ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ស្តីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ នៅកម្ពុជា ២០២៥-២០៣០

ឆ្នាំ ២០២៥

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ
ស្តីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ
នៅកម្ពុជា
២០២៥-២០៣០

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ

ឆ្នាំ២០២៥

បុព្វកថា

ការប្ដេជ្ញាចិត្តរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលចំពោះសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋជាពិសេស ក្នុងវិស័យថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ បានប្រព្រឹត្តទៅយ៉ាងខ្ជាប់ខ្ជួន។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺជាសក្ខីភាពមួយចំពោះការយកចិត្តទុកដាក់របស់យើងក្នុងការធានាថាបុគ្គលគ្រប់រូបនៅក្នុងប្រទេស មានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ហើយសិទ្ធិរបស់ពួកគេក្នុងវិស័យនេះត្រូវបានរក្សា និងគោរព។

សមិទ្ធផលដែលយើងសម្រេចបានរហូតមកដល់ពេលនេះ ក្នុងការកែលម្អសុខភាពផ្លូវភេទសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា ទារកទើបនឹងកើត និងកុមារមានភាពប្រសើរឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់។ សកម្មភាពរបស់យើងគឺមានភាពសមស្របទៅនឹងក្របខ័ណ្ឌជាតិ និងអន្តរជាតិសំខាន់ៗ រួមទាំងយុទ្ធសាស្ត្របញ្ចកោណរបស់រដ្ឋាភិបាល ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពឆ្នាំ២០៣០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល និងផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក(FTIRM)។

យុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺស្របតាមការប្ដេជ្ញាចិត្ត របស់យើងដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងសន្និសីទអន្តរជាតិ ស្ដីពីប្រជាជន និងការអភិវឌ្ឍន៍ (ICPD) នៅទីក្រុងណៃរ៉ូប៊ី ក្នុងឆ្នាំ២០១៩ ដើម្បីសម្រេចបាននូវលទ្ធផលផ្លាស់ប្ដូរចំនួនបីនៅឆ្នាំ២០៣០៖ ការលុបបំបាត់ការស្លាប់មាតាដែលអាចការពារបាន ការបំពេញតម្រូវការផែនការគ្រួសារទាំងអស់ ការលុបបំបាត់អំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ និងការអនុវត្តដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ក៏ជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់ នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងផែនទីបង្ហាញផ្លូវឆ្ពោះទៅការគ្របដណ្ដប់សុខភាពជាសកលនៅកម្ពុជា និងការថែទាំសុខភាពបឋម។

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ស្ដីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ នឹងក្លាយជាត្រីវិស័យណែនាំយើងឆ្ពោះទៅរកភាពប្រសើរឡើង បន្ថែមទៀតសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ ជាពិសេសកុមារី និងស្ត្រីហើយទន្ទឹមនឹងការធានាថាគ្មាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទុកចោល ស្ត្រី និងកុមារីបានអនុវត្តសិទ្ធិរបស់ពួកគេក្នុងការទទួលបានសិទ្ធិផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសុខុមាលភាពនៅឆ្នាំ២០៣០។

យើងមានឱកាសចូលរួមទាំងអស់គ្នា ដើម្បីជួយប្រជាជនកម្ពុជាឱ្យទទួលបាននូវសមធម៌ និងសុខភាពល្អប្រសើរ។

ថ្ងៃពុធ ៣កើត ខែពិសាខ ឆ្នាំម្សាញ់ សប្តស័ក ព.ស. ២៥៦៨

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ៣០ ខែ០៤ ឆ្នាំ២០២៥

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ **ឈាង រ៉ា**

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ **លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ អ៊ឹម សិទ្ធិការ្យ** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល និងជាប្រធានគណៈកម្មការសម្របសម្រួលក្នុងការពង្រឹងគុណភាពថែទាំ ព្យាបាលសុខុមាលភាពមាតា ទារក កុមារ និងរោគស្ត្រី ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលបានដឹកនាំក្នុងដំណើរការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ស្តីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិឆ្នាំ២០២៥-២០៣០។

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះ កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក និងភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ចំពោះការរួមចំណែកដ៏មានតម្លៃក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ស្តីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០។ យើងសូមថ្លែង អំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះការប្តេជ្ញាចិត្តដ៏មុតមាំ និងការចូលរួម យ៉ាងសកម្មរបស់មន្ត្រីរាជការ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់នៅក្នុងដំណើរការនេះ។

លើសពីនេះសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន (UNFPA) ដែលបានផ្តល់ទាំងបច្ចេកទេស និងថវិកាក្នុងដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍ និងបោះពុម្ពនូវយុទ្ធសាស្ត្រដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។

មាតិកា

បុព្វកថា 2

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ 3

បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងារគ្រប់គ្រង និងដឹកនាំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្ដីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្ដពូជ និងសិទ្ធ ២០២៥-២០៣០..6

អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់..8

1.មាត្រដ្ឋាន នៃបញ្ហាប្រឈម 10

1.1ការវិភាគស្ថានភាព និងវឌ្ឍនភាពដែលសម្រេចបាន 10

1.2កត្តាសំខាន់ៗដែលជះឥទ្ធិពលដល់សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្ដពូជ និងសិទ្ធ)SRHR(នៅកម្ពុជា..13

ការផ្សារភ្ជាប់ និងធ្វើឱ្យសមស្រប 1.3..22

2.វិធីសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រ..23

3.ចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្ត្រ គោលការណ៍ កត្តាជំរុញល្បឿន និងអាទិភាព 26

គោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រ 3.1..26

3.2 គោលការណ៍ណែនាំ..26

កត្តាជ 3.3ំរុញល្បឿន នៃផលប៉ះពាល់ 33

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ 3.4..35

4.តំបន់អន្តរាគមន៍តាមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ 36

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ១. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពអាចរកបាន ប្រសិទ្ធភាព សុវត្ថិភាព និងការផ្ដោតលើប្រជាជន នៃព័ត៌មាន និងសេវាកម្មរបស់ SRHR ។..36

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ២. លើកកម្ពស់ការដាក់បុគ្គលិកសុខាភិបាលឱ្យបម្រើការងារក្នុងការផ្ដល់ព័ត៌មាន និងសេវារបស់ SRHR ។..41

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៣. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមាហរណកម្មសេវា និងការបញ្ជូនបន្តដើម្បីធានាបានភាពទាន់ពេលវេលា លទ្ធភាពទទួលបានសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រកបដោយសមធម៌ នៅគ្រប់កម្រិត នៃការថែទាំ 46

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៤. ដោះស្រាយបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រ គោលនយោបាយ និងការអនុវត្ត ដែលបង្គ្រោះថ្នាក់ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការផ្ដល់សេវា SRHR 48

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ៥. ផ្តល់អាទិភាពដល់ភាពជាម្ចាស់របស់សហគមន៍ ការចូលរួមជាមួយប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងការឆ្លើយតបដើម្បីពង្រឹងការផ្តត់ផ្គង់ និងតម្រូវការសេវា SRHR 52
អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៦. ដកចេញនូវឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាពឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC)..56
អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៧. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបានផលិតផល និងបច្ចេកវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រ.60
អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៨. លើកកម្ពស់ និងពង្រឹងទិន្នន័យសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ការច្នៃប្រឌិត ការត្រួតពិនិត្យ និងការរៀនសូត្រ 63
អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៩. ជំរុញអភិបាលកិច្ចប្រកបដោយបរិយាបន្ន និងជំរុញភាពជាដៃគូ...............66
ឧបសម្ព័ន្ធទី១ ៖ ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃ 70

បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងារគ្រប់គ្រង និងដឹកនាំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយុទ្ធសាស្រ្តជាតិស្តីពី សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធ ២០២៥-២០៣០

១. លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ឹម សិទ្ធិភារៀ**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
២. ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ	**គុំ ភាណារ៉ាល់**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាលសមាជិកសមាគម សម្ភព និងរោគស្ត្រី
៣. លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**ឧុង វដ្ឋាទី**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល
៤. លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	**គីម វត្តនា**	នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
៥. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**សៀង លំអងគន្ធា**	ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ
៦. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**សុខ សុគន្ធ**	អង្គការ UNFPA
៧. លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**ជាង កន្និដ្ឋា**	អង្គការ WHO
៨. លោកស្រី	Chloe Denavit	អ្នកសម្របសម្រួល
៩.លោក	**ខួន ប្រុស**	អង្គការ UNFPA

១០. មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ (NRHP)

១១. មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិអាហារូបត្ថម្ភ (NNP)

១២. មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ (NIP)

១៣. មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួច រាក និងអាសន្នរោគ ស.ព.ជ.ក (ARI-CDD-IMCI)

១៤. មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT)

១៥. មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

១៦. មជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាព

១៧. មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ

១៨. នាយកដ្ឋានឱសថ ចំណីអាហារ បរិក្ខារពេទ្យ និងគ្រឿងសំអាង

១៩. ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល

២០. នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ

២១. នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល

២២. នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

២៣. ក្រសួងកិច្ចការនារី

២៤. ក្រសួងអប់រំ៖ នាយកដ្ឋានសុខភាពនៅតាមសាលារៀន

អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់

AFSRH	សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ ប្រកបដោយមិត្តភាព
ANC	ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល
ART	ការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគ
BEmONC	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត កម្រិតមូលដ្ឋាន
BNM	បរិញ្ញាបត្រគិលានុបដ្ឋាយិកា និងឆ្មប
CAC	ការថែទាំរំលូតដោយសុវត្ថិភាព
CBD	អ្នកចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតតាមសហគមន៍
CBE	ការអប់រំផ្អែកលើសមត្ថភាព
CEmONC	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ពេញលេញ
CPA	សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់
CPR	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត
CDHS	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
EmONC	សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត
FP	ផែនការគ្រួសារ
FTIRM	ផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណមាតា និងទារក
GBV	អំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ
GMAG	ក្រុមការងារបញ្ជ្រាបយេនឌ័រ នៃក្រសួងសុខាភិបាល
HC	មណ្ឌលសុខភាព
HCMC	គណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព
HEF	មូលនិធិសមធម៌សុខភាព
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MPA	សំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា
NGO	អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល
NIP	កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ
NCHADS	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
NRHP	កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ
NMCHC	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
NSSRHR	យុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ
NSDP	ផែនការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចសង្គមជាតិ
NSSF	បេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម
NQEM	យន្តការជាតិលើកកម្ពស់គុណភាព
OD	ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ
PAC	ការថែទាំក្រោយរំលូត
PMTCT	ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
RoGC	រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
RHAC	អង្គការថែទាំសុខភាពគ្រួសារកម្ពុជា
RMNCH	សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ
PNC	ការថែទាំក្រោយសម្រាល
PPH	ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល
SBA	ការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ

H-EQIP	គម្រោងលើកកម្ពស់គុណភាព និងសមធម៌សុខភាព
HIV	វីរុសដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់មនុស្សចុះខ្សោយ
HMIS	ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
HPV	មេរោគ HPV
HRD	នាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស
ICPD	សន្និសីទអន្តរជាតិស្តីពីការអភិវឌ្ឍន៍ប្រជាជន
LAPM	វិធីសាស្ត្របញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍
LARC	មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង
LGBTQI+	ស្ត្រីស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា បុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា អ្នកស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា អ្នកប្តូរភេទ Queer ឬ Intersex និងការកំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯងផ្សេងទៀត
LMIS	ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងភស្តុភារ
MA	ការរំលូតកូនដោយឱសថ
MCAT	ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធធ្មប
MVA	ការរំលូតកូនដោយឧបករណ៍បូមដោយដៃ
MCH	សុខភាពមាតា និងទារក
MDA	ការអង្កេតមរណភាពមាតា
MgSO4	ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត
MMR	អត្រាមរណមាតា
SBCC	ទំនាក់ទំនងសម្រាប់ផ្លាស់ប្តូរសង្គម និងឥរិយាបថ
SMP	ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់
SOGIE	និន្នាការភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងការបង្ហាញយេនឌ័រ
SRHR	សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ
TWG	ក្រុមការងារបច្ចេកទេស
UHS	សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល
UN	អង្គការសហប្រជាជាតិ
UNFPA	មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន
USAID	ទីភ្នាក់ងារសហរដ្ឋអាមេរិកសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ
VAC	អំពើហិង្សាលើកុមារ
VAW	អំពើហិង្សាលើស្ត្រី
VHSG	ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ
VIA	ការត្រួតពិនិត្យមើលឃើញដោយអាស៊ីតអាសេទិក
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

1. មាត្រដ្ឋាន នៃបញ្ហាប្រឈម

1.1 ការវិភាគស្ថានភាព និងវឌ្ឍនភាពដែលសម្រេចបាន

យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ ២០២១-២០២២ អត្រាមរណភាពមាតាត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាមានចំនួនស្លាប់ ១៥៤ នាក់ក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ លើសពីមធ្យមភាគនៃតំបន់ដែលមានចំនួនស្លាប់ត្រឹម ១៤០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ២០១៩ [1]។ ស្ថានភាពនៃការស្លាប់ទារកមានភាពប្រសើរឡើង ដោយអត្រា នៃការស្លាប់បានថយចុះពីចំនួន ២៨នាក់មកនៅត្រឹម ១២នាក់ក្នុង ១០០០ កំណើតរស់ ហើយអត្រាមរណភាពកុមារក៏មានភាពប្រសើរឡើងដែរ ដោយថយចុះពីចំនួន ២០នាក់ ទៅ ១១ នាក់ក្នុង ១០០០ កំណើតរស់ នៅចន្លោះឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០២១-២០២២ ដែលនេះបានឆ្លុះបញ្ចាំងពីសមិទ្ធផលជាច្រើនក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា។[2]

ប្រទេសកម្ពុជា ជាប់ចំណាត់ថ្នាក់ទីមួយក្នុងចំណោមបណ្តាប្រទេសអាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកទាំងអស់ក្នុងគោលនយោបាយពន្យារកំណើត Atlas ដោយសម្រេចបានពិន្ទុ ៩០,១% លើមាត្រដ្ឋានសម្រាប់ការតាមដានប្រទេសនានាលើគោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបាន វិធីពន្យារកំណើត។ ៦២% នៃស្ត្រីរៀបការរួចដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមានតែស្ត្រី ៤៥% ប៉ុណ្ណោះដែលប្រើប្រាស់វិធីទំនើបៗ ស្ត្រីនៅទីជនបទ (៤៧%) ប្រើប្រាស់ច្រើនជាងអ្នករស់នៅក្នុងទីក្រុង (៤១%)។ ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការរួច និងមិនទទួលបានតម្រូវការក្នុងការធ្វើផែនការគ្រួសារ បានធ្លាក់ចុះពី ១២,៥% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ មកត្រឹម ១១,៥% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២។ ខណៈពេលនេះគឺជាការវិវឌ្ឍន៍ដ៏សំខាន់គួរឱ្យកត់សម្គាល់ គេឃើញថាគោលដៅមួយចំនួនដែលបានកំណត់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសិទ្ធិ (NSSRHR) ឆ្នាំ២០១៧-២០២៣ មិនទាន់បានសម្រេច ដោយគ្រាន់តែបង្ហាញពីភាពប្រសើរឡើងតិចតួចប៉ុណ្ណោះ។ ជាឧទាហរណ៍ ភាគរយ នៃស្ត្រីដែលរៀបការរួច និងប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត រយៈពេលវែង ឬមធ្យោបាយបញ្ឈប់កំណើត (ការដាក់កងក្រោមស្បែក កងដាក់ក្នុងស្បូន និងការចោះចងបំពង់បង្ហូរមេជីវិតបុរស និងការចោះចងដៃស្បូន) មានភាពប្រែប្រួលតិចតួចពី ៩,៦% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ឡើងដល់ ១០% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២។[3] ក្នុងរយៈពេល ៣ឆ្នាំមុន ការស្ទង់មតិ ប្រហែល ២១% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់បានបាត់បង់កូនដែលក្នុងនោះ ១២% គឺជាការរលូតកូន ៩% គឺជាការរំលូតកូន និងតិចជាង ១% គឺជាការស្លាប់កូនក្នុងពេលពរពោះ។

សមាមាត្រ នៃស្ត្រីវ័យជំទង់អាយុពី ១៥-១៩ឆ្នាំ ដែលមានផ្ទៃពោះបានធ្លាក់ចុះពី ១២% ទៅ ៩% ចាប់តាំងពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព (CDHS) ចុងក្រោយ។ ក្នុងចំណោមក្រុមនេះ ២% នៃពួកគេ មានបទពិសោធន៍រលូតកូន ឬរំលូតកូន។ ជាងពាក់កណ្តាល នៃពួកគេ (៥៩%) មិនបានប្រើវិធីពន្យារកំណើតនោះទេ។ ក្មេងជំទង់ដែលមិនទទួលបានការអប់រំ (៣៥%) ទំនងជាមានផ្ទៃពោះច្រើនជាងអ្នកដែលមានការអប់រំ ជាពិសេសអ្នកដែលមានការអប់រំកម្រិតមធ្យមសិក្សា (៧%) ។ ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់ គឺមានអត្រាខ្ពស់

---

[1] អង្គការ OECD (2019)។ សុខភាពនាពេលបច្ចុប្បន្ន៖ អាស៊ី/ប៉ាស៊ីហ្វិក 2022៖ ការវាស់វែងវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅរកការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។

[2] វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និង ICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និង ICF

[3] វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និងICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និង ICF

នៅក្នុងតំបន់ជនបទ (១០%) ជាងនៅតំបន់ទីក្រុង (៨%)។ ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់ដែលរៀបការរួច ភាគច្រើន (៥៩%) មិនបានប្រើវិធីពន្យារកំណើតនោះទេ [4]។

ស្ត្រីភាគច្រើន (៩៩%) យ៉ាងហោចណាស់ទទួលបានការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលពីអ្នកផ្តល់សេវាជំនាញហើយ ៨៦% នៃស្ត្រីទទួលបានការថែទាំចំនួនបួនដង ឬច្រើនជាងនេះ។ ការសម្រាលកូននៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងពី ៦៦% ក្នុងឆ្នាំ២០១០ ដល់ ៩៨% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២ ហើយ ៩៩% នៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ភាគរយ នៃទារកដែលបានបៅទឹកដោះម្តាយ ក្នុងកំឡុងពេល១ម៉ោងក្រោយសម្រាល បានធ្លាក់ចុះពី ៦៣% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ មក ៥៤% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២។ ស្ត្រីទទួលបានការថែទាំក្រោយសម្រាល បានកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងពី ៣១% ទៅ ៨៥% ។[5]

ចំណេះដឹងជុំវិញមេរោគអេដស៍ក៏មានភាពប្រសើរឡើងផងដែរ។ ៧៤% និង៨៣% នៃស្ត្រី និងបុរស ដឹងថាការប្រើស្រោមអនាម័យជាប់លាប់កាត់បន្ថយហានិភ័យ នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ស្ត្រីភាគច្រើន បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដោយអត្រាកើនឡើងពី ២៤% ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ដល់ ៤៧% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី ភាគរយ នៃស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល នៃការណាត់ជួបសម្រាប់ការថែទាំមុនសម្រាល និងរង់ចាំទទួលលទ្ធផលតេស្ត បានថយចុះពី ៨២,៥% ទៅ ៦៦% នៅចន្លោះឆ្នាំ២០១៤ និង២០២១-២០២២។ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប្រជាជនប្រមាណ ៧៦ ០០០នាក់ កំពុងរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២០២២ ហើយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីចំនួន ១ ៤០០នាក់ ទៀតត្រូវបានកត់ត្រានៅឆ្នាំនោះ។ តួលេខទាំងនេះ បង្កើនការព្រួយបារម្ភអំពីការថយចុះការយល់ដឹងអំពីហានិភ័យ នៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមយុវជន ដែលបណ្តាលឱ្យមានអត្រាទាប នៃការធ្វើតេស្ត និងការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងចំណោមប្រជាជនវ័យជំទង់សំខាន់ៗ។

ស្ត្រីកម្ពុជាគ្រប់វ័យ ១នាក់ ក្នុងចំណោម ១០នាក់ បច្ចុប្បន្នកំពុងរស់នៅជាមួយអំពើហិង្សាពីដៃគូស្និទ្ធស្នាល ហើយសមាមាត្រស្ត្រីដែលជឿថាប្តីមានហេតុផលក្នុងការវាយប្រពន្ធ គឺនៅតែមានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងអត្រា ៣៧% ទោះបីជាមានការថយចុះកន្លងមកក៏ដោយ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី ការរំលោភសេពសន្ថវៈ និងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ទំនងជាត្រូវបានរាយការណ៍តិចតួចដោយសារការភ័យខ្លាចការសងសឹក ការមាក់ងាយពីសង្គម ការរើសអើង និងការមិនទុកចិត្តលើប៉ូលីស និងប្រព័ន្ធតុលាការ។[6] ខណៈ ២១% នៃអ្នកនៅរស់រានមានជីវិតស្វែងរកជំនួយពីប៉ូលីស អ្នកនៅរស់រានមានជីវិត ភាគច្រើនមានទំនោរស្វែងរកជំនួយពីគ្រួសាររបស់ពួកគេជាញឹកញាប់បំផុត។ បច្ចុប្បន្ន ៥៨% នៃករណីអំពើហិង្សា គឺប្រព្រឹត្តដោយប្តី និងដៃគូស្និទ្ធស្នាល ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានជួបប្រទះហិង្សានេះ ១០% នៃករណីបានចាប់ផ្តើមក្នុងអំឡុងពេលជំងឺរាតត្បាត កូវីដ១៩។[7]

ប្រជាជនមួយចំនួនប្រឈមនឹងហានិភ័យកើនឡើង នៃការជួបប្រទះអំពើហិង្សា និងការរំលោភបំពាន ការកើនឡើងនូវឧបសគ្គក្នុងការទទួលបាន ការការពារប្រឆាំងនឹងអំពើហិង្សាទាំងនេះ ដោយសារអាយុ ទំនោរ

---

[4] វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និងICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និងICF

[5] វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និងICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និង ICF

[6]ការពិគ្រោះយោបល់របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍ NSSRHR ។

[7] វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និងICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និងICF

ផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពចំណាកស្រុក ស្ថានភាពពិការ ការងារ និងកត្តាផ្សេងៗទៀត។ ជាឧទាហរណ៍ ស្ត្រីពិការនៅកម្ពុជាមានអត្រាខ្ពស់ប្រឈមនឹងអាកប្បកិរិយាគ្រប់គ្រងពីដៃគូ និងប្រឈមកាន់តែខ្ពស់ពីអំពើហិង្សាគ្រប់ទម្រង់ (ផ្លូវចិត្ត ផ្លូវកាយ និងផ្លូវភេទ) ពីសមាជិកគ្រួសារ។ ឧបសគ្គចំពោះការលាតត្រដាង និងការទទួលបានសេវា គឺកាន់តែអាក្រក់ទៅៗសម្រាប់ស្ត្រីពិការជាច្រើន ដោយសារពួកគេមានស្វ័យភាព និងអំណាចលើហិរញ្ញវត្ថុ និងការសម្រេចចិត្តជាងស្ត្រីដទៃទៀត។[8] ខណៈពេលដែល HMIS បច្ចុប្បន្នមិនបែងចែកទិន្នន័យទៅតាមស្ថានភាពពិការភាព នាយកដ្ឋានព័ត៌មានសុខាភិបាល របស់ក្រសួងសុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមកិច្ចពិភាក្សានៅឆ្នាំ ២០២៣ អំពីរបៀបបញ្ចូលលក្ខណៈពិសេសនេះ។[9]

ស្ត្រីក្នុងសហគមន៍ជនជាតិដើមភាគតិចក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ក៏ប្រឈមនឹងកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ និងឧបសគ្គក្នុងការទទួលបានការគាំទ្រផងដែរ។ នៅខេត្តរតនគិរី ដែលសហគមន៍ជនជាតិដើមភាគតិចមានវត្តមានច្រើនជាងតំបន់ផ្សេងទៀត នៃប្រទេសមានក្មេងស្រីជាច្រើន (៤៩%) បានរៀបការនៅវ័យកុមារ[10] ដែលនេះបង្កើនហានិភ័យ នៃការប្រឈមមុខនឹងអំពើហិង្សាផ្លូវភេទ និងរាងកាយពីដៃគូរស្និទ្ធស្នាល បើធៀបនឹងអ្នកដែលរៀបការក្រោយអាយុ ១៨ ឆ្នាំ[11]។ លើសពីនេះ ស្ត្រីជនជាតិដើមភាគតិចដែលជួបប្រទះអំពើហិង្សា ប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗក្នុងការទទួលបានយុត្តិធម៌ ទីជម្រកសុវត្ថិភាព សេវាប្រឹក្សា ជំនួយផ្នែកច្បាប់ និងសេវាផ្សេងៗទៀតផងដែរ។[12]

កម្ពុជាជាប់ចំណាត់ថ្នាក់លេខពីរក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ បន្ទាប់ពីប្រទេសមីយ៉ាន់ម៉ា សម្រាប់ការបង់ប្រាក់ពីហោប៉ៅ (OOP) ដោយអ្នកជំងឺសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ដែលមានចំនួន ៦៤% នៃការចំណាយសុខភាពសរុបក្នុងឆ្នាំ២០១៩។ នេះធ្វើឱ្យប្រជាជនកម្ពុជាប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ នៃការចំណាយបញ្ហាសុខភាព ឬកង្វះលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាព។[13] ដើម្បីបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានបង្កើតបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម ប.ស.ស. ក្នុងគោលបំណងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់កម្មករធ្វើការក្នុងវិស័យផ្លូវការចំនួនជាង២លាននាក់ មន្ត្រីរាជការ សោធននិវត្តន៍ និងអតីតយុទ្ធជន(ប្រមាណ ៤0% នៃចំនួនប្រជាជន)។ ថ្មីៗនេះ ប.ស.ស. បានពង្រីក ដោយដាក់បញ្ចូលអ្នកដែលរស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់ពួកគេ និងកម្មករក្រៅប្រព័ន្ធផ្លូវការផងដែរ។ លើសពីនេះទៀត នៅឆ្នាំ២000 រដ្ឋាភិបាលបានបង្កើតមូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEF) ដើម្បីផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានសុខភាពសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជាក្រីក្រ ក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព។ HEF ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយក្រសួងសុខាភិបាល ហើយបច្ចុប្បន្នគ្របដណ្តប់ប្រហែល ២,៥លាននាក់ ដែលចាត់ថ្នាក់ថាជាអ្នកក្រីក្រ។ អ្នកទទួលផលពី HEF អាចទទួលបានការព្យាបាលនៅគ្រប់គ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ។

រដ្ឋាភិបាលប្តេជ្ញាកាត់បន្ថយការចំណាយពីហោប៉ៅ (OOP) ពី ៦0% មកនៅ ៣0% ដោយទទួលស្គាល់ពីតម្រូវការក្នុងការពង្រីកបន្ថែមទៀតនូវលទ្ធភាពទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពបឋម។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការប្រើ

---

[8]Astury, J., Walji F. (2013) គ្រោះថ្នាក់បីជង់៖ អំពើហឹង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ និងការរំលោភសិទ្ធិមនុស្ស បទពិសោធន៍ដោយស្ត្រីពិការនៅកម្ពុជា។ ភ្នំពេញ។ ជំនួយអូស្ត្រាលី។

[9] ការពិគ្រោះយោបល់ពីភាគីពាក់ព័ន្ធ៖ ជាតុចូលពី RHAC ។

[10]វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) [កម្ពុជា] ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) [កម្ពុជា] និងICF ។ 2023. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា 2021-22 របាយការណ៍ចុងក្រោយ។ ភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា និងRockville រដ្ឋ Maryland សហរដ្ឋអាមេរិក៖ NIS, MoH, និងICF

[11] ក្មេងស្រីមិនមែនជាកូនក្រមុំ។ (២០២២)។ អំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ និងអាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារ ។

[12]Rendell, S, Lee, H., (2017), ការបៀតបៀនផ្លូវភេទក្នុងឧស្សាហកម្មកាត់ដេរកម្ពុជា៖ ប្រេវ៉ាឡង់ និងថ្លៃដើម។ ទីក្រុងកង់បេរ៉ា៖ CARE International។

[13] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២២)។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា (២០១៧-២០២៣)។

របបសន្តិសុខសង្គមនៅមានកម្រិតទាប ដោយសារមណ្ឌលសុខភាពជាច្រើនប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាផ្គត់ផ្គង់ និងតម្រូវការ ដើម្បីផ្តល់សេវាមានគុណភាពខ្ពស់។ ការកើនឡើង នៃមូលនិធិសម្រាប់ PHC និងកម្មវិធីគាំពារសង្គមក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ បាននាំឱ្យមានការកើនឡើង នៃការប្រើប្រាស់ ប៉ុន្តែប្រជាជនកម្ពុជារាយការណ៍ពីចំណូលចិត្តក្នុងការទទួលសេវាពីវិស័យឯកជន ឬគ្លីនិកដែលគ្រប់គ្រងដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ដែលសេវាមួយចំនួនមិនមានភ្ជាប់ទៅនឹងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមដែលមានស្រាប់នោះទេ។ អ្នកទទួលផលចាំបាច់ត្រូវបង្កើនការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល សេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលមាន ក៏ដូចជាបន្តពង្រឹងគុណភាព នៃការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបង្កើនតម្រូវការ និងការប្រើប្រាស់សេវានៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ។ ក្របខ័ណ្ឌការអនុវត្តកម្មវិធីជំរុញការថែទាំសុខភាពបឋមបង្ហាញពីមធ្យោបាយក្នុងការសម្រេចបាននូវ PHC ដែលជាមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាព ប្រកបដោយសមធម៌ និងមាននិរន្តរភាពក្នុងការសម្រេចបានការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC)។

1.2 កត្តាសំខាន់ៗដែលជះឥទ្ធិពលដល់សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធ (SRHR) នៅកម្ពុជា

1.2.1 ការរើសអើង និងវិសមភាព (រួមទាំងបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ និងរើសអើង)

ការរើសអើង

គោលនយោបាយរបស់ប្រទេសកម្ពុជា មិនមានការរើសអើងប្រឆាំងនឹងក្រុមណាមួយរួមទាំងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ប៉ុន្តែគោលនយោបាយទាំងនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តពេញលេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពទាំងអស់ឡើយ ដោយសារនៅមានអ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនបង្ហាញអាកប្បកិរិយារើសអើង។ អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ (២០%) រាយការណ៍ពីការជៀសវាងការថែទាំសុខភាព ដោយសារតែភ័យខ្លាចការមាក់ងាយ និងការរើសអើង។[14] ការសិក្សាមួយដែលធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំ ២០១៩ ដោយបណ្តាញប្រជាជនកម្ពុជាដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ (CPN+) បានរកឃើញថា ប្រជាជនមួយចំនួនបានរាយការណ៍ថាពួកគេមាន "បទពិសោធន៍មិនល្អជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាល" ដែលនេះជាហេតុផលក្នុងការមិនស្វែងរកការព្យាបាលមេរោគអេដស៍បន្ទាប់ពីទទួលបានលទ្ធផលតេស្តវិជ្ជមាន។[15] ការរើសអើងជាតិសាសន៍ និងការរើសអើង រួមចំណែកដល់ការមិនអើពើ និងមិនរាប់បញ្ចូលបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍ក្នុងការថែទាំសុខភាព[16]។ មនុស្សជាច្រើននៅក្នុងក្រុមដែលត្រូវបានទុកចោល មិនទទួលបានសេវា ប្រកបដោយភាពថ្លៃថ្នូរ វប្បធម៌ និងសមរម្យទៅតាមអាយុរបស់ពួកគេឡើយ ហើយមិនមានឱកាសស្មើគ្នាក្នុងការទទួលបានធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងការអប់រំដែលត្រូវការដើម្បីទទួលសេវាសុខភាព ដោយសារតែការរើសអើងជាតិសាសន៍ ការរើសអើង វិសមភាព និងអសន្តិសុខ។[17] គេត្រូវតែទទួលស្គាល់ និងដោះស្រាយមូលហេតុ និងឫសគល់នៃការស្លាប់មាតា និងទារកទាំងនេះ ដើម្បីសម្រេចបាននូវសុខភាព និងសុខុមាលភាពនៅក្នុង និងក្រៅបរិបទសុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ (SRHR) ។

---

[14]UNAIDS ដកស្រង់ទិន្នន័យពី BSS 2022។ ចូលប្រើនៅ https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia

[15]The People Living with HIV Stigma Index 2.0 Cambodia: របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ។ (2019)។ ចូលប្រើនៅ៖ https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/10/Cambodia-SI-Report-2019_English.pdf

[16]អង្គការសហប្រជាជាតិកម្ពុជា (2022), សមភាពយេនឌ័រ ស៊ីជម្រៅសម្រាប់កម្ពុជា៖ ការវិភាគប្រទេសទូទៅ។

[17]សេចក្តីថ្លែងការណ៍បញ្ចប់បេសកកម្ម៖ ដំណើរទស្សនកិច្ចរបស់ IE SOGI មកកាន់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា នីតិវិធីពិសេសសិទ្ធិមនុស្សរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ។ ខែមករា ឆ្នាំ 2023 ។

យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ទទួលស្គាល់នូវតម្រូវការក្នុងការជំរុញឱ្យមាន ការតស៊ូមតិលើសពីបរិបទប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដើម្បីមានឥទ្ធិពលលើកត្តាកំណត់សង្គមដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព។ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រផ្នែកទី ៤ គេត្រូវការមានច្បាប់ និងគោលនយោបាយសម្រាប់គាំទ្រ ហាមឃាត់ការរើសអើងក្នុងគ្រប់វិស័យ ព្រមទាំងអនុញ្ញាតឱ្យស្ត្រីធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងក្នុងគ្រប់ទិដ្ឋភាព នៃជីវិត និងធ្វើឱ្យមានសមភាពយេនឌ័រក្នុងវិស័យផ្សេងទៀតដូចជាការងារ ការអប់រំ និងយុត្តិធម៌។

វិសមភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម

ឧបសគ្គចម្បងក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺលទ្ធភាពក្នុងការបង់ថ្លៃសេវាខណៈចំណាយពីហោប៉ៅ (OOP) ដែលរួមចំណែក ៤០% នៃការចំណាយលើសុខភាពបច្ចុប្បន្ន (CHE) ស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ខ្ពស់បំផុតក្នុងតំបន់ (WHO 2023)។ គម្រោងថែទាំសុខភាពដោយស្ម័គ្រចិត្ត រួមមានជម្រើសធានារ៉ាប់រងឯកជន និងធានារ៉ាប់រងរបស់ស្ថាប័នមិនរកប្រាក់ចំណេញ រួមចំណែកតិចតួចបំផុតនៅក្នុង CHE ។ នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៩ កម្ពុជាបានដាក់ឱ្យដំណើរការនូវគោលការណ៍ណែនាំកញ្ចប់សេវាថែទាំពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល (១០០០ថ្ងៃ) ដោយផ្តល់នូវការណែនាំច្បាស់លាស់លើសេវាទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ក្នុងអំឡុងពេលនេះ និងអាចចូលប្រើប្រាស់បានតាមរយៈមូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEF)។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការប្រើប្រាស់គម្រោងនេះ នៅមានកម្រិតទាបនៅឡើយ ដោយសារកង្វះការយល់ដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយក្នុងចំណោមអ្នកទទួលផលដែលមានសក្តានុពល ក៏ដូចជាការយល់ឃើញពីគុណភាពមិនល្អ នៃសេវាផ្តល់ដោយប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្នុងវិស័យសាធារណៈ ដែលនាំឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ចូលចិត្តទៅទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន។ នៅឆ្នាំ២០២៣ ការគ្របដណ្តប់ដោយបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម ត្រូវបានពង្រីកដល់អ្នករស់ក្នុងបន្ទុករបស់មន្ត្រីរាជការ កម្មករក្នុងវិស័យផ្លូវការ កម្មករក្រៅប្រព័ន្ធផ្លូវការ និងបុគ្គលិកផ្នែកកម្សាន្តផងដែរ។

បទដ្ឋានយេនឌ័រ

យេនឌ័រ គឺជាកត្តាកំណត់សង្គមដ៏សំខាន់ដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព រួមទាំង SRHR ។ បទដ្ឋានយេនឌ័រមិនត្រឹមតែប៉ះពាល់ដល់ស្ត្រី និងកុមារីនោះទេ វាក៏បង្កហានិភ័យចំពោះសុខភាព និងប៉ះពាល់ដល់អាកប្បកិរិយាស្វែងរកការថែទាំសុខភាពរបស់បុរសផងដែរ ដោយសារផ្នត់គំនិតយេនឌ័រ នៃភាពជាបុរស បង្កឱ្យពួកគេខ្វះឆន្ទៈក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ព្រោះបុរសអាចត្រូវអ្នកដទៃថាទន់ខ្សោយនៅពេលទៅរកសេវាថែទាំសុខភាព។ បទដ្ឋានសង្គមនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទាក់ទងនឹងសមភាពយេនឌ័រ គឺមានភាពប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេលមួយទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ ប៉ុន្តែបទដ្ឋានគ្រោះថ្នាក់ជាច្រើននៅតែជះឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានដល់សមត្ថភាពក្នុងការសម្រេចបាននូវលទ្ធផលសុខភាព និងសុខុមាលភាពល្អបំផុតរបស់ស្ត្រី និងបុរស។

ស្ត្រីម្នាក់ក្នុងចំណោមប្រាំនាក់ បានទទួលរងអំពើហិង្សាផ្លូវចិត្ត ផ្លូវកាយ ឬផ្លូវភេទដោយដៃគូស្និទ្ធស្នាលនៅពេលណាមួយក្នុងមួយជីវិតរបស់ពួកគេ (CDHS 2021-2022)។ ផ្ទុយទៅវិញមានស្ត្រីតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះក្នុងចំណោមប្រាំនាក់ បានទៅស្វែងរកសេវាគាំទ្រជាផ្លូវការ ដូចជាការថែទាំសុខភាព ផ្លូវចិត្ត និងរាងកាយនេះដោយសារបុគ្គលិកផ្តល់សេវាបានស្តីបន្ទោសដល់អាកប្បកិរិយារបស់ស្ត្រីថា ជាមូលហេតុនាំឱ្យមានអំពើហិង្សាដែលការស្តីបន្ទោសនេះរងឥទ្ធិពលពីបទដ្ឋានយេនឌ័រ (MoWA & WHO 2015) ។

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីកែលម្អបទដ្ឋានយេនឌ័រដែលរឹតត្បិត គឺមានភាពឃើតយ៉ាវជាពិសេសសម្រាប់ស្ត្រីដែលប្រឈមមុខនឹងទម្រង់ នៃការរើសអើងបន្ថែម ដូចជាស្ត្រីជនជាតិដើមភាគតិច និងជនជាតិភាគតិច អ្នកដែលរស់នៅជាមួយនឹងពិការភាព មនុស្សដែលស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា បុរសស្រលាញ់បុរស អ្នកប្តូរភេទ អ្នកដែលមិនទាន់ច្បាស់អំពីអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្លួន និងអ្នកមានភេទចម្រុះ (LGBTQI+) និងស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជនបទនៃប្រទេសកម្ពុជា (UN 2022)។ យុវជននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបានឃើញ និងមានបទពិសោធន៍ទទួលរងអំពើហិង្សាលើរាងកាយនៅក្នុងសហគមន៍ និងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមមានការរំលោភសេពសន្ថវៈ ដែលនេះបញ្ជាក់ឱ្យឃើញពីតម្រូវការសេវាសុខភាព និងជំនួយដោយផ្តោតលើយុវជន ដើម្បីតម្រូវទៅតាមតម្រូវការរបស់ក្មេងជំទង់។ បទដ្ឋានយេនឌ័រត្រូវបានផ្ទេរបន្តជាច្រើនជំនាន់ ដោយសារកុមារជាច្រើនបានឃើញអំពើហិង្សាដែលកើតឡើងក្នុងចំណោមឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ហើយនេះបង្កើនហានិភ័យ ដោយពួកគេនឹងធ្វើតាមនូវអាកប្បកិរិយា និងជំនឿដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់នេះ (MoWA & WHO 2015)។

បទដ្ឋានយេនឌ័រនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងឥទ្ធិពលរបស់វាទៅលើសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ អាចត្រូវបានបែងចែកជាបួនផ្នែកខាងក្រោមទៅតាមក្របខ័ណ្ឌវិភាគយេនឌ័រៈ

លទ្ធភាពទទួលបានទ្រព្យសម្បត្តិៈ អត្រាចូលរួមក្នុងកម្លាំងពលកម្មដោយស្ត្រីនៅប្រទេសកម្ពុជាមានកម្រិតខ្ពស់ ប៉ុន្តែមានគម្លាតប្រាក់ឈ្នួលដោយផ្អែកលើយេនឌ័រគឺមានដល់ទៅ ១៩% ដោយសារតែការងាររបស់ស្ត្រីភាគច្រើនមានភាពមិនច្បាស់លាស់ ទទួលបានប្រាក់ខែទាប និងក្រៅផ្លូវការ។ មូលហេតុមួយក្នុងចំណោមមូលហេតុដែលបង្កឱ្យមានវិសមភាពនេះ គឺដោយសារតែចំនួនស្ត្រីទទួលបានកម្រិតអប់រំខ្ពស់មានតិចជាងបុរស។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលធ្វើការនៅក្នុងរោងចក្រកាត់ដេរ ការបៀតបៀន និងការស្តីបន្ទោសជនរងគ្រោះដោយសារបទដ្ឋានយេនឌ័រដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ ធ្វើឱ្យមានការមាក់ងាយទាក់ទងផ្លូវភេទរបស់ស្ត្រី ហើយនេះផលប៉ះពាល់ដល់សេដ្ឋកិច្ច ដោយធ្វើឱ្យមានការថយចុះផលិតភាពរបស់ស្ត្រី។ ជាប្រវត្តិសាស្ត្រ អត្រា នៃការរំលោភបំពានផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចដែលជាទម្រង់មួយ នៃអំពើហិង្សាដោយដៃគូស្និទ្ធស្នាល បានគ្រប់គ្រងលទ្ធភាពរបស់ជនរងគ្រោះដែលនៅរស់រានមានជីវិតក្នុងការទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងថែរក្សាធនធាន នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលបញ្ហានេះ មានកម្រិតខ្ពស់ជាងប្រទេសដទៃទៀតនៅក្នុងតំបន់ (UN Women 2012)។ ជាលទ្ធផល ស្ត្រីប្រហែលជាមិនមានមធ្យោបាយ ហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទៅទទួលបានសេវាសុខភាព ឬចំណេះដឹងអំពីរបៀបទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។ កម្រិត នៃការអប់រំទាប ក៏មានទំនាក់ទំនងទៅនឹងចំណេះដឹងទាបអំពីសុខភាព និងលទ្ធភាពក្នុងការតស៊ូមតិសម្រាប់ខ្លួនគេនៅក្នុងបរិបទសុខភាពផងដែរ។

ជំនឿ និងការយល់ឃើញៈ ជំនឿបែបបុរាណបានរួមចំណែកដល់ការរឹតត្បិតសិទ្ធិស្ត្រីក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជសំខាន់ៗ។ ការប្រើអំពើហិង្សា និងអំណាច និងការគ្រប់គ្រងលើស្ត្រីដោយបុរស គឺជាបទដ្ឋានសង្គមទូទៅមួយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ហើយសង្គមមានការអត់ឱន និងទទួលយកអំពើហិង្សាលើស្ត្រីក្នុងកម្រិតខ្ពស់ (MoWA & WHO 2015)។ ស្ត្រីប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គក្នុងការស្វែងរកជំនួយ រួមមានការខ្មាស់អៀនចំពោះការយល់ឃើញ របស់សាធារណជនដោយសារការស្តីបន្ទោស និងការចំអកឱ្យជនរងគ្រោះគឺពេញនិយមនៅក្នុងសង្គម និងភាពអាចរកបាន នៃសេវាកម្ម (UNFPA 2021)។ បទដ្ឋានទាំងនេះ គឺជាឧបសគ្គចំពោះស្ត្រីក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាព ជាពិសេសប្រសិនបើពួកគេមកពីក្រុមដែលត្រូវបានផាត់ចេញពីសង្គម។

ការអនុវត្ត និងការចូលរួម៖ ឧបសគ្គសំខាន់មួយទៀត គឺបន្ទុកការងារមិនស្មើគ្នានៅក្នុងផ្ទះ។ ជាធម្មតា ស្ត្រីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាធ្វើការងារផ្ទះច្រើន រួមទាំងការថែទាំកុមារ សមាជិកគ្រួសារ ដែលមានជំងឺ និងមនុស្សចាស់។ ក្នុងចំណោមប្រទេសចំនួន ៦៧ ដែលត្រូវបានអង្កេតដោយ ILO ក្នុងឆ្នាំ២០១៨ បុរសនៅប្រទេសកម្ពុជាចំណាយពេលតិចបំផុតក្នុងការរួមចំណែកក្នុងការថែទាំ ឬការងារផ្ទះដែលមិនមានប្រាក់ខែ។ បុរសកម្ពុជាចំណាយពេល ១៨នាទី ធ្វើការងារនេះក្នុងមួយថ្ងៃ ធៀបនឹង ១៨៨នាទី ដែលស្ត្រីចំណាយ។[18] បន្ទុកគ្រួសារបានរារាំងស្ត្រីកម្ពុជាមិនឱ្យប្រើសក្តានុពលរបស់ពួកគេ ដោយសារស្ត្រីមួយចំនួនជ្រើសរើសឈប់ពីការងារ ឬអាជីវកម្មដោយសារតែបន្ទុកការងារផ្ទះ និងការងារថែទាំច្រើនពេក។ លើសពីនេះ ស្ត្រីជាធម្មតាមានការគ្រប់គ្រងតិច លើការសម្រេចចិត្តក្នុងគ្រួសារ រួមមានទៅលើការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ឬការចំណាយប្រាក់លើសុខភាព សូម្បីក្នុងករណីដែលស្វាមីគ្មានការងារធ្វើ ឬអសមត្ថភាពក៏ដោយ។ នៅក្នុងវិស័យការងារ ចំនួនស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងតំណែងតួនាទីជាន់ខ្ពស់ដែលមានអំណាចក្នុងការសម្រេចចិត្ត និងការដឹកនាំ គឺនៅមានតិច។ ការអនុវត្តបែបនេះ ក៏មាននៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាលផងដែរ ដែលធ្លបភាគច្រើនគឺជាស្ត្រី ខណៈពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្រិតខ្ពស់ភាគច្រើនគឺជាបុរស។ ភាពមានកម្រិត នៃចំនួនស្ត្រីជាអ្នកដឹកនាំ អាចធ្វើឱ្យគោលនយោបាយ និងកម្មវិធីដែលត្រូវបានរៀបចំឡើង ឬការអនុវត្ត នៃកម្មវិធី មិនមានការឆ្លើយតបទៅនឹងយេនឌ័រ ហើយរឹតត្បិតបន្ថែមចំពោះសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់ស្ត្រី។

ស្ថាប័នច្បាប់ និងគោលនយោបាយ ៖ នៅមានគម្លាតនៅក្នុងច្បាប់ដែលដោះស្រាយអំពើហិង្សាលើស្ត្រី និងកុមារ រួមមានដូចជាការមិនអនុវត្តចំពោះដៃគូដែលមិនបានរៀបការ ការរួមរស់ ជាមួយគ្នា ឬដៃគូសង្សារ និងមានករណីលើកលែងចំពោះការដាក់ពិន័យ (UNICEF 2020)។ អ្នកបង្កើតគោលនយោបាយ មិនបានដោះស្រាយបញ្ហាការងារដែលមិនមានប្រាក់ខែតាមរយៈគោលនយោបាយជាតិឡើយ ដូចជាគោលនយោបាយ ម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ចរបស់កម្ពុជា ផែនការ សកម្មភាពជាតិដើម្បីទប់ស្កាត់អំពើហិង្សាលើស្ត្រី និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រយេនឌ័ររបស់កម្ពុជា។[19] គោលនយោបាយថែទាំកុមារ ពង្រឹងការរំពឹងទុកយ៉ាងតឹងរ៉ឹងទៅលើស្ត្រីក្នុងការងារក្នុងគ្រួសារដែលភាគច្រើនគ្មានប្រាក់ខែ។ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល អ្នកផ្តល់សេវាមិនមានកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់ក្នុងការរាយការណ៍ករណីអំពើហិង្សាទៅអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានទេ។ ខណៈពេលដែលប្រទេសកម្ពុជាមានគោលនយោបាយក្នុងគោលបំណងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមភាពយេនឌ័រ គោលនយោបាយទាំងនោះ មិនត្រូវបានអនុវត្តជាប្រព័ន្ធផ្តល់មូលនិធិ ឬត្រូវបានយល់យ៉ាងទូលំទូលាយនោះទេ។ ឧទាហរណ៍ ខណៈពេលដែលអាយុស្របច្បាប់ នៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ នៅកម្ពុជាមានអាយុ ១៨ឆ្នាំ ក៏ដោយក្តីឃើញថាស្ត្រី ១៥% បានរៀបការមុនអាយុកំណត់នេះ (ជំរឿនឆ្នាំ២០១៩) ដែលនេះបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងការកើនឡើងហានិភ័យ នៃលទ្ធផលសុខភាពមិនល្អពេញមួយជីវិត។ លើសពីនេះ ស្ត្រីរាយការណ៍អំពីកម្រិតយល់ដឹងទាប នៃច្បាប់ ស្តីពីអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។ ជាចុងក្រោយការវិនិយោគ និងការបណ្តុះបណ្តាល គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ការទប់ស្កាត់អំពើហិង្សា និងសម្រាប់សេវាផ្លូវការដើម្បីគាំទ្រជនរងគ្រោះ។ គោលនយោបាយ និងកម្មវិធីមិនត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ ឬវាយតម្លៃឱ្យបានល្អដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការកែលម្អជាបន្តបន្ទាប់ ឬពង្រីកកម្មវិធីដែលទទួលបានជោគជ័យបំផុតនោះទេ។ ការវាយតម្លៃ

