (១៨៣)	៥,៣% (៤៨៣)	០,៦% (៥៧)	៦,៧% (៦០៩)
១០-១៤	៣,៦% (៣៨៩)	៩,៤% (១០១២)	១,១% (១២១)	១១,៨% (១២៨០)
១៥-១៧	៤,៧% (២៥២)	១២,៨% (៦៨៤)	១,៤% (៧៥)	១៦,១% (៨៦១)
សរុបចំនួនកុមារអាយុពី ០-១៧ឆ្នាំ	**២,៦% (៨៧៩)**	**៧,០% (២៣៥៥)**	**០,៨% (២៦៦)**	**៨,៨% (២៩៦៨)**

ប្រភពឯកសារ : ការវិភាគទិន្នន័យបែបបរិមាណលើ CDHS ឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥, C. Wolf សំរាប់យូនីសេហ្វកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៧

ការបែងចែកកុមារកំព្រាតាមខេត្តនីមួយៗ :

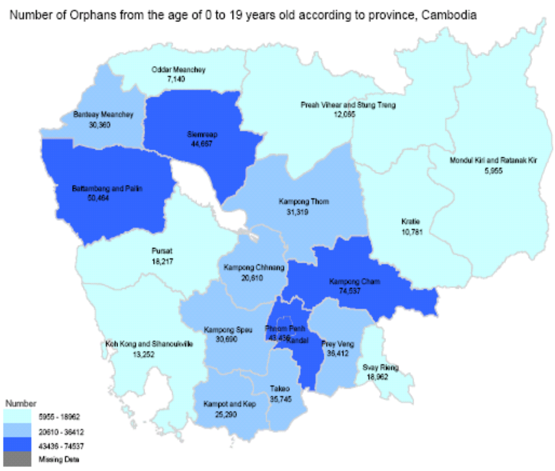
ផែនទីនៅក្នុងរូបភាពទី៤ បង្ហាញអំពីចំនួននៃកុមារកំព្រា (ទាំងឪពុកទាំងម្តាយ ឬតែឪពុក ឬម្តាយ) ទៅតាមខេត្តដែលពួកគេរស់នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥។ ទិន្នន័យនេះបង្ហាញថា ខេត្តដែលមានចំនួនមារកំព្រាច្រើនជាងគេជាទូទៅគឺខេត្តដែលស្ថិតនៅភាគខាងជើង និងពាយព្យនៃប្រទេសកម្ពុជា។ តំបន់ទាំងនេះក៏ជាតំបន់ដែលសកម្មភាពខ្មែរក្រហមបានបន្តយូជាងគេ និងជាតំបន់ដែលសំបូរទៅដោយមីនកប់ដី។ នៅតំបន់ព្រំប្រទល់ដែនភាគខាងជើង និងខេត្តសៀមរាប ក៏មានអត្រាឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ផងដែរ។

រូបភាពទី៤. ភាគរយនៃកុមារកំព្រាតាមខេត្តនីមួយៗនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ (CDHS)



បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី នៅពេលដែលចំនួនភាគរយនៃកុមារកំព្រា ត្រូវបានយកទៅគណនាធៀបទៅនឹងចំនួនប្រជាជននៅក្នុងខេត្តនីមួយៗ ខេត្តដែលមានចំនួនកុមារកំព្រាច្រើនជាងគេ គឺខេត្តកំពង់ចាម ដោយចំនួនកុមារកំព្រានៅក្នុងខេត្តនេះ មានច្រើនជាងខេត្តផ្សេងទៀតស្ទើរតែពីរដង។ ខេត្តដែលមានចំនួនកុមារកំព្រាច្រើនជាងគេបន្ទាប់ពីខេត្តកំពង់ចាម រួមមាន ខេត្តបាត់ដំបង/ក្រុងប៉ៃលិន និងខេត្តសៀមរាប (រូបភាពទី៥)។

រូបភាពទី៥. ចំនួនកុមារកំព្រាអាយុពី ០-១៩ឆ្នាំ[១២] នៅតាមខេត្តនីមួយៗ (CDHS ឆ្នាំ២០០៥ និងការប៉ាន់ស្មានប្រជាជនឆ្នាំ២០០៤)



២.២ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍

កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍រួមមាន (១) កុមារអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (២) កុមារដែលបានបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ ដោយសារជំងឺអេដស៍ (៣) កុមារដែលការរស់រាន សុខុមាលភាព ឬការលូតលាស់ ត្រូវបានគំរាមកំហែង ឬផលប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជមានដោយមេរោគអេដស៍ និង (៤) កុមារដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ និង/ឬគ្រួសារទាំងឡាយដែលបាននិងកំពុងចិញ្ចឹមកុមារដែលកំព្រា ឬផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅដោយសារមេរោគអេដស៍[១៣] ។ បច្ចុប្បន្ននេះ ពុំមានការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ឡើយ ។

២.២.១ កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

សិក្ខាសាលាជាតិស្តីពីការកសាងការព្រមព្រៀងរួមលើការប៉ាន់ស្មានមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ដែលប្រារព្ធធ្វើឡើង នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៧ បានទទួលស្គាល់ថា មានកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រមាណ៣,៨០០នាក់ នៅកម្ពុជា ។

[12] ក្រុមអាយុពី ០-១៩ឆ្នាំ ត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងផែនទីនេះ ដោយសារការគណនាចំនួនប្រជាជនក្នុងឆ្នាំ២០០៤ ពុំបានផ្តល់ទិន្នន័យអំពីរបែងចែកអាយុរបស់កុមារ តាមខេត្តនីមួយៗឡើយ ។

[13] UNICEF, Child Protection and Children Affected by HIV and AIDS (New York: UNICEF, 2006)

ទិន្នន័យនៃកម្មវិធីជាតិធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ បង្ហាញថា នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ មានកុមារអាយុក្រោម១៤ឆ្នាំ ចំនួន១០,៣៧៨នាក់ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (កុមារាចំនួន៥,១៧៦នាក់ និងកុមារីចំនួន៥,២០២នាក់)។ ក្នុងចំណោមកុមារដែលបានធ្វើតេស្តឈាម កុមារចំនួន១,១១៨នាក់ (១៤%) ត្រូវបានរកឃើញថាមានមេរោគអេដស៍ (កុមារាចំនួន៦៩២ នាក់ និងកុមារីចំនួន៧៥៦ នាក់)[១៤] ។ អត្រានេះ មិនអាចប្រើប្រាស់ជាតំណាងឱ្យចំនួនកុមារសរុបនៅទូទាំងប្រទេសបានឡើយ ។

គេបានប៉ាន់ស្មានថា មួយភាគបីនៃករណីចម្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីនៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន គឺបណ្តាលមកពីការចម្លងពីម្តាយទៅកូន[១៥] ។ កុមារភាគច្រើនឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការចម្លងដោយផ្ទាល់ពីម្តាយទៅកូន។ ដោយស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ១,១%ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រសិនបើពុំមានអន្តរាគមន៍កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) ទេនោះ គេប៉ាន់ស្មានថាក្នុងមួយឆ្នាំៗនឹងមានទារកប្រមាណ១,៥៤៧ នាក់ ដែលនឹងកើតមកដោយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

កុមារក៏អាចឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការរួមភេទផងដែរ ។ គេបានប៉ាន់ស្មានថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងដែលបានរួមភេទ (អាយុពី១៥-២៤ឆ្នាំ) មានចំនួន០,៦% ហើយបុរសវ័យក្មេងដែលបានរួមភេទ (អាយុពី១៥-២៤ឆ្នាំ) ចំនួន០,៣%។ ចំនួនដ៏តិចតួចនៃកុមារអាយុពី១៥-១៨ឆ្នាំ ដែលសកម្មផ្លូវភេទ នៅក្នុងការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ ពុំអាចធ្វើឱ្យយើងប៉ាន់ស្មានបានត្រឹមត្រូវអំពីប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍នៅក្នុងក្រុមនេះបានឡើយ[១៦] ។

ការអង្កេតតាមដានជំងឺកាមរោគ (STISS) បានរាយការណ៍ថា ២៨%នៃក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរសដែលបានចូលរួមក្នុងការអង្កេតតាមដាន មានអាយុចន្លោះពី១៥ដល់១៩ឆ្នាំ ហើយ៦%នៃអ្នកចូលរួមទាំងនោះ ធ្លាប់កើតជំងឺកាមរោគ។ ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ពុំបានរាយការណ៍អំពីក្រុមអាយុឡើយ ប៉ុន្តែ ការអង្កេតមួយដែលធ្វើឡើងនៅទីក្រុងភ្នំពេញ បានរកឃើញថា ក៏រិតភាគរយដ៏ខ្ពស់ គឺប្រមាណ៨,៧%នៃក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរសមានមេរោគអេដស៍ ហើយប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ជាទូទៅសំរាប់ក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរស គឺ៥,១%[១៧] ។

---

[14] Panha, S. (2007). <u>HIV testing for Children</u>. The NCHADS HIV and AIDS Paediatric Symposium.
[15] MAP (2004) AIDS in Asia: Face the Facts
[16] National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Cambodia], et al, <u>Cambodia Demographic and Health Survey 2005</u> (Phnom Penh and Calverton, Maryland: National Institute of Public Health, National Institute of Statistics, 2006)
[17] NCHADS, STI Sentinel Surveillance 2005, 2006

២.៣ កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត

បើធៀបទៅនឹងមនុស្សពេញវ័យ កុមារគ្រប់រូបសុទ្ធតែជាអ្នកដែលងាយរងគ្រោះ ដោយសារពួកគេមានអាយុតិចជាង រាងកាយតូចជាង ហើយបទពិសោធន៍ក្នុងជីវិត ភាពចាស់ទុំ និងមធ្យោបាយដោះស្រាយបញ្ហា នៅមានកំរិត ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងនេះក្តី កុមារមួយចំនួនមានភាពងាយរងគ្រោះធ្ងន់ធ្ងរជាងកុមារដទៃទៀត។

ភាពងាយរងគ្រោះជាក់លាក់មួយចំនួន ត្រូវបានបង្ហាញខាងក្រោម ហើយប្រសិនបើមានទិន្នន័យ ការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនកុមារដែលត្រូវបានប៉ះពាល់ ក៏ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលផងដែរ។ ប៉ុន្តែ វាជាដែលត្រូវកត់សំគាល់ថា ភាពងាយរងគ្រោះជាច្រើន មានលក្ខណៈជាន់គ្នា ហើយកុមារងាយរងគ្រោះម្នាក់ អាចធ្លាក់ចូលក្នុងប្រភេទចំរុះយ៉ាងងាយ ដូច្នេះវាជាលំបាកក្នុងការប៉ាន់ស្មានចំនួននៃកុមារទាំងនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។

២.៣.១ កុមារដែលឪពុកម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ

ប្រវ៉ាឡង់នៃកុមារដែលឪពុកម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬ ស្លាប់

ខណៈដែលការស្លាប់របស់ឪពុក ឬ ម្តាយ បង្កការលំបាកដល់កុមារ ការដែលឪពុក ឬ ម្តាយមានជំងឺ ក៏មានផលប៉ះពាល់លើសូចនាករផ្នែកសុខភាព និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់កុមារ ដូចដែលបានបង្ហាញដោយទិន្នន័យ CDHS ផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ៖ កុមារដែលឪពុកម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ទំនងជាមិនមានសំភារៈជាមូលដ្ឋានមួយចំនួន ដូចជា ស្បែកជើង និងសំលៀកបំពាក់ពីរសំរាប់ ឬច្រើនជាងនេះ ដូចកុមារកំព្រា និងកុមារមិនកំព្រាឡើយ។ ជាទូទៅ យោងតាមទិន្នន័យឆ្នាំ២០០៥ ៦.១%នៃកុមារអាយុពី០-១៧ឆ្នាំ មានឪពុកម្តាយ ឬឪពុក ឬម្តាយ ដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងររយៈពេលបីខែ ឬយូរជាងនេះ នៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ។ វាជាការសំខាន់ក្នុងការកត់សំគាល់ថា ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរាប់បញ្ចូលជំងឺគ្រប់ប្រភេទ និងរបួសស្នាមដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពផ្សេងទៀត មិនមែនគ្រាន់តែមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ប៉ុណ្ណោះទេ។

> នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ៦.១%នៃកុមារអាយុពី០-១៧ឆ្នាំ មានឪពុកម្តាយ ឬ ឪពុក ឬម្តាយ ដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងររយៈពេលបីខែ ឬយូរជាងនេះ នៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ។

ដោយប្រើប្រាស់តួលេខនៃការប៉ាន់ស្មានប្រជាជននៅក្នុងឆ្នាំ២០០៤ ភាគរយនេះស្មើនឹងកុមារប្រមាណ ៣៨៣,០០០នាក់ ដែលមានឪពុកម្តាយ ឬឪពុក ឬម្តាយ មានជំងឺធ្ងន់ធ្ងររយៈពេលបីខែ ឬ យូរជាងនេះ។

ការបែងចែកកុមារដែលមានឪពុកម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ តាមខេត្តនីមួយៗ

បន្ទុកនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃពុំមានលក្ខណៈដូចគ្នានៅក្នុងបណ្តាខេត្តទូទាំងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជានោះទេ ប៉ុន្តែ បន្ទុកនេះ ទំនងជាមានកំរិតខ្ពស់នៅតំបន់ជនបទ។ ខេត្តដែលមានចំនួនកុមារដែលមានឪពុក ឬម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃខ្ពស់ជាងគេនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ គឺខេត្តកំពង់ធំ (២០,៣%) កំពង់ស្ពឺ (១២,១%) និងបន្ទាយមានជ័យ (១១,២%) ដូចមានបង្ហាញខាងក្រោម។ ខេត្តដែលគួរឱ្យកត់សំគាល់ជាពិសេស ខេត្តកំពង់ធំ ដែលកុមារចំនួន២០% មានឪពុក ឬម្តាយ ដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ហើយកុមារ១នាក់ក្នុងចំណោមកុមារ៤នាក់ (២៧,៧%) មានឪពុក ឬម្តាយ ដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬស្លាប់។

២.៣.២ កុមារអនាថា

កុមារអនាថាត្រូវបានចាត់ទុកថាស្ថិតក្នុងចំណោមកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុតនៅកម្ពុជា ផងដែរ *"ពីព្រោះពួកគេអស់សង្ឃឹមក្នុងជីវិត និងហ៊ានធ្វើអ្វីៗទាំងអស់ដើម្បីរស់ ។ ពួកគេក៏នៅឆោតល្ងង់យ៉ាងខ្លាំង និងពុំមានសមត្ថភាព ក្នុងការប្រឈមមុខទៅនឹងតថភាពនៃជីវិតតាមចិញ្ចើមផ្លូវផងដែរ ហើយប្រសិនបើគ្មានការណែនាំ កុមារទាំងនេះនឹងធ្វើការសំរេចចិត្ត និងជ្រើសរើសនូវជំរើសដែលមានគ្រោះថ្នាក់"*[១៨] ។

ជាទូទៅ កុមារអនាថាត្រូវបានបែងចែកជាបីក្រុម : ១) កុមារដែលរស់នៅតាមចិញ្ចើមផ្លូវ គឺជាកុមារដែលពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រួសារ និងបានយកចិញ្ចើមផ្លូវធ្វើជាផ្ទះសម្បែងរបស់ពួកគេ ២) កុមារដែលធ្វើការងារតាមចិញ្ចើមផ្លូវ គឺជាកុមារដែលធ្វើការតាមចិញ្ចើមផ្លូវ ប៉ុន្តែយ៉ាងហោចណាស់ពួកគេត្រលប់ទៅផ្ទះវិញម្តងម្កាល និង៣) កុមារដែលរស់នៅតាមចិញ្ចើមផ្លូវជាមួយគ្រួសារ - ចំនួននៃកុមារទាំងនេះមានការកើនឡើង និងធ្លាក់ចុះទៅតាមរដូវកាល ហើយមានចន្លោះពីពីរបីរយ ដល់ពីរបីពាន់នាក់។

មានការចងក្រងឯកសារលើចំនួនកុមារអនាថា ប៉ុន្តែការចងក្រងឯកសារនេះ នៅមានកំរិតនៅឡើយ។ បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី យើងមានទិន្នន័យសំរាប់ទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តសៀមរាប និងក្រុងព្រះសីហនុ។ យោងតាមអង្គការមិត្តសំឡាញ់[១៩] (ប្រភព: ការអង្កេតដែលមិនបានគ្រោងទុកឆ្នាំ២០០៦-២០០៧របស់អង្គការមិត្តសំឡាញ់) គេប៉ាន់ស្មានថា មានកុមារអនាថាចំនួន១៧,០០០នាក់ នៅក្រុងភ្នំពេញ ១.២០០នាក់នៅក្រុងប៉ៃលិន ១.៥០០នាក់នៅខេត្តសៀមរាប ១.៣០០នាក់នៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ និង៣.៧០០នាក់នៅក្រុងព្រះសីហនុ។ ដូច្នេះការប៉ាន់ស្មានដ៏ទាប គឺកុមារអនាថាមានត្រឹមតែ២៤,៧០០នាក់ប៉ុណ្ណោះ។[4] តាមរបាយការណ៍នានាបានដឹងថា កុមារអនាថា ក៏ឃើញមានច្រើននៅក្នុងខេត្តបាត់ដំបង និងទីប្រជុំជននៅតាមព្រំដែនជាប់ប្រទេសថៃផងដែរ។

---

[18] Mith Samlanh, 10 Years - Mith Samlanh: A Program for Street Children, Their families and Their Community.(Phnom Penh: Mith Samlanh, 2004)
[19] Mith Samlanh, "2006-2007 Snapshot Survey"

២.៣.៣ កុមារដែលកំពុងរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ

គ្រួសារចំនួន៣៥%នៅកម្ពុជា ឬគ្រួសារសរុបប្រមាណ៨៨៥,០០០គ្រួសារ កំពុងរស់នៅក្រោមបន្ទាត់ក្រីក្រ (ប្រភពឯកសារៈ ធនាគារពិភពលោកឆ្នាំ២០០៥)។ ប្រមាណមួយភាគបីនៃគ្រួសារទាំងនេះ រស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរបំផុត។ គេប៉ាន់ស្មានថា ភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ មានផលប៉ះពាល់ដល់ OVC ប្រមាណ ៣០០,០០០នាក់[២០] ។

២.៣.៤ កុមារនៃគ្រួសារចំណាកស្រុក

ការធ្វើចំណាកស្រុកដើម្បីស្វែងរកការងារធ្វើ គឺជាបញ្ហាមួយរបស់គ្រួសារដែលក្រីក្របំផុត។ ការធ្វើចំណាកស្រុកតាមរដូវកាលទៅកាន់តំបន់ក្រុង តំបន់ព្រំដែន និងតំបន់ដែលត្រូវការការងារគ្មានជំនាញ គឺជារឿងធម្មតា។ អន្តោប្រវេសន៍អន្តរជាតិ ជារឿយៗ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយខុសច្បាប់ ដោយសារពេលវេលារង់ចាំមានរយៈពេលយូរ ចំណាយខ្ពស់ និងដំណើរការដាក់ពាក្យសុំធ្វើលិខិតឆ្លងដែនកម្ពុជាមានលក្ខណៈប្រមូលផ្តុំ ។ កុមារដែលបានចូលរួមក្នុងកម្មវិធី *Small Also Have Something to Say* បានលើកឡើងថា ការធ្វើចំណាកស្រុកដែលទាក់ទងនឹងភាពក្រីក្រនេះ បានបំផ្លិចបំផ្លាញគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងបង្ហាញនូវការប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ចំពោះការឆ្លងមេរោគអេដស៍សំរាប់កុមារផងដែរ។ ពួកគេយល់ឃើញថា ឪពុករបស់ពួកគេបានត្រលប់មកផ្ទះវិញដោយនាំមេរោគអេដស៍មកជាមួយ បន្ទាប់មកម្តាយ និងប្អូនៗរបស់ពួកគេ នឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍[២១] ។ បច្ចុប្បន្ននេះពុំមានការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនកុមារនៃគ្រួសារដែលធ្វើចំណាកស្រុកឡើយ។

---

[20] ការប៉ាន់ប្រមាណត្រូវបានគណនាខណៈពេលនៃការអនុវត្តន៍លំហាត់ប៉ាន់ប្រមាណថវិការនៅខេត្តសៀមរាប ថ្ងៃ២៤-៣០ មករា ២០០៧ - សូមមើលឯកសារស្តីពីការប៉ាន់ប្រមាណថវិការ

[21] Daines L and E Ireland (2006) Small Also Have Something to Say. Save the Children Australia, DFID

២.៣.៥ កុមារដែលជាជនរងគ្រោះនៃការរំលោភបំពាន ការកេងប្រវ័ញ្ច ឬភាពព្រងើយកន្តើយ និង អំពើហិង្សា

ចំនួនជាក់ស្តែងនៃកុមារដែលជាជនរងគ្រោះនៃការរំលោភបំពាន រាប់បញ្ចូលទាំងការបំពានផ្លូវភេទ និង ការកេងប្រវ័ញ្ចនៅកម្ពុជាពុំត្រូវបានដឹងឡើយ ដោយសារពុំមានប្រព័ន្ធរាយការណ៍ថ្នាក់ជាតិដែលគួរឱ្យទុកចិត្តបាន។ អំពើហឹង្សាផ្លូវភេទ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទលើកុមារ ត្រូវបានទទួលស្គាល់ថាជាបញ្ហាដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ នៅក្នុងតំបន់។

បច្ចុប្បន្ននេះ ពុំមានទិន្នន័យអំពីចំនួនកុមារដែលត្រូវបានកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ តាមរយៈការជួញដូរឡើយ។ ការសិក្សារបស់អង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ (ILO) នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៧ បានផ្សារភ្ជាប់ការជួញដូរ និងការកេងប្រវ័ញ្ច ផ្លូវភេទលើស្ត្រី និងកុមារី ទៅនឹងការងារមួយចំនួនដូចជា ការងារបំរើតាមផ្ទះ ទម្លាប់សង្គមផ្អែកលើយេនឌ័រ បំណុលគ្រួសារ ព្រមទាំងអសមត្ថភាព និងវិបត្តិគ្រួសារ។

កុមារដែលធ្លាប់ទទួលរងអំពើហឹង្សា ពុំមែនជារឿងចម្លែកនៅទេនៅកម្ពុជា។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអង្គការទស្សនៈពិភពលោក នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ នៅស្រុកកណ្តាលស្ទឹង បានបង្ហាញថា ៥៦%នៃកុមារា និង១៩%នៃកុមារី ដែលមានអាយុពី១២-១៨ឆ្នាំ បានរាយការណ៍ថា ពួកគេធ្លាប់ត្រូវបានគ្រូវាយ។ គ្រូបង្រៀន និងឪពុកម្តាយដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍នៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ បានបញ្ជាក់ថា ពួកគេធ្លាប់បាន ប្រើប្រាស់អំពើហឹង្សាលើរាងកាយកុមារ ដើម្បីអប់រំពួកគេ[២២]។ កុមារចំនួនពាក់កណ្តាលដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ នៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ បានលើកឡើងអំពីការដែលគ្រូបង្រៀនប្រើប្រាស់អំពើហឹង្សា។

បើទោះបីជាពុំមានការប្រមូលទិន្នន័យជាតិ អំពីការប្រព្រឹត្តិអំពើហឹង្សាលើកុមារក្តី ការសិក្សាជាច្រើន បានកត់ត្រាអំពីបទពិសោធន៍របស់កុមារទាក់ទងទៅនឹងអំពើហឹង្សា។ ឧទាហរណ៍[២៣] :

[22] World Vision Cambodia (2005) Wise Before Their Time
[23] FitzGerald I (2 July 2007) Violence against women and youth attitudes: research directions. Presentation to the GTZ/University of Essen Duisberg Workshop “Youth Violence in Cambodia – Risk Factors Affecting Youth” Phnom Penh

- កុមារា៥០% និងកុមារី៣៦%ធ្លាប់ទទួលរងការវាយធ្វើបាបពីឪពុកម្តាយ
- មនុស្សវ័យក្មេងភាគច្រើន ធ្លាប់ទទួលរងអំពើហឹង្សាពីអ្នកដទៃដែលពុំមែនជាប្តី ឬ ប្រពន្ធ ដែលជាទូទៅគឺឪពុក ឬម្តាយ
- កុមារទាំងពីរភេទ ទទួលរងអំពើហឹង្សាពីឪពុកម្តាយ
- អំពើហឹង្សាពីសំណាក់ឪពុកម្តាយ ត្រូវបានមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារយល់ឃើញថាជាអំពើស្របច្បាប់
- ស្ត្រីវ័យក្មេងធ្លាប់ទទួលរងការគំរាមកំហែង (និងភាពជាក់ស្តែង) នៃអំពើរំលោភសេពសន្ថវៈ។ ឧទាហរណ៍ : ៣%នៃនារីអាយុពី១៥-១៩ឆ្នាំ ធ្លាប់ទទួលរងការបង្ខិតបង្ខំឱ្យរួមភេទលើកដំបូង[២៤]

យោងតាមការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ ស្ត្រីដែលរៀបការរួចអាយុពី១៥-១៩ឆ្នាំ ចំនួន៨% ធ្លាប់ទទួលរងនូវអំពើហឹង្សា ក្នុងរយៈកាល១២ខែកន្លងមក និង២០%ធ្លាប់ទទួលរងអំពើហឹង្សា តាំងពីពួកគេអាយុ១៥ឆ្នាំ។

ការរំលោភបំពាន ភាពព្រងើយកន្តើយ និងការប្រឈមនឹងវិបត្តិផ្លូវចិត្ត និងគ្រោះថ្នាក់ ដែលចេះតែបន្ត អាចធ្វើឱ្យកុមារ និងយុវជនអស់ក្តីសង្ឃឹម។ កុមារដែលគ្មានក្តីសង្ឃឹម អាចក្លាយជាកុមារដែលងាយរងគ្រោះទៅនឹងភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ការសេពគ្រឿងញៀន និងឈានទៅមានទំនាស់ជាមួយច្បាប់[២៥]។ ដើម្បីការរស់រាន កុមារអាចចូលប្រឡូកក្នុងសកម្មភាព ដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងៗ ដូចជា ពេស្យាចារ ការសេពគ្រឿងញៀន និងបទល្មើសតូចតាច។

២.៣.៦ កុមារដែលពាក់ព័ន្ធនឹងពលកម្មកុមារ

កុមារដែលត្រូវបានបង្ខំឱ្យបោះបង់ការសិក្សា និងចូលបំរើការងារពលកម្ម ដើម្បីជួយដោះស្រាយជីវភាពគ្រួសារ បានបាត់បង់ឱកាស ក្នុងការរៀនសូត្រចំណេះវិជ្ជា និងជំនាញ ដែលត្រូវការសំរាប់ការងារសមស្របនៅពេលអនាគត ។ កត្តានេះធ្វើឱ្យវដ្តនៃភាពក្រីក្រចេះតែបន្តឥតឈប់ឈរ[២៦] ។

ការអង្កេតរបស់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ នៃក្រសួងផែនការ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៣ បានប៉ាន់ស្មានថា មានកុមារដែលបំរើការងារពលកម្មចំនួន១.៥លាននាក់ ដែលក្នុងនោះ២៨.០០០នាក់ មានអាយុពី៧-១៧ឆ្នាំ កំពុងបំរើការជាអ្នកស៊ីឈ្នួលបំរើតាមផ្ទះនៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ។របាយការណ៍របស់ធនាគារពិភពលោក/អង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ/អង្គការយូនីសេហ្វ ឆ្នាំ២០០៦ ក៏បានបញ្ជាក់ផងដែរថា មានកុមារកម្ពុជាប្រមាណជិត១.៥លាននាក់ បានចូលរួមនៅក្នុងពលកម្មកុមារ ក្នុងនោះ៤០%ស្ថិតនៅក្នុងក្រុមអាយុចន្លោះពី៧-១៧ឆ្នាំ។

---

[24] CDHS 2005

[25] ការពិភាក្សា/សម្ភាសន៍ រវាង លោកស្រី ជែននី រ៉ូប៊ឹត និង លោក ហូលី ប្រ៊ែនហ្វដ នៃអង្គការកសាង ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី២៤ មេសា ២០០៧

[26] Children's Work in Cambodia: A Challenge for Growth and Poverty Reduction, The World Bank, December 2006

យោងតាមរបាយការដដែលនេះ កុមារដែលសកម្មផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចបំផុត ត្រូវបានគេរកឃើញនៅស្រែចំការ និងធ្វើការ ដើម្បីជួយដោះស្រាយជីវភាពគ្រួសារ។ កុមារដែលសកម្មផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច កុមារដែលប្រឈមមុខទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់ទាក់ទងនឹងការងារ និងគ្រោះថ្នាក់ ដោយធ្វើឱ្យពួកគេងាយរងគ្រោះចំពោះរបួសស្នាម និងជំងឺ។

២.៣.៧ កុមារសេពគ្រឿងញៀន និងកុមារដែលជាអ្នកប្រើប្រាស់បំពានគ្រឿងញៀន

កុមារមួយចំនួនតូច ងាយរងគ្រោះ ដោយសារការសេពគ្រឿងញៀនរបស់ពួកគេផ្ទាល់ - ឬការសេពគ្រឿងញៀន-របស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ ដោយគ្រឿងញៀនងាយរកទិញបាននៅកម្ពុជា ចំនួនអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននៅកម្ពុជា កំពុងមានការកើនឡើង។ ការអង្កេតមួយដែលធ្វើឡើងដោយអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងគ្រឿងញៀន បានធ្វើការប៉ាន់ស្មាននៅក្នុងឆ្នាំ២០០៣ថា មានអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនចំនួន៤,៣៨៧នាក់នៅកម្ពុជា ដែលក្នុងនោះ៣០% គឺជាកុមារ[២៧]។ បន្ថែមលើបញ្ហាកុមារប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន មានកុមារមួយចំនួនតូចដែលអ្នកថែទាំបឋមរបស់ពួកគេ គឺជាអ្នកញៀនគ្រឿងញៀន ហើយកុមារទាំងនោះ រស់នៅក្នុងសភាពគ្រោះថ្នាក់យ៉ាងខ្លាំង។

២.៣.៨ កុមារពិការ

កុមារអាចពិការពីកំណើត នៅដែលពេលម្តាយឈឺពោះពិបាកសំរាល គ្រោះថ្នាក់ ឬរបួសស្នាម កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬជំងឺធ្ងន់។ ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា (MoSVY) បែងចែកពិការភាព ជា៩ប្រភេទ ដែលរួមមាន ពិបាកធ្វើចលនា ពិបាកមើល ពិបាកស្តាប់ ពិបាកនិយាយ ពិបាករៀន ប្រកាច់ (ឆ្កួតជ្រូក) ពិបាកទទួលអារម្មណ៍ (ឧទាហរណ៍. ជំងឺឃ្លង់) អាកប្បកិរិយាចម្លែក និងផ្សេងៗ។

ពុំមានទិន្នន័យអំពីប្រេវ៉ាឡង់នៃពិការពីកុមារភាព បើទោះបីជាមានអង្គការផ្នែកស្តានីតិសម្បទានៅតាមសហគមន៍មួយចំនួនតូច បានធ្វើការអង្កេតថ្នាក់ភូមិក៏ដោយ។ ឧទាហរណ៍ នៅក្នុងខេត្តពោធិ៍សាត់ ការអង្កេតទៅលើពិការភាព នៅក្នុងភូមិចំនួន៩ ដោយអង្គការសេវាអភិវឌ្ឍន៍ជនពិការខេត្តពោធិ៍សាត់ (DDSP) បានរកឃើញកុមារពិការចំនួន៤៤នាក់ ដែលមានអាយុពី០-១២ឆ្នាំ ឬ០,៤១%នៃចំនួនប្រជាជនសរុបនៅក្នុងភូមិទាំង៩។ ចំនួននេះ អាចជួយឱ្យគេធ្វើការគណនាតួលេខថ្នាក់ជាតិបានថា មានកុមារពិការអាយុ១២ឆ្នាំ និងក្រោម១២ឆ្នាំ ចំនួនប្រមាណ៩៧,០០០នាក់។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរ មានកង្វះទិន្នន័យអំពីប្រភេទ ឬមូលហេតុចម្បងនៃពិការភាពពីកុមារនៅកម្ពុជា។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (រាប់បញ្ចូលកង្វះជាតិអ៊ីយ៉ូដ) ទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃ

---

[27] http://www.ngoforum.org.kh/Development/Docs/CG%202004/Child.htm accessed 29 May 2007

ការពិបាករៀនសូត្រ។ កង្វះអនាម័យ ទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានជំងឺត្រចៀក ដូចជាអំបៅអំបែក ដែលធ្វើឱ្យកុមារពិបាកស្តាប់ ចំណែកផលវិបាកនៃការសំរាលកូន ដែលបណ្តាលមកពីឆ្មបដែលជំនាញគ្រប់គ្រាន់ និងជំងឺគ្រុនក្តៅលើទារកទើបកើត ទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃជំងឺខូចខួរក្បាល។

មូលហេតុនៃពិការភាពទូទៅផ្សេងទៀត គឺគ្រោះថ្នាក់ និងរបួសស្នាម។ លទ្ធផលបឋមនៃការអង្កេតថ្នាក់ជាតិមួយ ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៧ទៅលើគ្រោះថ្នាក់ និងរបួសស្នាមបានបង្ហាញថា ការលង់ទឹកគឺជាមូលហេតុទូទៅបំផុតនៃការស្លាប់របស់កុមារអាយុពី១-១៤ឆ្នាំ។ ដោយឡែក គ្រោះថ្នាក់ចរាចរ គឺជាមូលហេតុទូទៅបំផុតនៃការមានជំងឺរបស់កុមារអាយុពី១-១៧ឆ្នាំ[២៨]។

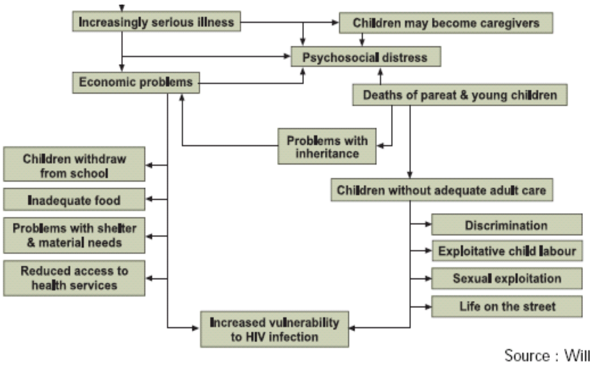
[28] National Institute of Statistics, National Institute of Public Health, UNICEF, The Alliance for Safe Children, "Preliminary Data, Cambodia Accidents and Injuries Survey, 2007"
ការអង្កេតទៅលើគ្រោះថ្នាក់ និង របួសស្នាម ២០០៧

ជំពូក៣ : ស្វែងយល់អំពីស្ថានភាពកុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

ក្របខណ្ឌសំរាប់ការពារ ថែទាំ និងគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ដែលរស់នៅក្នុងពិភពមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ (ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០០៤)[296] បានកំណត់បញ្ហាជាច្រើនប្រភេទដែលមានផលប៉ះពាល់លើជីវិតរបស់កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ។ បញ្ហាទាំងនេះ ត្រូវបានរាយការណ៍នៅក្នុងតារាងខាងក្រោម ដែលពន្យល់ថា តើបញ្ហាផ្សេងគ្នា អាចទាក់ទងគ្នាទៅវិញទៅមកដូចម្តេច ។

រូបភាពទី៦. បញ្ហាក្នុងចំណោមកុមារ និងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ (**ក្របខណ្ឌការពារ ថែទាំ និងគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះដែលរស់នៅក្នុងពិភពមេរោគអេដស៍ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០០៤**)

Formatted: Font: Limon S2, Bold



Source : Williamson, 2000

បញ្ហាជាច្រើនក្នុងចំណោមបញ្ហាទាំងនេះ ក៏ត្រូវបានចែករំលែកដោយកុមារ ដែលកំព្រា ដោយសារមូលហេតុផ្សេងៗ ព្រមទាំងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀតផងដែរ។ ជំពូកនេះមានគោលបំណង ពន្យល់បន្ថែមអំពីស្ថានភាពរបស់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ជាពិសេស ទាក់ទងទៅនឹងសិទ្ធិមានជីវិត សិទ្ធិរស់រានសិទ្ធិក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ និងសិទ្ធិទទួលបានការការពារ។

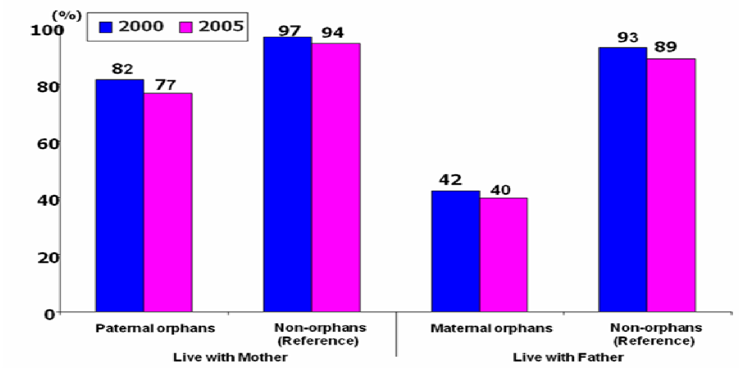
៣.១ ការរៀបចំការរស់នៅ និងទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រួសារ

យោងតាមទិន្នន័យនៃការអង្កេត CDHS ពីឆ្នាំ២000 ដល់ឆ្នាំ២០០៥ មានការថយចុះនៃចំនួនកុមារកុមារកំព្រា និងកុមារដែលមិនកំព្រា ដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ពួកគេ។ កត្តានេះទំនងជាមួយផ្នែកបណ្តាលមកពីកុមារជាច្រើនរស់នៅជាមួយញាតិសន្តានដទៃ ទាក់ទងទៅនឹងការកើនឡើងនៃរបៀបរបបការសិក្សា

[29] L.A. Gulaid, The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, July 2004
6

រៀនសូត្រនៅតាមសាលារៀន ដែលនឹងបង្ហាញជូននៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាជាការសំខាន់ក្នុងការកត់សំគាល់ថា ខណៈដែលកុមារកំព្រាឪពុក (កុមារដែលឪពុកស្លាប់ចោល) ទំនងជារស់នៅជាមួយម្តាយ (៨២% នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ និង ៧៧%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥) ។ និន្នាការនេះខុសគ្នាខ្លាំងពីកុមារកំព្រាម្តាយ ដោយមានកុមារកំព្រាម្តាយតែ៤នាក់ប៉ុណ្ណោះ ក្នុងចំណោមកុមារកំព្រាម្តាយ១០នាក់ បន្តរស់នៅជាមួយឪពុករបស់ពួកគេ (៤២%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ និង៤០%នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥) ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី៦។

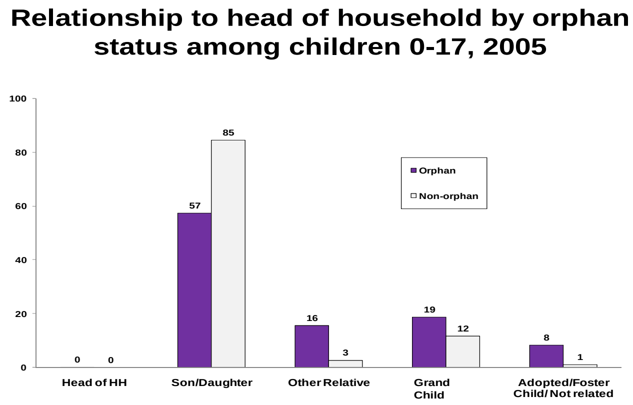
រូបភាពទី៧. ការរៀបចំការរស់នៅ តាមស្ថានភាពរបស់កុមារកំព្រា ក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី០-១៤ឆ្នាំ ឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ (ការវិភាគបែបបរិមាណលើទិន្នន័យដែលបានមកពី CDHS ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥, C. Wolf , 2007)



ទិន្នន័យពីការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ (រូបភាពទី៧) ក៏បង្ហាញផងដែរថា កុមារកំព្រា (ឪពុកម្តាយ ឬ តែឪពុក ឬម្តាយ) ម្នាក់ក្នុងចំណោម៥នាក់ មានជីដូន ឬ ជីតាម្នាក់ជាមេគ្រួសារ។ ចំណុចនេះសំខាន់ជាពិសេស ដោយហេតុថា ជីដូនជីតាជាច្រើន ទំនងជាពុំអាចរកប្រាក់ចំណូលបានគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ផ្គត់ផ្គង់កុមារបានផង។ ទិន្នន័យដដែលនេះ ក៏បង្ហាញដែរថា កុមារកំព្រាចំនួន៨% និងកុមារមិនកំព្រាចំនួន១% ត្រូវបានសុំជាកូន ចិញ្ចឹមជាកូនចិញ្ចឹម ឬពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារឡើយ។

- ១៩%នៃកុមារកំព្រាមានជីដូនជីតាជាមេគ្រួសារ
- ៨%នៃកុមារកំព្រា ត្រូវបានសុំធ្វើជាកូន/ចិញ្ចឹមជាកូនចិញ្ចឹម/ឬពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ

រូបភាពទី៨ : ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ តាមស្ថានភាពរបស់កុមារកំព្រាក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី០-១៧ឆ្នាំ (**CDHS ឆ្នាំ២០០៥**)



ការបំបែកបងប្អូន :

បន្ទាប់ពីឪពុក ឬម្តាយបានស្លាប់ទៅ កុមារអាចត្រូវបានបញ្ជូនឱ្យទៅរស់នៅជាមួយគ្រួសារផ្សេងៗ ដែលជាយុទ្ធសាស្ត្រ ឱ្យមនុស្សពេញវ័យទទួលខុសត្រូវចំពោះកុមារ ដើម្បីកាត់បន្ថយបន្ទុកនៃការថែទាំ។ ការបំបែកបងប្អូនឱ្យរស់នៅដោយឡែកពីគ្នា អាចជាប្រភពនៃការតានតឹងផ្លូវអារម្មណ៍ដ៏សំខាន់ ដែលបន្ថែមលើការរន្ធត់តក់ស្លុតនៃការបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេ។

យោងតាមលទ្ធផលនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ កុមារកំព្រា១៧% មិនបានរស់នៅជុំគ្នាជាមួយបងប្អូនរបស់ពួកគេ ដែលមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំដូចគ្នាឡើយ។ ការបំបែកកុមារពីបងប្អូនរបស់ពួកគេ នៅពេលដែលម្តាយស្លាប់ (២៤%) ឬទាំងឪពុក ទាំងម្តាយស្លាប់ (២៨%) ជាទូទៅកើតឡើងច្រើនជាងនៅពេលដែលឪពុករបស់ពួកគេស្លាប់ (១៤%)។

កុមារកំព្រា១៧% មិនបានរស់នៅជួបជុំជាមួយបងប្អូនរបស់ពួកគេទាំងអស់ ដែលមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំដូចគ្នាឡើយ ដោយធ្វើឱ្យពួកគេមានអារម្មណ៍តានតឹង បន្ថែមលើការរន្ធត់តក់ស្លុតនៃការបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេថែមទៀត។

ការបែងចែក ខុសគ្នាពីខេត្តមួយទៅខេត្តមួយ ដែលមានចាប់ពីខេត្តកំពង់ស្ពឺ និងតាកែវ ដែលកុមារកំព្រាប្រមាណ៣០% ត្រូវបានបំបែកពីបងប្អូនរបស់ពួកគេ ដល់ខេត្តបាត់ដំបង/ក្រុងប៉ៃលិន ដែលតួលេខគឺក្រោម៣%។

គ្រួសារដែលមានកុមារជាអ្នកគ្រប់គ្រង :

នៅពេលបាត់បង់ឪពុកម្តាយ និងគ្មានញាតិសន្តាន ឬអ្នកថែទាំផ្សេងទៀត កុមារអាចត្រូវបានបង្ខំឱ្យទទួលខុសត្រូវជាមេគ្រួសារ។ ទិន្នន័យពីការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥ គូសបញ្ជាក់ថា មានគ្រួសារដែលដឹកនាំ ដោយកុមារតិចតួចបំផុត (តិចជាង០,០២%) នៅកម្ពុជា។

កុមារដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា

កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះមួយចំនួន រស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា។ ត្រឹមពាក់កណ្តាលឆ្នាំ២០០៧ មានមណ្ឌលកុមារកំព្រាចំនួន១៩៧ កន្លែង ដែលបានចុះបញ្ជីនៅកម្ពុជា។ របាយការណ៍ឆ្នាំ២០០៧ ដែស្រង់ពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យស្តីពីការថែទាំតាមមណ្ឌលរបស់ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា បានឱ្យដឹងថា កុមារចំនួន៨,៦៦៦នាក់ (និងកុមារ១,៦៣៨នាក់ទៀត ដែលមានអាយុ១៨ឆ្នាំ និងលើ១៨ឆ្នាំ) កំពុងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា។ ក្នុងចំណោមកុមារទាំងនោះ ៧១% (៦,១២១នាក់) គឺជាកុមារកំព្រា និង ៣៣% (២,៨៥៥នាក់) បានបាត់បង់ទាំងឪពុក ទាំងម្តាយ។ លើសពីនេះទៀត កុមារចំនួន៣២ នាក់ ដែលត្រូវបានដឹងថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារ៦០នាក់ទៀត ដែលបានបាត់បង់ឪពុកម្តាយដោយសារជំងឺអេដស៍ កំពុងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលទាំងនេះ។ ភាពក្រីក្រគឺជាកត្តាដ៏សំខាន់ដែលជំរុញឱ្យឪពុកម្តាយ និងញាតិសន្តានមួយចំនួន យកកូនឱ្យទៅរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា។

៣.២ ស្ថានភាពសុខភាព និង អាហារូបត្ថម្ភ

ស្ថានភាពសុខភាពកុមារនៅកម្ពុជា កំពុងមានភាពប្រសើរឡើងបន្តិចម្តងៗ ប៉ុន្តែបើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី អត្រាមរណភាពមាតា និងកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ នៅមានកំរិតខ្ពស់នៅឡើយ[៣០]។ កុមារម្នាក់ក្នុងចំណោមកុមារកម្ពុជា១២នាក់ បានស្លាប់មុនពេលដែលពួកគេមានអាយុ៥ឆ្នាំ ហើយភាគច្រើន (បួនភាគប្រាំ) នៃការស្លាប់ទាំងនេះកើតឡើងនៅក្នុងឆ្នាំដំបូងនៃជីវិតរបស់ពួកគេ។

[30] National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Cambodia] and ORC Macro. 2006. *Cambodia Demographic and Health Survey 2005.* Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Public Health, National Institute of Statistics and ORC Macro.

កត្តាកំណត់ដ៏សំខាន់នៃសុខភាពកុមារនៅកម្ពុជា គឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (៥៤% នៃមរណភាពកុមារទាក់ទងជាមួយកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ) ការអប់រំរបស់ម្តាយ ប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃជំងឺឆ្លង អាកប្បកិរិយាស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពមិនសមស្រប គុណភាព និងការគ្របដណ្តប់នៃសេវាសុខាភិបាលនៅមានកំរិត[៣១] ព្រមទាំងកង្វះខាតហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធទឹក និងអនាម័យ។ ទីបញ្ចប់ គ្រប់កត្តាកំណត់នៃសុខភាពកុមារ មានទំនាក់ទំនងជាមួយភាពក្រីក្រ[៣២]។

ខណៈដែលអសន្តិសុខស្បៀងបានរួមចំណែកឱ្យមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ វាគ្រាន់តែជាផ្នែកមួយនៃបញ្ហាប៉ុណ្ណោះ។ ជំងឺ និងការឆ្លងជំងឺ ដែលបណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារធាតុ ការអនុវត្តន៍អនាម័យ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺរាករុះមិនសមស្រប និងការយល់ដឹងរបស់ម្តាយអំពីអាហារូបត្ថម្ភ និងការបញ្ចុកចំណីកូនមិនបានត្រឹមត្រូវ ជាពិសេសក្នុងកំឡុងពេលមានជំងឺ ក៏អាចរួមចំណែកធ្វើឱ្យមានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភផងដែរ។

៣.២.១ កុមារកំព្រា

ការវិភាគលើទិន្នន័យអាហារូបត្ថម្ភរបស់ CHDS ឆ្នាំ២០០៥ ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ទៅតាមស្ថានភាពរបស់ឪពុកម្តាយ បានរកឃើញថា ខណៈដែលកុមារកំព្រា ពុំមានលក្ខណៈខុសគ្នាខ្លាំងពីកុមារដទៃទៀត ដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ទាក់ទងនឹងទម្ងន់កំពស់ និងទម្ងន់អាយុនោះ កុមារដែលកំព្រាម្តាយ និងកុមារដែលកំព្រាទាំងឪពុកទាំងម្តាយ ទំនងជាក្រិនជាងកុមារដទៃទៀតយ៉ាងខ្លាំង។ ភាពក្រិននេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការខកខានមិនបានទទួលអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់រយៈពេលយូរ និងត្រូវបានធ្វើឱ្យកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរដោយជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។

កុមារដែលកំព្រាម្តាយ និងកុមារដែលកំព្រាទាំងម្តាយ ទាំងឪពុក ទំនងជាក្រិនជាងកុមារដទៃទៀតយ៉ាងខ្លាំង។

[31] S. Oum, P. Keat, V. Saphonn P. Oum, "Human Resources for Health and Child Survival in Cambodia," <<http://www.aaahrh.org/reviewal/Cambodia%20-%20Draft.pdf>> accessed 2 July 2007
[32] "Fighting Child Mortality – the Child Survival Partnership Visit, " June 14, 2004, <<http://www.foodsecurity.gov.kh/News_Events_Ann.aspx?IdNews=183&chk=News>> accessed 2 July 2007

៣.២.២ កុមារដែលទទួលផលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍

ទំនាក់ទំនងរវាងបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានចងក្រងជាឯកសារយ៉ាងល្អពីការសិក្សា ដែលត្រូវបានធ្វើឡើង នៅក្នុងប្រទេសដទៃទៀតនៅក្នុងពិភពលោក។ ខណៈដែលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភពន្លឿនដំណើរការវិវត្តន៍ឈានទៅរកជំងឺអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ធ្វើឱ្យកង្វះអាហារូបត្ថម្ភកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង តាមរយៈការបង្កើនអាហាររំលាយក្នុងរាងកាយ ការថយចុះនៃចំណង់ក្នុងការបរិភោគអាហារ និងការថយចុះនៃការស្រូបយកជីវជាតិ។

នៅកម្ពុជា ទំនាក់ទំនងរវាងកង្វះអាហាររូបបត្ថម្ភ និងមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងខ្លួនកុមារ ត្រូវបានចងក្រងជាឯកសារនៅក្នុងការសិក្សាមួយដែលធ្វើឡើងទៅលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន៥០នាក់នៅក្នុងខេត្តសៀមរាបនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៤[៣៣] ។ ការសិក្សាបានសន្និដ្ឋានថា កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលពុំបានទទួលការព្យាបាលទំនងដូចជាប្រព័ន្ធការពារត្រូវបានកំទេច និងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ ។ មិនតែប៉ុណ្ណោះ ហាក់ដូចជាមាននិន្នាការមួយដែលបង្ហាញអំពីទំនាក់ទំនងរវាងកំរិតនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងកំរិតនៃការកំទេចប្រព័ន្ធការពារ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី សេចក្តីសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ ត្រូវការបញ្ជាក់បន្ថែមដោយការសិក្សាដែលមានទ្រង់ទ្រាយធំជាងនេះ។

៣.២.៣ កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត

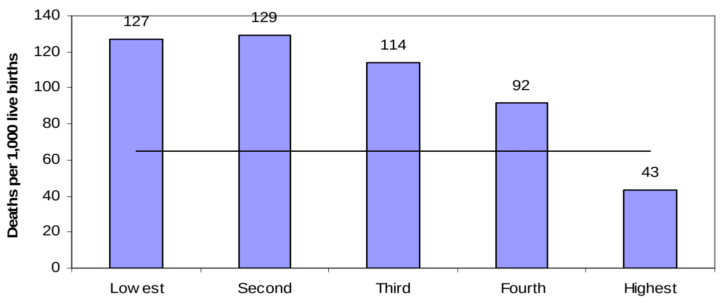
មរណភាពទារក និងកុមារ ស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលនៃលក្ខណៈសេដ្ឋកិច្ចសង្គមរបស់ម្តាយ ។ ទិន្នន័យ CDHS ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥ បានបង្ហាញថា មរណភាពទារក និងកុមារ ថយចុះដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ នៅពេលដែលព្រទ្យសម្បត្តិគ្រួសារ មានការកើនឡើង ។ ដូចបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី៩ខាងក្រោម គ្រួសារដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម មានអត្រាមរណភាពទារក និងកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ៦៦% ទាបជាងគ្រួសារទីទ័លក្រ។ កុមារដែលម្តាយស្ថិតនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ដែលក្រីក្របំផុត ប្រឈមមុខនឹងការស្លាប់ច្រើនជាង កុមារដែលម្តាយស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់មានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តមបំផុត បីដង[៣៤] ។

រូបភាពទី៩: អត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ តាមចំណាត់ថ្នាក់ទ្រព្យសម្បត្តិ (CDHS ឆ្នាំ២០០៥)

---

[33] S. Seitaboth, M.F. Brady, M. Lurie, K. Akao, K. Hendricks K and D. Pugatch, "Malnutrition in HIV-infected Cambodian Children," 15th International AIDS Conference (July 11-16, 2004), abstract no. B10504, <<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102276462.html>>

[34] National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Cambodia] and ORC Macro. 2006. *Cambodia Demographic and Health Survey 2005.* Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Public Health, National Institute of Statistics and ORC Macro.



Cambodia: Under-5 Mortality Rates by Wealth Quintile, 2005

Note: Rate for 10-year period preceding the survey.
Source: CDHS, 2005.

> កុមារដែលម្តាយ ស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ដែលមានក្រីក្របំផុត ប្រឈមមុខទៅនឹងការស្លាប់ច្រើនជាង កុមារដែលម្តាយស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តមបំផុត បីដង។

ស្រដៀងគ្នានេះដែរ សមាមាត្រនៃកុមារដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួចស្រាវ ដែលជាមូលហេតុចម្បងនៃការស្លាប់របស់កុមារ មានការធ្លាក់ចុះក្នុងជាប្រចាំ ខណៈដែលកំរិតនៃទ្រព្យសម្បត្តិនៅក្នុងគ្រួសារ មានការកើនឡើង- ពីកំរិតមួយខ្ពស់១២%ក្នុងចំណោមកុមារ ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ដែលក្រីក្របំផុត មកនៅត្រឹមកំរិតមួយទាប ៣%ក្នុងចំណោមកុមារដែលរស់នៅ ក្នុងគ្រួសារមានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម្ភ។ ការខ្សោះជាតិទឹកដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរាករុះ ក៏ជាមូលហេតុចម្បងនៃការមានជំងឺរបស់កុមារ និងការស្លាប់របស់ទារកផងដែរ។ កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំចំនួន២២% ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុត បានកើតជំងឺរាករុះ ២សប្តាហ៍មុនការចុះធ្វើការអង្កេត CDHS។ អត្រានេះ បានធ្លាក់ចុះជាប្រចាំ នៅពេលដែលចំណូលគ្រួសារមានការកើនឡើង មកនៅទាបបំផុត១៤% នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម។

អត្រាស្លាប់របស់កុមារក៏បានធ្លាក់ចុះដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ផងដែរ នៅពេលចំណេះដឹងរបស់ម្តាយកើនឡើង។ កុមារដែលម្តាយបានទទួលការអប់រំត្រឹមកំរិតអនុវិទ្យាល័យ និងខ្ពស់ជាងនេះ ប្រឈមទៅនឹងអត្រាស្លាប់ ទាបជាងកុមារដែលម្តាយពុំបានទទួលការអប់រំ ៥៩%សំរាប់ទារក និង៦១% សំរាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ។

> អត្រាស្លាប់របស់កុមារក៏បានធ្លាក់ចុះដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ផងដែរ នៅពេលដែលចំណេះដឹងរបស់ម្តាយមានការកើនឡើង។ កុមារដែលម្តាយបានទទួលការអប់រំកំរិតអនុវិទ្យាល័យ និងខ្ពស់ជាងនេះ ប្រឈមនឹងអត្រាស្លាប់ទាបជាង កុមារដែលម្តាយពុំបានទទួលការអប់រំ ៥៩%សំរាប់ទារក និង៦១% សំរាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ។

ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ក៏ទទួលរងឥទ្ធិពលពីកត្តាទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ម្តាយផងដែរ។ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា បានរកឃើញថា ចំនួនកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ត្រូវបានចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ថាខ្វះអាហារូបត្ថម្ភកាន់តែច្រើនឡើង ខណៈដែលទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ មានការធ្លាក់ចុះ។ ឧទាហរណ៍ : ៥៣.៣%នៃកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុត ត្រូវបានចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ថា មិនគ្រប់ទម្ងន់សំរាប់អាយុរបស់ពួកគេ បើប្រៀបទៅនឹង ២៥.៩%នៃគ្រួសារដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិខ្ពង់ខ្ពស់។ ទោះបីជានៅក្នុងគ្រួសារដែលមានសម្បត្តិទ្រព្យស្តុកស្តម្ភក៏ដោយ កុមារ១នាក់ក្នុងចំណោមកុមារ៤នាក់ ដែលមានអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ក្រិន ឬមិនគ្រប់ទម្ងន់សំរាប់អាយុរបស់ពួកគេ ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី ស្ថានភាពអសន្តិសុខស្បៀងរ៉ាំរ៉ៃនៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា។

លទ្ធភាពមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព ក៏មានទំនាក់ទំនងជាមួយភាពក្រីក្រផងដែរ។ យោងតាមលទ្ធផលនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុត ទំនងជាមិនបានកើតនៅមណ្ឌលសុខភាពទេ (៦.៥%នៃកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្រ ប្រៀបធៀបទៅនឹង៦៧.៤%នៃការសំរាលក្នុងចំណោមស្ត្រី ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារមានទ្រព្យសម្បត្តិច្រើន)។ កុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុត ទំនងជាមិនបានចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកុមារឡើយ (៨៧% បើប្រៀបធៀបទៅនឹង ៩៣%នៃកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម្ភ)។

៣.៣ សន្តិសុខស្បៀង

យោងតាមរបាយការណ៍នាពេលថ្មីៗមួយពីកម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក កុមារចំនួន៥០% នៅកម្ពុជាពុំមានសន្តិសុខស្បៀងអាហារ។ ប្រទេសកម្ពុជាទាំងមូល មានបញ្ហាសន្តិសុខស្បៀងរ៉ាំរ៉ៃ លើកលែងតែខេត្តបាត់ដំបង និងទីក្រុងភ្នំពេញ។ ជារួម ស្ថានភាពសន្តិសុខស្បៀង បានធ្លាក់ដុនដាបក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមកភាគច្រើនដោយសារគ្រោះរាំងស្ងួតដែលចេះតែអូសបន្លាយ របបទឹកភ្លៀងមិនទៀងទាត់ ឱកាសសេដ្ឋកិច្ចមិនគ្រប់គ្រាន់នៅជនបទ ការដណ្តើមដីធ្លី ទិន្នផលទាប ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធអន់ខ្សោយ និងកំណើនប្រជាជន។ ការកើនឡើងនៃតំលៃម្ហូបអាហារនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ បានធ្វើឱ្យគ្រួសារក្រីក្រកាន់តែពិបាកក្នុងការទទួលបានអាហារ ទទួលទាន[៣៥]។

សន្តិសុខស្បៀងសំរាប់កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍

ខណៈដែលសន្តិសុខស្បៀង គឺជាឧបសគ្គមួយដែលកុមារជាច្រើនកំពុងប្រឈមមុខ អសន្តិសុខស្បៀង មានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរក្នុងចំណោមកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

[35] World Food Program (April 2007) Executive Brief: The Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification, Cambodia

ខណៈដែលសន្តិសុខស្បៀង គឺជាឧបសគ្គមួយដែលកុមារជាច្រើនកំពុងប្រឈមមុខ អសន្តិសុខស្បៀងមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរក្នុងចំណោមកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។ ការសិក្សាថ្មីមួយបានរកឃើញថា កុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ បានទទួលរងនូវអសន្តិសុខស្បៀងដែលអូសបន្លាយ ទាក់ទងទៅនឹងការកាត់បន្ថយចំណាយលើស្បៀងអាហារ[៣៦]។

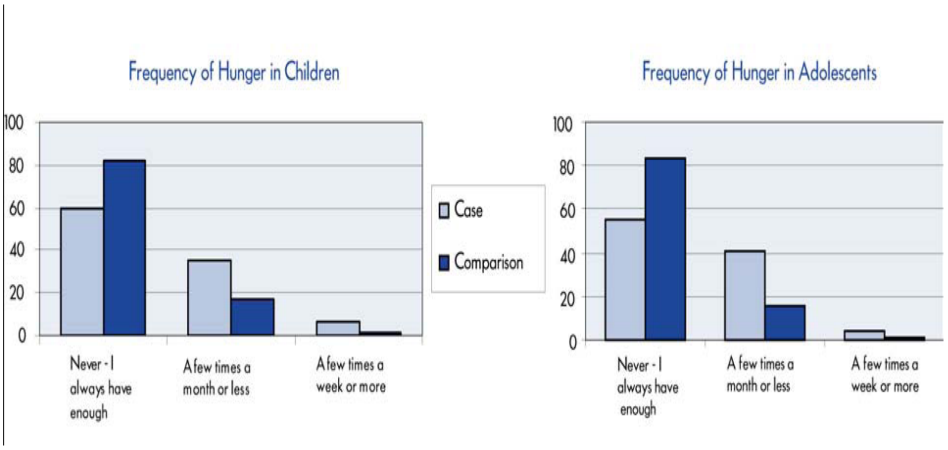
ផលប៉ះពាល់ផ្នែកសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចនៃមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ទៅលើគ្រួសារដែលមានក្មេងជំទង់ និងកុមារនៅកម្ពុជា បានបង្ហាញអំពីការសិក្សាប្រៀបធៀបករណីលើក្រុមចំនួនពីរ ដែលមាន៥០០គ្រួសារ។ កុមារសរុបចំនួន១,៤៥៥នាក់ (អាយុពី៦-១៨ឆ្នាំ) ត្រូវបានសម្ភាសន៍។ ករណីគ្រួសារ យ៉ាងហោចណាស់បានរាប់បញ្ចូលអាណាព្យាបាលម្នាក់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការប្រៀបធៀបត្រូវបានធ្វើឡើងជាមួយគ្រួសារ ដែលទំនងជាមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការសិក្សាបានរាយការណ៍ថា កុមារ និងក្មេងជំទង់ ដែលរស់នៅក្នុង គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ទំនងជាពុំសូវបានទទួលទានអាហារគ្រប់គ្រាន់ និងទទួលរងនូវភាពអត់ឃ្លានញឹកញាប់ជាងមិត្តភក្តិរបស់គេដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលមិនត្រូវបានប៉ះពាល់ពីមេរោគអេដស៍[៣៧]។

---

[36] Thwin, A. (2006). Food Support To PLHA And OVC With Home Based Care: Evaluation And Baseline Survey 2006 Cambodia. Phnom Penh, Cambodia, KHANA, USAID, WFP.

[37] Alkenbrack, S., T. Chettra, et al. (2004). The Social And Economic Impact Of HIV/AIDS On Families With Adolescents And Children In Cambodia.

រូបភាពទី១០: ភាពញឹកញាប់នៃភាពអត់ឃ្លាន រាយការណ៍ដោយកុមារ និងក្មេងជំទង់ ដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ (Alkenbrack, et al (2004), p 30, Table 10)



សំគាល់: ករណី + គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និង ការប្រៀបធៀប = គ្រួសារជិតខាងដែលមិនត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍

ប្រភពឯកសារ : Alkenbrack, Chettra, Forsyth (2004) p 30, Table 10

> កុមារ និងក្មេងជំទង់ ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ទំនងជាពុំសូវបានទទួលទានអាហារគ្រប់គ្រាន់ និងជួបប្រទះភាពអត់ឃ្លានញឹកញាប់ជាងមិត្តភក្តិរបស់គេដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលគ្មានផលប៉ះពាល់ពីមេរោគអេដស៍ ។

ការសិក្សារបស់កម្ពុជាមួយ ដែលមានចំណងជើងថា *សុខុមាលផ្លូវចិត្តរបស់កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះ* (O'Connell 2003) បានរកឃើញថា ទោះបីជាកុមារបានទទួលអាហារគ្រប់គ្រាន់ឬក៏អត់ មានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និតទៅនឹងសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត ។ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍១២៣នាក់ និងកុមារងាយរងគ្រោះ៦១នាក់ (សរុប១៨៤នាក់) បាននិយាយថា ពួកគេមិនមានអាហារទទួលទានរៀងរាល់ថ្ងៃទេ ។ កត្តានេះមានទំនាក់ទំនងជិតដិតទៅនឹងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ និងស្ត្រេសរបស់ពួកគេ ។ កុមារដែលពុំមានអាហារទទួលទានគ្រប់គ្រាន់ ក៏មានបញ្ហាផ្នែកផ្លូវចិត្ត សង្គម និងបរិស្ថានច្រើនជាងកុមារដែលបានអះអាងថា ពួកគេមានអាហារសំរាប់ហូបចុកគ្រប់គ្រាន់ជារៀងរាល់ថ្ងៃ[៣៨] ។

> ការពុំមានអាហារទទួលទានរៀងរាល់ថ្ងៃ មានទំនាក់ទំនងជិតស្និតទៅនឹងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ និងស្ត្រេស ក្នុងចំណោមកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ។

[38] O'Connell, K. (2003). The Psychological Well Being of AIDS-Affected and Vulnerable Children; A Cambodian Perspective. Phnom Penh, NYEMO.

៣.៤ លទ្ធភាពទទួលបានការអប់រំ

លទ្ធភាពទទួលបានការអប់រំជាមូលដ្ឋានសំរាប់កុមារគ្រប់រូប កំពុងតែត្រូវបានពង្រីក។ ក្នុងចំណោមកុមារដែលគ្រប់អាយុអាចចូលរៀននៅសាលាបឋមសិក្សា អត្រានៃការចុះឈ្មោះចូលរៀនបានកើនឡើងពី៦៨%នៅក្នុងឆ្នាំ២000 ដល់៧៧% ហើយសមភាពយេនឌ័រគឺ0,៩៦ ។ តួលេខនេះបង្ហាញថា កុមារីដែលបានចុះឈ្មោះចូលរៀនមានចំនួនតិចជាងកុមារាបន្តិចបន្តួច។ ការឡើងថ្នាក់នៅតែបន្តជាឧបសគ្គ ហើយមានតែ២៨%នៃកុមារដែលគ្រប់អាយុចូលរៀននៅអនុវិទ្យាល័យប៉ុណ្ណោះ បានសិក្សានៅក្នុងកំរិតស្របទៅតាមអាយុរបស់ពួកគេ[៣៩] ។

៣.៤.១ លទ្ធភាពទទួលបានការអប់រំសំរាប់កុមារកំព្រា

អត្រាចូលរួមក្នុងការអប់រំរវាងកុមារកំព្រា និងកុមារដទៃទៀត ខុសគ្នាទៅតាមក្រុមអាយុ។ ក្រុមអាយុចំនួនបីក្រុម (៦-១២ឆ្នាំ ១០-១៤ឆ្នាំ និង១៣-១៧ឆ្នាំ) ត្រូវបានពិនិត្យ។

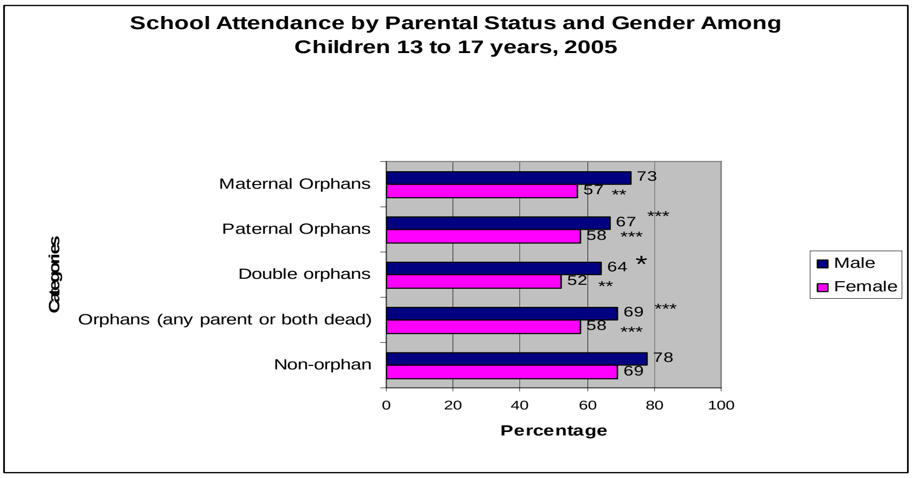
យោងតាមលទ្ធផលអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ នៅពេលដែលវត្តមានសិក្សារបស់កុមារ ក្នុងកំឡុងឆ្នាំសិក្សាកន្លងទៅ ត្រូវបានវិភាគសំរាប់ក្រុមអាយុ៦-១២ឆ្នាំ ពុំមានភាពខុសគ្នាធំដុំរវាងកុមារា ឬកុមារីដែលជាកុមារកំព្រាឡើយ បើធៀបទៅនឹងកុមារដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ។

បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ករណីនេះមិនដូចគ្នានឹងកុមារដែលស្ថិតនៅក្នុងក្រុមអាយុពី១៣-១៧ឆ្នាំ ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីភាពខុសគ្នានៅក្នុងក្រុមអាយុនេះឡើយ។ ដូចមានបង្ហាញជូននៅក្នុងរូបភាពទី១១ អវត្តមានសិក្សារបស់កុមារកំព្រា មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ ទាំងកុមារា និងកុមារី។ កុមារកំព្រាទាំងឪពុកទាំងម្តាយ មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរជាងគេបំផុតក្នុងចំណោមកុមារទាំងអស់។ ប្រមាណពាក់កណ្តាល (៥២%) នៃកុមារីដែលជាកុមារកំព្រាឪពុកម្តាយ បានចូលរៀននៅសាលា បើប្រៀបធៀបនឹងកុមារីដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយដែលមានជីវភាពល្អប្រសើរ ដែលមានប្រមាណ៦៩%។ ក្នុងចំណោមកុមារា កុមារដែលកំព្រាទាំងឪពុកទាំងម្តាយតែ៦៤%ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានមានវត្តមានសិក្សា បើប្រៀបធៀបទៅនឹងកុមារា ដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយដែលមានជីវភាពល្អប្រសើរ ដែលមាន៧៨%។ គម្លាតរវាងកុមារកំព្រា និងកុមារដែលមិនកំព្រាទាំងនេះ មានលក្ខណៈគួរឱ្យកត់សំគាល់ផ្នែកស្ថិតិ។ វាជាការសំខាន់ក្នុងការកត់សំគាល់ថា វត្តមានសិក្សានៅក្នុងឆ្នាំសិក្សាកន្លងទៅ មិនមែនជាការបង្ហាញអំពីការចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ត្រួតថ្នាក់ ឬជោគជ័យនៅតាមថ្នាក់ឡើយ។

[39] វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ , N.I.o.S. [កម្ពុជា], et al. (2006). ការសិក្សាប្រជាសាស្ត្រ និង សុខាភិបាលក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ភ្នំពេញ , កម្ពុជា និង Calverton, Maryland, USA, វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ , កម្ពុជា , វិទ្យាស្ថានស្ថិតិជាតិ , កម្ពុជា

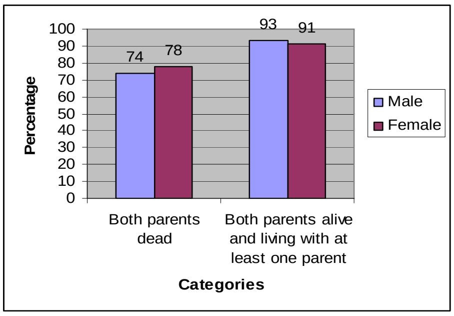
រូបភាពទី១១: វត្តមានសិក្សានៅសាលា ផ្អែកតាមស្ថានភាពរបស់ឪពុកម្តាយ និងយេនឌ័រ ក្នុងចំណោមកុមារ នៅក្នុងក្រុមអាយុពី១៣-១៧ឆ្នាំ ឆ្នាំ២០០៥

ក្នុងចំណោមកុមារនៅក្នុងក្រុមអាយុពី១៣-១៧ឆ្នាំ អវត្តមានសិក្សារបស់កុមារកំព្រានៅក្នុងសាលា មានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរជាងទាំងកុមារា និងកុមារី ។



វត្តមាននៅសាលារៀនសំរាប់កុមារនៅក្នុងក្រុមអាយុពី១០-១៤ឆ្នាំ (សូចនាកររបស់ UNGASS) ក៏ត្រូវវិបានវិភាគផងដែរ (រូបភាពទី១២) ។

រូបភាពទី១២: ចំនួនភាគរយនៃវត្តមានសិក្សារបស់កុមារអាយុពី១០-១៤ឆ្នាំ យោងតាមស្ថានភាពរស់នៅរបស់ឪពុកម្តាយ (CDHS ឆ្នាំ២០០៥ តារាង១៩.២ វត្តមានសិក្សា យោងតាមស្ថានភាពរស់នៅរបស់ឪពុកម្តាយ ទំព័រ២៩៩



សំរាប់កុមារនៅក្នុងក្រុមអាយុពី១០-១៤ឆ្នាំ ការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ បានរកឃើញទំនាក់ទំនងច្បាស់លាស់មួយ រវាងស្ថានភាពរស់នៅរបស់ឪពុកម្តាយ និងការចូលរួមសិក្សារបស់កុមារនៅសាលា។ កុមារាចំនួន ៧៤% និងកុមារីចំនួន៧៨% អាយុពី១០-១៤ឆ្នាំ ដែលបានបាត់បង់ឪពុកម្តាយ បានចូលរៀននៅសាលា ហើយបើប្រៀបធៀបទៅនឹងកុមារដែលមានវ័យដូចគ្នាដែលឪពុកម្តាយនៅមានជីវិត កំរិតនៃការចូលរៀនរបស់ពួកគេ គឺ ៩៣%សំរាប់កុមារា និង៩១%សំរាប់កុមារី[៤០] ។

កុមារីដែលមានអាយុពី១០-១៤ឆ្នាំ ដែលកំព្រាឪពុកម្តាយ តែ៧៨%ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានចូលរៀននៅសាលា បើប្រៀបធៀបទៅនឹងកុមារីដែលមានវ័យដូចគ្នា ដែលឪពុកម្តាយនៅមានជីវិត កំរិតនៃការចូលរៀនរបស់ពួកគេគឺ៩១% ។

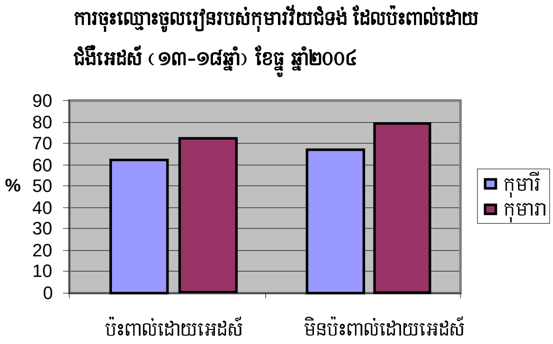
៣.៩.២ ការអប់រំ និងកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍

ក្រៅពីកុមារកំព្រាអាយុពី១៣-១៧ឆ្នាំ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ក៏ទំនងជាមិនបានចូលរួមសិក្សានៅសាលា ដូចកុមារដទៃទៀតដែរ ។

[40] វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ , N.I.o.S. [កម្ពុជា], et al. (2006). ការសិក្សាប្រជាសាស្ត្រ និង សុខាភិបាលក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ភ្នំពេញ , កម្ពុជា និង Calverton, Maryland, USA, វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ , កម្ពុជា , វិទ្យាស្ថានស្ថិតិជាតិ , កម្ពុជា

ការសិក្សាអំពី*ផលប៉ះពាល់ផ្នែកសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចនៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍លើគ្រួសារដែលមានក្មេងជំទង់ និងកុមារ* ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តបាត់ដំបង និងខេត្តតាកែវ បានរកឃើញថា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ មានអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលា ទាបជាងកុមារដទៃទៀត (រូបភាពទី១៣)។ ក្នុងចំណោមកុមារនៅក្នុងក្រុមអាយុពី១៣-១៨ឆ្នាំ កុមារីមានអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀន ទាបជាងកុមារា ជាពិសេសក្នុងចំណោមកុមារីដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀន របស់ពួកគេទាបជាងកុមារទូទៅ។ កុមារីក្នុងវ័យជំទង់ដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ចំនួន៦២% និងកុមារា ក្នុងវ័យជំទង់ដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ចំនួន៧២% បានចុះឈ្មោះចូលរៀន បើប្រៀបធៀបទៅនឹងកុមារី វ័យជំទង់ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ចំនួននៃការចុះឈ្មោះចូលរៀនមាន៦៧% និងកុមារាក្នុងវ័យជំទង់ដូចគ្នា មានចំនួន៧៩%[៤១] ។

រូបភាពទី១៣: ការចុះឈ្មោះចូលរៀនរបស់កុមារវ័យជំទង់ ដែលប៉ះពាល់ដោយជំងឺអេដស៍ (អាយុពី១៣-១៨ឆ្នាំ) (Alkenbrack, Ty and Forsyth (2004)



ជាទូទៅ អត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនរបស់កុមារី ទាបជាងអត្រាចូលរៀនរបស់កុមារា ជាពិសេសកុមារីដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ។

[41] Alkenbrack S, Ty C and S Forsyth (2004) The social and economic impact of HIV/AIDS on families with adolescents and children in Cambodia

ទិន្នន័យគុណភាពដែលប្រមូលបានពីអ្នកអនុវត្តកម្មវិធី និងកុមារដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍សំរាប់ការសិក្សានេះ បានរាយការណ៍អំពីការរំខានដ៏ច្រើនលើសលប់ចំពោះការរៀនសូត្ររបស់កុមារកំព្រា និងកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។ តំរូវការឱ្យកុមារធ្វើការ ថែទាំឪពុកម្តាយដែលមានជំងឺ ទទួលខុសត្រូវថែទាំកុមារ និងការនឿយហត់ទូទៅ រំខានដល់ការចូលរួមរបស់កុមារនៅក្នុងការអប់រំ។ អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានក៏បានថ្លែងផងដែរថា តាមបទពិសោធន៍របស់ពួកគេ កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចត្រូវបានគេបដិសេធន៍នៅក្នុងការអប់រំ ពីព្រោះការវិនិយោគពួកគេទៅក្នុងវិស័យអប់រំ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាទិភាពចម្បង ដោយសារពួកគេឧស្សាហ៍ឈឺញឹកញាប់ ឬដោយសារពួកគេ ត្រូវការធ្វើដំណើរជាទៀងទាត់ ទៅបើកថ្នាំព្យាបាល។ កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ បានរាយការណ៍ថា ពួកគេខកខានមិនបានទៅរៀនជាច្រើនលើក និងជាញឹកញាប់ពួកគេត្រូវរៀនត្រួតថ្នាក់ជាច្រើនឆ្នាំ។ ការខកខានមិនបានទៅរៀនញឹកញាប់ ប៉ះពាល់ដល់ការឡើងថ្នាក់។

លើសពីនេះទៀត កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ បានកំណត់ថា ការដែលពួកគេមិនអាចចូលរួមក្នុងការអប់រំ គឺជាបញ្ហាមួយក្នុងចំណោមបញ្ហាជាច្រើនទៀត ដែលបង្កផលប៉ះពាល់ដល់ពួកគេក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន និងធ្វើឱ្យពួកគេព្រួយបារម្ភចំពោះអនាគតរបស់ពួកគេ។ កុមារជឿថា ប្រសិនបើពួកគេគ្មានការអប់រំ ពួកគេនឹងគ្មានអនាគត និងពិបាករកប្រាក់ ដើម្បីចិញ្ចឹមជីវិត និងពិបាកក្នុងការស្វែងរកប្តី ឬប្រពន្ធ ដើម្បីឱ្យគេមើលមកខ្លួនថាជាមនុស្សដែលមានតំលៃម្នាក់។

៣.៤.៣ ការអប់រំ និងកុមារដែលរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រ

ការផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុជារួម លើវិស័យអប់រំ នៅតែពឹងផ្អែកយ៉ាងខ្លាំងលើវិភាគទានឯកជនពីសិស្ស ទៅឱ្យគ្រូបង្រៀន ដើម្បីបំពេញបន្ថែមលើប្រាក់ខែដ៏តិចតួច និងកង្វះធនធានសាធារណៈ។ ទោះបីជាការអង្កេតខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងចំពោះការប៉ាន់ស្មានលើវិភាគទានរបស់គ្រួសារសំរាប់ការរៀនសូត្រ និងសំរាប់ការឡើងថ្នាក់ក៏ដោយ ការអង្កេតសេដ្ឋកិច្ចសង្គមដ៏ទាប បានរាយការណ៍ថា ជាមធ្យម ថ្លៃក្រៅផ្លូវការដែលត្រូវបង់ឱ្យសាលាជាប្រចាំខែ សំរាប់ការរៀននៅសាលាបឋមសិក្សា គឺ៣,៥០០រៀល ក្នុងសិស្សម្នាក់ ៨.០០០រៀលសំរាប់អនុវិទ្យាល័យ និង ១០,២០០រៀល សំរាប់ថ្នាក់វិទ្យាល័យ។ ការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ គឺសំរាប់តែថ្លៃបង្រៀនប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនរាប់បញ្ចូល សំភារៈបង្រៀន សៀវភៅ ឬសំភារៈការិយាល័យឡើយ[៤២]។

[42] Committee, N. E. f. A. (2003). National Education For All Plan 2003 - 2015. Phnom Penh, National Education for All Committee, Ministry of Education, Youth and Sport: 112.

ការសំរេចចិត្តរបស់គ្រួសារ ទាក់ទងទៅនឹងការចុះឈ្មោះចូលរៀន វត្តមានសិក្សា ការឡើងថ្នាក់ និងការចូលរួមជាទូទៅ ត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយធនធានរបស់គ្រួសារ។ បើទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ វាពុំមែនជាបញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងការមានថវិកាឬគ្មានតែប៉ុណ្ណោះទេ ដោយប្រវត្តិនៃការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយ និងការរំពឹងអំពីការងារ និង ការរកប្រាក់កំរៃនាពេលអនាគត ក៏ប៉ះពាល់ដល់ការសំរេចចិត្តរបស់ពួកគាត់ផងដែរ[៤៣] ។

ការសិក្សារបស់ធនាគារពិភពលោកនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ លើពលកម្មកុមារនៅកម្ពុជា បានឱ្យដឹងថា ពលកម្មកុមារក៏ជាកត្តាគន្លឹះមួយ ដែលធ្វើឱ្យកុមារមានការយឺតយ៉ាវក្នុងការចុះឈ្មោះចូលរៀន និងបោះបង់ការសិក្សានៅកំរិតបឋមសិក្សាផងដែរ។ លើសពីនេះទៀត ពលកម្មកុមារបង្កផលប៉ះពាល់ដែលគ្រោះថ្នាក់ដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ទៅលើលទ្ធផលសិក្សារបស់កុមារ។

៣.៤.៤ ការអប់រំ និងកុមារដែលរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ

យោងតាមលទ្ធផលនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ កុមារីដែលស្ថិតក្នុងក្រុមអាយុពី១៣-១៧ឆ្នាំដែលរស់នៅជាមួយឪពុក ឬម្តាយដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលបណ្តាលមកពីមូលហេតុផ្សេងៗ ទំនងជាមិនបានចូលរួមក្នុងការអប់រំនៅសាលាឡើយ (៦២%) បើប្រៀបធៀបទៅនឹងកុមារីដែលឪពុកម្តាយគ្មានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានឱកាសចូលរៀនរហូតដល់ (៦៩%)។ ស្ថិតិនៃគម្លាតនេះ មានលក្ខណៈធំដុំគួរឱ្យកត់សំគាល់ ($p<.05$) ។ ដោយឡែកលទ្ធផលនៃការអង្កេតនេះ ពុំបានរកឃើញស្ថិតិខុសគ្នា ដែលគួរឱ្យកត់សំគាល់សំរាប់កុមារាឡើយ។

[43] Keng, C. (2004). "Household Determinants Of Schooling Progression Among Rural Children In Cambodia." International Education Journal **5**(4).