[18] ILO ។ (2018)។ ការងារថែទាំ និងរបរថែទាំសម្រាប់អនាគត នៃការងារសមរម្យ។

[19] ហេង ម៉ូលីកា។ (២០២២)។ សម្រាប់ស្ត្រីកម្ពុជា សមភាពចាប់ផ្តើមនៅក្នុងផ្ទះ៖ ការបែងចែកការងារផ្ទះមិនស្មើគ្នាប៉ះពាល់ដល់ការរួមបញ្ចូលសេដ្ឋកិច្ចរបស់ស្ត្រីកម្ពុជា។ *អ្នកការទូត។*

ដោយក្រសួងកិច្ចការនារី បានរកឃើញថា NAPVAW ៣ បានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការ កែលម្អអាកប្បកិរិយាដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែទិន្នន័យអំពីផលប៉ះពាល់ នៃកម្មវិធីនីមួយៗនៅមានកម្រិត។

1.2.2 ការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ

ផលប៉ះពាល់ នៃការប្រែប្រួលអាកាសធាតុបានពង្រីកភាពងាយរងគ្រោះ ដែលមានស្រាប់ នៅក្នុងសហគមន៍ រួមមានភាពក្រីក្រ អសន្តិសុខស្បៀង និងស្ថានភាពសុខភាពមិនល្អ។ មាត្រដ្ឋានពេញលេញ នៃផលប៉ះពាល់ពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុដែលមានសក្តានុពលនាពេលបច្ចុប្បន្ន និង អនាគតមកលើសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជា ត្រូវបានកំណត់ដោយភាពអាចរកបាន នៃទិន្នន័យ និងការព្យាករណ៍អាកាសធាតុជាក់លាក់ដែលប៉ាន់ស្មាននិន្នាការក្នុងស្រុកដោយ ផ្អែកលើទិន្នន័យទូលំទូលាយ។

ប្រទេសកម្ពុជាងាយរងគ្រោះដោយសារឥទ្ធិពល នៃការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ ជាពិសេស ដោយសារតែទឹកជំនន់ នៃអាងទន្លេសាបរងផលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងពីការប្រែប្រួលធាតុអាកាស ហើយទឹកជំនន់កន្លងមកមានការបំផ្លិចបំផ្លាញខ្លាំង។ ខេត្តជាប់មាត់សមុទ្រដូចជាខេត្តកំពត កោះកុង និងខេត្តព្រះសីហនុ ទំនងជាជួបប្រទះនឹងការលិចលង់ដោយទឹកសមុទ្រ និងខ្យល់ព្យុះកាន់តែខ្លាំង ដោយសារការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ។ ខេត្តផ្សេងទៀតងាយរងគ្រោះ ដោយសារកម្លាំងពលកម្មមួយភាគធំពឹងផ្អែកលើវិស័យកសិកម្ម ហើយពួកគេទំនងជាធ្វើចំណាកស្រុកដោយសារការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ[20]។ ការកើនឡើងហានិភ័យសុខភាព ពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុនៅកម្ពុជា រួមមាន ជំងឺឆ្លង បង្កដោយសត្វល្អិតខាំ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺរាគរូស ជំងឺដែលបណ្តាលមកពីសត្វខាំ ការឆ្លងមេរោគតាមផ្លូវដង្ហើម ជំងឺមិនឆ្លង ជំងឺដែលទាក់ទងនឹងកំដៅ ដូចជាភាពតានតឹងដោយសារកំដៅ (heat stress) ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាលដោយសារកំដៅ (heat stroke) និងជំងឺល្វិតល្វៃដោយសារកំដៅ ដែលបង្កឱ្យមានបញ្ហាសុខភាពជាច្រើន រួមទាំងផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពផ្លូវចិត្ត។[21]

ស្ត្រី និងកុមារីរងផលប៉ះពាល់ខុសៗគ្នាពីព្រឹត្តិការណ៍ នៃការប្រែប្រួលខ្លាំង នៃអាកាសធាតុ មកលើសុខភាព និងសិទ្ធិរបស់ពួកគេ ដែលនេះធ្វើឱ្យការប្រែប្រួលអាកាសធាតុមានភាពពាក់ព័ន្ធខ្លាំងទៅនឹង SRHR។[22] កត្តាផ្សេងទៀតដូចជា ភេទ អាយុ ទ្រព្យសម្បត្តិ ស្ថានភាពជនជាតិដើមភាគតិច និងពូជសាសន៍ គឺជាកត្តាដែលធ្វើឱ្យប្រជាជនងាយរងគ្រោះពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ ហើយការប្រែប្រួលអាកាសធាតុនឹងបង្កើនវិសមភាពដែលមានស្រាប់។ កំដៅ និងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ និងបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជ រួមទាំងការស្លាប់របស់ទារកនៅក្នុងផ្ទៃ និងកំឡុងពេលសម្រាល គឺមានទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់។[23]

ប្រទេសកម្ពុជាមានគោលនយោបាយមួយចំនួន ដើម្បីជួយដល់វិស័យសុខាភិបាលទប់ទល់នឹងផលប៉ះពាល់ដែលកំពុងកើនឡើងទាំងនេះ ដូចជាផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់ការបន្សាំការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ និងការកាត់បន្ថយហានិភ័យគ្រោះមហន្តរាយនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០១៩-២០២៣ និងនាយកដ្ឋានការពារសុខភាព (PMD) ក៏ដូចជាការបង្កើតផែនការសកម្មភាពការងារលើបញ្ហាការប្រែប្រួលអាកាសធាតុសម្រាប់សុខភាពសាធារណៈ (NCCAPPH) ឆ្នាំ២០១៩-២០១៣។ គេចាំបាច់ជំរុញការអនុវត្តផែនការទាំងនេះ

---

[20] ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី។ (២០២១)។ សេចក្តីសង្ខេបអំពីប្រទេសមានហានិភ័យអាកាសធាតុៈ កម្ពុជា។

[21]WHO 2023 ។

[22]Hashim, J., និង Z. Hashim ។ បម្រែបម្រួលអាកាសធាតុ ព្រឹត្តិការណ៍អាកាសធាតុខ្លាំង និងផលប៉ះពាល់សុខភាពមនុស្សនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក។ Asia Pacific Journal of Public Health លេខ 28 ។ 2 (2016): 8S–14S។ doi: 10.1177/1010539515599030។

[23] How to Confront Gender-Based Violence in a Warming World | Asian Development Blog (adb.org)

ដើម្បីពង្រឹងភាពធន់របស់ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលទៅនឹងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការធានាថា គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលអាចបន្តប្រតិបត្តិការ និងផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាព ទោះបីជាមានបញ្ហាប្រឈមផ្នែក បរិស្ថាន និង រៀបចំយ៉ាងសកម្ម សម្រាប់ឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូរ នៃនិន្នាការជំងឺដែលជាលទ្ធផលបានមកពី ការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ។

1.2.3ការព្យាករណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រជាសាស្ត្រ

ប្រទេសកម្ពុជាទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី "អំណោយផល នៃប្រជាសាស្ត្រ" ដែល ៣១,៤% នៃប្រជាជន មានអាយុក្រោម ១៤ឆ្នាំ និងមានតែ ៤,៣% ប៉ុណ្ណោះដែលមានអាយុលើសពី ៦៥ឆ្នាំ។[24] ប្រជាជនកម្ពុជាស្ទើរតែ ១នាក់ក្នុងចំណោម ៣នាក់ គឺជាយុវជនដែលមានអាយុពី ១៥-៣០ ឆ្នាំ។[25] គោលនយោបាយជាតិស្តីពីប្រជាជន របស់កម្ពុជា ព្យាករណ៍អំពីការកើនឡើងនូវគ្រួសារ និងភាពចាស់នៃចំនួនប្រជាជន ដែលនឹងបង្កើតតម្រូវការ សុខភាពជាក់លាក់។ និន្នាការនេះ កើតឡើងអមជាមួយនឹងកម្រិតខ្ពស់ នៃអនក្ខរភាព បញ្ហាប្រឈមផ្នែក សេដ្ឋកិច្ច និងពិការភាពក្នុងចំណោមមនុស្សចាស់ ដែលធ្វើឱ្យភាពងាយរងគ្រោះរបស់ពួកគេកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។

អត្រាមរណភាពខ្ពស់ក្នុងរបបខ្មែរក្រហម ពីឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ និងការរីកដុះដាល នៃកំណើតទារក បន្ទាប់ពីរបបខ្មែរក្រហម បានបណ្តាលឱ្យមានក្រុមវ័យដ៏ធំមួយកើតនៅទសវត្សរ៍ឆ្នាំ ១៩៨០ និងដើមទសវត្សរ៍ ឆ្នាំ ១៩៩០ ដែលនេះនឹងបង្កើតនូវចំនួនមនុស្សវ័យចាស់ដ៏ច្រើននៅពេលពួកគេមានអាយុចាស់។ ការធ្វើផែនការ ចំនួនប្រជាជន ត្រូវបន្តផ្តោតលើជម្រើសដើម្បីធានាថាបុគ្គល និងគ្រួសារអាចជ្រើសរើសថាតើគួរមានកូន ឬពេល ណាគួរមានកូន ដោយផ្អែកលើសមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការចិញ្ចឹមកូនឱ្យទទួលបានការអប់រំ ការថែទាំសុខភាព ការទទួលបានការងារសមរម្យ និងលំនៅដ្ឋានសមរម្យ។ នៅទូទាំងអាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក តំបន់នេះកំពុងត្រៀមរៀបចំ សម្រាប់ប្រជាជនវ័យចំណាស់ ហើយកំពុងប្រើវិធីសាស្ត្រ ភាគលាភប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួន រួមទាំងការគាំទ្របែប "ភាគលាភប្រាក់" ដែលរួមមានការធានាថាប្រជាជនវ័យចំណាស់មានសុខភាពល្អ និងអាចរួមចំណែកដល់សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គម។ គេក៏ត្រូវធានាផងដែរថា ភាគលាភប្រជាសាស្ត្របែបយេនឌ័រ (Gender demographic dividend) ត្រូវបានគាំទ្រដោយការបង្កើន លទ្ធភាពទទួលបានការងារសមរម្យសម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារី តាមរយៈការធ្វើឱ្យ ប្រសើរឡើងនូវវិធានការសុខភាព ការអប់រំ និងសមភាពយេនឌ័រ។ ការធានាថាចំនួនប្រជាជនសរុបគ្រប់វ័យ ទទួលបាន ការគាំទ្រតាមរយៈការទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាលប្រកប ដោយគុណភាព អាចធ្វើឱ្យផលប៉ះពាល់ នៃចំនួនប្រជាជនវ័យចំណាស់មានការថយចុះ។

គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDG) ៣ ចែងថា ប្រទេសនានាគួរតែ "ធានាបាននូវជីវិតដែល មានសុខភាពល្អ និងលើកកម្ពស់សុខុមាលភាពមនុស្សគ្រប់វ័យ"។ តម្រូវការ SRHR មានពេញមួយជីវិតរបស់ មនុស្ស រួមទាំងមនុស្សវ័យចំណាស់ផងដែរ ទោះបីជាយុទ្ធសាស្ត្រ SRHR នៅកម្ពុជាកន្លងមកបានផ្តោតជាចម្បង លើស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជក៏ដោយ។ ស្ត្រីដែលធ្លាប់មានផ្ទៃពោះច្រើនដង និងទទួលបានការគាំទ្រមិនគ្រប់គ្រាន់ អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល ឬក្រោយសម្រាល អាចជួបបញ្ហាប្រឈមសុខភាពក្នុងវ័យកាន់តែចាស់។ ជំងឺមិនឆ្លងនៅវ័យចំណាស់កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរចំពោះស្ត្រី ដោយសារឥទ្ធិពល នៃការមានផ្ទៃពោះ និងការមានកូនក្នុង វ័យបន្តពូជ។ ការថយចុះអ័រម៉ូន ការផ្លាស់ប្តូរមុខងារអូវែ និងការផ្លាស់ប្តូររាងកាយ និងផ្លូវចិត្តដែលជាផ្នែកមួយ នៃ

[24]យូណេស្កូ។ (២០២៣)។ ការអប់រំផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ៖ សម្រាប់អ្នកសិក្សាដែលមានសុខភាពល្អ មានព័ត៌មាន និងពង្រឹងសិទ្ធិអំណាច។

[25] ជំរឿនទូទៅប្រជាជននៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្រសួងផែនការ ឆ្នាំ ២០១៩

រោគសញ្ញា នៃការអស់រដូវ ប៉ះពាល់ដល់ស្ត្រី ខណៈដែលបុរសវ័យចំណាស់ក៏ប្រឈមនឹងការផ្លាស់ប្តូរអ័រម៉ូន រាងកាយ និងផ្លូវចិត្តផងដែរ។ សម្រាប់ទាំងបុរស និងស្ត្រី ជំងឺមិនឆ្លង និងការប្រើថ្នាំវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងវ័យចំណាស់ អាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពផងដែរ។[26] យុទ្ធសាស្ត្រ SRHR បាន ដាក់បញ្ចូលអន្តរាគមន៍នានា ដើម្បីគាំទ្រតម្រូវការ SRHR របស់មនុស្សចាស់ និងលទ្ធផលសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធ។

1.2.4 ការចំណាកស្រុក និងនគរូបនីយកម្ម

ក្នុងឆ្នាំ២០១៣ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ បានប៉ាន់ប្រមាណថាជិតមួយភាគបួន នៃចំនួនប្រជាជនកម្ពុជា (ប្រមាណជា ៤,១ លាននាក់) បានផ្លាស់ប្តូរទីតាំងស្នាក់នៅរបស់ពួកគេ ដែលចំនួននេះធំជាងការប៉ាន់ប្រមាណនៃអន្តោប្រវេសន៍អន្តរជាតិចំនួន ៤ដង។ ការធ្វើចំណាកស្រុកនៅក្នុងប្រទេស ភាគច្រើន គឺនៅតាមទីជនបទ (៥៨,៤%)[27]។ ការធ្វើចំណាកស្រុកទំនងជានឹងបន្តកើនឡើង ដោយសារការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ និងនាំមកនូវបញ្ហាប្រឈមកាន់តែខ្លាំងឡើងចំពោះការផ្តល់សេវា SRHR និងមុខងារទូទៅ នៃប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព។ ជាឧទាហរណ៍ ការសិក្សានៅប្រទេសផ្សេងៗក្នុងអាស៊ីបង្ហាញថា ស្ត្រីចំណាកស្រុកវ័យក្មេង ទំនងជាធ្វើការរំលូតកូននៅពេលកូនក្នុងផ្ទៃមានអាយុច្រើនខែ និងមានអត្រាទាប នៃការថែទាំក្រោយការរំលូតកូន។[28]

ពលករចំណាកស្រុកខ្មែរជាច្រើនបានចំណាកស្រុកទៅក្រៅប្រទេស ដើម្បីឱកាសការងារ ហើយស្ត្រីចំណាកស្រុកដែលទៅក្រៅប្រទេស មានទំនោរក្នុងការរកប្រាក់ចំណូលបានតិចជាងបុរសចំណាកស្រុក ខណៈដែលពួកគេផ្ញើប្រាក់ត្រឡប់មកគ្រួសារបានច្រើនជាងបុរសចំណាកស្រុកដល់ទៅ ២០% ហើយផ្ញើប្រាក់ទៅផ្ទះទៀងទាត់ជាងបុរស និងផ្ញើចំនួនទឹកប្រាក់មួយផ្នែកធំពីប្រាក់ចំណូលដែលរកបានរបស់ពួកគេ ច្រើនជាងចំនួនដែលបុរសចំណាកស្រុកផ្ញើមកផ្ទះ។[29] នៅពេលដែលជនចំណាកស្រុកនៅក្រៅប្រទេសត្រឡប់មកកម្ពុជាវិញ ពាក់កណ្តាល នៃពួកគេប្រឈមនឹងឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ជាពិសេសក្នុងបរិបទ នៃការថែទាំសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភ ដែលនេះជាហេតុផលញឹកញាប់បំផុតទីពីរសម្រាប់ការខ្ចីប្រាក់ដើម្បីទិញអាហារ។

ការធ្វើចំណាកស្រុកទៅទីក្រុងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក៏កំពុងកើតឡើង នាំឱ្យមានកំណើនទីក្រុង និងបន្តមានសន្ទុះហើយនេះនឹងទាមទារឱ្យមានវិធីសាស្ត្រសមស្របក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ស្ត្រីមានចំនួនច្រើនជាងបុរសក្នុងចំនួនប្រជាជនដែលធ្វើចំណាកស្រុកទៅកាន់តំបន់ទីក្រុង ដែលនេះមានន័យថាតំបន់ទីក្រុងគួរតែរំពឹងថានឹងមានតម្រូវការកើនឡើង សម្រាប់សេវា SRHR។ ការសិក្សាបង្ហាញថា ស្ត្រីនៅទីក្រុងនាពេលបច្ចុប្បន្ន ជាទូទៅខ្វះលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសាធារណៈដែលមានគុណភាព ដែលនេះបង្កើនភាពងាយរងគ្រោះរបស់ពួកគេ។[30] ក្នុងអំឡុងពេល នៃការរាតត្បាត នៃជំងឺកូវីដ-១៩ ការសិក្សាមួយបានបង្ហាញថាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះដែលរស់នៅក្នុងទីក្រុងដែលដឹងថាវាអាចទៅរួច ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរមធ្យោបាយពន្យារកំណើត

[26] Banke-Thomas, A., Olorunsaiye, CZ & Yaya, S. "ការមិនទុកនរណាម្នាក់ចោល" ក៏ដាក់បញ្ចូលផងដែរនូវមនុស្សចាស់ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ របស់ពួកគេ៖ ការផ្តោតអារម្មណ៍ថ្មីសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ។ Reprod Health 17, 101 (2020)។ https://doi.org/10.1186/s12978-020-00944-5

[27]វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិកម្ពុជា (២០១៣)

[28]Mou J, Griffiths S, Fong H, Dawes M. 2013. សុខភាពរបស់ជនចំណាកស្រុកនៅជនបទ-ទីក្រុងរបស់ប្រទេសចិន និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ៖ ការពិនិត្យឡើងវិញ នៃអក្សរសិល្ប៍ពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2012 ។ ព្រឹត្តិបត្រវេជ្ជសាស្ត្រអង់គ្លេស; ១០៦:១៩–៤៣

[29]មូលនិធិប្រជាជនអង្គការសហប្រជាជាតិ។ (ឆ្នាំ ២០២០)។ ការវាយតម្លៃយ៉ាងរហ័សលើផលប៉ះពាល់សង្គម និងសុខភាពនៃមេរោគកូវីដ-១៩ ក្នុងចំណោមពលករចំណាកស្រុកដែលត្រឡប់មកកម្ពុជាវិញ។

[30]UNFPA ។ របាយការណ៍ស្តីពីនគរូបនីយកម្ម និងទំនាក់ទំនងរបស់វាទៅនឹងបញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងបរិស្ថាន (2014)។

គឺមានតិចជាងអ្នកចូលរួមនៅតាមជនបទ។[31] បុរសចំណាកស្រុកពីជនបទទៅទីក្រុង ក៏មានបញ្ហាបណ្តាលមកពីលទ្ធផល SRHR ដែលមិនល្អផងដែរ។ ពួកគេទំនងជាមិនសូវរាយការណ៍អំពីការប្រើស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមភេទលើកដំបូង និងការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតជាប់លាប់ជាមួយដៃគូដំបូងរបស់ពួកគេ បើធៀបនឹងអ្នកមិនចំណាកស្រុក និងជនចំណាកស្រុកពីទីក្រុងទៅទីក្រុង។[32]

សមាមាត្រដ៏សំខាន់ (៤៥%) នៃប្រជាជនទីក្រុងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា រស់នៅក្នុងតំបន់អនាធិបតេយ្យ ដែលកំណត់ដោយ WHO[33]។ ការសិក្សានៅទូទាំងពិភពលោកបានបង្ហាញថាអ្នករស់នៅក្នុងតំបន់អនាធិបតេយ្យនៅក្នុងតំបន់ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ប្រឈមមុខនឹងការលំបាកខ្លាំងបំផុតក្នុងការទទួលបានសេវា SRHR ដោយសារតែកត្តាដូចជា កង្វះពេលវេលាក្នុងការទទួលបានការថែទាំ ទីតាំងនៅឆ្ងាយពីសេវាដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងមានគុណភាពខ្ពស់ និងការដាក់បញ្ចូលមិនបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ នៃក្រុមមនុស្សទាំងនេះទៅក្នុងផែនការប្រព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ។ ទាំងនេះ ធ្វើឱ្យមានលទ្ធផលខ្ពស់ នៃការមិនទទួលបានតម្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារ (FP) ។[34]

ចំណាកស្រុកពីជនបទទៅទីក្រុង ត្រូវបានជំរុញមួយផ្នែកធំដោយកត្តាឱកាសការងារ។ ការសិក្សាដែលធ្វើឡើងនៅទីក្រុងភ្នំពេញក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ បានបង្ហាញថា ៥៨,៥% នៃស្ត្រីបានធ្វើចំណាកស្រុកមកទីក្រុងភ្នំពេញដើម្បីធ្វើការក្នុងរោងចក្រកាត់ដេរ (៣២,២%) អាជីវកម្មខ្នាតតូច (២៣,៤%) ការងារតាមផ្ទះ (១១,១%) និងវិស័យសេវាកម្ម និងកម្សាន្ត (១០,៣) %)។ ស្ត្រីទាំងនេះ "ងាយនឹងជួបការបោកបញ្ឆោត ការកេងប្រវ័ញ្ច ការបៀតបៀន និងអំពើហិង្សាដោយអ្នកដទៃជាពិសេសបុរស"។[35] កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរភាគច្រើនជាស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ ដែលបានធ្វើចំណាកស្រុកពីខេត្តជនបទមកទីក្រុងភ្នំពេញ ហើយលក្ខខណ្ឌការងារមិនល្អនៅក្នុងរោងចក្រនាំឱ្យស្ត្រីទាំងនេះពន្យារការមានកូន។ ពួកគេក៏ប្រឈមមុខនឹងហានិភ័យសុខភាពបន្តពូជ (SRHR) ជាក់លាក់ដោយសារតែបរិយាកាសការងារ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសម្រាប់ការធ្វើដំណើរ និងភាពងាយរងគ្រោះផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។[36]

1.2.5 បច្ចេកវិទ្យា និងឌីជីថលនីយកម្ម

វត្តមានកាន់តែច្រើនឡើង នៃបច្ចេកវិទ្យានៅក្នុងសង្គមកម្ពុជា និងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល នឹងមានឥទ្ធិពលលើ SRHR ក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខនេះ។ ការអភិវឌ្ឍន៍ទាំងនេះនាំមកនូវឱកាសដើម្បីបង្កើនចំណេះដឹង ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ ការត្រួតពិនិត្យហានិភ័យ និងការផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាទាក់ទងនឹង SRHR ។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឌីជីថលនីយកម្មត្រូវបានស្នើឡើងជាយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីធ្វើឱ្យមានសមភាព និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ

[31]អ៊ុង, អិម, ឡាំ, អេស, ទូត, អេស et al ។ ការទទួលបាន និងការផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា អំឡុងពេលជំងឺរាតត្បាតកូវីដ-១៩៖ ការសិក្សាវិធីសាស្ត្រចម្រុះនៃភាពខុសគ្នានៃទីក្រុង-ជនបទ។ Reprod Health 20, 74 (2023)។ https://doi.org/10.1186/s12978-023-01614-y

[32]Sudhinaraset M, Astone N, Blum RW ។ ការធ្វើចំណាកស្រុក និងការរួមភេទដោយមិនបានការពារនៅក្នុងទីក្រុងសៀងហៃ ប្រទេសចិន៖ ទំនាក់ទំនង នៃការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ និងភាពជាប់លាប់ នៃការពន្យាកំណើតនៅទូទាំងយុវជនចំណាកស្រុក និងមិនមែនអន្តោប្រវេសន៍។ J Adolesc Health ។ 2012 ខែមីនា; 50 (3 ជំនួយ): S68-74 ។ doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.12.007 ។ PMID: 22340859; PMCID: PMC4166512 ។

[33]WHO 2023

[34]Ganle, JK, Baatiema, L., Ayamah, P. et al ។ ការធ្វើផែនការគ្រួសារសម្រាប់តំបន់អនាធិបតេយ្យក្នុងទីក្រុងនៅក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម៖ ការពិនិត្យវិសាលភាពនៃអន្តរាគមន៍ ឬគំរូ នៃការផ្តល់សេវា និងផលប៉ះពាល់របស់វា។ Int J Equity Health 20, 186 (2021) ។ https://doi.org/10.1186/s12939-021-01518-y

[35]UNFPA ។ របាយការណ៍ស្តីពីនគរូបនីយកម្ម និងទំនាក់ទំនងរបស់វាទៅនឹងបញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងបរិស្ថាន (2014)។

[36]មូលនិធិប្រជាជនអង្គការសហប្រជាជាតិ។ (២០២៣)។ បទដ្ឋានសង្គមដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ និងអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រនៅកម្ពុជា។ គន្លងនិទ្ទេសដែលបានកំណត់ចំណាំ។

លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសម្រាប់ប្រជាជនដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់។ ការប្រឹក្សាព័ត៌មានសុខភាពតាមរយៈទូរស័ព្ទ (Telehealth) ទទួលបាននូវភាពទាក់ទាញ។

"កម្មវិធីសុខភាពយុវជន" គឺជាកម្មវិធីទូរស័ព្ទដែលផ្តល់នូវការចូលទៅរកព័ត៌មានអំពីសេវាសំខាន់ៗ ដែលអាចទុកចិត្តបាន និងព័ត៌មានជាក់ស្តែងទាក់ទងនឹង SRHR និងសេវាការអប់រំផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CSE) ក៏ដូចជាព័ត៌មានអំពីយេនឌ័រ និងការគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHPSS) ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ក្មេងជំទង់ និងមនុស្សវ័យក្មេង ។ លើសពីនេះ "កម្មវិធីសុវត្ថិភាព" គឺជាកម្មវិធីទូរស័ព្ទ ដែលកំពុងត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ (GBV) និងសេវាដែលមានសម្រាប់គាំទ្រជនរងគ្រោះ ដែលនៅរស់រានមានជីវិត និងការគាំទ្រសេវាសុខភាព។

ការប្រឹក្សាអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រពីចម្ងាយ (Telemedicine) សម្រាប់សេវា និងព័ត៌មានសំខាន់ៗទាក់ទងនឹង SRHR ដែលបច្ចុប្បន្នកំណត់គោលដៅភូមិនៅក្នុងតំបន់ដាច់ស្រយាល និងទីតាំងក្នុងតំបន់ភាគឦសានគឺកំពុងអនុវត្ត ហើយចំនួនអ្នកប្រើកើនឡើងពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំ។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលជំងឺរាតត្បាត COVID-19 ហើយនៅបន្តដំណើរការសម្រាប់បម្រើដល់ស្ត្រី គូស្វាមីភរិយា និងបុគ្គលដែលមិនអាចទៅទទួលសេវាកម្មដោយផ្ទាល់បានដោយសារហេតុផលផ្សេងៗគ្នា។

វេទិកាសិក្សាអំពីសេវា SRHR សំខាន់ៗតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ក៏ត្រូវបានបង្កើតឡើងផងដែរដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺរាតត្បាត COVID-19 និងប្រើដើម្បីឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបន្តអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈរបស់ពួកគេ។ ប្រធានបទកាន់តែច្រើនត្រូវបានដាក់បញ្ចូល ហើយចំនួនអ្នកតាមដាន និងអ្នកសិក្សាកាន់តែច្រើនបានចុះឈ្មោះចូលរៀនក្នុងប្រព័ន្ធអនឡាញ។

ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី បច្ចេកវិទ្យា និងឌីជីថលនីយកម្ម ក៏មានហានិភ័យផងដែរ រួមមានដូចជាការរំលោភបំពានព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់បុគ្គល ការរីករាលដាលយ៉ាងរហ័ស នៃព័ត៌មានមិនពិតតាមអ៊ីនធឺណិត ការព្រួយបារម្ភអំពីគុណភាពសេវាកម្មដែលផ្តល់ពីចម្ងាយ និងការមិនរាប់បញ្ចូលអ្នកដែលមិនមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យា។ នេះជាការពិត ជាពិសេសព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ ដែលនាំឱ្យមានការមាក់ងាយក្នុងសង្គម និងបង្កឱ្យមានការរើសអើង ដូចជាមេរោគអេដស៍។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បទប្បញ្ញត្តិស្តីពីទិន្នន័យជុំវិញការធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការដើម្បីការពារឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាពទិន្នន័យ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី ប្រព័ន្ធទិន្នន័យផ្សេងគ្នាត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់មេរោគអេដស៍ ដោយសារតែកម្មវិធីនេះផ្តោតទៅលើជំងឺជាក់លាក់ ការផ្តល់មូលនិធិ និងការត្រួតពិនិត្យ ហើយយន្តការការពារទិន្នន័យដ៏តឹងរ៉ឹងទាំងនេះ មិនត្រូវបានអនុវត្តចំពោះសេវាកម្ម SRHR ផ្សេងទៀតមានហានិភ័យ នៃការមាក់ងាយដូចជាការធ្វើផែនការគ្រួសារ ឬការរំលូតកូននោះទេ។

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពឌីជីថល ២០២១-២០៣០ បច្ចុប្បន្នកំពុងត្រូវបានព្រាងហើយយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងដាក់បញ្ចូលផែនការអភិវឌ្ឍនូវប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រតាមអេឡិចត្រូនិក។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះទទួលស្គាល់ពីសារៈសំខាន់ នៃការអនុវត្តប្រព័ន្ធនេះតាមរយៈកិច្ចសហការពហុដៃគូ។ ឧទាហរណ៍ ឱកាសជាច្រើនសម្រាប់ការចូលរួមពីវិស័យឯកជនត្រូវបានស្នើឡើង ដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រអាទិភាពទី៩ ស្តីពីភាពជាដៃគូ រួមមានការចូលរួមរបស់ពួកគេនៅក្នុងគណៈកម្មាធិការដឹកនាំសុខភាពឌីជីថល (DHSC) ការអនុវត្តកិច្ចព្រមព្រៀងចែករំលែកទិន្នន័យ ការផ្តល់មូលនិធិ ទិន្នន័យគ្លីនិកដែលមានកាតព្វកិច្ច និងឯកសារព័ត៌មាន

សុខភាព ការចែករំលែក និងការរាយការណ៍ ការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណឡើងវិញដល់គ្រឹះស្ថានឯកជន និងការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំសន្តិសុខតាមអ៊ីនធឺណិត។

1.2.6 ជំងឺរាតត្បាតនាពេលអនាគត

ការវិនិយោគក្នុងវិស័យថែទាំសុខភាព គឺចាំបាច់ក្នុងការពង្រឹងសមត្ថភាពបន្សាំខ្លួន និងត្រៀមរៀបចំសម្រាប់ការផ្ទុះឡើង នៃជំងឺនាពេលអនាគត។ ជំងឺរាតត្បាតកូវីដ-១៩ បានជះឥទ្ធិពលយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់សេដ្ឋកិច្ច និងវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា បង្កើនផលវិបាក នៃបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រ។ ខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់ត្រូវបានកាត់ផ្តាច់ បណ្តាលឱ្យមានការពន្យារពេល និងកង្វះខាតផលិតផលចាំបាច់សម្រាប់ SRHR ។ ជាញឹកញាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព មិនអាចបន្តផ្តល់ការថែទាំសុខភាពប្រកបដោយការគោរព និងគុណភាពខ្ពស់ដល់អ្នកជំងឺដែលកំពុងស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាព ។ ជំងឺរាតត្បាតធ្វើឱ្យស្ត្រីមិនសូវស្វែងរកសេវា ព្រោះវាបានប៉ះពាល់ដល់ធនធានៈ និងលទ្ធភាពក្នុងការស្វែងរកសេវារបស់ពួកគេ។[37] ជំងឺរាតត្បាត COVID-19 ក៏បានរំខានដល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ដែលនេះបណ្តាលឱ្យមានការមានគភ៌ដោយអចេតនា និងការកើនឡើង នៃករណីអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ។[38]

លទ្ធភាព នៃការមានវិបត្តិសុខភាពនាពេលអនាគតគឺខ្ពស់ ជាពិសេសនៅពេលមានការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ។ ដូចនេះ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលត្រូវតែវិនិយោគលើភាពធន់ ប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នជាមុន និងការសម្របខ្លួនដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពរបស់ខ្លួន ដើម្បីទ្រទ្រង់ការផ្តល់សេវាដែលមានគុណភាពខ្ពស់ក្នុងអំឡុងពេលមានវិបត្តិសុខភាពនាពេលអនាគត ជាពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការសេវាច្រើនបំផុត។

1.3 ការផ្សារភ្ជាប់ និងធ្វើឱ្យសមស្រប

NSSRHR គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រអនុវិស័យដែលផ្តោតជាពិសេសលើសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសិទ្ធិ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ រួមចំណែកដល់គោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់ៗមួយចំនួនទៀត។ បញ្ជីខាងក្រោមបង្ហាញពីឯកសារសំខាន់ៗ ប៉ុន្តែមិនពេញលេញនោះទេ ៖

ពហុវិស័យ

- រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា (២០១៧) ក្របខ័ណ្ឌគោលនយោបាយជាតិគាំពារសង្គម (២០១៥-២០២៥)។
- យុទ្ធសាស្ត្របញ្ចកោណឆ្នាំ (២០២៤-២០២៨) និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ (២០២៤-២០២៨)។
- ក្រសួងផែនការ (២០២២) គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពកម្ពុជា ២០១៦-២០៣០។
- ក្រសួងកិច្ចការនារី (២០២០) ផែនការសកម្មភាពជាតិដើម្បីទប់ស្កាត់អំពើហិង្សាលើស្ត្រី (២០១៩-២០២៣)។
- ក្រសួងផែនការ (២០១៦)គោលនយោបាយជាតិស្តីពីប្រជាជន (២០១៦-២០៣០)។

---

[37]Nadia Akseer, Goutham Kandru, Emily C Keats និង Zulfiqar A Bhutta ។ 2020. យុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយការរាតត្បាត COVID-19៖ ផលប៉ះពាល់សម្រាប់សុខភាពមាតា និងទារក និងអាហារូបត្ថម្ភ។ The American Journal of Clinical Nutrition 112, 2:251–256។

[38]អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ (២០២៣)។ សង្ខេបបច្ចេកទេស៖ ការវិនិយោគលើសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ៖ ជាគុសំខាន់ៗនៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។

- ក្រសួងកិច្ចការនារី (២០២០) នារីរតនៈ ៥ ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តប្រាំឆ្នាំសម្រាប់ការពង្រឹងការបញ្រ្ជាបយេនឌ័រ និងការពង្រឹងសិទ្ធិអំណាចរបស់ស្រ្តី (២០១៩-២០២៣)។
- ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា (២០២២) ផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់សុខភាពនៅតាមសាលារៀន (២០២១-២០៣០)។
- ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា (២០២២) ផែនការសកម្មភាពជាតិស្តីពីការអភិវឌ្ឍន៍យុវជនកម្ពុជា (២០២២-២០២៦)។

វិស័យសុខាភិបាល

- ការប្តេជ្ញាចិត្តជាតិចំពោះ ICPD+25 នៅណៃរ៉ូប៊ីក្នុងឆ្នាំ ២០១៩។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២៣) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខភាព (២០២៣-២០៣៣) សង្ខេបទិដ្ឋភាពទូទៅ ។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២៣) ក្របខ័ណ្ឌការអនុវត្តកម្មវិធីជំរុញការថែទាំសុខភាពបឋម (PHC-BIF)
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២៥) ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក (២០២៥-២០៣០)។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០១៩) ផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់ការបង្ការជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងការគ្រប់គ្រង ឆ្នាំ(២០១៩-២០២៣) ។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២២) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លង (២០២២-២០៣០)។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២០) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងហានិភ័យគ្រោះមហន្តរាយសម្រាប់សុខភាព (២០២០-២០២៤)។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០២១) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់ការបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នៃមេរោគអេដស៍ មេរោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (២០២១-២០២៥)។
- ក្រសួងសុខាភិបាល (២០១៤) គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងអំពើហិង្សាលើស្រ្តី និងកុមារនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

2. វិធីសាស្រ្តអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្រ្ត

NSSRHR ២០២៥-២០៣០ ត្រូវបានបង្កើតឡើងតាមរយៈដំណើរការពិគ្រោះយោបល់ និងព័ត៌មានបានពីការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងម៉ត់ចត់នៃ NSSRHR ឆ្នាំ ២០១៧-២០២៣ និងឯកសារពាក់ព័ន្ធ។

<u>ការពិនិត្យឯកសារពាក់ព័ន្ធ និងវឌ្ឍនភាព</u>

ដើម្បីធានាបានថាយុទ្ធសាស្រ្តនេះឆ្លុះបញ្ចាំងពីការអនុវត្តល្អបំផុតជាសកល និងថ្នាក់ជាតិ ហើយសមស្របទៅនឹងយុទ្ធសាស្រ្តពហុវិស័យ ការប្តេជ្ញាចិត្ត និងយុទ្ធសាស្រ្តក្នុងវិស័យសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងប្រទេស

កម្ពុជា និងដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងទៅនឹងលទ្ធផលដែលបានមកពីការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃក្នុងប្រទេស។ ដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ត្រូវបានបង្កើតឡើងជាមួយនឹងការពិនិត្យឡើងវិញនូវឯកសារពាក់ព័ន្ធនានា រួមមានផែនការ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ របាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យយុទ្ធសាស្ត្រ អត្ថបទសិក្សាដែលបានពិនិត្យដោយបញ្ញវន្ត និងការសិក្សាពាក់ព័ន្ធដែលបានធ្វើឡើងតាំងពីឆ្នាំ២០១៧។

លើសពីនេះក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃរបស់ NSSRHR ពីមុនត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពិនិត្យដើម្បីវាយតម្លៃវឌ្ឍនភាព ដែលសម្រេចបានពីការអនុវត្តកម្មវិធីអន្តរាគមន៍ ចាប់តាំងពីគ្រាដំបូង។ ភស្តុតាងនេះផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ថ្នាក់ នៃប្រភេទអន្តរាគមន៍នីមួយៗទៅតាមវឌ្ឍនភាពរបស់ពួកគេ ឱ្យមានភាពប្រសើរឡើង គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ឬកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ។ បន្ថែមពីលើការពិនិត្យមើលវឌ្ឍនភាពបែបបរិមាណនេះ ការពិពណ៌នាបែបគុណភាព នៃវឌ្ឍនភាពដែលសម្រេចបាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដំបូងក្នុងឆ្នាំ២០២២ ក្នុងអំឡុងពេល នៃដំណើរការពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រ ត្រូវបានពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសម្រាប់ឆ្នាំ ២០២៣។

<u>វិធីសាស្ត្រពិគ្រោះយោបល់</u>

ទិដ្ឋភាពដ៏សំខាន់ នៃដំណើរការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រ គឺដើម្បីប្រមូលយកព័ត៌មានស៊ីជម្រៅពីភាគីពាក់ព័ន្ធជុំវិញតម្រូវការ SRHR របស់ប្រជាជនកម្ពុជា ជាពិសេសអ្នកដែលត្រូវបានទុកចោល និងមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់សេវា និងប្រមូលបទពិសោធន៍អំពីការអនុវត្តល្អបំផុតដើម្បីជានាប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធផលរបស់ព័ត៌មាន និងការផ្តល់សេវា SRHR ក៏ដូចជាការកំណត់អាទិភាពតាមធនធានមានកំណត់សម្រាប់ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ។

សិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ជាបន្តបន្ទាប់ត្រូវបានធ្វើឡើង ៖

សិក្ខាសាលាលើកទីមួយ ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី១៦ ខែសីហា ឆ្នាំ២០២៣ ហើយបានផ្តល់ឱកាសដល់ភាគីពាក់ព័ន្ធក្នុងការផ្តល់យោបល់លើវិធីសាស្ត្រដែលបានស្នើឡើង ការរកឃើញបឋមពីការពិនិត្យឯកសារពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់ជាព័ត៌មានសម្រាប់អភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្របន្ទាប់ និងឯកសារបន្ថែមផ្សេងៗទៀតដែលនឹងត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងការត្រួតពិនិត្យ។

សិក្ខាសាលាលើកទីពីរ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់នៅរាជធានីភ្នំពេញនៅថ្ងៃទី២០ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០២៣។ ក្នុងសិក្ខាសាលានេះ សិក្ខាកាមបានផ្តល់នូវធាតុចូលលើរចនាសម្ព័ន្ធដែលបានស្នើឡើង របកគំហើញពីការស្រាវជ្រាវផ្នែកអក្សរសាស្ត្រដ៏ទូលំទូលាយ បញ្ហាប្រឈម និងផ្នែកអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗ។ អ្នកចូលរួមសិក្ខាសាលារួមមានមន្ត្រីសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ក្រុមប្រឹក្សាគណៈធ្មបកម្ពុជា បុគ្គលិកដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលធ្វើការនៅក្នុងវិស័យ SRHR អង្គការសង្គមស៊ីវិល។

សេចក្តីព្រាងយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានចែករំលែកទៅដល់ភាគីពាក់ព័ន្ធតាមរយៈអ៊ីមែល មុនពេលសិក្ខាសាលាដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការពិនិត្យឡើងវិញ និងការផ្តល់មតិយោបល់ឱ្យស៊ីជម្រៅ។ បន្ទាប់ពីសិក្ខាសាលា មតិយោបល់ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងឯកសារយុទ្ធសាស្ត្រ និងចែកចាយ ត្រឡប់ទៅភាគីពាក់ព័ន្ធវិញ។

សិក្ខាសាលាលើកទីបី ត្រូវបានប្រារព្ធឡើងតាមអ៊ីនធើណិតនៅក្នុងឆ្នាំ២០២៤ ដើម្បីបង្ហាញកំណែចុងក្រោយ នៃយុទ្ធសាស្ត្រ និងក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃ (M&E) ដើម្បីទទួលបានការផ្ដល់សុពលភាពពីភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។

<u>ភាគីពាក់ព័ន្ធដែលបានពិគ្រោះយោបល់</u>

ការពិគ្រោះយោបល់ត្រូវបានធ្វើឡើងជាមួយនឹង NRHP សមាជិក នៃអនុក្រុមការងារ បច្ចេកទេសសុខភាពមាតា និងទារក NMCHC (MCH Sub-TWG) អង្គការសង្គមស៊ីវិល (CSOs) និងសមាជិក នៃសមាគមដែលជាសមាជិកពាក់ព័ន្ធ។ ជាពិសេសភាគីពាក់ព័ន្ធដែលបានពិគ្រោះយោបល់ គឺជាតំណាង នៃក្រុមដូចខាងក្រោម៖

- តំណាងរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា រួមមានតំណាងក្រសួងសុខាភិបាលមកពី NMCHC កម្មវិធីជាតិ និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត ដែលមានឥទ្ធិពលលើព័ត៌មាន និងសេវា SRHR
- ទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិផ្ដល់ជំនួយបច្ចេកទេសដល់ NMCHC និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតលើបញ្ហាទាក់ទងនឹង SRHR
- អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិ ក្នុងស្រុក ដៃគូផ្សេងទៀតដែលផ្ដល់ជំនួយបច្ចេកទេស ការអនុវត្តកម្មវិធីទាក់ទងនឹង SRHR រួមទាំងបញ្ហាសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធ
- អ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមទាំងឆ្មបផងដែរ
- គ្រឹះស្ថានសុខភាពឯកជនដែលផ្ដល់សេវា SRHR
- ក្មេងស្រី និងក្មេងប្រុសជំទង់ដែលមានអាយុពី ១២-១៩ ឆ្នាំ ទាំងក្នុងសាលា និងក្រៅសាលា
- ជនជាតិដើមភាគតិច រួមទាំងយុវជន និងស្ត្រី
- អ្នកដឹកនាំប្រពៃណី សាសនា និងជំនឿ
- ជនពិការ រួមទាំងស្ត្រីមានអាយុក្នុងវ័យបន្តពូជ
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ស្ត្រីមានអាយុក្នុងវ័យបន្តពូជ
- ក្រុមប្រជាជន LGBTQI+
- ប្រជាជនសំខាន់ៗ រួមមានអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ អ្នកដែលមានបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន អ្នកនៅក្នុងពន្ធនាគារ
- អ្នកដែលមានបទពិសោធន៍ទទួលរងអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រដោយផ្ទាល់ និងមានបញ្ហាប្រឈមនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលទាក់ទងទៅ SRHR ។

3. ចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្ត្រ គោលការណ៍ កត្តាជំរុញល្បឿន និងអាទិភាព

3.1 គោលដៅយុទ្ធសាស្ត្រ

នៅឆ្នាំ ២០៣០ ស្ត្រី បុរស ក្មេងជំទង់ទាំងអស់ និងជាពិសេសអ្នកដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់សេវានៅក្នុងគ្រប់ស្ថានភាពទាំងអស់ នឹងទទួលបានពេញលេញ និងប្រកបដោយសមធម៌នូវ SRHR ដែលមានលក្ខណៈប្រកបដោយការគោរពសិទ្ធិមនុស្ស ការផ្លាស់ប្តូរយេនឌ័រ បរិយាបន្ន សមាហរណកម្ម និងគុណភាពខ្ពស់ តាមរយៈប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលមានភាពធន់ ដើម្បីបំពេញសក្តានុពលរបស់ពួកគេ ដែលជាមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃការថែទាំសុខភាពបឋម និងការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។

3.2 គោលការណ៍ណែនាំ

3.2.1 ផ្អែកលើសិទ្ធិ

ស្មើភាពគ្នា និងមិនរើសអើង

ដើម្បីធានាបាននូវការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រកបដោយសមធម៌ វាជាការចាំបាច់ដែលសេវាសុខភាពគ្មានការរើសអើង ធានានូវលទ្ធភាពទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាកម្មប្រកបដោយគុណភាពសម្រាប់បុគ្គលគ្រប់រូប ដោយមិនគិតពីអាយុ ជាតិសាសន៍ ភេទ វណ្ណៈ សាសនា ទីក្រុង ជនបទ សេដ្ឋកិច្ច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬក្រុមងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀត ដោយមិនលំអៀង។ តម្រូវឱ្យមានការប្តេជ្ញាចិត្តចំពោះភាពយុត្តិធម៌ ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រប្រសព្វគ្នា ដើម្បីកុំឱ្យនរណាម្នាក់ត្រូវបានទុកចោល។

ភាពអាចរកបាន

ជាការចាំបាច់ដែលត្រូវតែមានសេវាកម្មគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមមានវិធីពន្យារកំណើតចម្រុះ (៦-១០) ដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីឱសថសំខាន់ៗ។ ជាងនេះទៅទៀត ការផ្តល់នូវចំនួនគ្រប់គ្រាន់ នៃទីតាំងផ្តល់សេវាដែលមានមុខងាររៀបចំចែកចាយ ដោយផ្អែកលើការវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការ គឺចាំបាច់សម្រាប់ការធានាបាននូវភាពងាយស្រួល និងការរួមបញ្ចូលបុគ្គលទាំងអស់។

អាចចូលប្រើបាន

ព័ត៌មានអំពី SRHR ត្រូវតែមានជាភាសាដែលពាក់ព័ន្ធ ដោយប្រើពាក្យដែលមនុស្សទាំងអស់អាចយល់បាន និងក្នុងទម្រង់សមរម្យសម្រាប់ពួកគេដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន (ឧទាហរណ៍ ដូចជាការសរសេរ វីដេអូ សំឡេង អក្សរស្ទាប)។ ប្រជាជនត្រូវតែមានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាទៅតាមភូមិសាស្ត្រ និងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងកាលៈទេសៈប្រកបដោយភាពងាយស្រួល ក៏ដូចជាការទទួលបានព័ត៌មានតាមរយៈប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ និងគោលនយោបាយសមស្រប។ លទ្ធភាពទទួលបានសេវា ក៏ជាក់បញ្ចូលផងដែរនូវសុវត្ថិភាព នៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត ការសង្គ្រោះជីវិតមាតា និងទារក និងការផ្គត់ផ្គង់ទៅកាន់គ្រឹះស្ថានចែកចាយដោយគ្មានការដាច់ស្តុក ជាមួយនឹងការធានាបាននូវការផ្គត់ផ្គង់នៅពេលចាំបាច់។ ម៉ោងពេលផ្តល់សេវា ប្រកបដោយភាពងាយស្រួល ធានាបានថាសេវាអាចរកបាន រួមមានសម្រាប់ក្មេងជំទង់ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលត្រូវការសេវា២៤ម៉ោងក្នុង១ថ្ងៃ និងពេញមួយសប្តាហ៍។ លើសពីនេះ សមាហរណកម្មសេវា ធានាឱ្យប្រជាជនទទួលបានសេវាសុខភាពជាបន្តបន្ទាប់ដែលសម្របសម្រួលនៅគ្រប់កម្រិត និងកន្លែងថែទាំផ្សេងៗគ្នា ទាំងក្នុង និងលើសពីបរិបទវិស័យសុខាភិបាល និងពេញ