៣.៥ ការថែទាំជំនួស

ការថែទាំជំនួសត្រូវបានកំណត់និយមន័យនៅក្នុងឯកសារគោលនយោបាយថា ជាការថែទាំកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ដែលពុំស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំរបស់ឪពុកម្តាយបង្កើតរបស់ពួកគេ។ ការថែទាំជំនួស ចែកចេញជាពីរផ្នែកធំៗ គឺ : ការថែទាំតាមមណ្ឌល ឬតាមផ្ទះ និងការថែទាំក្រៅមណ្ឌល ឬក្រៅផ្ទះ ឬអាចហៅម្យ៉ាងទៀតថា ការថែទាំតាមគ្រួសារ/សហគមន៍។ ឧទាហរណ៍នៃការថែទាំក្រៅមណ្ឌល រួមមាន ការថែទាំដោយឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម ការថែទាំដោយបងប្អូន ការសុំកូន កុមារដែលជាមេគ្រួសារ និងការថែទាំដោយក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ។

គេពុំដឹងអំពីចំនួនកុមារដែលរស់នៅក្រោមការថែទាំជំនួសឡើយ។ មណ្ឌលកុមារកំព្រា គឺជាប្រភេទនៃការថែទាំជំនួសតែមួយគត់ ដែលយើងអាចស្រង់ទិន្នន័យបាន។ ការអង្កេតរបស់អង្គការ Holt International លើមណ្ឌលកុមារកំព្រានៅកម្ពុជា ដែលបានធ្វើនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ បានរកឃើញមណ្ឌលកុមារកំព្រាចំនួន២០៤កន្លែង ដែលកំពុងប្រតិបត្តិការ ក្នុងនោះមានមណ្ឌលកុមារកំព្រាចំនួន២០កន្លែងស្ថិតក្រោមការក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋាភិបាល។ ការអង្កេតរបស់អង្គការ Holt International ក៏បានរកឃើញផងដែរថា កុមារភាគច្រើនដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា ពុំមានភាពស្របច្បាប់ច្បាស់លាស់ទេ ដោយសារពួកគេគ្មានអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ និងគ្មានផែនការ ដើម្បីឱ្យពួកគេចាកចេញពីមណ្ឌល ទៅរួមរស់ជាមួយគ្រួសារណាមួយ ឬសហគមន៍ឡើយ។ ការអង្កេតក៏បានរកឃើញផងដែរថា មានមណ្ឌលកុមារកំព្រាតិចតួចដែលមានសមត្ថភាពគាំទ្រសមាហរណកម្មគ្រួសារ ឬស្វែងរកការថែទាំជំនួសនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានបំណងសុំកូន[៤៤]។

> កុមារភាគច្រើនដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា ពុំមានភាពស្របច្បាប់ច្បាស់លាស់ និងអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ឡើយ។ ពុំមានផែនការដើម្បីឱ្យពួកគេចាកចេញពីមណ្ឌល ដើម្បីទៅរួមរស់ជាមួយគ្រួសារណាមួយ ឬសហគមន៍ឡើយ។

បច្ចុប្បន្ននេះ ទិន្នន័យកុមារដែលរស់នៅក្រោមការថែទាំរបស់សហគមន៍ ពុំត្រូវបានប្រមូលជាប្រចាំដោយអង្គការណាមួយឡើយ ប៉ុន្តែយើងមានទិន្នន័យសំរាប់ករណីសុំកូនទៅក្រៅប្រទេស។ យោងទៅតាមច្បាប់ កុមារអាយុលើសពី៨ឆ្នាំ ពុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសុំយកទៅចិញ្ចឹមឡើយ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ការសុំកូនក្រៅប្រទេសចំនួន២៩៤ករណី និងការសុំកូននៅក្នុងប្រទេសចំនួន១ករណី ត្រូវបានអនុម័ត។ ចំនួននៃការសុំកូនក្នុងប្រទេស ដែលរាយការណ៍ដោយក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា ថាមានកំរិតទាបនោះ ពុំមែនមានន័យថាគ្មានករណីសុំកូននៅក្នុងប្រទេសនោះទេ។ ការសុំកូននៅក្នុងប្រទេស តែងត្រូវបានរៀបចំឡើងក្រៅផ្លូវការ

---

[44] Holt International (2005) Cambodia Orphanage Survey 2005 USAID

នៅថ្នាក់សហគមន៍ ឬដោយមានការអនុញ្ញាតពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ (ដែលត្រូវបានផ្តល់អំណាចសម្រេចលើការងារនេះ តាមច្បាប់អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារ)។ ពុំមានស្ថិតិអំពីចំនួនពិតប្រាកដនៃការសុំកូនក្នុងប្រទេសឡើយ។

ទិន្នន័យគុណភាពពីការសម្ភាសន៍កុមារសំរាប់ការសិក្សាពិនិត្យឡើងវិញនេះ បង្ហាញឱ្យឃើញយ៉ាងច្បាស់ថា កុមារចង់រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ទោះបីជាស្ថានភាពគ្រួសារមានភាពលំបាកក៏ដោយ។ ម្តាយក៏បានថ្លែងដែរថា ពួកគាត់ចង់ឱ្យកូនរស់នៅជាមួយ ប៉ុន្តែជារឿយៗតែងទាមទារឱ្យមានការគាំទ្រលើការថែទាំកុមារ ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ និងហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីសំរេចនូវគោលបំណងនេះ។

ការវាយតំលៃលើតំរូវការរបស់កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០០៤) មួយ របស់អង្គការខាណា (KHANA) បានបញ្ជាក់ច្បាស់លើរបកគំហើញនេះ។ ខណៈដែលមនុស្សពេញវ័យ យល់ឃើញថា មណ្ឌលកុមារកំព្រា គឺជាចំលើយដែលឆ្លើយតបទៅនឹងការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម កុមារៗជាពិសេស កុមារដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រា ពុំយល់ដូច្នោះឡើយ។ កុមារភាគច្រើនក្នុងចំណោមកុមារ៤៩៥នាក់ ដែលបានចូលរួមនៅក្នុងការវាយតំលៃនេះ ដែលកុមារជាច្រើនក្នុងចំណោមទាំងនោះសុទ្ធតែជាកុមារកំព្រា បាននិយាយថា ពួកគេចង់រស់នៅក្នុងគ្រួសារជាង[៤៥]។

សំលេងស្ត្រី: តាំងនាមឱ្យស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍គ្រប់រូបដែលមានវត្តមាននៅក្នុងសិក្ខាសាលាដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវលើការវិភាគនេះ លោកស្រី ប៉ែន មុន្នី បានរៀបរាប់អំពីការមានកូននៅជុំវិញខ្លួន ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានឆន្ទៈក្នុងការបន្តជីវិតរស់នៅ ព្រោះភាពជាឪពុកម្តាយជួយឱ្យពួកគាត់ចង់រស់នៅតទៅទៀត ជាជាងការចង់ស្លាប់។

[45] KHANA (2000). Children Affected by HIV/AIDS: Appraisal of Needs and resources in Cambodia. Phnom Penh, KHANA.

៣.៦ ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម

ការសិក្សារបស់ Alkenbrack 2004[៤៦] នៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តបាត់ដំបង និងខេត្តតាកែវ ដោយធ្វើការប្រៀបធៀបគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ បានរកឃើញថា ប្រជាជនពុំសូវរៀបចំផែនការអនាគតឡើយ។ ក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលត្រូវបានជ្រើសរើសជាគំរូសំរាប់ការប្រៀបធៀប មានគ្រួសារតិចជាង២% ទាំងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ពីមេរោគអេដស៍ មានឯកសារបណ្តាំមរតក និងក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលគ្មានបណ្តាំមរតក មានតែ២១%ប៉ុណ្ណោះ ដែលចាប់អារម្មណ៍ចង់ឱ្យមានឯកសារបណ្តាំមរតកនេះ។

អ្នកថែទាំកុមារជាងពាក់កណ្តាល អាចរាយនាមអ្នកដែលនឹងមើលថែកូនរបស់ពួកគេ ក្នុងករណីដែលពួកគេស្លាប់។ ទោះជាដូច្នេះក្តី តិចជាង១%នៃអ្នកថែទាំកុមារដែលអាចរាយនាមអាណាព្យាបាលរបស់កូនពួកគេក្នុងពេលអនាគត បានសរសេរឯកសារព្រមព្រៀង ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យប្រាកដលើអ្វីដែលពួកគេបានគ្រោងទុក។ អ្នកចងក្រងឯកសារក៏បានសង្កត់ធ្ងន់ដែរថា កង្វះការរៀបចំផែនការជាផ្លូវការបែបនេះ អាចបង្កផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរទាំងផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច និងផ្លូវចិត្ត ចំពោះកុមារ បន្ទាប់ពីអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេបានស្លាប់ទៅ។

អ្វីដែលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍គឺថា យោងតាមលទ្ធផលនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ ៩០%នៃអ្នកថែទាំកុមារជាបុរស និង៧២%នៃអ្នកថែទាំកុមារជាស្ត្រី មាន "ផែនការសន្តតិកម្ម" សំរាប់ពេលដែលពួកគេស្លាប់។ លើសពីនេះទៀត ៧៤%នៃអ្នកថែទាំបឋម បានរាយការណ៍ថាបានរៀបចំឱ្យមានការថែទាំជំនួស។ ប៉ុន្តែ ការអង្កេត CDHS ពុំបានបញ្ជាក់ថា ផែនការសន្តតិកម្ម ស្ថិតក្នុងទំរង់នៃការព្រមព្រៀងផ្ទាល់មាត់ ឬមានឯកសារបញ្ជាក់ឡើយ។

៣.៧ បន្ទុកផ្លូវចិត្ត និង ទុក្ខព្រួយ

បន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរនៃភាពក្រីក្រដ៏រ៉ាំរ៉ៃ ការបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងការមាក់ងាយ មិនត្រឹមតែប៉ះពាល់ផ្លូវកាយរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងបង្កឱ្យមានបន្ទុកផ្លូវចិត្ត និងទុក្ខព្រួយដ៏ធ្ងន់ធ្ងរទៀតផង។

អង្គការ Nyemo ដែលជាអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុកមួយ បានធ្វើការសិក្សាទៅលើកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ចំនួន១២៣នាក់ និងកុមារងាយរងគ្រោះចំនួន៦១នាក់ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៣។ ក្នុងចំណោមកុមារទាំងនោះ កុមារ៣នាក់ក្នុងកុមារ៤នាក់ គឺជាកុមារកំព្រា ដែលបានបាត់បង់ឪពុកម្តាយ ឬតែឪពុក

[46] Alkenbrack et al, The Social and Economic Impact of HIV&AIDS on Families with Adolescents and Children in Cambodia, 2004

ឬម្តាយ ហើយភាគច្រើន គឺកំព្រាដោយសារមេរោគអេដស៍។ ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត និងតំរូវការរបស់កុមារ ដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងស្ថានភាពរបស់កុមារដែលងាយរងគ្រោះ ប៉ុន្តែដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

ការប្រៀបធៀបរវាង កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ពុំបង្ហាញឱ្យឃើញអំពីភាពខុសគ្នារវាងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ ស្ត្រេស គុណភាពជីវិត ឬបញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងការប្រព្រឹត្តិឡើយ។ ទោះបីជាដូច្នេះក៏ដោយ ចំណាត់ថ្នាក់ទៅលើការធ្លាក់ទឹកចិត្ត និងការថប់បារម្ភមានកំរិតខ្ពស់គួរឱ្យកត់សំគាល់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងអត្រាកុមារក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។ ចំពោះកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ការរើសអើងចំពោះពួកគេ គឺជាការព្យាករធំបំផុតថា តើកុមារបានបង្ហាញពីការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ ឬស្ត្រេសដែរឬក៏អត់។ កត្តានេះត្រូវបានតាមដានយ៉ាងជិតដិតដោយកុមារដែល រាយការណ៍ថា ពួកគេមានការអត់ឃ្លានរៀងរាល់ថ្ងៃ។ ភាពអត់ឃ្លានត្រូវបានរកឃើញថា មានទំនាក់ទំនងជិតស្និតទៅនឹងការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ ឬស្ត្រេសចំពោះកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍[៤៧]។

ការរើសអើង និងភាពអត់ឃ្លាន គឺជាការព្យាករពីរធំបំផុតអំពីទុក្ខព្រួយផ្លូវចិត្តក្នុងចំណោមកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

ការសិក្សាដដែលនេះ បានរកឃើញថា ក្មេងស្រីជំទង់បានបង្ហាញនូវបញ្ហាផ្លូវអារម្មណ៍ ទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ខ្លួនមានការអន់ថយ ទំនងជានឹងត្រូវបានគេរើសអើង មិនសូវពេញចិត្តនឹងផ្ទះសម្បែង និងបរិស្ថានរូបវ័ន្តរបស់ពួកគេ ពុំសូវទទួលបានព័ត៌មាន និង បង្ហាញឱ្យឃើញនូវការថប់បារម្ភខ្លាំងជាងក្មេងប្រុសជំទង់។ ការវិភាគទិន្នន័យបែបគុណភាព ក៏បានរកឃើញដែរថា ស្រីជំទង់ព្រួយបារម្ភអំពីការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ឬការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងទំនាក់ទំនងដែលមានការរំលោភបំពាន[៤៨]។

ភាពខុសគ្នារវាងយេនឌ័រ នៅក្នុងបន្ទុកផ្លូវចិត្ត ក៏ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយការសិក្សាមួយរបស់អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលីនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ដែលធ្វើទៅលើស្ថានភាពរបស់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះចំនួន៤៧១នាក់ (កុមារា១៣២នាក់ និងកុមារី៣៤៩នាក់)ផងដែរ[៤៩]។ ការសិក្សានេះបានធ្វើទៅលើ កំរិតនៃការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការថប់បារម្ភ និងស្ត្រេស (ដែលត្រូវបានផ្តល់បញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវដើម្បីប្រើប្រាស់នៅកម្ពុជា) ហើយបានរកឃើញថា កុមារីមានការថប់បារម្ភកំរិតខ្ពស់ (១៧%ក្នុងចំណោមកុមារី ធៀបនឹងកុមារា១១%)

[47] O'Connell, K. (2003). The Psychological Well Being of AIDS-Affected and Vulnerable Children; A Cambodian Perspective. Phnom Penh, NYEMO.
[48] O'Connell, K. (2003). The Psychological Well Being of AIDS-Affected and Vulnerable Children; A Cambodian Perspective. Phnom Penh, NYEMO.
[49] Carswell, K., I. Ramage, et al. (2004). The psychosocial wellbeing of orphans and vulnerable children in the Thai/Cambodia border areas, CARE International in Cambodia.

ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត (២១%ក្នុងចំណោមកុមារី ធៀបនឹងកុមារា១១%) និងស្ត្រេស (២៦%ក្នុងចំណោមកុមារី ធៀបនឹងកុមារា១១%)។

ការសិក្សាមួយទៀតដែលពិនិត្យលើ សុខុមាលភាពផ្លូវចិត្តរបស់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ នៅតាមតំបន់ព្រំដែនកម្ពុជា-ថៃ បានបញ្ជាក់អំពីការធ្លាក់ទឹកចិត្ត និងការថប់បារម្ភរបស់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ។ ក្មេងជំទង់១នាក់ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់១០នាក់ដែលត្រូវបានសម្ភាសន៏ បានរាយការណ៏ថា គេមិនចង់រស់នៅតទៅទៀតទេ ហើយពួកគេមានអារម្មណ៏ចង់តែធ្វើបាបខ្លួនឯង និងចង់រត់ចេញទៅឱ្យឆ្ងាយ[៥០]។

៣.៤ ការចុះបញ្ជីកំណើត

ការចុះបញ្ជីកំណើតមានសារៈសំខាន់ណាស់សំរាប់កុមារ ព្រោះបញ្ជីកំណើតអាចជួយឱ្យពួកគេទទួលបាននូវសេវាចាំបាច់ និងធានាថា មរតករបស់ពួកគេត្រូវបានការពារ ហើយក្នុងករណីចាំបាច់ វាថែមទាំងអាចជួយស្វែងរកគ្រួសាររបស់ពួកគេនៅក្នុងដំណាក់កាលបន្តបន្ទាប់ថែមទៀតផង។ នៅក្នុងឆ្នាំថ្មីៗកន្លងមកនេះ រាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូ បានបង្កើតប្រព័ន្ធ និងដំណើរការចុះបញ្ជីកំណើត។ ឪពុកម្តាយអាចស្នើសុំសំបុត្រកំណើតផ្លូវការមួយពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ ដែលចុះហត្ថលេខាដោយអភិបាលស្រុក/ខណ្ឌ។ បច្ចុប្បន្នឯកសារនេះតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃ ៣០,០០០ រៀល។

ទិន្នន័យនៃការអង្កេត CDHS ឆ្នាំ២០០៥ បង្ហាញថា អត្រានៃការចុះបញ្ជីកំណើត និងអត្រាមានសំបុត្រកំណើត ក្នុងចំណោមកុមារ ខុសៗគ្នាទៅតាមអាយុ ស្ថានភាពទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ និងស្ថានភាពរស់រានរបស់ឪពុក-ម្តាយ។

យោងតាមលទ្ធផលនៃអង្កេត CHDS ឆ្នាំ២០០៥ កុមារអាយុក្រោម២ឆ្នាំ តែ៥៥%ប៉ុណ្ណោះ បានចុះបញ្ជីកំណើត។ អត្រាចុះបញ្ជីកំណើត កើនឡើងទៅតាមអាយុរបស់កុមារ ដោយកុមារដែលមានអាយុពី២-៤ឆ្នាំ ចំនួន៧៤% កំពុងត្រូវបានចុះញ្ជីកំណើត[៥១]។

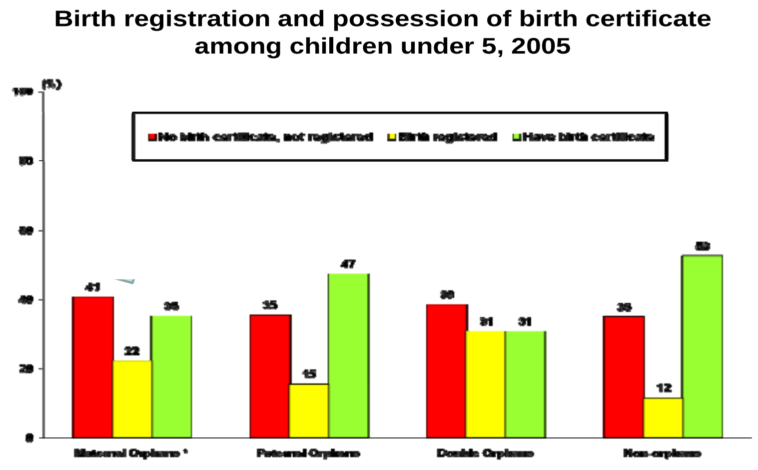
កំរិតនៃការចុះបញ្ជីកំណើត ខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំង ទៅតាមប្រាក់ចំណូល។ ខណៈដែលទ្រព្យសម្បត្តិ កើនឡើង កុមារទំនងជាមានឱកាសច្រើនក្នុងការទទួលបានការចុះបញ្ជីកំណើត និងសំបុត្រកំណើត។ ឧទាហរណ៏ : ៤៥%នៃកុមារនៅក្នុងគ្រួសារទីទ័លក្រ មានសំបុត្រកំណើត ចំណែកកុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទ្រព្យធនស្តុកស្តម្ភ ដែលមានសំបុត្រកំណើត មានចំនួន៦៦%។

---

[50] Carswell, K., I. Ramage, et al. (2004). The psychosocial wellbeing of orphans and vulnerable children in the Thai/Cambodia border areas, CARE International in Cambodia.
[51] Fox, S. (2001). Investing In Our Future, Psychosocial Support For Chidren Affected By HIV/AIDS. Susan Fox.

ការវិភាគបន្ថែមទៀតលើលទ្ធផលនៃការអង្កេត CDHS បង្ហាញថា ក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ កុមារកំព្រាម្តាយ និងកុមារកំព្រាទាំងឪពុកទាំងម្តាយ ទំនងជាមិនបានចុះបញ្ជីកំណើត ឬមានសំបុត្រកំណើតឡើយ (រូបភាពទី១៤) ។ ខណៈដែលកុមារ ដែលរស់នៅក្នុងជីវភាពបរិបូរ និងមានឪពុកម្តាយ ចំនួន៥៣% មានសំបុត្រកំណើត កុមារកំព្រាម្តាយដែលមានសំបុត្រកំណើត មានតែ៣៥%ប៉ុណ្ណោះ ។ ការខុសគ្នាតែមួយគត់ដែមានសំរាប់កុមារកំព្រាម្តាយ នៅពេលប្រៀបធៀបជាមួយកុមារមិនកំព្រានោះ គឺភាពខុសគ្នាផ្នែកស្ថិតិដែលមានលក្ខណៈគួរឱ្យកត់សំគាល់ នៅកំរិត p<.05 ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពខាងក្រោម ។

រូបភាពទី១៤ : ការចុះបញ្ជីកំណើត និងការមានសំបុត្រកំណើត ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម៥ ឆ្នាំ ឆ្នាំ២០០៥ (Secondary Analysis of CDHS 2005, C. Wolf)



*p<.05, **p<.01 and ***p<.001

> កុមារដែលបាត់បង់ម្តាយ (កុមារកំព្រាម្តាយ) ទំនងជាមិនបានចុះបញ្ជីកំណើត ឬមានសំបុត្រកំណើតឡើយ ។

៣.៩ ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗនៃមេរោគអេដស៍លើជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់កុមារ

ផលប៉ះពាល់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច :

នៅពេលដែលឪពុក ឬម្តាយមានជំងឺរ៉ូសបន្ទាយរយៈពេលយូ ទោះបីជាបណ្តាលមកពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬដោយមូលហេតុផ្សេងទៀតក្តី ការប្រែប្រួលមួយចំនួននឹងកើតមានឡើងនៅក្នុងគ្រួសារ។ ការប្រែប្រួលទាំងនោះ មានផលប៉ះពាល់លើកុមារទាំងផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត[៥២] ។ ផលប៉ះពាល់ទីមួយនៃផលប៉ះពាល់នៃជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ គឺការកើនឡើងនៃចំណាយរបស់គ្រួសារទៅលើការថែទាំសុខភាព និងជាលទ្ធផល កាត់បន្ថយនូវថវិកាដែលមាន សំរាប់ការចំណាយលើចំណីអាហារ ការអប់រំ និងការចំណាយផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ។ ដោយភាពចាំបាច់ កុមារដើរតួនាទីជំនួសមនុស្សពេញវ័យ ដូចជា ថែទាំឪពុកម្តាយដែលមានជំងឺ រ៉ាប់រងការងារក្នុងផ្ទះ និងថែទាំកុមារ ដទៃទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ។

ការសិក្សារបស់ Alkenbrack (2004) បានវាយតំលៃផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ក៏វិតគ្រួសារ និងបានពិនិត្យលើស្ថានភាពប្រែប្រួលនៃសេដ្ឋកិច្ចសង្គម ដែលបានផ្លាស់ប្តូយ៉ាងឆាប់រហ័ស ជាការឆ្លើយតបទៅនឹងស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ ការសិក្សា ដែលរៀបចំឡើងដូចគ្នា ដើម្បីវាស់វែងការប្រែប្រួលជាយថាហេតុ បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រក្នុងការប្រៀបធៀបករណី។ នៅក្នុងភូមិតែមួយ អ្នកថែទាំកុមារចំនួន៩០០នាក់ ដែលមើលថែកុមារ និងរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ចំនួន៧២៥នាក់ ត្រូវបានប្រៀបធៀបជាមួយនឹងអ្នកថែទាំកុមារ៩០០នាក់ ដែលមើលថែកុមារ៧៣០នាក់ដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។ គ្រួសារទាំងពីរក្រុមនេះ រស់នៅក្នុងបរិស្ថានស្រដៀងគ្នា អ្នកថែទាំមានក៏វិតអប់រំប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ហើយគ្រួសារមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នា[៥៣] ។

ការសិក្សានេះបានរកឃើញថា ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែ (ក្នុងម្នាក់) សំរាប់គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ មានក៏វិតទាបជាងគ្រួសារដែលត្រូវបានយកមកធ្វើការប្រៀបធៀប រហូតដល់៤២% ($p<0.001$) (រូបភាពទី១៥)។ ចំណូលគ្រួសារក្នុងមួយខែមានចំនួន៧.៦៩ដុល្លា ក្នុងមនុស្សម្នាក់ បើធៀបទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលមានចំណូលគ្រួសារក្នុងមួយខែចំនួន១៣.២៥ដុល្លា ក្នុងមនុស្សម្នាក់។

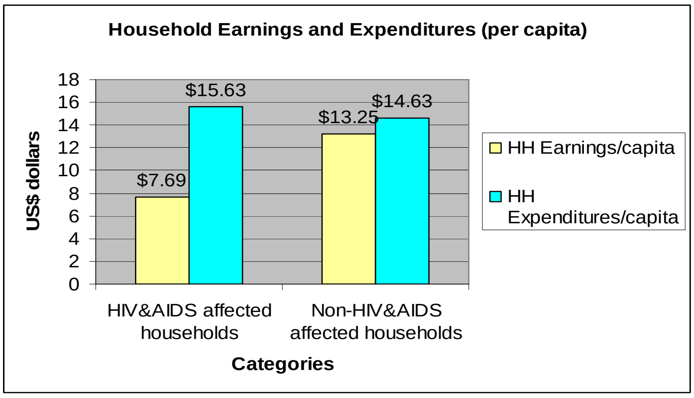
52 S. Fox, Investing In Our Future, Psychosocial Support For Children Affected By HIV/AIDS: A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania. (Geneva: UNAIDS, 2001)
53 Alkenbrack, S., T. Chettra, et al. (2004). The Social And Economic Impact Of HIV/AIDS On Families With Adolescents And Children In Cambodia.

ការចំណាយនៅក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ គឺស្ថិតក្នុងកំរិតប្រហាក់ប្រហែលគ្នាទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

អ្នកចងក្រងឯកសារអំពីការសិក្សានេះ បានបង្ហាញថា ភាពខុសគ្នានៃចំនួនប្រាក់ចំណូលនេះ ពុំមានអ្វីគួរឱ្យភ្ញាក់ផ្អើលឡើយ ដោយអាណាព្យាបាលជាច្រើនត្រូវបានរាយការណ៍ថា មានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ មិនអាចធ្វើការងារបាន។ អត្រាគ្មានការងារធ្វើក៏មានកំរិតខ្ពស់គួរឱ្យកត់សំគាល់ក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ (៤៩%) ដែលអត្រានេះខ្ពស់ជាង គ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលមានអត្រាគ្មានការងារធ្វើមានកំរិតទាប (៣០%) ($p<0.001$) ។ សំរាប់អ្នកដែលកំពុងបំពេញការងារ អត្រាអវត្តមានការងារ មានកំរិតខ្ពស់ដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់សំរាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ មានប្រាក់ចំណូលទាបដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។

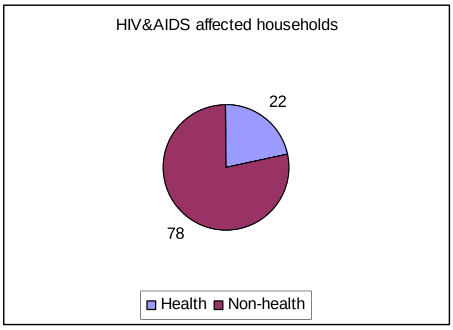
រូបភាពទី១៥: ចំណូល និងចំណាយគ្រួសារប្រចាំខែ ក្នុងមនុស្សម្នាក់ (ឆ្នាំ២០០៤)
(Alkenbrack et al., 2004)

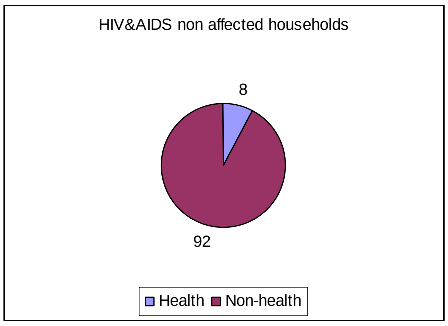


ទោះបីជាការចំណាយទូទៅមានចំនួនប្រហាក់គ្នាក្តី ការសិក្សាដដែលនេះ រកឃើញថាគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ចំណាយថវិកាយ៉ាងច្រើនទៅលើការថែទាំសុខភាព និងលៃលកថវិកាបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះសំរាប់ការចំណាយដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព បើប្រៀបធៀបទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ($p<0.001$) (រូបភាពទី១៦)។ ២២% នៃការចំណាយរបស់គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ត្រូវបានផ្តោតទៅលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយបើប្រៀបធៀបជាមួយគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍វិញ ការចំណាយបែបនេះស្ថិតក្នុងកំរិត៨%តែប៉ុណ្ណោះ។

បើប្រៀបធៀបទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ចំណាយច្រើនទៅលើការថែទាំសុខភាព និងតិចជាងទៅលើការចំណាយដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព។

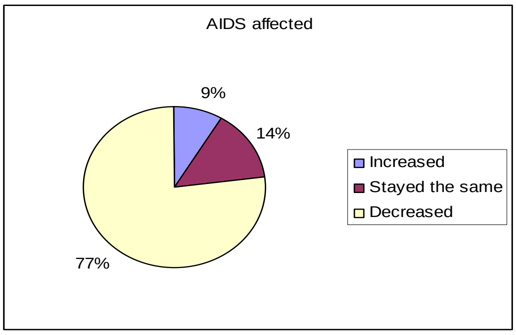
រូបភាពទី១៦: សមាមាត្រនៃការចំណាយផ្នែកសុខភាព និងការចំណាយដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព ក្នុងគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ និងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ ដោយមេរោគអេដស៍
(Alkenbrack et al., 2004)

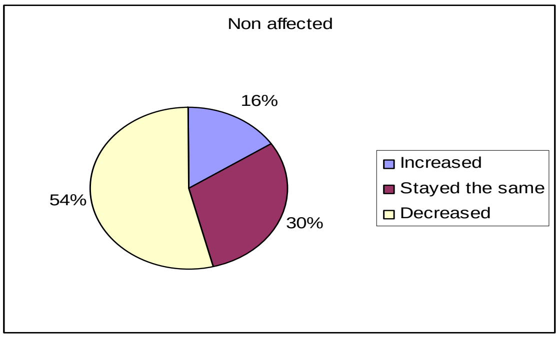




ការសិក្សាក៏បានវាយតំលៃលើអ្វីដែលបានកើតឡើងកន្លងមក ហើយអ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសួរសំនួរថា "តើចំណូលរបស់អ្នកបានកើនឡើងក្នុងកំរិតដដែល ឬក៏ធ្លាក់ចុះកាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ?" ដូចមានបង្ហាញក្នុងរូបភាពទី១៦ គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ចំនួន៧៧% បានរាយការណ៍អំពីការធ្លាក់ចុះនៃប្រាក់ចំណូល បើប្រៀបធៀបទៅនឹងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលមានតែ៥៤%ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានរាយការណ៍ដូចគ្នា (p<0.001) ។ កត្តានេះឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញអំពីការធ្លាក់ចុះនៃប្រាក់ចំណូល ដែលកំពុងកើតឡើងចំពោះក្រុមប្រជាជនទាំងពីរប្រភេទនេះ ដោយគ្រាន់តែទំនងជាបានកើនឡើងច្រើនទៅលើគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ ។

រូបភាពទី១៧: ការប្រែប្រួលនៃប្រាក់ចំណូលនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ
(Alkenbrack et al., 2004)





ដោយពិនិត្យមើលលើផលប៉ះពាល់រយៈពេលយូរនៃមេរោគអេដស៍ ទៅលើសន្តិសុខសេដ្ឋកិច្ច គេរកឃើញថា គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ បានរាយការណ៍ថា ពួកគេ ទំនងជាត្រូវលក់ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្លួន ដើម្បីចំណាយលើការថែទាំសុខភាពច្រើនជាងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ២ដង, ទំនងជាត្រូវលក់ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្លួន ដើម្បីចំណាយសំរាប់ពិធីបុណ្យសពច្រើនជាងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ២ដង , និងទំនងជាត្រូវលក់ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្លួន ដើម្បីចាយវាយលើការចំណាយទូទៅច្រើនជាងគ្រួសារដែលមិនប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ប្រមាណ២,៥ដង។

ម្តាយរបស់កុមារដែលបានបាត់បង់ឳពុក បានរៀបរាប់អំពីស្ថានភាពអាក្រក់របស់គាត់ ដែលកំពុងធ្លាក់ចូលទៅក្នុងភាពងាយរងគ្រោះផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច :*“ មុនពេលប្តីខ្ញុំស្លាប់ ខ្ញុំបានលក់ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារខ្ញុំអស់ទៅហើយ...ដី កង់ ម៉ូតូ និងមាស ដើម្បីព្យាបាលគាត់។ ឥឡូវនេះ ខ្ញុំគ្មានសេសសល់អ្វីទៀតទេ ក្រៅពីខ្ទមមួយនេះ។”*

ផលប៉ះពាល់ទៅលើគ្រួសារ :

ផលប៉ះពាល់ផ្សេងទៀតនៅក៏រិតគ្រួសារ ទាក់ទងទៅនឹងការបំបែកសមាជិកគ្រួសារ។ ស្ត្រីដែលមានកូនជាកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍សំរាប់ការសិក្សានេះបានរាយការណ៍ថា គាត់ត្រូវបញ្ជូនកូនរបស់គាត់ឱ្យទៅរស់នៅជាមួយសាច់ញាតិ ខណៈដែលគាត់ត្រូវថែទាំប្តី និងធ្វើការ ដើម្បីរកលុយ។ ម្តាយដទៃទៀតបានរៀបរាប់អំពីការដែលសាច់ញាតិបានយកកូនរបស់គាត់ទៅចិញ្ចឹម និងបំបែកកូនគាត់ពីបងប្អូនរបស់ពួកគេ។ កុមារដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍សំរាប់ការសិក្សានេះ បានរៀបរាប់អំពីអារម្មណ៍ និងការភ័យខ្លាចរបស់ពួកគេ នៅពេលដែលត្រូវបានបំបែកពីឳពុកម្តាយ និងបងប្អូន។

ការប្រែប្រួលបន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ឳពុកម្តាយ :

ការសិក្សារបស់ Carswell ទៅលើសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្តសង្គមរបស់កុមារកំព្រាចំនួន១៩០នាក់ និងកុមារងាយរងគ្រោះ ដែលមានអាយុពី៦-៨ឆ្នាំ នៅតាមតំបន់ព្រំដែនកម្ពុជា-ថៃ បានចងក្រងឯកសារអំពីការប្រែប្រួលដែលកុមារបានជួបប្រទះ បន្ទាប់ពីឳពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេបានស្លាប់ទៅ។

ជាទូទៅ កុមារច្រើនជាងមួយភាគបី ដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ បានឱ្យដឹងថា ពួកគេពុំសូវមានអាហារទទួលទាន និងលុយកាក់ចាយវាយច្រើនដូចកាលពីមុនឡើយ បន្ទាប់ពីឪពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេបានស្លាប់ទៅ។ សមាមាត្រដដែលនេះ ក៏បានរាយការណ៍អំពីការដែលពួកគេត្រូវធ្វើការងារផ្ទះច្រើនជាងមុន ហើយក្នុងនោះកុមារម្នាក់ក្នុង៥នាក់ បានរៀបរាប់អំពីការកាត់បន្ថយការទៅរៀនសូត្រ និងកុមារម្នាក់ក្នុងចំណោមកុមារ១០នាក់ បាននិយាយថា ពួកគេត្រូវនៅថែទាំឪពុក ឬម្តាយ។ មួយភាគបីនៃកុមារទាំងនេះ បានរាយការណ៍អំពីការដែលពួកគេត្រូវថែទាំប្អូនតូចៗ ហើយកុមារម្នាក់ក្នុងចំណោមកុមារ១០នាក់ បានរាយការណ៍ថា ពួកគេគ្មានទីជំរក។

បន្ទាប់ពីបានបាត់បង់ឪពុក ឬម្តាយ កុមារបានរាយការណ៍ថា ពួកគេពុំសូវមានអាហារទទួលទាន ពុំសូវមានប្រាក់ចាយវាយ ពុំសូវបានទៅរៀនសូត្រ ដូចកាលពីមុន ហើយការងារផ្ទះមានការកើនឡើង និងត្រូវថែទាំកុមារតូចៗ និង/ឬឪពុកម្តាយ។

សំលេងរបស់កុមារ

បន្ថែមលើការពិនិត្យឯកសារ កុមារ២១នាក់ដែលមានអាយុពី៧-១៧ឆ្នាំ ត្រូវបានសម្ភាសន៍អំពីបញ្ហាដែលពួកគេប្រឈមមុខ ជួបប្រទះនៅក្នុងជីវិតរបស់ពួកគេ ការដែលជីវិតរបស់ពួកគេបានទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងការគាំទ្រដែលពួកគេទទួលបាននាពេលបច្ចុប្បន្ន។ កុមារទាំងអស់សុទ្ធតែកំព្រា ឬកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍។ កុមារបានកំណត់បញ្ហាដែលពួកគេកំពុងប្រឈមមុខសព្វថ្ងៃ និងការភ័យខ្លាចរបស់ពួកគេសំរាប់ពេលអនាគត :

បញ្ហាដែលកំពុងប្រឈមមុខសព្វថ្ងៃ

- ភាពអត់ឃ្លាន ភ័យខ្លាចអំពីភាពអត់ឃ្លាន មិនដែលបានទទួលទានឆ្អែត
- គ្រួសារមិនមានថវិការគ្រប់គ្រាន់ និងគ្មានមុខរបរ
- មិនអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឬទទួលបានថ្នាំព្យាបាលនៅពេលដែលពួកគេឈឺ
- ត្រូវធ្វើការ និងរកលុយសំរាប់គ្រួសារ
- រស់នៅជាមួយសមាជិកគ្រួសារដែលមានជំងឺ ថែទាំពួកគេ និងសំលឹងមើលពួកគេស្លាប់បន្តិចម្តងៗ
- ការមាក់ងាយ - គេហៅពួកខ្ញុំថាកូនអ្នកកើតអេដស៍ , ក្មេងកើតអេដស៍

ការភ័យខ្លាចសំរាប់ពេលអនាគត

- ការបំបែកចេញពីគ្រួសារ និងបងប្អូន និងមិនប្រាកដក្នុងចិត្តថាអាចរកបងប្អូនរបស់ពួកគេឃើញនៅពេលអនាគត
- ខ្លាចភ្លេចមុខម្តាយ/ឪពុក/បងប្អូន
- មិនអាចចូលរៀននៅសាលា ឬទទួលការអប់រំ ដែលបណ្តាលឱ្យគ្មានអនាគត
- មិនប្រាកដក្នុងចិត្តថាអាចរៀបការបាន ដោយសារគ្មាននរណាជួយរៀបចំ
- បារម្ភថានឹងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលកុមារកំព្រានេះជារៀងរហូត
- គិតចង់សម្លាប់ខ្លួនឯង
- បារម្ភខ្លាច [អ្នកថែទាំ] នឹងស្លាប់
- ព្រួយបារម្ភថា ខ្ញុំនឹងមិនបានឃើញ ឬស្គាល់ឪពុកម្តាយពិតប្រាកដ

របកគំហើញទាំងនេះស្របទៅនឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ទៅលើកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍។

កិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ឆ្នាំ២០០៧

ជំពូក៤: ការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិរហូតដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន

បើទោះបីជាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ អត្រាមរណភាពកុមារ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ បន្តធ្លាក់ចុះនៅក្នុងតំបន់ក្រុងក៏ដោយ ចំនួនកុមារកំព្រា ឬកុមារងាយរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានការកើនឡើង ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំខាងមុខ ដោយឪពុកម្តាយនឹងស្លាប់ដោយពួកគេឈានដល់ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺ។ អត្រាមរណភាពមាតានៅតែបន្តក្នុងកំរិតថេរ ហើយគម្លាតរវាងអ្នកមាន និងអ្នកក្រក៏ចេះតែបន្តឃ្លាតពីគ្នាឆ្ងាយទៅៗ។ យោងតាមលក្ខណៈនៃភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ន វាជាការលំបាកក្នុងការកំណត់ចំណុចបញ្ចប់នៃតួនាទីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ ដែលទាក់ទងទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងចំណុចចាប់ផ្តើមនៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងទៀត។

នៅថ្នាក់កម្មវិធី ការឆ្លើយតបបានសង្កត់ធ្ងន់លើតំរូវការរបស់កុមារកំព្រាគ្រប់រូប កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ដើម្បីរៀបចំអន្តរាគមន៍ដែលស្របទៅនឹងអាយុ និងយេនឌ័រ នៅក្នុងតំបន់ដែលត្រូវការឱ្យមានអន្តរាគមន៍ចាំបាច់បំផុត។ គេត្រូវការបង្កើតឱ្យមានការឆ្លើយតបរួមគ្នាមួយ ដើម្បីជួយដល់សហគមន៍ និងរដ្ឋាភិបាល ក្នុងការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃជំងឺអេដស៍ទៅលើកុមារ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ មានភស្តុតាងដែលបង្ហាញអំពីវត្តមាននៃគំរូនៃការថែទាំសមស្រប និងដែលប្រសិទ្ធិភាព ការការពារ និងការគាំទ្រដែលនឹងបង្កើតឱ្យមានមូលដ្ឋានជាក់លាក់មួយសំរាប់ការរៀបចំកម្មវិធីថ្នាក់ជាតិ និងការពង្រីកសេវាបន្ថែម។

តួនាទីរបស់អ្នកដើរតួនីមួយៗក្នុងការឆ្លើយតប

រដ្ឋ

រដ្ឋ - ដែលសំដៅទៅលើបណ្តាក្រសួង/មន្ទីរ/ស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល គណៈកម្មាធិការអន្តរក្រសួង ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងមន្ត្រីសុខាភិបាល អប់រំ និងសង្គមកិច្ចរបស់រដ្ឋាភិបាល - ផ្តល់នូវការការពារកំរិតខ្ពស់បំផុត ព្រមទាំងដឹកនាំតាមរយៈផែនការ និងគោលនយោបាយជាតិ ច្បាប់ និងបទបញ្ជា។ រដ្ឋាភិបាលក៏រួមចំណែកចំពោះការឆ្លើយតប តាមរយៈការប្រមូលទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិ និងការអង្កេត និងតាមរយៈការទាក់ទាញការគាំទ្រកំរិតខ្ពស់ និងដែលបន្តផងដែរ។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិរបស់កម្ពុជា កំពុងធ្វើការរួមចំណែកសំខាន់ៗជាច្រើនដល់ការឆ្លើយតបលើផ្នែក ធនធានបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុភាគច្រើន សមាសធាតុគោលនយោបាយ ការគាំទ្រការបង្កើតកម្មវិធី ការវាយតំលៃ ការទាក់ទាញការគាំទ្រ ការកសាងសមត្ថភាព និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធការស្រាវជ្រាវ ការចលនាសង្គម និងការផ្គង់ផ្គង់សេវា ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

សង្គមស៊ីវិល

សង្គមស៊ីវិល រួមមានអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក និងអង្គការសាសនា [រួមមាន សមាគមន៍ព្រះសង្ឃ និងវត្តអារាម] ក្រុមកុមារ គណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ភូមិ ឬឃុំ បណ្តាញការពារកុមារ និងអង្គការសិទ្ធិមនុស្ស។ សេវាភាគច្រើនត្រូវបានផ្តល់ ឬផ្តួចផ្តើមដោយ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងអនុវត្តដោយសង្គមស៊ីវិល។ សង្គមស៊ីវិល គឺជាអ្នករួមចំណែកយ៉ាងធំធេងក្នុងការរៀបចំកម្មវិធីនៅមូលដ្ឋាន និងអនុវត្តផែនការជាតិ ការទាក់ទាញការគាំទ្រ ដែលជំរុញឱ្យប្រជាជនអាចទទួលបានសេវា និងចេះប្រើប្រាស់សិទ្ធិរបស់ពួកគេ ចលនាសហគមន៍ និងធនធាន និងគាំទ្រអង្គការសហគមន៍។ ព័ត៌មានចាំបាច់ ដើម្បីគាំទ្រការសំរេចចិត្ត តែងត្រូវបានប្រមូលដោយ/និងពីអង្គការសង្គមស៊ីវិល ដែលការចូលរួមក្នុងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន វាយតំលៃ និងស្រាវជ្រាវរបស់ពួកគេ មានសារៈសំខាន់យ៉ាងខ្លាំង។

សហគមន៍

សហគមន៍ ដែលសំដៅដល់គ្រួសារ និងអ្នកជិតខាង បណ្តាញការពារកុមារតាមសហគមន៍ បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មេដឹកនាំក្រុមកុមារ និងកុមារ គឺជាអ្នកផ្តល់ការគាំទ្រនាំមុខ សំរាប់គ្រួសារ និងកុមារ ដែលធនធានរបស់ពួកគេកំពុងស្ថិតក្នុងស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរ។ ការស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រពីអ្នកជិតខាង ធ្វើឱ្យកុមារជាច្រើនអាចបន្តទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ និងក្នុងបរិស្ថានដែលពួកគេធ្លាប់រស់នៅ ព្រមទាំងបន្តរស់នៅជាមួយអ្នកថែទាំបឋមរបស់ពួកគេ។ សកម្មជនថ្នាក់ភូមិ ជនបង្គោល អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់ការជូនដំណើរ ដែលគួរឱ្យទុកចិត្តបានដល់ OVC និងមេដឹកនាំក្រុមកុមារ សុទ្ធតែផ្តល់នូវការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ និងសង្គមសំខាន់ៗដល់កុមារ និងអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ។

កុមារ និង អ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ

ទីបំផុត ការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ បានលេចជារូបរាងឡើង ឬទទួលយកបានដោយកុមារកំព្រា កុមារងាយរងគ្រោះ និងអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ។ កុមារ គ្រួសារ អ្នកថែទាំកុមារ និងអ្នកថែទាំដទៃទៀត សុទ្ធតែជាអ្នកស្ថិតនៅជួរមុខ ក្នុងការផ្តល់ការថែទាំ ការការពារ និងការគាំទ្រកុមារឱ្យទៅសិក្សានៅសាលារៀន និងផ្តល់បំនិនជីវិត មគ្គុទ្ទេសក៍ដឹកនាំ ក៏ដូចជាសេចក្តីស្រលាញ់ និងមនោសញ្ចេតនា។ កុមារ និងអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ ក៏ដើរតួនាទីក្នុងការឆ្លើយតបផងដែរ តាមរយៈការទាក់ទាញការគាំទ្រ ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលដឹកនាំដោយកុមារ ការចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ ការចលនាសង្គម ការសំរបសំរួល និងការចូលរួមនៅក្នុងក្រុមកុមារ។

ការកំណត់ផែនទីលំអិតនៃការឆ្លើយតបផ្នែកសេវាដោយរដ្ឋាភិបាល ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ត្រូវបានធ្វើឡើង និងបោះពុម្ពផ្សាយដោយឡែក១ពីគ្នា ដោយអង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី ដែលមានឈ្មោះថា *របាយការណ៍ស្តីពីការកំណត់ផែនទីឆ្នាំ២០០៧* ។ ដូច្នេះ ជំពូកនេះរៀបរាប់តែទិដ្ឋភាពទូទៅ និងផែនទីជាតិសំខាន់១ប៉ុណ្ណោះ។ សំរាប់សេចក្តីលំអិតបន្ថែម សូមមើលរបាយការណ៍ស្តីពីការកំណត់ផែនទី។

៩.១ ការឆ្លើយតបរបស់រដ្ឋាភិបាល

ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិពហុផ្នែកស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ

ក្រុមការងារ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ទទួលខុសត្រូវលើការពង្រឹងការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីសម្រេចបានសិទ្ធិរស់រានមានជីវិត សិទ្ធិទទួលបានការអភិវឌ្ឍន៍ សិទ្ធិទទួលបានការការពារ និងសិទ្ធិចូលរួមរបស់ OVC គ្រប់រូប ជាបណ្តើរ១។

ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា (MOSVY) គឺជាប្រធានក្រុមការងារនេះ និងផ្តល់ទីកន្លែងសំរាប់ការបង្កើតលេខាធិការដ្ឋាន។ អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA) បានផ្តល់ការគាំទ្រ និងការកសាងសមត្ថភាព ដែលស្របទៅនឹងការទទួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេ ក្នុងការសំរបសំរួល ការឆ្លើយតបពហុផ្នែក ជារួមទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍។

ក្រុមប្រឹក្សាជាតិកម្ពុជាដើម្បីកុមារ

ក្រុមប្រឹក្សានេះ គឺជាក្រុមដែលស្ថិតនៅថ្នាក់ខ្ពស់ ក្រោមអធិបតីភាពរបស់ រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា និងមានសមាសភាពចូលរួមពីតំណាងក្រសួងចំនួន១១ ទីស្តីការគណៈរដ្ឋមន្ត្រី និងកាកបាទក្រហម។ ក្រុមប្រឹក្សានេះ ត្រូវបានបង្កើតនៅក្នុងឆ្នាំ១៩៩៥។ ការទទួលខុសត្រូវបឋមរបស់ក្រុមប្រឹក្សានេះ គឺលើកកំពស់ការអនុវត្តន៍អនុសញ្ញាអង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីសិទ្ធិកុមារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងដើរតួនាទីជាអង្គភាពសំរបសំរួល ដើម្បីការពារសិទ្ធិកុមារគ្រប់រូប។ CNCC មានអនុគណៈកម្មាធិការអន្តរក្រសួងចំនួនបួន។ ក្រុមប្រឹក្សានេះ មានការខ្វះខាតធនធាន ហើយពុំសូវបានជួបប្រជុំទៀងទាត់ឡើយ។

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA)

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ១៩៩៩ មានអណត្តិស្របច្បាប់ក្រោម *ច្បាប់ស្តីពីការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ឆ្នាំ២០០៣* ក្នុងការដើរតួនាទីសម្រួលជាអ្នកសំរបសំរួលការឆ្លើយតបជាតិពហុផ្នែកនៅកម្ពុជា ទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍។ តួនាទីនេះរាប់បញ្ចូលការសំរបសំរួលលើការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ ការកៀរគរធនធានពីស្ថាប័ន និងទីភ្នាក់ងារជាតិ និងអន្តរជាតិ ទាក់ទាញការគាំទ្រផ្នែកបទបញ្ជា និងពិនិត្យឡើងវិញ និងអនុម័តលើព័ត៌មាន ការអប់រំ និងកម្មវិធីទំនាក់ទំនងគ្រប់ផ្នែកអំពីមេរោគអេដស៍។

NAA សំរបសំរួលការរៀបចំ *ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ការឆ្លើយតបពហុផ្នែកដ៏ទូលំទូលាយចំពោះមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍សំរាប់ឆ្នាំ២០០៦-២០១០* ដែលគេហៅថា NSP II (ព្រោះនេះគឺជាផែនការថ្នាក់ជាតិពហុផ្នែក ទីពីរ)។ NSP II រាប់បញ្ចូលយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការបង្ការមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមយុវជន និងការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC ដែលស្របទៅនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា។

ការពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិមួយ ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៦ បានត្រួសត្រាយផ្លូវដើម្បីឱ្យឈានទៅដល់លទ្ធភាពទទួលបានជាសកល សំរាប់ការបង្ការ និងការព្យាបាលមេរោគអេដស៍ និង ការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ត្រឹមឆ្នាំ២០១០។ ការជំរុញការអនុវត្តន៍របៀបវារៈនេះ គឺជាអាទិភាពរបស់ NAA។ បញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងកុមារត្រូវបានបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់នៅក្នុងឯកសារស្តីពីការប្តេជ្ញាចិត្តលើលទ្ធភាពទទួលបានជាសកល ហើយបានបញ្ចូលនូវភាពចាំបាច់ក្នុងការពង្រីកគោលដៅអន្តរាគមន៍សំរាប់ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ ដូចជា ក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងការបង្ការនៅតាមទីកន្លែងមួយចំនួន ដូចជា មណ្ឌលកុមារកំព្រា។ សូចនាករ និងចំណុចដៅនៃលទ្ធភាពទទួលបានជាសកល ដែលសង្កត់ធ្ងន់លើ OVC រួមមាន :

- ភាគរយនៃគ្រួសារដែលមានកុមារ OVC ដែលបានទទួលកញ្ចប់អប្បបរមាសំរាប់ការថែទាំ (ចំណុចដៅសំរាប់ឆ្នាំ២០០៨ គឺ៣០% និងចំណុចដៅសំរាប់ឆ្នាំ២០១០ គឺ៥០%)
- ភាគរយនៃឃុំដែលមានអង្គការ១ យ៉ាងតិច ផ្តល់ការថែទាំ និងគាំទ្រដល់គ្រួសារដែលមានកុមារ OVC (ចំណុចដៅសំរាប់ឆ្នាំ២០០៨ គឺ៥០% និងចំណុចដៅសំរាប់ឆ្នាំ២០១០ គឺ១០០%)[៥៥]

[55] 2006-2010, U. N. H. A. J. S. P. (2006). Proceedings - Civil Society Pre-Consultation on Universal Access - Cambodia's Road Map to the National Response to HIV/AIDS,, HACC.

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA) កំពុងអនុវត្តការងារជាមួយ UNAIDS ក្នុងការបង្កើតប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃថ្នាក់ជាតិដ៏ទូលំទូលាយមួយ ដើម្បីវាយតំលៃ និងរាយការណ៍អំពីដំណើរការឆ្ពោះទៅរកការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍។ ប្រព័ន្ធនេះ នឹងបញ្ចូលការពន្យល់អំពីសូចនាករ និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីវិធីវាស់វែង និងប្រមូលទិន្នន័យសមស្របសំរាប់ដំណើរការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។

NAA ក៏កំពុងធ្វើការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិមួយ អំពីវិមជ្ឈការនៃការឆ្លើយតបពហុផ្នែកចំពោះមេរោគអេដស៍ផងដែរ។ តំបន់អនុវត្តផែនការសាកល្បងមួយ (ខេត្តស្វាយរៀង) បានផ្តល់អាទិភាពទៅលើការសំរបសំរួល OVC ថ្នាក់ខេត្ត និងកំពុងរៀបចំយន្តការ និងផែនការការងារ ដែលនឹងត្រូវរាយការណ៍នៅចុងឆ្នាំ២០០៧។

ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា (MOSVY)

ការថែទាំ និងការពារកុមារ គឺជាអាទិភាពមួយរបស់ MOSVY។ MOSVY គឺជាប្រធាន NOVCTF និងដើរតួនាទីដឹកនាំក្នុងការសំរបសំរួលការឆ្លើយតបទៅនឹង OVC។ ការឆ្លើយតបរបស់ MOSVY ចំពោះ OVC គឺផ្តោតទៅលើ អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេស ដែលត្រួតពិនិត្យលើគោលនយោបាយ ការធ្វើផែនការ និងការបង្កើតកម្មវិធីសំរាប់សុខុមាលភាពកុមារ ការថែទាំជំនួស និងការការពារកុមារនៅថ្នាក់កណ្តាល ។ អគ្គនាយកដ្ឋានរួមមាននាយកដ្ឋានដូចខាងក្រោម ដែលមានការទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់ ទាក់ទងទៅនឹង OVC :

១. នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពកុមារ
២. នាយកដ្ឋានយុវនីតិសម្បទា
៣. នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពសង្គម
៤. នាយកដ្ឋានស្តារនីតិសម្បទា (សំរាប់ជនពិការ)

ការថែទាំជំនួស

នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពកុមារ ទទួលខុសត្រូវចំពោះមណ្ឌលកុមារកំព្រារដ្ឋចំនួន២០កន្លែង (នៅក្នុងខេត្ត-ក្រុងចំនួន១៧) និងបទបញ្ជានៃសេវាថែទាំជំនួសតាមផ្ទះដែលគ្រប់គ្រង ដោយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលទាំងអស់ ដែលក្នុងនោះមណ្ឌលកុមារកំព្រាចំនួន១៦០ ក្នុងចំណោមមណ្ឌលកុមារកំព្រាដែលបានចុះបញ្ជីចំនួន១៩៧ មានអនុស្សរណៈនៃការយោគយល់គ្នាជាមួយ MOSVY។

តាមរយៈ MOSVY កម្ពុជាមានការរីកចំរើនក្នុងការបង្កើតក្របខណ្ឌបទបញ្ញាសំរាប់ការថែទាំជំនួសសំរាប់កុមារដែលគ្មានអ្នកថែទាំបឋម ដោយរាប់បញ្ចូលទាំង OVC ផងដែរ។ MOSVY បានអនុម័តគោលនយោបាយស្តីពីការថែទាំជំនួសសំរាប់កុមារ និងបទដ្ឋានមធ្យមនៃការថែទាំសំរាប់កុមារ ដែលស្ថិតក្រោមការថែទាំតាមផ្ទះនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦។ គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ការត្រួតពិនិត្យ ត្រូវបានបង្កើតឡើងជាមួយនឹងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យជាតិស្តីពីការថែទាំជំនួស។ MOSVY ក៏កំពុងរៀបចំបទដ្ឋានអប្បបរមានៃការថែទាំតាមសហគមន៏/គ្រួសារ ដើម្បីលើកកំពស់គុណភាពនៃការថែទាំនៅតាមវត្ត ផ្ទះសំរាប់ការស្នាក់នៅជាក្រុម ការថែទាំដោយសាច់ញាតិ និងការថែទាំដោយឳពុកម្តាយចិញ្ចឹម។ ការពិនិត្យលើការអនុវត្តន៏បទដ្ឋាន ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៧ និងបង្ហាញឱ្យឃើញថា ការអនុវត្តន៏ នៅមានកំរិតទាបនៅឡើយ។

ពុំធ្លាប់មានការប៉ុនប៉ងជាប្រព័ន្ធក្នុងការកំណត់ផែនទីអំពីការផ្តល់ការថែទាំជំនួសតាមសហគមន៏នៅកម្ពុជាឡើយ។ គំរូនៃការថែទាំជំនួសតាមសហគមន៏ រួមមាន ការថែទាំដោយឳពុកម្តាយចិញ្ចឹម ការគាំទ្រគ្រួសារដែលមានកុមារជាមេគ្រួសារ ការថែទាំដោយសាច់ញាតិ ការថែទាំតាមវត្ត និងការថែទាំតាមចង្កោមផ្ទះដែលមានទីតាំងនៅជិតៗគ្នា។ គំរោងដែលលើកកំពស់គំរូទាំង៥នេះ សុទ្ធតែមានវត្តមាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ នៅក្នុងខែកក្កដា និងខែសីហា ឆ្នាំ២០០៧ MoSVY បានធ្វើការកំណត់ផែនទីជាមូលដ្ឋានទូទាំងប្រទេសជាលើកដំបូងអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជំនួសតាមសហគមន៏។ របាយការណ៏អំពីការកំណត់ផែនទីនេះ នឹងត្រូវបានបោះពុម្ពផ្សាយត្រឹមពាក់កណ្តាលឆ្នាំ២០០៨។ គណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាអំពីការថែទាំជំនួស ដែលមាន MoSVY ជាប្រធាន ដោយមានសមាជិកចូលរួមពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការអន្តរជាតិនានា ក៏បានបង្កើតបទដ្ឋានអប្បបរមាសំរាប់ការថែទាំតាមសហគមន៏ផងដែរ។

MoSVY ក៏កំពុងភ្ជាប់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ទៅនឹងការថែទាំតាមសហគមន៏ ដើម្បីឱ្យរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៏ អាចពង្រឹងរចនាសម្ព័ន្ធការគាំទ្រតាមសហគមន៏ ដែលមានលក្ខណៈសមស្របទៅតាមវប្បធម៌ប្រពៃណី និងមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការជាមូលដ្ឋានរបស់ OVC។

ការបន្តបណ្តុះបណ្តាលការងារសង្គមកិច្ច ក្នុងទ្រង់ទ្រាយជាវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ‘ថ្នាក់មូលដ្ឋាន’ ដែលមានរយៈពេល២សប្តាហ៏ និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ‘អាជីព’ (ជាមួយការចុះកម្មសិក្សា) ដែលមានរយៈពេល៣សប្តាហ៏សំរាប់មន្ត្រីសង្គមកិច្ច ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយ MOSVY ក្រោមការឧបត្ថម្ភគាំទ្រពីអង្គការយូនីសេហ្វ។ ការបណ្តុះបណ្តាល ផ្តោតសំខាន់លើមន្ត្រីកំរិតថ្នាក់ស្រុក/ខណ្ឌ។ ការបណ្តុះបណ្តាលនេះ បានបញ្ចូលមេរៀនអំពីមេរោគអេដស៏/ជំងឺអេដស៏។ ការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គម និងការផ្តល់ប្រឹក្សា ត្រូវបានធ្វើឡើង

នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ហើយក៏បានផ្តោតសំខាន់លើមន្ត្រីសង្គមកិច្ចថ្នាក់ស្រុក/ខណ្ឌផងដែរ។ កម្មវិធីសិក្សារបស់ MOSVY ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់ ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីគោលនយោបាយ និងការប្រែប្រួលដទៃទៀត។ មន្ត្រីចំនួន១០០នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ បានចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តុះបណ្តាលអំពីមូលដ្ឋាននៃកិច្ចការសង្គម និងការផ្តល់ប្រឹក្សា។

ការសុំកូនក្រៅប្រទេស (និងការសុំកូនក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាតិចជាង) បានប្រព្រឹត្តទៅជាផ្លូវការតាមរយៈការិយាល័យសុំកូន ដែលស្ថិតនៅក្នុងនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពកុមាររបស់ MOSVY។

ការការពារកុមារ

កម្ពុជាទើបតែបានអនុម័តលើអនុសញ្ញាទីក្រុងឡាអេហ៍ (The Hagues) ស្តីពីការការពារកុមារ និងកិច្ចសហការដែលទាក់ទងទៅនឹង ការសុំកូនក្រៅប្រទេស ហើយកំពុងដំណើរការពិនិត្យសំរេចពង្រាងច្បាប់ស្តីពីការសុំកូនក្រៅប្រទេស។ កម្ពុជាពុំមានច្បាប់ការពារកុមារទេ ហេតុដូច្នេះត្រូវទាមទារឱ្យមានច្បាប់ជាតិ និងគោលនយោបាយ ដើម្បីការពារកុមារពីការរំលោភបំពាន និងការកេងប្រវ័ញ្ច។ ខណៈដែលគ្មានច្បាប់ និងគោលនយោបាយការពារកុមារដ៏ទូលំទូលាយមួយ ក៏នៅមានច្បាប់ក្នុងស្រុកជាច្រើនដោយឡែកៗពីគ្នា ដូចជាអនុសញ្ញា និងពិធីការអន្តរជាតិ ដែលរដ្ឋាភិបាលបានផ្តល់សច្ចាប័ន និងអនុម័ត ដែលអាចត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីការពារកុមារ។

ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយអង្គការយូនីសេហ្វ MOSVY បានប្រតិបត្តិការបណ្តាញការពារកុមារ (CPN) នៅក្នុងខេត្តព្រៃវែង និងស្វាយរៀង។ នេះគឺជាយុទ្ធសាស្ត្រពហុផ្នែក ដែលមានមូលដ្ឋានតាមសហគមន៍ ដើម្បីការពារកុមារដោយសង្កត់ធ្ងន់លើសិទ្ធិ និងការចូលរួមរបស់កុមារ។ សមាសធាតុចម្បងៗរបស់បណ្តាញរួមមាន ៖

- ការបង្ការការរំលោភបំពាន និងការកេងប្រវ័ញ្ចតាមរយៈ ការលើកកំពស់ការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍ ដែលធ្វើឡើងដោយកុមារផ្ទាល់ មន្ត្រីសង្គមកិច្ចរបស់ DOSVY និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសង្គមកិច្ចភូមិ
- មិត្តអប់រំមិត្ត[៥៦] ដោយតំណាងកុមារក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលត្រូវបានជ្រើសតាំងដោយកុមារក្នុងភូមិនីមួយៗ
- ការកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារដែលប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ និងកុមារដែលត្រូវការការវិធានការការពារពិសេស ដោយបញ្ជូនកុមារទៅរកសេវា និងផ្តល់ជំនួយតាមរយៈមូលនិធិសង្គមភូមិ[៥៧]។

[56] វគ្គបណ្តុះបណ្តាលមិត្តអប់រំមិត្តចំនួន៨ ស្តីពីសិទ្ធិជាមូលដ្ឋានទាំងបួនរបស់កុមារ ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ដោយមានការចូលរួមពី កុមារ៧៩៤នាក់ក្នុងខេត្តព្រៃវែង និង ស្វាយរៀង - របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ២០០៦របស់ MoSVY

[57] កុមារ២៣៧នាក់ក្នុងខេត្តព្រៃវែង និង ១០៥នាក់ក្នុងខេត្តស្វាយរៀង បានទទួលការគាំទ្រ និង សេវា ព្រមទាំងការការពារជាពិសេសក្នុងឆ្នាំ២០០៦ – របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ២០០៦របស់ MoSVY

CPN មានការប្រជុំសំរបសំរួលពីរកំរិត : កំរិតទី១គឺនៅឯថ្នាក់ឃុំ និងកំរិតទី២គឺនៅថ្នាក់ខេត្ត ដែលមានការចូលរួមពីកុមារ និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន។ បច្ចុប្បន្ន CPN កំពុងប្រតិបត្តិការនៅក្នុងឃុំដែលត្រូវបានជ្រើសរើសក្នុងស្រុកចំនួន៦ នៃខេត្តទាំងពីរដែលបានរៀបរាប់ពីខាងលើ ក្រោមការឧបត្ថម្ភគាំទ្រពីអង្គការយូនីសេហ្វ។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល កំពុងបង្កើត CPN នៅក្នុងខេត្តដទៃទៀត ហើយ DOSVY បាននិងកំពុងស្វែងរកថវិកាពីរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលពីគ្រប់ទីកន្លែងសំរាប់ CPNs។ MOSVY មានឆន្ទៈយោបាយយ៉ាងខ្លាំងក្លាក្នុងការពង្រីក CPNs។

ក្រសួងធម្មការ និង សាសនា (MoCR)

នៅក្នុងខែឧសភា ឆ្នាំ២០០២ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា បានអនុម័តលើគោលនយោបាយជាតិមួយស្តីពីការឆ្លើយតបរបស់សាសនា ទៅនឹងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍។ គោលនយោបាយ ជំរុញមេដឹកនាំសាសនា (សាសនាព្រះពុទ្ធ សាសនាគ្រឹះ និងសាសនាអ៊ីស្លាម) ឱ្យដើរតួនាទីក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការអប់រំខ្លួនគេផ្ទាល់ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ អំពីមេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយការរើសអើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងចំពោះការទទួលបានការថែទាំ និងការគាំទ្រដល់កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរក្សាយុទ្ធសាស្ត្រពហុផ្នែកជារៀងរហូតតទៅ[៥៨]។ គោលនយោបាយ ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយក្រសួងធម្មការ និងសាសនា ដោយមានការចូលរួមពីមន្ត្រីសង្ឃជាន់ខ្ពស់នៅក្នុងប្រទេស។ អង្គការយូនីសេហ្វ បានចុះអនុស្សារណៈនៃការយោគយល់គ្នា ជាមួយរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយនេះ។

MoCR បានអភិវឌ្ឍន៍គោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់វត្តអារាម ដើម្បីដោះស្រាយតំរូវការរបស់ OVC។ ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយអង្គការយូនីសេហ្វ អង្គការដៃគូដើម្បីមេត្តាធម៌ មជ្ឈមណ្ឌលសហសង្គ្រោះកម្ពុជា និងកម្មវិធីការផ្តួចផ្តើមគំនិតថ្នាក់ដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា ត្រូវបានបង្កើតឡើង។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីចលនាព្រះសង្ឃ ដូនជី និងគ្រូបង្រៀន ឱ្យដឹកនាំការថែទាំ និងការបង្ការមេរោគអេដស៍នៅថ្នាក់សហគមន៍ ដោយមានបំណងបង្កើនការទទួលបានការថែទាំ និងការព្រមទទួលយកអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងស្តារស្ថានភាពអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ ឱ្យមានប្រក្រតីភាពដូចដើមវិញ។ បច្ចុប្បន្ន ការផ្តួចផ្តើមគំនិតនេះកំពុងត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តចំនួន១១[៥៩] នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយបានចូលទៅដល់ឃុំចំនួន៣៦៥ នៃចំនួនឃុំសរុបដែលមានចំនួន១៦២១ឃុំ។ នៅក្នុងសហគមន៍សង្ឃ ព្រះសង្ឃបានលើកទឹកចិត្តឱ្យមានក្រុមជួយខ្លួនឯងសំរាប់

---

[58] កម្មវិធីការផ្តួចផ្តើមថ្នាក់ដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា, អង្គការយូនីសេហ្វ ខែសីហា ឆ្នាំ២០០៣

[59] ពោធិ៍សាត់ កំពង់ធំ ព្រៃវែង កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ កំពត កំពង់ចាម តាកែវ ក្រុងព្រះសីហនុ ស្ទឹងត្រែង ភ្នំពេញ

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចុះជួបសួរសុខទុក្ខគ្រួសារដែលប៉ះពាល់នៅតាមផ្ទះ និងផ្តល់ការអប់រំអំពីជំងឺអេដស៍។ នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន ព្រះសង្ឃធានាថា កុមារកំព្រានឹងត្រូវទទួលបាននូវការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសមស្រប សំលៀកបំពាក់ សំភារៈសិក្សា និងអាហារ ក្នុងករណីចាំបាច់។ អង្គការយូនីសេហ្វ ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដល់មន្ទីរធម្មការ និងសាសនាខេត្ត-ក្រុង ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីការផ្តួចផ្តើមគំនិតថ្នាក់ដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា។ ចំនួនដ៏តិចតួចនៃមូលនិធិ ត្រូវបានរៃអង្គាសបានពីសហគមន៍។ ព្រះសង្ឃបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពីអង្គការយូនីសេហ្វ[៦០]។

ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា (MOEYS)

កម្ពុជាបានបោះជំហានទៅមុខដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ ក្នុងរយៈកាល៥ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ក្នុងការបង្កើនការទទួលបាននូវការអប់រំកំរិតបឋមសិក្សា បើទោះបីជាការបញ្ចប់កំរិតបឋមសិក្សា នៅបន្តជាឧបសគ្គក៏ដោយ។ ការចុះឈ្មោះសរុបសំរាប់ការចូលរៀននៅកំរិតបឋមសិក្សា បានកើនឡើងពី៨៥.៥% ដល់៩១.៩% ដែលក្នុងនោះគម្លាតយេនឌ័រ ក្នុងអនុបាតនៃការចុះឈ្មោះចូលរៀនសរុបនៅកំរិតបឋមសិក្សាក៏មានការធ្លាក់ចុះដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ផងដែរ (នៅក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨-១៩៩៩ កុមារាបានចុះឈ្មោះចូលរៀនច្រើនជាងកុមារីចំនួន៣១.២% ដោយឡែកនៅក្នុងឆ្នាំ២០០១-២០០២ អត្រានេះបានធ្លាក់ចុះមកនៅត្រឹម២២.៧%)[៦១]។

គោលនយោបាយស្តីពីបំណិនជីវិតរបស់ MOEYS ត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ហើយក្រសួងមានបំណងផ្តល់បំណិនជីវិតដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់កុមារដែលកំពុងសិក្សានៅតាមសាលា និងកុមារដែលនៅក្រៅសាលា ព្រមទាំងយុវជន។ ត្រឹមឆ្នាំ២០០៧ សកម្មភាពបំណិនជីវិតកំពុង ត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តចំនួន១៤។ ជំនាញវិជ្ជាជីវៈទូទៅ និងជំនាញវិជ្ជាជីវៈបឋម ដែលដាក់បញ្ចូលការអប់រំអំពីមេរោគអេដស៍ ក៏ត្រូវបានបង្រៀនក្នុងលក្ខណៈជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីសិក្សាអប់រំមូលដ្ឋាន។ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីផ្នែកសេវាបឋម ដើម្បីផ្តល់ឱ្យគ្រូបង្រៀននូវជំនាញក្នុងការបង្រៀនអំពីព័ត៌មានស្តីពីការបង្ការមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានផ្តួចផ្តើមឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ហើយបច្ចុប្បន្ននេះបានគ្របដណ្តប់សាលាបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្រៀនចំនួន១៨កន្លែង។ បច្ចុប្បន្ន បញ្ហាមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលសេវាបឋមសំរាប់គ្រូបង្រៀនគ្រប់រូប (និងគ្រូបណ្តុះបណ្តាលអគ្គរកម្ម)។

---

[60] http://www.united-internet-for-unicef-stiftung.de/kambodscha.html

[61] MOEYS (2003) ផែនការជាតិ ស្តីពីការអប់រំសំរាប់ទាំងអស់គ្នា ២០០៣-២០១៥ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ទំព័រ៨២

អង្គការយូនីសេហ្វ កំពុងគាំទ្រ MOEYS ដើម្បីផ្តល់ការអប់រំបំណិនជីវិតដោយផ្ទាល់នៅក្នុងខេត្តព្រៃវែង ដោយប្រើប្រាស់បុគ្គលិកដែលមានស្រាប់ ប៉ុន្តែនៅតាមខេត្តផ្សេងទៀត មានអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលកំពុងផ្តល់កម្មវិធីនេះ ដល់សាលារៀន ដោយប្រើប្រាស់កម្មវិធីសិក្សាដែលមានបទដ្ឋានត្រឹមត្រូវ។ ជាធម្មតា អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលបង្កើតការិយាល័យមួយនៅតាមខេត្ត។ ជាដំបូង គេរៀបចំធ្វើសិក្ខាសាលាណែនាំថ្នាក់ខេត្តមួយ ហើយបន្ទាប់មកគេរៀបចំធ្វើសិក្ខាសាលាថ្នាក់ស្រុក ដើម្បីឱ្យប្រជាជនជ្រួតជ្រាបអំពីគំរោង។

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាល និងផ្តល់សៀវភៅដល់គ្រូបណ្តុះបណ្តាលថ្នាក់ស្រុក ដែលគ្រូបណ្តុះបណ្តាលមួយចំនួនអាចជាគ្រូបង្រៀន ដើម្បីឱ្យគាត់ចុះផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់គ្រូបង្រៀន និង កុមារ។ ក្រុមបណ្តុះបណ្តាលចំនួនបីក្រុមត្រូវបានបង្កើតឡើង : ក្រុមទី១បង្រៀនសិស្សថ្នាក់ទី៥ និង ទី៦ , ក្រុមទី២បង្រៀននៅតាមវិទ្យាល័យ និងបណ្តុះបណ្តាលក្រុមមិត្តអប់រំមិត្តដែលកំពុងសិក្សាថ្នាក់ទី៨ និង ថ្នាក់ទី១១ ហើយក្រុមទី៣ធ្វើការជាមួយកុមារក្រៅសាលា និងយុវជន។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល គឺជាអ្នកត្រួតពិនិត្យកម្មវិធី និងផ្តល់មតិយោបល់ត្រលប់។

ចំនួនសិស្សស្រីដែលបានបញ្ចប់ការសិក្សានៅកំរិតអនុវិទ្យាល័យ មានការកើនឡើង ដោយសារការផ្តល់កម្មវិធីផ្តល់ប្រាក់អាហារូបករណ៍។ គ្រួសារនីមួយៗ នឹងទទួលបានប្រាក់ចំនួន៤៥ដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំ សំរាប់រយៈពេលបីឆ្នាំ ដរាបណាកូនស្រីរបស់ពួកគេ បានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលា មិនរៀនត្រួតថ្នាក់ និងអវត្តមានតិចជាង១០ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ កម្មវិធីបានជ្រើសរើសអនុវិទ្យាល័យចំនួន៩៣ ហើយក្នុងវិទ្យាល័យនីមួយៗ កុមារីប្រមាណ៤៥នាក់ដែលកំពុងចាប់ផ្តើមការសិក្សាថ្នាក់ទី៧ ត្រូវបានផ្តល់អាហារូបករណ៍ ដែលម្នាក់ៗ ទទួលបានទឹកប្រាក់៤៥ដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយឆ្នាំ សំរាប់ការសិក្សារយៈពេលបីឆ្នាំ នៅកំរិតអនុវិទ្យាល័យ។ ការវាយតំលៃ នាពេលថ្មីៗនេះទៅលើកម្មវិធី បានរកឃើញផលប៉ះពាល់វិជ្ជមានលើអត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀន និងវត្តមានសិក្សានៅសាលា ប្រមាណពី ៣០% ទៅ៤៣%។ ផលប៉ះពាល់របស់កម្មវិធីមានកំរិតធំធេង ក្នុងចំណោមកុមារីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុតក្រោមបន្ទាត់ក្រីក្រជាមូលដ្ឋាន[៦២]។

ក្រសួងសុខាភិបាល (MOH)

មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល ត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព សំរាប់ជនក្រីក្របំផុត តាមរយៈការបង់ប្រាក់ជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាជំនួសឱ្យពួកគេ។ មូលនិធិនេះ ផ្តល់នូវប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពមួយសំរាប់ OVC និងអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេជាច្រើន។ អ្នកប្រតិបត្តិមូលនិធិសមធម៌ ធ្វើការជ្រើសរើសអ្នកជំងឺដែលសមស្របទៅតាមលក្ខខណ្ឌដែលបានកំណត់ និង

[62] Filmer D and N Schady (2006) Getting Girls into school: Evidence from a scholarship program in Cambodia. The World Bank Policy Research Working Paper 3910, May 2006

សំរេចថា តើគេនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ជូនសំរាប់សេវាសុខភាពណាខ្លះ (ឧទាហរណ៍ : ការថែទាំមុនសំរាល) ព្រមទាំងត្រូវសំរេចថា តើគេត្រូវបង់ប្រាក់ចំណាយបន្ថែមទៀត ដូចជាការចំណាយលើការធ្វើដំណើរដែរឬក៏អត់។ មានមូលនិធិ សមធមិសុខាភិបាល និងរដ្ឋាភិបាលផ្តល់ប្រាក់វិភាគទានសំរាប់អ្នកជំងឺក្រីក្រ ដែលគ្របដណ្តប់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋចំនួនបីកន្លែង និងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៣៣កន្លែង ក្នុងចំណោមស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៧៧កន្លែង។ ក្រសួងសុខាភិបាល កំពុងរៀបចំដំណើរការពង្រីកបន្ថែមលើការគ្របដណ្តប់នៃមូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល[៦៣] ។ មូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល កំពុងរៀបចំប្រព័ន្ធស្តង់ដារមួយ ក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត ដែលប្រព័ន្ធនេះអាចមានប្រយោជន៍ ក្នុងការលើកកំពស់លក្ខខណ្ឌជ្រើសរើសសមស្រប នៅពេលដែលត្រូវការកំណត់កុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រីក្របំផុត[៦៤] ។

មូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល កំពុងត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តចំនួន១០។ លើសពីនេះទៀត ក៏មានគំរោងសាកល្បងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ចំនួន៤ផងដែរ ដែលកំពុងដំណើរការ ដើម្បីលុបបំបាត់រនាំងក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាព ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលក្រីក្របំផុត។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ *(NCHADS)*

ក្រោមការដឹកនាំរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) ដែលជាផ្នែកមួយនៃការឆ្លើយតបរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល កម្ពុជាបានពង្រីកមណ្ឌលសេវាសុខភាព OI និង ART យ៉ាងឆាប់រហ័សនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ។ នៅចុងឆ្នាំ២០០៦[៦៥] មានមនុស្សចំនួន២០,១៣១នាក់ ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ក្នុងនោះមាន ១,៧៨៧នាក់ ជាកុមារ។ បើទោះជាដូច្នេះក្តី មានមនុស្សចំនួន៤,៨៦៩នាក់ទៀតដែលត្រូវការ ART ប៉ុន្តែពួកគេពុំទាន់បានទទួលនៅឡើយ (ក្នុងនោះមានកុមារចំនួន១,២១៣នាក់)។ នៅចុងឆ្នាំ២០០៦ មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ (VCCT) ត្រូវបានពង្រីកបាន១៩០កន្លែង ហើយបច្ចុប្បន្នមានមណ្ឌលថែទាំកុមារដែលជាអ្នកជំងឺអេដស៍ចំនួន១៩កន្លែង កំពុងដំណើរការ (រូបភាពទី១៨) ដែលនៅក្នុងមណ្ឌលទាំងនេះ កុមារទទួលបានការបង្ការការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផងដែរ។ ការធ្វើតេស្ត CD4 សំរាប់កុមារ ត្រូវបានធ្វើនៅវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ និងនៅវិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវសុខភាព

---

[63] Noirhomme M, Meesson B, Griffiths F et al (2007) Improving Access to Hospital Care for the Poor: Comparative Analysis of 4 Health Equity Funds in Cambodia. Health Access Policy and Planning – Advanced Copy, in press, accepted 9 March 2007

[64] GTZ and the Ministry of Planning (undated) Identification of Poor Households
Chhim K, Hean S and R Henke (2006) Evaluation of the Most Vulnerable Families Listing Process in Kampot, Centre for Advanced Studies and GTZ

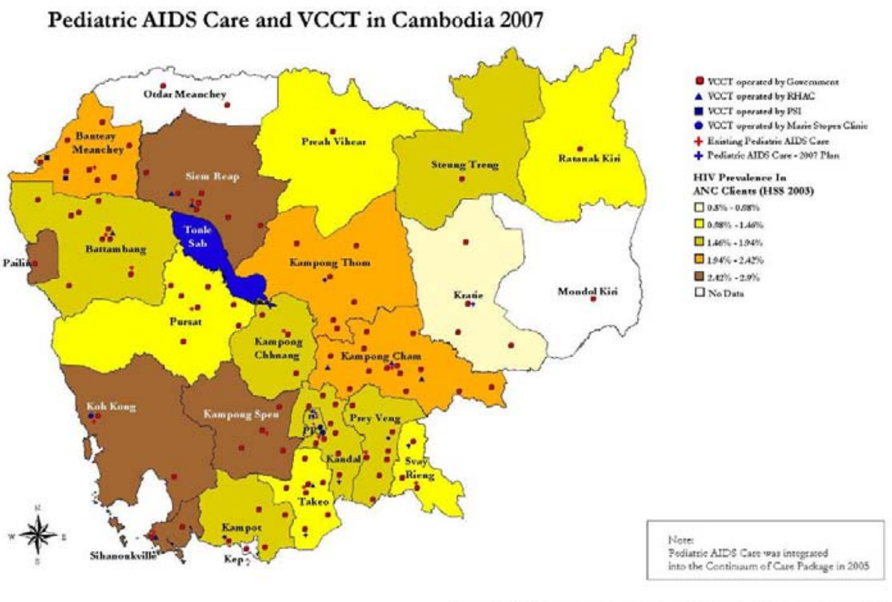
[65] ក្នុងត្រីមាសទី៣នៃឆ្នាំ២០០៧ តួលេខនេះបានឡើងដល់ ២២.៩៨១នាក់សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និង ២.៣៧២នាក់សំរាប់កុមារ ដែលបានទទួល ART ។ ទិន្នន័យដែលត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់ ទៅលើចំនួនមនុស្សពេញវ័យ និង កុមារដែលកំពុងទទួលសេវា ART អាចរកមើលតាមវិបសៃថ៍របស់ NCHADS www.nchads.org

សាធារណៈ។ ក្នុងចំណោមមណ្ឌលផ្តល់ការថែទាំកុមារ សមាមាត្រនៃកុមារដែលនៅមានជីវិត និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ក្រោយរយៈពេល១២ខែ គឺមានចំនួន៩៣.២% ដែលអត្រានេះប្រហាក់ប្រហែលគ្នាទៅនឹងអត្រាដែលត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងប្រទេសដទៃទៀតដែរ[៦៦]។

ចំនួនក្រុមថែទាំតាមផ្ទះដែលផ្តល់សេវាដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រាប់បញ្ចូលទាំងកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ត្រូវបានពង្រីកពីបាន៩២ក្រុម នៅក្នុងឆ្នាំ២០០១ និងកើនឡើងរហូតដល់២៩២ក្រុម នៅចុងឆ្នាំ២០០៦ នៅក្នុងខេត្តចំនួន១៨ និងក្រុងភ្នំពេញ[៦៧]។

NCHADS បានបង្កើតប្រព័ន្ធប្រមូលទិន្នន័យជាប្រចាំដ៏រឹងមាំមួយ ក្នុងទំរង់ជារបាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាសសំរាប់មណ្ឌលផ្តល់សេវា (មណ្ឌល VCCT , គ្លីនិកកាមរោគ, មណ្ឌល OI/ ART) និងកម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះ។

រូបភាពទី១៨: ផែនទីនៃមណ្ឌលសុខាភិបាលដែលផ្តល់ការថែទាំកុមារដែលផ្ទុកជំងឺអេដស៍ និងសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា (ឆ្នាំ២០០៧)



Source: NCHADS: Presentations from the National Pediatric AIDS Conference, February 2007

---

66 របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ២០០៦ ក្រសួងសុខាភិបាល NCHADS

67 NCHADS Pediatric Symposium, Dr Mean Chhi Vun, Opening Address – Update on CoC including Pediatric AIDS Care, 5 Feb 2007

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារសុខភាពមាតា និងទារក (NMCHC)

មួយភាគបីនៃករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មី កើតឡើងលើកុមារ ភាគច្រើន តាមរយៈការចម្លងពីម្តាយទៅកូន[៦៦] ។ នៅក្នុងខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៦ កម្ពុជាមានមណ្ឌលចំនួន៦០កន្លែង នៅក្នុងខេត្ត-ក្រុងចំនួន២១ ដែលផ្តល់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) រាប់បញ្ចូលទាំងមណ្ឌលចំនួន៣៩កន្លែងនៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ ស្រុកប្រតិបត្តិសរុបចំនួន៣៩ មានមណ្ឌលសុខភាពមួយយ៉ាងតិច ដែលផ្តល់សេវា PMTCT ។

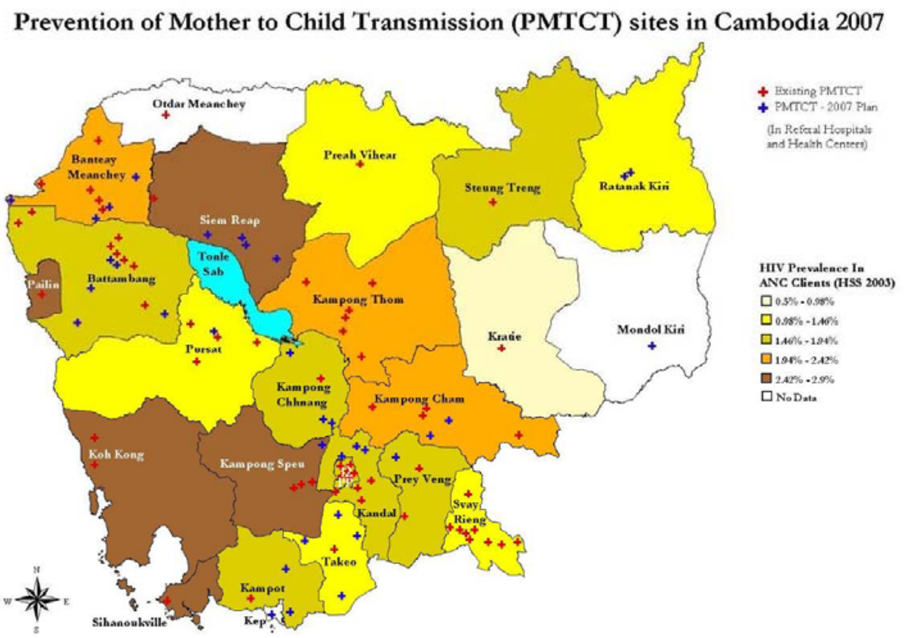
បើទោះបីជាមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងពីរដ្ឋាភិបាលក្នុងការពង្រីកសេវាយ៉ាងណាក្តី នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦[៦៧] ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួនត្រឹម២៩,៦៧៧នាក់ (៦,៤%) ប៉ុណ្ណោះ នៃចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះសរុបប្រចាំឆ្នាំបានទទួលលទ្ធផលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ហើយមានស្ត្រីតែ៣២៣នាក់ (៣,៣%) ប៉ុណ្ណោះ នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅកូនដោយថ្នាំ ARV ពេញលេញ។ ទោះបីជាការគ្របដណ្តប់នៃសេវា PMTCT បានកើនឡើងពី២៤កន្លែង (ស្ត្រីចំនួន៣២,៧៦០នាក់ បានមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ (ANC) ជាលើកដំបូង) នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ដល់៦៩កន្លែង (ស្ត្រីចំនួន៤៨,០១០នាក់ បានមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅ (ANC) ជាលើកដំបូង) ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី១៩ ក៏ដោយ ការគ្របដណ្តប់នៃសេវា PMTCT នៅមានកំរិតទាប និងមានតំលៃខ្ពស់នៅឡើយ ។[9]

[66] NCHADS Pediatric Symposium, Dr Sok Panha, HIV testing for Children, Slide # 12 5 Feb 2007

[67] គិតត្រឹមខែកញ្ញា ២០០៧ ក្រោមការគាំទ្រពីដៃគូជាច្រើន មានមណ្ឌលសុខភាពចំនួន៧៣កន្លែង និង មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចំនួន៤០កន្លែង នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៤៣ នៃខេត្ត-ក្រុងទាំង២៤ ដែលផ្តល់សេវា PMTCT ។ សរុបមក មានកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពចំនួន១១៣ ទូទាំងប្រទេស ដែលផ្តល់សេវា PMTCT

[9] របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ២០០៦ NCHADS ក្រសួងសុខាភិបាល

រូបភាពទី១៩: ផែនទីមណ្ឌលសុខាភិបាល ដែលផ្តល់សេវា PMTCT (ទិន្នន័យប្រមូលដោយ អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី ឆ្នាំ២០០៧



Source: Personal Communication with National Maternal & Child Health Center (NMCHC), Ministry of Health May 2007

ក្រសួងមហាផ្ទៃ (MoI)

នៅចុងខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៦ ប្រជាជនកម្ពុជាចំនួន១០,៧លាននាក់ ត្រូវបានផ្ដល់សំបុត្រកំណើត។ អត្រានេះតំណាងឱ្យការគ្របដណ្ដប់ប្រមាណ៨៤%នៃចំនួនប្រជាជនសរុប ដែលជាលទ្ធផលនៃគំរោងចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានជាតិចល័ត។ គំរោងនេះត្រូវបានអនុវត្តដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ (MOI) ក្រោមជំនួយគាំទ្រពីអង្គការ (Plan International-Cambodia) អង្គការយូនីសេហ្វ និងធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី។ មន្ត្រីជាង ១៣,០០០នាក់ មកពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ចំនួន១,៦២១ នៅក្នុងប្រទេស ត្រូវបានបណ្ដុះបណ្ដាលអំពី ដំណើរការចុះបញ្ជី ហើយស្រុក/ខណ្ឌចំនួន១៨៥ ត្រូវបានចលនាកៀរគរយ៉ាងពេញទំហឹង។ បុគ្គលិករបស់អង្គការ Plan និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ (UNVs) បានរៀបចំកិច្ចប្រជុំសហគមន៍រាប់រយដង នៅទូទាំងប្រទេស ដើម្បីឱ្យប្រជាជន មានការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន។ ក្រសួងមហាផ្ទៃបានបង្កើតគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ខេត្តចំនួន២៤ និងគណៈកម្មាធិការជាតិមួយ ដែលកំពុងទទួលការគាំទ្រដោយអង្គការ Plan International-Cambodia។ អង្គការ Plan International-Cambodia និងអង្គការយូនីសេហ្វ ក៏បានគាំទ្រ MOI ក្នុងការរៀបចំសិក្ខាសាលាថ្នាក់ជាតិលើដំបូងមួយស្ដីពីការចុះបញ្ជីកំណើត និងសហការក្នុងការរៀបចំសំភារៈអប់រំ។

ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយអង្គការយូនីសេហ្វ អង្គការអន្តរជាតិទេសន្តរប្រវេសន៍ (IOM) និងអង្គការទស្សនៈពិភពលោក ក្រសួងបន្តគាំទ្រផែនការជាតិ ស្ដីពីការប្រឆាំងការជួញដូរមនុស្ស និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទកុមារ។ MOI ក៏ជំរុញការអនុវត្តន៍អនុស្សរណៈនៃការយោគយល់គ្នា (MoU) រវាងប្រទេសថៃ និងកម្ពុជាក្នុងការលុបបំបាត់ការជួញដូរស្ត្រី និងកុមារផងដែរ។

ក្រសួងមហាផ្ទៃក៏គាំទ្រក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០២ផងដែរ។ ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ មានតួនាទីដ៏សំខាន់ ក្នុងការលើកកំពស់ អភិវឌ្ឍ និងផ្ដល់សេវាមូលដ្ឋាន។ ច្បាប់ឃុំ/សង្កាត់ ដែលត្រូវបានអនុម័តនៅក្នុងឆ្នាំ២០០១ តំរូវឱ្យឃុំ/សង្កាត់នីមួយៗ ត្រូវមានធនធានហិរញ្ញវត្ថុ ថវិកា និងទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន។ ច្បាប់ឃុំ/សង្កាត់ និងបទបញ្ញាជាបន្តបន្ទាប់របស់ច្បាប់នេះ អនុញ្ញាតឱ្យឃុំ/សង្កាត់ទាំងអស់អនុម័ត និងអនុវត្តផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ/សង្កាត់ដែលមានរយៈពេល៥ឆ្នាំ។ ផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ/សង្កាត់ ផ្ដល់នូវក្របខណ្ឌសំរាប់កម្មវិធីវិនិយោគឃុំ/សង្កាត់ដែលមានរយៈពេលច្រើនឆ្នាំ និងការរៀបចំថវិកាប្រចាំឆ្នាំ។

ជំហានសំខាន់នៅក្នុងដំណើរការរៀបចំផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ/សង្កាត់ គឺ “សិក្ខាសាលាសមាហរណកម្មថ្នាក់ស្រុក/ខណ្ឌ” ដែលមេឃុំ/ចៅសង្កាត់ត្រូវជួបគ្នាជាផ្លូវការជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹង

ការអភិវឌ្ឍន៍មូលដ្ឋាន រួមមាន មន្ទីរខេត្តរបស់ក្រសួងជាតិ អង្គភាពអនុវត្តកម្មវិធី ដែលគាំទ្រមូលនិធិដោយម្ចាស់ជំនួយ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីចរចាអំពីបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ និងការអនុវត្តន៍គំរោង និងសកម្មភាពដែលកើតឡើងពីការវិភាគលើតំរូវការនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬជាលទ្ធផលនៃការតស៊ូមតិនៅមូលដ្ឋាន។ សារៈសំខាន់នៃ DIW គឺ ដើម្បីផ្តល់នូវយន្តការស្ថាប័នមួយសំរាប់ឃុំ/សង្កាត់ ដើម្បីបង្ហាញពីតំរូវការក្នុងមូលដ្ឋានលើផ្នែកហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និងសេវា។ មានកាលានុវត្តភាពមួយសំរាប់ការឆ្លើយតបចំពោះ OVC ដែលរួមមាន ចលនាសង្គម យន្តការសំរបសំរួល និងក្រុមគាំទ្រថ្នាក់ភូមិ ដើម្បីដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ/សង្កាត់។

ក្រសួងការងារ និង បណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ

ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ (MoLVT) បានបង្កើតអង្គភាពពលកម្មកុមារ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌការងារកុមារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា បានផ្តល់សច្ចាប័នលើអនុសញ្ញាលេខ ១៨២ស្តីពីទំរង់ធ្ងន់ធ្ងរបំផុតនៃពលកម្មកុមារ និងអនុសញ្ញាលេខ១៨៣ ដែលកំណត់អាយុអប្បបរមាសំរាប់ការងារដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយ MOLVT ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយអង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ/IPEC។

ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ

នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពជនបទនៃក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ បានរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររយៈពេល ៥ឆ្នាំ ២០០២-២០០៦ (ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពី ADB, UNDP និង NAA) ដើម្បីផ្តល់អំណាចដល់សហគមន៍ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើប្រាស់គណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ភូមិ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងក្រុមយុវជនស្ម័គ្រចិត្តនៅក្នុងសហគមន៍។ ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភផ្នែកបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុពីអង្គការយូនីសេហ្វ ផែនការសកម្មភាពមួយត្រូវបានបង្កើតឡើង ប៉ុន្តែគេឃើញមានការខ្វះចន្លោះមួយចំនួន ក្នុងកំឡុងពេលនៃការអនុវត្តន៍។ ឧទាហរណ៍ : ជំនួយថវិកាដែលផ្តល់ដោយអង្គការយូនីសេហ្វសំរាប់សកម្មភាពមេរោគអេដស៍ ជាក់លាក់មានរយៈពេលខ្លី ម្យ៉ាងវិញទៀត កម្មវិធីសាកល្បងក៏ពុំត្រូវបានបន្ត ។ ដូច្នេះ ការពង្រីកកម្មវិធីក៏ពុំមានអត្ថន័យអ្វីដែរ។ ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីអង្គការយូនីសេហ្វ ក្រសួងបានអនុវត្តកម្មវិធីយុវជនស្ម័គ្រចិត្តប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងខេត្តកំពង់ស្ពឺ និងកំពង់ឆ្នាំង។

ក្រសួងទេសចរណ៍

ក្រសួងទេសចរណ៍ មានអនុស្សរណៈនៃការយោគយល់គ្នា ជាមួយអង្គការហ្វ្រេនស៍អន្តរជាតិ (Friends-International (FI) ដើម្បីគាំទ្រកម្មវិធីសុវត្ថិភាពកុមារ ដែលអង្គការ FI បានបង្កើត។ កម្មវិធីរួមមាន ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់ក្រុមអ្នករត់ម៉ូតូឌុប អ្នករត់ម៉ូតូកង់បី និងបុគ្គលិកសណ្ឋាគារ អំពីសកម្មភាពសុវត្ថិភាពកុមារ

ក្នុងក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តសៀមរាប និងក្រុងព្រះសីហនុ។ ក្រសួងកំពុងអនុវត្តគំរោងទេសចរណ៍សុវត្ថិភាពកុមារជាមួយអង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ ក្នុងក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តសៀមរាប និងក្រុងព្រះសីហនុ។

ក្រសួងកិច្ចការនារី

ក្រសួងកិច្ចការនារី (MoWA) បានរៀបចំ *គោលនយោបាយស្តីពីស្ត្រី កុមារី និងជំងឺកាមរោគ/មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍* ដែលត្រូវបានអនុម័តនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៣។ គំរោង*លើកកំពស់សីលធមិសង្គម និងគុណតំលៃនៃគ្រួសារខ្មែរ* របស់ក្រសួងរួមមាន ការបណ្តុះបណ្តាលបំនិនជីវិត។ គំរោងនេះត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តចំនួន៦ : ព្រៃវែង មណ្ឌលគីរី តាកែវ បន្ទាយមានជ័យ ឧត្តរមានជ័យ និងកំពង់ធំ។ កម្មវិធីនេះពុំមានការគ្របដណ្តប់ពេញលេញទេ ដោយសារកង្វះខាតថវិកា។ ថ្មីៗនេះ ក្រសួងបានរៀបចំគោលនយោបាយមួយស្តីពីការចម្លងមេរោគអេដស៍រវាងប្តីប្រពន្ធ។

ក្រសួងក៏កំពុងលើកកំពស់ការអប់រំរបស់ស្ត្រី និងកុមារី ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយ MOEYS និងគាំទ្រមូលនិធិដោយធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី (ADB) ។ គំរោងនេះត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងតំបន់ដែលមានមជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់សិស្សស្នាក់នៅ ដូចជា ខេត្តសៀមរាប កំពង់ធំ និងក្រចេះ។ MoWA ទទួលខុសត្រូវលើការស្វែងរកស្ត្រី និងកុមារី ដែលបោះបង់ការសិក្សា និងទាក់ទាញការគាំទ្រ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌល និងសិក្សាបាន។

MOWA អនុវត្តគំរោងសិទ្ធិកុមារ ដែលអប់រំមាតាបិតាដែលមានកូនអាយុពី៣-៦ឆ្នាំ អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការបញ្ជូនកូនរបស់ពួកគាត់ទៅចូលរៀននៅសាលាមត្តេយ្យ។

ក្រសួងផែនការ

នៅថ្នាក់ខេត្ត ក្រសួងផែនការទទួលខុសត្រូវលើការផ្តល់គោលការណ៍ណែនាំ ដល់មន្ទីរពាក់ព័ន្ធអំពីរបៀបរៀបចំផែនការថ្នាក់ខេត្ត ហើយក្រសួងគាំទ្រគណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ជនបទខេត្ត ដោយព័ត៌មាន និងការគាំទ្របច្ចេកទេស ដើម្បីជួយដល់គណៈកម្មាធិការក្នុងការសំរេចចិត្ត និងការបង្វែរប្រើប្រាស់មូលនិធិវិនិយោគខេត្ត។ ទាំងនោះគឺជាមូលនិធិរបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលហូរចូលទៅក្នុងមន្ទីរពាក់ព័ន្ធ ដោយផ្អែកលើបញ្ជីអាទិភាពឃុំ និងផែនការដែលត្រូវបានរៀបចំ ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យពីប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យឃុំ/សង្កាត់របស់ក្រសួង។

ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យឃុំ/សង្កាត់ គឺជាប្រភពទិន្នន័យដ៏ពេញលេញមួយ (ដែលរួមមានទិន្នន័យជាង៥០០ ប្រភេទ) ដែលប្រវត្តិរូបភូមិ និងឃុំ ត្រូវបានបង្កើតឡើង តាមរយៈទិន្នន័យទាំងនោះ។ ទិន្នន័យនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ ដើម្បីជាព័ត៌មានសំរាប់ការរៀបចំផែនការឃុំ/សង្កាត់។

នៅកម្ពុជា វិធីសាស្ត្រភាគច្រើនក្នុងការកំណត់ចំណុចដៅជនក្រីក្រ ដើម្បីរៀបចំសកម្មភាព ឬចលនាសង្គម ត្រូវបានធ្វើឡើង តាមរយៈការកំណត់រកតំបន់ក្រីក្រ។ នៅក្នុងភូមិមួយ បើទោះបីអាចជាមានភាពខុសគ្នាដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់រវាងជនដែលក្រីក្រខ្លាំង ជនក្រីក្រ និងប្រជាជនទូទៅក៏ដោយ អន្តរាគមន៍ប្រឈមទៅនឹងហានិភ័យក្នុងការមើលរំលងជនដែលក្រីក្រខ្លាំង ប្រសិនបើពួកគេរស់នៅក្នុងភូមិដែលពុំសូវក្រីក្រ។ ជាលទ្ធផល អន្តរាគមន៍ អាចបរាជ័យដោយសារពុំអាចចូលទៅដល់គ្រួសារដែលក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះបំផុតពិតប្រាកដ។

ជាមួយនឹងគណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ជនបទខេត្ត នៅក្នុងខេត្តកំពត និងកំពង់ធំ ក្រសួងផែនការ ក្រោមការឧបត្ថម្ភគាំទ្រពីអង្គការ GTZ បានរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រចូលរួមមួយ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ គ្រួសារដែលក្រីក្របំផុតនៅថ្នាក់ភូមិ។ បញ្ជីរាយនាមគ្រួសារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកភូមិក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់។ ខណៈដែលបញ្ជីរាយនាមត្រូវបានបង្កើតឡើងរួចរាល់ហើយនោះ បញ្ជីនេះគ្រោងនឹងយកមកប្រើប្រាស់ដោយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន អាជ្ញាធរស្រុក ខេត្ត ស្ថាប័នជាតិរបស់រដ្ឋ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណជនក្រីក្រឱ្យកាន់តែប្រសើរជាងនេះ។ នៅពេលដែលគ្រួសារណាមួយមានឈ្មោះនៅក្នុងបញ្ជីនេះហើយ គ្រួសារត្រូវបានលើកលែងពីការបង់វិភាគទានប្រចាំឆ្នាំសំរាប់មូលនិធិគាំទ្រគំរោងឃុំ/សង្កាត់ និងអាចទទួលបានសេវាសុខភាពដោយពុំចាំបាច់បង់ថ្លៃ និងអាហារូបករណ៍សំរាប់អប់រំដែលត្រូវបានផ្តួចផ្តើមគំនិតនៅក្នុងមូលដ្ឋាន។

ការឆ្លើយតបរបស់រដ្ឋាភិបាល រាប់បញ្ចូលសមាសធាតុៗដែលត្រូវការសំរាប់ភាពជោគជ័យរួចហើយ

ដូចមានចែងនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបអំពីការផ្តួចផ្តើមគំនិតសំខាន់ៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហា OVC និងមេរោគអេដស៍ខាងលើ ប្រព័ន្ធចាំបាច់ជាច្រើនសំរាប់ការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍លើកុមារ និងការគាំទ្រសិទ្ធិរបស់ OVC ត្រូវបានបង្កើតឡើងរួចជាស្រេច។ បន្ថែមលើសមិទ្ធផលដែលបានបង្ហាញជូនខាងលើនៅក្នុងជំពូកនេះ សមាសធាតុគសំខាន់ៗដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានជោគជ័យរួមមាន :

- វិមជ្ឈការនៃតួនាទីរបស់រដ្ឋាភិបាល ដែលគាំទ្រការបង្កើតឡើងនូវរចនាសម្ព័ន្ធចូលរួមពីសហគមន៍។
- ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់បានទទួលអណត្តិកិច្ចការសង្គមមួយ ដែលរួមមានអណត្តិសំរាប់ស្ត្រី និងកុមារ និងឱកាសសំរាប់ការកសាងសមត្ថភាព។
- ទិសដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ លើកឡើងអំពីសេចក្តីត្រូវការរបស់គ្រួសារក្រីក្រ និងពិនិត្យលើសេចក្តីត្រូវការរបស់ពួកគេ ដើម្បីបង្កើនការគាំទ្រ។
- ការរីកចំរើនជាច្រើនទាក់ទងទៅនឹងការកាត់បន្ថយការជួញដូរកុមារឆ្លងកាត់ព្រំដែន ត្រូវបានសំរេចជាសមិទ្ធិផល ដែលក្នុងនោះរួមមានកិច្ចសហការផ្លូវការ និងមិនផ្លូវការយ៉ាងខ្លាំងក្លាពីបណ្តាប្រទេសជិតខាង។
- រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានផ្តល់សច្ចាប័នលើអនុសញ្ញា និងពិធីការជាច្រើនដែលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិកុមារ។ ទាំងអស់នេះ បង្ហាញពីការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់រដ្ឋាភិបាលក្នុងការការពារ និងធានាសិទ្ធិរបស់កុមារ ហើយរដ្ឋាភិបាលក៏បានព្រមព្រៀងថានឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការប្តេជ្ញាចិត្តនេះនៅចំពោះមុខសហគមន៍អន្តរជាតិផងដែរ។

ត្រូវការឱ្យមានផែនការ និងយុទ្ធសាស្ត្រនិរន្តរភាពហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីកៀរគរមូលនិធិសំរាប់ការរៀបចំកម្មវិធី OVC ។

៩.២ ការឆ្លើយតបរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិផ្តល់ការគាំទ្រធនធានបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុជាច្រើន លើការរៀបចំកម្មវិធី ការវាយតំលៃ ការតស៊ូមតិ ការកសាងសមត្ថភាព និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធការស្រាវជ្រាវ និងធនធានសំរាប់យុទ្ធនាការចលនាសង្គម។ ប៉ុន្តែ ពុំមានឱកាសក្នុងការសំរបសំរួល ដើម្បីធានាថា ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នីមួយៗ ដឹងអំពីតំបន់ដែលគេអាចផ្តល់តំលៃបន្ថែម ឬតំបន់ដែលការគ្របដណ្តប់ពុំទាន់ត្រូវបានពង្រីកឡើយ។ ពុំមានការវិភាគ និងបកស្រាយទិន្នន័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការគាំទ្រលើកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ដើម្បីទាក់ទាញមូលនិធិសំរាប់តំបន់ដែលពុំទាន់មានសេវាគ្រប់គ្រាន់។ ម្ចាស់ជំនួយពហុភាគី និងទ្វេភាគីជាច្រើន បានលើកឡើងអំពីថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរៀបចំការវិភាគលើបរិបទ ដើម្បីបានជាព័ត៌មានសំរាប់ការរៀបចំកម្មវិធី និងការបង្កើតទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន ដោយមានបញ្ហាចំណុចខ្វះខាតនៅក្នុងបណ្តុំទិន្នន័យជាតិ ឬការលំបាក និងការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបាននូវទិន្នន័យដើម។ ការមានផែនការដែលមានការឯកភាពទូទាំងប្រទេស និងយន្តការសំរបសំរួលនៅគ្រប់កំរិត អាចជួយដោះស្រាយបញ្ហានេះបាន។ ត្រូវការឱ្យមានសុខុដុមនីយកម្មនៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង តាមរយៈការរៀបចំផែនការពហុផ្នែក ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិស្តីពីកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ និងតាមរយៈរចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់របស់រដ្ឋាភិបាល។

បញ្ហានៃការរៀបចំកម្មវិធី និងការពិនិត្យតាមដាន កើតមានឡើងនៅកម្ពុជា ដោយសារលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗ ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ និងសូចនាករផ្សេងៗដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកដែលរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្រ និងគ្រួសារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការសាសនាជាច្រើនដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់OVC រៀបចំការកំណត់ផែនទី និងវាយតំលៃលើភាពងាយរងគ្រោះដោយខ្លួនគេផ្ទាល់ និងពុំមានប្រព័ន្ធដែលមានបទដ្ឋានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីធានាថា កុមារងាយរងគ្រោះភាគច្រើន ត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងសេវាឡើយ។

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងជាន់គ្នារបស់ក្រសួងផែនការនេះ គឺដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងកំណត់ផែនទីគ្រួសារងាយរងគ្រោះ ដែលជាផ្នែកមួយនៃគំរោងមូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល។ កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក និង FAO ក៏បាននិងកំពុងធ្វើការវាយតំលៃ និងកំណត់ផែនទីបញ្ហាអសន្តិសុខស្បៀងផងដែរ។ OVC នឹងទទួលប្រយោជន៍ពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់ពួកគេ ដែលធ្វើការជាមួយក្រសួងផែនការ ក្នុងការបញ្ចូល និងសំរបសំរួលកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងនៅក្នុងបញ្ហានេះ។

នៅកម្ពុជា ប្រព័ន្ធការពារសង្គម ពុំទាន់ត្រូវបានបង្កើតបានពេញលេញនៅឡើយទេ ទោះបីជាការការពារសង្គមសំរាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះគឺជាគោលការណ៍មួយដែលត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាលក៏ដោយ។ បណ្តាញសុវត្ថិភាពដែលនៅមានកំរិតនៅឡើយ ពិតជាមាននៅក្នុងតំបន់មួយចំនួន ក្នុងទំរង់ជាមូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មានចំនួនអតិរេកពលកម្មជាច្រើន ការអប់រំ និងសេវាសុខាភិបាល ក៏ពុំត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃដែរ ហើយលើសពីនេះទៀត ពុំមានប្រព័ន្ធគាំទ្រចំណូលសំរាប់គ្រួសារដែលកំពុងជួបប្រទះវិបត្តិប្រាក់ចំណូលឡើយ។ កាលបើគ្រួសារណាបានបាត់បង់ដីធ្លី និងទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងការបង្កបង្កើនផលហើយនោះ វាជាពិបាកណាស់ សំរាប់គ្រួសារនោះក្នុងការរើខ្លួនចេញពីភាពក្រីក្រ។ ដូច្នេះប្រសិនបើយើងចង់សង្គ្រោះកុមារកុំឱ្យរស់នៅក្នុងភាពក្រីក្ររាំរ៉ៃ ប្រព័ន្ធការពារសង្គមត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ មុនពេលដែលសម្បត្តិទ្រព្យបង្កបង្កើនផល ត្រូវបានដោះដូរជាចរិកាចាយវាយ។

វិធីសាស្រ្តខុសៗគ្នាជាច្រើននៃការឆ្លើយតបរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ បានបង្ហាញភស្តុតាងយ៉ាងប្រចក្ស។ តំបន់មួយចំនួនទទួលប្រយោជន៍ពីការនៅក្រោមកម្មវិធីជាតិមួយដែលមានគោលបំណង ប្រព័ន្ធរាយការណ៍ និងសមាសភាពស្នូលនៃការផ្តល់សេវារួម។ ឧទាហរណ៍ ៈ នៅក្នុងផ្នែកការពារកុមារ ប្រព័ន្ធជាតិមួយ អាចជាត្រូវបានបង្កើតឡើង ដែលប្រព័ន្ធប្រើប្រាស់ការអនុវត្តន៍ល្អនៃប្រព័ន្ធខុសៗគ្នាទាំង៤ ដែលដំណើរការនាពេលបច្ចុប្បន្ន។ កត្តានេះនឹងធ្វើឱ្យមានភាពងាយស្រួលក្នុងការគណនាតំបន់គ្របដណ្តប់ ងាយស្រួលប្រៀបធៀបកាត់បន្ថយការជាន់គ្នានៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង និងធ្វើឱ្យមានភាពស្របគ្នានៅថ្នាក់ជាតិ។

ការឆ្លើយតបរបស់ទីភ្នាក់ងារពហុភាគីចំពោះ OVC

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពហុភាគីកំពុងផ្តល់ការគាំទ្រចំពោះ

- កម្មវិធីដែលមានគោលបំណងធានាការប្រើប្រាស់សិទ្ធកុមារ
- ផែនការតាមវិស័យ (សុខភាព អប់រំ ។ល។) រាប់បញ្ចូលទាំងផែនការទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល
- និងផែនការពហុផ្នែក ដូចជា NSP II ការអប់រំសំរាប់ទាំងអស់គ្នា និងផែនការសកម្មភាពជាតិប្រឆាំងការជួញដូរ និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទកុមារឆ្នាំ២០០៦-២០១០

មូលនិធិត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈយន្តការសុខុដុមនីយកម្មម្ចាស់ជំនួយ ដែលតំរូវឱ្យមានការពិភាក្សា និងការរាយការណ៍ ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងរដ្ឋាភិបាល។ ក្រោមជំនួយគាំទ្រពីស្ថាប័នមួយចំនួន ដូចជា ក្រុមការងារបច្ចេកទេសរវាងរដ្ឋាភិបាល និងម្ចាស់ជំនួយស្តីពីមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ដៃគូអាចកំណត់ចំណុចដៅ និងអាទិភាពរួម។

ការរៀបចំផែនការជាតិសំរាប់ការពារ ថែទាំ និងគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ប្រព័ន្ធតាមដាន ការឆ្លើយតប និងយន្តការសំរបសំរួល នឹងផ្តល់ឱកាសដល់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពហុភាគី ដូចជា ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍ពហុភាគី ដើម្បីរួមចំណែកធនធាន និងជំនាញរបស់ពួកគេ។

ដោយត្រូវបានបង្ហាញផ្លូវដោយយុទ្ធសាស្ត្រ NSP II ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC និងគោលដៅនៃលទ្ធភាពទទួលបានជាសកល ដែលត្រូវបានឯកភាពនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ ទីភ្នាក់ងារពហុភាគីកំពុងគាំទ្រសកម្មភាពមួយចំនួន។ នៅថ្នាក់ជាតិ ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងថវិកា ត្រូវបានផ្តល់ជូន ដើម្បីរៀបចំក្របខណ្ឌគោលនយោបាយ និងក្របខណ្ឌច្បាប់ ផ្តល់ការតស៊ូមតិសំរាប់ OVC និងការកសាងសមត្ថភាព។ នៅថ្នាក់ខេត្ត ការគាំទ្រយ៉ាងពេញទំហឹង ត្រូវបានផ្តល់ជូន ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង និងកែសម្រួលលើការផ្តល់សេវា និងការសំរបសំរួល។

ដើម្បីកាត់បន្ថយអសន្តិសុខស្បៀង និងភាពងាយរងគ្រោះ ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ក្រុមជួយខ្លួនឯង និងក្រុមគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គមនៅថ្នាក់ភូមិ កំពុងត្រូវបានផ្តល់ជូននូវជំនួយស្បៀងអាហារប្រចាំខែ ដើម្បីយកទៅផ្គត់ផ្គង់ដល់ OVC និង PLHA។ កម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់អាហារតាមសាលា កម្មវិធីចែកចាយអាហារសំរាប់ឱ្យសិស្សស្រីយកទៅផ្ទះ និងកម្មវិធីបន្ថែមអាហារូបត្ថម្ភសំរាប់កុមារ និងម្តាយដែលខ្វះជីវជាតិអាហារ ក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ។

សេវាសំខាន់ៗសំរាប់ OVC ដូចជា ការចុះបញ្ជីកំណើត ការរស់រានរបស់កុមារ ការចាក់ថ្នាំបង្ការទារក កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍កុមារតូច និងការគាំទ្រ ដើម្បីសំរេចឱ្យបាននូវការអប់រំមូលដ្ឋានរយៈពេល៩ឆ្នាំ សំរាប់កុមារគ្រប់រូប គឺជាសកម្មភាពអាទិភាពដែលទទួលបានការគាំទ្រ។ ការទទួលបាននូវទឹកបរិភោគដែលមានសុវត្ថិភាពសំរាប់កុមារ និងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវអនាម័យក្នុងផ្ទះ និងសាលារៀន ព្រមទាំងការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាព ក៏ត្រូវបានគាំទ្រផងដែរ។ កុមារដែលត្រូវការការការពារពិសេស និងកុមារដែលត្រូវការការថែទាំជំនួស ត្រូវបានគាំទ្រតាមរយៈការផ្តល់ការកសាងសមត្ថភាពដល់មន្ត្រីក្រសួងលើជំនាញកិច្ចការសង្គមជាមូលដ្ឋានគ្រឹះ ការរៀបចំកម្មវិធី និងគោលនយោបាយ និងការសហការស្រាវជ្រាវ និងវាយតំលៃ។

ការបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការអនុវត្តន៍ល្អ និងក្របខណ្ឌសកល ពិធីសារក្នុងការព្យាបាល និងឯកសារដទៃទៀតដែលផ្តល់ការណែនាំ និងជំនួយបច្ចេកទេសដល់ថ្នាក់គ្រប់គ្រងប្រទេស និងអ្នកធ្វើការសំរេចចិត្ត គឺជាគន្លឹះឈានទៅរកភាពជោគជ័យដែលចេះតែបន្តនៃកម្មវិធីជាតិដែលឆ្លើយតបទៅនឹង OVC។ ឯកសារគន្លឹះរួមមាន :

- *ក្របខណ្ឌសំរាប់ការការពារ ការថែទាំ និងគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ដែលរស់នៅក្នុងពិភពមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍* (ឆ្នាំ២០០៤)

- កញ្ចប់ឧបករណ៍ និងឯកសារជំនួយរបសសម្ព័ន្ធ AIDS អន្តរជាតិ សំរាប់ OVC
- កញ្ចប់ឧបករណ៍របស់ធនាគារពិភពលោកអំពីវិធីគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត នៅក្នុងអនុតំបន់សាប់សាហារ៉ានៃទ្វីបអាហ្វ្រិក
- ឯកសារស្តីពីការពង្រីកការឆ្លើយតបចំពោះកុមារ ផលិតដោយអង្គការយូនីសេហ្វ និងដៃគូ
- កូនសៀវភៅអំពីការថែទាំខ្លួន ផលិតដោយ USAID តាមរយៈអង្គការ FHI ដែលផ្តល់នូវឧបករណ៍ សំខាន់ៗសំរាប់ប្រើប្រាស់នៅថ្នាក់ជាតិ។

ការឆ្លើយតបរបស់ទីភ្នាក់ងារទ្វេភាគីចំពោះបញ្ហា OVC

មូលនិធិត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈកិច្ចព្រមព្រៀងទ្វេភាគី ដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងក្រោមអនុស្សរណៈនៃការយោគយល់គ្នាមួយ ជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា។ កត្តានេះអនុញ្ញាតឱ្យដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អាចផ្តល់ការគាំទ្រដោយផ្ទាល់ដល់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាតិ និងអន្តរជាតិ អង្គការសាសនា និងព្រឹត្តិការណ៍តស៊ូមតិផ្សេងៗ។ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទ្វេភាគីជាច្រើន បានចូលរួមក្នុងការផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ភាពជាដៃគូជាមួយរដ្ឋាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាព។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ បានធ្វើជាអ្នកដឹកនាំក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍អភិបាលកិច្ចល្អ និងរចនាសម្ព័ន្ធប្រជាធិបតេយ្យ ដែលជាញឹកញាប់ ត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈការអនុញ្ញាតឱ្យកុមារ PLHA និងសហគមន៍ដែលប៉ះពាល់ ចូលរួមនៅក្នុងការរៀបចំផែនការ ការអនុវត្តន៍ និងត្រួតពិនិត្យតាមដាន។ នៅក្នុងវិស័យមេរោគអេដស៍ ដៃគូនៅមូលដ្ឋាន បានកសាងទំនុកចិត្ត និងជំនាញឯកទេស និងកំពុងចាប់ផ្តើមទាមទាតួនាទីដ៏សំខាន់ជាងនេះនៅក្នុងការធ្វើការសំរេចចិត្ត។ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិជាច្រើន កំពុងឆ្លើយតបជាវិជ្ជមានចំពោះបញ្ហានេះ និងទីប្រឹក្សា និងអ្នកគ្រប់គ្រងបរទេស ត្រូវបានជំនួសដោយបុគ្គលិកក្នុងស្រុក ជាបណ្តើរៗ។

ការរស់រានរបស់កុមារ ការទទួលបាននូវសេវាថែទាំសុខភាព និងឱសថដែលមានគុណភាព ការកាត់បន្ថយកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ អសន្តិសុខស្បៀង ជំងឺដែលអាចបង្ការបាន ការបន្តជំរុញការបង្ការ និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ គឺជាចំណុចផ្តោតរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ជាច្រើន។ សកម្មភាពទាំងនេះសុទ្ធតែផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់កុមារ។ ការគាំទ្រទ្វេភាគីចំពោះមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល យុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការរស់រានរបស់កុមារ កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភជាតិ កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងកម្មវិធីជាតិស្តីពីមេរោគអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល បានផ្តោតការគាំទ្រយ៉ាងសកម្មទៅលើគ្រួសារក្រីក្របំផុត និងកុមារ ដែលកំពុងគ្រោះថ្នាក់បំផុត។

ទីភ្នាក់ងារជាច្រើនកំពុងរួមចំណែកចំពោះផែនការយុទ្ធសាស្ត្រវិស័យសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលមានគោលបំណងបង្កើនការទទួលបាននូវសេវាសុខាភិបាលប្រកបដោយគុណភាព ជាពិសេសសំរាប់មាតា និងកុមារ។ សមាសភាពគំរោង រួមមាន : បង្កើនវត្តមាននៃសេវាថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗ គាំទ្រមូលនិធិសមធម៌ ដើម្បីជួយដល់ជនក្រីក្របំផុតឱ្យទទួលបានការថែទាំសុខភាព តាមរយៈការបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ជំនួសពួកគេ និងគាំទ្រក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងការរៀបចំផែនការគ្រប់គ្រង ធ្វើហិរញ្ញប្បទាន និងត្រួតពិនិត្យដំណើរការប្រព្រឹត្តិទៅនៅក្នុងវិស័យនេះ។

ម្ចាស់ជំនួយទ្វេភាគី គាំទ្រកិច្ចប្រឹងប្រែងរបស់រដ្ឋាភិបាល ក្នុងការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើកុមារ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា ក្រសួងធម្មការ និងសាសនា ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា និងអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍។ ការពង្រីកកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC កំពុងដំណើរការនៅក្នុងខេត្តចំនួន១៦។ (សូមមើលរបាយការណ៍កំណត់ផែនទីសំរាប់ការវិភាគលំអិតនៃសកម្មភាព) ហើយសេវា VCCT និង PMTCT និងកម្មវិធីសុវត្ថិភាពឈាម ក៏កំពុងត្រូវបានពង្រីកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផងដែរ។

ការការពារកុមារពីការរំលោភបំពាន និងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ការជួញដូរ ការកេងប្រវ័ញ្ចពលកម្មកុមារ និងទំរង់នៃការរំលោភបំពានលើកុមារដទៃទៀត កំពុងមានការយកចិត្តទុកដាក់។ ទីភ្នាក់ងារទ្វេភាគីជាច្រើនកំពុងផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើ ការចលនាសហគមន៍ឱ្យការពារកុមារ និងលើកកំពស់សុវត្ថិភាពកុមារនៅក្នុងតំបន់ដែលមានភ្ញៀវទេសចរច្រើន និងតំបន់ដែលមានប្រតិបត្តិការបណ្តាញជួញដូរ។ គំរោងដែលមានស្រាប់មានគោលដៅគាំទ្រគ្រួសារ និងសហគមន៍ក្នុងការការពារកុមារ។ សកម្មភាពលើកកំពស់ការយល់ដឹង កំពុងត្រូវបានផ្តោតទៅលើមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ ដើម្បីបង្ការការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទ ការរំលោភបំពាន និងការជួញដូរមនុស្ស។ ក្រុមការងារប្រឆាំងការជួញដូរមនុស្ស ត្រូវបានបង្កើតឡើង និងបោះជំហានទៅមុខក្នុងការរៀបចំការឆ្លើយតបក្រោមការសំរបសំរួលមួយ ដែលដាក់បញ្ចូលនូវការបង្ការ ការការពារ សមាហរណកម្ម និងការផ្តន្ទាទោស ក្រោមការបង្កលក្ខណៈឱ្យមានការជួបជុំគ្នារវាងភាគីរដ្ឋាភិបាល ភាគីមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងសង្គមស៊ីវិលជាមួយមូលនិធិ និងការគាំទ្រផ្នែកលិខិតបទដ្ឋាន ដែលផ្តល់ជូនដោយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទ្វេភាគី។

ការការពារសង្គមសំរាប់គ្រួសារក្រីក្របំផុត ត្រូវបានពង្រីកតាមរយៈមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល និងអាហារូបករណ៍ផ្នែកអប់រំ ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ និងថវិកាដល់អ្នកថែទាំកុមារក្រីក្រ និងកុមារងាយរងគ្រោះបំផុត ការផ្តល់ប្រៀវត្សរ៍សំរាប់អ្នកថែទាំចិញ្ចឹមបីបាច់ និងការគាំទ្រដោយប្រយោលដល់អ្នកផ្តល់ការថែទាំជំនួសតាមផ្ទះ។ ការការពារសង្គមជួបឧបសគ្គខ្លះក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកដែលក្រីក្របំផុត (ការកំណត់អត្តសញ្ញាណនេះ

ត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈយន្តការដែលគ្មានបទដ្ឋានត្រឹមត្រូវជាច្រើន) ដែលជួនកាលគេធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណលើគ្រួសារក្រីក្រ និងសហគមន៍ក្រីក្រ។ ដើម្បីលើកកំពស់សមធម៌នៅក្នុងកម្មវិធីមួយចំនួនដូចជា កម្មវិធីមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល សមត្ថភាពក្នុងការកំណត់ផែនទីភាពងាយរងគ្រោះនាក៏រិតគ្រួសារ ត្រូវបានវាយតំលៃ និងកែសំរួល ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយក្រសួងផែនការ។

ការកសាងសមត្ថភាពរបស់អង្គការក្នុងស្រុក និងមន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល មានច្រើននៅក្នុងរបៀបវារៈរបស់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ។ របៀបវារៈនេះ រួមមាន ការផ្តល់ឱកាសឱ្យមានការធ្វើសវនកម្មពីខាងក្រៅ អាហារូបករណ៍សំរាប់ការសិក្សា និងសន្និសីទក្រៅប្រទេស និងការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិក។ ការកសាងសមត្ថភាពសំរាប់អង្គការសហគមន៍ បានលើកកំពស់ការកំណត់បញ្ហា និងចំណុចអាទិភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ហើយក៏កំពុងបង្កើនសមត្ថភាពបុគ្គលិកមូលដ្ឋាន និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត បន្តិចម្តងៗ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចដើរតួនាទីយ៉ាងសកម្មក្នុងការតស៊ូមតិ និងរៀបចំផែនការសំរាប់ OVC។

៩.៣ ការឆ្លើយតបរបស់សង្គមស៊ីវិល

សង្គមស៊ីវិលបាននិងកំពុងមានភាពសកម្ម ក្នុងការផ្តួចផ្តើមគំនិតកម្មវិធី ដែលបង្កើនការទទួលបានសេវាសំខាន់ៗសំរាប់កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ដែលសកម្មភាពទាំងនេះ លើកកំពស់សិទ្ធិរស់រាន និងសិទ្ធិអភិវឌ្ឍរបស់កុមារ។ ការវិភាគស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបនេះ បានកំណត់ផែនទីលើអង្គការជាង៤០០ ដែលយ៉ាងហោចណាស់មានកម្មវិធីមួយ ដែលផ្តល់ការការពារ ការថែទាំ និងគាំទ្រ OVC។

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិ ដើរតួនាទីដឹកនាំក្នុងការវាយតំលៃលើតំរូវការ ការកៀរគរធនធាន ការរៀបចំកម្មវិធី ការរៀបចំផែនការគ្របដណ្តប់សេវា និងការកសាងសមត្ថភាពសំរាប់សង្គមស៊ីវិល និងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃកម្មវិធី។ អង្គការមួយចំនួនផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ដូចជា អង្គការទស្សនពិភពលោក ដោយឡែកដៃគូផ្សេងទៀតផ្តល់សេវាតាមរយៈអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក និងអង្គការសាសនា។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិជាច្រើន ផ្តោតគោលដៅលើអ្នកដែលក្រីក្របំផុត ក្នុងចំណោមអ្នកក្រីក្រ ខណៈដែលអង្គការដទៃទៀត ធ្វើការជាមួយកុមារ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដើម្បីបង្ការកុំឱ្យពួកគេលក់ទ្រព្យសម្បត្តិសំរាប់បង្កបង្កើនផល ដែលធ្វើឱ្យពួកគេកាន់តែក្រីក្រថែមទៀត។ ឧទាហរណ៍ មុខរបរ និងផែនការបង្កើតប្រាក់ចំណូលមួយចំនួន អាចដំណើរការទៅបានជាមួយអ្នកថែទាំរបស់ PLHA ដើម្បីធ្វើសមាហរណកម្មគ្រួសារទៅក្នុង ឧស្សាហកម្មពលកម្មបន្តិចម្តងៗ ហើយការគាំទ្រជាបន្តបន្ទាប់ ដែលរួមមាន ការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្កើតផលិតផលតាមផ្ទះ

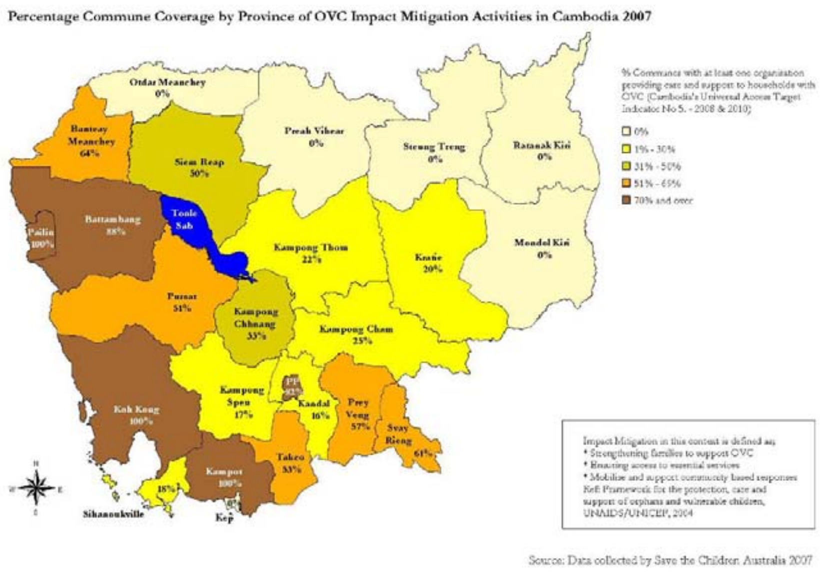
ដែលអាចលក់ដូរបាន ការរៀបចំផែនការអនាគត និងជាចុងក្រោយគឺការផ្តល់ឥណទានខ្នាតតូច ខណៈដែលអ្នកថែទាំ ឬ OVC ដែលមានវ័យចំណាស់ បានត្រៀមខ្លួន រួចជាស្រេចក្នុងការរ៉ាប់រងលើការទទួលខុសត្រូវនោះ ។

ឯកសារស្តីពីតំបន់គ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ (រូបភាពទី២០) រាប់បញ្ចូលតែអង្គការដែលមានកម្មវិធីក្នុងសហគមន៍ ផ្តោតជាសំខាន់លើ OVC ប៉ុណ្ណោះ ។ កម្មវិធីទាំងនោះរួមមាន :

- ពង្រឹងសមត្ថភាពគ្រួសារ ក្នុងការគាំទ្រ OVC តាមរយៈកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារ កម្មវិធីសន្តិសុខប្រាក់ចំណូល និងមុខរបរ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គម និងការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម (រាប់បញ្ចូលទាំងការកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារ និងការថែទាំជំនួសតាមសហគមន៍)
- ការទទួលបានសេវាសំខាន់ៗ ដូចជា ការអប់រំ សេវាមេរោគអេដស៍ ការថែទាំសុខភាព
- ចលនា និងគាំទ្រឱ្យមានការឆ្លើយតបពីសហគមន៍ ដូចជា ការប្រឆាំងនឹងការរើសអើង និងការមាក់ងាយ ក្រុម OVC ដែលគាំទ្រ និងជួយខ្លួនឯង ក្លឹបកុមារ/ក្រុមកុមារលេងល្បែងកំសាន្ត

នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា មានឃុំចំនួន៧១១ដែលមានអង្គការយ៉ាងតិចមួយ ផ្តល់កញ្ចប់មូលដ្ឋាននៃសេវារួមបញ្ចូលគ្នាសំរាប់ OVC ដែលបានលើកឡើងខាងលើ ។ ចំនួននេះ ស្មើនឹង៤៤%នៃចំនួនឃុំសរុបនៅកម្ពុជា ដែលមាន ១,៦២១ឃុំ ។ គោលដៅចំណុចនៃការទទួលបានជាសកលសំរាប់កម្ពុជានៅឆ្នាំ២០០៨គឺ ៥០% និង១00%សំរាប់ឆ្នាំ២០១០ ។