មួយជីវិត។ ឧទាហរណ៍ សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលសម្រាលកូន និងក្រោយសម្រាល។

អាចទទួលយកបាន

ដើម្បីធានាថាសេវាថែទាំសុខភាពអាចទទួលយកបានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ គេចាំបាច់ពិចារណាលើកត្តាផ្សេងៗ រួមមានការទទួលយកសេវា SRHR ដោយសហគមន៍ និងវិធីសាស្ត្រជាក់លាក់ ការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និងគ្រួសារក្នុងការគាំទ្រសិទ្ធិរបស់ស្ត្រីក្នុងការជ្រើសរើសសេវា SRHR ដែលមិនបង្កផលវិបាកដល់ពួកគេ ក៏ដូចជាការពេញចិត្តរបស់ពួកគេចំពោះសេវា SRHR ។

គុណភាពខ្ពស់

សេវាកម្មត្រូវតែមានគុណភាពខ្ពស់ រួមមានគុណភាព និងសមត្ថភាពបច្ចេកទេសខ្ពស់ ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកទទួលសេវាប្រកបដោយបរិយាបន្ន និងការប្រឹក្សាជាមួយអតិថិជនដែលធានាភាពឯកជន សេចក្តីថ្លៃថ្នូរ និងការគោរពក្នុងអំឡុងពេលផ្តល់សេវា។ ការបន្តនៃការថែទាំ ក៏មានផលប៉ះពាល់ដល់គុណភាពសេវាកម្មផងដែរ ព្រោះវាមានឥទ្ធិពលលើដំណើរការនៃការថែទាំដែលត្រូវបានទទួល (ឧទាហរណ៍ ភាពទាន់ពេលវេលា) និងលទ្ធផល នៃការថែទាំ (ឧទាហរណ៍ កាត់បន្ថយចំនួនអតិថិជនដែលខកខានក្នុងការតាមដាន)។

ឯកជនភាព និងការសម្ងាត់

សកម្មភាពរបស់អតិថិជនមិនគួរត្រូវបានសង្កេតឃើញ ឬស្តាប់ដោយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអតិថិជននោះទេ។ កំណត់ត្រាអំពីអតិថិជន មិនគួរត្រូវបានចែករំលែកដោយនរណាម្នាក់ឡើយ ហើយកំណត់ត្រាទាំងនោះមិនគួរឱ្យអ្នកផ្សេងអាចចូលទៅរកបាននៅតាមអ៊ីនធឺណិតដោយងាយស្រួលឡើយ (រួមទាំងតាមរយៈការបំពានលើសុវត្ថិភាពមូលដ្ឋានទិន្នន័យ) ដូច្នេះព័ត៌មានអតិថិជនមិនត្រូវបានបង្ហាញឱ្យអ្នកផ្សេងៗដឹងនោះទេ។ គោលការណ៍ណែនាំ និងបទប្បញ្ញត្តិ ត្រូវតែមាន និងអនុវត្ត ដើម្បីធានាភាពឯកជន និងការសម្ងាត់ នៃព័ត៌មានអ្នកជំងឺ។

គណនេយ្យភាព

ប្រព័ន្ធ SRHR គួរតែដាក់បញ្ចូលនូវយន្តការសម្រាប់ឱ្យសមាជិកសហគមន៍ និងអតិថិជនផ្តល់នូវធាតុចូល និងមតិកែលម្អលើសេវាកម្ម ជាមួយនឹងដំណើរការពិនិត្យមតិកែលម្អនោះនៅនឹងកន្លែងឈ្វេងយល់ និងឆ្លើយតបទៅនឹងមតិកែលម្អទាំងនេះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ លើសពីនេះជម្រើស និងសិទ្ធិរបស់អតិថិជនគួរតែត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការវាយតម្លៃការអនុវត្តការងារ ដែលបានរំពឹងទុករបស់បុគ្គលិក ដើម្បីធានានូវវប្បធម៌ នៃការគោរព និងការពង្រឹងភាពម្ចាស់ការ។ ការត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់ទៅលើជម្រើសនិងសិទ្ធិ គួរតែត្រូវបានធ្វើឡើងជាមួយនឹងយន្តការបង្កើតឡើងដើម្បីស៊ើបអង្កេត និងដោះស្រាយការចោទប្រកាន់ ឬការរំលោភបំពានដែលបានបញ្ជាក់។ វិធីសាស្ត្រដ៏សកម្មនេះ លើកកម្ពស់តម្លាភាព គណនេយ្យភាព និងការប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការលើកកម្ពស់សេចក្តីថ្លៃថ្នូរ និងស្វ័យភាពរបស់បុគ្គលនៅក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព។

ការចូលរួម

កម្មវិធី SRHR គួរតែមានការចូលរួមយ៉ាងសកម្មពីសហគមន៍ និងបុគ្គលនានាក្នុងការធ្វើផែនការ និងការត្រួតពិនិត្យកម្មវិធី ដោយធានាថាសំឡេងរបស់ពួកគេត្រូវបានឮ ហើយតម្រូវការរបស់ពួកគេត្រូវបានដោះស្រាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានត្រូវតែដឹងអំពីការថែទាំដែលផ្តោតលើបុគ្គល សមភាពយេនឌ័រ និង SRHR ដែលអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេផ្តល់នូវការឆ្លើយតបសមស្របទៅនឹងតម្រូវការសហគមន៍ ជាពិសេសនៅក្នុងករណីដូចជាអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ (GBV) ដែលការទទួលបានសេវា SRHR គឺពិតជាសំខាន់ខ្លាំងណាស់។ តំណាងផ្នែកច្បាប់នៅកម្រិតសហគមន៍គួរតែត្រូវបានធានាផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់បុគ្គលក្នុងការតស៊ូមតិដើម្បីសិទ្ធិរបស់ពួកគេ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងធ្វើឱ្យមានការយល់ដឹងគួរផ្តោតលើបទដ្ឋានយេនឌ័រដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដែលរារាំងដល់ការទទួលបានសេវា SRHR ការសម្របសម្រួលការដឹកនាំដោយសហគមន៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរបទដ្ឋានផ្នត់គំនិតរួមមានការចូលរួមពីបុរស និងក្មេងប្រុសជាសម្ព័ន្ធមិត្តក្នុងការលើកកម្ពស់ការផ្លាស់ប្តូរជាវិជ្ជមាន។ តាមរយៈការជំរុញឱ្យមានវិធីសាស្ត្រប្រកបដោយបរិយាបន្ន និងឆ្លើយតប ប្រព័ន្ធ SRHR អាចឆ្លើយតបតម្រូវការចម្រុះរបស់សហគមន៍បានកាន់តែប្រសើរ និងជំរុញសមភាពយេនឌ័រ និងសិទ្ធិបន្តពូជ។

ការការពារស្វ័យភាពរាងកាយ ភ្នាក់ងារ និងការពង្រឹងអំណាច

ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគួរតែធានាថា បុគ្គលទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីភេទ ឬស្ថានភាពសង្គម រួមមាន ក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ និងក្រុមដែលត្រូវបានទុកចោល មានចំណេះដឹងទូលំទូលាយអំពី SRHR ។ ជាងនេះទៅទៀត គំនិតផ្តួចផ្តើមក្នុងការពង្រឹងអំណាច គួរតែជំរុញឱ្យមានការយល់ដឹងស៊ីជម្រៅ និងការទាមទារ សិទ្ធិបន្តពូជ និងសិទ្ធិមនុស្សក្នុងចំណោមក្មេងស្រី ក្មេងប្រុស ស្ត្រី និងបុរសនៅទូទាំងផ្នែកទាំងអស់ នៃសង្គម។ ចំណុចស្នូល នៃប្រព័ន្ធនេះ គឺជាគោលការណ៍ស្វ័យភាពរបស់អតិថិជន ដែលបុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដើម្បីធ្វើ និងអនុវត្តការសម្រេចចិត្តផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជរបស់ពួកគេ ដោយមិនមានការគាបសង្កត់ពីខាងក្រៅ ឬឧបសគ្គដែលមានក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព សមាជិកសហគមន៍ ឬគ្រួសារ រួមទាំងប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូជិតស្និទ្ធ។ ការសម្រេចចិត្តប្រកបដោយព័ត៌មាន និងដោយស្ម័គ្រចិត្តគួរទទួលបានការគាំទ្រយ៉ាងសកម្ម ជាមួយនឹងវិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងដោយអតិថិជនជាច្រើនត្រូវបានបង្កើតឡើង។ ចាំបាច់បណ្តុះបណ្តាលឱ្យមានបទដ្ឋានយេនឌ័រប្រកបដោយការគាំទ្រនៅក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីសម្រួលដល់ដំណើរការនេះ។ ជាចុងក្រោយ បុគ្គលម្នាក់ៗគួរតែមានសេរីភាពក្នុងការជ្រើសរើសថាតើសេវា SRHR និងវិធីសាស្ត្រមួយណាដែលត្រូវប្រើដោយផ្អែកលើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ការយល់ដឹង និងភាពចម្រុះ នៃជម្រើសផ្សេងៗ ដោយគ្មានទម្រង់ នៃការបង្ខិតបង្ខំ ឬឧបសគ្គណាមួយឡើយ។

ផ្តោតលើប្រជាជន

គំរូ នៃការផ្តល់សេវាដែលផ្តោតលើប្រជាជន ចាត់ទុកអ្នកជំងឺជាបុគ្គល និងជាដៃគូដែលមានភាពស្មើៗគ្នានៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការថែទាំ កំណត់ករណីទៅតាមបុគ្គលម្នាក់ៗ និងតម្រូវការ និងសំណើរបស់ពួកគេ។

3.2.2 គ្រប់គ្រងប្រកបដោយបរិយាបន្ន

ភាពជាម្ចាស់ និងដឹកនាំដោយសហគមន៍

ស្ត្រី កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់ គឺជាភ្នាក់ងារដ៏មានឥទ្ធិពលបំផុតក្នុងការកែលម្អសុខភាពរបស់ពួកគេ និងសម្រេចបាននូវការលូតលាស់។[39] ដើម្បីឱ្យសហគមន៍អាចចូលរួមយ៉ាងពេញលេញនៅក្នុងអភិបាលកិច្ច នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវា SRHR អន្តរកម្មសុខភាពមានសារៈសំខាន់ ហើយគួរតែត្រូវបានជំរុញតាមរយៈការអប់រំ និងការសន្ទនាជាមួយវិស័យសាធារណៈ។ អ្នកដឹកនាំសហគមន៍ត្រូវតែចូលរួមនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិរាប់ចាប់ពីគណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព រហូតដល់ដំណើរការកំណត់អាទិភាពថ្នាក់ជាតិ ពីតម្រូវការសុខភាពរបស់ពួកគេ និងស្នើដំណោះស្រាយ។ ឧទាហរណ៍ វិធីសាស្ត្រ EmONC គួរតែត្រូវបានពង្រីកដើម្បីដាក់បញ្ចូលសុខភាពសហគមន៍ និងការចូលរួមពីគ្រួសារក្នុងការសម្រេចចិត្តស្វែងរកការថែទាំ។

<u>គណនេយ្យភាពនៅគ្រប់កម្រិត</u>

“គណនេយ្យភាពធានាបានថា អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តមានព័ត៌មានចាំបាច់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាព និងដឹងពីសិទ្ធិរបស់ស្ត្រី កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់ទាំងអស់ ហើយដាក់ពួកគេជាបេះដូង នៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដែលពាក់ព័ន្ធ។”[40] គណនេយ្យភាព គឺជាស្នូល នៃវិធីសាស្ត្រផ្អែកលើសិទ្ធិមនុស្ស និងរបៀបវារៈឆ្នាំ២០៣០សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព រួមមាន ការប្តេជ្ញាចិត្តចំពោះការទទួលខុសត្រូវកាន់តែច្រើននៅគ្រប់កម្រិតទាំងអស់។ NSSRHR នេះមានទំនួលខុសត្រូវចំពោះប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ក្នុងនាមជា អ្នកមានសិទ្ធិ និងអ្នកមានកាតព្វកិច្ចក្នុងរដ្ឋាភិបាលឱ្យទទួលខុសត្រូវក្នុងការអនុវត្តកិច្ចអន្តរាគមន៍ ដែលនឹងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផល SRHR ដូចដែលបានកំណត់ឡើងតាមរយៈវិធីសាស្ត្របែបចូលរួម។ យន្តការតាមដាន វាយតម្លៃ និងសិក្សាដូចជា ការតាមដាន និងពិនិត្យការស្លាប់មាតា និងទារក (MPDSR) គឺជាយន្តការគណនេយ្យភាពដ៏សំខាន់សម្រាប់ SRHR ព្រោះយន្តការនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពាក់ព័ន្ធ នៃប្រព័ន្ធនេះ រួមមានបុគ្គលិកសុខាភិបាល អ្នកគ្រប់គ្រង MCH នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ ថ្នាក់ដឹកនាំជាតិ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន សាលារៀន ។ល។ ចងភ្ជាប់នូវការតព្វកិច្ច និងមានគណនេយ្យភាពចំពោះប្រជាជនដែលយន្តការនេះត្រូវការពារ។ សមាសធាតុជាច្រើនដែលជាគន្លឹះ នៃគណនេយ្យភាព ក្នុងការគ្រប់គ្រង SRHR រួមមាន ការតាមដានធនធានដែលបានចំណាយលើ SRHR និងប្រភព នៃធនធានទាំងនោះ ការវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្អែកលើយេនឌ័រ និងការកែលម្អប្រព័ន្ធការអនុវត្តប្រកបដោយការឆ្លើយតបដោយផ្អែកលើមតិកែលម្អពីសហគមន៍ ។

<u>ជំរុញភាពជាដៃគូ</u>

ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារក នឹងធ្វើការជាមួយសហគមន៍ មេឃុំ អ្នកដឹកនាំបែបប្រពៃណី និងសាសនា ក្រុមស្ត្រី អង្គការសង្គមស៊ីវិល សាលារៀន និងដៃគូផ្សេងទៀត។ ប្រធានបទសុខភាពដែលមានលក្ខណៈរសើបចំពោះវប្បធម៌ គឺពឹងផ្អែកជាពិសេសទៅលើភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ ការអប់រំជុំវិញការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ឬអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ ត្រូវតែពាក់ព័ន្ធនឹងការយល់ឃើញ និងការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានតាមរយៈការសន្ទនាក្នុងសហគមន៍ និង "អ្នកមានឥទ្ធិពល" រួមទាំងអ្នកដឹកនាំសាសនា។ ភាពជាដៃគូជាមួយបុរស និងក្មេងប្រុសជាសម្ព័ន្ធមិត្ត គឺជាតម្រូវការជាមុនមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ជម្នះទៅនឹងបទដ្ឋានជុំវិញភាពជាបុរស ដែលនេះអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមភាពយេនឌ័រ។ វិស័យឯកជនផ្តល់សេវា SRHR ជាច្រើនហើយភាពជាដៃគូ

---

[39]អង្គការសហប្រជាជាតិ។ (2015)។ យុទ្ធសាស្ត្រសកលរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់សុខភាពស្ត្រី កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់ (២០១៦-២០៣០)។

[40]អង្គការសហប្រជាជាតិ។ (2015)។ យុទ្ធសាស្ត្រសកលរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់សុខភាពស្ត្រី កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់ (២០១៦-២០៣០)។

សាធារណៈ និងឯកជន ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទៅវិញទៅមកតាមវិធីជាច្រើន។ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាន និងអាចជះឥទ្ធិពលលើបទដ្ឋានវប្បធម៌ ដើម្បីបង្កើតសង្គមមួយ ដែលប្រកបដោយបរិយាបន្នកាន់តែច្រើន។ ភាពជាដៃគូសំខាន់ៗត្រូវបានគូសបញ្ជាក់នៅទូទាំងយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ហើយវាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការពិចារណាអំពីភាពជាដៃគូសម្រាប់រាល់អន្តរាគមន៍ទាំងអស់ដែលមាន។

បរិយាបន្ន ជាពិសេសសំឡេងពីប្រជាជនសំខាន់ៗ និងប្រជាជនដែលប្រឈមហានិភ័យ

វិសមភាពសេដ្ឋកិច្ច គឺជាកត្តាបង្កឱ្យមានវិសមភាពក្នុងវិស័យថែទាំសុខភាព ហើយសេវា SRHR ចាំបាច់ត្រូវរចនាឡើង និងវាយតម្លៃដោយមានការគិតគូរទៅលើអ្នកដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់ នៃសេវា។[41] ជនជាតិភាគតិច ជាតិសាសន៍ ឬសាសនា ប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គបន្ថែមក្នុងការទទួលបាន SRHR ប្រកបដោយគុណភាព។[42,43] យន្តការអភិបាលកិច្ច ត្រូវដាក់បញ្ចូលក្រុមដែលត្រូវបានទុកចោលនៅក្នុងមុខតំណែង នៃភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងមានអំណាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ដូចនេះពួកគេអាចការពារសំឡេង តម្រូវការ និងសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្រប់ដណ្តប់ នៃសេវា។ ទិន្នន័យអំពីលំហូរមូលនិធិ និងសេវាកម្ម ត្រូវប្រមូល និងវិភាគដោយបែងចែកទៅតាមស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច យេនឌ័រ ក្រុមជនជាតិ និងពិការភាព ដើម្បីឱ្យយន្តការអភិបាលកិច្ចទទួលបានការយល់ដឹងអំពីវិសមភាពក្នុងការផ្តល់សេវា SRHR និងកសាងប្រព័ន្ធប្រកបដោយបរិយាបន្នបន្ថែមទៀត។

តម្លាភាព

ជាចាំបាច់ដែលអភិបាលកិច្ច នៃការផ្តល់សេវា SRHR ត្រូវតែមានតម្លាភាព ដោយមានការចែករំលែកព័ត៌មានអំពីដំណើរការ និងលទ្ធផលដែលបានមកពីដំណើរការត្រួតពិនិត្យ និងការចូលរួមក្នុងកិច្ចសន្ទនាប្រកបដោយបរិយាបន្ន។ តម្លាភាព អនុញ្ញាតឱ្យមានការចូលរួមប្រកបដោយអត្ថន័យពីសហគមន៍ ដៃគូ អ្នកផ្តល់មូលនិធិ និងអ្នកស្រាវជ្រាវ ដើម្បីកំណត់គោលដៅរួម នាំឱ្យមានយន្តការគណនេយ្យភាពដែលត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការ និងអនុវត្តបានខ្ជាប់ខ្ជួន។ ឧទាហរណ៍ វិធីសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រ NSSRHR អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងត្រូវបានចែករំលែក ប្រភពទិន្នន័យត្រូវបានកំណត់ឡើង ហើយវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះបញ្ចាំងនឹងគោលដៅ និងត្រូវបានរាយការណ៍ជាសាធារណៈ។ ព័ត៌មាននេះ ត្រូវតែមានសម្រាប់សហគមន៍ ដែលយុទ្ធសាស្ត្រនេះមានគោលបំណងបម្រើទៅដល់ ហើយក៏សម្រាប់អ្នកដែលរៀបចំ និងផ្តល់អន្តរាគមន៍សុខភាពនៅគ្រប់កម្រិតផងដែរ ដូច្នេះពួកគេអាចបន្តធ្វើឱ្យមានភាពប្រសើរឡើង និងសហការជាបន្តបន្ទាប់។

3.2.3 និរន្តរភាព

ធនធាន

គោលដៅ និងអន្តរាគមន៍ដែលមានចែងក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ត្រូវតែមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ ទាំងក្នុងរយៈពេលខ្លី និងយូរអង្វែង ដើម្បីអនុវត្តឱ្យបានពេញលេញ ជាបន្តបន្ទាប់ និងនិរន្តរភាព។ អន្តរាគមន៍ដែលខ្វះថវិកា

---

[41]Catherine Arsenault, Keely Jordan, Dennis Lee, et al ។ 2018. សមធម៌ក្នុងគុណភាពនៃការថែទាំមុនពេលសម្រាល៖ ការវិភាគលើការស្ទង់មតិគ្រួសារជាតិចំនួន 91 ។ The Lancet Global Health 6, 11: e1186–e1195។

[42]Yuan Huang, David Shallcross, Li Pi, Fan Tian, Jay Pan និង Carine Ronsmans។ ឆ្នាំ 2018. ជនជាតិ និងលទ្ធផលសុខភាពមាតា និងទារក និងការគ្របដណ្តប់សេវានៅភាគខាងលិចប្រទេសចិន៖ ការពិនិត្យឡើងវិញជាប្រព័ន្ធ និងការវិភាគមេតា។ The Lancet Global Health 6, 1: e39–e56 ។

[43]M. Knight, J. J. Kurinczuk, P. Spark, P. Brocklehurst និងក្នុងនាម UKOSS ។ 2009. វិសមភាពក្នុងសុខភាពមាតា៖ ការសិក្សាចម្រុះជាតិ ស្តីពីជំងឺធ្ងន់ធ្ងររបស់មាតា។ BMJ 338, mar03 2: b542–b542 ។

មានហានិភ័យបង្កគ្រោះថ្នាក់ ខ្ជះខ្ជាយធនធាន ឬធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ទំនុកចិត្តសាធារណៈនៅក្នុងប្រព័ន្ធ។ មូលនិធិរបស់ម្ចាស់ជំនួយត្រូវតែបែងចែកទៅឱ្យអាទិភាពដែលបានកំណត់ជាមុនដោយរដ្ឋាភិបាល។ ធនធានក្នុងស្រុកត្រូវតែបែងចែកក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ និងទាន់ពេលវេលា ដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានកំណត់ និងការវិភាគពីតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍។ កម្ពុជាត្រូវតែធ្វើការដើម្បីកាត់បន្ថយការពឹងផ្អែកលើម្ចាស់ជំនួយ និង "ផ្លាស់ប្តូរពីការពឹងផ្អែកលើមូលនិធិទៅជាហិរញ្ញប្បទាន" នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីរក្សាភាពជាម្ចាស់លើប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងស្វ័យភាព។ វិនិយោគហិរញ្ញវត្ថុរយៈពេលវែងទៅលើកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ជំរុញឱ្យមានភាពធន់ និងការសម្របខ្លួន គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះប្រព័ន្ធដ៏រឹងមាំដែលអាចប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាសុខភាពនាពេលអនាគតដូចជាបញ្ហាដែលនឹងបណ្តាលមកពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ។

<u>ភាពធន់</u>

នៅក្នុងបរិបទ នៃនិន្នាការប្រជាសាស្ត្រ ហានិភ័យ នៃជំងឺរាតត្បាតនាពេលអនាគត និងការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ គេចាំបាច់ណាស់ត្រូវពង្រឹងភាពធន់ក្នុងការផ្តល់សេវា SRHR ដោយធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមត្ថភាពរបស់ប្រព័ន្ធក្នុងការសម្របខ្លួនទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងមិនបានរំពឹងទុក។ ការពង្រឹងភាពទន់ខ្សោយនាពេលបច្ចុប្បន្ន តាមរយៈការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រនេះ និងការវិនិយោគក្នុងអន្តរាគមន៍ត្រៀមលក្ខណៈ គឺជាគន្លឹះសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា។ ការកសាងសមត្ថភាពធនធានមនុស្ស ផ្តល់អាទិភាពដល់កិច្ចអន្តរាគមន៍ទប់ស្កាត់ដូចជា ANC និង CSE ការណែនាំអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ការពង្រីកវ៉ាក់សាំងសុខភាពស្ត្រីដូចជា HPV និងការពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូនបន្ត គឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការកសាងភាពធន់។ គ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវានានាក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលស្ថិតក្នុងភូមិសាស្ត្រដែលងាយរងគ្រោះដោយការប្រែប្រួលអាកាសធាតុ គួរតែអនុវត្តវិធានការត្រៀមលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់បន្ថែម ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីកញ្ចប់សេវាកម្មដំបូងអប្បបរមា (MISP) សម្រាប់ SRHR ក្នុងស្ថានភាពវិបត្តិ។ សេវាកម្ម SRHR ប្រកបដោយនិរន្តរភាព និងភាពធន់ ក៏ធានាផងដែរថាសេវាអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយគ្មានការរំខាន។

<u>ការបន្សាំ</u>

វិធីសាស្ត្រមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យសម្របខ្លួនរហ័សទៅនឹងវិបត្តិ លើសពីសមត្ថភាពរបស់សេវាសុខភាពដែលមានស្រាប់។ សេវា SRHR ត្រូវតែមានលក្ខណៈសម្របខ្លួនដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការដ៏ស្មុគស្មាញពិសេសក្នុងករណីមានភាពអាសន្ននិងជំងឺរាតត្បាត តំបន់ភូមិសាស្ត្រពិបាកទៅដល់ ឬក្រុមជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ យុវជនជនជាតិដើមភាគតិច ជនចំណាកស្រុក ជនពនេចរ ប្រជាជនដែលគ្មានជម្រក អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន អ្នកជាប់ពន្ធនាគារ)។

3.2.4 ភស្តុតាង - ជូនដំណឹង

<u>ដំណើរការដោយទិន្នន័យ</u>

ការប្រើទិន្នន័យដែលមានគុណភាពខ្ពស់ ជាក់លាក់ និងមានបច្ចុប្បន្នភាព គឺមានសារៈសំខាន់ចំពោះ ការកែលម្អលទ្ធផលសុខភាពក្នុងរយៈពេលវែងប្រកបដោយសមធម៌ ប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធផល។ ទិន្នន័យគឺមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ការយល់ដឹងពីតម្រូវការរបស់ប្រជាជន ជាពិសេសក្រុមដែលមិនទាន់ទទួលបានសេវា ឬក្រុម

ជនជាតិភាគតិចដោយសារតម្រូវការរបស់ពួកគេប្រហែលជាមិនត្រូវបានយល់ច្បាស់ដោយអ្នកដឹកនាំ ហើយទិន្នន័យក៏សំខាន់សម្រាប់ការរៀបចំកម្មវិធីអន្តរាគមន៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ការកំណត់បញ្ហាដែលរាំងស្ទះ និងការធ្វើឱ្យការអនុវត្តមានភាពប្រសើរឡើង ការវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់របស់ ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារក និងអន្តរាគមន៍របស់ដៃគូ ការយល់ដឹងអំពីផលប៉ះពាល់ នៃការផ្តល់ថវិកា និងតម្លៃ ប្រសិទ្ធភាពរបស់អន្តរាគមន៍ ការផ្តល់អនុសាសន៍ត្រឹមត្រូវដល់អ្នកបង្កើតច្បាប់ និងគោលនយោបាយ និងធ្វើឱ្យមានគណនេយ្យភាពក្នុងអភិបាលកិច្ច។[44]

នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយភាគីពាក់ព័ន្ធរបស់រដ្ឋាភិបាលដើម្បីរៀបចំផែនការ តាមដាន និងពិនិត្យឡើងវិញនូវអន្តរាគមន៍នានា ដើម្បីពង្រឹងការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈរួមទាំង SRHR ផងដែរ។ ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងការពង្រឹងសូចនាករ SRHR និងការបែងចែកទិន្នន័យនៅក្នុង HMIS ជាគន្លឹះក្នុងការកែលម្អគោលនយោបាយ និងកម្មវិធីដែលជំរុញដោយទិន្នន័យ។ នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) ស្វាគមន៍ជាទៀងទាត់នូវសំណើសម្រាប់ការកែប្រែសូចនាករកម្មវិធី ហើយក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារកជាអ្នកដាក់សំណើ។ ដៃគូត្រូវតែបន្តគាំទ្រ ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារកដើម្បីកំណត់សូចនាករ និយមន័យ និងការបែងចែកទិន្នន័យដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ SRHR ដូច្នេះគេអាចបញ្ជូនទៅ DPHI និងអនុវត្តនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិទូទាំងប្រទេស។ បន្ថែមពីលើ HMIS ការចុះបញ្ជីរង្គប្បវេណី និងស្ថិតិសំខាន់ៗ (CRVS) ផ្តល់ទិន្នន័យសំខាន់ៗអំពី SRHR ជាពិសេសទាក់ទងនឹងការស្លាប់របស់មាតា និងទារក។

នៅក្នុងប្រទេស និងបរិបទជាច្រើន ទិន្នន័យអំពីចំនួនប្រជាជនដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់គឺមានកម្រិត។ មានយុទ្ធសាស្ត្រជាច្រើនដើម្បីកំណត់ចំនួនប្រជាជន និងតម្រូវការរបស់ពួកគេនៅពេលដែលគ្មានទិន្នន័យ។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះរួមមានការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលអាចជំនួសបាន (Proxy Data) ដូចជាប្រជាជនក្រីក្រ ក្មេងដែលមិនទាន់ចាក់វ៉ាក់សាំង ការចូលប្រើទិន្នន័យពីវិស័យផ្សេងទៀត ការអប់រំ សេវាសង្គម ឬការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ច្នៃប្រឌិតដូចជាទិន្នន័យភូមិសាស្ត្រ។ ការកសាងសមត្ថភាពបច្ចេកវិទ្យាដើម្បីភ្ជាប់ ទិន្នន័យ ដែលមានស្រាប់រវាងវិស័យផ្សេងៗ ឬការស្ទង់មតិ ក៏ជាជំហានដ៏សំខាន់មួយក្នុងការប្រមូលព័ត៌មានអំពីសហគមន៍ ដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់។ បង្កើនការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព និងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធអាចជាដំណោះស្រាយដ៏ល្អនៅពេល ដែលទិន្នន័យបែបបរិមាណមានមិនគ្រប់គ្រាន់ធនធានមនុស្សត្រូវតែអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ទាក់ទងនឹងការបញ្ចូលទិន្នន័យ ការចូលប្រើ ការវិភាគ ការបកស្រាយ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ ប្រព័ន្ធសុខភាពក៏នឹងពឹងផ្អែកលើសមត្ថភាពព័ត៌មាន និងបច្ចេកវិទ្យា (IT) ជាក់លាក់ដើម្បីបង្កើត ដំណោះស្រាយសេវាសុខភាពតាមអេឡិចត្រូនិក (Ehealth) ថែរក្សាប្រព័ន្ធ និងដោះស្រាយបញ្ហាបច្ចេកទេស និងបន្តធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធដើម្បីរក្សាបាននូវអត្ថប្រយោជន៍ និងភាពជឿនលឿននៃបច្ចេកវិទ្យា។

ប្រកបដោយភាពឆ្លើយតប

អន្តរាគមន៍ និងកម្មវិធីត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងភស្តុតាង។ នេះអាចសម្រេចបានតាមរយៈក្របខណ្ឌការត្រួតពិនិត្យ និងការវាយតម្លៃដ៏រឹងមាំ ការពិនិត្យឡើងវិញ នៃទិន្នន័យបរិមាណមុននឹងរៀបចំវិធីសាស្ត្រ ឬវាយតម្លៃ

[44]អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ (២០២៣)។ ក្របខណ្ឌតំបន់សម្រាប់ការឈានទៅដល់ការមិនទាន់សម្រេចនៅប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច (2022-2030)។

វឌ្ឍនភាព ការចូលរួមពីសហគមន៍ដើម្បីទទួលបានការណែនាំពីសហគមន៍ទៅលើវិធីសាស្ត្ររៀបចំផែនការ ឬការអនុវត្ត ការបង្កើត និងប្រើប្រាស់យន្តការផ្តល់យោបល់លើសេវា SRHR និងការធានាឱ្យមានការចូលរួមពី ពហុភាគីពាក់ព័ន្ធ បរិយាបន្ន និងដំណើរការកំណត់អាទិភាពតាមបែបការចូលរួម។

3.3 កត្តាជំរុញល្បឿន នៃផលប៉ះពាល់

បើកដំណើរការភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងការចូលរួមរបស់ក្មេងជំទង់

ការវិភាគស្ថានភាពយុវជននៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០២០ បង្ហាញអំពីកង្វះ នៃការចូលរួមរបស់យុវជនក្នុងការដឹកនាំក្នុងការកំណត់គោលនយោបាយ និងកម្មវិធីដែលប៉ះពាល់ដល់ជីវិតរបស់ពួកគេ។ មានតែ ១១% នៃយុវជនដែលឆ្លើយសំណួរស្ទង់មតិ អាយុពី ១០-២៤ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចនិយាយអំពីគំនិតរបស់ពួកគេ ឬផ្លាស់ប្តូរគំនិតជាមួយក្រុមមនុស្ស ឬអង្គការហើយមានតែ ៦% ប៉ុណ្ណោះដែលបានដឹកនាំ ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាព ឬកម្មវិធីនៅក្នុងសហគមន៍របស់ពួកគេ។ មនុស្សវ័យជំទង់ រងផលប៉ះពាល់ខុសៗគ្នា ពីលទ្ធផលសុខភាពមិនល្អ ហើយពួកគេមានការយល់ដឹងដ៏មានតម្លៃអំពីមូលហេតុឫសគល់ដែលបណ្តាលឱ្យមានសុខភាពមិនល្អក្នុងចំណោមពួកគេ និងគំនិតសម្រាប់កាត់បន្ថយឧបសគ្គទាំងនេះដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ការវិនិយោគលើភាពជាអ្នកដឹកនាំរបស់យុវជន និងការចូលរួមនៅក្នុង SRHR បង្ហាញពីឱកាសពិសេសមួយដើម្បីពន្លឿនការកែលម្អលទ្ធផលសុខភាព និងបង្កើតអ្នកដឹកនាំជំនាន់ក្រោយក្នុងវិស័យ SRHR ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះអាចត្រូវបានធ្វើដោយការរៀបចំតំណាងយុវជនក្នុងអភិបាលកិច្ចមូលដ្ឋាន ដោយបញ្ចូលយុវជនទៅក្នុងគណៈកម្មាធិការឃុំសម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារ (CCWC) និងសម្របសម្រួលការសន្ទនារវាងយុវជន និងអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ ដើម្បីឱ្យយុវជនអាចបង្ហាញពីទស្សនៈ និងអារម្មណ៍របស់ពួកគេលើបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់ពួកគេ។ នៅថ្នាក់ជាតិ NMCHC អាចចាប់ដៃគូជាមួយសកម្មជនយុវជនដែលយកចិត្តទុកដាក់លើបញ្ហា SRHR និងចូលរួមជាមួយពួកគេក្នុងដំណើរការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ដើម្បីកសាងសមត្ថភាពយុវជនបន្តិចម្តងៗ ឱ្យពួកគេអាចចូលរួមចំណែកប្រកដោយអត្ថន័យក្នុងការសម្រេចចិត្តថ្នាក់ជាតិ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ លទ្ធភាពទទួលបានសេវាដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ពួកគេក៏អាចចូលរួមជាមួយបណ្តាញយុវជន ក្លឹបកុមារ និងសមាជិកក្លឹបយុវជន និងអ្នកដឹកនាំបែបប្រពៃណី និងជំនឿ អ្នកដែលអាចមានឥទ្ធិពលលើជម្រើសរបស់មនុស្សវ័យក្មេង។

បង្កើនការប្រើប្រាស់ការច្នៃប្រឌិត បច្ចេកវិទ្យា និងឌីជីថល

ការកើនឡើង នៃឧបករណ៍សុខភាពឌីជីថល និងការជ្រៀតចូល នៃបច្ចេកវិទ្យាឌីជីថលក្នុងចំណោមប្រជាជនទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានាំមកនូវឱកាស និងហានិភ័យថ្មីៗទាក់ទងនឹង SRHR។ ឧបករណ៍កំពុងត្រូវបានបង្កើតឡើងក្នុងគោលបំណង ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវចំណេះដឹង ឥរិយាបថ និងអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកទទួលផល វិធីសាស្ត្ររបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងការតាមដានលទ្ធផល។ ឌីជីថលនីយកម្មអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកាត់បន្ថយវិសមភាព ដោយធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសម្រាប់ប្រជាជន ដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់ តាមរយៈអន្តរាគមន៍ដូចជា សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រពីចម្ងាយ (telemedicine) ជាដើម។ ការអនុវត្តការថែទាំខ្លួនឯងជាច្រើន ដូចជាស្ត្រីអាចប្រើថ្នាំសម្រាប់រំលូតកូនតាមវេជ្ជសាស្ត្រដោយខ្លួនឯងមិននៅនឹងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល អាចត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយជំនួយឌីជីថល ដូចជាវីដេអូ ឬការពិគ្រោះយោបល់ពីចម្ងាយ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី បច្ចេកវិទ្យា និងឌីជីថលនីយកម្មក៏បង្កើតហានិភ័យថ្មីដែលទាក់ទងនឹង

ការផ្ទុកព័ត៌មានសុខភាព ដែលអាចកំណត់អំពីអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន ការចែកចាយនូវព័ត៌មានមិនពិត និងជំនឿខុសឆ្គង និងឧបសគ្គក្នុងការប្រើប្រាស់ដោយសារគ្មានជំនាញ ឬធនធានក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ឌីជីថល។ គេចាំបាច់បង្កើនការប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យានៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងរក្សាការផ្តោតទៅលើការចូលប្រើប្រាស់បានសុវត្ថិភាព សន្តិសុខ និងឯកជនភាព។

<u>កំណត់គោលដៅអន្តរាគមន៍ដើម្បីទៅដល់ប្រជាជនសំខាន់ៗដែលមានហានិភ័យ</u>

សហគមន៍ដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់ ប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គពិសេសក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពរហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ន។ ទោះបីជាកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបានចាប់ផ្តើមនៅក្នុងទសវត្សរ៍កន្លងមកក៏ដោយ។ ដើម្បីឈានទៅដល់ចំនួនប្រជាជនទាំងនេះ អន្តរាគមន៍របស់ SRHR ត្រូវតែកែតម្រូវ ដើម្បីកាត់បន្ថយឧបសគ្គពិសេសដែលប្រឈមមុខដោយពួកគេ និងផ្តល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពដែលផ្តោតលើបុគ្គលទាំងនោះ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ បង្ហាញពីអន្តរាគមន៍ដែលបែងចែកទៅតាមប្រជាជន ឬកត្តាហានិភ័យដែលពាក់ព័ន្ធដើម្បីធានាថាតម្រូវការជាក់លាក់របស់ពួកគេត្រូវបានដោះស្រាយ។

<u>វិធានការបង្ការ ដោយការដោះស្រាយបទដ្ឋានសង្គមដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដែលជំរុញ</u>

<u>វិសមភាពយេនឌ័រ អំពើហិង្សា (រួមទាំង GBV) និងការរើសអើង</u>

បទដ្ឋានសង្គមដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ រួមទាំងបទដ្ឋានយេនឌ័រ គឺជាមូលហេតុធ្វើឱ្យមានលទ្ធផលសុខភាព និងសុខុមាលភាពមិនល្អ។ ការដោះស្រាយតែលទ្ធផលដែលកើតចេញបទដ្ឋានទាំងនេះតាមរយៈការផ្តល់សេវាសុខភាព ការព្យាបាល និងបញ្ជូនអ្នករងគ្រោះដែលទទួលរងនូវផលវិបាកទាំងនោះទៅរកសេវា គឺមិនបានដោះស្រាយមូលហេតុឫសគល់ នៃបញ្ហាឬអាចនាំទៅរកការកែលម្អប្រកបដោយនិរន្តរភាព នៃសុខភាព សុខុមាលភាព និងការលូតលាស់បាននោះទេ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ដាក់បញ្ចូលផ្នែកយុទ្ធសាស្ត្រ ដែលផ្តោតលើការផ្លាស់ប្តូរបទដ្ឋានទាំងក្នុង និងក្រៅបរិបទវិស័យសុខាភិបាលដោយសារវិធានការនេះមានសារៈសំខាន់ ក្នុងការលើកកម្ពស់សុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់បានយូរអង្វែង និងប្រកបដោយសមធម៌។

<u>ពង្រឹងស្ថាប័នថ្នាក់ក្រោម សមត្ថភាពមូលដ្ឋាន និងការចូលរួម</u>

បទដ្ឋានសហគមន៍ ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងការសម្រេចចិត្តក្នុងគ្រួសារដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ទាក់ទងពេលវេលា និងទីកន្លែងដែលគេត្រូវស្វែងរកព័ត៌មាន និងសេវាកម្មរបស់ SRHR និងវិសាលភាពដែលស្ត្រីអាចអនុវត្តសិទ្ធិរបស់ពួកគេ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះ ទទួលស្គាល់ពីតម្រូវការក្នុងការបង្កើនតួនាទីរបស់អ្នកដើរតួក្នុងសហគមន៍ដើម្បីកំណត់បញ្ហាប្រឈមក្នុងការទទួលបាន និងស្នើដំណោះស្រាយជាក់ស្តែង។ វាជារឿងសំខាន់ដែលថ្នាក់ដឹកនាំ SRHR ថ្នាក់ជាតិបន្តចូលរួមជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន មេឃុំ សាលារៀន ក្រុមសហគមន៍ អ្នកដឹកនាំបែបប្រពៃណី និងសាសនា ក្រុមស្ត្រី អង្គការសង្គមស៊ីវិល និងដៃគូផ្សេងទៀតក្នុងការសម្រេចចិត្ត ការធ្វើផែនការ ការអនុវត្ត និងការរៀនសូត្រដើម្បីកែលម្អ។ នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ជាអ្នកដើរតួកម្រិតស្រុកប្រតិបត្តិ (OD) និង PHD ជាពិសេសអ្នកគ្រប់គ្រង MCH និងអ្នកគ្រប់គ្រងឃ្លាំង ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងគ្រប់ទិដ្ឋភាពនៃការអនុវត្ត និងអន្តរាគមន៍ត្រួតពិនិត្យ។ ការវិនិយោគលើតួអង្គទាំងនេះ មានសក្តានុពលធ្វើឱ្យមានកត្តាជះឥទ្ធិពលលើការអនុវត្តលទ្ធផលជាក់ស្តែង។

<u>អនុម័តវិធីសាស្ត្រវដ្តជីវិតក្នុងការធ្វើផែនការ និងបង្កើតអន្តរាគមន៍ SRHR</u>

ស្របតាម ICPD យុទ្ធសាស្ត្រនេះទទួលស្គាល់ថាស្ត្រី បុរស និងបុគ្គលម្នាក់ៗមានតម្រូវការសុខភាពពេញមួយជីវិតរបស់ពួកគេ ហើយតម្រូវការសុខភាពបន្តពូជស្ត្រី ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើអាយុរបស់ពួកគេ។[45] ការផ្លាស់ប្តូរប្រជាសាស្ត្រនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា អាចបណ្តាលឱ្យស្ត្រីពន្យារពេលក្នុងការមានកូនរហូតដល់វ័យរាងចាស់ ដែលនេះមានន័យថា សេវាត្រូវតែកែតម្រូវទៅតាមបំណងដើម្បីបំពេញតម្រូវការពិសេសរបស់ម្តាយដែលមានវ័យចំណាស់។ ដំណាក់កាលក្រោយមកទៀតក្នុងជីវិត ស្ត្រីក៏មានតម្រូវការ SRHR ជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលអស់រដូវរបស់ពួកគេ។ ការអនុម័តវិធីសាស្ត្រវដ្តជីវិត គឺជាវិធីមួយក្នុងការអនុវត្តគោលការណ៍ផ្អែកលើសិទ្ធិមនុស្សរបស់យុទ្ធសាស្ត្រនេះ។

3.4 អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រខាងក្រោមនឹងណែនាំពីការកំណត់ប្រយោគបញ្ហា បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ ដែលរួមចំណែកដល់អាទិភាពទាំងនោះ និងអន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើងដើម្បីដោះស្រាយ។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រណែនាំ NSSRHR ២០២៤-២០៣០
១. កែលម្អភាពអាចរកបាន ប្រសិទ្ធភាព សុវត្ថិភាព និងការផ្តោតលើប្រជាជន នៃព័ត៌មាន និងសេវាកម្ម SRHR
២. លើកកម្ពស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវាកម្មរបស់ SRHR ឱ្យសមស្របតាមគោលបំណង
៣. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការដាក់បញ្ចូលសេវាកម្ម និងការបញ្ជូនបន្តដើម្បីធានាបានទាន់ពេលវេលា និងសមភាពក្នុងការទទួលបានសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៅគ្រប់កម្រិត នៃការថែទាំ
៤. ដោះស្រាយបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រ គោលនយោបាយ និងការអនុវត្តដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការផ្តល់សេវារបស់ SRHR
៥. ផ្តល់អាទិភាពដល់ភាពជាម្ចាស់របស់សហគមន៍ ការចូលរួមជាមួយប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងការឆ្លើយតបដើម្បីពង្រឹង ការផ្គត់ផ្គង់ និងតម្រូវការសេវា SRHR
៦. លុបបំបាត់ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាព ឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC)
៧. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពអាចរកបាន នៃផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រ និងបច្ចេកវិទ្យា
៨. ផ្សព្វផ្សាយ និងពង្រឹងទិន្នន័យសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ការច្នៃប្រឌិត ការត្រួតពិនិត្យ និងការរៀនសូត្រ
៩. ជំរុញអភិបាលកិច្ចរួម និងជំរុញភាពជាដៃគូ។

[45] Sundewall, Jesper, និង Hannah Kaiser ។ "សិទ្ធិ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងបន្តពូជ៖ ជាធាតុសំខាន់នៃការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល។ ឯកសារប្រវត្តិសាវតាសម្រាប់កិច្ចប្រជុំកំពូលណៃរ៉ូប៊ី ស្តីពី ICPD25-ការពន្លឿនការសន្យា។" (2019)។

4. តំបន់អន្តរាគមន៍តាមអាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ១. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពអាចរកបាន ប្រសិទ្ធភាព សុវត្ថិភាព និងការផ្តោតលើប្រជាជន នៃព័ត៌មាន និងសេវាកម្មរបស់ SRHR ។

ប្រយោគបញ្ហា

ភាពអាចរកបាន ប្រសិទ្ធភាព សុវត្ថិភាព និងការផ្តោតលើប្រជាជន នៃព័ត៌មាន និងសេវា SRHR នៅកម្ពុជា គឺមានមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ SRHR ប្រកបដោយនិរន្តរភាពនៅឡើយ។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

WHO កំណត់ការថែទាំសុខភាពប្រជាជន ដែលប្រកបដោយគុណភាព ដោយឈរលើប្រសិទ្ធភាព (ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្អែកលើភស្តុតាង) សុវត្ថិភាព (ជៀសវាងគ្រោះថ្នាក់) និងការផ្តល់ការថែទាំដែលឆ្លើយតបទៅនឹងចំណង់ចំណូលចិត្ត តម្រូវការ និងគុណតម្លៃ ។[46]

1) ភាពអាចរកបាន

នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានការលំបាកក្នុងការវាយតម្លៃភាពអាចរកបាន នៃសេវា ដោយសារតែគេមិនដឹងអំពីចំនួនពិតប្រាកដ និងទីតាំងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលដែលមានកញ្ចប់ RMNCH ពេញលេញ ដែលអាចរកបាននៅគ្រប់កម្រិត នៃគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (MPA, CPA ។ល។) ខណៈ MPA ពេញលេញមិនមាននៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់នោះទេ ។[47] ជាលទ្ធផលសេវាមួយចំនួនមានមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងចំនួន និងចែកចាយមិនស្មើភាពគ្នាតាមភូមិសាស្ត្រ បើធៀបនឹងស្តង់ដារបស់ UN និងស្តង់ដារជាតិ។ ឧទាហរណ៍ ការគ្របដណ្តប់ BEmONC គឺបានតែពាក់កណ្តាលនូវចំនួន ដែលតម្រូវឱ្យបំពេញតាមស្តង់ដាររបស់អង្គការសហប្រជាជាតិប៉ុណ្ណោះ។ ចំនួនគ្រឹះស្ថានសាធារណៈដែលផ្តល់ជូន CAC បានកើនឡើងពីចំនួន ៧៦២ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៧ ទៅ ៨២០ នៅឆ្នាំ ២០២៤។[48]

ក្នុងចំណោមសេវាដែលគេដឹងថាអាចរកបាន សេវាជាក់លាក់មួយចំនួនគឺមាន ប៉ុន្តែត្រូវការពង្រីកបន្ថែមទៀត។ ការដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នូវសេវាកម្មថ្មីៗ ដូចជាការចាក់វ៉ាក់សាំង HPV សម្រាប់ក្មេងស្រី គឺជាភាពជឿនលឿនមួយ ប៉ុន្តែការគ្របដណ្តប់ត្រូវតែពង្រីកដល់យុវជនកម្ពុជាទាំងអស់។

ជាងនេះទៅទៀតកញ្ចប់សេវានៅតាមគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ នៅខ្វះសេវាសង្គ្រោះជីវិតមួយចំនួន ដែលចាំបាច់ត្រូវណែនាំដូចជា ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដើម្បីការពារសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត-សង្គមរបស់ឳពុកម្តាយអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាល។ ដូចគ្នានេះផងដែរ កន្លែងសាធារណៈមិនផ្តល់សេវាទាក់ទងនឹងការអស់រដូវ និងភាពគ្មានកូននោះទេ។