រូបភាពទី២០. ការគ្របដណ្តប់ឃុំ (តាមខេត្ត) នៃសកម្មភាពកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC (ទិន្នន័យប្រមូលដោយអង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី ឆ្នាំ២០០៧)



៤.៣.១ ការឆ្លើយតបរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលចំពោះកុមារកំព្រា

យ៉ាងហោចណាស់មានមណ្ឌលថែទាំជំនួសចំនួន២២៧កន្លែងដែលផ្តល់ជំរកដល់កុមារកំព្រា និងកុមារដែលត្រូវបានបោះបង់ចោល។ មណ្ឌលទាំងនោះ រាប់បញ្ចូលទាំងមណ្ឌលកុមារកំព្រា ទីជំរក និងផ្ទះសំរាប់ការស្នាក់នៅជាក្រុម។ ការថែទាំជំនួសមានន័យថាការថែទាំតាមផ្ទះ ប៉ុន្តែមានការយល់ដឹងកាន់តែប្រសើរឡើងអំពីតំរូវការលើជំរើសក្នុងការថែទាំដោយគ្រួសារ ឬសហគមន៍។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៅក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំជំនួស ដូចជា ការថែទាំដោយសាច់ញាតិ (ឧ. អង្គការស្ពាន និងអង្គការ Aspeca) ការថែទាំដោយឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម (ឧ. អង្គការទស្សនៈពិភពលោក និង Maryknoll) ការថែទាំតាមវត្តអារាម (ឧ. ICC_Hosea និងអង្គការគ្រួសារថ្មី) ផ្ទះសំរាប់ការស្នាក់នៅជាក្រុម (ឧ. អង្គការ Hagar និងអង្គការមាតុភូមិកុមារ) និងការគាំទ្រចំពោះកុមារដែលជាមេគ្រួសារ (ឧ. អង្គការ TASK) ។ នៅក្នុងខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០០៧ សិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិមួយស្តីពី *ការបោះជំហានឆ្ពោះទៅរកការថែទាំតាមសហគមន៍* បានកៀរគរអង្គការជាច្រើនក្នុងចំណោមអង្គការទាំងនេះឱ្យជួបប្រជុំគ្នា និងកំណត់បញ្ហាមួយចំនួនដែលទាមទារឱ្យខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នា រួមមាន សកម្មភាពរាយការណ៍ ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យបច្ចេកទេស និងនិយមន័យដែលមានបទដ្ឋានត្រឹមត្រូវ កង្វះយន្តការចែករំលែកព័ត៌មាន និងនិរន្តរភាពនៃការថែទាំ។

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិដែលគាំទ្រការថែទាំដោយឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម បានរកឃើញថា គ្រួសារធំៗជាច្រើន ដែលទទួលចិញ្ចឹមកុមារកំព្រា បានពង្រីកខ្លួនធំពេក ដែលបណ្តាលឱ្យពុំអាចធានាគុណភាពនៃការថែទាំឱ្យបានសមស្របទៅតាមបទដ្ឋានដែលបានកំណត់។ សំរាប់ហេតុផលនេះ ត្រូវទាមទារឱ្យមានទំរង់មួយចំនួន ដើម្បីធ្វើតេស្តទៅលើប្រព័ន្ធផ្តល់ថវិកាសំរាប់ការថែទាំដោយឪពុកម្តាយ ប្រសិនបើមានថវិកាអាចធ្វើទៅបាន[៧០] ។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល កំពុងផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសង្គម ការគាំទ្រផ្នែកសាលារៀន ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម និងការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គម ដល់កុមារកំព្រាដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងការគាំទ្រលើការជួសជុល និងថែទាំផ្ទះរបស់គ្រួសារ និងមណ្ឌលថែទាំតាមផ្ទះ។

៤.៣.២ ការឆ្លើយតបរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលចំពោះកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍

ការឆ្លើយតបរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលចំពោះតំរូវការរបស់កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ជាញឹកញាប់រាប់បញ្ចូល ការព្យាបាល និងការបន្តគាំទ្រកម្មវិធីបង្កើតប្រាក់ចំណូល ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម និងក្រុមគាំទ្រសង្គមនៅថ្នាក់ភូមិ។ គេឃើញមានភាពជាដៃគូ និងកិច្ចសហការ ដូចជា អង្គការ Maryknoll សហការជាមួយមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ នៅភ្នំពេញ ដើម្បីបង្កើតមណ្ឌលថែទាំ កុមារដែលជាអ្នកជំងឺអេដស៍ដំបូងបំផុតនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៣។ គំរូក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដល់កុមារតាមផ្ទះ ឬតាមរយៈមណ្ឌលកុមារមានការកើនឡើង ហើយបច្ចុប្បន្ននេះមានមណ្ឌលកុមារកំព្រា និងមណ្ឌលថែទាំកុមារពេលថ្ងៃជាច្រើន ដែលផ្តល់ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់កុមារ ការគាំទ្រផ្នែកអប់រំពីមត្តេយ្យសាលា រហូតដល់ថ្នាក់ទី៦ ការផ្តល់ប្រឹក្សា (ដោយការព្យាបាលតាមរយៈសិល្បៈ ក្រុមមិត្តភក្តិ សិក្ខាសាលាអំពីបំនិនជីវិត) សកម្មភាពកីឡា ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងការគាំទ្រផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ។

បច្ចុប្បន្ន ក្រុមគាំទ្រសង្គមសំរាប់កុមារ ដែលត្រូវបានបន្ថែមទៅក្នុងការថែទាំបន្តមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ និងមជ្ឈមណ្ឌលគាំទ្រនៅតាមមន្ទីរពេទ្យខេត្ត កំពុងតែមានភាពសកម្មក្នុងការបញ្ជូនកុមារទៅកាន់សេវាគាំទ្រសង្គម នៅក្នុងសហគមន៍របស់ពួកគេ ហើយក្រុមនេះមួយចំនួន បានរៀបចំឱ្យមានកិច្ចប្រជុំកុមារជាប្រចាំ។ ក្រុមទាំងនេះ ដែលភាគច្រើនគាំទ្រដោយ NGO និង FBO ជួយឱ្យកុមារចូលរួមនៅក្នុងការសំរេចចិត្តជុំវិញការរៀបចំផែនការសំរាប់អនាគតគ្រួសារ ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម ការទទួលបាននូវសេវាសំខាន់ៗ ការបន្តទទួលការព្យាបាល និងជួយកុមារក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាភ្លាមៗ ព្រមទាំងប្រឆាំងទៅនឹងការរើសអើង និងការមាក់ងាយ។

[70] Bank, T. W. (2006) "A Toolkit on how to support Orphans and Other Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa." **Volume**, DOI:

អង្គការជាច្រើនដែលធ្វើការជាមួយឪពុកម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកថែទាំ OVC បានជួយពួកគេឱ្យរៀបចំផែនការសំរាប់អនាគតកូនរបស់ពួកគេ។ ការផ្តួចផ្តើមគំនិតទាំងនេះ លើកទឹកចិត្តឪពុកម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឱ្យបើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេឱ្យកូនបានដឹង ចាត់ចែង និងចរចារជាមួយអាណាព្យាបាលបំរុង បង្កើតសៀវភៅអនុស្សាវរីយ៍ (កំណត់ត្រាយូរអង្វែងនៃរបាយការណ៍អំពីជីវិតរស់នៅជាមួយគ្នា និងព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ) និងសរសេរបណ្តាំមរតកមុនពេលដែលពួកគេស្លាប់។ ការចងក្រងឯកសារអំពីអត្តសញ្ញាណរបស់កុមារ ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ និងផែនការសំរាប់ការបែងចែកទ្រព្យសម្បត្តិ ជួយបង្កើនការចងចាំរបស់កុមារ និងការពារអនាគតរបស់កុមារផងដែរ។

៤.៣.៣ ការឆ្លើយតបរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលចំពោះកុមារងាយរងគ្រោះ

ការឆ្លើយតបចំពោះកុមារងាយរងគ្រោះគ្រប់រូប រួមមាន :

- ជំរុញការចុះបញ្ជីកំណើត
- ក្រុមជួយខ្លួនឯងនៅថ្នាក់ភូមិ
- កម្មវិធីថែទាំសង្គមតាមវត្តអារាម
- ការតស៊ូមតិ ការជំរុញការសិក្សា ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ និងការផ្តល់ឳកាសសំរាប់ការចូលរួមសិក្សានៅតាមសាលារៀន
- ជំនួយផ្នែកស្បៀងអាហារ
- កម្មវិធីបង្កើតប្រាក់ចំណូល កម្មវិធីបង្កើតមុខរបរ និងការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ
- ការអប់រំក្រៅប្រព័ន្ធ និងបំនិនជីវិត
- ការលើកកំពស់ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិកុមារ និងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការតស៊ូមតិ
- ការគាំទ្រសង្គម ក្លឹបកុមារ និងក្រុមលេងល្បែងកំសាន្ត

កម្មវិធីទាំងផ្សេងៗនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអង្គការសិទ្ធិកុមារ និងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ដែលកំពុងប្រតិបត្តិការនៅមូលដ្ឋាន។ ជាញឹកញាប់ សកម្មភាពត្រូវបានផ្តល់ជូនក្រោមភាពជាដៃគូជាមួយវត្តអារាមនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬព្រះវិហារគ្រិស្តសាសនា។ អង្គការភាគច្រើនផ្តល់នូវកញ្ចប់សកម្មភាពមួយចំនួន និងមានអង្គការចំនួនតិចតួចដែលផ្តល់ជូនកម្មភាពទាំងអស់តែម្តង។ អ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនមានបណ្តាញបញ្ជូនល្អ និងឳកាសសំរាប់បញ្ជូនអតិថិជនទៅកាន់សេវាដទៃទៀត នៅពេលដែលចាំបាច់។

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល កំពុងគាំទ្រដល់ MOEYS ក្នុងការពង្រីកការគ្របដណ្តប់នៃ*សាលាកុមារមេត្រី* ឱ្យបាន៧០%នៃគ្រប់បឋមសិក្សាទាំងអស់ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផលអប់រំសំរាប់ 'កុមារដែលកម្មវិធីពិបាកចូលដល់ និងមានអាយុល្មមចូលរៀននៅកំរិតបឋមសិក្សា ប៉ុន្តែពុំអាចទទួលបានការអប់រំកំរិតបឋមសិក្សា' ។ កម្មវិធីនេះបង្កើតនូវបរិស្ថានសាលារៀនមួយដែល ថែទាំសុខុមាលភាពកុមារគ្រប់រូប ហើយក៏ពិនិត្យលើបញ្ហាដែលកុមារពុំត្រូវបានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងសាលារៀន ដោយសារកត្តាមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ភាពក្រីក្រ ពិការភាព ជនជាតិ ឬយេនឌ័រផងដែរ ។

កម្មវិធីគាំទ្រការអប់រំ មានលក្ខណៈខុសគ្នាពីកម្មវិធីដែលផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ ដូចជាសៀវភៅ ឯកសណ្ឋានសិស្ស និងឧបករណ៍សិក្សា និងសេវាច្រើនជាងនេះថែមទៀត ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត និងផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវការគាំទ្រផ្នែកកម្មវិធីអប់រំក្រៅ និងក្នុងប្រព័ន្ធ ដែលសមស្របចំពោះតំរូវការរបស់ពួកគេម្នាក់ៗ ។ អង្គការជាច្រើនបានចូលរួមគាំទ្រការអប់រំពិសេសសំរាប់កុមារពិការ ។

អ្នកឯកទេសរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាច្រើន គាំទ្រកុមារងាយរងគ្រោះដែលមានតំរូវការពិសេស ដែលទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហាអំពើហិង្សា ការកេងប្រវ័ញ្ច ការរំលោភបំពាន ឬការសេពគ្រឿងញៀន។ សេវាសំរាប់អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនភាគច្រើន ត្រូវបានប្រមូលផ្តុំនៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ បើទោះបីជាការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ដោយអង្គការ Friends-International និងអង្គការមិត្តសំឡាញ់ ទៅដល់ដៃគូរដ្ឋាភិបាល និង NGO បានបង្កើនការគ្របដណ្តប់នៅតាមបណ្តាខេត្តក៏ដោយ ជាពិសេសខេត្តបាត់ដំបង ក្រចេះ ក្រុងព្រះសីហនុ និងសៀមរាប ។

<u>សៀវភៅអាសយដ្ឋានទាក់ទងអង្គការដែលធ្វើការផ្នែកបង្ការការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទកុមារនៅកម្ពុជា</u>[៧១] បានរាយនាមអង្គការជាង៨០ ដែលធ្វើការផ្នែកបង្ការ ផ្តន្ទាទោស ពង្រឹងច្បាប់ ការពារ និងគាំទ្រជនរងគ្រោះ គោលនយោបាយ ការតស៊ូមតិ និងស្រាវជ្រាវ។ ស្ថាប័នអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អង្គការសហប្រជាជាតិ និងរដ្ឋាភិបាល កំពុងធ្វើការនៅតាមបណ្តាខេត្ត និងផ្តោតសំខាន់នៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ និងឃុំប៉ោយប៉ែត (តំបន់មួយក្នុងចំណោមតំបន់ឆ្លងកាត់ជាច្រើនសំរាប់ការជួញដូរមនុស្ស និងអន្តោប្រវេសន៍) ។ មានកម្មវិធីជាច្រើន ដែលធ្វើការទៅលើការបង្ការ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារដែលកំពុងប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ ការអប់រំសហគមន៍ ដំណោះស្រាយជាក់ស្តែង ដើម្បីរក្សាគ្រួសារឱ្យនៅជាមួយគ្នា និងកម្មវិធីដែលគាំទ្រកុមារដែលជាជនរងគ្រោះនៃការជួញដូរ ការកេងប្រវ័ញ្ច និងអំពើហឹង្សា ។

[71] អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី អង្គការទស្សនៈពិភពលោក AusAID, 2006

ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គម ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវ ផ្លូវចិត្តនិងសង្គម ដើម្បីធ្វើឱ្យកុមារអាចទទួលបាន/ឬទទួលបានជាថ្មីម្តងទៀតនូវអារម្មណ៍ប្រក្រតី និងពង្រឹង ឬបង្កើតឡើងវិញនូវទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងសហគមន៍[៧២] ។ បុគ្គលិកដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ឬគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ អាចធ្វើឱ្យកុមារធ្លាក់ចូលទៅក្នុងបញ្ហាវិបត្តិជាលើកទីពីរ ដូច្នេះត្រូវផ្តល់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានទៅលើកិច្ចការសង្គម និងការផ្តល់ប្រឹក្សាម្យ៉ាងវិញទៀត ការគ្របដណ្តប់នៅមានកំរិតនៅឡើយ ។

សេវាគាំទ្រផ្នែកចិត្តសង្គម រួមមានសកម្មភាពដូចខាងក្រោម :

- ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាថ្មីឡើងវិញ រវាងកុមារ ទៅនឹងសមាជិកគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកជិតខាង ដែលពុំបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ ឬវិបត្តិបន្ថែមទៀតទៅលើកុមារ
- បង្កប្រក្រតីភាពនៅក្នុងជីវិតប្រចាំថ្ងៃ ដោយឱ្យកុមាររស់នៅជាមួយចំនួនមនុស្សដូចគ្នាទៅនឹងចំនួនសមាជិក និងបរិបទវប្បធម៌ ដែលពួកគេធ្លាប់រស់នៅជាមួយពីមុន មានការងារប្រចាំថ្ងៃ និងអាចរំពឹងទុកនូវអ្វីដែលទំនងនឹងកើតឡើង នៅក្នុងស្ថានភាពប្រក្រតីមួយចំនួន (ឧទាហរណ៍ ពេលទទួលទានអាហារ) និងដឹងអំពីអ្វីដែលគួររំពឹងទុកនៅក្នុងស្ថានភាពដែលពួកគេជួបប្រទះប្រចាំថ្ងៃ
- លើកកំពស់ការមានទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង និង សមត្ថភាព ដោយគាំទ្រកុមារឱ្យជំនះទៅលើឧបសគ្គដែលទាក់ទងទៅនឹងការអភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីឱ្យមានភាពសមស្របទៅតាមអាយុ និង ដំណាក់កាលរបស់ពួកគេ
- លើកទឹកចិត្តការចូលរួមរបស់កុមារឱ្យបានសកម្ម ក្នុងការរៀបចំផែនការសំរាប់អនាគតរបស់ពួកគេ
- ផ្តល់ការប្រឹក្សា និង ជួយកុមារឱ្យយល់ឃើញថា ពួកគេក៏អាចដោះស្រាយបញ្ហាបានដែរ ជួយឱ្យពួកគេហ៊ានប្រថុយប្រថាន និង ដោះស្រាយបញ្ហាប្រកបដោយជោគជ័យ
- ផ្តល់សកម្មភាពដែលកុមារអាចចូលរួមលេងជាមួយបាន ធ្វើឱ្យពួកគេមានអារម្មណ៍ថា ត្រូវបានគេរាប់បញ្ចូល កំណត់អត្តសញ្ញាណពួកគេនៅក្នុងក្រុមណាមួយ ត្រូវបានគេទទួលស្គាល់ និង អាចបញ្ចេញមតិយោបល់ដោយសុវត្ថិភាព
- ផ្តល់ឱកាសដល់កុមារឱ្យនិយាយអំពីបទពិសោធន៍របស់ពួកគេដូចជា អារម្មណ៍ល្អអំពីការរួចផុតពីស្ថានភាពអវិជ្ជមាន គ្រោះថ្នាក់ ការបារម្ភ ឬ ភាពអស់សង្ឃឹម ។

ក្រុមជួយខ្លួនឯងនៅថ្នាក់ភូមិ ដែលប្រតិបត្តិក្រោមឈ្មោះខុសៗគ្នា ត្រូវបានបង្កើត និងតែងត្រូវបានគាំទ្រដោយអង្គការសាសនា និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អាចគាំទ្រមេដឹកនាំសហគមន៍ឱ្យកៀរគរការគាំទ្រពីសហគមន៍ ។

---

[72] Widdowfield, H. (2006). Module 1 Psychosocial Introduction. p. R. a. M. S. O. Cambodia, International Organisation for Migration.

ចំនួននៃសេវាឯកទេសដែលផ្តល់ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គមសំរាប់កុមារ នៅមានកំរិតនៅឡើយ (TPO, សេវាសង្គមកម្ពុជា ក្រុមមេត្តាធម៌មិនអន្តរជាតិ) បើទោះជាដូច្នេះក្តី ភ្នាក់ងារជាច្រើនបានបញ្ចូលការគាំទ្រសង្គមការផ្តល់ប្រឹក្សា (សំរាប់អ្នកដែលពុំធ្លាប់ទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ភាគច្រើនរួមមានការផ្តល់ដំបូន្មានដល់កុមារ) និងការគាំទ្រផ្លូវចិត្តទៅក្នុងសេវារួមមួយ ។

៩.៤ ការឆ្លើយតបរបស់សហគមន៍

ការឆ្លើយតបពីគ្រួសារ និងសហគមន៍ ចំពោះកុមារកំព្រា ឬកុមារងាយរងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ពោរពេញទៅដោយការអាណិតអាសូរ និងមានភាពប្រក្រតីដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ បន្ទាប់ពីទទួលរងនូវវិបត្តិជាងបីទសវត្សរ៍កន្លងមក និងស្ថានភាពនៃភាពក្រីក្រគ្រប់ទីកន្លែង។ បើទោះជាដូច្នេះក្តី គ្រួសារ និងសហគមន៍កំពុងខិតខំជំនះសម្ពាធនេះ។ បច្ចុប្បន្ន ធនធានថ្មីៗកំពុងចូលទៅដល់គ្រួសារ និងសហគមន៍ ដែលកំពុងផ្តល់ការឆ្លើយតបជួរមុខ បើទោះបីជាការយកចិត្តទុកដាក់មួយចំនួន ត្រូវបានផ្តល់ជូនចំពោះកុមារ នៅក្នុងផែនការអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ និងយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ក៏ដោយ។

ការវាយតំលៃនេះបានរកឃើញថា បុគ្គលមួយចំនួនបានត្រៀមខ្លួនរួចជាស្រេចក្នុងការស្រូបយក OVC ទៅក្នុងគ្រួសាររបស់ពួកគេ ប៉ុន្តែដើម្បីធ្វើបែបនេះទៅបាន ពួកគេត្រូវការឱ្យមានជំនួយនៅក្នុងការងារនេះ។ ពួកគេមានឆន្ទៈចូលរួមក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដែលអាចផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ និងផ្លូវចិត្តសង្គម ដើម្បីដាក់កុមារឱ្យស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំដោយញាតិសន្តាន ឬដោយសហគមន៍របស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើគេដឹងអំពីសក្តានុពលនៃភាពជាដៃគូ ក្នុងការគាំទ្រដល់ OVC និង អ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ ការងារនេះនឹងបន្តក្នុងរយៈពេលយូរអង្វែងទៅមុខ ដើម្បីបញ្ចៀសបញ្ហានៃមូលហេតុធ្ងន់ធ្ងរបំផុតនៃការព្រួយបារម្ភរបស់កុមាររាប់បញ្ចូលទាំងការរើសអើង និងការមាក់ងាយ ភាពក្រីក្រ ការបំបែក និងដាក់ឱ្យនៅដាច់ដោយឡែកតែឯងពីគ្រួសារ និងការរំខានការទៅសិក្សានៅឯសាលារៀន។

កុមារ និងយុវជនវ័យក្មេងមួយចំនួន បាននិងកំពុងដើរតួនាទីដឹកនាំរួចទៅហើយ ក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ និងវាយតំលៃលើអន្តរាគមន៍ និងសារអប់រំមិត្ត ដែលជះឥទ្ធិពលទៅលើជីវិតរបស់ពួកគេ។ អង្គការសហគមន៍មួយចំនួនត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយយុវជនវ័យក្មេង ដូចជា ក្លឹបកុមារ និងក្លឹបសុខភាព។ កុមារក៏បានចូលរួមក្នុងការតាក់តែងនិពន្ធ និងលេងតន្ត្រី ជួបជាមួយកុមារពីតំបន់ដទៃទៀត បង្កើតជាក្រុមពិភាក្សាអំពីសារ និងវាយតំលៃលើយុទ្ធនាការ។ នៅក្នុង *មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត* ក្រុមកុមារ និងយុវជនវ័យក្មេង ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំបន្តមេរោគអេដស៍ និង ជំងឺអេដស៍។ កាលបើមានយន្តការដែលប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីបង្កើតនូវឱកាស និងការចូលរួមសំរាប់យុវជន យន្តការទាំងនោះត្រូវតែបន្ត និងដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសមាសធាតុស្នូលការអនុវត្តន៍កម្មវិធី។ ការនេះមានលក្ខណៈជាក់ស្តែងសំរាប់កម្មវិធីមេរោគអេដស៍ និង OVC។ ការចូលរួមពីអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងឡាយត្រូវធានាថា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយជំងឺអេដស៍ មិនត្រូវបានបែងចែកពីកុមារដទៃ ហើយត្រូវធានាថា ការចូលរួមរបស់កុមារគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

យើងត្រូវយល់ និងដោះស្រាយស្ថានភាពកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ក្រោមបរិបទនៃវិសមភាពយេនឌ័រ ។ លក្ខណៈដែលការសំរេចចិត្តត្រូវបានធ្វើឡើងទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហាប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម និងផែនការអនាគត និងការបោះបង់ការទទួលខុសត្រូវទៅលើកូន មិនបានផ្តល់អំណាចដល់ស្ត្រីនៅក្នុងគ្រួសារជាច្រើនឱ្យចូលរួមធ្វើការសំរេចចិត្តឡើយ ។ ផលវិបាកនៃការបរាជ័យក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាយេនឌ័រ និងវិសមភាពនៃអំណាច កំពុងមានឥទ្ធិពលដែលបង្កការបំផ្លិចបំផ្លាញទៅលើកុមារ ។ អន្តរាគមន៍ដើម្បីធានាថា ស្ត្រីមានការគ្រប់គ្រងស្មើភាពគ្នាលើមធ្យោបាយផលិតកម្មសំរាប់ការបង្កើតប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ការបំបាត់នូវការមើលបំណាំគ្នាជុំវិញបញ្ហាអំពើហឹង្សាយេនឌ័រនាពេលបច្ចុប្បន្ន និងការលើកកំពស់ស្ថានភាពស្ត្រីកំពុងស្ថិតនៅកំរិតមួយទាបដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ ហើយចំណុចទាំងនោះកំពុងត្រូវបានបន្ត ចាត់ទុកថាពុំសូវសំខាន់សំរាប់ការបញ្ជ្រាបការឆ្លើយតបចំពោះបញ្ហា OVC និង HIV ។

ឪពុកម្តាយជាច្រើនមិនអាចរក្សាកូនឱ្យរស់នៅជាមួយបាន ហើយអ្នកជិតខាង និងគ្រួសារធំៗ បានផ្តល់នូវការគាំទ្របន្ថែម ប៉ុន្តែតំរូវការលើធនធានគ្រួសារ មានការកើនឡើងដោយសារមេរោគអេដស៍ ។ យុទ្ធសាស្ត្រសំរបសំរួលជាច្រើនដែលត្រូវបានអនុវត្តដោយគ្រួសារ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងកំណើននៃចំណាយលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការធ្លាក់ចុះនៃប្រាក់ចំណូល មានការពាក់ព័ន្ធនឹងសកម្មភាពដែលប៉ះពាល់ដល់សុខុភាពកុមារ ឬបំផ្លាញមូលដ្ឋានធនធានគ្រួសារ និងកំរិតឱកាសសំរាប់សមត្ថភាពបង្កើតប្រាក់ចំណូលនាពេលអនាគត ។ ឧទាហរណ៍ : ការលក់ទ្រព្យសម្បត្តិសំរាប់បង្កបង្កើនផល ដីធ្លីរបស់គ្រួសារ និងបំណុលដែលចេះតែកើនឡើង ដែលត្រូវបានផ្ទេរទៅឱ្យស្ត្រី និងកុមារ នៅពេលដែលឪពុកម្តាយស្លាប់ បង្កើតឱ្យមានវដ្តនៃភាពក្រីក្រ និងភាពលំបាកវេទនារយៈពេលយូរអង្វែង ដែល OVC ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នជាច្រើននាក់ នឹងពុំអាចគេចខ្លួនរួច ។

ម្តាយដែលបានចូលរួមនៅក្នុងក្រុមពិភាក្សា សំរាប់របាយការណ៍នេះ បានរៀបរាប់អំពីការដែលពួកគាត់លាក់បាំងអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួនមិនឱ្យកូនដឹង ដែលទង្វើនេះធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងចង់ការពារពួកគេ ។ ប៉ុន្តែ នៅពេលដែលឪពុកម្តាយបើកចំហអំពីស្ថានភាពរបស់ពួកគេ កុមារជាច្រើនបានឆ្លើយតបវិញថាពួកគេបានដឹងរួចជាស្រេចទៅហើយថា ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេមានជំងឺដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ។ ម្តាយម្នាក់បានរៀបរាប់អំពីការដែលគាត់បានប្រាប់កូនស្រីគាត់ថា គាត់មានជំងឺថ្លើម ប៉ុន្តែនៅពេលដែលគាត់ប្រឈមមុខជាមួយកូនស្រីរបស់គាត់យ៉ាងពិតប្រាកដគាត់ក៏បានបង្ហាញការពិតអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់គាត់ ។ ឥឡូវ

កូនស្រីរបស់គាត់ គាំទ្រស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់ ហើយថែមទាំងជួយប្រឆាំងទៅនឹង ការរើសអើង និងការមាក់ងាយទៀតផង ។ កុមារដែលត្រូវបានពិគ្រោះយោបល់ក្នុងអំឡុងពេលនៃបទបង្ហាញ របាយការណ៍នេះ បានរំលឹកឡើងវិញដដែលៗ អំពីការដែលពួកគេបានលឺអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ ឪពុកម្តាយពួកគេពី កុមារដទៃ និងពីអ្នកជិតខាង ឬពីគណៈកម្មាធិការវត្ត នៅពេលដែលគេចុះធ្វើការវាយតំលៃទៅលើលក្ខខណ្ឌ ស្ថានភាពគ្រួសារដើម្បីទទួលជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។ ព្រះសង្ឃដែលនិមន្តមកពីគណៈកម្មាធិការវត្ត បានមានសង្ឃដីកាថា ព្រះអង្គពុំបានដឹងថា កុមារពុំទាន់ត្រូវបានគេប្រាប់អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ឪពុកម្តាយពួកគេពីមុនមកឡើយ ។ អ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកថែទាំកុមារ ដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍សំរាប់របាយការណ៍នេះ បានចង្អុលបង្ហាញថា ក្រុមគាំទ្រ កុមារស្ម័គ្រចិត្ត និងគ្រួសារងាយរងគ្រោះតាមភូមិ ដែលជាញឹកញាប់តែងទទួលការគាំទ្រពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការសហគមន៍ ផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងកំរិតដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ដែលជួយពង្រឹងដល់គ្រួសារនិងជួយឱ្យឪពុកម្តាយអាចរក្សាកូនឱ្យបន្តរស់នៅជាមួយគាត់បាន ។ ឧទាហរណ៏ៈក្រុមអ្នកស្ម័គ្រចិត្តមកជួយជួសជុលផ្ទះ និងជួសជុលដំបូលឱ្យគាត់ មុនពេលរដូវវស្សាមកដល់ ឬជួយប្រមូលផល ឬដាំបន្លែតាមផ្ទះ។ ពួកគេក៏ជួយធ្វើអន្តរាគមន៍ ជំនួសឱ្យកុមារដែលជាជនរងគ្រោះនៅតាមសាលារៀនផងដែរ ។

បើទោះបីជាជំនួយ និងការគាំទ្រជាច្រើនមានប្រភពពីសហគមន៍ និងគ្រួសារធំៗក៏ដោយ មានគ្រួសារជាច្រើន ដែលធ្វើការសំរេចចិត្តដោយខ្លួនឯង និងពុំបានពិចារណាលើសំណូមពររបស់ម្តាយ ឬពិគ្រោះជាមួយកុមារ និង ផ្តល់ឱកាសឱ្យពួកគេចូលរួមក្នុងការសំរេចចិត្តទាំងឡាយដែលនាំឱ្យមានផលប៉ះពាល់ទៅលើពួកគេឡើយ ។ បើទោះបីជាសកម្មភាពទាំងនេះ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយចេតនាដ៏ប្រសើរបំផុតក៏ដោយ ប៉ុន្តែ ជាលទ្ធផល អាចបង្កបញ្ហាវិបត្តិដល់កុមារ ។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើន ដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ សំរាប់ការវិភាគនេះ បានផ្តល់ឧទាហរណ៏អំពីសមាជិកដទៃក្នុងគ្រួសាររបស់ពួកគេ ឬបងប្អូនសាច់ថ្លៃ ដែលបាន ឬបអូសយកកូន និងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ពួកគាត់ ខណៈដែលស្វាមីរបស់ពួកគាត់នៅមានជីវិតនៅឡើយ ។ បញ្ហានេះមានលក្ខណៈស្មុគ្រស្មាញ ហើយស្ត្រីម្នាក់បានរៀបរាប់អំពីដំណើរសាច់រឿងមួយ ដែលបកស្រាយអំពី ការឆ្លើយតបជារួមរបស់គ្រួសារចំពោះតំរូវការរបស់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ :

កាលប្តីខ្ញុំដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ គាត់បានសំរេចចិត្តថាឱ្យខ្ញុំនៅជួយថែទាំគាត់ និងធ្វើការរកលុយ ហើយគាត់នឹងបញ្ជូនកូនតូចៗរបស់ខ្ញុំពីរនាក់ឱ្យទៅរស់នៅជាមួយម្តាយមីងខ្ញុំ ។ កូនៗខ្ញុំនៅតូចនៅឡើយ នៅពេលដែលពួកវាធ្វើឱ្យបែករបស់របរក្នុងផ្ទះ ម្តាយមីងខ្ញុំក៏បញ្ជូនពួកវាមកវិញ ។ ពួកវាមានការងឿងឆ្ងល់ និង ច្របូកច្របល់ជាខ្លាំង ។ បន្ទាប់មកប្តីរបស់ខ្ញុំបានស្លាប់ក្នុងឆ្នាំ២០០៤ ហើយខ្ញុំក៏បាត់បង់ផ្ទះ ។ ខ្ញុំគ្មានលុយកាក់អ្វីទេ ហើយក៏គ្មានអ្វីឱ្យកូនទទួលទានដែរ ។ បងប្អូនព្យាយាមយកកូនពីខ្ញុំ ដោយសារតែខ្ញុំក្រពេក ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនព្រម ។

នៅពេលដែលឪពុកម្តាយខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពួកគាត់ព្យាយាមយកកូនពីខ្ញុំទៅឱ្យម្តាយមីងខ្ញុំចិញ្ចឹម ។ កូនខ្ញុំ៦នាក់ក្នុងចំណោមកូនខ្ញុំទាំង៨ នៅរស់នៅឡើយ ហើយខ្ញុំចង់ឱ្យ ពួកវារស់នៅជាមួយខ្ញុំ ប៉ុន្តែឥឡូវនេះមានតែកូនប្រុសខ្ញុំម្នាក់អាយុ១៧ឆ្នាំទេ ដែលរស់នៅ ជាមួយខ្ញុំ ។ កូនខ្ញុំដទៃទៀតរស់នៅជាមួយញាតិសន្តានពួកវា ដោយបំបែកចេញពីខ្ញុំ និង បងប្អូន បង្កើតរបស់ពួកវាដទៃទៀត ។ ខ្ញុំខានឃើញមុខកូនខ្ញុំ៤នាក់ ប្រហែល៣ឆ្នាំហើយ ។ កូនស្រីច្បង ខ្ញុំមួយចំនួន ចេះតែរើទៅនៅផ្ទះបងប្អូននេះបន្តិច និង ផ្ទះបងប្អូននោះបន្តិច ។ នៅពេលដែលខ្ញុំ សួរពីមូលហេតុ ឪពុកម្តាយក្មេងខ្ញុំថា ព្រោះអីពួកវាធំៗអស់ហើយ ត្រូវតែនៅឱ្យឆ្ងាយពីប្រុសៗ បន្តិច ។ ខ្ញុំមិនដឹងថាមាននរណាបានពន្យល់អំពីបញ្ហានេះទៅកូនស្រីខ្ញុំដែរឬក៏អត់នោះទេ ឬក៏ គេចេះតែបណ្តេញវាចេញពីផ្ទះតែម្តងផងក៏មិនដឹង ។ ប្រហែលជាប្រុសៗវាយធ្វើបាបវា ឬ មានរឿងអ្វីធ្ងន់ធ្ងរជាងនេះទៀតផង...ខ្ញុំក៏មិនដឹងច្បាស់ដែរ ។[10]

ភស្តុតាងក៏បញ្ជាក់ផងដែរថា កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះមួយចំនួន ត្រូវបានធ្វើបាប កេងប្រវ័ញ្ច និងរំលោភបំពាន ដោយអាណាព្យាបាល និង មនុស្សពេញវ័យដទៃទៀត។ ជាញឹកញាប់ កុមារតែងត្រូវបានលក់ទៅក្នុងពាណិជ្ជកម្មផ្លូវភេទ ឬឱ្យធ្វើជាអ្នកបំរើតាមផ្ទះ ដោយសមាជិកគ្រួសារ។ កុមារជាច្រើនដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍សំរាប់របាយការណ៍នេះ និងកុមាររបស់អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី ដែលរស់នៅជាមួយគ្រួសារធំ បានរៀបរាប់អំពីការវាយធ្វើបាប និងទំរង់ដទៃទៀតនៃការរំលោភបំពានផ្លូវកាយ និងការរំលោភបំពានដោយពាក្យសំដី[៧៣] ។

[10] Jenne Roberts, បទសម្ភាសន៍ជាមួយ (នស) ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ម្នាក់ដែលទទួលការព្យាបាលពី Médecins du Monde នៅឯមន្ទីរពេទ្យព្រះកុសមៈ នាថ្ងៃទី១១ មេសា ២០០៧

[73] Jenne Roberts, interview with NS an HIV-positive mother receiving treatment from Médecins du Monde, at Preah Kossamak hospital 11th April 2007

ជំពូក៥: ការពិភាក្សាពីរបកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត ឱកាស និងអនុសាសន៍

បច្ចុប្បន្ន ពុំមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរួម ឬចង្កោមទិន្នន័យពេញលេញណាមួយ ដែលអាចយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ចំនួន OVC ឬ ចំនួនសរុបនៃអ្នកដែលទទួលផលប៉ះពាល់ពីកម្មវិធីឡើយ។ ហេតុដូច្នេះ ការកំណត់បរិមាណលើកំរិតនៃតំរូវការដែលពុំទាន់ទទួលបានគឺ ជាឧបសគ្គមួយ។ បើទោះជាដូច្នេះក្តី ក៏មានការអភិវឌ្ឍន៍ដែលទំនងនឹង កើតឡើងមួយចំនួនផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ក្រសួងផែនការ ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីអង្គការ GTZ កំពុងអនុវត្ត សាកល្បងប្រព័ន្ធជាតិមួយ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារដែលងាយរងគ្រោះផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចបំផុត។ នៅពេលដែលសំរេចបានលទ្ធផល ទិន្នន័យអាចនឹងត្រូវបានយកមកវិភាគជាមួយនឹងទិន្នន័យពីការអង្កេត CDHS ដើម្បីឱ្យទទួលបានការប៉ាន់ប្រមាណនៃចំនួនកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះដែលមានលក្ខណៈច្បាស់លាស់ ។

៥.១ តំបន់គ្របដណ្តប់សេវា និងភូមិសាស្ត្រនៃតំបន់ដែលតំរូវការពុំទាន់បានបំពេញ

បណ្តាខេត្តខាងក្រោម ត្រូវបានកំណត់ថាមានចំនួនកុមារកំព្រាច្រើនបំផុត និងខេត្តមួយចំនួនជាពិសេសខេត្ត កំពង់ចាម សៀមរាប កំពង់ស្ពឺ និងកំពង់ធំ មានចំនួនកុមារកំព្រាច្រើន និងការគ្របដណ្តប់ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់តិច។

តារាងទី៣ : ការពិភាក្សាខេត្តអាទិភាពសំរាប់ការពង្រីកសេវាដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹង OVC

ខេត្ត	ការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនកុមារកំព្រា (ឆ្នាំ២០០៥)	ការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនកុមារសរុប អាយុពី0 – 15 ឆ្នាំ (ឆ្នាំ២០០៤)	ភាគរយនៃឃុំដែលមានសេវា OVC ពេញលេញ[៧៤] (ឆ្នាំ២០០៧)
ប្រភពទិន្នន័យ	CDHS 2005	វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ	របាយការណ៍ស្តីពីការកំណត់ផែនទី
កំពង់ចាម	៧៤៥៣៧	៦២៧២៤៥	២៥%
បាត់ដំបង និង ប៉ៃលិន	៥០៤៦៤	៤០២១៦១	៨៨% and ១០០%
សៀមរាប	៤៤៦៦៧	៣១១០៦០	៥០%
ភ្នំពេញ និង កណ្តាល	៤៣៤៣៦	២៨៩៩៥៤ + ៤៤៦ ៣១៣	៨២ % and ១៦ %
ព្រៃវែង	៣៦៤១២	៣៩៦០៨៣	៥៧%
កំពង់ធំ	៣១៣១៩	២៣៩៧៦៥	២២%
កំពង់ស្ពឺ	៣០៦៩០	២៧៣៥០៨	១៧%

ការគ្របដណ្តប់នៃសេវា OVC នៅមានកំរិត ហើយ OVC មួយចំនួនធំពុំទាន់បានទទួលការគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ពីរដ្ឋាភិបាល និងសង្គមស៊ីវិលនៅឡើយ។ ឧទាហរណ៍ : មានខេត្តតែ៦ប៉ុណ្ណោះដែលមានសេវាកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC នៅក្នុងឃុំច្រើនជាង៧0%នៃឃុំទាំងអស់នៅក្នុងខេត្តទាំងនោះ។ ការគ្របដណ្តប់លើសេវាកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ មានកំរិតតិចជាង៣0% នៅក្នុងខេត្តចំនួន១៣។

អង្គការហាក់ដូចជាប្រមូលផ្តុំនៅតាមទីប្រជុំជន និងទីក្រុង ដែលមានទីតាំងនៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិ និងនៅទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តបាត់ដំបង សៀមរាប និងក្រុងព្រះសីហនុ ដោយធ្វើឱ្យតំបន់ជនបទជាច្រើនទទួលសេវាមិនបានគ្រប់គ្រាន់។ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដឹកជញ្ជូន និងទំនាក់ទំនងមិនល្អ អាចធ្វើឱ្យការធ្វើការជាមួយសហគមន៍ដាច់ស្រយាល ពុំមានភាពទាក់ទាញ និងត្រូវចំណាយប្រាក់ច្រើន។

---

[74] សេវា OVC ពេញលេញ ដែលត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងរបាយការណ៍កំណត់ផែនទី និង យ៉ាងហោចណាស់រាប់បញ្ចូល ចំណុចមួយក្នុងចំណោម ចំណុចទាំងអស់ខាងក្រោម: ១) អន្តរាគមន៍ពង្រឹងគ្រួសារ ២) គាំទ្រឱ្យទទួលបាននូវសេវាសំខាន់ៗ ៣) ក្រុមជួយខ្លួនឯងតាមមូលដ្ឋាន ដែលគាំទ្រ OVC និង/ឬ PLHA

ភស្តុតាងនៃការរួមចំណែកលើការគាំទ្រផ្នែកស្បៀងអាហារពីអង្គការ KHANA និង WFP តាមរយៈកម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះ បង្ហាញអំពីលទ្ធផលនៃ OVC និងអ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ ថាមានលក្ខណៈប្រសើរឡើងក្នុងចំណោមសូចនាករមួយចំនួន ប្រសិនបើអាហារត្រូវបានផ្តល់ជូន ជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់បទដ្ឋាននៃការថែទាំតាមផ្ទះ។ ភស្តុតាងមិនផ្លូវការមួយ បង្ហាញថា គ្រួសារនឹងទទួលចិញ្ចឹមកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ប្រសិនបើពួកគេទទួលការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ ជាពិសេសការគាំទ្រផ្នែកអាហារ។ កុមារជាច្រើនបន្តជួបប្រទះបញ្ហាអសន្តិសុខស្បៀង ហេតុដូច្នេះការពង្រីកកម្មវិធីគួរផ្តល់អាទិភាពទៅលើតំបន់ ដែលបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ និងប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមុនពេលសំរាល មានកំរិតខ្ពស់បំផុត និងដែលបច្ចុប្បន្នការគ្របដណ្តប់ដែលមានស្រាប់នៅក្នុងតំបន់ទាំងនោះ នៅមានកំរិតនៅឡើយ។ ភាពក្រិន ឆ្លុះបញ្ចាំងពីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរាំរ៉ៃ ហើយខេត្តដែលមានអត្រាក្រិនខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម៥ឆ្នាំរួមមាន :

- ពោធិ៍សាត់ (អត្រាក្រិនមានចំនួន៦៣% កុមារកំព្រាចំនួន១៨២១៧នាក់ និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC មាន៥១%)
- សៀមរាប (អត្រាក្រិនមាន៥៣% កុមារកំព្រាចំនួន៤៤៦៦៧នាក់ និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC មាន៥០%)
- ឧត្តរមានជ័យ (អត្រាក្រិនមាន៥៣% កុមារកំព្រាចំនួន ៧១៤០នាក់ និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ទៅលើ OVC មាន0%);
- កំពង់ចាម (អត្រាក្រិនមាន៣៧% កុមារកំព្រាចំនួន ៧៤៥៣៧នាក់ និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ទៅលើ OVC មាន២៥%)

នៅពេលរៀបចំរបាយការណ៍នេះ ពុំមានរបាយការណ៍អំពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលធ្វើការលើសកម្មភាពកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC នៅក្នុងខេត្តឧត្តរមានជ័យ ព្រះវិហារ ស្ទឹងត្រែង រតនៈគិរី និងមណ្ឌលគិរីឡើយ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី ចំនួនកុមារកំព្រាមានកំរិតទាបដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់នៅក្នុងខេត្តទាំងនេះ ហើយប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានមកពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល ក៏មានកំរិតទាបដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ផងដែរ។

៥.២ ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គ្រួសារក្នុងការការពារ និងថែទាំកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ

ការពិភាក្សាអំពីរបកគំហើញ ចន្លោះប្រហោង និង ឱកាស

ការពង្រឹងគ្រួសារទាមទារឱ្យមានប្រព័ន្ធការពារសង្គម : បញ្ហាដ៏សំខាន់ដែលកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះនៅកម្ពុជា កំពុងប្រឈមមុខគឺ ភាពក្រីក្រ។ មានប្រព័ន្ធការពារសង្គមជាច្រើនដែលកំពុងប្រតិបត្តិការ : ឧទាហរណ៍ មូលនិធិសមធមិសុខាភិបាល និងប្រព័ន្ធផ្ទេរប្រាក់ឱ្យកុមារីបានចូលរៀន ដែលបានលើកឡើងខាងលើ ។ ប្រព័ន្ធផ្ទេរប្រាក់ផ្នែកសង្គម គឺជាតំរូវការចាំបាច់សំរាប់គ្រួសារ នៅពេលដែលអ្នកថែទាំកុមារ ពុំអាចបង្កើតប្រាក់ចំណូលបានដោយសារវ័យចាស់ជរា ជំងឺ ឬពិការភាព ការទទួលខុសត្រូវថែទាំកុមាររបស់ពួកគេ ឬដោយសារអនុបាតនៃការពឹងផ្អែកលើអ្នកដទៃមានកំរិតខ្ពស់។ការគាំទ្រដែលផ្តល់ដល់អ្នកថែទាំដោយផ្ទាល់ អាចផ្តល់ការថែទាំជំនួសពិតប្រាកដសំរាប់ការថែទាំតាមមណ្ឌលដល់កុមារដែលក្រីក្របំផុត លើកកំពស់វត្តមានសិក្សានៅសាលារៀន និងកាត់បន្ថយពេលវេលាធ្វើការរបស់កុមារ។

គំរោងបង្កើតប្រាក់ចំណូលត្រូវតែអនុវត្តផ្អែកលើគោលការណ៍មុខជំនួញត្រឹមត្រូវ : NGOs បាននិងកំពុងផ្តល់ការគាំទ្រដល់ OVC និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដើម្បីអាចទទួលបាននូវសន្តិសុខលើផ្នែកមុខរបរ កម្មវិធីបង្កើតប្រាក់ចំណូល និងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ។ កម្មវិធីមួយចំនួនដូចជា កម្មវិធីផ្តួចផ្តើមគំនិតមុខជំនួញថ្នាក់សហគមន៍ និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយភាពក្រីក្ររបស់អង្គការ Oxfam អាមេរិក បានចង្អុលបង្ហាញអំពីឆន្ទៈក្នុងការសហការជាមួយអង្គការដែលគាំទ្រ OVC ដើម្បីពង្រីក និងផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេស បង្កើតតូបលក់តវ៉ាន់កំប៉ិកកំប៉ុក ផ្តល់ឥណទានខ្នាតតូច ឬជួយឱ្យប្រជាជននាំយកផលិតផល ឬជំនាញរបស់ពួកគេទៅកាន់ទីផ្សារ។ សហគ្រាសខ្នាតតូច និងមធ្យម ដូចជា ហាងកាហ្វេ ផ្ទះសំណាក់ខ្នាតតូច និងហាងសិប្បកម្ម កំពុងផ្តល់ការងារ និងការសាកល្បងអនុវត្តការងារ ដែលធ្វើឱ្យប្រជាជនអាចធានាសន្តិសុខការងារ នៅក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ចដែលកំពុងរីកចំរើនយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ អង្គការដែលកំពុងដំណើរការកម្មវិធីទាំងនេះ ជានិច្ចកាលមិនមែនអាចទទួលបានព័ត៌មានដែលអាចជួយកំណត់គោលដៅកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ឬជំនាញក្នុងការធានាថា គំរោងបង្កើតប្រាក់ចំណូលកំពុងប្រតិបត្តិដោយផ្អែកលើគោលការណ៍មុខជំនួញដ៏ត្រឹមត្រូវឡើយ។ វិស័យដែលឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហា OVC និង HIV&AIDS អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីទំនាក់ទំនងដ៏ជិតស្និតជាមួយធនាគារពិភពលោក និងដៃគូរបស់ពួកគេ ព្រមទាំងទីភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសដទៃទៀត ដែលមានបទពិសោធន៍ច្រើនក្នុងការផ្តល់ជំនួយដល់អង្គការអាជីវកម្មសហគមន៍ សន្តិសុខមុខរបរ និងដំណើរការសហគ្រាសខ្នាតតូច និងមធ្យម ដើម្បីឱ្យទទួលបានផលចំណេញ។

កុមារត្រូវការសន្តិសុខស្បៀង : ការឆ្លើយតបរយៈពេលយូរ និងប្រកបដោយនិរន្តរភាព ដើម្បីបង្កើនតំរូវការផ្នែកសន្តិសុខស្បៀង ឱ្យមានលក្ខណៈស្របគ្នាទៅនឹងយុទ្ធសាស្ត្រផ្នែកលើភស្តុតាង ដូចជា ផែនការអាហារូបត្ថម្ភជាតិ និងយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីការរស់រានរបស់កុមារ។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះ ដោះស្រាយបញ្ហាការបញ្ចុកចំណីអាហារទារក ការបង្កើនផលិតភាពអាហារ ការអប់រំ និងការធ្វើឱ្យបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភបានសមស្របទៅតាមអាយុសំរាប់កុមារដែលមានបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ។

កុមារទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការអប់រំជំនាញដែលបង្កើតឱ្យមានភាពរឹងមាំ : កុមារដែលរស់នៅក្រោមសម្ពាធគ្រួសារណាមួយនិងកុមារដែលពុំមានការគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ពីមនុស្សពេញវ័យ ប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ចំពោះការមិនអាចអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពរបស់ពួកគេ ដើម្បីចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផ្ទាល់ខ្លួន ធូរស្បើយពីបញ្ហាវិបត្តិផ្លូវចិត្ត បង្ការមេរោគអេដស៍ និងជៀសវាងពីការកេងប្រវ័ញ្ចបាន។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី មានកម្មវិធីអប់រំអំពីបំនិនជីវិតនៅតាមសាលារៀន ដែលកំពុងប្រតិបត្តិ ក្រោមភាពជាដៃគូជាមួយ MOEYS នៅក្នុងខេត្តចំនួន១៤ ដែលអភិវឌ្ឍជំនាញទាំងនេះដល់យុវជន។ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាច្រើនក៏ផ្តល់នូវកម្មវិធីខ្នាតតូច ឬបំនិនជីវិតសំរាប់កុមារដែលមានតំរូវការពិសេស ដូចជាកុមារដែលសេព្វគ្រឿងញៀនជាដើម។

គ្រួសារត្រូវការការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គម : អង្គការជាច្រើនផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គមជាច្រើនប្រភេទដែលអាចជួយដល់គ្រួសារឱ្យការពារ និងថែទាំកូនរបស់ពួកគេ។ ការគាំទ្រសង្គម តែងមានប្រភពពីក្រុមជួយខ្លួនឯងនៅថ្នាក់ភូមិ ឬឃុំ ដែលគាំទ្រដោយក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការសាសនា។ សេវាទាំងនេះ កំពុងផ្តល់ការគាំទ្រដែលស៊ីសង្វាក់គ្នា ទាន់ពេលវេលា និងសមស្រប និងកំពុងកសាងមូលធនសង្គម និងកាត់បន្ថយការរើសអើង និងការមាក់ងាយ។

សកម្មភាពខុសៗគ្នាជាច្រើនផ្តោតគោលដៅទៅលើតំរូវការរបស់ប្រជាជនមូលដ្ឋាន។ ការវិភាគដោយធ្វើការប្រៀបធៀបមួយ សំរាប់តំបន់ដែលអង្គការមួយចំនួនមានឆន្ទៈក្នុងការបើកចំហកម្មវិធីរបស់ពួកគេ ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យពីខាងក្រៅ ដែលមានបំណងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដល់សមិទ្ធិផលសំរាប់គ្រួសារ និង OVC នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនអំពីគំរូនៃការអនុវត្តន៍ល្អ។

អង្គការដែលធ្វើការជាមួយ OVC មានកាតព្វកិច្ចមិនបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ : អង្គការភាគច្រើន ដែលធ្វើការជាមួយកុមារ ពុំបានបង្កើត ឬមានគោលនយោបាយត្រួតពិនិត្យបុគ្គលិក ដើម្បីការពារកុមារពីគ្រោះថ្នាក់ឡើយ។ អង្គការទស្សនៈពិភពលោកកម្ពុជា SCA និងអង្គការ Child Wise បានអភិវឌ្ឍធនធាន ដើម្បីធានាថាការឆ្លើយតបរបស់អង្គការទៅនឹងតំរូវការរបស់ OVC រួមមាន សុវត្ថិភាពកុមារ និងគោលនយោបាយការពារកុមារសំរាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងអង្គការ ដោយដាក់ចេញនូវបទដ្ឋានសំរាប់ទីភ្នាក់ងារដែលធ្វើការ ដោយផ្ទាល់ជាមួយកុមារ។ ត្រូវការឱ្យមានការងារបន្ថែមទៀតនៅក្នុងវិស័យនេះ ដើម្បីពង្រីកចំនួនអង្គការ និងបុគ្គលិកសង្គមឱ្យពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារកាន់តែច្រើនឡើង។

ការជួយសង្គ្រោះជីវិតឪពុកម្តាយអាចជួយការពារកុមារបាន : កម្ពុជាបានកំណត់គោលដៅសំរាប់លទ្ធភាពទទួលបានជាសកលលើការព្យាបាល និងការថែទាំសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ បច្ចុប្បន្ន មនុស្សពេញវ័យជាង៨០% ដែលត្រូវការសេវានេះ ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា កំពុងទទួលបានការព្យាបាល ការថែទាំតាមផ្ទះ និងការគាំទ្រ។ ការជួយសង្គ្រោះជីវិតឪពុកម្តាយ និងអ្នកថែទាំបឋមដទៃទៀត ដូចជាជីដូនជីតា អាចជួយការពារកុមារបាន។ កុមារដែលមានឪពុក និងម្តាយរស់នៅជាមួយ មានកំរិតចូលរួមការអប់រំសិក្សាខ្ពស់ ហើយជាទូទៅត្រូវការការគាំទ្រតិចជាងកុមារកំព្រា។

ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាពស្ត្រីអាចជួយការពារកុមារបាន : សេវាសុខភាពស្ត្រី ដូចជា សេវាសុវត្ថិភាពមាតុភាព និងសេវាពន្យារកំណើត នៅមានកំរិតនៅឡើយ និងពុំទាន់ទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ដែលចាំបាច់ដើម្បីឱ្យមានផលប៉ះពាល់ដ៏គួរឱ្យកត់សំគាល់ទៅលើអត្រាមរណៈមាតា និងទារកនៅឡើយ។ សំរាប់តំបន់ដែលសេវាទាំងនេះដំណើរការបានល្អ វាបានដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងពន្យារអាយុជីវិតរបស់ម្តាយ។

ការផ្តល់ប្រឹក្សាប្រកបដោយគុណភាព និងការបណ្តុះបណ្តាលការងារសង្គមកិច្ច : ការផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវអារម្មណ៍ គឺជាសមាសធាតុជាគន្លឹះមួយនៃកម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះសំរាប់ PLHA ហើយវាក៏ជាជំនាញដែលអ្នកធ្វើការជាមួយ OVC ត្រូវការជាចាំបាច់ផងដែរ។ MOSVY ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពី មូលដ្ឋានគ្រឹះនៃការងារសង្គមកិច្ច និងការផ្តល់ប្រឹក្សា ដល់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចថ្នាក់ស្រុក។ NCHADS ក្រោមកិច្ចសហការជាមួយកម្មវិធីជាតិសុខភាពផ្លូវចិត្ត បានរៀបចំមេរៀនបណ្តុះបណ្តាលសំរាប់ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ។ ការបណ្តុះបណ្តាលដែលមានគុណភាពស្តីពីមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃការងារសង្គមកិច្ច និងការផ្តល់ប្រឹក្សា សំរាប់បុគ្គលិកដែលធ្វើការជាមួយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអង្គការសេវាសង្គមកម្ពុជា និង TPO (សំរាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សា)។ បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ចំនួននៃផ្នែកនៃការបណ្តុះបណ្តាល ត្រូវការពង្រីកឱ្យបានច្រើនបន្ថែមទៀតនៅតាមកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលទាំងអស់ ដើម្បីធានាឱ្យមានការគ្រប់ដណ្តប់ល្អ និងការពារសុវត្ថិភាពកុមារ។

អភិវឌ្ឍន៍ទំនាក់ទំនងចាំបាច់ដើម្បីពង្រឹងគ្រួសារ : NOVCTF អាចដើរតួនាទីដឹកនាំ ក្នុងការកសាងទំនាក់ទំនងរវាងការងាររបស់ក្រសួងផែនការ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលកំពុងគាំទ្រជនក្រីក្រ មូលនិធិអភិវឌ្ឍន៍តំបន់ទន្លេមេគង្គ និងធនាគារពិភពលោក ឱ្យបង្កើនកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀត ទាក់ទងទៅនឹងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការឆ្លើយតបប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពចំពោះ OVC ដែលមានអាយុច្រើន និងអ្នកថែទាំ។

អនុសាសន៍ :

១. បង្កើនសមត្ថភាពសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ ដោយពង្រីកការគ្រប់ដណ្តប់នៃកម្មវិធីបង្កើតប្រាក់ចំណូល និងមុខរបរប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព និងដោយបង្កើនសន្តិសុខស្បៀង ផលិតភាពកសិកម្ម និងធានាថា គំរោងបង្កើតប្រាក់ចំណូល ត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្អែកទៅលើគោលការណ៍ជំនួញដ៏ត្រឹមត្រូវ ដែលប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាសមស្រប។

២. ពង្រឹង និងពង្រីកសេវាគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គមដែលផ្តោតជាសំខាន់លើកុមារនៅថ្នាក់ភូមិ ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការរបស់ OVC។

៣. ការលើកកំពស់ការចុះបញ្ជីកំណើត ការរៀបចំផែនការសន្តតិកម្ម ការការពារមរតក គួរបង្កើតឱ្យមាននូវសមាសភាពស្នូលនៃកម្មវិធីគាំទ្រផ្លូវចិត្តសង្គមទាំងអស់។

៤. បង្កើនកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការពន្យារអាយុជីវិតឪពុកម្តាយ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយផ្តល់ឱ្យគ្រួសារនូវមធ្យោបាយដើម្បីទទួលបានការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាល ព្រមទាំងការគាំទ្រពេញទំហឹងពីសង្គម ។

៥. ពង្រីកការអប់រំអំពីបំនិនជីវិត ដើម្បីបង្ការ និងកសាងភាពរឹងមាំក្នុងចំណោមកុមារ និងយុវជន ។

៦. ពង្រីកការទទួលបាននូវការបណ្តុះបណ្តុះបណ្តាលលើជំនាញមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃការងារសង្គម និងការផ្តល់ប្រឹក្សា ដែលសង្កត់ធ្ងន់លើវិធីសាស្ត្រដែលផ្តោតជាសំខាន់លើកុមារ និងធ្វើការជាមួយថាមភាពកុមារ ។ ភ្ជាប់ការបណ្តុះបណ្តាលទៅនឹងការវាយតំលៃសមត្ថភាព និងការបន្តត្រួតពិនិត្យ និងគាំទ្រ ។

៥.៣ កៀរគរ និងគាំទ្រការឆ្លើយតបរបស់សហគមន៍ចំពោះការថែទាំ ការពារ និងគាំទ្រកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ

របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស

សហគមន៍អាចផ្តល់ការគាំទ្រទាន់ពេលវេលា ស្របទៅនឹងតំរូវការ និងមានប្រសិទ្ធិភាព ព្រមទាំងចំណាយតិចបំផុត : គ្រួសារតែងសង្កត់ធ្ងន់លើករិតមួយចំនួន ដែលត្រូវការឱ្យមានការឆ្លើយតប ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងមូល និងធ្វើឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរជាក់ស្តែង និងគួរឱ្យកត់សំគាល់។ មេដឹកនាំក្នុងមូលដ្ឋាន អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អង្គការនៅតាមសហគមន៍ និងអង្គការសាសនា ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រដល់ OVC និងកុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍។ អង្គការទាំងនោះ បានកៀរគរឱ្យមានការគាំទ្រទាន់ពេលវេលា និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពពីសហគមន៍។ ការគាំទ្របែបនេះ ត្រូវការប្រើប្រាស់ចំណេះដឹង ជំនាញ និងធនធានរបស់ប្រជាជនក្នុងមូលដ្ឋាន និងធនធានបរិស្ថាន។ ក្រុមជួយខ្លួនឯងនៅថ្នាក់ភូមិ បានបង្ហាញភស្តុតាងអំពីនិរន្តរភាព និងប្រសិទ្ធភាពរបស់ពួកគេ។ ការកៀរគរធនធានក្នុងសហគមន៍នេះ បានកសាងឱ្យមានមូលធនសង្គម និងចងក្រងបណ្តាញប្រជាជន និងបង្កើតផលប្រយោជន៍យូរអង្វែង និងប្រកបដោយនិរន្តរភាព។

ព្រះសង្ឃដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការកៀរគរធនធានក្នុងសហគមន៍ និងកាត់បន្ថយការមាក់ងាយ : យើងមិនអាចធ្វើការប៉ាន់ស្មានទាបពេកទៅលើតួនាទីរបស់ព្រះសង្ឃ ក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ OVC និងកៀរគរការគាំទ្រពីសហគមន៍ឡើយ។ ព្រះសង្ឃក៏ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយការរើសអើង និងការមាក់ងាយ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង និងកម្មវិធីរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដូចជាកម្មវិធីការផ្តួចផ្តើមគំនិតថ្នាក់ដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា បាននិងកំពុងមានភាពជោគជ័យក្នុងការចលនាព្រះសង្ឃ ឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹង OVC។ ការចុះសួរសុខទុក្ខតាមផ្ទះ និងភាពអាណិតអាសូររបស់ព្រះសង្ឃ បង្កើតនូវបរិស្ថានមួយ ដែលប្រជាជនអាចនិយាយកាន់តែចំហអំពីផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ទៅលើសហគមន៍របស់ពួកគេ។

ការចូលរួមពីអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់កម្មវិធីរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល : កិច្ចសហការរវាង អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាច្រើន និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន នៅមានករិតនៅឡើយ ជាពិសេសកិច្ចសហការពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់។ ប្រសិនបើពុំមានការចូលរួមពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ នឹងមានការពិបាកក្នុងការធានាឱ្យមាននូវនិរន្តរភាព និងភាពជាម្ចាស់។ ផែនការអភិវឌ្ឍន៍ឃុំ/សង្កាត់ ជាញឹកញាប់ពុំឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍របស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការពង្រឹងការគាំទ្រសង្គមឡើយ។

ទាមទារឱ្យមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀត ក្នុងការធ្វើការជាមួយ និង ទាក់ទាញការចូលរួមពីក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ ជាពិសេស គណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ជនបទខេត្ត (PRDC) និងគណៈកម្មាធិការកិច្ចការនារី និងកុមារ ក្នុងការអនុវត្តន៍សកម្មភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹង OVC ។ ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ត្រូវតែជួបជាមួយស្ថាប័នអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលនៅពាក់កណ្តាលអណត្តិនៃការងារ ដើម្បីខិតខំបង្កើនកិច្ចសហការ ។

អង្គការដែលធ្វើការលើដំណើរការវិមជ្ឈការ និងដែលធ្វើការជាមួយក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ បានរកឃើញថា កម្មវិធីរបស់ពួកគេ ប្រព្រឹត្តទៅកាន់តែរលូន។ ពួកគេផ្តល់នូវគំរូមួយក្នុងការរំសាយមេដឹកនាំក្នុងមូលដ្ឋាន និងបង្កើនការវិនិយោគរបស់ឃុំ/សង្កាត់ ទៅលើកុមារ ។

ការឆ្លើយតបក្នុងមូលដ្ឋានទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការរួមចំណែកក្នុងការងារ OVC និង PLHA : ជំនួសឱ្យការដែល ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកទទួលផលអសកម្ម OVC អ្នកថែទាំរបស់ពួកគេ និង ទីភ្នាក់ងារគាំទ្រទាំងអស់ អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការធ្វើការរួមគ្នា ក្នុងកំឡុងពេលរៀបចំផែនការកម្មវិធី ការអភិវឌ្ឍន៍ ការអនុវត្តន៍ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃផែនការ។ អ្នកថែទាំ OVC អាចទទួលបាននូវតំណែងតួនាទីជាច្រើននៅតាមអង្គការ ដែលគាត់អាចទទួលបានបទពិសោធន៍ពីតំណែងតួនាទីទាំងនោះ ហើយកត្តានេះបង្ហាញឱ្យឃើញថា ពួកគាត់អាចទទួលបានប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី ក្នុងបែបផែនជាច្រើនខុសៗគ្នា។

OVC *ភាគច្រើនកំពុងត្រូវបានថែទាំនៅក្នុងសហគមន៍* : គេប៉ាន់ប្រមាណថាមានកុមារកំព្រាចំនួន ៥៧០០០០នាក់ ដែលក្នុងនោះ ៦៦០០០នាក់ ជាកុមារកំព្រាទាំងឪពុកទាំងម្តាយ ហើយកុមារតិចជាង ១០០០០ នាក់ កំពុងរស់នៅក្រោមការថែទាំតាមផ្ទះ។ កត្តានេះបង្ហាញឱ្យឃើញថា មណ្ឌលកុមារកំព្រា និងមណ្ឌលដទៃទៀត គឺជាជំរើសទីកន្លែង រស់នៅចុងក្រោយរបស់កុមារ ដែលនេះស្របទៅនឹងគោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលស្តីពីការថែទាំជំនួសសំរាប់កុមារ។ បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការថែទាំតាមផ្ទះមានការគ្របដណ្តប់ទៅលើកម្មវិធីថែទាំជំនួសសំរាប់កុមារ និងការថែទាំតាមសហគមន៍ ជាពិសេសប្រជាជនជាច្រើននៅតែមានទស្សនៈសង្ស័យចំពោះការថែទាំដោយ ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម និងការសុំកូនក្នុងប្រទេស។ ការថែទាំតាមសហគមន៍ ផ្តល់ឱកាសដល់កុមារឱ្យបន្តរស់នៅក្នុងបរិស្ថានគ្រួសារ ។កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីបង្កើនការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើជំរើសការថែទាំតាមសហគមន៍ ត្រូវតែសហការជាមួយកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងបទបញ្ជានៃរាល់ជំរើសនៃការថែទាំជំនួស។

អនុសាសន៍ :

១. បង្កើនភាពជាម្ចាស់នៅក្នុងមូលដ្ឋាន ប្រសិទ្ធិភាព និង និរន្តរភាពនៃកម្មវិធីតាមសហគមន៍សំរាប់ OVC ដោយភ្ជាប់មេដឹកនាំនៅក្នុងឃុំ និង OVC ទៅក្នុងការឆ្លើយតបចំពោះសេចក្តីត្រូវការភ្លាមៗរបស់ OVC

២. ពង្រីកកម្មវិធីទាំងឡាយណាដែលជំរុញឱ្យសមាជិកសហគមន៍និយាយដោយចំហ ត្រឹមត្រូវ និង ដោយពុំមានការរើសអើងអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ និងរបេង និង គាំទ្រព្រះសង្ឃឱ្យ បង្កើនការយល់ដឹងរបស់ព្រះអង្គអំពីបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនានា ចុះមើលតាមផ្ទះ សំរបសំរួលក្រុមជួយខ្លួនឯងក្នុងមូលដ្ឋាន និង ធ្វើការតស៊ូមតិប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពសំរាប់ OVC ។

៣. បង្កើនកំរិតគ្របដណ្តប់នៃកម្មវិធីថ្នាក់ឃុំ ដែលចលនាសមាជិកសហគមន៍ ឱ្យផ្តល់ការគាំទ្រដែលប្រកបទៅដោយប្រសិទ្ធិភាព ទាន់ពេលវេលា និង ប្រកបទៅដោយក្តីអាណិតអាសូរ ចំពោះ OVC និង គ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ។

៥.៤ ធានា (កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ) ឱ្យទទួលបាននូវសេវាសំខាន់ៗ

របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស

ការគ្របដណ្តប់នៃសេវាសំខាន់ៗមានការកើនឡើងក្រោមកម្មវិធីជាតិ : សេវា និង ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសំខាន់ៗជាច្រើន ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ។ សេវាទាំងឡាយណាដែលពុំទាន់ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីជាតិណាមួយនៅឡើយនោះ ក៏អាចផ្តល់ជំនួយគ្រោះអាសន្នដែលប្រជាជនត្រូវការចាំបាច់បានដែរ ប៉ុន្តែប្រសិនបើសេវាទាំងនោះមិនបានរួមចំណែកក្នុងការកសាងការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិទេនោះ សេវាទាំងនោះទំនងជាមិនមាននិរន្តរភាពឡើយ នៅពេលដែលការឧបត្ថម្ភពីម្ចាស់ជំនួយត្រូវបញ្ចប់ ។

NGOs និង FBOs កំពុងអភិវឌ្ឍន៍សេវាដែលសមស្រប និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ប៉ុន្តែអ្វីដែលជាឧបសគ្គនោះគឺ ការដែលត្រូវធានាថា សេវាទាំងនោះត្រូវបានភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នា និងត្រូវបានពង្រីកព្រមទាំងមានសក្តានុពលក្នុងការដែលអាចជាត្រូវបាន រៀបចំឡើងវិញជាថ្មី ឬកែសំរួលដើម្បីដាក់ទៅក្នុងកម្មវិធីជាតិ ដែល ប្រកបទៅដោយនិរន្តរភាព ។

បណ្តាញសេវាសំខាន់ៗប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពមួយ ទាមទារឱ្យមានសមាសភាគមូលដ្ឋានមួយចំនួន : ការទទួលបាននូវសេវាសំខាន់ៗ ទាមទារឱ្យមានចំណុចចាប់ផ្តើមច្បាស់លាស់ របកគំហើញទៅលើករណីជំរើស នៅក្នុងការបញ្ជូន និងមានសេវាគ្របដណ្តប់ដែលប្រកបដោយគុណភាពគ្រប់គ្រាន់។ ក្របខណ្ឌទូទៅសំរាប់ការវាយតំលៃ និងគ្រប់គ្រងករណី ជួយឱ្យមានការធានាលើភាពស្របគ្នា និងគុណភាពសេវា។ សេវាមានប្រសិទ្ធភាព និងប្រកបដោយសក្តានុពលបំផុត នៅពេលដែលការសំរេចចិត្តត្រូវបានគាំទ្រដោយការត្រួតពិនិត្យ និងការវាយតំលៃជាទៀតទាត់ និងតឹងរឹង។ ការវាយតំលៃ ជួយដល់ការសំរេចចិត្ត និងអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកែសំរួលទៅលើប្រតិបត្តិការនាពេលបច្ចុប្បន្ន និង ការរៀបចំកម្មវិធីនៅពេលអនាគត។ ត្រូវការឱ្យមាននូវសេវាជាច្រើនប្រភេទដែលភ្ជាប់ទៅនឹងបណ្តាញបញ្ជូនដែលមានលក្ខណៈសកម្ម ដើម្បីធានាថាកុមារបានទទួល ការឆ្លើយតបដែលស្របទៅនឹងតំរូវការដែលពួកគេចង់បាន។

ត្រូវការឱ្យមានការគាំទ្របន្ថែម ដើម្បីបង្កើនអត្រាចូលរៀន និងវត្តមានសិក្សា : អន្តរាគមន៏ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាច្រើន ដែលគាំទ្រការទទួលបាននូវការអប់រំ ត្រូវបានកត់សំគាល់ ដែលក្នុងនោះរួមមាន កម្មវិធីសមាហរណកម្មកុមារទៅក្នុងការអប់រំក្នុងប្រព័ន្ធ ការគាំទ្រផ្នែកសំភារៈ សៀវភៅ និងឯកសណ្ឋាន សិស្ស ព្រមទាំងកម្មវិធីចរចា និងតស៊ូមតិ នៅតាមកន្លែងដែលមានបញ្ហា បង់ថ្លៃឈ្នួលសិក្សាក្រៅផ្លូវការ ការគំរាមយកប្រាក់ ឬការរើសអើង។ អន្តរាគមន៏ដើម្បីគាំទ្រកុមារី និង OVC ឱ្យទទួលបានការអប់រំ កំពុងមានឥទ្ធិពលវិជ្ជមានដោយអត្រាចូលរួមសិក្សានៅតាមសាលារៀនមានការកើនឡើង។ បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី អត្រានៃការឡើងថ្នាក់នៅមានកំរិតនៅឡើយ ជាពិសេសសំរាប់កុមារកំព្រា និងកុមារដែលប៉ះពាល់ ដោយមេរោគអេដស៍។ កិច្ចប្រឹងប្រែងក្នុងការគាំទ្រសាលារៀន ត្រូវផ្តោលគោលដៅលើក្រុមកុមារទាំងនេះ និងពង្រីកបន្ថែមទៀត។

ការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន : ការកាត់បន្ថយការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន គឺជាឧបសគ្គចម្បងមួយសំរាប់កម្ពុជា ដោយប្រមាណមួយភាគបីនៃករណីឆ្លងថ្មីសរុប បង្កឡើងដោយការចម្លងពីម្តាយទៅកូន។ ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍នៅតែមានកំរិតខ្ពស់ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មុនពេលសំរាល ក្នុងខេត្តមួយចំនួនដូចជា សៀមរាប ក្រុងព្រះសីហនុ កោះកុង កំពង់ស្ពឺ កំពង់ចាម និង ក្រុងប៉ៃលិន។ ការពន្យារកំណើត គឺជាសមាសភាគស្នូលនៃសេវា PMTCT នៅក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ទាប ប៉ុន្តែនៅកម្ពុជា ចំនួនសេវាពន្យារកំណើតនៅមានកំរិត ហើយតំរូវការនៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត ដែលមិនទាន់ទទួលបានក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលរៀបការរួច នៅមានកំរិតខ្ពស់នៅឡើយ បើទោះបីជាវិស័យនេះទើបមានការកើនឡើង ក្នុងពេលថ្មីៗនេះក៏ដោយ។

ត្រូវការឱ្យមានបទដ្ឋានអប្បបរមាសំរាប់គ្រប់ទំរង់នៃការថែទាំជំនួស : បទដ្ឋានអប្បបរមាសំរាប់ការថែទាំជំនួស នៅតាមសហគមន៍ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុម័តដោយ MoSVY ក្នុងខែមិនា ឆាំ២០០៨។ ដំណើរការនេះត្រូវបាន ដឹកនាំដោយ MoSVY ដោយមានការចូលរួមពី NGOs ដែលអនុវត្តកម្មវិធីថែទាំតាមសហគមន៍។ សំរាប់ការផ្សព្វផ្សាយ ទាមទារឱ្យសិក្សាមេរៀនពីការផ្សព្វផ្សាយ អំពីបទដ្ឋានអប្បបរមានៃការថែទាំតាមផ្ទះ ដែលរហូតមកដល់ពេលនេះនៅពុំទាន់មានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់នៅឡើយ។ ការផ្សព្វផ្សាយអំពីបទដ្ឋានអប្បបរមាទាំងនេះ ពុំទាន់ត្រូវបានហែរហមដោយការណែនាំ ឬ ដំបូន្មានអំពីវិធីសាស្ត្រដើម្បីសំរេចឱ្យបានជោគជ័យនៅឡើយទេ។ សមត្ថភាពរបស់មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យតាមដានមកពី MoSVY ក្នុងការផ្តល់ដំបូន្មានស្ថាបនា ដល់អ្នកថែទាំកុមារតាមផ្ទះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃការថែទាំរបស់ពួកគេ នៅមានកំរិតនៅឡើយ។ បញ្ហានេះទំនងជា ស្តែងឱ្យឃើញកាន់តែច្បាស់ នៅពេលដែលពួកគេធ្វើការត្រួតពិនិត្យទៅលើ ការថែទាំជំនួសនៅក្នុងសហគមន៍ ដែលនៅក្នុងការថែទាំបែបនេះ មន្ត្រី MoSVY មានបទពិសោធន៍តិចជាង ការថែទាំតាមផ្ទះ។

ទិន្នន័យជាតិស្តីពីការថែទាំជំនួសពុំទាន់មាននៅឡើយ : ការថែទាំជំនួសគឺជាសេវាមួយដ៏សំខាន់ សំរាប់កុមារជាច្រើន ដែលរស់នៅតាមចិញ្ចើមថ្នល់ ឬ កំពុងរស់នៅក្នុងស្ថានភាពត្រូវគេបំពាន ឬ កេងប្រវ័ញ្ច។ មានទំរង់នៃការថែទាំជំនួសជាច្រើនសំរាប់ OVC ប៉ុន្តែបើទោះជាដូច្នេះក៏ដោយ ពុំមានទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិណាមួយដែលបញ្ជាក់អំពីចំនួនកុមារដែលស្ថិតនៅក្នុងប្រភេទនៃការថែទាំនីមួយៗឡើយ។ ដោយសារភាពបន្ទាន់ គេត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងបានជាព័ត៌មានសំរាប់ការរៀបចំផែនការ និងការធ្វើការសំរេចចិត្ត។

កុមារអនាថាត្រូវការកិច្ចគាំទ្របន្ថែមទៀត : ត្រូវការឱ្យមានការធ្វើសមាហរណកម្មកុមារអនាថាឱ្យទៅរស់នៅក្នុងសង្គមរបស់ពួកគេវិញ ក៏ដូចជាកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការបង្ការ ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនកុមារ ដែលមករស់នៅតាមចិញ្ចើមថ្នល់ នៅក្នុងតំបន់ដែលមានបណ្តុញកុមារអនាថាត្រូវបានបង្កើត ឬកំពុងរីកលូតលាស់។ តំបន់ទាំងនោះ រាប់បញ្ចូល ទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តសៀមរាប ក្រុងព្រះសីហនុ និង ខេត្តបាត់ដំបង។ សេវារួមមានការចុះអប់រំផ្ទាល់ ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ការដាក់កុមារទៅក្នុងការថែទាំជំនួស ការធ្វើសមាហរណកម្មទៅក្នុងការអប់រំ ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ការការពារកុមារ ការដាក់កុមារទៅក្នុងការងារសមស្រប និងការធ្វើសមាហរណកម្ម គ្រួសារ អាស្រ័យទៅតាមអនុសញ្ញាស្តីពីសិទ្ធិកុមារ ត្រូវការឱ្យមានការពង្រីកបន្ថែម។ សេវាសំរាប់កុមារអនាថា ក៏គួរត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការចរចារអំពីការរៀបចំផែនការផងដែរ នៅពេលដែលគ្រួសារ ត្រូវបានបណ្តេញចេញពីផ្ទះទាំងអស់គ្នា។

ជំនួយស្បៀងអាហារដោយផ្ទាល់មានសារៈសំខាន់ : កិច្ចសហការរវាងអង្គការ KHANA កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក និង NCHADS បានផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃស្បៀងអាហារដោយផ្ទាល់ ចំពោះគ្រួសារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ ដែលពុំមានលទ្ធភាពបង្កលក្ខណៈដើម្បីទទួលបាននូវ ប្រាក់ចំណូល ឬ អាហារគ្រប់គ្រាន់។ កម្មវិធីផ្តល់អាហារនៅតាមសាលា និង ជំនួយអាហារដោយផ្ទាល់សំរាប់ OVC តាមរយៈវត្តអារាម និង ក្រុមជួយខ្លួនឯង ក៏បានបង្កើនសន្តិសុខស្បៀងអាហារសំរាប់ OVC ផងដែរ។ អនុសាសន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនឱ្យពង្រីកកម្មវិធីគាំទ្រអាហារបន្ទាន់ ដើម្បីចែកចាយតាមរយៈ ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ក្រុមជួយខ្លួនឯង និង ក្លឹបកុមារ អាស្រ័យដោយ អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់កុមារ និងគ្រួសារ ដែលបានបង្ហាញឱ្យឃើញយ៉ាងច្បាស់លាស់។ បើទោះជាយ៉ាងនេះក្តី នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន ការគាំទ្រចំពោះយុទ្ធសាស្រ្តដែលប្រកបទៅដោយនិរន្តរភាព ដើម្បីបង្កើនសន្តិសុខស្បៀងអាហារគ្រួសារ ត្រូវបានគេលើកទឹកចិត្តច្រើនជាង។

អនុសាសន៍ :

១. កំណត់និយមន័យកញ្ចប់អប្បបរមា សំរាប់សេវាសំខាន់ៗ ដើម្បីឱ្យការឆ្លើយតបរបស់សេវា មានលក្ខណៈប្រកបទៅដោយបទដ្ឋាន និង អាចធ្វើការប្រៀបធៀបរវាងស្ថាប័នដទៃទៀត។

២. NOVCTF គួរត្រូវបានភ្ជាប់ទៅនឹង ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសន្តិសុខស្បៀងអាហារ និង អាហារូបត្ថម្ភ និង ក្រុមការងារប្រឆាំងការជួញដូររបស់ក្រសួងកិច្ចការនារី (MOWA) ដើម្បីសំរបសំរួលកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង។

៣. ការអនុវត្តន៏កម្មវិធី ដែលដោះស្រាយបញ្ហាសន្តិសុខស្បៀង គួរមានលក្ខណៈស្របគ្នាទៅនឹង យុទ្ធសាស្រ្តអាហារូបត្ថម្ភជាតិ ដែលរាប់បញ្ចូល អន្តរាគមន៍ដែលសមស្របទៅតាមវ័យរបស់កុមារ។ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន កម្មវិធីគួរភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកឯកទេសផ្នែកសន្តិសុខស្បៀង និង កសិកម្ម។

៤. អាទិភាពសំរាប់ការថែទាំជំនួស រួមមាន ការអនុវត្តន៏គោលនយោបាយស្តីពី ការថែទាំជំនួសសំរាប់កុមារ ការត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តន៏ទៅតាមបទដ្ឋានអប្បបរមា ការពង្រីកបទដ្ឋានអប្បបរមាទៅដល់កម្មវិធីថែទាំតាមសហគមន៍ ការបង្កើត និងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យជាតិ សំរាប់ការថែទាំដោយសហគមន៍ និងគ្រួសារ ការពង្រឹងគណៈកម្មាធិការសំរបសំរួលការថែទាំជំនួស ការលើកកំពស់ការថែទាំតាមសហគមន៍ និង ការរៀបចំផែនការអចិន្រ្តៃយ៍សំរាប់កុមារដែលស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំតាមផ្ទះ។

៥. ការគាំទ្រ OVC ឱ្យទទួលបានការអប់រំ គួរសង្កត់ធ្ងន់ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំបន្ទាប់ លើការបង្កើនការចុះឈ្មោះសិក្សានៅតាមសាលារៀន កាត់បន្ថយភាពរាំខានការសិក្សា និង ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវវត្តមានសិក្សារបស់ OVC ដែលរាប់បញ្ចូល កុមារកំព្រា កុមារដែលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និង កុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ទាមទារឱ្យមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀត ដើម្បីគាំទ្រការចូលរួមទទួលការអប់រំរបស់កុមារី ។ គំរូខ្នាតតូចដែលទទួលបានជោគជ័យមួយចំនួន រួមមាន ការបង្កើតនូវមណ្ឌលថែទាំកុមារនៅក្នុងបរិវេណសាលារៀន ដើម្បីសំរាលការទទួលខុសត្រូវរបស់កុមារីដែលមានវ័យច្រើន ទៅលើការថែទាំកុមារ ដោយការទទួលខុសត្រូវបែបនេះធ្វើឱ្យរាំងស្ទះដល់ពួកគេមិនអាចទៅសាលារៀន និង គំរោងផ្តល់ប្រាក់អាហាររូបករណ៍ គួរពង្រីកឱ្យបានទូលំទូលាយជាងនេះ ។

៦. អន្តរាគមន៍សុខភាពកុមារ គួររួមចំណែកក្នុងការសំរេចឱ្យបាននូវ ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៃ យុទ្ធសាស្រ្តរស់រានសំរាប់កុមារដែលមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ រួមមានកម្មវិធី PMTCT ដូចមានគូសបញ្ជាក់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្ររស់រានសំរាប់កុមារ ។ ភ្នាក់ងារអនុវត្ត ក៏អាចលើកកំពស់ការទទួលបាននូវ សកម្មភាពនៃកញ្ចប់អប្បបរមារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈ ការផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ការអមដំណើរពីមនុស្សពេញវ័យដែលគួរឱ្យទុកចិត្តបានសំរាប់ OVC និង ការទទួលបាននូវមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល ឬ ថវិការផ្គត់ផ្គង់ពីរដ្ឋាភិបាលសំរាប់ប្រជាជនក្រីក្រ ។

៧. ពង្រីកបណ្តុំទិន្នន័យអប្បបរមាស្តីពីការថែទាំជំនួស ដើម្បីដាក់បញ្ចូលទិន្នន័យពីការធ្វើជំរឿនប្រចាំឆ្នាំ ដែលគ្របដណ្តប់ទំរង់នៃការថែទាំជំនួសសំរាប់ OVC ជាច្រើនដោយឡែកពីគ្នា ។ ក្រុមការងារ បណ្តុំទិន្នន័យអប្បបរមា គួរត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយ គណៈកម្មាធិការសំរបសំរួលការថែទាំជំនួស ដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍បណ្តុំទិន្នន័យ (ការកសាងសមិទ្ធិផលការងារនៅក្នុងវិស័យនេះ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយ MOSVY និង UNICEF) ។

៥.៥ ចាត់ចែងរដ្ឋាភិបាលការពារកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត តាមរយៈគោលនយោបាយ ការរៀបចំផែនការ និងនីតិកម្ម

របកគំហើញ ចន្លោះប្រហោង និង ឱកាស

ច្បាប់ការពារ និងគាំទ្រកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុតពុំទាន់គ្រប់គ្រាន់នៅឡើយ : ច្បាប់ដែលត្រូវបានរៀបរៀង ដើម្បីការពារកុមារ ពុំមានលក្ខណៈពេញលេញបរិបូរ ដែលជាញឹកញាប់តែងស្ថិតនៅត្រឹមដំណាក់កាលពង្រាង ជាច្រើនឆ្នាំ និងពុំត្រូវបានអនុវត្ត ឬ ពង្រឹងឱ្យបានខ្លាំងក្លា ។ ពុំមាននីតិវិធីច្បាប់ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងឱ្យបានល្អនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានៅឡើយទេ ហើយកម្ពុជានៅតែទទួលរងការវាយប្រហារពីពាក្យចចាមអារាមអំពី

អំពើពុករលួយនៅក្នុងប្រព័ន្ធរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន រួមទាំងប្រព័ន្ធតុលាការ និងប្រព័ន្ធសុខមាលភាពកុមារផងដែរ។ ប្រជាជនជាច្រើនពុំមានការយល់ដឹងអំពីបញ្ញត្តិច្បាប់ ហើយការទាមទារយុត្តិធមិតាមផ្លូវច្បាប់ពុំមែនជាជំរើសសំរាប់ប្រជាជនភាគច្រើនឡើយ។