ព័ត៌មាន SRHR ក៏មិនមានជាប់លាប់សម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការដែរ។ កម្មវិធីអប់រំផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CSE) នៅសាលារៀន បានចាប់ផ្តើមអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តមួយចំនួន ប៉ុន្តែមិនទាន់បានអនុវត្តនៅទូទាំងប្រទេស

[46] WHO 2023 ចូលមើលនៅ៖ www.who.int/health-topics/quality-of-care

[47] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២២)។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា (២០១៧-២០២៣)។

[48] កំណត់ត្រាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពមាតា និងទារកជាតិ (NMCHC) ឆ្នាំ 2024 ។

នោះទេ ដោយសារការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូដោយផ្ទាល់គឺពឹងផ្អែកលើមូលនិធិរបស់ម្ចាស់ជំនួយទោះបីជាផែនការបន្តដំណើរការជាដំណាក់កាលកំពុងដំណើរការក៏ដោយ។ លើសពីនេះ គ្រូបង្រៀនដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់កម្មវិធីសិក្សាCSE អាចខ្វះការបណ្តុះបណ្តាល និងជំនាញសមត្ថភាពនេះ។ ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មដែលមាននៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ មិនត្រូវបានធ្វើទំនាក់ទំនងយ៉ាងល្អនៅកម្រិតសហគមន៍នោះទេ។

2) ប្រសិទ្ធភាព និងសុវត្ថិភាព នៃសេវាកម្ម

មានទិន្នន័យតិចតួចអំពីលទ្ធផលសុខភាពដែលកើតចេញពីសេវាដែលបានផ្តល់ ឧបករណ៍ និងប្រព័ន្ធធានាគុណភាពត្រូវបានណែនាំ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាប្រព័ន្ធទេ។ ទិន្នន័យដែលទាញដោយឧបករណ៍ធានាគុណភាពជាក់លាក់ មិនត្រូវបានគេប្រើប្រាស់ជាប្រព័ន្ធដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ការកែលម្អនោះទេ ដោយសារមូលនិធិមានកម្រិតសម្រាប់អនុវត្តអន្តរាគមន៍ ការណែនាំ ឬវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដែលត្រូវការ។ គុណភាពនៃការថែទាំនៅគ្រឹះស្ថានឯកជន មិនត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ ឬប្រៀបធៀបជាមួយនឹងការណែនាំដែលមាន (ដូចជាគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ពិធីសារ និង SOPs ជាដើម)។ មិនមានការគាំទ្រសម្រាប់ការកែលម្អគុណភាពទៅលើចំណុចដែលខ្វះខាតនោះទេ ហើយការអនុវត្តល្អបំផុតក្នុងចំណោមគ្រឹះស្ថានដែលទទួលបានជោគជ័យ គឺកម្រត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីពង្រីកភាពជោគជ័យ។

សេវាកម្ម មិនត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយសុវត្ថិភាពពេញលេញស្របតាមពិធីសារនៅកម្រិត នៃការថែទាំនីមួយៗ (MPA, CPA 1-2-3)។ ជាឧទាហរណ៍ ធាតុទាំងអស់ នៃសេវាកម្ម ANC ដែលត្រូវផ្តល់ជូននៅកម្រិត MPA មិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាប់លាប់ក្នុងអំឡុងពេលការណាត់ ANC ។ នៅកម្រិតថែទាំសុខភាពខ្ពស់ជាងនេះ ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺតាមការស្នើសុំរបស់អ្នកជំងឺ ក្នុងករណីដែលវេជ្ជសាស្ត្រមិនបានបង្ហាញពីភាពចាំបាច់សម្រាប់ការវះកាត់ នេះបង្ហាញពីហានិភ័យសុខភាព។[49] ដូចគ្នានេះផងដែរ សុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺមិនត្រូវបានគាំទ្រពេញលេញនោះទេ នៅពេលដែលគេត្រូវការសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាសេវាសុខភាពដូចជាតម្រូវការរបស់ជនរងគ្រោះដែលនៅរស់រានមានជីវិតពីអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ (GBV) ទៅលើជំនួយផ្នែកច្បាប់ដើម្បីធានាការការពាររាងកាយរបស់ពួកគេ។

ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារកដោយមានការគាំទ្រពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក ការរៀបចំការត្រួតពិនិត្យជាតិ នៃប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (MDA) ឆ្លុះបញ្ចាំងពីការពិតដែលថានៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានតែជំហានដំបូងក្នុងចំណោមជំហានទាំងប្រាំមួយ នៃការតាមដានការស្លាប់របស់មាតា និងការឆ្លើយតបប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានធ្វើ។ MDA ត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់បញ្ហាប្រឈមនៅក្នុងដំណើរការកំណត់គុណភាពនៃកិច្ចប្រជុំ MDA ថ្នាក់ខេត្ត និងវាយតម្លៃអនុសាសន៍ដែលចេញដោយកិច្ចប្រជុំទាំងនេះ។ បញ្ហាប្រឈមដែលបានកំណត់រួមមានដូចជា៖ អសមត្ថភាពក្នុងការចាត់ថ្នាក់ការស្លាប់របស់មាតាមួយចំនួន បញ្ហាប្រឈមក្នុងការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍ពីមូលហេតុ នៃការស្លាប់ទាំងអស់ ការផ្តល់មតិត្រឡប់ដែលមិនស៊ីចង្វាក់គ្នាដល់គណៈកម្មាធិការ MDA នៃខេត្តដែលអនុវត្ត និងមានករណីមរណភាពមាតា បាត់ទិន្នន័យពីព័ត៌មាន នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះ ការរាយការណ៍ខ្វះអំពីចំនួន នៃការស្លាប់ និងគុណភាពមិនល្អ នៃអនុសាសន៍ MDA ។[50] ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាព ទារកទើបនឹងកើត (NDA) ត្រូវបានបង្កើតថ្មី ដោយផ្អែកលើការណែនាំ និងវិធីសាស្ត្ររបស់អង្គការ

[49] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២២)។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា (២០១៧-២០២៣)។
[50]ក្រសួងសុខាភិបាល ពិនិត្យលើផែនទីបង្ហាញផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមរហ័ស ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក ២០១៦-២០២០។

សុខភាពពិភពលោក ហើយត្រូវបានសាកល្បងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យខេត្តចំនួន ៣ គឺបាត់ដំបង កំពង់ចាម និងតាកែវ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៨ហើយពង្រីកទៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តចំនួន២ផ្សេងទៀត គឺប៉ៃលិន និងពោធិ៍សាត់ក្នុងឆ្នាំ ២០១៩។ ប៉ុន្តែប្រព័ន្ធនេះមិនទាន់ត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញនៅឡើយទេ។ ការពិនិត្យឡើងវិញ និងការឆ្លើយតប គួរធ្វើឡើងដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ ដែលទទួលខុសត្រូវ ដែលផែនការទាំងនេះមានឱកាសកាន់តែច្រើនក្នុងការទប់ស្កាត់ការស្លាប់ដែលកើតឡើងដដែលៗ បណ្តាលមកពីមូលហេតុដែលអាចបង្ការបាន ប្រសិនបើសកម្មភាពត្រូវបានអនុវត្ត។ ជាងនេះទៅទៀត កម្ពុជាកំពុងខ្វះខាតប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត សម្រាប់មាតា ហើយ MPDSR មិនត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងដំណើរការធានាគុណភាពនៅឡើយ។

3) ផ្តោតលើអ្នកជំងឺ

ការថែទាំដោយផ្តោតលើអ្នកជំងឺ គឺជាការថែទាំសុខភាពដែលចាត់ទុកអ្នកជំងឺជាដៃគូស្មើគ្នា ដោយទទួលស្គាល់សមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព និងជួយពួកគេឱ្យទទួលបានចំណេះដឹង ជំនាញ និងទំនុកចិត្តដើម្បីជួយខ្លួនឯង។ អ្នកជំងឺគឺជាសសរស្តម្ភកណ្តាល នៃ "វិធីសាស្ត្រផ្អែកលើសិទ្ធិ" ដែលរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា (ដែលជា "អ្នកកាន់កាតព្វកិច្ច") អាចឱ្យប្រជាជនកម្ពុជា (ដែលជា "អ្នកកាន់សិទ្ធិ") ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិរបស់ពួកគេ រួមទាំងសិទ្ធិទទួលបានសុខភាពផងដែរ។

យន្តការសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងអតិថិជនផ្តល់មតិកែលម្អដល់អ្នកផ្តល់សេវា អំពីរបៀបដែលតម្រូវការរបស់ពួកគេអាចត្រូវបានដោះស្រាយឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ជាពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់ គឺនៅមានចំនួនកំណត់។ ការសិក្សាក្រៅផ្លូវការ ឬការសិក្សាដែលធ្វើឡើងតែមួយដងដើម្បីទទួលបានមតិកែលម្អ បង្ហាញថាអ្នកប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពមានការមិនពេញចិត្តចំពោះអាកប្បកិរិយា និងឥរិយាបថរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល បង្ហាញថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពខ្វះជំនាញ និងទឹកចិត្តក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងខ្វះភាពរួសរាយរាក់ទាក់។ លើសពីនេះ ពួកគេខ្វះព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកជំងឺនូវចំណេះដឹងពេញលេញអំពីសេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចជួយខ្លួនឯងបាន។ ជាឧទាហរណ៍ ចំណេះដឹង និងការយល់ដឹងអំពីកញ្ចប់១០០០ថ្ងៃ ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព គឺនៅមានកម្រិត ហើយម្តាយត្រូវបានគេរាយការណ៍ជាញឹកញាប់ជឿថាសេវានេះគឺសម្រាប់កូនរបស់ពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ ដែលនេះនាំឱ្យមានការកាត់បន្ថយការចង់ស្វែងរកសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល។[51]

សេវាប្រកបដោយមិត្តភាពសម្រាប់មនុស្សវ័យជំទង់ និងយុវវ័យ (AYFS) មិនអាចប្រើបានពេញលេញទេ ហើយការរក្សាឯកជនភាព គឺមិនមានភាពជាប់លាប់នៅតាមមូលដ្ឋានថែទាំសុខភាពឡើយ។ ទាំងនេះ គឺជាឧបសគ្គដល់អ្នកជំងឺក្នុងការទទួលបានការថែទាំ ទំនុកចិត្ត និងការគ្រប់គ្រងសុខភាពរបស់ពួកគេផ្ទាល់។ សហគមន៍ដែលត្រូវបានគេផាត់ចេញ ប្រឈមមុខនឹងឧបសគ្គខ្ពស់ក្នុងការចូលទៅកាន់សេវា SRHR រួមមានការរើសអើងដោយប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ភាពមិនស្មើគ្នានៃការគ្របដណ្តប់សេវា ANC និង PNC នៅតាមខេត្ត កម្រិតនៃការអប់រំ និងចំណាត់ថ្នាក់ នៃប្រាក់ចំណូលបង្ហាញពីបញ្ហានេះ។

WHO ក៏បញ្ជាក់ផងដែរថា គុណភាព នៃការថែទាំក៏អាស្រ័យទៅលើសេវាដែល៖ ១) ទាន់ពេលវេលាដើម្បីជៀសវាងការពន្យារពេលដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ ២) សមធម៌ក្នុងការទទួលបានការថែទាំដែលមានគុណភាព

[51]លទ្ធផលសិក្សាសាកល្បងពីទីភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិជប៉ុន ផ្តល់តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ពីភាគីពាក់ព័ន្ធនៅកម្រិតអនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីសុខភាពមាតា និងទារក។

សម្រាប់ប្រជាជនទាំងអស់ ៣) ការដាក់បញ្ចូលសេវាពេញលេញពេញមួយជីវិត និង៤) បង្កើនធនធានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ការបញ្ជូនបន្ត និងសមាហរណកម្មសេវាកម្មដែលមានបង្ហាញនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រផ្នែកទី ៣។ ការថែទាំប្រកបដោយសមធម៌ និងប្រសិទ្ធភាព នៃការចំណាយត្រូវបានបញ្ជ្រាប និងបង្ហាញយ៉ាងស៊ីជម្រៅនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រផ្នែកទី ៦។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ភាពអាចរកបាន

- ពង្រឹងភាពអាចរកបាន នៃសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព(MPA) និងសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ (CPA) នៅទូទាំងប្រទេស
- បង្កើនសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សាស្តីពីការពន្យារកំណើត និងការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងធ្វើការផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ
- បង្កើនមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក រួមទាំងមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍
- បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងយ៉ាងតិចមួយមុខ (កងដាក់ក្នុងស្បូន ឬកងដាក់ក្រោមស្បែក)
- ពង្រឹងភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈឯកជន ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតប្រកបដោយគុណភាព និងការរាយការណ៍ដោយទាន់ពេលវេលា និងត្រឹមត្រូវពីវិស័យឯកជន
- បង្កើនចំនួន និងការចែកចាយតាមភូមិសាស្ត្រនៃសេវាសុខភាពដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដែលមានស្រាប់ ដែលមិនទាន់បានពង្រីកនៅទូទាំងប្រទេស៖ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ការចាក់វ៉ាក់សាំង HPV ការពិនិត្យ និងព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ការគាំទ្រទាក់ទងនឹងអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រ
- ណែនាំសេវាថ្មីដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ដែលមិនទាន់មាននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ធានានូវភាពដែលអាចរកបានប្រកបដោយសមធម៌ និងនិរន្តរភាព (រួមទាំងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាក់ទងនឹង SRHR ការប្រឹក្សា ឬការព្យាបាលរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរអំឡុងពេលអស់រដូវ ការព្យាបាលធ្វើឱ្យមានកូន សេវា SRHR សម្រាប់បុរស)។
- ពង្រឹងសេវាឌីជីថលដែលមានស្រាប់ ឬដាក់បញ្ចូលសេវាឌីជីថលថ្មីសម្រាប់ការផ្តល់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រពីចម្ងាយ(telemedicine) ទៅក្នុងគំរូ នៃការថែទាំដែលមានស្រាប់ ជាពិសេសសម្រាប់ប្រជាជនដែលពិបាកទៅដល់។
- ផ្តល់ការអប់រំជាលក្ខណៈប្រព័ន្ធអំពី CSE និងអនាម័យពេលមករដូវ ដល់សិស្សានុសិស្សទាំងអស់នៅសាលារៀន និងយុវជនក្រៅសាលា រួមទាំងការកសាងសមត្ថភាពរបស់អ្នកអប់រំក្នុងការផ្តល់កម្មវិធីសិក្សា។

2) ប្រសិទ្ធភាព និងសុវត្ថិភាព

- ពង្រឹងបទប្បញ្ញត្តិ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាព នៃការថែទាំអនុវត្តដោយសេវាឯកជននៅកម្រិត PHC និងកម្រិតខ្ពស់ជាងនេះ (បន្ទប់ពិគ្រោះ ព្យាបាល បន្ទប់ថែទាំ...)
- ពង្រីកការប្រមូលទិន្នន័យដើម្បីកំណត់គុណភាពនៃសេវាទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹង SRHR តាមរយៈទិន្នន័យរដ្ឋបាល និងយន្តការសម្រាប់អ្នកជំងឺផ្តល់ព័ត៌ត្រឡប់ជាប្រចាំ ដើម្បីកំណត់ភាពខ្វះខាត នៃគុណភាព និងពង្រឹងគុណភាព
- ពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកញ្ចប់សេវាសំខាន់ៗ ដើម្បីដាក់បញ្ចូលសេវា វាយតម្លៃ ផ្លូវចិត្ត-សង្គម និងការគាំទ្រដល់ឪពុកម្តាយអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយ ពេលសម្រាល
- ការពង្រឹងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវា ដែលកន្លងមកមានស្ថានភាពមិនល្អ ឬជាប់គាំង ដូចជា អតិថិជនក្នុងពេល ANC ដែលធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងទទួលបានលទ្ធផលរបស់ពួកគេ ភាគរយ នៃអតិថិជនដែលធ្វើតេស្តរកពេគស្វាយ ភាគរយនៃស្ត្រីដែលរៀបការរួចកំពុងប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍
- ពង្រីកការអនុវត្តឧបករណ៍ និងប្រព័ន្ធធានាគុណភាពដែលមានស្រាប់នៅតាមគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ និងឯកជន
- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងពីការអនុវត្តល្អបំផុតជាសាកល និង ពង្រឹងប្រសិទ្ធភាព និងភាពងាយស្រួល នៃគោលការណ៍ណែនាំ
- ពិនិត្យឡើងវិញនូវយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពី MPDSR និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទម្រង់ និងដំណើរការទាំងអស់ស្របតាមការណែនាំជាសាកល ដោយសង្កត់ធ្ងន់កាន់តែខ្លាំងលើការអនុវត្តថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមទាំងការកសាងសមត្ថភាពនៅកម្រិតមូលដ្ឋានផ្តល់សេវាដូច្នេះការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ និងផែនការឆ្លើយតប រួមចំណែកដល់ការកែលម្អគុណភាព សុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព រួមមាន ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (MDA) និងប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត (NDA) និងផ្តួចផ្តើមប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់
- អនុវត្តការត្រួតពិនិត្យទៅលើចំណាត់ថ្នាក់តាមវិធីសាស្ត្រ Robsons ចំពោះការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ និងកំណត់គោលដៅសម្រាប់វាយតម្លៃមន្ទីរពេទ្យ ទាំងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសាធារណៈ និងឯកជន
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវទំនាក់ទំនងជាមួយវិស័យផ្សេងទៀត សម្រាប់អ្នកស្វែងរកការថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការជំនួយបន្ថែម ដូចជាអ្នករស់រានមានជីវិតពី GBV ជាដើម សម្របសម្រួលវិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងដោយផ្អែកលើក្រុម។

3) ផ្តោតលើអ្នកជំងឺ

- ធ្វើការស្រាវជ្រាវលើគុណភាព នៃសេវាសុខភាពនៅគ្រប់កម្រិត តាមរយៈវិធីសាស្ត្រដែលបានរៀបចំឡើងជាមួយសហគមន៍ ដើម្បីវាយតម្លៃការយល់ឃើញរបស់អ្នកជំងឺ ដើម្បីកំណត់គម្លាត និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវា
- ពង្រឹងធនធានមនុស្សលើជំនាញថែទាំសុខភាពផ្អែកលើសិទ្ធិ ដូចជាការពង្រឹងទំនាក់ទំនងឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ការថែទាំប្រកបដោយការគោរព និងការផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់អតិថិជន ពង្រឹងសមត្ថភាព ជំនាញ និងចំណេះដឹងរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងឆ្លើយតបចំពោះស្ត្រី និងកុមាររងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាគ្រប់ទម្រង់
- ជូនដំណឹងដល់សហគមន៍អំពីរបៀបក្នុងការស្វែងរកទីកន្លែងផ្តល់សេវាដែលមានសុវត្ថិភាព និងអាចដោះស្រាយបញ្ហារបស់ពួកគេ
- ពង្រឹងការអនុវត្តន៍សេវាសុខភាពយុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព (AYFS) នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងតាមរយៈការចូលរួមរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលជាមួយសាលារៀន និងសហគមន៍
- ពង្រឹង SOPs និងគោលការណ៍ណែនាំជុំវិញការផ្តល់ឯកជនភាព និងការសម្ងាត់នៅក្នុងមូលដ្ឋានផ្តល់សេវា ដើម្បីជានានូវការគោរព សេចក្តីថ្លៃថ្នូរនៃការថែទាំ និងលើកកម្ពស់ការស្វែងរកសេវាថែទាំនៅមូលដ្ឋានសាធារណៈ
- វាយតម្លៃ និងពង្រឹងលទ្ធភាពទទួលបានសេវា SRHR សម្រាប់បុរស ដើម្បីបញ្ចៀសបទដ្ឋាន នៃភាពជាបុរសដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យមានអាកប្បកិរិយាស្វែងរកការថែទាំសុខភាពក្នុងចំណោមបុរស។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ២. លើកកម្ពស់ការដាក់បុគ្គលិកសុខាភិបាលឱ្យបម្រើការងារក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវារបស់ SRHR ។

ប្រយោគបញ្ហា

បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវា SRHR មិនទាន់មានគ្រប់គ្រាន់ នៅខ្វះខាតជំនាញ ការគ្រប់គ្រង ការលើកទឹកចិត្ត ឬមិនទាន់សម្របខ្លួនបានទៅនឹងវិបត្តិសុខភាពនានា ដែលនេះជាឧបសគ្គដ៏សំខាន់ក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផល SRHR ។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ការវាយតម្លៃ និងការធ្វើផែនការៈ

គ្មានទិន្នន័យគ្រប់គ្រាន់អំពីចំនួនបុគ្គលិកនៅនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស (រួមមានអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកឯកជន ទីតាំងផ្តល់សេវា រយៈពេលដែលត្រូវការសម្រាប់ការផ្តល់សេវាណាមួយ គុណសម្បត្តិ និងវិញ្ញា

បនប័ត្រ និងការចូលនិវត្តន៍នាពេលខាងមុខ) ដែលនេះរារាំងដល់ការធ្វើផែនការ ការបែងចែក និងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា ឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមតម្រូវការ ។

2) ការបែងចែក ការរក្សាទុក ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាព៖

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ១៧% មិនមានចំនួនឆ្មបមធ្យមគ្រប់គ្រាន់ទៅតាមការណែនាំនោះទេចំនួនសិស្សដែលដាក់ពាក្យសុំសិក្សាកម្មវិធីឆ្មបកំពុងថយចុះជារៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយមានការខ្វះខាតឆ្មបនៅកម្រិតមណ្ឌលសុខភាព។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល មិនបាននៅជាប់លាប់ក្នុងមណ្ឌលសុខភាពនោះទេ ដោយសារប្រាក់ខែទាប និងការគ្រប់គ្រងនៅមានភាពខ្វះខាត។ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព មិនទទួលបានការធានាជាប់លាប់នូវបរិយាកាសសុវត្ថិភាព និងការគាំទ្រ ដែលនេះធ្វើឱ្យពួកគេប្រឈមនឹងហានិភ័យពីការបៀតបៀន ។ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាព សម្រាប់បុគ្គលិកមានដូចជាការផ្លាស់ប្តូរភារកិច្ចជាដើម ត្រូវបានគេប្រើប្រាស់តិចជាងមុន។ យុទ្ធសាស្ត្រជ្រើសរើស ការដាក់ឱ្យបម្រើការងារ និងការរក្សាទុក គឺចាំបាច់សម្រាប់ឆ្មប និងបុគ្គលិក SRMNCH សំខាន់ៗផ្សេងទៀត គឺជាបញ្ហាអាទិភាព។

3) ការបណ្តុះបណ្តាល និងការទទួលស្គាល់៖

ការអប់រំផ្នែកឆ្មបត្រូវបានរៀបចំតាមស្តង់ដារសហព័ន្ធឆ្មបអន្តរជាតិ (ICM) ដើម្បីអនុវត្តតាមការអនុវត្តល្អបំផុតជាសាកល ដូចជាការផ្អែកលើសមត្ថភាពជាដើម។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការអប់រំផ្នែកឆ្មបមុនបម្រើការងារ ត្រូវតែបន្តពង្រឹក និងរួមបញ្ចូលនូវការអភិវឌ្ឍន៍ថ្មី និងនិន្នាការជំងឺថ្មី ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពជំនាញព្យាបាល។ ជាឧទាហរណ៍ សេវាដែលត្រូវតែផ្តល់អាទិភាពសម្រាប់ការដាក់បញ្ចូលក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនេះ រួមមាន ការធ្វើតេស្តរោគស្វាយ ការតេស្តរក EENC សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត ការអនុវត្តសម្រាប់ការពន្យារកំណើតរយៈពេលយូរ ការរំលូតកូននៅត្រីមាសទីពីរ ការថែទាំ និងការប្រឹក្សាអំពីភាពគ្មានកូន។ គោលការណ៍ណែនាំអំពីសេវាសុខភាពយុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព ត្រូវតែកែសម្រួល និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាប្រចាំដើម្បីធានាថាគោលការណ៍ទាំងនេះឆ្លុះបញ្ចាំងពីនិន្នាការថ្មីៗ នៃតម្រូវការសុខភាពយុវវ័យ។ ការអប់រំជំនាញឆ្មបមុនបម្រើការងារត្រូវតែបន្ត ពង្រឹងជំនាញ និងការថែទាំដោយផ្តោតលើអ្នកជំងឺ ការថែទាំប្រកបដោយការគោរព និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ សមភាពយេនឌ័រ សេវាសុខភាពយុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព និងការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការរើសអើង។ ការអប់រំក្នុងពេលបម្រើការងារ ត្រូវតែស្របតាមស្តង់ដារដែលបង្កើតឡើងសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈជាបន្តបន្ទាប់ដែលបានណែនាំនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តីការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបម្រើការងារ នៅតែពឹងផ្អែកយ៉ាងខ្លាំងលើម្ចាស់ជំនួយ កើតឡើងដោយឥតព្រៀងទុក និងមិនត្រូវបានអនុវត្តជាលក្ខណៈទ្រង់ទ្រាយធំ ដែលនេះធ្វើឱ្យការគ្របដណ្តប់មិនបានគ្រប់គ្រាន់។ ឧទាហរណ៍ ផែនការពង្រីកភាពអាចរកបាននូវ CAC ដែលបានគូសចេញពីជំហានក្នុងការពង្រីក នៃការបណ្តុះបណ្តាលអំពី CAC នៅទូទាំងប្រទេស មិនត្រូវបានអនុវត្តពេញលេញនោះទេ ដោយសារធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងធនធានមនុស្សមានកម្រិត។ កម្មវិធីសិក្សាមុនពេល និងក្នុងពេលបម្រើការងារ គឺមិនមានភាពសមស្របគ្នានោះទេ ដោយសារកម្មវិធីទាំងពីរនេះត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងយន្តការត្រួតពិនិត្យដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ ការបណ្តុះបណ្តាល និងគុណភាព នៃការថែទាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជនមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រង ឬត្រួតពិនិត្យនោះទេ។

4) ការត្រួតពិនិត្យ និងការគាំទ្រ៖

អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលសាធារណៈត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃជាប្រចាំតាមរយៈការចុះពិនិត្យជាប្រចាំរបស់រដ្ឋាភិបាល ក៏ដូចជាតាមរយៈការវាយតម្លៃដែលគាំទ្រដោយម្ចាស់ជំនួយ ដូចជាកម្មវិធីជាតិត្រួតពិនិត្យការពង្រឹងគុណភាពក្រោមកម្មវិធី H-EQIP និង H-EQIP II និងប័ណ្ណដាក់ពិន្ទុសម្រាប់សុខភាពមាតា ទារក កុមារ និង អាហារូបត្ថម្ភ ក្រោមគម្រោងអាហារូបត្ថម្ភកម្ពុជា ប៉ុន្តែការគ្របដណ្តប់ ប្រសិទ្ធភាព និងនិរន្តរភាពនៃការវាយតម្លៃគឺនៅតែមានចន្លោះប្រហោងនៅឡើយ។ ម៉្យាងទៀតអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនមិនត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ ឬវាយតម្លៃតាមរយៈយន្តការដែលដឹកនាំ ឬចែករំលែកជាមួយវិស័យសាធារណៈឡើយ។ លើសពីនេះទាំងអ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈ និងឯកជន មិនត្រូវបានបង្វឹក និងណែនាំបានជាប់លាប់ដោយអ្នកដែលមានជំនាញជាងពួកគេនោះទេ ហើយអ្នកគ្រប់គ្រងក៏មិនបានចូលរួមពាក់ព័ន្ធក្នុងការវាយតម្លៃផងដែរ។ ការអនុវត្តនេះ មិនដូចទៅនឹងការណែនាំដោយការអនុវត្តល្អបំផុតជាសកលនោះទេ។ ការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិនៅមូលដ្ឋានសាធារណៈ និងឯកជន មិនមានការទទួលស្គាល់ និងការមានវិញ្ញាបនប័ត្រ គឺនៅមានកម្រិត។

5) ការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់វិបត្តិ៖

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព SRHR អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងអ្នកដឹកនាំថ្នាក់ជាតិ មិនបានគិតគូររៀបចំដើម្បីរក្សាការផ្តល់សេវា SRHR នៅពេលប្រឈមមុខនឹងវិបត្តិសុខភាពនាពេលអនាគត ឬភាពអាសន្នផ្សេងទៀត។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ការវាយតម្លៃ និងការធ្វើផែនការ
   - អនុម័ត និងអនុវត្តផែនការអភិវឌ្ឍន៍កម្លាំងពលកម្មសុខភាព ២០២៣-២០៣៣
   - ពង្រឹងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្សដើម្បីបង្កើត និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ការវិភាគ (រួមទាំងការវិភាគទីផ្សារការងារផ្នែកសុខភាព) ការធ្វើផែនការ ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រង
   - កែសម្រួលឡើងវិញនូវវិសាលភាពការងាររបស់ឆ្មប ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងពីការទទួលខុសត្រូវបន្ថែមដែលមានចែងក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនេះ
   - បង្កើតឱកាសសម្រាប់ឱ្យឆ្មបបង្ហាញពីតម្រូវការបរិយាកាសការងារ និងចូលរួមក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ និងផ្តល់ឱកាសដែលផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់ពួកគេក្នុងនាមជាអ្នកជំនាញ
   - វាយតម្លៃតម្រូវការថវិកាសម្រាប់ការពង្រឹងធនធានមនុស្ស និងបែងចែកថវិកាជាតិដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការទាំងនេះឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់។

2) ការបែងចែក ការរក្សាទុក ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាព
   - រៀបចំ និងអនុវត្តគោលនយោបាយដើម្បីលើកទឹកចិត្ត និងរក្សាឆ្មប ជាពិសេសផ្តោតលើការជ្រើសរើសបុគ្គលិកសម្រាប់ភូមិសាស្ត្រដែលមិនទាន់បានបម្រើសេវា និងសេវាដែលមិនទាន់បានផ្តល់ (ដូចជា CAC)
   - កំណត់ឱកាសសម្រាប់ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាពធនធានមនុស្ស នៃសេវា SRHR តាមរយៈការផ្លាស់ប្តូរភារកិច្ច

- សាកល្បងគំរូ នៃការលើកទឹកចិត្តប្រកបដោយភាពច្នៃប្រឌិត ដូចជាការលើកទឹកចិត្តដែលមិនមែនជាហិរញ្ញវត្ថុ ឬការលើកទឹកចិត្តដោយផ្អែកលើលទ្ធផល នៃការបំពេញការងារ ដើម្បីកែលម្អការផ្តល់សេវា
- ប្រើបច្ចេកវិទ្យាដែលមានស្រាប់ ឬថ្មីសម្រាប់សេវាសុខភាពតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល ស្របតាមតម្រូវការរបស់សហគមន៍ ដែលមិនទាន់ទទួលបានការគ្របដណ្តប់សេវា និងសហគមន៍ដែលទទួលបានសេវាមិនគ្រប់គ្រាន់ដោយសារឧបសគ្គក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព
- ប្រើបច្ចេកវិទ្យាដែលមានស្រាប់ ឬថ្មីដើម្បីជួយសម្រួលដល់ប្រធាន និងបុគ្គលិកទទួលបន្ទុកការងាររដ្ឋបាល និងការងារគ្រប់គ្រងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីឱ្យពួកគេមានពេលច្រើនផ្តោតលើការថែទាំអ្នកជំងឺ។

3) ការបណ្តុះបណ្តាល និងការទទួលស្គាល់

- បណ្តុះបណ្តាលអ្នកគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាពនៅក្នុងផ្នែក SRHR ទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស និងការការពារបុគ្គលិកទាំងអស់
- ធ្វើឱ្យសម្រេចរួចរាល់នូវការដាក់ឱ្យដំណើរការ នៃការអប់រំពង្រឹងសមត្ថភាពឆ្មបនៅទូទាំងប្រទេស ដោយការកសាងសមត្ថភាពសមាជិកនៅតាមមហាវិទ្យាល័យ ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីអប់រំពង្រឹងសមត្ថភាព (CBE) និងរៀបចំផែនការជ្រើសរើសអ្នកដែលមានជំនាញឱ្យទៅបន្ថែមជំនាញកាន់តែខ្ពស់ថែមទៀត
- វាយតម្លៃ និងអនុវត្តការកែលម្អជាចាំបាច់នៃអាទិភាពរបស់គ្រឹះស្ថានបង្រៀន
- ពង្រឹងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមុនបម្រើការងារដើម្បីដោះស្រាយគម្លាត នៃសមត្ថភាពគ្លីនិក (ជាពិសេសសម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង ការថែទាំដំបូងចាំបាច់សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត (EENC) មេរោគស្វាយ រំលូតកូន វ៉ាក់សាំងHPV ការគ្រប់គ្រងរដូវ សុខភាពស្ត្រីវ័យចំណាស់ ស្ត្រីអស់រដូវ និង ការពិនិត្យមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូន)
- ពង្រឹងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមុនបម្រើការងារ ដើម្បីកំណត់សមត្ថភាពផ្តល់ប្រឹក្សា ក្នុងការបង្កើនជំនាញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល នូវការថែទាំអ្នកជំងឺដោយយកចិត្តទុកដាក់ ការគោរព និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ អនុវត្តការយល់ដឹងអំពីយេនឌ័រចំពោះបុរស ស្ត្រី និងមនុស្សវ័យជំទង់ ជាពិសេសចំពោះក្រុមដែលខ្វះខាត ដោយមិនមានការរើសអើង
- បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាលលើភាពចម្រុះ នៃសមភាពយេនឌ័រ និងបរិយាបន្នសង្គម (GEDSI)
- រៀបចំសិក្ខាសាលាស្តីពីការបញ្ជាក់ពីគុណតម្លៃ និងការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងបុគ្គលិកផ្សព្វផ្សាយសហគមន៍ដែលផ្តល់ព័ត៌មាន អំពីសេវាសុខភាពបន្តពូជ
- បង្កើនសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាលើការប្រើប្រព័ន្ធឌីជីថល ដែលកំពុងត្រូវបានប្រើសម្រាប់សេវា SRHR និងM&E

- កៀរគរធនធានពីប្រភពក្នុងស្រុក និងម្ចាស់ជំនួយ ដើម្បីផ្តល់មូលនិធិដល់ការអនុវត្តអាទិភាព នៃការបណ្តុះបណ្តាល ដែលមានស្រាប់រួមទាំងផែនការពង្រីកភាពអាចរកបាននៃ CAC
- បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពអំពីការយល់ដឹងជាមូលដ្ឋានអំពីភាពគ្មានកូន ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាមួយនឹងអ្នកជំងឺប្រកបដោយការគាំទ្រ ការគ្រប់គ្រងករណី ការផ្តល់សេវា ដែលងាយស្រួលសម្រាប់យុវវ័យទំនាក់ទំនងជំងឺកាមរោគជាមួយភាពគ្មានកូន ផលប៉ះពាល់ នៃជំងឺកាមរោគលើស្ត្រីនិងបុរស និងការបញ្ជូនទៅរកការថែទាំដែលមានឯកទេសខ្ពស់បន្ថែមទៀត
- បង្កើតយន្តការ និងក្របខណ្ឌគណនេយ្យភាពសម្រាប់ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារក ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីសិក្សាបណ្តុះបណ្តាលមុន និងក្នុងពេលបម្រើការងារឱ្យបានទៀងទាត់ និងដើម្បីធានាថាកម្មវិធីទាំងពីរនេះមានភាពសមស្របជាមួយគ្នា
- ពង្រឹងការបន្តនូវឱកាស និងយន្តការ នៃការអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈសម្រាប់ឆ្មប ជាពិសេសសម្រាប់អ្នកធ្វើការនៅទីតាំងដាច់ស្រយាល ដើម្បីកសាងជំនាញកម្រិតខ្ពស់បន្ថែមទៀតតាមរយៈបទពិសោធន៍ធ្វើការនៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីរពេទ្យជាតិ
- ពិនិត្យឡើងវិញនូវពិធីសារស្តីពីការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់ និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីកាត់បន្ថយការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់ ដែលមិនត្រូវបានចង្អុលបង្ហាញដោយវេជ្ជសាស្ត្រ
- ពង្រឹងសមត្ថភាពលើការគ្រប់គ្រងការអូសបន្លាយ និងការរាំងស្ទះក្នុងពេលសម្រាលកូនរួមទាំងការជួយក្នុងការសម្រាលកូនដោយការបូម រួមមាននៅកម្រិត BEmONC ដែលនេះនឹងកាត់បន្ថយការស្លាប់ និងការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់ ។

4) ការត្រួតពិនិត្យ និងការគាំទ្រ

- ពង្រឹងយន្តការវាយតម្លៃគុណភាព នៃការថែទាំដែលមានស្រាប់ ដែលប្រើសម្រាប់ សេវា SRHR ដូចជា យន្តការដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងក្រោម HEQIP II ការត្រួតពិនិត្យការគាំទ្រទៀងទាត់ និងកិច្ចប្រជុំ MCAT ដោយវាយតម្លៃ នៃគុណភាព ដើម្បីធានាបាននូវសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមមានការដាក់បញ្ចូលនូវការថែទាំដែលមិនរើសអើង និងផ្អែកលើសិទ្ធិមនុស្ស និងពង្រឹងការប្រើលទ្ធផលសម្រាប់ធ្វើផែនការសកម្មភាព និងការតាមដាន
- ពង្រឹងបទប្បញ្ញត្តិ និងយន្តការពាក់ព័ន្ធស្តីពីការទទួលស្គាល់ និងការចេញវិញ្ញាបនបត្រ ដោយសហការជាមួយក្រុមប្រឹក្សាគណៈឆ្មបកម្ពុជា និងវិស័យឯកជន
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស (ឧ. តាមរយៈយន្តការកសាងសមត្ថភាព និងការបង្វឹក) ដល់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ស្របជាមួយនឹងស្តង់ដារ នៃការផ្តល់សេវាមានគុណភាព និងការអនុវត្តល្អបំផុត ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសារជាតិ
- បង្កើតអ្នកគ្រប់គ្រង និងបន្ថែមនូវភាពអាចរកបាន នៃប្រព័ន្ធដែលអាចត្រួតពិនិត្យ និងគាំទ្រ តាមរយៈប្រព័ន្ធឌីជីថល ដោយការពិចារណាពីរបៀបដែលកម្រិតផ្សេងៗនៃឆ្មបអាចទទួលយកការទទួលខុសត្រូវបន្ថែមទៀត រួមទាំងការគ្រប់គ្រង និងការបង្ហាត់ណែនាំ

- កំណត់ឱកាស ដើម្បីធ្វើសមាហរណកម្មការត្រួតពិនិត្យ និងការគ្រប់គ្រងជាមួយ កម្មវិធីសុខភាពមាតា និងទារក ដែលទទួលបានមូលនិធិផ្សេងគ្នា ដូចជាកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ។

5) ការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់វិបត្តិ៖

- បណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ដែលមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់ ដែលមានលទ្ធភាពខ្ពស់ក្នុងការប្រឈមនឹងវិបត្តិទាក់ទងនឹងអាកាសធាតុ (MISP) ស្តីពីកញ្ចប់សេវាដំបូងអប្បបរមាសម្រាប់ SRHR ក្នុងគ្រាអាសន្ន។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៣. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមាហរណកម្មសេវា និងការបញ្ជូនបន្តដើម្បីធានាបានភាពទាន់ពេលវេលា លទ្ធភាពទទួលបានសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រកបដោយសមធម៌ នៅគ្រប់កម្រិត នៃការថែទាំ

ប្រយោគបញ្ហា

លទ្ធភាពទទួលបានសេវា SRHR គឺនៅមានកម្រិត ដោយសារសមាហរណកម្មសេវានៅកម្រិតមណ្ឌលសុខភាពនៅមានកម្រិត យន្តការបញ្ជូនបន្តមិនដំណើរការបានល្អ ភាពស្មុគស្មាញក្នុងការថែទាំ និងគ្រប់គ្រងស្ថានភាពជំងឺ និងការគ្មានភាពជាប្រព័ន្ធក្នុងការផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងសេវាសាធារណៈក្រៅវិស័យសុខាភិបាល។ កត្តាទាំងនេះធ្វើឱ្យប្រជាជនមិនបានទទួលការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ការដាក់បញ្ចូលសេវានៅកម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

កម្មវិធីជាក់លាក់ពាក់ព័ន្ធ SRHR គឺនៅដាច់ដោយឡែកពីសេវាថែទាំសុខភាពបឋម ដោយសារកម្មវិធីទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិ រៀបចំផែនការ បង្រៀន និងតាមដានដោយឡែកពីគ្នា។[52] ការមាក់ងាយ និងការរើសអើងដែលទាក់ទងនឹងតម្រូវការសុខភាពជាក់លាក់ (ដូចជាមេរោគអេដស៍ SRHR សម្រាប់វ័យជំទង់ ឬ GBV) គឺជាឧបសគ្គចំពោះការទទួលបានសេវាសុខភាព ដោយសារបុគ្គលម្នាក់ៗអាចមានការស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការស្វែងរកការថែទាំជាសាធារណៈ ទទួលបានការថែទាំដោយខ្វះការគោរព និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ ឬត្រូវបានគេបដិសេធមិនផ្តល់សេវាឱ្យទាំងស្រុង។ អ្នកជំងឺខ្វះព័ត៌មាន និងការគាំទ្រក្នុងការតម្រង់ទិសដៅសម្រាប់ដំណើរថែទាំ និងគ្រប់គ្រងសុខភាពរបស់ពួកគេ ជាពិសេសនៅពេលដែលពួកគេត្រូវទៅពិនិត្យសុខភាពជាច្រើនដង ឬទៅពិនិត្យនៅកន្លែងផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់សេវាពាក់ព័ន្ធ។ សេវាបង្ការ ដូចជាការបង្ការការចម្លងសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការផ្តល់ប្រឹក្សាលើបញ្ហាទាក់ទងនឹងនិន្នាការភេទ អត្តសញ្ញាណ និងការបង្ហាញយេនឌ័រ (SOGIE) កម្រ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់សេវា PHC ឬ SRHR ដែលនេះបង្កើតនូវភាពគ្មានប្រសិទ្ធភាព និងការខកខានក្នុងការទទួលបានឱកាស ។[53]

2) ការបញ្ជូនទៅកាន់ការថែទាំដែលមានជំនាញឯកទេស

ការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាដែលមានកម្រិតឯកទេសខ្ពស់ជាងសម្រាប់ការថែទាំ គឺមិនទាន់ពេលវេលា

[52]អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ (២០២៣)។ ក្របខណ្ឌតំបន់សម្រាប់ការឈានទៅដល់ការមិនទាន់សម្រេចនៅប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច (2022-2030)។

[53]មូលនិធិប្រជាជនអង្គការសហប្រជាជាតិ។ (២០២៣)។ បទដ្ឋានសង្គមដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ និងអំពើហិង្សាផ្អែកលើយេនឌ័រនៅកម្ពុជា។ គន្លិះទ្វេសដែលបានរៀបរាប់។

គ្មានបុគ្គលិកដែលមានសមត្ថភាពអមទៅជាមួយឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ គ្មានការបំពាក់គ្រប់គ្រាន់នូវឧបករណ៍ សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានមុខងារ គ្មានទំនាក់ទំនងគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យគ្រឹះស្ថានដែលរង់ចាំទទួលអាចរៀបចំសម្រាប់ការមកដល់ នៃអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ជូន។ ទិន្នន័យអំពីសេវាសុខភាពដែលបានផ្តល់ឱ្យអ្នកជំងឺ និងលទ្ធផលសុខភាពមិនល្អដែលកើតមានឡើងនៅកម្រិតខ្ពស់ នៃការថែទាំ មិនបង្ហាញថាតើអ្នកជំងឺទទួលបានការព្យាបាលដំបូង និងត្រូវបានបញ្ជូនមកពីមូលដ្ឋានព្យាបាលម្រិតទាបនោះឡើយ ដែលនេះរារាំងដល់ភាពច្បាស់លាស់ នៃការសិក្សា ការស្រាវជ្រាវ ការកែលម្អគុណភាព និងគណនេយ្យភាព។ នៅឆ្នាំ ២០២០ មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ (១០០%) និង ៩៦,១% នៃមណ្ឌលសុខភាព មានសេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។ សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព សេវានេះមានការកើនឡើងប្រហែល ២៥% ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០១៤។ ប្រហែល ៩០% នៃអ្នកបើកបរបានរៀនវគ្គសង្គ្រោះបឋម ដែលរួមមានការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម ការគ្រប់គ្រងការហូរឈាមខាងក្រៅ៖ ការរុំបង់ឃាត់ឈាម និងច្រើនទៀត។ ៦២% នៃអគារដែលផ្តល់ CEmONC មានលទ្ធភាពទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឈាមតាមរយៈធនាគារឈាម។ ភាពខ្វះខាតគឺជាគោលដៅ នៃផែនការកែលម្អ EmONC ចំពោះការការផ្គត់ផ្គង់ឈាម ២៤ ម៉ោងក្នុង១ថ្ងៃ ពេញមួយសប្តាហ៍ នៅក្នុង ៩០% នៃអគារដែលផ្តល់ CEmONC ។ ការតស៊ូមតិកម្រិតខ្ពស់ គឺត្រូវការជាចាំបាច់ដើម្បីពង្រីកដេប៉ូ និងធនាគារឈាមប្រតិបត្តិការនៅក្នុងអគារ CEmONC ទាំងអស់។[54]

3) បណ្តាញទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាមិនមែនវិស័យសុខាភិបាល

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណតម្រូវការ និងការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាគាំទ្រមិនមែនសុខាភិបាល (ឧទាហរណ៍ សម្រាប់អ្នករស់រានមានជីវិតពី GBV) គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ ដោយសារភាពមានកម្រិតនៃការបណ្តុះបណ្តាល ការផ្តល់ព័ត៌មាន និងធនធាន ភាពអាចរកបាននូវសេវា ភាពស្មុគស្មាញ នៃការបញ្ជូន និងការរើសអើងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល។ សេវាមិនមែនសុខាភិបាលដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះសុខភាព និងសុខុមាលភាព ដូចជាកិច្ចអន្តរាគមន៍កម្រិតសហគមន៍ និងសាលារៀន ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរបទដ្ឋានសង្គមជុំវិញអំពើហិង្សា កម្រត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាមួយប្រព័ន្ធសុខភាព ដែលនេះបង្កើតឱ្យមានភាពគ្មានប្រសិទ្ធភាព និងការបាត់បង់ឱកាស។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ការដាក់បញ្ចូលសេវានៅកម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

- បង្កើតក្រុមការងារជាមួយនឹងកម្មវិធីជាតិទាក់ទងនឹង SRHR ដើម្បីពិភាក្សា រៀបចំផែនការ និងសមាហរណកម្មផែនការកម្មវិធីជាក់លាក់ ការអភិវឌ្ឍឯកសារបទដ្ឋាន រៀបចំហិរញ្ញវត្ថុ ខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការត្រួតពិនិត្យកម្លាំងពលកម្ម
- កំណត់អាទិភាពសេវា SRHR ដែលនៅខ្វះខាតក្នុងកញ្ចប់សេវា PHC ឬឈ្វេងយល់ពីភាពស្មុគស្មាញ នៃមធ្យោបាយក្នុងការដាក់បញ្ចូល (ឧទាហរណ៍ ការភ្ជាប់សេវា CAC និងសេវាមេរោគអេដស៍ជាមួយសេវាផែនការគ្រួសារ) ជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធ
- អនុវត្តដំណោះស្រាយដើម្បីជៀសវាងអ្នកជំងឺឈប់ទទួលការថែទាំដោយសារតែការរើសអើងពីបុគ្គលិក ឬអ្នកជំងឺផ្សេងទៀត

54ក្រសួងសុខាភិបាល និង UNFPA (ឆ្នាំ ២០២០)។ ការពិនិត្យថែទាំសម្ភព និងទារកទើបនឹងកើត 2020

- ដាក់បញ្ចូលសេវាបង្ការ (ដូចជាគ្លីនិកដាក់លាក់សម្រាប់ក្រុម LGBTQI+ ការទប់ស្កាត់ការចម្លងសម្រាប់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ គ្លីនិកចល័ត ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីកង្វល់របស់ SOGIE) ទៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានការចូលរួមពីអ្នកគ្រប់គ្រង ត្រួតពិនិត្យមើលដំណើរក្នុងការទទួលបានការថែទាំ និងគ្រប់គ្រងជំងឺរបស់អ្នកជំងឺ និងធ្វើការទំនាក់ទំនងព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជំងឺ
- គាំទ្រការអនុវត្តក្របខ័ណ្ឌ សម្រាប់ការអនុវត្តកម្មវិធី ជំរុញ PHC រួមទាំងការធ្វើ សមាហរណកម្មប្រព័ន្ធសុខភាពកម្រិតសហគមន៍។