ត្រូវការឱ្យមាន ច្បាប់ និង គោលនយោបាយ ស្តីពីការការពារកុមារ ដើម្បីផ្តល់នូវក្របខណ្ឌការងារមួយសំរាប់ប្រព័ន្ធការពារកុមារពេញលេញមួយ។ ការផ្តល់សេវានឹងបន្តផ្តោតការទទួលខុសត្រូវទៅលើ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ប៉ុន្តែសំរាប់រយៈពេលយូអង្វែងទៅមុខទៀត ឱកាសដើម្បីកំណត់ទៅលើដំណើរការប្រព្រឹត្តទៅ និងនិរន្តរភាព គួរតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្ទេរការទទួលខុសត្រូវលើផ្នែកការពារកុមារ ទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាលវិញ។

បណ្តាញការពារកុមារតាមសហគមន៍ ទទួលបានការគាំទ្រពីមូលដ្ឋាន ម្ចាស់ជំនួយ និង ការគាំទ្រផ្នែកនយោបាយ : នៅក្នុងខេត្តជាច្រើន សហគមន៍ត្រូវបានគៀងគរ ដើម្បីឱ្យការពារកុមារពីគ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីការកេងប្រវ័ញ្ច ការព្រងើយកន្តើយ និង ការបំពាន។ បណ្តាញការពារកុមារតាមសហគមន៍ ត្រូវបានបង្កើត និងជំរុញឱ្យកុមារអាចជួបគ្នា ពិភាក្សា និង លើកឡើងអំពីការបារម្ភរបស់ពួកគេ ជាមួយកុមារដទៃ និងមនុស្សពេញវ័យដែលគាំទ្រពួកគេ។

កម្មវិធីរបស់ MOSVY ក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីអង្គការយូនីសេហ្វ នឹងត្រូវបានវាយតំលៃនាចុងឆ្នាំ២០០៧ ដែលសកម្មភាពនេះនឹងផ្តល់ឱកាសឱ្យធ្វើការវិភាគប្រៀបធៀបមួយ និងធ្វើការប្រៀបធៀបជាមួយសេវាការពារកុមារដទៃទៀត ដែលអភិវឌ្ឍន៍ឡើងដោយ អង្គការទស្សនៈពិភពលោក អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី និងអង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិ (FHI)។ សកម្មភាពនេះអាចឈានទៅដល់ការចងក្រងឯកសារអំពីគំរូនៃការអនុវត្តន៍ល្អ និង ការកំណត់អត្តសញ្ញាណនៃសមាសធាតុស្នូលដែលចាំបាច់ ដើម្បីផ្តល់នូវបណ្តាញមួយដែលប្រកបទៅដោយ ប្រសិទ្ធិភាព។ ព័ត៌មាននេះអាចបញ្ចូលទៅក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ ប្រព័ន្ធការពារកុមារពេញលេញមួយ។ ការអភិវឌ្ឍន៍ ប្រព័ន្ធជាតិ ទទួលបាននូវការគាំទ្រយ៉ាងខ្ពស់ខ្ពស់ និង ទាន់ពេលវេលា ពីសហគមន៍ ម្ចាស់ជំនួយ និងនយោបាយសំរាប់ការការពារកុមារ។

ការដោះស្រាយវិសមភាពយេនឌ័រ អំពើហិង្សា និងការកេងប្រវ័ញ្ច អាចជួយពង្រឹងគ្រួសារ និងការពារជនដែលងាយរងគ្រោះបំផុត ៖ នៅពេលដែលគ្រួសារទទួលបាននូវតំរូវការផ្នែកសំភារៈជាមូលដ្ឋាន ពេលនោះនឹងមានឱកាស ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលជាមូលហេតុបណ្តាលឱ្យកុមារជាច្រើនងាយរងគ្រោះ ដូចជា វិសមភាពដែលមានមូលដ្ឋានផ្អែកលើបញ្ហាយេនឌ័រ អំពើហិង្សា ការប្រើប្រាស់អំណាចដោយបំពាន និងការកេងប្រវ័ញ្ច។ កម្មវិធីដែលដោះស្រាយបញ្ហាភាពងាយរងគ្រោះនៃមេរោគអេដស៍ និង ជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងបរិបទនៃការលើកកំពស់ការយល់ដឹងអំពីផលប៉ះពាល់រយៈពេលវែងនៃបញ្ហាវិសមភាពយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សា បានទទួលជោគជ័យមួយចំនួន បើទោះជាដូច្នេះក្តី ជោគជ័យទាំងនោះនៅមានទ្រង់ទ្រាយតូចនៅឡើយ និងភាគច្រើនមានសំលេងតិចតួច បើធៀបទៅនឹងការឆ្លើយតបចំពោះបញ្ហាមេរោគអេដស៍ទាំងមូល។

ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់រដ្ឋាភិបាលក្នុងការការពារកុមារដែលងាយរងគ្រោះបំផុត ៖ MOSVY ដើរតួនាទីដឹកនាំក្នុងការការពារកុមារ និងបង្កើតនីតិកម្មនៃការថែទាំជំនួស ប៉ុន្តែសមត្ថភាព និងធនធានក្រសួងនៅមានកំរិតនៅឡើយ។ ឧទាហរណ៍ ៖ មានអនុបាតមួយដែលមានមន្ត្រីសង្គមកិច្ចស្រុក DOSVY ១នាក់ ធ្វើការបំរើប្រជាជនចំនួន២៥០០០នាក់។ កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលជាមូលដ្ឋាននៃការងារសង្គមកិច្ច ត្រូវបានបង្កើតឡើង ប៉ុន្តែការវិភាគដ៏ពេញលេញមួយលើតួនាទី និងសមត្ថភាពស្នូលដែលចាំបាច់ ដើម្បីជំរុញជំហានទៅមុខ សំរាប់ការការពារកុមារ ការស្តារនីតិសម្បទា និងការថែទាំជំនួស ពុំទាន់ត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅឡើយ។

MOSVY កំពុងជួបនូវចំណុចខ្សោយមួយចំនួននៅក្នុងប្រព័ន្ធ។ ក្រសួងនឹងទទួលប្រយោជន៍ពីការចាត់វិធានការ ដើម្បីបង្កើតប្រព័ន្ធដែលនឹងលើកកំពស់ទំនុកចិត្តពីម្ចាស់ជំនួយ។ គណនេយ្យភាពស្ថាប័ន អាចត្រូវបានពង្រឹង តាមរយៈការកសាងប្រព័ន្ធប្រកបដោយតម្លាភាព និងដំណើរការទៅបានល្អ ដើម្បីការពារសុវត្ថិភាពការវិនិយោគ និង ក្មេងរគរម្ចាស់ជំនួយឱ្យពិនិត្យទៅលើចង្កោមអាទិភាពច្បាស់លាស់មួយ ដែលភ្ជាប់ទៅនឹងការគណនាចំណាយលើផែនការសកម្មភាពជាតិសំរាប់ OVC ។ គណនេយ្យភាពបុគ្គល អាចត្រូវបានកសាងតាមរយៈការអនុវត្តន៍ការងារ និងសមិទ្ធផលការងារ ដែលភ្ជាប់ដោយផ្ទាល់ទៅនឹងផែនការ ការងារប្រចាំឆ្នាំ ធ្វើឱ្យបុគ្គលិកយល់កាន់តែច្បាស់អំពីតួនាទី ដែលពួកគេដើរតួក្នុងការការពារ OVC។

NAA អង្គការយូនីសេហ្វ អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី និង DFID បានបន្តគាំទ្រយ៉ាងពេញទំហឹងលើការពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ MOSVY ដែលនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដ៏ធំគួរឱ្យកត់សំគាល់ដល់ OVC ក្នុងរយៈពេលយូរទៅមុខ។

អនុសាសន៍ ៖

១. បង្កើតច្បាប់ការពារកុមារ និងកម្មវិធីជាតិមួយ ។ កម្មវិធីការពារកុមារតាមសហគមន៍ ដែលប្រតិបត្តិការដោយអង្គការយូនីសេហ្វ MOSVY និង NGOs គួរសំរេចឱ្យបាននូវការគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេស នៅពេលដែលមានការឯកភាពទៅលើក្របខណ្ឌការងារជាតិច្បាស់លាស់ ។

២. កសាងសមត្ថភាពរបស់ MOSVY ដើម្បីពង្រឹងបទដ្ឋានអប្បបរមាសំរាប់ការថែទាំជំនួស និងលើកកំពស់ការថែទាំក្នុងគ្រួសារ និងសហគមន៍ ។ ការងារនេះនឹងទាមទារនូវការគាំទ្ររយៈពេលយូរពីខាងក្រៅ ។

៣. រៀបចំផែនការរយៈពេលយូរដែលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ សំរាប់ផ្ទេរការទទួលខុសត្រូវលើការការពារកុមារ ទៅឱ្យរដ្ឋាភិបាល ដោយផ្អែកទៅតាមមេរៀនជាបទពិសោធន៍ពីសេវាការពារកុមារតាមសហគមន៍ដែលមានស្រាប់ ។

៤. ពិនិត្យឡើងវិញ និង ធ្វើវិសោធនកម្មច្បាប់សុំកូន ក្របខណ្ឌបញ្ញាតិកម្ម និងសេវា និង ចាត់វិធានការដើម្បីធានាថា សេវាសុំកូនប្រកបទៅដោយការទទួលខុសត្រូវ តម្លាភាព នីតិកម្ម និង ត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ ដោយយោងទៅតាម អនុសញ្ញាអន្តរជាតិ និង ជំរើសពិធីការ ដែលត្រូវបានផ្តល់សច្ចាប័នដោយប្រទេសកម្ពុជា ។

៥. កសាងសមត្ថភាពរបស់ MOSVY ដោយកំណត់ទៅលើចំណុចអាទិភាពដែលត្រូវពង្រឹង នៅក្នុងនាយកដ្ឋាន សុខមាលភាពកុមារ និង លើកឡើងនូវចំណុចអាទិភាព ដែលត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងការវិភាគតួនាទីការងារ ការពង្រឹងទៅលើប្រព័ន្ធអនុវត្តការងារ ដែលលើកកំពស់ គណនេយ្យភាព និងតម្លាភាព ។

៦. ស្វែងរកឱកាសដើម្បីភ្ជាប់ការបង្ការមេរោគអេដស៍បន្ថែមទៀត ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាវិសមភាពដែលមាន មូលដ្ឋានផ្អែកលើយេនឌ័រ និង ការបង្ការអំពើហឹង្សា ។

៩.៦ បង្កើតនូវបរិស្ថានអំណោយផល សំរាប់ការឆ្លើយតបចម្រុះដែលមានការសំរបសំរួល និង ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព ចំពោះកុមារកំព្រា និង កុមារងាយរងគ្រោះ

របកគំហើញ ចំណុចខ្វះខាត និង ឱកាស

ត្រូវការឱ្យមានទូវការដឹកនាំជាក់ស្តែង : បញ្ហាភាគច្រើនដែលត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ ទាមទារឱ្យមាននូវការបន្តដឹកនាំដ៏ខ្លាំងក្លា និង ការប្តេជ្ញាចិត្តរយៈពេលយូរ ដើម្បីបង្វែរសេវាជាច្រើនដែលនៅដោយឡែកៗពីគ្នា ឱ្យក្លាយទៅជាប្រព័ន្ធមួយ ដែលផ្តល់ការថែទាំ ការការពារ និងការគាំទ្រដល់ OVC ។ ការដឹកនាំបែបនេះ ត្រូវបានលើកទឹកចិត្ត និងអភិវឌ្ឍន៍នៅក្នុងវិស័យមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ហើយលទ្ធផលដែលស្តែងចេញ គឺជាការឆ្លើយតបប្រកបដោយភាពជោគជ័យ និងពេញលេញ សំរាប់ការបង្ការ និងការព្យាបាល ។

ការដឹកនាំត្រូវតែមានលក្ខណៈរូបី និង ត្រូវទំនាក់ទំនងទិសដៅយុទ្ធសាស្ត្រ និងលទ្ធផលឱ្យបានទូលំទូលាយ ។ ត្រូវការឱ្យមានការដឹកនៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់មូលដ្ឋាន។ នៅក្នុងសហគមន៍ ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ និងមេដឹកនាំសាសនា គួរត្រូវបានគាំទ្រដើម្បីរក្សានូវតួនាទីសំខាន់របស់ពួកគេ ។

NOVCTF មានយន្តការសំរាប់ការដឹកនាំ ប៉ុន្តែវាទាមទារឱ្យមាននូវការគាំទ្រ និងជំនួយបច្ចេកទេសក្នុងការរៀបចំរបៀបវារៈសំរាប់ OVC ។ ត្រូវការឱ្យមានយុទ្ធសាស្ត្រហ្មត់ចត់សំរាប់រយៈពេលយូរ ដែលមានឆន្ទៈខ្ពស់ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងស្ថានភាពជាក់ស្តែង និង មានភាពសកម្មនៅក្នុងតំបន់ដែលពុំមានវត្តមានយុទ្ធសាស្ត្រដទៃ ហើយដែលភស្តុតាងមិនផ្លូវការបញ្ជាក់ឱ្យដឹងច្បាស់អំពីតំរូវការចាំបាច់នៅក្នុងតំបន់នោះ។ ឧបសគ្គសំរាប់ការដឹកនាំ គឺជាការដែលត្រូវសំរបសំរួលអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ទៅក្នុងបណ្តាញសេវាយុទ្ធសាស្ត្រដែលត្រូវបានសំរបសំរួលមួយ ដែលអាចជះឥទ្ធិពលទៅលើសមិទ្ធិផលសំរាប់ OVC ។ ដើម្បីសំរេចនូវឆន្ទៈនេះ ទាមទារឱ្យមាននូវឆន្ទៈនយោបាយក្នុងកំរិតមួយខ្ពស់ និង ការគាំទ្រពីមេដឹកនាំដែលអាចធ្វើការសំរេចចិត្តទាន់ពេលវេលា ដោយផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលគាត់បានទទួល និង ទំនាក់ទំនងទ្វេភាគី ។

ត្រូវការឱ្យមានការទំនាក់ទំនង : ជួនកាលគេសង្កត់ធ្ងន់លើលំដាប់លំដោយនៃព្រឹត្តិការណ៍ ច្រើនជាងការសំរបសំរួលឱ្យមានការចូលរួម និងការធានាទៅលើផែនការ ការស្រាវជ្រាវ និងឯកសារដទៃទៀត ដែលត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដល់អ្នកដែលអាចទាញប្រយោជន៍ពីឯកសារទាំងនេះ។ ត្រូវការឱ្យម្ចាស់ជំនួយទទូចទាមទារនូវយុទ្ធសាស្ត្រផ្សព្វផ្សាយដែលទំនងនឹងទទួលបានជោគជ័យ នៅពេលដែលទទួលបានថវិកាសំរាប់អភិវឌ្ឍន៍ឯកសារគន្លឹះ ។

ទំនាក់ទំនងតែងជាឧបសគ្គសំរាប់ការឆ្លើយតបពហុវិស័យក្រោមការសំរបសំរួលមួយ ហេតុនេះវាចាំបាច់ណាស់ក្នុងការស្ថាបនា និងរក្សាប្រព័ន្ធសំរាប់បង្កើតបណ្តាញចែករំលែកមេរៀនជាបទពិសោធន៍ និងការចូលរួមដែលជំរុញឱ្យអ្នកពាក់ព័ន្ធមានទំនាក់ទំនងទៀងទាត់ជាមួយគ្នា និងជំរុញឱ្យពួកគេចូលរួមនៅក្នុងការដឹកនាំមួយដែល ប្រកបទៅដោយទំនុកចិត្ត ។

ត្រូវការឱ្យមានការសំរបសំរួលនៅគ្រប់កំរិត : តួនាទីស្នូលរបស់ NOVCTF គឺលើកកំពស់ និងសំរបសំរួលការដាក់បញ្ចូលគ្នា ការពិភាក្សា និងការចែករំលែកព័ត៌មាន ក្នុងចំណោមអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ ដែលធ្វើការជាមួយកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ។ ការសំរបសំរួលត្រូវការឱ្យពង្រីកទៅដល់ថ្នាក់មូលដ្ឋាន និងធ្វើការក្រោមរចនាសម្ព័ន្ធអភិវឌ្ឍន៍បែបវិមជ្ឈការដែលមានស្រាប់។

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ កំពុងគាំទ្រគំរោងសាកល្បងសំរបសំរួលមេរោគអេដស៍ថ្នាក់ខេត្តមួយ ដើម្បីផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់ OVC។ គំរោងនេះមានគោលបំណងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការឆ្លើយតបចំពោះ OVC តាមរយៈការសំរបសំរួល និងការកសាងសមត្ថភាព។ នៅពេលដែលក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ និងមេដឹកនាំក្នុងមូលដ្ឋាន មានការយល់ដឹងអំពីស្ថានភាព OVC និងសេចក្តីត្រូវការជាអាទិភាព ពួកគេអាចបញ្ចូលព័ត៌មាននេះទៅក្នុងគណៈកម្មាធិការអភិវឌ្ឍន៍ជនបទខេត្ត និង ផែនការវិនិយោគឃុំ/សង្កាត់។ ប្រសិនបើគំរោងសាកល្បងនេះប្រព្រឹត្តទៅដោយជោគជ័យ វាអាចត្រូវបានយកមកធ្វើជាគំរូ សំរាប់បង្កើតការសំរបសំរួលនៅថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ស្រុក។ មូលនិធិឧបត្ថម្ភ ទទួលបានពី USAID តាមរយៈ NAA។ មូលនិធិរួមមាន : ១) ថវិកាសំរាប់ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដល់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ/សង្កាត់ឱ្យដាក់បញ្ចូលបញ្ហា OVC ទៅក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំ/សង្កាត់ ២) យុទ្ធនាការតស៊ូមតិ និងលើកកំពស់ការយល់ដឹង និង ៣) កិច្ចប្រជុំសំរបសំរួល។

ការតស៊ូមតិត្រូវចាប់គោលដៅនាគ្រប់កំរិត : ការតស៊ូមតិត្រូវមានវត្តមាននៅគ្រប់កំរិត ដើម្បីចលនារដ្ឋាភិបាល សហគមន៍ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ឱ្យគាំទ្រ OVC។ ផែនការតាមផ្នែកនីមួយៗអាចបាត់បង់នូវឱកាសមួយចំនួន លុះត្រាណាតែការតស៊ូមតិដើម្បីទទួលបាននូវសមាសធាតុគន្លឹះនៃការឆ្លើយតបពហុវិស័យមានលក្ខណៈខ្លាំងក្លា និងទាន់ពេលវេលា។ ដូច្នេះវាជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវទាមទារឱ្យមាននូវទំនាក់ទំនងរវាង NOVCTF និងក្រសួងសំខាន់ៗ ជាពិសេសគឺ បណ្តាក្រសួងដែលមានដំណើរការរៀបចំផែនការស្តីពីមេរោគអេដស៍។

NAA បានបង្កើតយុទ្ធសាស្រ្តតស៊ូមតិសំរាប់បញ្ហាមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍មួយ ដែលបានដាក់បញ្ចូលការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់លើ OVC ជាអាទិភាព។ សកម្មភាពនេះ ផ្តល់នូវឱកាសដល់ NOVCTF ឱ្យសហការជាមួយ NAA ដើម្បីសំរេចបាននូវគោលដៅតស៊ូមតិ។

កិច្ចសហការពហុវិស័យមានសារៈសំខាន់ : កិច្ចសហការមានភាពសំខាន់ណាស់ រវាងភ្នាក់ងារនានា អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងរដ្ឋាភិបាល ប្រសិនបើគំរូវឱ្យមានការឆ្លើយតបពហុវិស័យដែលមានការសំរបសំរួល និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពមួយ ដែលផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់កុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ។ ការចូលរួមរបស់កុមារ ត្រូវតែជាគុណតំលៃស្នូលនៃកិច្ចសហការ ហើយការចូលរួមពីសហគមន៏ក៏សំខាន់ផងដែរ ដើម្បីឱ្យទទួលបានជោគជ័យ និរន្តរភាព និងគណនេយ្យភាព។ ការសំរបសំរួលពិបាកនឹងសំរេចទៅបានណាស់ នៅពេលដែលពេលវេលាកំណត់សំរាប់ការងារ មានរយៈពេលខ្លីពេក។ បើទោះជាដូច្នេះក្តី ប្រសិនបើមានប្រព័ន្ធសំរាប់បង្កើតឱកាសទៀងទាត់ ដើម្បីជួបគ្នា និងផ្លោះប្តូគំនិតយោបល់ពីគ្នាទៅវិញទៅមក ប្រជាជននឹងមានឱកាសអភិវឌ្ឍន៍ទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ខ្លួន ដែលកិច្ចសហការពិតប្រាកដនឹងត្រូវពឹងផ្អែកទៅលើកត្តាទាំងនេះ។

ការឆ្លើយតបប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពចំពោះ OVC ត្រូវការធនធាន : បញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងការរៀបចំផែនការ ការកំណត់អាទិភាព និងការកៀរគរធនធាន សុទ្ធតែមានទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នា។ ដំណើរការនេះពាក់ព័ន្ធនឹងការសំរេចចិត្តលើយុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗ ការកំណត់គោលដៅ ការគណនាខ្ទង់ចំណាយសំរាប់កិច្ចអន្តរាគមន៏ និងការពិនិត្យឡើងវិញលើគោលដៅ និងអាទិភាពដោយផ្អែកលើធនធានដែលមាន និងធនធានដែលត្រូវការបន្ថែម។ ការផ្តល់មូលនិធិ គឺជាអាទិភាពដែលមានលក្ខណៈប្រកួតប្រជែង និងរយៈពេលខ្លីអាចជាត្រូវបានសំរេចចិត្តដោយម្ចាស់ជំនួយ។ ជាលទ្ធផល បើទោះបីជាកម្មវិធីដែលជោគជ័យបំផុត ក៏ដោយនេះផ្តល់ការគាំទ្របានត្រឹមបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះ។ ជំនាញចាំបាច់ក្នុងការវិភាគ ឱកាស ការគណនាខ្ទង់ចំណាយ និងប្រយោជន៏ ពុំទាន់ត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍ឱ្យបានល្អប្រសើរនៅឡើយទេនៅកម្ពុជា ហើយជានិច្ចកាល ធនធានក៏ពុំត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ យន្តការសុកដុម្ពរូបនីយកម្មរបស់ម្ចាស់ជំនួយណាមួយដែរ។ ការប៉ាន់ប្រមាណទៅលើខ្ទង់ចំណាយនៅក្នុងផែនការជាតិ នឹងជួយសំរបសំរួលដល់ការសំរេចចិត្ត។ ត្រូវការឱ្យមាន ការកសាងសមត្ថភាព ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការប្រើប្រាស់ធនធាន។

ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃ : អន្តរាគមន៍របស់រដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាច្រើន ពុំទាន់ត្រូវបានវាយតំលៃនៅឡើយ ហើយ CBOs ភាគច្រើនត្រឹមតែអាចធ្វើការត្រួតពិនិត្យជាមូលដ្ឋានប៉ុណ្ណោះ ដោយសារពួកគេប្រតិបត្តិការងារ ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានមួយចំនួនធំដែលទទួលបានពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ហើយឱកាសប្រើប្រាស់កំព្យូទ័រ និង ជំនាញដទៃទៀតនៅមានកំរិតនៅឡើយ។ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ បាននិងកំពុងកសាងសមត្ថភាពក្នុងការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និង វាយតំលៃ ក្នុងចំណោមអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក និងអង្គការសហគមន៍ ប៉ុន្តែឱនភាពនៃជំនាញផ្នែកវិភាគស៊ីជំរៅ និង ព័ត៌មាន ធ្វើឱ្យការកំណត់ទៅលើមេរៀនជាបទពិសោធន៍ និងផលប៉ះពាល់ មានការពិបាក។ ការងារដែលកំពុងត្រូវបានធ្វើដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធ ត្រួតពិនិត្យតាមដាន ឱ្យវាស់ស្ទង់ទៅលើដំណើរការវិវត្តទៅមុខ និង សំដៅសំរេចឱ្យបាននូវគោលដៅនៃ ការទទួលបានជាសកល បានផ្តល់នូវឱកាសដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងទៅលើវិធីសាស្រ្តដែលប្រសើរបំផុតក្នុងការវាយតំលៃ និង ត្រួតពិនិត្យតាមដានទៅលើដំណើរការនេះ។

មានកត្តាបង្អាក់ទឹកចិត្តជាប្រព័ន្ធមួយចំនួនទៅលើការវាយតំលៃឯករាជ្យ ដែលជាចេតនារាយការណ៍ប្រឆាំងទៅនឹងកំណើនសូចនាករជាតិ។ មានការប្រកួតប្រជែងជាច្រើនដើម្បីទទួលបាននូវមូលនិធិដែល ក្នុងនោះមូលនិធិ ដែលហូរចូលទៅក្នុងអន្តរាគមន៍លើមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍មានចំនួនច្រើនបង្គួរ។ មានសម្ពាធជាច្រើនទៅលើការរាយការណ៍អំពីជោគជ័យនិងមានគ្រឿងលើកទឹកចិត្តបន្តិចបន្តួចសំរាប់ផ្សព្វផ្សាយជាសាធារណៈអំពីភាពបរាជ័យ នៅពេលដែលថវិកាជាច្រើន ក៏ដូចជាការងារ និងអាជីពកំពុងតែមិនមានលំនឹង។

សូចនាករនៃការអនុវត្តន៍ការងារថ្នាក់ជាតិសំខាន់ៗមួយចំនួនតូច គួរត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការជាតិសំរាប់ OVC ដើម្បីឱ្យស្របទៅនឹងទិសដៅរបស់ការទទួលបានជាសកល និង NSPII។

អនុសាសន៍ :

១. ដើម្បីលើកកំពស់ការសំរបសំរួល NOVCTF គួរតែ :

- អភិវឌ្ឍន៍យន្តការសំរបសំរួលថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និង ថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដោយភ្ជាប់ទៅនឹងរចនាសម្ព័ន្ធដែលមានស្រាប់ និង ទាញយកមេរៀនជាបទពិសោធន៍ពី គំរោងសាកល្បងវិមជ្ឈការរបស់ NAA និង លទ្ធផលសំរាប់ក្រុម OVC ក្នុងខេត្តស្វាយរៀង។

- ធានាថាមានយន្តការ និង ប្រព័ន្ធរួចជាស្រេច សំរាប់សំរាប់សំរបសំរួល ការច្របាច់បញ្ចូលនូវកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ដែលរួមមាន ការកំណត់ផែនទីទៅលើការឆ្លើយតបទ្បើងទាត់ ការវិភាគទៅលើតំបន់គ្របដណ្តប់ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានទៅលើសេចក្តីត្រូវការដែលពុំទាន់ទទួលបាន និង ចងក្រងឯកសារអំពីសេវាដែលត្រួតស៊ីគ្នា ។
- រៀបចំឱ្យមាននូវទស្សនកិច្ចសិក្សា និង ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មាន ដោយប្រើប្រាស់ ការអង្កេតដោយមានការណែនាំ ការកសាងបន្ថែមទៀតទៅលើគំរូដែលត្រូវបានអនុវត្តប្រកបដោយជោគជ័យ ដោយ អង្គការអប់រំពិភពលោក និង MOEYS ។
- អភិវឌ្ឍន៍ និង អនុវត្ត យុទ្ធសាស្ត្រទំនាក់ទំនងទ្វេភាគីមួយ រវាងការដឹកនាំថ្នាក់ជាតិ (NOVCTF ក្រុមការងារបច្ចេកទេស និង ក្រុមការងារដទៃទៀត) យន្តការសំរបសំរួលតាមមូលដ្ឋាន និង តាមស្ថាប័ននានា ព្រមទាំងការកំណត់ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ។

២. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់អ្នកបង្កើតគោលនយោបាយ អ្នករៀបចំផែនការកម្មវិធី អ្នកគាំទ្រ និង សកម្មជន (ជាសមូហភាព និង បុគ្គល) ដើម្បីគាំទ្រ OVC និងបញ្ចូលព័ត៌មានទៅក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយ និង ផែនការដែលទាក់ទងទៅនឹង OVC ដោយ :

- គាំទ្រការបន្តអភិវឌ្ឍន៍ និង អនុវត្ត យុទ្ធសាស្ត្រតស៊ូមតិរបស់ NAA
- ធានាថានឹងមានព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ និង ទាន់ពេលវេលាទៅតាមសេចក្តីត្រូវការ តាមរយៈលេខាធិការដ្ឋាន NOVCTF រួមមាន : គោលនយោបាយ និង ផែនការជាតិ សេចក្តីសង្ខេបនៃគោលនយោបាយជាតិ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការសំរេចចិត្ត ទិន្នន័យអំពីតំបន់គ្របដណ្តប់ និង ព័ត៌មានអំពីដំណើរការឆ្ពោះទៅកាន់ការសំរេចបាននូវគោលដៅ
- តំណាងឱ្យចំណាប់អារម្មណ៍របស់ OVC ទៅលើយន្តការសំរបសំរួលជាតិ

៣. ទាមទាឱ្យមានការអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន និង វាយតំលៃ ដើម្បីធានាថា ព័ត៌មានសំរាប់ជំនួយក្នុងការសំរេចចិត្ត នឹងមានគ្រប់គ្រាន់ និង អាចរកបាន ដើម្បីបកស្រាយ និង យកមកប្រើប្រាស់ ។

៤. អភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពរបស់ NOVCTF ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ គៀងគរ និង បង្វែធនធានដែលចាំបាច់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីអនុវត្តការឆ្លើយតបដែលនឹងស្តែងចេញជាលទ្ធផលនូវ ភាពខុសប្លែកគ្នាមួយយូអង្វែង និង គួរឱ្យកត់សំគាល់ សំរាប់កុមារកំព្រា កុមារដែលទទួលផលប៉ះពាល់ដោយមេរោគអេដស៍ និង កុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត ។

ឯកសារយោង :

Alkenbrack, S., T. Chettra, et al. (2004). The Social And Economic Impact Of HIV/AIDS On Families With Adolescents And Children In Cambodia.

Ashwill, M. (2000). "Rebuilding a Civil Society in Cambodia: The Role of Education " International Educator **Spring**.

Bank, T. W. (2006) "A Toolkit on how to support Orphans and Other Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa." **Volume**, DOI:

Buhler, M., D. Wilkinson, et al. (2006). Turning the Tide:Cambodia's Response to HIV and AIDS, 1991-2005. Phnom Penh, UNAIDS Cambodia.

Cambodia, E. (2006). ECPAT Cambodia 5 year Strategic Directions 2006 - 2010. Phnom Penh.

Cambodia, R. G. o. (2003). Education For All: National Plan 2003-2015. MoEYS**:** 82.

Cambodia, R. G. o. (2006). National Strategic Development Plan 2006 -2010.

Cambodia, T. C. o. This is my real story: A report by the children of Cambodia. Phnom Penh, Save the Children

Carswell, K., I. Ramage, et al. (2004). The psychosocial wellbeing of orphans and vulnerable children in the Thai/Cambodia border areas, CARE International in Cambodia.

CDHS (2005). "Cambodia Demographic And Health Survey."

Committee, N. E. f. A. (2003). National Education For All Plan 2003 - 2015. Phnom Penh, National Education for All Committee, Ministry of Education, Youth and Sport**:** 112.

Coster, W. and D. Cicchetti (1993). "Research on the Communicative Development of Maltreated Children: Clinical Implications " Topics in Language Disorders **13**(4): 25 - 38.

Daines, L. and E. Ireland (2006). Small also have something to say: a report on research into the effects of HIV/AIDS on children in six Asian countries, Save the Children.

Desmond and Gow "The Cost-Effectiveness of Six Models of Care for Orphan and Vulnerable Children in South Africa."

Dybdal, A.-S. and G. Daigle (2001). Review of Literature on Alternative Care for Children in a Cambodian Context, Unicef**:** 19.

Erickson, M. F. and B. Egeland (1987). "A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment." School Psychology Review. **16**(2): 156-168.

FHI, U., UNAIDS, WHO, UNDCP (2003). Estimating The Size Of Populcations At Risk For HIV: Issues And Methods.

Fleming, D. and J. Wasserheit (1999). "From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection." Sexually Transmitted Infections (75): 3-17.

Forum, N. C. s. and N. A. s. Forum (2005). Cambodia Speaks Out On Violence Against Children. Phnom Penh, UNICEF, Save the Children Australia, World Vision, Tear Fund, Child Welfare Group**:** 45.

Fox, S. (2001). Investing In Our Future, Psychosocial Support For Chidren Affected By HIV/AIDS. Susan Fox.

Grainger, C., D. Webb, et al. (2001). Children Affected by HIV/AIDS: Rights and responses in the developing world, Save the Children UK.

Greenblott, K. and K. Greenaway (2006). OVC, HIV, Food Security and Nutrition, A Look at Where we Stand, WFP and UNICEF.

Gulaid, L. A. (2004). The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, 2004.

Health, N. I. o. P., N. I. o. Statistics, et al. (2006). Cambodia Demographic and Health Survey 2005. N. I. o. P. Health, N. I. o. Statistics and O. Macro.

International, A. (2005). Food Security and HIV and AIDS in southern Africa: Case Studies and Implications for Future Policy. Johannesburg, Southern Africa Partnership Programme.

Keng, C. (2004). "Household Determinants Of Schooling Progression Among Rural Children In Cambodia." International Education Journal **5**(4).

KHANA (2000). Children Affected by HIV/AIDS: Appraisal of Needs and resources in Cambodia. Phnom Penh, KHANA. Mann and e. al (1992).

Manson, C. (1997). "AIDS Orphans: How Fares Zimbabwe?" Posit Outlook **4**(2): 19, 31.

Milado, M. C. (2003). Integrating HIV/AIDS into Community Development. Phnom Penh, KHANA**:** 31.

Mitigation, T. W. G. o. I. (2005). "Report of the Technical Working Group on Impact Mitigation to the Joint Review of the National Strategic Plan for a Comprehensive, Multi-sectoral response to HIV/AIDS."

MoSVY (2006). "Policy on the Alternative Care for Children."

Mukwaya, J. "Commentary: The Toll on Women and Children." **Volume**, DOI:

National Institute of Public Health, N. I. o. S. [Cambodia], et al. (2006). Cambodia Demographic and Health Survey 2005. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA, National Institute of Public Health, Cambodia

National Institute of Statistics Cambodia.

NCHADS (2003). HIV Sentinel Surveillance Report 2003. Phnom Penh, NCHADS, CDC GAP.

NCHADS (2006). "HIV Sentinel Surveillance 2003 Report."

NCHADS (2006). "STI Sentinel Surveillance."

NCHADS (2006). "STI Sentinel Surveillance 2005."

O'Connell, K. (2003). The Psychological Well Being of AIDS-Affected and Vulnerable Children; A Cambodian Perspective. Phnom Penh, NYEMO.

Panha, S. (2007). HIV testing for Children. The NCHADS HIV/AIDS Pediatric Symposium.

Rose, P. (2002). Financing Education In East Asia: EFA And Beyond, Oxfam Great Britain.

Samlanh, M. (2004). 10 Years- Mith Samlanh: A Program for Street Children, their families and their community. Phnom Penh, Mith Samlanh.

Saphonn, V., B. S. Parekh, et al. (2005). "Trends of HIV-1 Seroincidence Among HIV-1 Sentinel Surveillance Groups in Cambodia, 1999–2002." Epidemiology and Social Science **39**(5).

Subbarao and Coury (2004). Reaching Out to Africa's Orphans: A Framework for Public Action, The World Bank.

Subbarao, K. and D. Coury (2004). Reaching Out to Africa's Orphans: A Framework for Public Action. Africa Region Human Development Series, The World Bank.

Sussman, L. (2006). DRAFT Providing Support to Children Affected by HIV/AIDS and Their Families in the Low Prevalence Countries of India and Cambodia: Programming Issues, A Discussion Document Washington DC, POLICY Project.

Thwin, A. (2006). Food Support To PLHA And OVC With Home Based Care: Evaluation And Baseline Survey 2006 Cambodia. Phnom Penh, Cambodia, KHANA, USAID, WFP.

UNICEF (2006). Child Protection And Children Affected By HIV/AIDS. New York

Velasco, E. (2004). "Ensuring Gender Equity In Education For All: Is Cambodia On Track? ." Prospects **34**(1): 37 - 51

Widdowfield, H. (2006). Module 1 Psychosocial Introduction. p. R. a. M. S. O. Cambodia, International Organisation for Migration.

អ្នកចូលរួមនៅក្នុងសិក្ខាសាលាជាតិស្តីពីការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃការវាយតំលៃស្ថានភាព និងការឆ្លើយតប ចំពោះ OVC ថ្ងៃទី២៦ ដល់ថ្ងៃទី២៧ ខែមេសា ឆ្នាំ២០០៧

1	H.E. Ith Samheng	Minister,	MoSVY
2	H.E. Keo Borentr	Director General, Chair NOVTF	MoSVY
3	H.E. Teng Kunthy	Secretary General,	NAA
4	Dr. Suomi Sakai	Representative of UNICEF	UNICEF Cambodia
5	Dr. Haritiana Rakotomamonjy	Chief of HIV Section,	UNICEF Cambodia
6	Ms Carole William	Country Director	Save the Children Australia
7	Chan Chon Nary	Special Education	MoEYS
8	Prom Sameth	Chief of Administrative	MoCR Kg Speu
9	Live Wanlee	Aids Council	MoI
10	Em Sophon	Deputy Director	MoSVY
11	Kaien Yoo	Consultant	UNICEF
12	Nhea Sery Sokha	Sow Chife office	MoWA
13	Phank Phinich	Projecf Assitant	SCA
14	Sary Ong	Coordinator	Wat Chba Ampov
15	Koy Phallany	E.D	Khamra
16	Nvon Virak	Information office	CAMP
17	kong Udom	Project Assitant	UNICEF
18	Hannaah Molean	Medical Coordinator	M'LOP TAPANG
19	Tou Bunna		MRD
20	Ong Dara	Hiv/Aids Officer	LWF
21	Nguon San	Director	KoSHER
22	Ly Sangky	Program officer	SCA
23	Chea Hout	SPA-Education	UNICEF
24	Pen Sophan	Director	SFODA
25	Luch Paov		Mith Sam Lanh
26	Chea Sophat	Project Officer	KSCPO
27	Hout Totem	Director	V.C
28	Yin Sokha	SMC-OVC	KSCPO
29	Sam Sophan	Medical Coordinator	NPH
30	Dy Chhunsong		HACC
31	Dana Morrissey	Program Manage	CHAI
32	Magarette Robert	Consultant	CARE
33	Chhoeum Chhat	Chief Bureur	MoCR
34	Dr Ith Vira	Aids Office	MoI
35	Seng Sopheap	Coordinator	Wold Education
36	Or Ee	Coordinator	TASK
37	In Sam Aun	Deputy Director	MoP
38	Phok Many	Deputy Director	NHCC
39	Chhun Channary	Reantergration	CCPCR
40	Korn Sokhan	Spo	CRC
41	Ky Long	Bureu Chife	MoP
42	Sok Phanna	Project Coordinator	Krusa Thmey
43	Jim Noonan	Project Management	Maryknoll
44	Pen Thavy	Education	PDE
45	Keo Chamroeun	Avd.Assis.officer	COSECAM
46	Touch Socheara	Project Writer	AFESIP
47	Bun Rany	Country Representative	Holt International
48	Hok Phearom	Project Management	TASK

49	Poch Vuthea	Project Officer	SCA
50	Kou Phearith	Assis.Pro.Manager	ICC
51	Erin Mercer	Technical Advisor	SIT
52	Kong Sopheap	Team Leader	Khana
53	Tep Navuth	PCF Chife	NAA
54	Mao Sovade	Director	MoSVY
55	Sangha Chy	ARCG	Plan
56	Ek Lim	P.P Representative	YCC
57	Chhouk Sithan	P.P	CWDA
58	Sim Chan Borina	Ex. Director	PK (Persat)
59	Chea Thira	OVC Specailist	Khana
60	Leap Sreylouch	P/O	CPN+
61	Klang Pichet	Pro.Technical officer	NOVCTF
62	Tan Sokhon	TA	MoSVY/SCA
63	San Soyrukha		TPO
64	Pin Saraveth	Assis.Director	E.A.A
65	Sang Saroeun	OPSO	SCA
66	Ung Vibol	MD	NPH
67	Eeva Maria Vuorenmac	PO	WFP
68	Anu Riikonen	TA	SCA
69	Yam MengSean		MoI
70	Maggie Janes	Program Manage Hiv/Aids	CRS
71	Cindy Milford	Prog. Coordinator	FHI
72	Ky Kanary		Nyemo Cambodia
73	Ellen Mu	Director	SSC
74	FernandezMp	Coordinator	CHC/MCCC
75	Soeum Vanna	Pro.Manager	WVC
76	Suos Prempey	Deputy of AIDS unit	NCHADS
77	Chhim yuth Samphey	Deputy Director	MLV (OHD)
78	Sam Eng	P O	Pact Camodia
79	Keo Keang	Deputy Director	Pact Camodia
80	William Wells	Consultant	UNICEF
81	Chea Bunthey	Project Assitant	UNICEF
82	Lay Narong	PM	HOC
83	Tracy Sprott	Ta	FRIENDS-international
84	Bou Sitha	Technical Staff	MoSVY
85	Khann Chanmoni	PCS	NAA
86	Keo Chanda	Natonal Consultant	UNICEF
87	Sim Yun	Deputy Director	MoCR
88	Janne Roberts	Consultant	UNICEF
89	Hani Shana	Staff	PSAD
90	Kim San	E.D	COHD
91	Men Savann	E.D	KT
92	An Saban	PC	MODE
93	Yoeut Neroath	T.L	FAP SP
94	Roth Sophea	E.D	CPR
95	Chu Sreyliya	Staff	CPR
96	Huoy Sokunthea	Staff	O E C
97	Doul Samphan	Project Coordinator	C D F C
98	Por Youdany	Finance Assistant	
99	Sao thoeun	Staff Management	Chet Thon
100	Meng Senghieng	Staff	KBA (BMC)
101	Koy Vanlyn	P-C	Seado (BMC)
102	In Sophea	Education P.O	BFD (BTB)

103	Chheang Sophat	BLI Staff	BLI (PURSAT)
104	Loch Chanthy	Finance Manager	P.C
105	Chen Sokhany	Chife	RUFADA
106	Run Rotanak	P M	A S
107	Teun Suos	Program	ILDO
108	Cent Saroeun	Orphan in Charge	REDA
109	Pouk ChaunReun	Coordinator	KRADA
110	Ing Sivheng	ED	BWAP (BTB)
111	Leak Chowan	PM	PNKS
112	Im Seng kim	E.D	P S K
113	Toeng Sothara	Provincial Project Coordinator	Pak
114	Nhanh Yeat	CD	CSDA
115	Kous Sophea	Project Management	
116	Chea Saret		Kg Charm
117	Mao lang	Director	Homeland
118	Srey Sokhon	Director	W O S O
119	Leung Vuthy	Project Management	KST II (BTB)
120	Eap Vuthy	Net Work Coordinator	KKRY
121	Deap Siyeth	Program Manager	AFD
122	Lak Kimkhemarin	Chife Service	RHSUR
123	Prom KimChheey	Exc.Director	KMR
124	Nget Saborak	E.D	CSCN
125	Smien Ran	Team Leader	Caritas (Siem Reap)
126	Chey KimSan	Fild Officer	Ponleurkuma
127	Vasymean	OVC Officer	Ponleurkuma
128	Chhun Roeurn	Director	SIT KND
129	Mer Marady	Admin/ Financial	CDRCD
130	Leng Sothea	E.D	CPRCP
131	Sok Pun	TA	NAA
132	Van Lyheang		MoF
133	Sek Socheat	CFC	CFC
134	Um Sam ourn	Director	RACHANA
135	Pal Vandy	Director	PAK Camodia
136	Keo Ravy	Staff	MoSVY