2) ការបញ្ជូនទៅការថែទាំឯកទេស

- អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពឌីជីថល រួមទាំងឧបករណ៍ ដែលជួយសម្រួលដល់ការសម្របសម្រួលនៃការបញ្ជូនអ្នកជំងឺ ដែលអាចធ្វើឱ្យមានការទំនាក់ទំនងរវាងសមាជិកក្រុមពហុវិន័យសម្រាប់ការថែទាំបឋម ក៏ដូចជាការណែនាំ និងជំនួយការងារសម្រាប់ការថែទាំឌីជីថល ដើម្បីគាំទ្របុគ្គលិកសុខាភិបាលអំឡុងពេលបញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ប្រើយន្តការបញ្ជូនបន្តទាក់ទងនឹង SRHR និងការអនុវត្តល្អបំផុតក្នុងតំបន់ និងសកល ដើម្បីកំណត់បញ្ហារាំងស្ទះ និងអនុវត្តដំណោះស្រាយ
- សាកល្បងម្តងហើយម្តងទៀត វាយតម្លៃ កែលម្អ និងត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តយន្តការបញ្ជូនបន្តរួមទាំងការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នារវាងមធ្យោបាយនានា
- បង្កើតទិន្នន័យអំពីទីតាំង ដែលបញ្ហាសុខភាពកើតឡើង កន្លែងដែលអ្នកជំងឺត្រូវបញ្ជូនទៅ និងកន្លែងដែលពួកគេត្រូវបានទទួលការព្យាបាល។

3) ការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាសាធារណៈដែលមិនមែនជាសេវាសុខភាព

- ពង្រឹងចំណេះដឹងរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលអំពីសេវា SRHR និងការបញ្ជូនទៅកាន់វិស័យមិនមែនសុខភាព ជាពិសេសក្នុងករណី GBV ដោយធានាពីភាពជាក់លាក់ ការផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងអាចសម្រេចបាន
- សហការជាមួយផ្នែកផ្សេងទៀត ក្នុងការផ្តល់លទ្ធភាពដល់អ្នកជំងឺដើម្បីទទួលបាននូវអន្តរាគមន៍មិនមែនជាសេវាសុខភាពដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាព និងសុខុមាលភាព ដើម្បីធ្វើឱ្យមានភាពប្រសើរឡើងនូវភាពស៊ីចង្វាក់គ្នា និងការច្របាច់បញ្ចូលគ្នាជាចាំបាច់។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៤. ដោះស្រាយបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រ គោលនយោបាយ និងការអនុវត្ត ដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការផ្តល់សេវា SRHR

ប្រយោគបញ្ហា

បទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ ភាពលំអៀង និងវិសមភាព ធ្វើឱ្យមានការផ្តល់អាទិភាពទាបចំពោះសិទ្ធិរបស់ស្ត្រី និងកុមារី រួមទាំងសិទ្ធិរបស់ពួកគេក្នុងការទទួលបានសេវា SRHR ។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) គោលនយោបាយ និងផែនការ

ការយល់ដឹងអំពីរបាំងសង្គម និងយេនឌ័រចំពោះការទទួលបាន SRHR និងភាពប្រសព្វគ្នានៃបញ្ហារបស់ក្រុមប្រជាជនដែលត្រូវបានមិនអើពើ ក្នុងចំណោមអ្នកធ្វើគោលនយោបាយ និងអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ គឺនៅមានកម្រិត។ តួនាទីភាពជាអ្នកដឹកនាំក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ដែលត្រួតពិនិត្យលើការកំណត់គោលនយោបាយ ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ហិរញ្ញប្បទាន ការធ្វើផែនការ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យ គឺជាបុរសចំណែកឯតួនាទីជួរមុខវិញ គឺកាន់កាប់ ដោយស្ត្រី។ នេះជាឧបសគ្គដល់ការបញ្ជ្រាបយេនឌ័រនៅកម្រិត នៃការដឹកនាំជាន់ខ្ពស់។ ច្បាប់ និងគោលនយោបាយក្នុងវិស័យផ្សេងទៀត លើកទឹកចិត្តឱ្យមានបទដ្ឋានសង្គម និងយេនឌ័រមិនស្មើគ្នា ដូចជាគោលនយោបាយកន្លែងធ្វើការ ដែលរារាំងជនពិការក្នុងការទទួលបានការងារ ឬការរារាំងម្តាយពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយឬការរារាំងការឈប់សម្រាកព្យាបាលដើម្បីទទួលសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល។

2) ការផ្តល់សេវា

ក្នុងករណីខ្លះ ស្ត្រីទទួលរងនូវការរើសអើង ការទុកឱ្យនៅឯកា និងអំពើហិង្សាក្នុងវិស័យផ្សេងៗនៅក្នុងសង្គម រួមមានការផ្តល់សេវានៅតាមមូលដ្ឋាន ដែលមិនមែនសេវាសុខភាពដែលមានឥទ្ធិពលលើ SRHR ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ខកខានឱកាសក្នុងការធ្វើជាគំរូទំនាក់ទំនងយេនឌ័រប្រកបដោយភាពវិជ្ជមានសម្រាប់អ្នកស្វែងរកការថែទាំសុខភាព និងក្រុមគ្រួសារដែលមកជាមួយ ដោយសារពួកគេ ជាញឹកញយ គឺជាចំណុចដំបូង នៃទំនាក់ទំនងជាមួយប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ស្ត្រីមិនទទួលបានការគាំទ្រជាប់លាប់ក្នុងការអនុវត្តសិទ្ធិស្វ័យភាពរាងកាយ ក្នុងអំឡុងពេលទទួលសេវា SRHR នោះទេ។ បុរស និងក្មេងប្រុស មិនចូលរួមគាំទ្រសមភាពយេនឌ័រ និងស្វ័យភាពរាងកាយទាក់ទងនឹង SRHR នោះទេ។ បុរស និងក្មេងប្រុស ទំនងជាមិនស្វែងរកការថែទាំសុខភាពនៅពេលចាំបាច់ ដូចជាជំងឺកាមរោគ ដោយសារតែបទដ្ឋាន នៃភាពជាបុរសបានរារាំងបុរសពីការស្វែងរកការថែទាំ។ ភាពមានកម្រិត នៃការរក្សាឯកជនភាព នៃការថតសម្លេង និងប្រើប្រាស់រូបភាពនៅតាមមូលដ្ឋានផ្តល់សេវាសុខភាព ធ្វើឱ្យមានការភ័យខ្លាចពីការមាក់ងាយ និងការរើសអើង ដែលនេះរារាំងប្រជាជន ក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាព។

3) បរិយាកាសសង្គម និងច្បាប់

ច្បាប់ការពារស្ត្រី និងកុមារីក្នុងវិស័យផ្សេងទៀត ដូចជាអាយុអប្បបរមា សម្រាប់រៀបការ មិនត្រូវបានអនុវត្តគ្រប់គ្រាន់ទេ។ បុរស និងក្មេងប្រុស មិនបានចូលរួមដើម្បីគាំទ្រសមភាពយេនឌ័រ រួមទាំងតាមរយៈទំនួលខុសត្រូវនៅក្នុងវិស័យកម្លាំងការងារប្រកបដោយសមធម៌យេនឌ័រ ការងារផ្ទះ និងវិស័យសាធារណៈ។ សមាជិកសហគមន៍ដែលមានឥទ្ធិពល បន្តបង្កើតបទដ្ឋានយេនឌ័រមិនស្មើគ្នា ដែលរារាំងដល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ស្ត្រី បុរស និងសហគមន៍របស់ពួកគេ ទោះបីជាមានការខិតខំប្រឹងប្រែងតាមរយៈការផ្តល់ព័ត៌មាន អប់រំ ផ្សព្វផ្សាយ និងទំនាក់ទំនង ឬនៅតាមសាលារៀនក៏ដោយ។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) គោលនយោបាយ និងផែនការពហុវិស័យ

- ចូលរួមចំណែកក្នុងការវិភាគ និងកិច្ចសន្ទនាជាពហុវិស័យស្តីពីយេនឌ័រជាទៀងទាត់នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដើម្បីកំណត់ឧបសគ្គទាក់ទងនឹងយេនឌ័រក្នុងការទទួលបាន SRHR និងបញ្ហាប្រសព្វផ្សេងទៀត និងប្រើការរកឃើញដើម្បីកែលម្អគោលនយោបាយ និងផែនការ
- បង្កើត និងអនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្តតស៊ូមតិសម្រាប់ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារក ដើម្បីរួមចំណែកធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវច្បាប់ និងគោលនយោបាយពហុវិស័យដែលបន្តអនុវត្តបទដ្ឋានយេនឌ័រដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ រួមទាំងការតស៊ូមតិឱ្យមានការបែងចែកធនធាន ការកំណត់ស្តង់ដារសម្រាប់ការសម្របសម្រួលការឆ្លើយតបនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន និងវិធីសាស្រ្តប្រកបដោយបរិយាបន្នសម្រាប់ការឆ្លើយតបដែលបានសម្របសម្រួលឡើង
- កសាងសមត្ថភាពនៃភាពជាអ្នកដឹកនាំទៅលើ SRHR នៅក្នុងកម្មវិធីដែលគិតគូរពី GBV តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលភាពជាអ្នកដឹកនាំសម្រាប់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត និងអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី

2) គោលនយោបាយ និងផែនការវិស័យសុខាភិបាល

- ប្រមូល និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យបែងចែកតាមយេនឌ័រ អំពីបទពិសោធន៍អ្នកជំងឺ ជាពិសេសបទពិសោធន៍របស់ស្ត្រី និងអ្នកដែលរស់នៅជាមួយកត្តាផ្សេងទៀតនៃភាពងាយរងគ្រោះ ដូចជាពិការភាព ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ការពង្រឹងអន្តរាគមន៍ SRHR នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ
- វិភាគ និងកំណត់យុទ្ធសាស្រ្តដើម្បីបង្កើនចំនួនស្ត្រីក្នុងមុខតំណែងអ្នកសម្រេចចិត្តក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងបង្កើតឥទ្ធិពល និងអំណាចរបស់ពួកគេ ដើម្បីសម្រេចបានសមភាពយេនឌ័រក្នុងការសម្រេចចិត្ត
- សហការគ្នាបង្កើត និងអនុវត្តអន្តរាគមន៍កម្លាំងពលកម្ម ដែលអាចឱ្យបុគ្គលិកសុខាភិបាលស្ត្រី រួមទាំងឆ្មប ទទួលបានឱកាសវិជ្ជាជីវៈតាមជម្រើសរបស់ពួកគេ ដោយមិនមានការរើសអើង គ្មានការទុកឱ្យនៅឯកា និងគ្មានអំពើហិង្សា
- ពង្រឹងសមត្ថភាពអ្នកគ្រប់គ្រងនៅ PHD-MCH និងOD-MCH ក្នុងការចូលរួមក្នុងការសម្របសម្រួល និងអភិបាលកិច្ចក្នុងតំបន់ជុំវិញ GBV
- ដោះស្រាយកត្តាបន្ទាប់បន្សំ ដែលបង្កឱ្យមានអំពើហិង្សាលើស្ត្រី (VAW) ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង និងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន តាមរយៈការតស៊ូមតិ និងការចូលរួមក្នុងដំណើរការគោលនយោបាយ និងផែនការ។

3) ការផ្តល់សេវាផ្នែកសុខភាព

- បញ្ចូលមេរៀនអំពីសមភាពយេនឌ័រទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សាមុនបម្រើការងារ សម្រាប់គិលានុបដ្ឋាក ឆ្មប និងសាលាវេជ្ជសាស្រ្ត ដែលទទួលបានការទទួលស្គាល់ដើម្បីបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវាអំពីការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងដោះស្រាយឧបសគ្គទាក់ទងនឹងយេនឌ័រក្នុងការថែទាំ គំរូ

អាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសមភាពយេនឌ័រ និងការភ្ជាប់បុរស និងក្មេងប្រុសជាសម្ព័ន្ធមិត្តរបស់ស្ត្រីនៅក្នុងបរិបទ នៃការប្រឹក្សាអំពី SRHR

- ផ្តល់អាទិភាពដល់ការថែទាំដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺ នៅក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលធ្មប ដើម្បីគាំទ្រធ្មបក្នុងការលើកកម្ពស់ស្វ័យភាពរាងកាយរបស់ស្ត្រី និងការផ្តល់ជំនួយបន្ថែមសម្រាប់ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពងាយរងគ្រោះជាពិសេស
- ពង្រឹង និងពង្រីកសេវាដែលទាក់ទងនឹង GBV រួមទាំងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ អ្នករស់រានមានជីវិតពី GBV និងអំពើហិង្សាពីដៃគូស្និតស្នាល (IPV) ការផ្តល់ការគាំទ្រដំបូង ការថែទាំរបួស និងការព្យាបាលបន្ទាន់ ការពិនិត្យ ថែទាំការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ការវាយតម្លៃ និងការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងចងក្រងឯកសារ នៃករណី GBV សម្រាប់ហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្លូវច្បាប់។
- បណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រង និងអ្នកគ្រប់គ្រងមូលដ្ឋានផ្តល់សេវា ដើម្បីឱ្យពួកគេធ្វើឱ្យមានការចូលរួមពីសមាជិកគ្រួសារដែលជាបុរស ក្នុងការគាំទ្រដល់ស្វ័យភាពរបស់ស្ត្រីទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តពាក់ព័ន្ធនឹង SRHR និងការអនុវត្តអាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសមភាពយេនឌ័រ
- បណ្តុះបណ្តាល និងគាំទ្រអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពជាបុរស អ្នកគ្រប់គ្រង HC អ្នកគ្រប់គ្រង OD, PHD និងMCH និងបុគ្គលិក ក្រុមការងារសុខភាពមាតា និងទារក ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ជើងឯក និងជាសម្ព័ន្ធមិត្តក្នុងការលើកកម្ពស់ និងការពារសិទ្ធិស្ត្រីដែលជាអ្នកជំងឺ និងជាបុគ្គលិកវិស័យកម្លាំងការងារ ក្នុងការកំណត់គោលនយោបាយ ការសម្រេចចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការធ្វើផែនការ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យ
- ត្រូវធានាថាបុរស និងក្មេងប្រុសអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពបឋម រួមមានទាំងការប្រឹក្សាប្រកបដោយការគាំទ្រ និងបរិយាបន្ន ដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់ការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពសម្រាប់សេវា SRHR ដូចជាជំងឺកាមរោគ ឬភាពគ្មានកូន
- ពង្រឹងជំនាញទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ដើម្បីឱ្យការផ្តល់សេវាផ្តោតលើអតិថិជន។

4) បរិយាកាសសង្គម និងច្បាប់

- ឱ្យមានការចូលរួមពីអ្នកដែលមានឥទ្ធិពលនៅក្នុងសហគមន៍ អ្នកដែលមានឥទ្ធិពលលើបទដ្ឋានសង្គមដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពី SRHR តាមរយៈកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព (HCMC) កិច្ចប្រជុំឃុំ...
- ចូលរួមជាមួយថ្នាក់ដឹកនាំឃុំទទួលបន្ទុកអភិវឌ្ឍន៍ និងអនុវត្តថវិកាសុខភាពតាមរយៈផែនការវិនិយោគឃុំ (CIPs) ដើម្បីធានាថា ថវិកាត្រូវបានបែងចែកសម្រាប់កិច្ចអន្តរាគមន៍លើកកម្ពស់សមភាពយេនឌ័រ និងសង្គម

- តស៊ូមតិឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរផ្លូវច្បាប់ក្នុងវិស័យការងារ ការអប់រំ និងវិស័យផ្សេងទៀតដែលមានឥទ្ធិពលវិជ្ជមានលើលទ្ធផលសុខភាពរបស់ស្ត្រី និងសមភាពយេនឌ័របន្ថែមទៀត ឧទាហរណ៍ ការបៀតបៀន ការឈប់សម្រាកលំហែមាតុភាព ការឈប់សម្រាកឈឺ...
- ស៊ើបអង្កេត និងតស៊ូមតិឱ្យមានការការពារបន្ថែមទៀតពីអំពើហិង្សាទាក់ទងនឹង SRHR សម្រាប់ស្ត្រីនៅក្នុងកន្លែង ដែលពួកគេងាយនឹងរងគ្រោះ ដូចជាពន្ធនាគារ អ្នកបម្រើផ្លូវភេទ និងសេវាកម្សាន្ត ជាដើម...
- ពង្រឹងកម្មវិធីសិក្សាអប់រំផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CSE) ការបណ្តុះបណ្តាល និងការចែកចាយសម្រាប់យុវជនទាំងក្នុង និងក្រៅសាលា ធានាការធ្វើចេញនូវសារបែបផ្លាស់ប្តូរយេនឌ័រជុំវិញការចូលរួមរបស់បុរស និងក្មេងប្រុស ឱ្យពួកគេក្លាយជាសម្ព័ន្ធមិត្ត ដើម្បីសម្រេចបានសមភាពយេនឌ័រ
- អនុវត្តកិច្ចអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាព ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងការឆ្លើយតបជាពហុវិស័យនៅថ្នាក់ជាតិ និងមូលដ្ឋាន ចំពោះ GBV រួមទាំងផ្នែកយុត្តិធម៌ ប៉ូលីស និងសេវាសង្គម
- សម្របសម្រួលការចែករំលែកទិន្នន័យដោយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានថ្នាក់ឃុំ អំពីអំពើហិង្សាលើកុមារ ។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ៥. ផ្តល់អាទិភាពដល់ភាពជាម្ចាស់របស់សហគមន៍ ការចូលរួមជាមួយប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និងការឆ្លើយតបដើម្បីពង្រឹងការផ្គត់ផ្គង់ និងតម្រូវការសេវា SRHR

ប្រយោគបញ្ហា ៖

សហគមន៍មិនទទួលបានសិទ្ធិអំណាច និងហិរញ្ញប្បទានគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការដឹកនាំការកំណត់អាទិភាព និងបង្កើតដំណោះស្រាយ ការចូលរួមក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ ឬដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមសុខភាពរបស់ពួកគេផ្ទាល់ តាមរយៈការថែទាំខ្លួនឯង និងការគាំទ្រពីមិត្តភក្តិ។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ការកំណត់អាទិភាព និងបង្កើតដំណោះស្រាយ

សហគមន៍ដែលងាយរងគ្រោះ តម្រូវការ និងឧបសគ្គក្នុងការចូលទៅកាន់ SRHR របស់ពួកគេ មិនត្រូវបានយល់ច្បាស់ដោយអ្នកបង្កើតគោលនយោបាយនោះទេ។ សមាជិកសហគមន៍ និងដៃគូ មិនមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចែករំលែកអំពីតម្រូវការ និងស្នើដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហាប្រឈមនានាក្នុងការចូលទៅកាន់ SRHR ជាមួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តបាននោះទេ។ សហគមន៍ មិនទទួលបានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់អំពីការរាយការណ៍ និងការចូលរួមនៅក្នុងមតិកែលម្អ ការត្រួតពិនិត្យ ការវាយតម្លៃ និងដំណើរការសិក្សាដូចជា MPDSR ដោយផ្ទាល់ និងការធ្វើកោសល្យវិច័យសង្គមនោះទេ។

2) ការផ្សព្វផ្សាយ

ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងយន្តការសហគមន៍ដែលមានស្រាប់ មិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ឱ្យបានពេញលេញក្នុងការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាន និងផលិតផលមូលដ្ឋានរបស់ SRHR ជាមួយអ្នកដែលកំពុងស្វែងរកវា ដូចជាការពង្រីក

បណ្តាញ EmONC ជាដើម[55] ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល មិនបានប្រើយន្តការសហគមន៍ដែលមានស្រាប់ឱ្យបានពេញលេញដើម្បីគ្របដណ្តប់ទៅដល់ស្ត្រី និងកុមារីនៅគ្រប់ទីកន្លែងដែលមានសេវា SRHR នោះទេ។ ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ (VHSG) មិនបានផ្តល់ព័ត៌មាន និងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជាជនឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ដោយសារកង្វះការលើកទឹកចិត្ត ការគាំទ្រ ការកសាងសមត្ថភាព និងឧបករណ៍ ការគ្រប់គ្រងគ្រប់គ្រាន់ និងការត្រួតពិនិត្យ ឬការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន សាលារៀន ថ្នាក់ដឹកនាំឃុំ និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត។

3) តម្រូវការពិសេសរបស់សហគមន៍

ប្រជាជនដែលរស់នៅក្នុងបរិបទដែលពិបាកទៅដល់មួយចំនួន ដូចជាទីតាំងដាច់ស្រយាល ពន្ធនាគារ ឬតំបន់អនាធិបតេយ្យក្នុងទីក្រុង មានលទ្ធភាពតិចតួចក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវា SRHR។[56] ក្មេងជំទង់ និងយុវជន ទាំងក្នុង និងក្រៅសាលា មានឧបសគ្គជាក់លាក់ក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវារបស់ SRHR ។

4) ការពង្រឹងអំណាច និងការថែទាំខ្លួនឯង

សមាជិកសហគមន៍មិនទទួលបានព័ត៌មាន ការគាំទ្រ និងការថែទាំដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីអនុវត្តអាកប្បកិរិយាបង្ការនោះទេ។ សហគមន៍មិនត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមសុខភាពរបស់ពួកគេផ្ទាល់ តាមរយៈវិធីសាស្ត្រថែទាំខ្លួនឯង និងការអប់រំពីមិត្តភក្តិនោះទេ។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ការកំណត់អាទិភាព និងបង្កើតដំណោះស្រាយ

- កំណត់សហគមន៍ដែលខ្វះខាត តម្រូវការ SRHR របស់ពួកគេ ឧបសគ្គក្នុងការចូលប្រើប្រាស់ និងយន្តការដើម្បីចូលរួមផ្សព្វផ្សាយដល់កម្មកររោងចក្រ អ្នកបម្រើផ្លូវភេទ សេវាកម្សាន្ត ជនជាតិភាគតិច ជនចំណាកស្រុក ជនពិការ សិស្សានុសិស្ស យុវជនក្រៅសាលា LGBTQI និងអ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកមានឥទ្ធិពលរួមមានអ្នកដឹកនាំបែបប្រពៃណី
- កសាង និងគាំទ្រជំនាញរបស់អ្នកដឹកនាំសហគមន៍សម្រាប់ការតស៊ូមតិកម្រិតខ្ពស់ ការកៀរគរធនធាន ការរៀបចំថវិកា ការធ្វើផែនការ និងការធ្វើឱ្យអ្នកដឹកនាំ SRHR ទទួលខុសត្រូវតាមរយៈ MPDSR និងការធ្វើកោសល្យវិច័យសង្គម។

2) ការចូលរួមក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ

- ដាក់បញ្ចូលការផ្សព្វផ្សាយអំពី SRHR ជាមួយនឹងសកម្មភាពផ្សេងទៀតដែលធ្វើឡើងដោយ ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ (VSHG) អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពសហគមន៍ផ្សេងទៀត អ្នកអប់រំមិត្ត វេទិកាសហគមន៍ដែលមិនទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលមានស្រាប់ដូចជា គណៈកម្មាធិការឃុំសម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារ ការជួបជុំរបស់អង្គការសហគមន៍ដែលពាក់ព័ន្ធ...

[55] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២២)។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា (២០១៧-២០២៣)។
[56] អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ (២០២៣)។ ក្របខណ្ឌតំបន់សម្រាប់ការឈានទៅដល់ការមិនទាន់សម្រេចនៅប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច (2022-2030)។

- បង្កើតវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ព្រមទាំងពង្រឹងជំនាញទំនាក់ទំនងដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ ស្តីពីភាពគ្មានកូនរួមទាំងការយល់ដឹង ជាមូលដ្ឋានអំពីលក្ខខណ្ឌដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការមានកូន ដូចជាជំងឺកាមរោគចំពោះស្ត្រី និងបុរស ឬជំងឺស្រទាប់ក្នុងរបស់ស្បូនដុះក្រៅស្បូន (endometriosis) និងការកំណត់ករណីដែលអាចកើតមាន លើកទឹកចិត្តបុគ្គលឱ្យស្វែងរកជំបូន្មាន និងផ្តល់ការប្រឹក្សាជាមូលដ្ឋាន
- ពង្រឹងការចូលរួមរបស់សហគមន៍នៅក្នុងវិសាលភាពការងាររបស់ឆ្មប បណ្តុះបណ្តាលឆ្មប និងផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដល់ពួកគេ ដើម្បីជំរុញឱ្យមានការបញ្ជ្រាបសហគមន៍អំពីតម្រូវការ និងសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមទាំងការដោះស្រាយបញ្ហាជាក់លាក់ដែលអាចធ្វើឱ្យការស្វែងរកការថែទាំជួបការលំបាក
- សមាហរណកម្ម នៃការចូលរួមរបស់សហគមន៍ទាក់ទងនឹង SRHR ទៅក្នុងកម្មវិធីរង្វាន់ជាលក្ខណៈហិរញ្ញវត្ថុ និងមិនមែនហិរញ្ញវត្ថុដែលមានស្រាប់ ផ្តល់ធនធានគ្រប់គ្រាន់ និងនិរន្តរភាពសម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព និងឃុំដែលកំណត់គោលដៅសម្រាប់សកម្មភាពទប់ស្កាត់ និងលើកកម្ពស់ SRHR
- វិភាគថាវេទិកាប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយណាដែលសមស្របបំផុត ដើម្បីគ្របដណ្តប់ដល់ប្រជាជនសម្រាប់ចែកចាយព័ត៌មាន SRHR ចែករំលែកការអនុវត្តល្អបំផុតសម្រាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះទៅតាមក្រុមនីមួយៗ ប្រាក់ចំណូលទាប យុវជន ចំណាកស្រុក កម្មកររោងចក្រ ជនពិការ LGBTQI+ ... និងអនុវត្តវិធីសាស្ត្រដែលបានកំណត់ឡើង ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាន និងសារទប់ស្កាត់ទ្រង់ទ្រាយធំ
- ផ្សព្វផ្សាយអំពីព័ត៌មាន និងភាពអាចរកបាន នៃសេវា SRHR ទៅដល់គ្រប់កម្រិតសាលារៀន កែច្នៃការផ្សព្វផ្សាយឱ្យសមស្រប និងអាចទទួលយកបានទៅតាមក្រុមអាយុ និងលក្ខណៈពិសេសរបស់សិស្ស ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្អែកលើភស្តុតាងដើម្បីធ្វើឱ្យមានភាពប្រសើរឡើងនូវចំណេះដឹង ឥរិយាបថ និងអាកប្បកិរិយារបស់យុវជន ដូចជាមិត្តអប់រំមិត្តជាដើម
- វិធីសាស្ត្រពង្រីកបណ្តាញ EmONC ដើម្បីដាក់បញ្ចូលសុខភាពសហគមន៍ និងការចូលរួមរបស់ក្រុមគ្រួសារក្នុងការសម្រេចចិត្តស្វែងរកការថែទាំ និងបង្កើនភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលតាមសហគមន៍នៅពេលចាំបាច់។

3) ភាពអាចរកបាននៃសេវា

- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបាន SRHR ដោយជនចំណាកស្រុកតាមរយៈការស្រាវជ្រាវអំពីតម្រូវការ និងឱកាសចូលប្រើប្រាស់ ធានាថាភាពខុសគ្នា នៃភាសា និងវប្បធម៌ត្រូវបានយកមកពិចារណា និងបែងចែកកម្លាំងពលកម្មទៅកាន់តំបន់ដែលមានប្រជាជនចំណាកស្រុកខ្ពស់ ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយតាមគោលដៅ តាមដានភាពជោគជ័យ បញ្ហាប្រឈម និងការចែករំលែកការអនុវត្តល្អបំផុត

- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបាន SRHR សម្រាប់កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ ដោយសហការជាមួយរោងចក្រ ដើម្បីធានាបានថាសេវា SRHR មាននៅគិលានដ្ឋានរោងចក្រ តស៊ូមតិឱ្យមានអនុវត្តច្បាប់ការងារ ដូចជាការឈប់សម្រាកសម្រាប់ការណាត់ជួបព្យាបាល ត្រួតពិនិត្យគាំទ្រគ្លីនិកឯកជន និងឱសថស្ថានដែលមានទីតាំងនៅជិតរោងចក្រផ្តល់សម្ភារអប់រំផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាន ដល់កម្មកររោងចក្រ និងឱ្យពួកគេចូលរួមក្នុងដំណើរការកំណត់អាទិភាព និងផែនការ
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ SRHR សម្រាប់សហគមន៍ជនជាតិដើមភាគតិច ដោយធានាថា ការជួលឬចាត់តាំងអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សហគមន៍ គឺមានជំនាញភាសាអមជាមួយជ្រើសរើសសិស្សឆ្មបពីសហគមន៍ជនជាតិដើមភាគតិច ដែលពួកគេអាចធ្វើការនៅក្នុងសហគមន៍របស់ពួកគេបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការសិក្សាគាំទ្រអ្នកគ្រប់គ្រងមូលដ្ឋានផ្តល់សេវា ឱ្យសហការជាមួយអ្នកដឹកនាំ សហគមន៍ជនជាតិដើមភាគតិចដើម្បីយល់កាន់តែច្បាស់អំពីតម្រូវការ និងចំណូលចិត្តជាក់លាក់របស់ពួកគេ និងបែងចែកថវិកាឱ្យស្របទៅនឹងសេចក្តីត្រូវការនៅក្នុងតំបន់ដែលមានចំនួនប្រជាជនជនជាតិដើមភាគតិចច្រើន ដូចជាការកែតម្រូវម៉ោងបើកទទួលផ្តល់សេវា ការបោះពុម្ពសម្ភារបកប្រែរួច...
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបាន SRHR ដោយសហគមន៍ LGBTQI+ តាមរយៈការស្រាវជ្រាវអំពីតម្រូវការពិសេស និងឱកាសទទួលបាន រួមទាំងការទប់ស្កាត់ការរើសអើង និងSOGIE ក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល ការដាក់ទោសចំពោះការរើសអើងប្រឆាំងនឹងបុគ្គល LGBTQI+ ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានអប់រំដល់អ្នកដែលមិនទាន់ទទួលបាន តាមដានភាពជោគជ័យ និងបញ្ហាប្រឈម និងការចែករំលែកអំពីការអនុវត្តល្អបំផុត។

4) ការពង្រឹងអំណាច និងការថែទាំខ្លួនឯង

- ដោយសហការជាមួយកម្មវិធីសុខភាពផ្សេងទៀត ដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានអំពី SRHR រួមមានព័ត៌មានអំពីការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យ ការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ស្ថានភាពផ្លូវច្បាប់ភាពអាចរកបាន និងការចំណាយលើការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការរំលូតកូន ទៅក្នុងកិច្ចចូលរួមបន្តបន្ទាប់ជាមួយសហគមន៍អំពីអាកប្បកិរិយាបង្ការ និងសេវាថែទាំសុខភាពបឋម
- កសាងសមត្ថភាពបណ្តាញសហគមន៍លើឧបករណ៍ឌីជីថល និងពង្រឹងវេទិកាឌីជីថលថ្មី ឬចាស់ដែលមានស្រាប់សម្រាប់ការចែករំលែកព័ត៌មាន
- កសាងសមត្ថភាពរបស់អ្នកដឹកនាំសហគមន៍ក្នុងការរៀបចំថវិកា ការធ្វើផែនការ ការផ្សព្វផ្សាយ និងការសហការជាមួយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសហគមន៍ ដើម្បីកែលម្អលទ្ធផល SRHR
- លើកទឹកចិត្តឃុំសង្កាត់ឱ្យវិនិយោគលើដំណោះស្រាយទៅតាមតម្រូវការ SRHR តាមរយៈផែនការវិនិយោគឃុំរបស់ពួកគេសម្រាប់គាំពារសុខភាពមាតា ទារក និងកុមារ និងគាំទ្រដល់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការកសាងសមត្ថភាពរៀបចំថវិកា និងផែនការនៅថ្នាក់ឃុំ
- កំណត់ និងអនុវត្តអន្តរាគមន៍តាមរយៈវិធីសាស្ត្រ ដែលបានបង្កើតឡើងដោយសហគមន៍ដើម្បីកាត់បន្ថយការមាក់ងាយចំពោះស្ថានភាពសុខភាពមួយចំនួន ដូចជា ការរំលូតកូន

- ○ បង្កើនការអនុវត្តល្អបំផុតដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដូចជាក្រុមជួយខ្លួនឯង និងមិត្តអប់រំមិត្ត ដែលបានធ្វើឡើងដោយជោគជ័យក្នុងវិស័យជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្រ្ត ៦. ដកចេញនូវឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាពឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC)

ប្រយោគបញ្ហា

បញ្ហាប្រឈមផ្នែកហិរញ្ញប្បទានសុខភាពជុំវិញប្រភពចំណូល ជានាវ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម និងការទិញផលិតផល SRHR ដែលមានគុណភាពខ្ពស់ពិបាកក្នុងការរកបាន ហើយតម្លៃគឺមិនអាចផ្គត់ផ្គង់បាន។ នេះជាយុទ្ធសាស្រ្ត នៃសេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងចំណូល

ការគូសផែនទីធនធានដំបូង សម្រាប់ករណីវិនិយោគដែលដឹកនាំដោយរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងមនុស្សវ័យជំទង់ និងអាហារូបត្ថម្ភ (RMNCAH-N) ក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុសកល (GFF) បានរកឃើញនូវគម្លាតមូលនិធិសម្រាប់សុខភាពមនុស្សវ័យជំទង់ និងអាទិភាព SRHR។ ការផ្តល់មូលនិធិមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវា PHC ជះឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានដល់សេវាពិនិត្យ សមាហរណកម្ម នៃការព្យាបាល និងការបន្តការព្យាបាល ប្រសិទ្ធភាពនៃប្រព័ន្ធបញ្ជូនបន្ត និងគុណភាពនៃការថែទាំ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងកៀរគរធនធាន គឺនៅមានកម្រិត ដោយសារកង្វះទិន្នន័យដែលបង្ហាញពីការសន្សំថ្លៃដើម និងឱកាសកំណើនសេដ្ឋកិច្ចដែលផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការផ្តល់ផលិតផល និងសេវា SRHR។ មានការខ្វះខាតទិន្នន័យស្តីពីការគូសផែនទីធនធាន និងការតាមដានការចំណាយ ដើម្បីធានាបាននូវការផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានប្រកបដោយនិរន្តរភាពសម្រាប់ទំនិញ និងសេវា SRHR ដែលមានគុណភាពខ្ពស់ រួមទាំងរបៀបដែលសេវា SRHR នីមួយៗត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិនាពេលបច្ចុប្បន្នបែងចែកទៅតាមប្រភព ចេញពីរដ្ឋាភិបាល ម្ចាស់ជំនួយ...។

2) ហានិភ័យ និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម៖

បញ្ហាញឹកញាប់បំផុតក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាព ដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងការស្ទង់មតិទូទាំងប្រទេស គឺការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការណែនាំ ឬការព្យាបាល។ ៦០% នៃការចំណាយលើសុខភាព គឺចេញពីការចំណាយរបស់អ្នកជំងឺ ដែលធ្វើឱ្យប្រជាជនកម្ពុជាប្រឈមនឹងហានិភ័យ នៃការចំណាយលើមហន្តរាយសុខភាព។ មូលនិធិសមធម៌សុខភាព មិនគ្របដណ្តប់លើផលិតផល និងសេវា SRHR សំខាន់ៗមួយចំនួនទេ៖ ដូចជាការពន្យារកំណើតក្រោយការរំលូតកូន ការពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាល និងការថែទាំពេលមានផ្ទៃពោះ (ANC ៨) ។ បេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (ប.ស.ស.) មិនគ្របដណ្តប់លើសេវា SRHR សំខាន់ៗមួយចំនួនដូចជា៖ ការពន្យារកំណើតក្រោយការរំលូតកូន ការពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាល ការថែទាំពេលមានផ្ទៃពោះ (ANC ៨) ការពិនិត្យមហារីកមាត់ស្បូន ការព្យាបាលដោយប្រើ cryotherapy។ ឯកសារបទដ្ឋានអំពីកញ្ចប់សេវាដែលគ្រប

ដណ្តប់ក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានឧបត្ថម្ភ គឺមិនស៊ីចង្វាក់គ្នាទេ៖ ឧទាហរណ៍ មានភាពមិនស៊ីចង្វាក់គ្នារវាងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ MoH ឆ្នាំ២០១៨ ស្តីពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ HEF ដែលសំដៅលើការថែទាំក្រោយការរំលូតកូន (PAC) តែប៉ុណ្ណោះ និងប្រកាសអន្តរក្រសួង ខែឧសភា ឆ្នាំ២០១៨ ស្តីពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ HEF ដែលរួមបញ្ចូលការថែទាំរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព (MA MVA និងPAC) នៅក្រោម HEF ដែលនាំឱ្យមានការភាន់ច្រឡំក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព។ អ្នកជំងឺបង់ថ្លៃសេវាដែលមានតម្លៃថ្លៃដោយប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួន ដែលនេះនាំឱ្យកើតមានការចំណាយលើមហន្តរាយសុខភាព។ កញ្ចប់ HEF កំពុងត្រូវបានពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដែលសង្ឃឹមថាសេវា SRHR កាន់តែច្រើននឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូល។

អ្នកជំងឺដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចំណេះដឹងនៅមានកម្រិតអំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេ និងអំពីសេវា SRHR ត្រូវបានរ៉ាប់រង។ អ្នកជំងឺដែលមិនបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចំណេះដឹងនៅមានកម្រិតអំពីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសម្រាប់ពួកគេ និងរបៀបចុះឈ្មោះ និងរបៀបចូលទៅប្រើ។មិនមានយន្តការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុជាក់លាក់ណាមួយសម្រាប់យុវជននោះទេ ជាធម្មតាយុវជនមានលទ្ធភាពនៅមានកម្រិត ក្នុងការទទួលបានធនធានហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាព។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណជាតិ មិនគ្របដណ្តប់លើសេវាដែលស្វែងរកពីកន្លែងឯកជន ដែលនេះធ្វើឱ្យលទ្ធភាពក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺមានកម្រិត ។

3) យុទ្ធសាស្ត្រទិញ

គំរូនៃយុទ្ធសាស្ត្រទិញ សម្រាប់ការទូទាត់ដល់អ្នកផ្តល់សេវា SRHR គួរតែត្រូវបានពិភាក្សាជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្នែកហិរញ្ញប្បទានសុខភាព។ ខណៈពេលដែលក្របខណ្ឌការអនុវត្តកម្មវិធីជំរុញ PHC បានបង្កើតផែនទីបង្ហាញផ្លូវមួយដើម្បីបង្កើនភាពអាចរកបាន និងតម្លៃសមរម្យ នៃសេវា SRHR ក្របខណ្ឌនេះមិនទាន់ត្រូវបានអនុវត្តនៅកម្រិតមូលដ្ឋាននៅឡើយ។ ការរាយការណ៍តាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ពីភាគីពាក់ព័ន្ធថានៅពេលដែលមូលដ្ឋានផ្តល់សេវាអនុវត្តការសម្រាលកូន ឬការរំលូតកូន ពួកគេទទួលបានមូលនិធិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីរ៉ាប់រងថ្លៃដើមបន្ថែមលើការផ្តល់សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារភ្លាមៗ ក្នុងអំឡុងពេលជួបជាមួយអតិថិជនក្នុងពេលជាមួយគ្នានោះ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តីសេវាទាំងនេះមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ជាផ្លូវការ ក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈទេ ដែលនេះរារាំងដល់ការផ្តល់សេវា ប្រសិនបើសេវាពង្រីកដល់វិស័យឯកជន។[57] ការផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់ការពង្រឹងប្រព័ន្ធ ធនធានមនុស្ស ការទិញថ្នាំ... គឺមិនគ្រប់គ្រាន់នោះទេសម្រាប់សុខភាព SRHR មួយចំនួន រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាលលើ CAC និងការទិញឧបករណ៍រំលូតកូន។[58] អ្នកជំងឺដែល

[57] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២២)។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងពង្រីកយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិនៅកម្ពុជា (២០១៧-២០២៣)។

[58] ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា។ (២០២១)។ ផែនទីបង្ហាញផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមរហ័សសម្រាប់ការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារក 2023-2030។

ឆ្លងកាត់មណ្ឌលសុខភាព ត្រូវចំណាយខ្ពស់នៅពេលស្វែងរកការថែទាំពីកម្រិត នៃការថែទាំឯកទេសបន្ថែមទៀត។

អនុព្វាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងចំណូល

- ប្រមូលធនធានរបស់រដ្ឋាភិបាល និងម្ចាស់ជំនួយ ដើម្បីដោះស្រាយគម្លាតថវិកាសម្រាប់ SRHR រួមទាំង SRHR សម្រាប់មនុស្សវ័យជំទង់ ការបណ្តុះបណ្តាល SRHR មុន និងក្នុងពេលបម្រើការងារ សេវា EmONC CAC និងផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត
- រៀបចំឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំលើការគូសផែនទីធនធាន និងការតាមដានការចំណាយ ដើម្បីកំណត់ពីរបៀបដែលសេវា SRHR ត្រូវបានបង់ថ្លៃ ដោយបែងចែកតាមប្រភពចេញពីរដ្ឋាភិបាល ម្ចាស់ជំនួយ ផ្សេងទៀត ដើម្បីឱ្យមានដំណើរការត្រឹមត្រូវ នៃការបែងចែកថវិកា និងការអនុវត្ត
- រៀបចំប្រព័ន្ធបង្រួបបង្រួមទិន្នន័យហិរញ្ញវត្ថុជាមួយនឹងព័ត៌មាន និងធាតុចូលពីសហគមន៍ដើម្បីមានគណនីសម្រាប់ "ការទូទាត់ក្រៅផ្លូវការ"
- បង្កើតទិន្នន័យអំពីការសន្សំថ្លៃដើម និងផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ច នៃការផ្តល់សេវា SRHR រួមទាំងការចំណាយកើតចេញពី GBV ដែលដកហូតស្ត្រីចេញពីកម្លាំងពលកម្ម ការមានផ្ទៃពោះដោយអចេតនា ដែលធ្វើឱ្យក្មេងស្រីឈប់រៀន និងការចំណាយ កើតចេញពីការស្លាប់របស់មាតា ទារកទើបនឹងកើត និងការស្លាប់ទារកក្នុងផ្ទៃ ឬ ក្នុងពេលកើត
- តស៊ូមតិដើម្បីឱ្យក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ MEF បង្កើតស្តង់ដាសម្រាប់ការធ្វើឱ្យកើនឡើងនៃការវិនិយោគទៅលើ SRHR ។

2) ហានិភ័យ និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម

- ដកបន្ទុកហិរញ្ញប្បទានឱ្យឆ្ងាយពីបុគ្គលជាពិសេសស្ត្រី និងកុមារីឆ្ពោះទៅរកយន្តការហិរញ្ញប្បទាន និងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ ដោយប្រើប្រាស់ចំណូលពន្ធ ថវិការដ្ឋាភិបាល និងកម្មវិធីបង់ប្រាក់ជាមុន
- តស៊ូមតិឱ្យពង្រីកគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីគ្របដណ្តប់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជនដែលមានការទទួលស្គាល់ ផ្តល់អាទិភាពដល់គ្រឹះស្ថានឯកជនដែលអាចគ្របដណ្តប់ដល់ប្រជាជន ដែលងាយរងគ្រោះ ដូចជាកម្មកររោងចក្រ ជនចំណាកស្រុក មនុស្សវ័យជំទង់ ...
- តស៊ូមតិដើម្បីធ្វើឱ្យសេវាពន្យារកំណើត ក្រោយពេលសម្រាល និងក្រោយពេលរំលូតកូនភ្លាមៗ អាចទូទាត់បានជាសេវាដោយឡែកមួយនៅក្រោមទាំង HEF និង NSSF

- តស៊ូមតិឱ្យដាក់បញ្ចូលសេវា SRHR គ្រប់ជ្រុងជ្រោយទៅក្នុងកញ្ចប់សេវាសំខាន់ៗដែលត្រូវគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព រួមមានការរំលូតកូន និងការពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាល ដំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ការព្យាបាលដោយប្រើ cryotherapy
- តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញនាពេលខាងមុខ នៃ HEF ក្រោម H-EQIP II និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាបន្តបន្ទាប់ នៃកញ្ចប់ HEF បង្កើតគោលការណ៍ណែនាំច្បាស់លាស់ដែលបញ្ជាក់ថាការរំលូតកូន (MA, MVA, PAC) អាចអនុញ្ញាតនៅក្រោម HEF
- ប្រាស្រ័យទាក់ទង និងបំភ្លឺដល់ថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ នូវអ្វីដែលត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្រោម HEF និងNSSF ដោយគូសបញ្ជាក់ពីសេវារំលូតកូនដែលគ្របដណ្តប់ដើម្បីដោះស្រាយព័ត៌មានមិនពិត
- ផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានអំពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ HEF ដល់មូលដ្ឋានផ្តល់សេវា ដោយសហការជាមួយគណៈកម្មាធិការជាតិសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍ តាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ (NCDDS) តាមរយៈ VSHG និងយន្តការ ដែលមានស្រាប់ផ្សេងទៀត
- គាំទ្រការអនុវត្តគោលនយោបាយ ប.ស.ស. ថ្មី ដែលដាក់បញ្ចូលបុគ្គលិកបម្រើការស៊ីវិល និងកម្មករ និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ហើយតស៊ូមតិសម្រាប់ការពង្រីកការគ្របដណ្តប់បន្ថែមទៀត
- គាំទ្រការអនុវត្តកញ្ចប់សេវា '១០០០ ថ្ងៃ' ដែលគ្របដណ្តប់ដោយ HEF ដោយការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានច្បាស់លាស់អំពីកម្មវិធីនេះដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល
- ដោយសហការជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្នែកគាំពារសង្គម គាំទ្រអន្តរាគមន៍ដើម្បីកែលម្អដំណើរការសម្រាប់ការចុះឈ្មោះ និងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាព រួមទាំងការចុះឈ្មោះសម្រាប់តម្រូវការបណ្ណក្រីក្រ (ODIP)
- អនុញ្ញាតឱ្យមានកិច្ចសហការរវាងបុគ្គលិកផ្នែកសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) ដើម្បីពង្រឹងការប្រមូលទិន្នន័យ HEF រួមទាំងទិន្នន័យដែលពាក់ព័ន្ធនឹង SRHR
- បើកកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងវិស័យសុខាភិបាល និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាព (NCHP) នៃMOH ដើម្បីពង្រឹងការផ្សព្វផ្សាយ និងការលើកកម្ពស់អត្ថប្រយោជន៍ នៃមូលនិធិសមធម៌សុខភាព និងដំណើរការចុះឈ្មោះ។

3) យុទ្ធសាស្ត្រទិញ

- អនុវត្តអនុសាសន៍ដែលមាននៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌអនុវត្តកម្មវិធីជំរុញ PHC ទាក់ទងនឹង SRHR ទាំងតាមរយៈវិធីសាស្ត្រសហគមន៍ និងវិធីសាស្ត្រសេវាសុខភាព ដើម្បីសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល

- លើកទឹកចិត្តអ្នកស្វែងរកសេវាសុខភាពឱ្យស្វែងរកសេវា SRHR ពីមណ្ឌលសុខភាពមុនពេលទៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីកាត់បន្ថយថ្លៃសេវា ដោយចែករំលែកព័ត៌មានអំពីភាពអាចរកបាន នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលផ្តល់សេវា SRHR និងជានាគុណភាព នៃការថែទាំនៅកម្រិតនោះ
- វិនិយោគលើការផ្សព្វផ្សាយ SRHR ការបង្ការ និងសកម្មភាពរកឃើញរហ័ស ដូច្នេះការចំណាយខ្ពស់ ដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលនៅពេលក្រោយអាចត្រូវបានជៀសវាងនៅពេលណា ដែលអាចធ្វើទៅបាន
- ពិចារណាយន្តការផ្នែកខាងតម្រូវការ (ឧទាហរណ៍ ប័ណ្ណទូទាត់)
- ពិចារណា ការចរចាតម្លៃយោង
- ពិចារណាចំពោះក្របខណ្ឌហិរញ្ញប្បទាន នៃ PHC ដែលមានស្រាប់ និងយន្តការទូទាត់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានស្រាប់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (ឧទាហរណ៍ HEF NSSF ថវិការទៅតាមប្រភេទ (line-item budget) ។ល។) ហើយពិចារណាគំរូសក្តានុពលផ្សេងទៀត។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៧. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធភាពទទួលបានផលិតផល និងបច្ចេកវិទ្យាវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រយោគបញ្ហា

ផលិតផល SRHR សម្រាប់ការសង្គ្រោះជីវិត និងមានតម្លៃទាប គឺមិនអាចរកបាន មិនអាចចូលប្រើបាន និងមានការប្រើប្រាស់តិចតួចនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាមួយចំនួន និងនៅកម្រិតផ្សេងៗគ្នា។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) អភិបាលកិច្ច

ជាឧទាហរណ៍ ការពង្រីកការរំលូតកូនតាមវេជ្ជសាស្ត្រទៅគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាជាច្រើនទៀត នឹងតម្រូវឱ្យដាក់បញ្ចូលថ្នាំដែលត្រូវការទៅក្នុងចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់ជាតិ។ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងភស្តុភារបច្ចុប្បន្ន (LMIS) មិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញឱ្យបានត្រឹមត្រូវនូវកម្រិតស្តុកនៅតាមទីតាំងគ្រឹះស្ថាន ស្រុកប្រតិបត្តិ (OD) និងថ្នាក់ជាតិ ដោយ NMCHC និងកម្មវិធីជាតិផ្សេងទៀតឡើយ ដែលនេះរារាំងដល់ការបែងចែកឱ្យបានឆាប់រហ័ស និងនាំឱ្យមានការដាច់ស្តុកទុកក្នុងករណីមួយចំនួន។ បញ្ជីឱសថសំខាន់ៗត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនាពេលថ្មីៗនេះ ដើម្បីដាក់បញ្ចូលផលិតផលសង្គ្រោះជីវិត SRHR ជាផលិតផលមានសារៈសំខាន់ នៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលត្រូវការប្រើផលិតផលទាំងនេះ។ ការផ្គត់ផ្គង់នូវផលិតផលសង្គ្រោះជីវិតថ្មី និងផលិតផលសង្គ្រោះជីវិតដែលមិនបានប្រើប្រាស់ឱ្យអស់លទ្ធភាព គឺមិនមានជាប់លាប់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានោះទេ។

2) លទ្ធកម្ម

តម្លៃទំនិញរបស់ SRHR គឺមានតម្លៃថ្លៃ។ ទីផ្សារសម្រាប់ការទិញផលិតផលរំលូតកូនតាម វេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងមានការធានាគុណភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺមានកម្រិត ខណៈផលិតផល ដែលមិន

មានការធានាគុណភាពមួយចំនួន មានវត្តមាននៅលើទីផ្សារ។ អ្នកលក់រាយឯកជន លក់ទំនិញដែលមានគុណភាពខុសប្លែកគ្នា ជាមួយនឹងការត្រួតពិនិត្យ ឬការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិតិចតួច ដែលនេះអាចគ្មានសុវត្ថិភាព។

3) ការអស់ស្តុក

ទោះបីជាក្រសួងសុខាភិបាលបានដាក់ប្រាក់ច្រើនជាង ២លានដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំដើម្បីទិញទំនិញ FP ក៏ដោយ ការដាច់ស្តុកទុកនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលមួយចំនួននៅតែកើតឡើង។ ការដាច់ស្តុកផលិតផល SRHR នៅគ្រឹះស្ថានចែកចាយសេវាកម្មមួយចំនួននាំឱ្យការថែទាំមិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដែលស្វែងរកសេវា ឬគេត្រូវចំណាយពីហោប៉ៅរបស់ពួកគេសម្រាប់ការថែទាំ។ ទោះបីជាមានការផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់មេរោគអេដស៍ និងរោគស្វាយក៏ដោយ ការដាច់ស្តុកនូវឧបករណ៍ធ្វើតេស្តទ្វេសម្រាប់រកមេរោគអេដស៍ និងរោគស្វាយ ត្រូវបានរាយការណ៍ថាកើតមាននៅគ្រប់កម្រិតទាំងអស់។ ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលដល់កម្រិតមណ្ឌលសុខភាព គឺមិនទាន់ពេលវេលា។ ការស្នើស្តុក គឺធ្វើមិនបានត្រឹមត្រូវ។

4) ឧបករណ៍តាមដាន និងថែទាំ

ឧបករណ៍ និងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ មិនត្រូវបានតាមដានដោយតម្លាភាព និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅពេលមិនដំណើរការ និងជំនួសនៅពេលត្រូវការនោះទេ ដោយសារកង្វះថវិកា និងការគ្រប់គ្រងនៅកម្រិតខ្ពស់។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ការគ្រប់គ្រង និងការសម្របសម្រួល៖

- បើកដំណើរការឡើងវិញនូវក្រុមការងារសន្តិសុខពន្យារកំណើត ដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពទំនិញ SRHR(រួមទាំងថ្នាំសម្រាប់ FP ម្តាយ និងទារក) ដោយចូលរួមជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS) នាយកដ្ឋានឱសថ ចំណីអាហារ បរិក្ខារពេទ្យ និងគ្រឿងសំអាង (DDF) មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) និងអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងលទ្ធកម្ម និងការចែកចាយ ដើម្បីពង្រឹងផែនការសកម្មភាព និងគណនេយ្យភាព
- គាំទ្រកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីវាយតម្លៃ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់និងចែកចាយទៅដល់អ្នកប្រើប្រាស់
- គាំទ្រដល់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដឹកនាំដោយ DDF ដើម្បីពង្រឹង ឬកែលម្អ LMIS រួមមានការអនុវត្តល្អបំផុតក្នុងការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន និងបច្ចេកវិទ្យាទំនាក់ទំនងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព (ICT) ដែលរួមមានការធានានូវសង្វាក់ នៃការផ្គត់ផ្គង់ត្រូវបានគ្រប់គ្រង និងការពារបានល្អរហូតផលិតផលទៅដល់ដៃគូអនុវត្ត និងអ្នកប្រើប្រាស់ (last mile assurance)
- ក្នុងករណីដែលមិនអាចចូលប្រើ LMIS បានពេញលេញ ការត្រួតពិនិត្យតាមដានការអស់ស្តុកនៃឱសថ និងសម្ភារ SRHR គឺផ្អែកលើរបាយការណ៍ ដែលចែករំលែកដោយ CMS
- រៀបចំផែនការលម្អិតសម្រាប់ណែនាំ និងបង្កើតតម្រូវការចំពោះផលិតផលសង្គ្រោះជីវិតថ្មី ឬផលិតផលដែលមិនទាន់បានប្រើឱ្យអស់សក្តានុពល សម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការការថែទាំ

- ដាក់បញ្ចូលឱសថ ដែលត្រូវការ ដើម្បីធ្វើការរំលូតកូនតាមវេជ្ជសាស្ត្រទៅក្នុងខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់សាធារណៈនៅកម្ពុជាក្នុងរយៈពេលមធ្យម
- កាត់បន្ថយបន្ទុករបស់គ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាក្នុងការគណនាដោយដៃនូវតម្រូវការ និងសំណើស្តុកតាមរយៈការផ្តល់ជំនួយការងារ ការគាំទ្រ ឧបករណ៍ឌីជីថលដែលធ្វើការគណនាដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ល។

2) លទ្ធកម្ម

- កំណត់ស្តង់ដារសម្រាប់លទ្ធកម្មផលិតផលរំលូតកូនដោយវេជ្ជសាស្ត្រ និងទិញផលិតផលដែលមានការធានាគុណភាពតាមរយៈថវិកាសាធារណៈ
- អនុវត្តការវាយតម្លៃទៅលើការធានាគុណភាពទំនិញនៅក្នុងក្រុមហ៊ុនឯកជន ដែលលក់រាយ ផ្តល់ព័ត៌មាន និងការណែនាំដល់ពួកគេលើការធានាគុណភាព និងផ្តល់ការណែនាំអំពីជម្រើសលទ្ធកម្មផ្សេងៗ ដើម្បីអាចឱ្យពួកគេផលិតនូវផលិតផលដែលមានគុណភាព។

3) ការអស់ស្តុក

- អនុវត្តប្រព័ន្ធព្យាករណ៍ និងកំណត់បរិមាណដែលមានគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីកំណត់ទំនិញសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ (FP) ដែលត្រូវការដើម្បីគ្របដណ្តប់តម្រូវការផែនការគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងបរិបទ នៃការកើនឡើងតម្រូវការ និងបទពិសោធន៍វិជ្ជមានរបស់អ្នកប្រើប្រាស់
- ធ្វើឱ្យមានការចូលរួមពីថ្នាក់ក្រោមជាតិនៅក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីបង្កើតដំណោះស្រាយដែលធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវផែនការ និងការគ្រប់គ្រងសន្តិសុខទំនិញ
- ពង្រឹងការប្រជុំប្រចាំខែរបស់ OD ស្តីអំពីស្តុក រួមទាំងការពិនិត្យឡើងវិញលើការអស់ស្តុក ផែនការសកម្មភាព តួនាទី និងការកំណត់ការទទួលខុសត្រូវ និងការតាមដាន
- ពង្រឹងជំនាញជុំវិញការព្យាករណ៍ និងការស្នើសុំស្តុក និងឧបករណ៍ SRHR នៅកម្រិតគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវា ស្រុកប្រតិបត្តិ (OD) និងមន្ទីរសុខាភិបាល (PHD) និង ជំនាញក្នុងការពិនិត្យមើលសំណើស្តុកដែល PHD/OD ទទួលបានពីថ្នាក់ក្រោម
- តស៊ូមតិឱ្យដាក់បញ្ចូលស្តុក SRHR លើសពីផលិតផលសម្រាប់ការធ្វើផែនការគ្រួសារ ទៅក្នុងស្តុកសំខាន់ៗ ដែលត្រូវបានវាយតម្លៃជាប្រចាំតាមរយៈយន្តការតាមទម្លាប់។

4) ឧបករណ៍តាមដាន និងថែទាំ

- កែលម្អការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍អំពីឧបករណ៍ពាក់ព័ន្ធ SRHR នៅកម្រិតគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវា ដោយពង្រឹង ឬធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធ ការប្រើប្រាស់កម្មវិធីដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពភ្ជាប់វាទៅនឹង LMIS និងបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធគ្រប់កម្រិត។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៨. លើកកម្ពស់ និងពង្រឹងទិន្នន័យសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ការច្នៃប្រឌិត ការត្រួតពិនិត្យ និងការរៀនសូត្រ

ប្រយោគបញ្ហា

គម្លាត នៃការរាយការណ៍ទិន្នន័យ និងគុណភាព ប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យ និងសិក្សាមានកម្រិត និងការផ្សព្វផ្សាយមិនគ្រប់គ្រាន់ការស្រាវជ្រាវ និងការច្នៃប្រឌិត រារាំងប្រទេសកម្ពុជាពីការសម្រេចបាននូវលទ្ធផល SRHR ដែលប្រសើរឡើង។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ការរាយការណ៍ទិន្នន័យ និងគុណភាព

HMIS មានការខ្វះខាតនូវសូចនាករ SRHR ជាច្រើន រួមមានទាំងការពន្យារកំណើតក្រោយការរំលូតកូន។ ទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធធម្មតារបស់រដ្ឋាភិបាល មិនត្រូវបានបែងចែកជាប្រព័ន្ធទៅតាមយេនឌ័រ ឬកត្តាផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងសមធម៌ ដូចជាស្ថានភាពពិការភាពជាដើម។ និយមន័យសេវា SRHR មួយចំនួនមិនមានលក្ខណៈស្តង់ដា (រួមមានដូចជា ផលវិបាកផ្នែកសម្ភព និងការស្លាប់ទារកក្នុងពោះ ឬអំឡុងពេលកំណើតជាដើម)។ ការរាយការណ៍ទិន្នន័យ HMIS យឺតនិងគួរឱ្យធុញទ្រាន់ ហើយការផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលទៅឱ្យបុគ្គលិកសុខាភិបាលលើការបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុងប្រព័ន្ធសាធារណៈ គឺមានតិចតួច ឬគ្មានតែម្តង។ ការចងក្រង និងតាមដានកំណត់ត្រាអំពីការពន្យារកំណើតរបស់អតិថិជននៅកម្រិតគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខភាព គឺមានភាពស្មុគស្មាញណាស់។ ការទាញយកទិន្នន័យពី HMIS ដើម្បីវិភាគនិន្នាការ និងបង្កើតការយល់ដឹង គឺជាដំណើរការដោយដៃ និងចំណាយពេលច្រើន។ ទិន្នន័យអំពីការផ្តល់សេវា SRHR ដោយគ្រឹះស្ថានឯកជន មិនត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុង HMIS ទេ ហើយព័ត៌មាននេះ គឺមិនអាចរកបានសម្រាប់អ្នកធ្វើការ សម្រេចចិត្តក្នុងវិស័យសាធារណៈនោះទេ។ ទិន្នន័យគឺមិនអាចចូលប្រើដោយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពទាំងអស់ ឬ អ្នកពាក់ព័ន្ធខាងក្រៅ ដូចជាអ្នកស្រាវជ្រាវ និងដៃគូនោះទេ។

2) ការតាមដាន និងការរៀនសូត្រ

គេត្រូវពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបការស្លាប់មាតា៖ នៅមានបញ្ហាប្រឈមមួយចំនួនក្នុងការកំណត់អំពីអត្តសញ្ញាណ នៃមូលហេតុការស្លាប់ ការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍អំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ ការផ្តល់មតិត្រឡប់ទៅកាន់គណៈកម្មាធិការ MDA ដែលនៅក្នុងខេត្តដែលអ្នកជំងឺរស់នៅ សក្តានុពលក្នុងការរាយការណ៍មិនគ្រប់ចំនួនអំពីការស្លាប់ និងទិន្នន័យដែលបាត់ (លទ្ធផលនៃអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាល គុណភាព នៃការថែទាំ និងការបញ្ជូន បន្តសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់)។ ប្រព័ន្ធសវនកម្ម នៃការស្លាប់ទារកទើបនឹងកើត បច្ចុប្បន្ននេះគឺមានអនុវត្តហើយ ប៉ុន្តែគេត្រូវពង្រឹងប្រព័ន្ធនេះបន្ថែម។ សវនកម្ម នៃមាតាដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិតមិនត្រូវបានធ្វើឡើងនោះទេ។ ទិន្នន័យសេវា SRHR តាមទម្លាប់ មិនត្រូវបានប្រើសម្រាប់តាមដានការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ និងកម្មវិធី ដើម្បីកែលម្អវិធីសាស្ត្រដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនោះទេ។

3) ការស្រាវជ្រាវ និងការច្នៃប្រឌិត

ដំណើរការ និងប្រព័ន្ធសម្រាប់កំណត់អត្តសញ្ញាណជាប្រចាំ និងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការទិន្នន័យ និងភស្តុតាង រួមទាំងបញ្ហាប្រឈមក្នុងការអនុវត្ត និងយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ គឺនៅមានភាពទន់ខ្សោយ និងមិនមានលក្ខណៈជាស្ថាប័ន។ វប្បធម៌នៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ និងភស្តុតាង គឺកំពុងចាប់ផ្តើមអភិវឌ្ឍឡើង ហើយវានឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍។ ការអនុវត្តល្អបំផុត និងការច្នៃប្រឌិតនៅមូលដ្ឋានមិនត្រូវបានចែករំលែកជាញឹកញាប់ជាមួយភូមិសាស្ត្រផ្សេងទៀតដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់ការរៀនសូត្រដែលដឹកនាំក្នុងស្រុក និងសម្រេចបានជោគជ័យនោះទេ។ សហគមន៍ មិនបានចូលរួមជាប់លាប់ក្នុងការបង្កើតទិន្នន័យដែលមានគុណភាពខ្ពស់ តាមរយៈវិធីសាស្ត្រប្រមូលទិន្នន័យប្រកបដោយភាពច្នៃប្រឌិត និងការចូលរួមនោះទេ។ គម្លាត នៃការស្រាវជ្រាវ គឺនៅមាន ដូចជាការកំណត់អត្តសញ្ញាណមូលហេតុឫសគល់ ឧបសគ្គ និងដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហាប្រឈមក្នុងការទទួលបាន SRHR ជាពិសេសក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ។ សមត្ថភាពបច្ចេកទេសក្នុងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក រួមទាំងការថែទាំព័ត៌មានអ្នកជំងឺ ឯកជនភាព នៃទិន្នន័យ និងការការពារទិន្នន័យ គឺនៅមានកម្រិត ។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង

1) ការរាយការណ៍ និងគុណភាពទិន្នន័យ

- ប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាឌីជីថលដើម្បីកែលម្អភាពងាយស្រួល និងភាពត្រឹមត្រូវ នៃការរាយការណ៍ ដោយការវិនិយោគលើដំណោះស្រាយដែលមានតម្លៃទាប បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល ជ្រើសរើសបុគ្គលិកដែលមានជំនាញ ICT នៅគ្រប់កម្រិត និងចាត់តាំងអ្នកទទួលបន្ទុកការងារទិន្នន័យ រួមមាននៅក្នុងកម្មវិធីនីមួយៗនៅក្នុង NMCHC
- ពិនិត្យឡើងវិញ និងពង្រីកសូចនាករ អនុញ្ញាតឱ្យមានការបំបែកទៅតាមពហុលក្ខណៈ (យេនឌ័រ ពិការភាព ។ល។) និងកែលម្អទម្លាប់នៃការប្រមូលទិន្នន័យ សេវា SRHR តាមរយៈ HMIS
- តស៊ូមតិឱ្យមានការចុះបញ្ជីរដ្ឋប្បវេណី និងស្ថិតិសំខាន់ៗ (CRVS) ដើម្បីកត់ត្រាយ៉ាងច្បាស់អំពីការស្លាប់មាតា និងទារក ជាព្រឹត្តិការណ៍ដែលអាចជូនដំណឹងបាន
- កែលម្អការគ្រប់គ្រងឯកសារទិន្នន័យផែនការគ្រួសារនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវា និងបង្កើតការណែនាំ ជំនួយការងារ និងការគាំទ្រ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពត្រឹមត្រូវ នៃទិន្នន័យ
- គាំទ្រ និងតស៊ូមតិឱ្យមានការចូលរួមពីវិស័យឯកជននៅក្នុងគណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងសុខភាពឌីជីថល (DHSC) ដើម្បីធានាថាទិន្នន័យ SRHR ពីវិស័យឯកជន អាចរកបានសម្រាប់រដ្ឋាភិបាល ហើយអាចប្រើប្រាស់ដើម្បីរៀបចំផែនការ និងផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាកម្មសមស្រប
- ដាក់បញ្ចូលទិន្នន័យសុខភាពរបស់វិស័យឯកជន ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាក្រោមកម្មវិធីជានារ៉ាប់រងសុខភាពទៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យ NSSF

- បំបែកទិន្នន័យតាមភេទ អាយុ ជាតិសាសន៍ ភូមិសាស្ត្រ និងកត្តាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងសមធម៌ នៅក្នុងការប្រមូល និងការវិភាគទិន្នន័យ ដើម្បីកំណត់ភាពមិនសមធម៌នៅក្នុងនិន្នាការសេវាកម្ម
- កំណត់និយមន័យស្តង់ដា នៃផលវិបាកសម្ភព ការស្លាប់ទារក និងផ្សេងៗទៀត ដោយយោងទៅតាមចំណាត់ថ្នាក់អន្តរជាតិ នៃជំងឺ (ICD 11) នៅក្នុងទិន្នន័យ និង ឧបករណ៍រាយការណ៍
- ធានាបាននូវសមត្ថភាពបច្ចេកទេសសមរម្យសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង ការវិភាគ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក រួមទាំងការវិភាគឆ្លង នៃទិន្នន័យពហុវិស័យនៅគ្រប់កម្រិត រួមទាំង NMCHC ផងដែរ
- ពង្រឹងការគាំទ្រដែលមានសម្រាប់ការបញ្ចូលទិន្នន័យ ដោយការកែលម្អសមត្ថភាព PHC ឬ OD MCH
- ធានាឱ្យមានទំនាក់ទំនងច្បាស់លាស់ជុំវិញការកែប្រែសូចនាករ
- គាំទ្រកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងឌីជីថលនីយកម្ម ដែលជាផ្នែកមួយ នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពឌីជីថល
- គាំទ្រ DDF ដោយការអនុវត្តប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានភស្តុភារដែលមានភាពប្រសើរ (LMIS)។

2) ការតាមដាន និងការរៀនសូត្រ

- ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបការស្លាប់មាតា និងទារក (MDPSR) ដោយអនុវត្តអនុសាសន៍ ដែលមានចែងក្នុងរបាយការណ៍របស់គណៈកម្មាធិការសវនកម្ម MDA ឆ្នាំ ២០១៩ និងការសិក្សាផ្សេងទៀត រួមទាំងការសិក្សាដែលធ្វើឡើងដោយ UNFPA
- បង្កើតតួនាទី និងជំនាញរបស់ HCMC ក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ SRHR ដើម្បីរៀបចំផែនការ និងតាមដានព័ត៌មាន និងការផ្តល់សេវារបស់ HCMC
- ពង្រឹងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យជាប្រចាំដោយថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ កម្មវិធី រួមទាំងលទ្ធផល និងបញ្ហាប្រឈម នៃការអនុវត្ត និងការកែលម្អវិធីសាស្ត្រដោយផ្អែកលើលទ្ធផល
- អនុវត្តការគូសផែនទី Ggeospatial សម្រាប់ចម្ងាយផ្លូវធ្វើដំណើរដើម្បីទៅទទួលបានអន្តរាគមន៍សម្រាប់សង្គ្រោះជីវិតដូចជា EmONC ជាដើម
- ធ្វើការវិភាគស៊ីជម្រៅអំពីតម្រូវការ ដែលមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់ការធ្វើផែនការ គ្រួសារ និងការស្លាប់របស់មាតាដែលអាចការពារបាន។

3) ការចែករំលែក ការច្នៃប្រឌិត និងការអនុវត្តល្អបំផុត

- បង្កើតឱកាសបង្ហាញ ផ្តល់រង្វាន់ និងផ្សព្វផ្សាយការអនុវត្តល្អ និងការច្នៃប្រឌិតក្នុងការងារ SRHR របស់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ

- ធ្វើការស្រាវជ្រាវដើម្បីកំណត់មូលហេតុ ឫសគល់ ឧបសគ្គ និងដំណោះស្រាយ ចំពោះបញ្ហាប្រឈមរបស់ SRHR
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវចូលប្រើទិន្នន័យរបស់រដ្ឋាភិបាល តាមរយៈដំណើរការស្នើសុំចូលប្រើទិន្នន័យប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដែល NMCHC អាចគ្រប់គ្រងការចែករំលែកទិន្នន័យបាន
- ពង្រឹងប្រព័ន្ធក្នុងការប្រើប្រាស់ភស្តុតាងស្រាវជ្រាវ បង្កើតសំណួរស្រាវជ្រាវថ្មី និងការដាក់ឱ្យដំណើរការ ឬធ្វើការស្រាវជ្រាវ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការ នៃភស្តុតាងសម្រាប់ការអនុវត្តនិងការបង្កើតគោលនយោបាយ
- ជំរុញវប្បធម៌ នៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ និងការសម្រេចចិត្តផ្អែកលើភស្តុតាង។

អាទិភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រ ៩. ជំរុញអភិបាលកិច្ចប្រកបដោយបរិយាបន្ន និងជំរុញភាពជាដៃគូ

ប្រយោគបញ្ហា

អភិបាលកិច្ច SRHR ត្រូវបានបង្អាក់ដោយសារភាពមិនគ្រប់គ្រាន់ នៃការសម្របសម្រួលប្រកបដោយបរិយាបន្ន គម្លាតខ្លាំងក្នុងភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ និងឧបសគ្គក្នុងការធ្វើវិមជ្ឈការ នៃការទទួលខុសត្រូវឱ្យបានពេញលេញ។

បញ្ហាប្រឈមសំខាន់ៗ

1) ការសម្របសម្រួលប្រកបដោយបរិយាបន្ន

លំហាត់ក្នុងការកំណត់អាទិភាព មិនបានដាក់បញ្ចូលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនូវក្រុមដែលខ្វះខាតទាំងអស់ រួមទាំងមនុស្សវ័យជំទង់នោះទេ។ រចនាសម្ព័ន្ធអភិបាលកិច្ចខ្សែបញ្ឈរវាងទិដ្ឋភាពផ្សេងគ្នានៃ SRHR និងវិស័យមិនមែនសុខភាពដែលទាក់ទងនឹង SRHR នាំឱ្យមានការខកខានឱកាសសម្រាប់ការដាក់បញ្ចូលគ្នា ការសហការ និងប្រសិទ្ធភាព។

2) ភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ

ការផ្តល់សេវា SRHR របស់វិស័យឯកជន និងសាធារណៈមិនត្រូវបានធ្វើសមាហរណកម្មទេ ដែលនេះបង្កការគំរាមកំហែងដល់គុណភាព នៃការថែទាំ និងរារាំងកិច្ចសហការប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាពមិនឱ្យកើតមានឡើង។ គេត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងតស៊ូមតិដើម្បីជះឥទ្ធិពលលើការផ្លាស់ប្តូរនៅក្រៅវិសាលភាព នៃអាជ្ញាធររបស់ NMCHC ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះរួមមានការដាក់បញ្ចូលទិន្នន័យពីវិស័យឯកជនអំពីការផ្តល់សេវា SRHR ។ ការផ្តល់សេវា និងការត្រួតពិនិត្យរបស់ SRHR មិនត្រូវបានធ្វើជាឌីជីថលទេ ដែលនេះធ្វើឱ្យបាត់បង់ឱកាសក្នុងការបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំ និងប្រសិទ្ធភាព។ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយទ្រង់ទ្រាយធំ និងប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គមច្រើនតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្រៅផ្លូវការក្នុងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយប្រជាជន ខណៈពេលដែលប្រព័ន្ធទាំងនេះមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការធ្វើឱ្យទំនាក់ទំនងកាន់តែមានភាពប្រសើរឡើង និងអាចប្រើប្រាស់បានកាន់តែពេញលេញ។ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន គណៈកម្មាធិការឃុំ និងសាលារៀនទាំងអស់ មានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុង

សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជន ប៉ុន្តែពួកគេត្រូវបានដាក់បញ្ចូលមិនបានល្អទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។

3) វិមជ្ឈការ

រដ្ឋាភិបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងថ្នាក់ដឹកនាំឃុំ សង្កាត់ មានឱកាសផ្តល់មូលនិធិដល់អន្តរាគមន៍ ដែលអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផល SRHR ប៉ុន្តែពួកគេមានអាទិភាពផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវគិតគូរ និងមានចំណេះដឹងមានកម្រិតអំពីផលប៉ះពាល់ពីការពង្រីក SRHR ដែលពង្រីកការគ្របដណ្តប់បានកាន់តែទូលំទូលាយ។ កម្រិតផ្សេងៗ នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល មិនត្រូវបានសម្របសម្រួលជាប់លាប់ ឬគ្មានព័ត៌មានដូចគ្នាសម្រាប់ការអនុវត្តអន្តរាគមន៍។ កិច្ចសហការរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ភូមិ ឃុំ គឺនៅមានកម្រិតនៅឡើយ។ VHSGs មិនមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីដឹកនាំកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងផ្សព្វផ្សាយឱ្យបានទូលំទូលាយនោះទេ ហើយ HCMCs ជាធម្មតា មិនបែងចែកមូលនិធិសម្រាប់ការងារនេះទេ។

អន្តរាគមន៍ដែលបានស្នើឡើង៖

1) ការសម្របសម្រួល និងផែនការប្រកបដោយបរិយាបន្ន

- វាយតម្លៃ និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវបរិយាបន្ននៅក្នុងលំហាត់កំណត់អាទិភាព ដូចជាការអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រ ការកំណត់គោលនយោបាយ ការអភិវឌ្ឍន៍ ការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃថវិកា ដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេស និងដំណើរការផ្សេងៗទៀត
- ពង្រឹងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ និងកិច្ចសហការរបស់ភាគីពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមទាំងជាមួយវិស័យឯកជន និងអង្គការសង្គមស៊ីវិល
- ឱ្យមានការចូលរួមពីតំណាងមកពីវិស័យផ្សេងៗ (អប់រំ កិច្ចការនារី សេវាសង្គម អភិវឌ្ឍន៍ជនបទ កសិកម្ម ។ល។) និងក្រុមប្រជាជន (ឧទាហរណ៍ យុវជន ជនជាតិដើមភាគតិច និងជនបទ ក្រុមប្រជាជនដែលត្រូវបានគេរើសអើង) ឱ្យចូលរួមក្នុងកិច្ចប្រជុំពាក់ព័ន្ធសុខភាព ការផ្តល់សេវា និងសកម្មភាពផ្សេងៗ
- ពង្រឹងការសម្របសម្រួលនៅគ្រប់កម្រិតផ្សេងៗគ្នា (នៅកម្រិតឃុំ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល OD PHD) ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រចែករំលែកព័ត៌មានថ្មីៗ និងប្រើវិធីសាស្ត្រនេះនៅក្នុងការសម្រេចចិត្តថ្នាក់ជាតិ
- ពង្រឹងការសម្របសម្រួលក្នុងចំណោមកម្មវិធី NMCHC ទាំងប្រាំ ដោយមានការចូលរួមពីដៃគូ និងអង្គការសង្គមស៊ីវិលដែលគាំទ្រការអន្តរាគមន៍នៅទូទាំងកម្មវិធី
- កំណត់ និងអនុវត្តអន្តរាគមន៍នៅក្នុងផែនការសកម្មភាពជាតិ ស្តីពីការប្រែប្រួលអាកាសធាតុសម្រាប់សុខភាពសាធារណៈឆ្នាំ ២០១៩-២០២៣ និងកំណែនាពេលខាងមុខ នៃផែនការដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹង SRHR
- គាំទ្រ ODs PHDs ឱ្យចូលរួមជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ដោយរួមគ្នាកំណត់នូវអ្វីដែលល្អបំផុតក្នុងការសហការ របៀបបង្កើនចំណេះដឹងរបស់ពួកគេអំពី SRHR និងការថែទាំដោយគោរព និង

របៀបគាំទ្រអ្នកស្វែងរកសុខភាពដែលទាក់ទងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានដើម្បីសុំការគាំទ្រ ជាពិសេសនៅក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមិនអាចអនុវត្តសិទ្ធិរបស់ពួកគេ។

2) ភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ៖ វិស័យឯកជន

- ពង្រឹងភាពជាដៃគូសាធារណៈ និងឯកជន ក្នុងការរៀបចំផែនការ SRHR និងការផ្តល់សេវានៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមទាំងតាមរយៈការសហការក្នុងវិស័យសាធារណៈជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល គ្រឹះស្ថានសុខភាពឯកជន ក្រុមហ៊ុនផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រឯកជន និងអ្នកលក់រាយ ក្រុមហ៊ុនភ័ស្តុការ ភ្នាក់ងារទំនាក់ទំនង ។ល។
- បង្កើតគណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាឯកជន ទៅលើការចូលប្រើ SRHR ដែលមានតំណាងជាអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនផ្សេងៗគ្នា (អ្នកគ្រប់គ្រង មន្ទីរពេទ្យឯកជន ឱសថស្ថាននៅជិតរោងចក្រកាត់ដេរ) ដើម្បីឱ្យពួកគេចូលរួមក្នុងការវិភាគបញ្ហា វាយតម្លៃអំពីតម្រូវការ រៀបចំផែនការ និងត្រួតពិនិត្យទំនិញរបស់វិស័យឯកជន។

3) ភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ៖ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ

- ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ ដើម្បីជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនបានចុះឈ្មោះ ឬអ្នកលក់រាយឱសថ អំពីបទប្បញ្ញត្តិ និងហានិភ័យដែលទាក់ទងនឹងការអនុវត្តដោយគ្មានការចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការអនុវត្តល្អបំផុត និងជូនដំណឹងដល់សហគមន៍អំពីការស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានគុណភាព
- ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ ដើម្បីជូនដំណឹងដល់សាធារណជនអំពី សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពផ្លូវភេទ និងសិទ្ធិ ព្រមទាំងសេវាកម្មដែលមាន រួមនឹងតម្លៃរបស់ សេវាទាំងនោះ។

4) ភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ៖ បញ្ញវន្ត

- ពង្រឹងការចូលរួម និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយសហគមន៍ស្រាវជ្រាវសុខភាពនៅកម្ពុជា ដើម្បីលើកកម្ពស់ការបង្កើតភស្តុតាង ដែលពាក់ព័ន្ធ និងទាន់ពេលវេលា ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ការសម្រេចចិត្ត ទាំងការសម្រេចចិត្តអំពីការអនុវត្ត និងការសម្រេចចិត្តគោលនយោបាយ។

5) ភាពជាដៃគូយុទ្ធសាស្ត្រ៖ សាលារៀន

- គាំទ្រគ្រឹះស្ថាន ODs PHDs ឱ្យចូលរួមជាមួយសាលារៀន ដោយកំណត់រួមគ្នានូវអ្វីដែល ល្អបំផុតសម្រាប់ការសហការ របៀបបង្កើនភាពជាអ្នកដឹកនាំរបស់សាលា និងចំណេះដឹងរបស់អ្នកអប់រំអំពី SRHR និងការថែទាំដោយការគោរពចំពោះកុមារ យុវជន និងមនុស្សវ័យជំទង់ និងវិធីជួយដល់សិស្សដែលជាអ្នកស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ដែលទាក់ទងទៅអ្នកអប់រំ ឬអ្នកដឹកនាំនៅសាលារបស់ពួកគេ ដើម្បីសុំ ការគាំទ្រ ជាពិសេសទាក់ទងនឹងការអប់រំផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CSE)។

6) វិមជ្ឈការ និងគណនេយ្យភាព

- កសាងសមត្ថភាពរបស់អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន មេឃុំ និងសាលារៀន ក្នុងការយល់ដឹង ការធ្វើផែនការ និងរៀបចំថវិកាសម្រាប់ SRHR
- ពង្រឹងការដឹកនាំរបស់រដ្ឋាភិបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងចំណេះដឹងរបស់សាលាអំពី SRHR
- ពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្ត និងមូលដ្ឋាន រួមមានទៅលើការគ្រប់គ្រងបរិក្ខារ ការរៀបចំថវិកា ការព្យាករណ៍ស្តុក ភាពជាអ្នកដឹកនាំ ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាពធនធានមនុស្ស ការទប់ស្កាត់ការរើសអើង និងអំពើហិង្សា ការរាយការណ៍ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ការកំណត់អាទិភាព
- ពង្រឹងអំណាចបុគ្គលិកសុខាភិបាលថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងសហគមន៍ ឱ្យមានទំនួលខុសត្រូវលើភាពជាអ្នកដឹកនាំតាមរយៈការពង្រឹងដំណើរការ នៃការរាយការណ៍ និងការចូលរួមដែលមានស្រាប់ព្រមទាំងយន្តការផ្តល់យោបល់ប្រកបដោយភាពច្នៃប្រឌិត។

ឧបសម្ព័ន្ធទី១ ៖ ក្របខណ្ឌត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃ

Cambodia National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights 2025-2030 Monitoring and Evaluation Framework				
Goal	**By 2030, all Cambodian women, men, adolescents, and particularly the furthest left behind, in every setting shall have full access to human rights-based, gender-transformative, high-quality SRHR in order to fulfill their potential**			**Target 2030**
Impact Indicators		**Data**	**Source & Date**	
	Maternal Mortality Ratio per 100,000 live births	154	CDHS 2021-22	70
	Neonatal Mortality Rate per per 1,000 live births	8	HSP4 2024-2030	6
	Total Fertility Rate	2.7	HSP4 2024-2030	N/A
	Unmet need for family planning	11.50%	HSP4 2024-2030	8%
	Percentage of women of reproductive age (15-49) whose need for family planning is satisfied (with a modern contraceptive method)	61%	HSP4 2024-2030	68%
Outcome Indicators		**Total**	**Source**	
Family planning	Contraceptive Prevalence Rate (CPR)	Married women: 62% Sexually active unmarried women: 29%	CDHS 2021-22	68%
	% modern contraception users who were provided informed choice (informed about possible side effects or problems of that method, what to do if they experienced side effects, and other methods they could use)	57.50%	CDHS 2021-22	65%
	% of women using traditional FP methods	Married women: 17% Sexually active unmarried women: 0%	CDHS 2021-22	Married women: 15% Sexually active unmarried women: 0%
	% of women using modern method	Married women: 45% Sexually active	HSP4 2024-2030	Married women: 48% Sexually active

		unmarried women: 29%		unmarried women: 32%
	Teenage Pregnancy (% of women aged 15-19 yrs.)	9%	HSP4 2024-2030	7%
ANC	% of pregnant women receiving at least 4 ANC checks	Total: 74.90%	HSP4 2024-2030	Total: 82%
	% of pregnant women who had a blood sample taken during ANC	88%	HSP4 2024-2030	93%
	% ANC clients tested for HIV and received their results	66%	HSP4 2024-2030	75%
STIs	Incidence of Congenital Syphilis per 100,000 live births	Data needed	CDHS 2021-22	TBD
Labor and delivery	% of deliveries attended by trained health personnel	Total: 90.62%	HSP4 2024-2030	Total: 96%
	% of deliveries in a health facility	88%	HSP4 2024-2030	92%
	# EmONC facilities per 500,000 population	2.62 (2019)	CDHS 2021-22	5
	% of deliveries by caesarian section	10.14%	HSP4 2024-2030	13%
	% of deliveries by caesarian section in CEmONC facilities	4.90%	EmONC Improvement Plan 2021-2025	10%
	% of women who have postpartum contact with a health provider within 2 days of delivery	Total: 85% Facility delivery: 86% Delivered elsewhere: 38%	CDHS 2021-22	Total: 90% Facility delivery: 95% Delivered elsewhere: 30%
	% of newborns who have postnatal contact with a health provider within 2 days of delivery	Total: 77% Facility delivery: 78% Delivered elsewhere: 33%	CDHS 2021-22	Total: 85% Facility delivery: 87% Delivered elsewhere: 30%
Breastfeeding	% of exclusive breastfeeding for the first two days after birth	50%	CDHS 2021-22	TBD
	% of infants who were breastfed within 1 hr. of birth	71%	HSP4 2024-2030	78%
Abortion	% of pregnancies that were voluntarily ended (induced abortion)	9%	CDHS 2021-22	TBD

	Total abortion rate per woman	0.3	HSP4 2024-2030	TBD
Person-centered care free of stigma and discrimination	% WLHIV who feel ashamed because of their HIV positive status	37%	CDHS 2021-22	35%
	% WLHIV who reported that People talked badly about them because of their HIV status	24%	CDHS 2021-22	20%
	% WLHIV who Have been verbally insulted, harassed, or threatened because of their HIV status	13%	CDHS 2021-22	8%
	% people who experienced discriminatory attitudes towards people living with HIV	Women: 26% Men: 26%	CDHS 2021-22	Women: 20% Men: 20%
	% sex workers who avoid seeking health care because of stigma and discrimination	17.10%	UNAIDS, citing BSS 2022	10%
	% population with access to telemedicine for SRHR services, by age group, gender, OD, and ethnic group	N/A		TBD
Cancer prevention and treatment	% people screened for breast cancer	Total: 11% Lowest wealth quintile: 7%	CDHS 2021-22	TBD
	% people screened for cervical cancer	Total: 15% Lowest wealth quintile: 8%	CDHS 2021-22	TBD
	% of girls fully vaccinated with the HPV vaccine by the age of 15 (Global target 90%)	14%	Projections based on 2019 Cambodia Population Census and NIP coverage data	25%
	% of women screened using a high-performance test by the age of 35, and again by the age of 45 (Global target 70%)	N/A		TBD
	% of women with pre-cancer treated and % of women with invasive cancer managed. (Global target 90%)	N/A		TBD
	% of eligible girls in the target population who have received the two recommended doses of HPV vaccination	99%	NIP Provincial HPV Coverage Report 2023	99%
	% women screened positively for cervical cancer who received treatment	N/A		TBD
	% women who experienced violence during pregnancy	1%	CDHS 2021-22	0%

Violence against women	% women who have experienced controlling behavior by husband or intimate partner (any type)	24%	CDHS 2021-22	20%
	% women age 15–49 who have experienced physical or sexual violence and sought help	54%	CDHS 2021-22	70%
Comprehensive Sexuality Education	% young people aged 15-24 who know about HIV prevention	Men: 26.5% Women: 23.3%	CDHS 2021-22	Men: 30% Women: 30%
	% women with knowledge of their fertile period	20%	CDHS 2021-22	30%

Note: This M&E Framework is formulated prior to the release of the new Health Strategic Plan, thus this framework is subject to an update to accommodate the indicators and targets set in the new Health Strategic Plan and other relevant documents

			Population Census and NIP coverage data	
	% of women screened using a high-performance test by the age of 35, and again by the age of 45 (Global target 70%)	N/A		TBD
	% of women with pre-cancer treated and % of women with invasive cancer managed. (Global target 90%)	N/A		TBD
	% of eligible girls in the target population who have received the two recommended doses of HPV vaccination	99%	NIP Provincial HPV Coverage Report 2023	99%
	% women screened positively for cervical cancer who received treatment	N/A		TBD
Violence against women	% women who experienced violence during pregnancy	1%	CDHS 2021-22	0%
	% women who have experienced controlling behavior by husband or intimate partner (any type)	24%	CDHS 2021-22	20%
	% women age 15–49 who have experienced physical or sexual violence and sought help	54%	CDHS 2021-22	70%
Comprehensive Sexuality Education	% young people aged 15-24 who know about HIV prevention	Men: 26.5% Women: 23.3%	CDHS 2021-22	Men: 30% Women: 30%
	% women with knowledge of their fertile period	20%	CDHS 2021-22	30%

Note: This M&E Framework is formulated prior to the release of the new Health Strategic Plan, thus this framework is subject to an update to accommodate the indicators and targets set in the new Health Strategic Plan and other relevant documents

	% of newborns who have postnatal contact with a health provider within 2 days of delivery	Total: 77% Facility delivery: 78% Delivered elsewhere: 33%	CDHS 2021-22	Total: 85% Facility delivery: 87% Delivered elsewhere: 30%
Breastfeeding	% of exclusive breastfeeding for the first two days after birth	50%	CDHS 2021-22	TBD
	% of infants who were breastfed within 1 hr. of birth	71%	HSP4 2024-2030	78%
Abortion	% of pregnancies that were voluntarily ended (induced abortion)	9%	CDHS 2021-22	TBD
	Total abortion rate per woman	0.3	HSP4 2024-2030	TBD
Person-centered care free of stigma and discrimination	% WLHIV who feel ashamed because of their HIV positive status	37%	CDHS 2021-22	35%
	% WLHIV who reported that People talked badly about them because of their HIV status	24%	CDHS 2021-22	20%
	% WLHIV who Have been verbally insulted, harassed, or threatened because of their HIV status	13%	CDHS 2021-22	8%
	% people who experienced discriminatory attitudes towards people living with HIV	Women: 26% Men: 26%	CDHS 2021-22	Women: 20% Men: 20%
	% sex workers who avoid seeking health care because of stigma and discrimination	17.10%	UNAIDS, citing BSS 2022	10%
	% population with access to telemedicine for SRHR services, by age group, gender, OD, and ethnic group	N/A		TBD
Cancer prevention and treatment	% people screened for breast cancer	Total: 11% Lowest wealth quintile: 7%	CDHS 2021-22	TBD
	% people screened for cervical cancer	Total: 15% Lowest wealth quintile: 8%	CDHS 2021-22	TBD
	% of girls fully vaccinated with the HPV vaccine by the age of 15 (Global target 90%)	14%	Projections based on 2019 Cambodia	25%

				unmarried women: 0%
	% of women using modern method	Married women: 45% Sexually active unmarried women: 29%	HSP4 2024-2030	Married women: 48% Sexually active unmarried women: 32%
	Teenage Pregnancy (% of women aged 15-19 yrs.)	9%	HSP4 2024-2030	7%
ANC	% of pregnant women receiving at least 4 ANC checks	Total: 74.90%	HSP4 2024-2030	Total: 82%
	% of pregnant women who had a blood sample taken during ANC	88%	HSP4 2024-2030	93%
	% ANC clients tested for HIV and received their results	66%	HSP4 2024-2030	75%
STIs	Incidence of Congenital Syphilis per 100,000 live births	Data needed	CDHS 2021-22	TBD
Labor and delivery	% of deliveries attended by trained health personnel	Total: 90.62%	HSP4 2024-2030	Total: 96%
	% of deliveries in a health facility	88%	HSP4 2024-2030	92%
	# EmONC facilities per 500,000 population	2.62 (2019)	CDHS 2021-22	5
	% of deliveries by caesarian section	10.14%	HSP4 2024-2030	13%
	% of deliveries by caesarian section in CEmONC facilities	4.90%	EmONC Improvement Plan 2021-2025	10%
	% of women who have postpartum contact with a health provider within 2 days of delivery	Total: 85% Facility delivery: 86% Delivered elsewhere: 38%	CDHS 2021-22	Total: 90% Facility delivery: 95% Delivered elsewhere: 30%

Annex1: Monitoring and evaluation framework

Cambodia National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights 2025-2030 Monitoring and Evaluation Framework				
Goal	By 2030, all Cambodian women, men, adolescents, and particlarly the furthest left behind, in every setting shall have full access to human rights-based, gender-transformative, high-quality SRHR in order to fulfill their potential			Target 2030
Impact Indicators		Data	Source & Date	
	Maternal Mortality Ratio per 100,000 live births	154	CDHS 2021-22	70
	Neonatal Mortality Rate per per 1,000 live births	8	HSP4 2024-2030	6
	Total Fertility Rate	2.7	HSP4 2024-2030	N/A
	Unmet need for family planning	11.50%	HSP4 2024-2030	8%
	Percentage of women of reproductive age (15-49) whose need for family planning is satisfied (with a modern contraceptive method)	61%	HSP4 2024-2030	68%
Outcome Indicators		Total	Source	
Family planning	Contraceptive Prevalence Rate (CPR)	Married women: 62% Sexually active unmarried women: 29%	CDHS 2021-22	68%
	% modern contraception users who were provided informed choice (informed about possible side effects or problems of that method, what to do if they experienced side effects, and other methods they could use)	57.50%	CDHS 2021-22	65%
	% of women using traditional FP methods	Married women: 17% Sexually active unmarried women: 0%	CDHS 2021-22	Married women: 15% Sexually active

- Build capacity of local authorities, commune leaders, and schools in understanding, planning, and budgeting for SRHR scale up.
- Strengthen sub-national government leadership, local authorities, and schools' knowledge about SRHR and ensuring awareness of safe abortion legal and policy setting.
- Strengthen provincial and facility level capacities including facility management, budgeting, stock forecasting, leadership, HR optimization, discrimination and violence prevention, reporting, and data use for priority setting.
- Empower sub-national health staff and communities to hold leadership accountable through strengthening existing reporting and engagement processes as well as innovative feedback mechanisms.

1) Inclusive coordination and planning
    - Assess and improve inclusivity in priority setting exercises such as strategy development, policy setting, budget development, monitoring and evaluation, (sub) technical working groups, and other processes.
    - Review central CMC structure and mobilize resources to strengthen CMC operations, including human resources.
    - Enhance synergies and collaboration of stakeholders at national and sub-national level, including with private sector and CSOs.
    - Involve representatives from other sectors (education, women's affairs, social service, rural development, agriculture, etc.) and demographic groups (e.g., youth, rural and indigenous populations, discriminated groups) to participate in health-related meetings, provision of services and activities.
    - Reinforce coordination across different levels (at commune, health facility, OD, PHC levels) by adopting new information sharing approaches and engaging them in national level decision making.
    - Reinforce coordination among the five NMCHC programs, with inclusion of partners and civil society organizations who support interventions across programs.
    - Identify and implement interventions in the National Climate Change Action Plan for Public Health 2019-2023 and upcoming versions of the plan, as relevant to SRHR.
    - Support facilities, ODs, PHDs to engage with local authorities by jointly determining what they are best placed to collaborate on, how to increase their knowledge about SRHR and respectful care, and how to support health-seekers who contact local authorities for support, particularly in cases where patients are not able to exercise their rights.
2) Strategic partnerships: Private sector
    - Strengthen Public-Private Partnership in SRHR planning and service delivery at national and sub-national levels, including through public sector collaboration with NGOs, private health facilities, private medical product manufacturers and retailers, logistics companies, communication agencies, etc.
    - Create a private sector advisory committee on SRHR access representing different types of private providers (cabinets, private hospitals, pharmacies near garment factories, etc.) to engage them in problem analysis, needs assessment, planning and monitoring around private sector commodities.
3) Strategic partnerships: Media
    a. Leverage the media to inform unregistered providers or drug retailers about the regulations and risks associated with practicing without proper registration, provide information about best practices, and inform the community about seeking care from qualified providers.
    b. Leverage media to inform the Cambodian public of their sexual and reproductive health rights, the available services, and their costs.
4) Strategic partnerships: Academia
    a. Strengthen engagement and collaboration with the Cambodia health research community to promote the generation of evidence that is relevant and timely to inform decision-making both for implementation and policy decisions.
5) Strategic partnerships: Schools
    a. Support facilities, ODs, PHDs to engage with schools by jointly determining what they are best placed to collaborate on, how to increase school leadership and educators' knowledge about SRHR and respectful care for children, youth and adolescents, and how to support student health-seekers who contact their school educators or leadership for support.
6) Decentralization and accountability

- Build roles and skills of HCMC in use of SRHR data to plan and monitor HC's SRHR information and service delivery.
- Strengthen national and subnational use of routine data for monitoring strategy and program performance, including implementation outcomes and challenges, and improving approaches based on results.
- Conduct Geospatial mapping for the travel distance to access life-saving interventions like EmONC.
- Conduct in-depth analysis on the unmet need for family planning and the preventable maternal death

3) Innovation and best practice sharing

- Create opportunities highlighting, rewarding, and disseminating subnational good practices and innovations in SRHR.
- Conduct research to identify root causes, barriers, and solutions to SRHR challenges.
- Allow researchers to access routine government data through an efficient data access request process whereby NMCHC can manage data sharing.
- Strengthen systems for using research evidence, generating new research questions, and commissioning/conducting research to respond to implementation and policy-making evidence needs.
- Foster culture of data use and evidence-based decision-making.

Strategic priority 9. Advance inclusive governance and fostering partnerships

Problem statement

SRHR governance is hampered by insufficiently inclusive coordination, critical gaps in strategic partnerships, and barriers to optimal decentralization of responsibility.

Key challenges

1) Inclusive coordination

Priority setting exercises are not comprehensively inclusive of all marginalized groups, including adolescents. The Cambodia Midwife Council has limited capacity to achieve its goal of raising the professional standards of midwifery practice. Vertical governance structures between different aspects of SRHR, and non-health sectors relevant to SRHR, lead to missed opportunities for synergies, collaboration, and effectiveness.

2) Strategic partnerships

Private and public sector SRHR service provision is not integrated, which poses a threat to quality of care and prevents cost-effective collaboration from occurring. There is a need to conduct advocacy efforts to influence changes outside the scope of NMCHC's authority. This includes, for instance, the integration of data from the private sector about SRHR service provision. SRHR service delivery and monitoring is not digitized, which misses opportunities for enhanced accessibility of care and effectiveness. Mass and social media are often informally leveraged to communicate with the population r, while they have a central role to play in improving communication and could be further optimized. Local authorities, commune committees, and schools all play an important role in population health and wellbeing yet they are poorly integrated with the health system.

3) Decentralization

Sub-national government and commune leaders have an opportunity to fund interventions that can improve SRHR outcomes, yet they have competing priorities and limited knowledge about the wide-reaching impacts of improving SRHR. Different levels of the health system are not consistently coordinated nor have the same information with which to implement interventions. Collaboration between health centers and the local authorities and communes is limited. VHSGs are not sufficiently resourced to conduct outreach efforts comprehensively and HCMCs do not typically allocate funding to this.

Interventions proposed:

2) Monitoring and learning

The Maternal Death Surveillance and Response system needs strengthening: challenges exist with identifying cause of death, recording and reporting causes of deaths, providing feedback to the MDA committee of patient's home province, potential underreporting of deaths, and missing data (perinatal outcomes, quality of care and referrals for emergency care). An audit system of neonatal deaths is now in place but requires strengthening. Maternal Near-Miss Audits are not conducted. Routine SRHR service data is not used for monitoring strategy and program performance and improving approaches based on results, across levels of the health system.

3) Research and innovation

Processes and systems for routinely identifying and responding to data and evidence needs, including implementation challenges and strategies to address these, are weak and not institutionalized. Culture of data and evidence use is nascent and would benefit from being developed. Best practices and innovation on the ground are infrequently shared with other geographies to encourage locally led learning and scaling successes. Communities are not consistently engaged in generating high quality data through innovative, participatory data collection approaches. Research gaps exist regarding identifying root causes, barriers, and solutions to SRHR challenges, particularly among vulnerable populations. There is limited technical capacity for electronic data management, including maintenance, patient information, data privacy and protection considerations.

Interventions proposed

1) Reporting and data quality

- Use digital technology to improve ease and accuracy of reporting by investing in low-cost solutions, training health workers, recruiting staff with ICT skills at all levels and assigning data focal points, including in each program within NMCHC.
- Revise and expand indicators, allow for disaggregating by multiple characteristics (gender, disability, etc.) and improve routine data collection SRHR services through HMIS.
- Advocate for the civil registration and vital statistics (CRVS) to clearly record maternal and newborn deaths as notifiable events.
- Improve family planning data file management in facilities and develop improved guidance, job aids, support to improve data accuracy.
- Support and advocate for private sector engagement in the Digital Health Steering Committee (DHSC) to ensure SRHR data from the private sector is available to government and can be used to plan and fund services appropriately.
- Include private sector health data from the facilities contracted under the Health Insurance Scheme in the NSSF databases.
- Disaggregate data by gender, age, ethnicity, geography, and other factors relevant to equity, in data collection and analysis to identify inequities in service trends.
- Set standard definitions of obstetric complications, stillbirth, and others according to International Classification of Diseases (ICD 11) in data and reporting tools.
- Ensure appropriate technical capacity for electronic data management, analysis and use, including cross-analysis of multi-sectoral data at all levels including NMCHC.
- Strengthen available support for data entry queries, for instance by improving PHC or OD MCH capacities.
- Ensure clear communication around indicator modifications.
- Support digitization efforts as part of the National Digital Health Strategy.
- Support DDF with the implementation of an improved Drug Information System.

2) Monitoring and learning

- Strengthen the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response system by implementing the recommendations outlined in the MDA Audit Committee Report 2019 and other studies including those conducted by UNFPA.

- Integrate drugs needed to perform medical abortions into the Cambodian public supply chain in the medium term.
- Reduce burden on facility level to calculate stock request needs manually by providing job aids, support, digital tools that automatize calculations, etc.

2) Procurement

- Conduct efforts to pool SRHR commodity procurement with other countries to secure price reductions.
- Set standards for procurement of Medical Abortion products and purchase quality assured products through public budget.
- Conduct commodity quality assurance assessments in private sector retailers, provide information and guidance to them on quality assurance, and provide guidance on alternative procurement options to enable them to procure quality products.

3) Stock outs

- Implement a high-quality system of forecasting and quantification to determine FP commodities needed to cover all FP demand in the context of increased demand generation and positive user experience.
- Engage sub-national level in national level efforts to generate solutions that improve commodity security planning and management.
- Strengthen monthly OD level stock meetings including review of stock-outs, action planning, roles, and responsibility setting, and follow up.
- Strengthen skills around forecasting and requesting SRHR stocks and equipment at facility, OD, and PHD levels, as well as skills for PHD/OD on reviewing the stock requests they receive from lower levels.
- Advocate for inclusion of SRHR stocks beyond family planning into the essential stocks being assessed routinely through regular mechanisms.

4) Tracking and maintaining equipment.

- Improve recording and reporting of SRHR relevant equipment at facility level by strengthening or upgrading the system, using updated software, linking it with the LMIS, and training relevant staff at all levels.

Strategic priority 8. Promote and strengthen data for research, innovation, monitoring, and learning

Problem statement

Gaps in data reporting and quality, weak monitoring and learning systems, and insufficient promotion of research and innovation prevent Cambodia from achieving improved SRHR outcomes.

Key challenges

1) Data reporting and quality

Several SRHR indicators are lacking from the HMIS including post-abortion family planning. Data in routine government systems is not systematically disaggregated by gender or other factors related to equity such as disability status. Some SRHR service definitions are not standardized (including obstetric complications and stillbirth). HMIS data reporting is tedious and little to no training is provided to health workers on inputting data into public systems. Compiling and tracking family planning client records at the health facility level is very complicated. Extracting data from HMIS to analyze trends and generate insights is a manual and time-consuming process. Data from private sector provision of SRHR is not included in the HMIS and is not available to public sector decision-makers. Public data systems lack strong data validation processes or support, and the quality of data is poor which in turn limits evidence-based program decision-making. Data is not accessible to all health providers or to external stakeholders such as researchers and partners.

Strategic priority 7. Improve availability of medical products and technologies

Problem statement

Low cost, lifesaving SRH products remain unavailable, inaccessible, and underutilized due to uncoordinated governance, procurement, and tracking mechanisms.

Key challenges

1) Governance

All SRHR commodity procurement, distribution, and reporting systems are not integrated with one another or with other essential medicines due to vertical funding and procurement processes. Expansion of medical abortion to more facilities, for instance, will require that the required drugs be integrated into the national supply chain. The current Logistics Management Information System (LMIS) does not enable live review of accurate stock levels at facility, OD, and national level by NMCHC and other national programs which prevents rapid allocation and leads to stock outs. The Essential Medicines List is out of date and does not categorize lifesaving SRH products as essential at all levels of the health system where they need to be used, thus preventing consistent funding and delivery of stocks to those levels. New and underutilized lifesaving products are not consistently available in Cambodia.

2) Procurement

SRHR commodities' prices are high. There is a limited market for procuring quality assured affordable medical abortion products in Cambodia, with several non-assured products on the market. Private retailers sell commodities of varying quality with little oversight or enforcement of regulations which can be unsafe.

3) Stock outs

Despite more than $2M per year allocated by MoH to purchase FP commodities, stock outs at some health facilities occur. SRHR product stock outs at the service delivery points result in care not being provided or in out-of-pocket expenses incurred by care-seekers. Despite funding for HIV and syphilis, stock outs of HIV-syphilis dual test kits have been reported at all levels. Supply of products to the health facility level are not timely. Stock requests are invalid.

4) Tracking and maintaining equipment

Medical devices and equipment are not tracked transparently, updated when out of service, replaced as needed due to lack of funding and management at higher levels.

Interventions proposed:

1) Governance and coordination:

- Re-activate Contraceptive Security Working Group to ensure SHRH commodity security (including FP and maternal and newborn drugs), engaging the Central Medical Store (CMS), Department of Drugs and Food (DDF), the National Center for HIV/AIDS, Dermatology, and STDs (NCHADS) and other entities involved in procurement and distribution, to strengthen action planning and accountability.
- Support efforts to assess and improve cold chains to the last mile.
- Support any efforts led by the DDF to strengthen or improve the LMIS including by using updated information and communication technology (ICT) best practices that include last mile assurance.
- In the absence of fully accessible LMIS, conduct periodic monitoring of stock outs of SRHR medicines and supplies based on reports shared by CMS.
- Review and revise the Essential Medicines List to integrate comprehensive SRHR commodities and elevate the categorization of all products, including those required for medical and surgical abortion, thus securing their availability at facility level.
- Plan out introduction and demand generation for new or underutilized lifesaving products for those who need care.

- Advocate for the Ministry of Economy and Finance (MEF) to establish benchmarks for increased investment in SRHR.

2) Risk pooling and social health insurance
    - Shift the burden of financing away from individuals, especially women and girls, towards financing mechanisms and national health insurance schemes financed using tax revenues, government budget, and prepayment schemes.
    - Advocate for expanding public health insurance schemes to cover accredited private providers, prioritizing those that reach vulnerable groups (factory workers, migrants, adolescents, etc.).
    - Advocate to make immediate post-partum and post-abortion FP reimbursable as a separate service under both HEF and NSSF.
    - Advocate for inclusion of comprehensive SRHR services in the essential service package to be covered by health insurance schemes, including CAC, post-abortion and post-partum family planning, cervical cancer, cryotherapy treatment.
    - Through the upcoming review of HEF under H-EQIP2, and subsequent updating of the HEF Package, develop clear guidelines stating that CAC (MA, MVA, PAC) is allowable under HEF.
    - Communicate and clarify to sub national levels what is included under HEF and NSSF, highlighting abortion services covered to address existing misinformation.
    - Disseminate information about HEF benefit package with facilities in collaboration with the National Committee for Sub-National Democratic Development Secretariat (NCDDS), through VSHG and other existing mechanisms.
    - Support implementation of the new NSSF policy integrating dependents of civil service staff and informal workers and advocate for further coverage expansion.
    - Support the implementation of '1000 Days' package of services covered under HEF by disseminating clear information about the scheme to health workers.
    - In collaboration with relevant social protection stakeholders, support interventions to improve processes for registration and accessing health care benefits, including On-Demand ID Poor registration (ODIP).
    - Enable collaboration between the health sector staff and the Department of Planning and Health Information (DPHI) to strengthen HEF data collection, including data relevant to SRHR.
    - Enable collaboration between the health sector and the National Center for Health Promotion (NCHP) of MOH to strengthen promotion of HEF benefits and enrolment process.
3) Strategic purchasing
    - Implement the PHC Booster Framework's recommendations relevant to SRHR, both through the community approach and health services approach, to achieve universal health coverage.
    - Incentivize health-seekers to seek SRHR services from health centers prior to visiting hospitals to reduce costly services by sharing information on availability of health centers offering SRHR services and ensuring quality of care at that level.
    - Investing in SRHR promotion, prevention, and early detection activities so that higher costs associated with later treatment can be avoided wherever possible.
    - Consider demand side mechanisms (e.g., vouchers)
    - Consider reference price negotiation.
    - Take stock of the existing PHC financing frameworks and existing provider payment mechanisms in Cambodia (e.g. HEF, NSSF, line-item budget, etc.) and consider other potential models.

services, including how each SRHR service is currently funded, disaggregated by source (out of pocket, government, donor, etc.).

2) Risk pooling and social health insurance:

The most frequent problem in accessing health care mentioned in nationwide surveys is paying for advice or treatment. 60% of health expenditures are out of pocket-expenses, which puts the Cambodian population at risk of catastrophic health expenditures. The Health Equity Fund does not cover several critical SRHR products and services: post-abortion family planning, post-partum family planning, post-partum care (ANC 8). The National Social Security Fund (NSSF) does not cover several critical SRHR services: post-abortion family planning, post-partum family planning, post-partum care (ANC 8), cervical cancer screening, cryotherapy treatment. Normative documents about service packages covered under subsidized health insurance schemes are inconsistent: for instance, there is inconsistency between the MoH 2018 HEF Benefits Package Guidelines which refers to post-abortion care (PAC) only, and a May 2018 Inter-ministerial Prakas on the HEF Benefit Package that includes comprehensive abortion care (MA, MVA and PAC) under HEF, leading to confusion among patients and healthcare professionals. Patients pay high out of pocket user fees that lead to catastrophic health expenditures.

Patients enrolled in health insurance schemes have low knowledge of how to access their benefits and what SRHR services are covered. Patients not enrolled in health insurance schemes have low knowledge about what financial support is available to them and how to register and access them. There are no specific financial support mechanisms for young people, who typically have low access to financial resources needed to access healthcare services. National public health insurance schemes do not cover services sought from private facilities, which limits patients' ability to access care.

3) Strategic purchasing

Strategic purchasing models for provider payment of SRHR services should be discussed with health financing stakeholders. While the PHC Booster Implementation Framework has established a roadmap to enhance availability and affordability of SRHR services, it has not yet been implemented at ground levels. It has been reported through stakeholder consultations that when facilities perform a delivery or an abortion, they receive enough funding to cover the cost of additionally providing immediate family planning services during the same client visit. However, these services are not officially covered under public health insurance schemes, which would be a deterrent to service delivery if extended to the private sector.[58] Funding for system strengthening (human resources, medication purchasing, etc.) is insufficient for several SRHR health areas including training health workers on CAC and purchasing abortion kits.[59] Patients who bypass health centers incur higher costs when seeking care from more specialized levels of care. Demand side financing mechanisms, such as vouchers or targeted vouchers, should be discussed and considered.

Interventions proposed:

1) Financing and revenue sources

- Mobilize government and donor resources to address funding gaps for SRHR including adolescent SRHR, pre-service and in-service SRHR training, EmONC, CAC, and other health areas.
- Mobilize government and donor resources to address funding gaps for implementing NMCHC's National CAC Availability Expansion Plan.
- Institutionalize the regular review of resource mapping and expenditure tracking to identify how SRHR services are being paid for, disaggregated by source (out of pocket, government, donor, other), to course correct budget allocation and execution.
- Set up system to triangulate financial data with information with community inputs to account for "informal payments".
- Generate data about the cost savings and economic impact of SRHR service provision, including the cost of GBV keeping women out of the labor force, unintended pregnancies keeping girls out of school, and the cost of maternal, newborn deaths and stillbirths.

---

[58] Cambodia Ministry of Health. (2022). Update and Extension to the National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia (2017-2023).

[59] Cambodia Ministry of Health. (2021). Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal and Newborn Mortality 2023-2030.

- Improve SRHR access for garment factory workers by collaborating with factories to ensure SRHR services are available at the factory medical centers, advocating for labor regulations such as medical leave to attend appointments, overseeing and supporting private clinics and pharmacies located near the factories, providing information materials to factory workers, and engaging them in prioritization and planning processes.
- Improve SRHR access for indigenous communities by ensuring language skills are available in hiring and assigning providers to their communities, recruiting student midwives from indigenous communities who can be deployed in their own communities after graduation, supporting facility managers to collaborate with indigenous community leaders to better understand unique needs and preferences, allocate funding to make accommodations needed in settings with high indigenous populations (such as adjusting opening hours, printing translated materials, etc.).
- Improve SRHR access for people in the LGBTQI+ community through researching unique needs and access opportunities, including discrimination prevention and SOGIE in training curriculums, making discrimination against LGBTQI+ individuals illegal, conducting targeted outreach to those unreached, monitoring successes and challenges, and sharing best practices.

4) Empowerment and self-care

- In collaboration with other health programs, integrate information on SRHR, including information about unintended pregnancies, unsafe abortion, as well as the legal status, availability, and cost of comprehensive abortion care, into ongoing engagement with communities about preventive behaviors and primary healthcare services.
- Build capacity of community networks on digital tools and strengthen new or existing digital platforms for information sharing.
- Build capacity of community leaders in budgeting, planning, outreach, and collaboration with community volunteers to improve SRHR outcomes.
- Encourage communes to invest in solutions that address their SRHR needs through their Commune Investment Plan for MCH and support efforts to build budgeting and planning capacities at commune level.
- Identify and implement interventions to reduce stigma towards certain health conditions (such as abortion) through community-designed approaches.
- Leverage best practices demonstrated in Cambodia, such as self-help groups and peer education used successfully in Cambodia's HIV sector.

Strategic priority 6. Remove financial barriers to access health care services toward achievement of Universal Health Coverage (UHC).

Problem statement

Health financing challenges around revenue sources, social health insurance, and strategic purchasing of effective services result in an unavailability and unaffordability of high quality SRHR products and services.

Key challenges

1) Financing and revenue sources

Initial resource mapping for the government-led Investment Case for Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Nutrition (RMNCAH-N), in partnership with the Global Financial Facility (GFF), found funding gaps for adolescent health and SRHR priorities. Insufficient funding for PHC services negatively impacts screening services, comprehensive integrated and continued treatment, referral system effectiveness, and quality of care. Resource mobilization efforts are limited by a lack of data demonstrating cost savings and economic growth opportunities linked with SRHR product and service provision. There is a lack of data on resource mapping and expenditure tracking to ensure sustainable financing of high quality SRHR goods and

4) Empowerment and self-care

Community members are not provided with the information, support, person centered care they need to practice preventative behaviors. Communities are not empowered to address their own health challenges through self-care and peer education approaches despite successes in the HIV sector in Cambodia that can be applied to other SRHR services.

Interventions proposed:

1) Priority setting and solution design.
    - Define marginalized communities, their SRHR needs, barriers to access, and mechanisms to engage them in outreach (e.g., factory workers, entertainment workers, ethnic minorities, migrants, people with disability, students, out of school youth, LGTBQI)., working with gatekeepers, including traditional leaders.
    - Build and support community leaders' skills for high-level advocacy, resource mobilization, budgeting, planning, and holding SRHR leadership accountable, including through the MPDSR and social autopsies.
2) Engagement in outreach
    - Integrate SRHR outreach with other activities conducted by Village Health Support Groups (VSHG), other community health volunteers, peer educators, existing non-health community forums (E.g., Commune Committee for Women and Children), related community-based organizations' gatherings, etc.
    - Develop trainings for community health workers such as VSHGs on infertility including basic awareness on conditions that may impact fertility, as well as improved communications skills (such as STIs in women and men, or endometriosis in women), identifying potential cases, encouraging individuals to seek advice, and providing basic counseling.
    - Identify the most effective community sensitization mechanisms for different communities, and best practices for rollout.
    - Strengthen community engagement by including it in midwives' scope of work, training them, and providing financial support for them to sensitize communities about comprehensive SRHR needs and services, including addressing unique characteristics that may make care seeking more difficult.
    - Integrate community engagement on SRHR into other existing, sustainable, adequately resourced financial / non-financial reward schemes for health centers & communes that define targets for SRHR prevention and promotion activities.
    - Analyze which media platforms are best suited to reach populations with SRHR information, segmenting best practices for vulnerable groups (low income, youth, migrants, factory workers, people with disabilities, LGBTQI+, etc.) and implement the identified approaches for mass information sharing and prevention messaging.
    - Disseminate information about SRHR and service availability at all school levels, customized to be appropriate and acceptable according to age group and unique characteristics of the student population, through evidence-based approaches shown to improve knowledge, attitudes, and behaviors of youth such as youth peer educators.
    - Broaden the EmONC network approach to include community health and household engagement in decisions to seek care and an increased interface with community-based health workers where relevant.
3) Availability of services
    - Improve SRHR access for migrants through researching needs and access opportunities, ensuring language and cultural differences are taken into account in hiring and assigning workforce to regions with high migrant populations, conducting targeted outreach, monitoring successes and challenges, and sharing best practices.

- Engage community gate keepers who have influence over social norms to share information about SRHR through Health Center Management Committee (HCMC) meetings, commune meetings, etc.
- Engage commune leadership in charge of developing and implementing health budgets through Commune Investment Plans (CIPs) to ensure funding is allocated to interventions furthering gender and social equality.
- Advocate for legal changes in labor, education, and other sectors that will have positive impacts on women's health outcomes and further gender equality (e.g., harassment, maternity leave, sick leave, etc.).
- Investigate and advocate for extra protection from SRHR related violence for women in settings where they are prone to vulnerability, such as prisons, and among key populations, such as sex/entertainment workers.
- Strengthen Comprehensive Sexuality Education (CSE) curriculums, training, and delivery for youth both in and out of schools, ensuring gender-transformative messaging around engagement of men and boys as allies for achieving gender equality.
- Implement health sector interventions outlined in national and local multi-sectoral response to GBV, including justice and policing and social services.
- Facilitate sharing of data around violence against children by the commune level local authorities.

Strategic priority 5. Prioritize community ownership, engagement with health systems, and responsiveness to strengthen supply and demand of SRH services

Problem statement:

Communities are insufficiently empowered to lead priority setting and solution design, to engage in outreach, or to address their own health challenges through self-care and peer support.

Key challenges

1) Priority setting and solution design.

Marginalized communities and their needs/barriers to accessing SRHR are not clearly understood by policy makers. Community members and partners are not sufficiently enabled to share needs and propose solutions to challenges in access to SRHR with decision makers. Communities are not sufficiently informed about reporting and participation in feedback, monitoring, evaluation and learning processes such as the MPDSR verbal and social autopsies.

2) Outreach

Existing community mechanisms and leadership are not optimally leveraged to disseminate SRHR information and basic products with those seeking it, such as involving Community Based Distributors (CBDs) for family planning product distribution or broadening the EmONC network[56]. Health facilities are not sufficiently leveraging existing community mechanisms to reach women and girls where they are with SRHR services. Village Health Support Groups (VHSG) do not fully meet the information and support needs of the population due to lack of incentive, support, capacity building and tools, adequate management, and oversight or linkages to local authorities, schools, commune leadership, and other public institutions.

3) Unique communities' needs

People living in certain hard-to-reach settings, such as remote locations, prisons, or urban slums, have poorer access to SRHR information and services.[57] Adolescents and youth, in and out of school, have unique barriers to accessing SRHR information and services.

---

[56] Cambodia Ministry of Health. (2022). Update and Extension to the National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia (2017-2023).

[57] World Health Organization. (2023). Regional Framework for Reaching the Unreached in the Western Pacific (2022–2030).

- Contribute to regular multi-sectoral gender analyses and dialogues at national and subnational levels to identify gender-related barriers to SRHR, as well as intersectionality for other marginalized characteristics, and use findings to improve policy and planning design.
- Develop and implement an advocacy strategy for NMCHC to contribute to improving multi-sectoral laws and policies that perpetuate harmful gender norms, including advocating for allocation of resources, setting standards for local level coordinated response and inclusive approaches for coordinated responses.
- Build capacity of SRHR leadership in GBV-sensitive programming through leadership training for decision makers and program managers.

2) Health sector policy and planning
    - Collect and use gender disaggregated data about patient experiences, particularly women's experiences and of those living with other factors of vulnerability such as disabilities, to inform SRHR strengthening interventions at national and subnational levels.
    - Analyze and identify strategies to increase the number of women in decision making positions in the health sector and their influence and power to achieve gender equality in decision making.
    - Collaboratively develop and implement workforce interventions that enable female health workers, including midwives, to access professional opportunities of their choice, free from discrimination, exclusion, and violence.
    - Strengthen PHD MCH and OD MCH Managers' ability to participate in local coordination and governance around GBV.
    - Address the secondary factors that cause Violence Against Women (VAW), such as alcohol and drug use, through advocacy and engaging in policy and planning processes.
3) Health sector service delivery
    - Integrate gender equality modules into pre-service curricula of accredited midwifery, nursing, and medical schools to train providers on identifying and addressing gender-related barriers to care, modeling gender-equal behaviors, and engaging men and boys as allies to women in SRHR consultations.
    - Prioritize person-centered care in midwifery training to support midwives in promoting women's bodily autonomy and providing additional support for women who are in particularly vulnerable situations.
    - Strengthen and scale up services related to GBV, including the identification of survivors of GBV and Intimate Partner Violence (IPV), providing first line support, care of injuries and urgent medical treatment, sexual assault examination and care, mental health assessment and care, and documentation of GBV cases for medical and legal reasons.
    - Train providers, supervisors, and facility managers to engage male family members to support women's autonomy with regards to SRHR decision making and practicing gender-equal behaviors beyond health.
    - Train and support male health providers, facility managers, OD and PHD MCH managers, and national level NMCHC staff to become champions and allies in promoting and protecting the rights of women – as patients and in the workforce – in policy setting, financing decisions, planning, implementation, and monitoring.
    - Ensure the primary health care level is accessible to men and boys, including through inclusive and supportive counseling, to encourage health care-seeking for SRHR services such as STDs or infertility.
    - Enhance communications skills of healthcare providers to be clients-centered approach.
4) Legal and social environment

    - Implement the Digital Health Strategy, including tools that facilitate coordination of referred patients and that enable communication between primary care multi-disciplinary team members, as well as guides and job aids for digital care such as digital labor care to support the medical staff during emergency referral.
    - Leverage SRHR referral protocols and regional and global best practices, to determine bottlenecks and implement solutions.
    - Iteratively test, assess, improve, and supervise implementation of referral protocols including communication between facilities.
    - Generate data about the location where the health issue(s) arose, where the patients were referred to, and where they were treated.

3) Referrals to non-health public services.
    - Strengthen health workers' knowledge of SRHR service referrals to non-health sectors, particularly in the case of GBV, ensuring they are specific, patient centered, and achievable.
    - Collaborate with other sectors on providing patients with access to non-health interventions that influence health and wellbeing, to improve synergies and integration where relevant.

Strategic priority 4. Address harmful social and gender norms, policies, and practices through strengthened SRHR governance and service delivery

Problem statement

Harmful social and gender norms, biases and inequalities result in a low prioritization of the rights of women and girls, including their right to SRHR services.

Key challenges

1) Policy and planning

There is insufficient awareness of social and gender-related barriers to SRHR, as well as intersectionality for other marginalized groups, among policy and decision makers at national and subnational levels. Health sector leadership overseeing policy setting, financing decisions, planning, implementation, and monitoring are primarily men, while women occupy frontline roles, which is a barrier to gender mainstreaming at the highest levels. Laws and policies in other sectors encourage unequal social and gender norms, such as workplace policies preventing people with disabilities from accessing the workplace or mothers from breastfeeding or taking medical leave to access postnatal care services.

2) Service delivery

Women suffer from discrimination, exclusion, and violence in all spheres of Cambodian society, including in delivery of services at facility level and non-health services that influence SRHR. There is a missed opportunity for health workers to model positive gender relations for health care seekers and accompanying family, as they are often individuals' first point of contact with the health system. Women are not consistently supported in exercising their right to bodily autonomy during SRHR services. Men and boys are not engaged to support gender equality and bodily autonomy with regards to SRHR. Men and boys are unlikely to seek healthcare when needed (such as STIs) due to masculinity norms that discourage men from seeking care. Limited audio-visual privacy in the health facility setting enables fear of stigma and discrimination, which in turn prevents people from seeking services.

3) Legal and social environment

Laws protecting women and girls in other sectors, such as minimum age at marriage, are not sufficiently enforced. Men and boys are not engaged to support gender equality including through gender-equitable responsibilities in the workforce, home, and public spheres. Influential community members perpetuate unequal gender norms which hamper health and wellbeing of both women, men, and their communities despite efforts through information and communication or schools.

Interventions proposed:

1) Muli-sectoral policy and planning

1) Service integration at facility level

Vertical SRHR related programs remain separate from primary health care services and from one another because they are funded, planned, taught, and tracked separately.[53] Stigma and discrimination associated with specific health needs (such as HIV, adolescent SRH, or GBV) are barriers to health service uptake because individuals may be reluctant to seek care publicly, receive care lacking respect and dignity, or be refused care altogether. Patients lack information and support to navigate complex patient pathways, particularly when they must visit the facility multiple times, or visit different facilities for related services. Prevention services (such as positive prevention for those living with HIV, or counseling on Sexual Orientation and Gender Identity and Expression (SOGIE) concerns) are rarely integrated in the PHC or SRH service packages which creates inefficiencies and missed opportunities. [54]

2) Referrals to specialized care

Referrals to more specialized levels of care are not sufficiently timely, accompanied by competent staff, equipped with functional emergency kits, with adequate communication to allow receiving facility to be prepared for referral arrival. Data about health services provided and poor health outcomes occurring at a higher level of care do not indicate whether the patient was initially treated and referred from a lower-level facility, which prevents accurate learning, research, quality improvement and accountability. In 2020, all hospitals (100%) and 96.1% of health centers had an ambulance service. For health centers, this was an increase of about 25% since 2014. Around 90% of drivers have undertaken a first aid course which included airway management, external bleeding control: splinting and more. 62% of CEmONC facilities have access to a blood supply through a facility blood bank. This falls short of the EmONC Improvement Plan target of a 24/7 blood supply in 90% of CEmONC facilities. High level advocacy is needed to expand operational blood depots/banks in all CEmONC facilities.[55]

3) Linkages with non-health sector services

Identification of needs and referral to support services outside of the health system (for example for GBV survivors) is insufficient due to limited training, information and resources, availability of services, complex pathways, and health worker discrimination. Non-health services that are critical to health and wellbeing (such as community and school level interventions to change social norms around violence) are rarely integrated with the health system which creates inefficiencies and missed opportunities.

Interventions proposed:

1) Service integration at facility level.
    - Create a working group with relevant national programs related to SRHR to discuss, plan, and integrate vertical programs' planning, normative document development, financing, supply chain and workforce training and supervision.
    - Determine priority SRHR services lacking integration in the PHC service package or featuring complex pathways (e.g., linking CAC services and HIV services with routine family planning services) together with relevant stakeholders.
    - Implement solutions to avoid patients dropping off on their pathway to care due to discrimination by staff or other patients.
    - Integrate prevention services (such as specific clinics for LGBTQI+ people, positive prevention for those living with HIV, mobile clinics, counseling on SOGIE concerns) into existing health facility service provision by engaging facility managers, reviewing patient pathways, and communicating information to patients.
    - Support implementation of the PHC Booster Implementation Framework including community level health system integration.

2) Referrals to specialized care.

[53] World Health Organization. (2023). Regional Framework for Reaching the Unreached in the Western Pacific (2022–2030).

[54] United Nations Population Fund. (2023). Harmful Social Norms and Gender Based Violence in Cambodia. Annotated Bibliography.

[55] Ministry of Health and UNFPA (2020). Emergency Obstetric and Newborn Care Review 2020

- Conduct Values Clarification and Attitude Transformation workshops for health workers and community outreach workers who provide any information or services about reproductive health.
- Build capacity of health workforce on digital health tools that are being used for SRHR and M&E.
- Mobilize resources from domestic and donor sources to fund the implementation of pre-existing training priorities including the CAC Availability Expansion Plan.
- Train health center staff on basic infertility awareness, supportive patient counseling, case management, youth-friendly service delivery, STI's links with infertility, the impact of STIs on women and men, and referral to more specialized levels of care.
- Create a mechanism and accountability framework for NMCHC to update the in-service and Human Resources Development for the pre-service training curricula regularly and to ensure they are aligned with one another.
- Strengthen continuing professional development opportunities and mechanisms for midwives, particularly for those working in remote locations to build more advanced skills through experiences at referral or national hospitals through blended learning and health centre-based learning, and MCAT.
- Review C-section protocols and training to reduce non-medically indicated C-sections.
- Strengthen capacity on management of prolonged and obstructed labor including vacuum assisted delivery, including at BEmONC level, which will reduce deaths and C-sections.

4) Supervision and support
    - Strengthen existing quality of care assessment mechanisms used for SRHR (such as mechanisms developed under HEQIP 2, routine supportive supervision, and MCAT meetings) by assessing current measurement of SRHR quality, ensuring comprehensive SRHR services including human-rights based non-discriminatory care are included, and strengthening use of results for action planning and follow up.
    - Provide technical support (e.g., through capacity building/coaching mechanisms) to private sector providers on par with the highest quality service delivery standards and best practices, in alignment with national guidelines and protocols.
    - Build up availability of supervisors and systems that can monitor and support the workforce, including through digital tools, including by considering how different levels of midwives can take on additional responsibilities including providing supervision and/or mentorship.
    - Identify opportunities for integrated supervision/monitoring with other funded NMCHC programs, such as the National Immunization Program.
5) Crises preparedness:
    - Train health providers located in areas with a high likelihood of being exposed to climate-related crises on the Minimum Initial Service Package (MISP) for SRH in Emergencies.
    - Set an innovative platform for service delivery in humanitarian settings.
    - Improve data reporting and monitoring during crises.
    - Conduct health facilities readiness assessment.

Strategic priority 3. Improve service integration and referral to ensure timely, equitable access to comprehensive SRHR services at all levels of care

Problem statement

Access to SRHR services is limited by poor service integration at health facility level, dysfunctional referral mechanisms, complex patient pathways, and unsystematic linkages to public services outside the health sector, which prevents Cambodians from receiving comprehensive, people-centered, efficient care.

Key challenges

under the H-EQIP and H-EQIP II programs, as well as the Maternal and Child Health and Nutrition Scorecard under the Cambodia Nutrition Project, though gaps in assessment coverage, effectiveness, and sustainability remain. On the other hand, private sector providers are not supervised or assessed through mechanisms led by or shared with the public sector. Furthermore, both public and private health providers are not consistently coached and mentored by someone who is more skilled than them. Public and private health workforce regulations around accreditation and certification are weakly enforced.

5) Crisis preparedness:

SRHR healthcare providers, program managers, and national leadership are not sufficiently prepared to maintain SRHR service delivery in the face of future health crises or other emergencies.

Interventions proposed:

1) Assessing and planning
    - Endorse and implement the Health Workforce Development Plan 2023-2033.
    - Strengthen the human resource management system to generate and use data for analysis (including health labor market analysis), planning, tracking and management.
    - Implement the midwives' scope of work to reflect the additional responsibilities outlined in this strategy.
    - Create opportunities for midwives to express their working environment needs and participate in resolving them and provide opportunities that empower them as professionals.
    - Assess funding needs for human resource strengthening and allocate funding from national government budget to address these needs adequately.
2) Allocation, retention, optimization
    - Design and implement workforce attraction and retention policies for midwives, especially focused on recruiting staff for underserved geographies and underprovided services (such as CAC).
    - Identify opportunities for HR optimization of SRHR services through task shifting.
    - Test innovative incentivization models such as non-financial or performance-based incentives to improve service delivery.
    - Leverage existing or new technologies for telehealth services, tailored to the needs of unreached, underserved communities facing barriers to access health services.
    - Leverage existing or new technologies that facilitate the administrative and logistics workload of health workers and facility managers to allow them more time to focus on patient care.
3) Training and accreditation
    - Train health facility managers in SRHR related human resource management and safeguarding all staff.
    - Rollout and invest in competency-based midwifery education nationwide, by building capacity of faculty members, including contemporary teaching and learning, and authentic assessment for implementing the Competency Based Education (CBE) program, and plan for recruiting more highly skilled professionals to join faculty for pre-service midwifery education.
    - Implement and invest in the new pre-service midwifery curriculum to address gaps in *clinical* competencies (particularly for the following services: LARC, Early Essential Newborn Care (EENC), syphilis, abortion, HPV, menstruation management, maternal health for older mothers, menopause, and breast and cervical cancer screening).
    - Implement and invest in the pre-service training curriculum to address gaps in *counseling* competencies to enhance health workers' skills in delivering patient-centered, respectful, and dignified care, applying gender-sensitivity towards both men and women in their work, providing adolescent-friendly care, and practicing free of discrimination – especially towards marginalized groups.
    - Train health workers on Gender Equality Diversity and Social Inclusion (GEDSI).

- Strengthen SOPs /guidelines around provision of audio-visual privacy and confidentiality in facilities to ensure respect and dignity of care and enhance care seeker willingness to seek services in public facilities.
- Assess and strengthen accessibility of SRHR services for men to avoid harmful masculinity norms and encourage health care-seeking behaviors among men.

Strategic priority 2. Promote a fit-for-purpose health workforce to provide SRHR information and services.

Problem statement

The health workforce providing SRHR services is not sufficiently optimized, skilled, supervised, incentivized, or adaptive to future health crises, which is a key barrier to improving SRHR outcomes.

Key challenges

1) Assessing and planning:

There is insufficient data about the workforce (including private sector providers, assigned facility location, time required per service, qualifications and certifications, and upcoming retirements) which prevents adequate needs-based planning, allocation, and management of providers.

2) Allocation, retention, optimization:

Some health facilities do not have the recommended number of secondary midwives in place. Only 76% of health centers have at least two secondary midwives[52]. The number of students applying for the midwifery program is decreasing annually and there is a shortage of midwives at health center level. Strategies to optimize cost-efficiency of the available workforce, such as task shifting, are underutilized especially appropriate number of health staff (2-3 nurses and midwives) during nighttime shift according to the experience sharing from one health centers in Rattanakiri. A recruitment, deployment and retention strategy is needed for midwives and other key SRMNCH personnel as a matter of priority.

3) Training and accreditation:

Midwifery preservice education has been standardized to International Confederation of Midwives (ICM) standards to follow global best practices such as being competency based. Yet, midwifery preservice education must continue to evolve and expand to incorporate new developments and new disease trends to optimize clinical skills. For instance, services that must be prioritized for inclusion in the lifecycle of this strategy include syphilis testing, EENC for newborns, practicum for long-acting reversible contraceptives, second trimester abortion, and infertility counseling and care. Good progress was made on the newly approved Associate Degree in Midwifery (ADM) as it is competency-based curriculum in line with ICM standards, yet the rollout has not started. The adolescent friendly service guidelines must be revised and updated routinely to ensure they reflect recent trends in youth health needs. Midwifery preservice education must continue its ongoing process of strengthening providers' soft skills: patient-centered care, respectful and dignified care, gender-sensitivity, adolescent friendly services, and discrimination training. In-service education must align with the standards developed for Continuing Professional Development that has been introduced in Cambodia, a process that is ongoing. However, the funding and implementation of in-service training is still largely donor-dependent, ad-hoc, and not implemented at-scale, which results in inadequate reach. For instance, the CAC Availability Expansion Plan which outlines steps to scale CAC trainings nationwide is not fully implemented due to limited financial and human resource availability. In-service and pre-service curricula are not aligned because they are updated through separate funding streams and oversight mechanisms. Private sector providers' trainings and quality of care are not regulated or monitored.

4) Supervision and support:

Public health providers are routinely monitored and assessed through routine government supervision visits as well as through donor-supported assessments, such as the National Quality Enhancement Monitoring Program

[52] Health sector progress report 2023, page 144, table 4.3

counseling or symptom treatment related to changes during the peri-menopausal period; fertility treatment; SRH services for men).

- Strengthen existing digital platforms for service delivery (such as telemedicine, remote health monitoring tools) or integrate new digital tools into existing models of care, especially for hard-to-reach populations.
- Systematically provide CSE and menstrual hygiene education to all school-based students and out of school youth, including building educators' capacity to deliver the curriculum.

2) Effectiveness and safety
    - Strengthen regulation and quality of care monitoring of private practices at PHC level (cabinets, etc.) and higher levels.
    - Expand data collection to determine the quality of all services related to SRHR through routine data and regular patient feedback mechanisms to determine gaps in quality and enhance quality accordingly.
    - Review and update the package of essential services to include services such as psycho-social assessments and support to parents during and after pregnancy.
    - Strengthening the high-quality delivery of services that have had worsening or stagnating uptake such as ANC clients tested for HIV and received their results, % of clients testing for congenital syphilis, % of currently married women using Long Acting and Permanent Methods (LAPM) of contraception.
    - Scale up the implementation of existing quality assurance tools and systems in public and private facilities.
    - Update clinical guidelines to reflect global best practices and strengthen effectiveness and user-friendliness of guidelines.
    - Revise national strategy on MPDSR and update all forms and processes in line with global guidance with greater emphasis on subnational implementation including capacity building at facility level so that reviews, audits, and response plans contribute to quality improvement, safety and efficacy (including the Maternal Death Audit (MDA) and the Neonatal Death Audit (NDA) systems) and initiate a Maternal Near Miss Audit system.
    - Implement Robeson's classification reviews of C-sections and set targets around those linked to hospital accreditation - both in public and private facilities.
    - Improve linkages with other sectors for health seekers who need additional support, such as GBV survivors, customizing communication approaches based on group.
3) Person-centered
    - Conduct research on quality of health services at all levels, through methods designed with communities to assess patient perceptions, to identify gaps and use the information to improve service quality.
    - Strengthen human resources' rights-based healthcare skills such as improved communication, respectful care, and empowering clients to act with agency.
    - Strengthen human resources' skills in trauma-informed care to improve their ability to identify and respond to survivors of trauma, including GBV and violence against children, as well as other forms.
    - Inform communities about the risks that come with seeking care from unqualified providers, how to recognize a qualified provider, questions to ask, and alternative health care solutions.
    - Strengthen implementation of Adolescent and Youth Friendly Services (AYFS) in the health facilities and through engagement of health sector staff with schools and parent committees, for both young women and men.

NMCHC, with support from WHO, organizes national reviews of the Maternal Death Audit (MDA) system – which reflects the fact that in Cambodia, only the first step out of the six step Maternal Death Surveillance and Response cycle is conducted. The MDA is used to identify challenges in the process, determine the quality of provincial-level MDA meetings and assess the recommendations issued by these meetings. Challenges identified included the following: inability to classify a number of maternal deaths, challenges recording and reporting all causes of deaths, inconsistent provision of feedback to the MDA committee of home province where the maternal death case originated, missing data on perinatal outcomes, potential underreporting of deaths, and poor overall quality of the MDA recommendations.[50] A Neonatal Death Audit (NDA) system was newly created based on WHO guidance and tools and was piloted in 3 provincial hospitals of Battambang, Kampong Cham and Takeo in 2018 and expanded to other 2 provincial hospitals of Pailin and Pursat in 2019. However, it has not yet been reviewed. The reviews and responses are highly centralized which minimizes the opportunity of these reviews to have local facility-based response plans that have a greater chance of preventing repeat deaths of preventable causes if actions are implemented. Furthermore, Cambodia is lacking a Maternal Near Miss Audit system and MPDSR is not incorporated into quality assurance processes.

3) Person-centered

Person centered care is healthcare that treats patients as equal partners, recognizing their capacity to manage their own health, and helping them acquire the knowledge, skills, and confidence they need to help themselves. It is a central pillar of a “rights-based approach” whereby the Cambodian government (who are “duty bearers”) enable the Cambodian population (who are “rights holders”) to exercise their rights, including the right to health.

Limited mechanisms exist for patients/clients to provide feedback to providers on how their needs could be better addressed, particularly for those who are unreached. Where feedback has been generated through informal or one-off studies, health care users report dissatisfaction with health worker attitudes and behaviors, indicating that health care providers lack the skills and motivation to provide patient-centered and friendly care. In addition, they lack sufficient information to fully give their patients full knowledge about services and benefits so that they may help themselves. For instance, knowledge and understanding of the 1,000 days package among health care workers was shown to be limited, and mothers reportedly often believe the services are for their child alone, which reduces their inclination to seek postnatal maternal care services.[51]

Adolescent and Youth Friendly Services (AYFS) are not fully available, and privacy is inconsistently available in health facility settings. These are barriers to patients accessing care, feeling confident, and managing their own health. Marginalized communities in particular face high barriers to accessing SRHR, including discrimination by the health system. Disparity in coverage of ANC and PNC services by province, education levels, and income quintiles illustrate this.

WHO also states that quality of care also depends on services being 1) timely to avoid harmful delays, 2) equitable in terms of quality of care received by all populations, 3) integrating the full range of services throughout the life course, and 4) efficiently maximize resources. Referrals and integration of services are addressed in Strategic Area 3. Equitable care and cost efficiency are mainstreamed throughout the strategy and addressed in depth in Strategic Area 6.

Interventions proposed:

1) Availability

- Strengthen the availability of the full and updated Minimum Package of Activities (MPA) and Comprehensive Package of Activities (CPA) nationally.
- Scale up the number and geographic distribution of existing highly effective health services that are not yet scaled nationally: HPV vaccination, cervical cancer screening and treatment, safe abortion services, gender-based violence support including services for the clinical management of rape, long-acting reversible family planning methods.
- Introduce new highly effective services not yet available in Cambodia strategically and sustainably, ensuring equitable availability (including mental health services related to SRHR;

[50] Ministry of Health, Review of The Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal And Newborn Mortality, 2016-2020.

[51] Pilot study results from the Japan International Cooperation Agency, provided through stakeholder consultations inputs at the Sub-Technical Working Group on Maternal and Child Health.

4. Intervention areas by strategic priority

Strategic priority 1. Improve availability, effectiveness, safety, and person-centered nature of SRHR information and services.

Problem statement

SRHR services in Cambodia are insufficiently available, effective, safe, and people-centered to improve SRHR outcomes sustainably.

Key challenges

WHO defines quality health care as being effective (providing evidence-based healthcare services), safe (avoiding harm), and people-centered (providing care that responds to individual preferences, needs and values).[46]

1) Availability

In Cambodia, it is challenging to assess service availability because, while full MPA is not available at all health centers, the exact proportion and location of facilities that have the full RMNCH package available at their respective facility levels (MPA, CPA, etc.) is unknown.[47] As a result, certain services are insufficiently available in number and unequally distributed geographically compared to UN and national benchmarks. For instance, BEmONC coverage is half of what is required to meet the UN standard of availability. The number of public facilities offering CAC has decreased from 762 in 2017 to 820 in 2024.[48]

Among those whose availability is known, certain services exist but need to be scaled up further. The introduction of new services such as HPV vaccination for girls is a welcome advancement, but coverage must be expanded to all Cambodian youth.

Furthermore, the package of services at public facilities lacks several life-saving services that need to be introduced, such as mental health care during the perinatal period to safeguard the psycho-social well-being of parents during and after pregnancy. Also, public facilities do not provide services related to menopause and infertility.

SRHR information is also not consistently available to those who need it. The Comprehensive Sexuality Education (CSE) curriculum for schools has begun to be implemented in several provinces but is not yet implemented nationwide because in-person training of teachers is dependent on donor funding, though plans for continuing the phased rollout are underway. In addition, teachers responsible for delivering CSE curriculums may lack training and skills in this capacity. Information about the services available in public facilities is not well communicated at community level.

2) Effectiveness and safety of services

There is little data around health outcomes resulting from services provided. Quality assurance tools and systems have been introduced but are not systematically used. The data generated by certain quality assurance tools is not systematically utilized to inform improvements due to limited funding to implement needed interventions, mentorship, or trainings. The quality of care in private facilities is not monitored or compared against existing guidance (national guidelines, protocols, SOPs). Support is not provided to improve quality where it is lacking, and best practices among successful facilities are rarely shared with others to scale successes.

Services are not consistently provided safely in full accordance with protocols at each level of care (MPA, CPA 1-2-3). For instance, all elements of ANC services meant to be provided at MPA level are not consistently provided during ANC appointments. At higher levels of care, deliveries by cesarean section are provided to patients upon request in some cases where it is not medically indicated, which presents health risks.[49] Also, patient safety is not fully supported when it requires non-health services, such as GBV survivors' need for legal aid to ensure their physical protection.

---

[46] WHO 2023, accessed at: www.who.int/health-topics/quality-of-care

[47] Cambodia Ministry of Health. (2022). Update and Extension to the National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia (2017-2023).

[48] National Maternal and Child Health Center (NMCHC) Records, 2024.

[49] Cambodia Ministry of Health. (2022). Update and Extension to the National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia (2017-2023).

propose realistic solutions. It is critical that national level SRHR leadership continues to engage local authorities, commune leaders, schools, community groups, traditional and religious leaders, women's groups, civil society organizations and other partners in decision-making, planning, implementation, and learning for improvement. Within the formal health system, OD and PHC level actors – particularly MCH Managers and stock managers – play a critical role in all aspects of implementation and monitoring interventions. Investing in these players has the potential to have catalytic impact on field-level realities and health outcomes.

Adopt a life-cycle approach to planning and designing SRHR interventions.

In line with ICPD, this strategy recognizes that women, men, and al individuals have health needs throughout the course of their lives, and that their reproductive and maternal health needs change based on their age.[45] Demographic shifts in Cambodia may result in women delaying childbirth until later in life, which implies that services must be customized to meet the unique needs of older mothers. Later in life, women also have unique SRHR needs throughout their peri-menopausal period. Adopting a life-cycle approach is one way of implementing the strategy's human-rights based principle.

3.4 Strategic priorities

The following strategic priorities will guide the identification of problem statements, key challenges contributing to them, and proposed interventions to address them.

Strategic priorities guiding the 2025-2030 NSSRHR
1. Improve availability, effectiveness, safety, and person-centered nature of SRHR information and services.
2. Promote a fit-for-purpose health workforce to provide SRHR information and services
3. Improve service integration and referral to ensure timely, equitable access to comprehensive SRHR services at all levels of care
4. Address harmful social and gender norms, policies, and practices through strengthened SRHR governance and service delivery
5. Prioritize community ownership, engagement with health systems, and responsiveness to strengthen supply and demand of SRH services
6. Remove financial barriers to access health care services toward achievement of Universal Health Coverage (UHC)
7. Improve availability of medical products and technologies
8. Promote and strengthen data for research, innovation, monitoring, and learning
9. Advance inclusive governance and foster partnerships

[45] Sundewall, Jesper, and Hannah Kaiser. "Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25-Accelerating the promise." (2019).

3.3 Impact accelerators

Enable adolescent leadership and participation.

The **2020 Youth Situation Analysis in Cambodia** outlines the fact that youth leadership and participation in defining policies and programs that affect their lives is lacking. Only 11% of youth respondents aged 10-24 were able to talk about their opinion or exchange ideas with a group of people or organization and only 6% had led or been involved in an activity or program in their own community. Yet adolescents are disproportionately affected by poor health outcomes, and they hold valuable insights into the root causes of ill health among them and ideas for reducing these barriers to healthcare. Investing in youth leadership and participation in SRHR presents a unique opportunity to accelerate improvements in health outcomes and equip future generations of SRHR leaders. For instance, this can be done by institutionalizing youth representation in local governance by integrating youth into the Commune Committee for Women and Children (CCWC) and facilitating dialogue between young people and community leaders to enable young people to express their views and feelings on matters that affect them. At national level, NMCHC can partner with youth activists who care about SRHR issues and engage them in decision making processes to gradually build the capacity of youth to meaningfully contribute to national decision making and improved availability of services to meet their needs. They can also engage with Youth Networks, Child Club and Youth Club Members; and as well as with traditional and faith leaders who may have influence on young people's choices.

Leverage innovations, technology, and digitization.

The increase of digital health tools and penetration of digital technologies among all populations in Cambodia brings new opportunities and risks related to SRHR. Tools are being developed with the aim of improving beneficiaries' knowledge, attitudes, and behaviors, health worker's approaches, and results tracking. Digitalization can be leveraged to reduce inequalities by improving access to services for hard-to-reach populations through interventions like telehealth. Several self-care practices, such as women taking medication for medical abortion outside of the health facilities, can be facilitated by digital support such as videos or remote consultations. However, technology and digitalization also create new risks associated with storage of personally identifiable health information, misinformation and disinformation being shared, and barriers to use by those without the skills or resources to use digital tools. Technology must be leveraged in Cambodia while maintaining focus on accessibility, safety, security, and privacy.

Target interventions to reach key populations at risk.

Unreached communities face unique barriers to accessing healthcare which have prevented them from accessing services to date, despite the efforts rolled out in past decades. To reach these populations, SRHR interventions must be adjusted and customized to reduce the unique barriers faced and provide access to person-centered health services. This strategy presents interventions disaggregated by population or risk factor where relevant to ensure their unique needs are addressed.

Address harmful social norms that fuel gender inequality, violence (including GBV) and discrimination as a preventive measure.

Harmful social norms, including gender norms, are a root cause of poor health and wellbeing outcomes. Addressing only the results of these norms through health services that identify, treat, and refer those who suffer the consequences, will not address its root causes, or lead to sustainable improvements in health, wellbeing, and growth. To this end, this strategy includes a Strategic Area that is focused on transforming these norms, both within and outside of the health sector, as such measures are critical to improving the long-term, equitable wellbeing of all Cambodian people.

Strengthen lower-level institutions, local capacities, and involvement.

Community norms, financial barriers, and family decision-making play a key role regarding whether, when and where to seek SRHR information and services, and the extent to which women are able to exercise their rights. This strategy recognizes the need to increase the role of community actors to identify challenges in access and

In the context of demographic trends, future pandemic risks, and climate change, it is critical to strengthen the resilience of SRHR service delivery by improving the system's ability to adapt to rapid and unexpected changes. Strengthening current weaknesses through the implementation of this strategy and investing in preparedness interventions are key. Human resource capacity building, prioritizing preventive interventions such as ANC and CSE, introducing perinatal mental health services, scaling up women's health vaccines such as HPV, and strengthening referral systems are all critical to building resilience. Facilities in Cambodia that are in geographies particularly vulnerable to climate change should conduct additional emergency preparedness measures, such as providers being trained in the Minimum Initial Service Package (MISP) for SRHR in Crisis Situations. Sustainable and resilient SRHR services also ensure that services can be provided without interruption.

Adaptive

Certain approaches allow quick adaptation to crises beyond the immediate capacity of existing health services. SRHR services must be adaptive to respond to the uniquely complex needs of emergencies and pandemics, hard-to-reach geographic areas, or specific groups (e.g., indigenous young people, migrants, nomadic people, homeless people, people who use drugs, prisoners).

3.2.4. Evidence-informed

Data-driven

Access to up-to-date, specific, high-quality data is critical to equitably, effectively, and efficiently improving health outcomes in the long term. Data is critical to understanding the needs of populations, especially underserved or minority groups whose needs may not be well understood by those in leadership, designing interventions appropriately, identifying bottlenecks and implementing improvements, assessing the impact of NMCHC and partner interventions, understanding the impact of funding and interventions' cost-effectiveness, making sound recommendations to law and policy makers, and enabling accountability in governance.[44]

In Cambodia, the Health Management Information System (HMIS) is used by government stakeholders to plan, monitor, and revise interventions to strengthen public health service delivery including SRHR. Updating and strengthening SRHR indicators and their disaggregation in the HMIS is key to improving data-driven policy and programming. The Department of Planning and Health Information (DPHI) regularly welcomes requests for indicator modifications from programs and the NMCHC has submitted requests. Partners must continuously support NMCHC to define the most relevant and up to date indicators, definitions, and disaggregation for SRHR so that they can be transmitted to DPHI and implemented at sub-national level nationwide. In addition to HMIS, civil registration and vital statistics (CRVS) provide critical data about SRHR particularly with regards to maternal and newborn deaths.

In many countries and contexts, data about unreached populations is limited. Several strategies exist to identify the populations and their needs when data is unavailable. These include using proxy data (such as people who are poor), zero-dose children, accessing data from other sectors (such as education or social services), or using innovative tools such as geospatial data. Building technological capacity to link existing data between different sectors or surveys is also a critical step to gathering information about hard-to-reach communities. Leveraging qualitative data and stakeholder consultations can be a sound solution in lieu of insufficient quantitative data. Human resources must develop the capacity to use data systems, in terms of data entry, access, analysis, interpretation, and using the data to make decisions. The health system will also depend on IT specific capacities to develop eHealth solutions, maintain systems, and address technical problems, and continuously upgrade systems to remain abreast of beneficial and demonstrated technological advances.

Responsive

Interventions and programs must be responsive to evidence. This can be achieved through solid monitoring and evaluation frameworks, review of quantitative data prior to designing approaches or assessing progress, community engagement to obtain advice on planning or implementation approaches, developing and utilizing SRHR service feedback mechanisms, and ensuring multi-stakeholder, inclusive, participatory priority setting processes.

[44] World Health Organization. (2023). Regional Framework for Reaching the Unreached in the Western Pacific (2022–2030).

will improve SRHR outcomes as defined through participatory methods. Monitoring, evaluation, and learning mechanisms such as the Maternal and Perinatal Death Surveillance and Review (MPDSR) are essential accountability mechanisms for SRHR because they allow the system stakeholders (including health workers, subnational MCH managers, national leadership, local authorities, schools, etc.) to be held and hold themselves accountable to the people it is designed to protect. Several elements that will be key to accountability in SRHR governance include tracking resources spent on SRHR and their sources, assessing health outcomes by gender, and responsively implementing system improvements based on community feedback.

Partnership-driven

NMCHC will work with communities, commune leaders, traditional and religious leaders, women's groups, civil society organizations, schools, and other partners. Health topics that are culturally sensitive are particularly dependent on strategic partnerships: education around safe abortion or gender-based violence must involve sensitization and information dissemination through community dialogues and "gatekeepers" including religious leaders. Partnering with men and boys as allies is another prerequisite for challenging norms around masculinity that can ultimately improve gender equality. The private sector provides a large proportion of SRHR services, and public-private partnerships are mutually beneficial in numerous ways. The media has a key role to play in disseminating information and can influence cultural norms to shape a more inclusive society. Key partnerships are highlighted throughout this strategy but are important to take into account for all interventions.

Inclusive – especially of voices from at risk and key populations

Economic inequality is a major driver of inequality in healthcare and SRHR services must be designed and assessed with the underserved in mind.[41] Ethnic, racial, or religious minorities face additional barriers to quality SRHR.[42,43] Governance mechanisms must include marginalized groups in positions of leadership and decision-making power, as they are best equipped to protect and defend the voices, needs and rights of those who are underserved. Funding flows and service uptake data must be collected and analyzed disaggregated by characteristics such as economic status, gender, ethnic group, and disability in order to enable governance mechanisms to gain awareness of inequalities in SRHR service provision and build more inclusive systems.

Transparent

It is key that the governance of SRHR service delivery be transparent, by sharing the process and results of monitoring processes and engaging in inclusive dialogue. This allows for more meaningful participation by communities, partners, funders, and researchers, for joint goal setting, and for accountability mechanisms to be put in place and upheld. For instance, the NSSRHR strategy development methodology and stakeholders involved will be shared, data sources will be identified, and progress against targets will be reported publicly. This information must be available both to the communities this strategy aims to serve, but also to those designing and delivering the health interventions at all levels, so that they may continuously improve and collaborate.

3.2.3. Sustainable

Resourced

The goals and interventions outlined in this strategy must be adequately resourced, in the immediate and long term, in order to be implemented fully, continuously, and sustainably. Interventions that are underfunded risk causing harm, resource wastage, or jeopardizing public trust in the system. Donor funding must be allocated to pre-defined government priorities. Domestic resources must be allocated in sufficient amount and timeliness based on identified needs and cost-benefit analyses. Cambodia must work to reduce donor dependency and "shift from funding to financing" where possible to maintain ownership of the health system and autonomy. Long term financial investments in efforts that drive resilience and adaptation are critical to a robust system that can face future health challenges such as those that will be caused by climate change.

Resilient

---

[41] Catherine Arsenault, Keely Jordan, Dennis Lee, et al. 2018. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. The Lancet Global Health 6, 11: e1186–e1195.

[42] Yuan Huang, David Shallcross, Li Pi, Fan Tian, Jay Pan, and Carine Ronsmans. 2018. Ethnicity and maternal and child health outcomes and service coverage in western China: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health 6, 1: e39–e56.

[43] M. Knight, J. J Kurinczuk, P. Spark, P. Brocklehurst, and on behalf of UKOSS. 2009. Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. BMJ 338, mar03 2: b542–b542.

The SRHR system should incorporate mechanisms for community members and clients to offer input and feedback on services, with processes in place to review, understand, and effectively address this feedback. Furthermore, clients' choice and rights should be integrated into staff performance expectations and evaluations, ensuring a culture of respect and empowerment. Regular monitoring of choice and rights should be conducted, with established mechanisms to investigate and address allegations of, or confirmed violations. This proactive approach promotes transparency, accountability, and a commitment to upholding the dignity and autonomy of individuals within the healthcare system.

Participatory

SRH programming should actively involve communities and individuals in the design, planning, and monitoring of programs, ensuring their voices are heard and their needs are addressed effectively. Local authorities must be sensitized on person-centered care, gender equality, and SRHR, enabling them to provide appropriate responses to community needs, particularly in cases such as Gender-Based Violence (GBV) where access to SRHR services is crucial. Legal representation at the community level should be ensured, empowering individuals to advocate for their rights. Sensitization efforts should target harmful gender norms that hinder access to SRHR services, facilitating community-led norm transformation, including engagement of men and boys as allies in promoting positive change. By fostering such inclusive and responsive approaches, the SRH system can better serve the diverse needs of communities while advancing gender equality and reproductive rights.

Protective of bodily autonomy, agency, and empowerment

The health system should ensure that all individuals, regardless of gender or societal status, possess comprehensive knowledge of SRHR, including those in vulnerable and marginalized groups. Furthermore, empowerment initiatives should foster a deep understanding and assertive demand for reproductive and human rights among girls, boys, women, and men across all segments of society. Central to this system is the principle of client autonomy, whereby individuals are empowered to make and execute their own decisions regarding their reproductive health, free from external pressures or barriers imposed by the healthcare system, community members, or family, including spouses or intimate partners. Informed and voluntary decision-making should be actively supported, with a range of client-controlled methods made available. It is essential to cultivate supportive gender norms within communities to facilitate this process. Ultimately, individuals should have the freedom to choose whether to utilize SRHR services and which methods to employ, based on accurate information, understanding, and a diverse array of options, without encountering any form of coercion or impediment.

People-centered

People-centered service delivery models treat patients as individuals and as equal partners in the process of providing care, personalizing it to each person and their needs and requests.

3.2.2. Inclusively governed.

Community-owned and led

Women, children, and adolescents are the most powerful agents for improving their own health and achieving growth.[39] To enable communities to fully engage in the governance of the health system providing SRHR services, health literacy is crucial and should be boosted through education and dialogue with the public sector. Community leaders must be involved in national and sub-national health systems, from Health Center Management Committees to national priority setting processes, and enabled to express their health needs and suggest solutions. For instance, the EmONC approach should be broadened to include community health and household engagement in decisions to seek care.

Accountable at all levels

"Accountability ensures that decision makers have the information required to meet the health needs and realize the rights of all women, children and adolescents and to place them at the heart of related efforts."[40] Accountability is central to a human rights-based approach and the 2030 Agenda for Sustainable Development includes commitments to greater accountability at all levels. This NSSRHR is accountable to all Cambodians as rights holders and holds the duty-bearers (the government) accountable for implementing interventions that

---

[39] United Nations. (2015). UN Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health (2016-2030).

[40] United Nations. (2015). UN Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health (2016-2030).

3. Strategic vision, principles, accelerators, and priorities

3.1 Strategy goal

By 2030, all Cambodian women, men, adolescents, and particularly the furthest left behind, in every setting, shall have full and equitable access to human rights-based, gender-transformative, inclusive, integrated, high-quality SRHR via a resilient health system, in order to fulfill their potential, as the fundamental of Primary Health Care and Universal Health Coverage.

3.2 Guiding principles

3.2.1. Rights-based

Equal and non-discriminatory

To ensure equitable healthcare provision, it is imperative that health services be non-discriminatory, guaranteeing equal access to quality information and services for all individuals, regardless of age, ethnicity, gender, class, religion, urban/rural/economic/marital status, or other vulnerable groups, without bias; this necessitates a commitment to fairness, employing an intersectional approach to leave no one behind.

Available

It is imperative that comprehensive services be available, including a diverse range (6-10) of contraceptive methods listed as available in the Essential Medicines List. Furthermore, the provision of an adequate number of functioning service delivery points, distributed based on needs assessment, is essential to ensure accessibility and inclusivity for all individuals.

Accessible

SRHR information must be available in relevant languages, using terms that all people can understand and in appropriate formats for them to receive the information (e.g., written, video, audio, braille). People must have access to services geographically and financially, during convenient hours, as well as access to information through media and appropriate policies. Service accessibility also includes security of contraceptive and lifesaving maternal and newborn drugs and supplies to the last mile, without stock outs and with continuous cold chain maintained where relevant. Convenient service hours ensure that services are practically available, including for adolescents and pregnant women who need 24/7 service readiness. Further, service integration ensures that people receive a continuum of health services coordinated across the different levels and sites of care – both within and beyond the health sector and throughout the life course. For instance, family planning services should be offered during labor, delivery, and postpartum services.

Acceptable

To ensure healthcare services are acceptable to users, it is imperative to consider various factors. These include the cultural acceptability of SRH products and specific methods, the engagement of community/family in supporting women's right to choose users' tolerance of SRH products and drugs' side effects, as well as their satisfaction with services.

High quality

Services must be high quality, including through high clinical quality/technical competence, inclusive client-provider interactions and counseling that ensure privacy, dignity, and respect during service delivery. Continuity of care also has an impact on service quality, as it influences the process of care being received (e.g. timeliness) and the outcomes of care (e.g. reducing the number of clients lost to follow-up).

Private and confidential

Client interactions should not be observed or heard by anyone else without the client's consent. Client records should not be shared with anyone, and they should not be easy to access online (including through database security breaches) so that client information is not disclosed. Guidelines and regulations must be in place and enforced to ensure privacy and confidentiality of patient information.

Accountable

These included national plans and strategies, strategy review reports, peer reviewed academic articles, and relevant studies conducted since 2017.

In addition, the previous NSSRHR's Monitoring and Evaluation Framework was updated and reviewed to assess progress achieved at intervention-level since baseline. This evidence informed the categorization of each intervention according to their progress: improved, no change, or worsened. In addition to this quantitative progress review, the qualitative description of the progress achieved in Cambodia - initially conducted in 2022 during the strategy extension process - was reviewed and updated for 2023.

Consultation approach

A critical aspect of the strategy development process was to gather insights from relevant stakeholders about the Cambodian population's SRHR needs, particularly those who are marginalized and furthest left behind, best practices to ensure efficiency and effectiveness of SRHR information and service delivery, as well as prioritization given limited resources for strategy implementation.

A series of consultative workshops were held. The first was held virtually on 16 August 2023 and provided stakeholders an opportunity to advise on the proposed methodology, preliminary literature findings to inform the next strategy, and additional documents to be incorporated in the review.

The second workshop was held in person in Phnom Penh on 20 November 2023. During this workshop, participants provided inputs on the proposed structure, comprehensive literature review findings, challenges, and key intervention areas. Workshop participants included government health officials from national level and provincial levels, the Cambodian Midwives Council, development partner staff working in SRHR, civil society organizations, as well as beneficiaries served by these organizations.

The strategy draft was circulated to stakeholders via email before the workshop to facilitate in-depth review and comments. After the workshop, the comments were integrated into the document and re-circulated.

A third workshop was held virtually in 2024 to present the final version of the strategy and its M&E framework and obtain validation from all stakeholders.

Stakeholders consulted

Consultations were held with NRHP, members of the NMCHC Maternal and Child Health Sub-Technical Working Group (MCH Sub-TWG), civil society organizations (CSOs) and members of relevant member associations. Specifically, the stakeholders consulted were representative of the following groups:

- Cambodian government representatives, including Ministry of Health representatives from NMCHC and relevant programs and centers as well as staff in programs from other sectoral programs and ministries that influence SRHR information and service delivery.
- UN Agencies providing technical assistance to the NMCHC and other relevant government entities on matters related to SRHR.
- International and local NGOs and other partners providing technical and implementation assistance and/or implementing programs related to SRHR and related health issues.
- Healthcare providers, including midwives.
- Private sector health facilities that provide SRHR services.
- Adolescent girls and boys aged 12-19, both in-school and out-of-school.
- Indigenous people, including youth and women.
- Traditional leaders.
- Religious and faith-based leaders.
- People living with disabilities, including women of reproductive age.
- People living with HIV.
- Women of reproductive age.
- LGTQIA+ people.
- Key populations including sex workers, persons with a substance use disorder, people in prisons.
- People with lived experience of GBV and mental health challenges linked to SRHR.

The likelihood of future health crises is high, particularly in the face of climate change. As such, the health system must invest in resilience, early warning systems, and adaptation to maximize its ability to sustain high quality service provision during future health crises, particularly to those who will need it most.

1.3 Linkages and alignment

The NSSRHR is a sub-sectoral strategy specifically focusing on reproductive and sexual health and rights. It intersects with and/or contributes to several other key policies, guidelines, and strategic plans. The list below highlights key documents but is not exhaustive:

Multi-sectoral

- Royal Government of Cambodia. (2017). National Social Protection Policy Framework (2015-2025).
- The Pentagonal Strategy 2024 – 2028 and the National Strategic Development Plan (2024-2028).
- Cambodia Ministry of Planning. (2022). Cambodian Sustainable Development Goals 2016-2030.
- Cambodia Ministry of Women's Affairs. (2020). National Action Plan to Prevent Violence Against Women (2019-2023).
- Cambodia Ministry of Planning. (2016). National Population Policy (2016-2030).
- Cambodia Ministry of Women's Affairs. (2020). Neary Rattanak V. Five Year Strategic Plan for Strengthening Gender Mainstreaming and Women's Empowerment (2019-2023).
- Cambodia Ministry of Education, Youth and Sport. (2022). National Action Plan for School Health (2021-2030).
- Cambodia Ministry of Education, Youth and Sport. (2022). National Action Plan on Cambodian Youth Development (2022-2026).

Health sector

- National Commitment to ICPD+25 in Nairobi in 2019.
- Cambodia Ministry of Health. (2023). The Health Strategic Plan 2023 – 2033 Summary Overview.
- Cambodia Ministry of Health. (2023). Primary Health Care Booster Implementation Framework (PHC-BIF).
- Cambodia Ministry of Health. (2023). Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal and Newborn Mortality (2023-2030).
- Cambodia Ministry of Health. (2019). National Action Plan for Cervical Cancer Prevention and
- Control 2019-2023.
- Cambodia Ministry of Health. (2022). National Strategic Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2022-2030).
- Cambodia Ministry of Health. (2020). National Strategic Plan on Disaster Risk Management for Health (2020-2024).
- Cambodia Ministry of Health. (2021). National Strategic Plan for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B (2021-2025).
- Cambodia Ministry of Health. (2014). National Guidelines for Managing Violence Against Women and Children in the Health System.

2. Strategy development methodology

The NSSRHR 2023-2030 was developed through a consultative process and was informed by a thorough review of the previous NSSRHR 2017-2023 and relevant literature.

Literature and progress review

To ensure the strategy reflects global and national best practices, that it is aligned with relevant multi-sectoral and health sector commitments and strategies in Cambodia, and that it is anchored in the results from in-country reviews and assessments, the strategy development process built off a literature review of relevant documents.

from rural provinces to Phnom Penh, and poor working conditions in factories lead these women to delay having children. They also face unique SRHR risks due to their working environment, transportation options, and financial vulnerability.[36]

1.2.5. Technology and digitization

The increasing presence of technology in Cambodian society and in the health system will influence SRHR in the coming years. These developments bring opportunities to increase knowledge, attitudes, monitoring of risks, and behavior change related to SRHR. In Cambodia, digitalization has been proposed as a strategy to overcome inequalities and improve access to services for hard-to-reach populations. Telehealth phone calls have gained traction.

The “Youth Health App” is a free mobile application that provides adolescents and young people access to important information and services that are reliable and practical information on SRH and services, Comprehensive Sexuality Education (CSE), as well as gender, Mental Health and Psychological Support (MHPSS). In addition, the “Safe App” is a mobile application being developed to provide information about GBV and services available to support survivors, including but not restricted to health services.

Telemedicine for essential SRHR services and information, currently targeting the remote villages and locations in the northeast region is in place with increased number of users from year to year. This platform was developed during COVID-19 pandemic and is in place to serve women, couples, and individuals who can’t access service physically due to different reasons.

E-learning platform on essential SRHR services was also developed in response to COVID-19 pandemic and is use for healthcare providers to continue their continuing professional development. More topics have been uploaded and more subscribers/learners have been registered into the online system.

However, technology and digitalization also have risks including privacy of personal health information being breached, misinformation being spread rapidly online, service quality concerns linked with remote service provision, and exclusion of those who do not have access to the technologies. This is especially true for patient information about health conditions that carry a social stigma and cause discrimination, such as HIV. In Cambodia, data regulations around HIV testing and treatment protocols are in place to protect privacy and data security. However, a different data system is used for HIV due to vertical programming, funding, and monitoring, and these stringent data protection mechanisms are not applied to other SRHR services that also carry a risk of stigma such as family planning or abortion.

A National Digital Health Strategy 2021-30 is currently being drafted and it will include a plan to develop an Electronic Medical Record system. This strategy acknowledges the importance of implementing it through multi-partner collaboration. For instance, several opportunities for private sector engagement have been proposed, as outlined in Strategic Priority 9 on partnerships, including their participation in the Digital Health Steering Committee (DHSC); implementing data sharing agreements; providing funding, mandated clinical data and health information documentation, sharing and reporting; licensing/re-licensing private facilities; and implementing cybersecurity guidelines.

1.2.6. Future pandemics

Investment in the healthcare sector is imperative to bolster adaptation capacity and prepare for future disease outbreaks. The COVID-19 pandemic had devastating impacts on the Cambodian economy and health sector, escalating the consequences of harmful social and gender norms. Supply chain breakdowns resulted in delays and shortages of essential products for SRHR. Health providers were often unable to continue providing high quality, respectful SRHR care to health seeking patients. The pandemic made women less likely to seek services because it impacted their willingness and ability to seek services.[37] The COVID-19 pandemic also disrupted access to family planning services, resulting in unintended pregnancies and an increase in reported cases of gender-based violence.[38]

---

[36] United Nations Population Fund. (2023). Harmful Social Norms and Gender Based Violence in Cambodia. Annotated Bibliography.

[37] Nadia Akseer, Goutham Kandru, Emily C Keats, and Zulfiqar A Bhutta. 2020. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. The American Journal of Clinical Nutrition 112, 2: 251–256.

[38] World Health Organization. (2023). Technical Brief: Investing in sexual and reproductive health and rights: Essential elements of Universal Health Coverage.

multiple pregnancies and inadequate support during pregnancy, childbirth or postpartum can experience health challenges in older age. Non-communicable diseases at older age are exacerbated in women as a result of the cumulative impact of pregnancy and childbearing during the reproductive age. Hormonal declines, ovarian function changes and physical and psychological changes as part of peri-menopausal syndrome impact women, while ageing men also face hormonal, physical and psychological changes. For both men and women, non-communicable diseases and medications linked with ageing can also impact health.[26] The SRHR strategy has integrated interventions to support to the ageing population's SRHR needs and associated health outcomes.

1.2.4. Migration and urbanization

In 2013, the National Institute of Statistics estimated that nearly one quarter of the Cambodian population (approximately 4.1 million individuals) had changed their location of residence, which is four times greater than estimated international immigrations. Most migration in the country is rural-rural (58.4%)[27]. Fueled by climate change, migration is likely to continue rising and bringing increasing challenges to the provision of SRHR services and the overall functionality of the healthcare system. For instance, studies in other countries in Asia show that young female migrants are more likely to have an induced abortion at later stages of pregnancy and lower rates of post-abortion care.[28]

Many Cambodian migrant workers move abroad for employment opportunities, and female migrants who move abroad tend to earn less money than male migrants, though they remit 20% more than male migrants, send money home more regularly, and send a larger proportion of their income than male migrants.[29] When migrants abroad eventually return to Cambodia, half of them face financial constraints especially in the context of health care and nutrition -- the second most frequent reason cited for taking loans out is to buy food.

Significant urban migration in Cambodia is also occurring and has led to urban growth, which is expected to continue gaining momentum and will demand tailored approaches to healthcare. Women outnumber men in the numbers of people migrating to urban areas, which implies that urban areas should expect a growing demand for SRHR services. Studies show that urban women currently lack access to quality public services generally, which increases their vulnerabilities. [30] During the COVID-19 pandemic, one study showed that fewer urban participants knew that it was possible to change contraceptive methods, compared with rural participants.[31] Male rural-to-urban migrants also suffer from poorer SRH outcomes: they are significantly less likely to report condom use at first sexual encounter and consistent contraceptive use with their first partner, compared with non-migrants and urban-to-urban migrants. [32]

A significant proportion (45%) of the urban population in Cambodia resides in areas qualified by WHO as slums[33]. Studies globally have shown that slum dwellers in low-income settings face some of the greatest difficulties accessing SRH services, due to factors including lack of time to access care, long distances to high quality affordable services, and poor integration of these groups of people into the public health system plans – the combination of which results in a high unmet need for FP services.[34]

Rural-to-urban migration is driven in large part by the draw of employment opportunities. Studies conducted in Phnom Penh in 2014 showed that 58.5% of migrant women migrated to Phnom Penh for work in garment factories (32.2%), small business (23.4%), domestic work (11.1%), and the service/entertainment sector (10.3%). These women were deemed "highly susceptible to deception, exploitation, harassment, and violence by others, especially men".[35] The majority of garment factory workers are women of reproductive age who have migrated

---

26 Banke-Thomas, A., Olorunsaiye, C.Z. & Yaya, S. "Leaving no one behind" also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health. Reprod Health 17, 101 (2020). https://doi.org/10.1186/s12978-020-00944-5

27 Cambodia National Institute of Statistics (2013)

28 Mou J, Griffiths S, Fong H, Dawes M. 2013. Health of China's rural–urban migrants and their families: a review of literature from 2000 to 2012. British Medical Bulletin; 106: 19–43

29 United Nations Population Fund. (2020). Rapid Assessment on Social and Health Impact of COVID-19 Among Returning Migrant Workers in Cambodia.

30 UNFPA. Report on urbanization and its linkage to socioeconomic and environmental issues (2014).

31 Ung, M., Lam, S.T., Tuot, S. et al. Sexual and reproductive health services access and provision in Cambodia during the COVID-19 pandemic: a mixed-method study of urban–rural differences. Reprod Health 20, 74 (2023). https://doi.org/10.1186/s12978-023-01614-y

32 Sudhinaraset M, Astone N, Blum RW. Migration and unprotected sex in Shanghai, China: correlates of condom use and contraceptive consistency across migrant and nonmigrant youth. J Adolesc Health. 2012 Mar;50(3 Suppl):S68-74. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.12.007. PMID: 22340859; PMCID: PMC4166512.

33 WHO 2023

34 Ganle, J.K., Baatiema, L., Ayamah, P. et al. Family planning for urban slums in low- and middle-income countries: a scoping review of interventions/service delivery models and their impact. Int J Equity Health 20, 186 (2021). https://doi.org/10.1186/s12939-021-01518-y

35 UNFPA. Report on urbanization and its linkage to socioeconomic and environmental issues (2014).

1.2.2 Climate change

The impacts of climate change amplify existing vulnerabilities in communities, including poverty, food insecurity and poor health status. The full scale of current and future potential climate change impacts on the health and wellbeing of Cambodian people is limited by sparse data availability and downscaled climate projections that estimate local trends based on larger data.

Cambodia is vulnerable to the effects of climate change, particularly because the Tonle Sap Basin's flooding patterns are greatly affected by changing weather patterns, and past floodings have been devastating. The coastal provinces of Kampot, Koh Kong, and Sihanoukville are likely to experience greater seawater intrusion and storms because of climate change. Other provinces are vulnerable because a large part of the workforce is reliant on agriculture and are likely to migrate as a result of climate change[20]. Growing health risks from climate change in Cambodia include vector-borne diseases, malnutrition and diarrheal diseases, rodent-borne diseases, respiratory tract infections, no communicable diseases, heat-related illness including heat stress, heat exhaustion and heat stroke leading to a range of health issues as well as mental health impacts.[21]

Women and girls are disproportionately affected by the impacts of extreme weather events on their health and rights, which makes climate change particularly relevant to SRHR.[22] Other factors such as sexuality, age, wealth, indigenous status, and race are all factors that make people particularly vulnerable to climate change and, in turn, climate change further increases existing inequalities. There is a direct link between increases in heat and domestic violence as well as reproductive health issues including still born births and early delivery[23].

The country has several policies in place to help the health sector cope with these rising impacts – such as the National Strategic Plan for Climate Change Adaptation and Disaster Risk Reduction in the Health Sector 2019–2023 and the Preventive Medicine Department (PMD)-developed Climate Change Action Plan for Public Health (NCCAPPH) 2019-2023. It will be essential to boost the implementation of these plans in order to strengthen the health system's resilience to climate change. This includes ensuring health facilities can continue operating and providing quality services despite environmental challenges and that they proactively prepare for changing disease trends as a result of climate-sensitive events.

1.2.3. Projected demographic shifts

Cambodia benefits from a "demographic bonus", with 31.4% of the population under the age of 14 and only 4.3% over 65.[24] Almost 1 in 3 Cambodians are youth aged 15-30.[25] Cambodia's National Population Policy projects increasing nuclearization of families and aging of the population, which will engender unique health needs. This trend is coupled with high levels of illiteracy, economic challenges, and disability among the elderly, which exacerbate their vulnerabilities. High mortality during the Khmer Rouge regime of 1975-1979, and a baby boom after the Khmer Rouge regime, has resulted in a large cohort born in the 1980s and early 1990s that will constitute a large segment of the population when they are in their old age.

Population planning needs to remain focused on choice and not chance approaches to ensure that individuals and families can choose if and when to have children based on their ability to support a child through education, healthcare, access to decent work and decent housing. Across Asia Pacific, the region is preparing for an aging population and is using a number of demographic dividend approaches including supporting the "silver dividend" which consists of ensuring that the aging population is healthy and can contribute economically and socially. There is also the need to ensure that the gender demographic dividend is supported by increasing access to decent work for women and girls through improved health, education, and gender equality measures. By ensuring the total population is supported at all ages through access to quality health care and education and training, the impacts of an aging population could be diminished.

Sustainable Development Goal (SDG) 3 states that countries should "ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages." SRHR needs exist throughout people's lives including in ageing, though past SRHR strategies in Cambodia have primarily focused on women of reproductive age. Women who have experienced

---

[20] Asian Development Bank. (2021). Climate Risk Country Profile: Cambodia.

[21] WHO 2023.

[22] Hashim, J., and Z. Hashim. Climate Change, Extreme Weather Events, and Human Health Implications in the Asia Pacific Region. Asia Pacific Journal of Public Health 28, no. 2 (2016): 8S–14S. doi: 10.1177/1010539515599030.

[23] How to Confront Gender-Based Violence in a Warming World | Asian Development Blog (adb.org)

[24] UNESCO. (2023). Comprehensive sexuality education: For healthy, informed and empowered learners.

[25] General Populations Census of the Kingdom of Cambodia, National Institute of Statistics, Ministry of Planning, 2019

services to be tailored to adolescents' needs. Gender norms are perpetuated over generations, as many children witness acts of violence among their parents which increases the risk that they will replicate harmful beliefs and behaviors (MOWA & WHO 2015).

Gender norms in Cambodia, and their influence on sexual and reproductive health, can be categorized into the four following domains of a Gender Analysis Framework:

Access to assets: Cambodia's female labor force participation rates are high, yet there is a gender wage gap of 19% because their jobs are often precarious, for lower pay, and informal. One of the causes of this inequality is that women are underrepresented in higher education. Among women who are employed in garment factories, harassment and victim blaming due to harmful gender norms that stigmatize women's sexuality has economic impacts by lowering their productivity. Rates of economic abuse, a form of violence where an intimate partner controls a survivor's ability to acquire, use, and maintain resources, have historically been higher in Cambodia than in other countries in the region (UN Women 2012). As a result, women may not have the financial means to access health services or the knowledge about how to access health insurance. Low levels of education are also connected to lower health literacy and ability to advocate for themselves in a health setting.

Beliefs and perceptions: Traditional beliefs contribute to restricting women's access to key reproductive healthcare services. Men's use of violence and their power and control over women is a prevalent social norm in Cambodia, and there is a high degree of tolerance and acceptance of violence against women (MOWA & WHO 2015). Women face barriers to seeking help including shame of public perceptions, since victim-blaming and ridiculing are common, and availability of services (UNFPA 2021). These norms are barriers to women seeking health services, particularly if they are from socially marginalized groups.

Practices and participation: Another major barrier is the unequal workload in the home. Women in Cambodia typically do the majority of domestic work including caring for children, sick and elderly family members. Out of the 67 countries surveyed by the ILO in 2018, it is Cambodia's men who spend the least amount of time contributing to unpaid care or household work: Cambodian men spend 18 minutes on this work per day compared with the 188 minutes spent by women. [18] The household burden has prevented Cambodia's women from realizing their potential as some of them choose to quit their job or business due to the overburden of housework and care work. In addition, women typically have less control over household decisions in their home including seeking healthcare or spending money on health expenses – including if the husband is unemployed or incapacitated. In the workforce, women are under-represented in more senior roles with decision making power and leadership. This carries through to the health sector where midwives are primarily female while higher level providers are more often male. Infrequent female leadership can result in policies and programs not being designed or implemented in a gender-sensitive way and further restrict women's access to health care.

Institutions, laws, and policies: There are gaps in the primary laws addressing violence against women and children, including the fact that it does not apply to unmarried, cohabiting or dating partners, and that there are exceptions for disciplinary acts (UNICEF 2020). Policymakers have not addressed unpaid work issues through national policies, such as Cambodia's macroeconomic policy, the National Action Plan to Prevent Violence against Women, and Cambodia's Gender Strategic Plan.[19] Childcare policies reinforce restrictive expectations around women carrying the bulk of unpaid family work. In the health system, providers do not have a legal obligation to report cases of violence to local authorities. While Cambodia does have policies in place aimed at improving gender equality, they are not systematically implemented, funded, or widely understood. For instance, while the legal age of marriage in Cambodia is 18, 15% of women were married earlier (2019 Census) which is linked with increased risk of poor health outcomes throughout life. In addition, women report low levels of understanding of domestic violence laws where they exist. Finally, there is insufficient investment and training for prevention of violence and for formal services to support victims. Policies and programs are not well monitored or evaluated to enable continuous improvement or scaling those most successful: An evaluation by the Ministry of Women's Affairs found that the NAPVAW III contributed significantly to improving harmful attitudes, but that there is limited data on the impact of individual programs.

---

[18] ILO. (2018). Care work and care jobs for the future of decent work.

[19] Heng, Molika. (2022). For Cambodian Women, Equality Starts in the Home: The unequal distribution of household chores affects Cambodian women's economic inclusion. *The Diplomat.*

1.2 Major factors impacting SRHR in Cambodia

1.2.1 Discrimination and inequality (including harmful and discriminatory social and gender norms)

Discrimination

Cambodia's policies forbid discrimination against any group, including in the health system, yet these policies are not fully enforced by all health providers who may exhibit discriminatory behavior. Sex workers (20%) report avoiding health care because of fear of stigma and discrimination.[14] A study conducted in 2019 by the Cambodian People Living with HIV Network (CPN+) found that some residents reported "bad experiences with health workers" as the reason for not seeking HIV treatment following receiving a positive test result.[15] Racism and discrimination contribute to marginalizing, and excluding individuals, families, and communities from healthcare[16]. Many people in marginalized groups do not receive dignified, culturally, and age-appropriate services, and do not have equal opportunities to access the financial resources and education needed to access health services, because of institutionalized racism, discrimination, inequality, and insecurity.[17] These root causes of maternal and child death must be recognized and addressed in order to achieve health and wellbeing in and beyond SRHR.

This strategy recognizes the needs for advancing advocacy beyond the health system to influence the social determinants of health. As described in Strategic Area 4, there is a need for supportive laws and policies that outlaw discrimination in all sectors, allow women to make their own decisions in all aspects of life, and enable gender equality in other sectors such as labor, education, and justice.

Socio-economic inequality

A major barrier to accessing healthcare in Cambodia continues to be affordability, where out-of-pocket (OOP) expenses still make up more than 40% of Current Health Expenditures (CHE), ranking among the highest in the region (WHO 2023). Voluntary healthcare schemes, encompassing private and non-profit insurance options, contribute only minimally to CHE. In June 2019 Cambodia launched the Antenatal, Delivery and Postpartum Care package Guidelines ('1,000 days package') providing clear guidance on all services provided during this period and accessible through the Health Equity Fund (HEF). However, utilization of this scheme remains low due to lack of widespread awareness among potential beneficiaries as well as perceived poor quality of service delivery by the public sector health system which has led to a preference for private service providers. In 2023, NSSF coverage was expanded to dependents of civil servants and formal workers as well as to informal workers, including entertainment workers.

Gender norms

Gender is a key social determinant of health, including SRHR. Gender norms do not exclusively impact women and girls; men's health risks and health seeking behaviors are also influenced by the gendered notion of masculinity such as lack of willingness to seek healthcare as it may be perceived as a weakness. Social norms in Cambodia with respect to gender equality have improved over past decades, but many harmful norms persist that negatively impact women and men's ability to achieve optimal health and wellbeing outcomes.

One in five women have experienced emotional, physical, or sexual violence by an intimate partner at some point in their lifetime (CDHS 2021-2022). In turn, only one in five women seek formal support services such as mental and physical healthcare due to the prevalence of gender norms that result in staff blaming the violence on women's behavior (MOWA & WHO 2015).

Efforts to improve restrictive gender norms are particularly lagging for women facing additional forms of discrimination, such as indigenous and ethnic minority women, those living with disabilities, people who are lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning, and intersex (LGBTQI+), and for women living in rural areas of Cambodia (UN 2022). Young people in Cambodia witness and experience physical violence in their communities and homes, including rape, which underscores the need for youth-focused health and support

[14] UNAIDS, citing data from BSS 2022. Accessed at https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia

[15] The People Living with HIV Stigma Index 2.0 Cambodia: Research Report. (2019). Accessed at: https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/10/Cambodia-SI-Report-2019_English.pdf

[16] United Nations Cambodia (2022), Gender Equality Deep-Dive for Cambodia: Common Country Analysis.

[17] End of Mission Statement: Visit of the IE SOGI to the Kingdom of Cambodia, UN Human Rights Special Procedures. January 2023.

often, though 21% sought help from the police. Violence was perpetrated by current husband / intimate partner in 58% of cases. Among women who had experienced it, 10% of cases began during the COVID19 pandemic.[7]

Certain populations face an increased risk of experiencing violence and abuse, as well as increased barriers to accessing protections against these, due to their age, sexual orientation, gender identity, migration status, disability status, employment, and other factors. For instance, women with disabilities in Cambodia experience higher rates of controlling behavior from partners; and significantly higher levels of all forms of violence (emotional, physical, and sexual) from other family members. Barriers to disclosure and access to services are worsened for many women with disabilities because they tend to have less autonomy and power over their finances and decisions than other women.[8] While the HMIS does not currently disaggregate data by disability status, the Ministry of Health's Department of Hospital Services initiated discussions in 2023 on how to integrate this feature.[9]

Women in indigenous communities in Cambodia also face unique risk factors and barriers to support. In the northeast provinces, where indigenous communities are more present than in other parts of the country, 49% of girls were married as children[10], which increases their risk of experiencing physical or sexual intimate partner violence compared to those married after 18[11]. Further, indigenous women who experience violence also face significant challenges accessing justice, safe shelter, counselling services, legal support, and other services.[12]

Cambodia ranks second highest in the Southeast Asian region, behind Myanmar, for out of pocket (OOP) payments for healthcare, at 64% of total health expenditure in 2019. This puts the Cambodian population at high risk of Catastrophic Health Expenditures or lack of access to healthcare.[13] To increase access to healthcare, the Government of Cambodia established the National Social Security Fund (NSSF) to provide health insurance to over 2 million formal workers, civil servants, pensioners, and veterans (around 40% of the population). It was recently expanded to include their dependents as well as informal workers. In addition, in 2000 the Government established the Health Equity Fund (HEF) to provide health financing for the poorest Cambodians to access subsidized essential health services. The HEF is administered by the Ministry of Health and currently covers around 2.5 million individuals that classify as poor. Beneficiaries of the HEF can access treatment at all public facilities.

Committed to reducing OOP expenditure from >60% to a target of 30%, the Government recognizes the need to further expand access to primary healthcare. However, utilization of the social security schemes remains low given that many health centers face supply- and demand-side challenges to provide high quality service delivery. Increased funding towards PHC and social protection programs in recent years has led to some increase in utilization but Cambodians report preference for accessing services in the private sector or through NGO-run clinics, which are not all linked to all the existing social health insurance schemes. There is a need to increase awareness of government-funded health insurance schemes and what services and benefits are available to beneficiaries, as well as to continue to strengthen the quality of public health service delivery to increase demand for and utilization of services at public facilities. The Primary Health Care Booster Implementation Framework outlines a pathway to achieve PHC, which is the most cost effective, equitable and sustainable pathway to reaching Universal Health Coverage (UHC).

---

7 National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

8 Astury, J., Walji F. (2013) Triple Jeopardy: Gender-based Violence and Human Rights Violations Experienced by Women with Disabilities in Cambodia. Phnom Penh. Australian Aid.

9 Stakeholder consultations: Input from RHAC.

10 National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

11 Girls Not Brides. (2022). Gender Based Violence and Child Marriage.

12 Rendell, S, Lee, H., (2017), Sexual harassment in the Cambodian garment industry: prevalence and cost. Canberra: CARE International.

13 Cambodia Ministry of Health. (2022). Update and Extension to the National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia (2017-2023).

1. Scale of the challenge

1.1 Situation analysis and progress achieved

According to the Cambodian Demographic and Health Survey (CDHS) 2021-2022, maternal mortality ratio is estimated at 154 deaths per 100,000 live births, which is above the regional average of 140 in 2019[1]. Infant mortality improved from 28 to 12 deaths per 1000 live births and child mortality improved from 20 to 11 deaths per 1000 live births between 2014 and 2021-2022, reflecting substantial achievements in the Cambodian health sector.[2]

Cambodia ranked first among all Asia-Pacific countries in the Contraception Policy Atlas, achieving a 90.1% score on a scale that tracks countries on government policies regarding access to contraception. 62% of married women aged 15-49 use contraceptives, though only 45% use modern methods, with more women using them in rural settings (47%) than urban settings (41%). The percentage of married women experiencing an unmet need for family planning dropped from 12.5% in 2014 to 11.5% in 2021-2022. While these are important improvements, several targets set in the National Strategy for Reproductive and Sexual Health (NSRSH) 2017-2023 were not met and/or showed little improvement. For instance, the percentage of currently married women using long-acting or permanent contraceptive methods (sterilization, implants, IUDs) remained virtually stable from 9.6% in 2014 to 10% in 2021-2022.[3] In the three years prior to the survey, approximately 21% of all pregnancies resulted in losses, of which 12% were miscarriages, 9% were induced abortions, and less than 1% were stillbirths.

The proportion of adolescent women aged 15-19 who have been pregnant dropped from 12% to 9% since the last CDHS. Of this group, 2% experienced a miscarriage or abortion. Over half (59%) did not use contraceptive methods. Adolescents with no education are more likely to be pregnant (35%) than those with education, particularly those with secondary education (7%). Adolescent pregnancy is higher in rural areas (10%) than in urban areas (8%). Among married adolescents, most (59%) did not use contraceptive methods[4].

The majority of women (99%) have received at least some antenatal care from a skilled provider, and 86% had the recommended four visits or more. Deliveries in facilities increased dramatically, from 66% in 2010 to 98% in 2021-2022, and 99% of deliveries were attended by a skilled provider. However, the percentage of infants who were breastfed within 1 hour of birth dropped from 63% in 2014 to 54% in 2021-2022. Post-natal care visits increased dramatically, from 31% to 85% of women receiving this critical form of care.[5]

Knowledge around HIV has also improved. 74% and 83% of women and men know that consistent condom use decreases the risk of getting HIV. More women were tested for HIV, from 24% in 2000 to 47% in 2021-2022. However, the percentage of women who were tested for HIV during their antenatal care appointment and received their results decreased from 82.5% to 66% between 2014 and 2021-2022. In Cambodia, an estimated 76,000 individuals were living with HIV in 2021-2022 and an additional 1,400 new HIV infections were recorded that year. These figures raise concerns about the diminishing awareness of HIV/STIs risks among the youth, resulting in lower rates of testing and condom usage among key adolescent populations.

1 in 10 Cambodian women of any age is currently living with intimate partner violence, and the proportion of women who believe a husband can be justified in beating his wife remains high at 37% despite a reduction. However, rape and domestic violence were likely underreported due to fear of reprisal, social stigma, discrimination, and distrust of police and the judiciary.[6] Survivors tend to seek help from their families most

[1] OECD. (2019). Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage.

[2] National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

[3] National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

[4] National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

[5] National Institute of Statistics (NIS) [Cambodia], Ministry of Health (MoH) [Cambodia], and ICF. 2023. Cambodia Demographic and Health Survey 2021–22 Final Report. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: NIS, MoH, and ICF

[6] Stakeholder consultations during NSSRHR development process.

Acronyms and Abbreviations

AFSRH	Adolescent Friendly Sexual and Reproductive Health
ANC	Antenatal Care
ART	Anti-Retroviral Therapy
BEmONC	Basic Emergency Obstetric and Newborn Care
BNM	Bachelor of Nursing and Midwifery
CAC	Comprehensive Abortion Care
CBD	Community Based Distributor
CBE	Competency Based Education
CEmONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care
CPA	Comprehensive Package of Activities
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
CDHS	Cambodia Demographic and Health Survey
EmONC	Emergency Obstetric and Newborn Care
FP	Family Planning
FTIRMN	Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal & Newborn Mortality
GBV	Gender Based Violence
GMAG	Gender Mainstreaming Action Group (of MOH)
HC	Health Centre
HCMC	Health Centre Management Committee
HEF	Health Equity Fund
H-EQIP	Health Equity and Quality Improvement Project
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HPV	Human Papillomavirus
HRD	Human Resources Department
ICPD	International Conference on Population Development
LAPM	Long Acting or Permanent Method
LARC	Long-Acting Reversible Contraceptives
LGBTQI+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer or Questioning, Intersex, and other self-identifications
LMIS	Logistics Management Information System
MA	Medical Abortion
MCAT	Midwifery Coordination and Alliance Team
MVA	Manual Vacuum Aspiration
MCH	Maternal and Child Health
MDA	Maternal Death Audit, term used in Cambodia to refer to the Maternal Death Surveillance and Response system
MgSO4	Magnesium Sulphate
MMR	Maternal Mortality Ratio
MoH	Ministry of Health
MPA	Minimum Package of Activities
NGO	Non-governmental organization
NIP	National Immunization Programme
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology, and STDs
NRHP	National Reproductive Health Programme
NMCHC	National Maternal and Child Health Centre
NSSRHR	National Strategy for Sexual and Reproductive Health and Rights
NSDP	National Socio-Economic Development Plan
NSSF	National Social Security Fund
NQEM	National Quality Enhancement Mechanism
OD	Operational District
PAC	Post-Abortion Care
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
RoGC	Royal Government of Cambodia
RHAC	Reproductive Health Association of Cambodia
RMNCH	Reproductive Maternal Newborn and Child Health
PNC	Postnatal Care
PPH	Post-Partum Haemorrhage
SBA	Skilled Birth Attendant
SBCC	Social and Behaviour Change communication
SMP	Safe Motherhood Protocols
SOGIE	Sexual Orientation and Gender Identity and Expression
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
TWG	Technical Working Group
UHS	University of Health Sciences
UN	United Nations
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development
VAC	Violence Against Children
VAW	Violence Against Women
VHSG	Village Health Support Group
VIA	Visual Inspection by Acetic Acid
WHO	World Health Organization

Acknowledgements

The Ministry of Health Cambodia would like to express sincere thanks to H.E Prof Im Sethikar, Secretary of State and Chair of the Coordination Committee for Strengthening Quality of Care, Management, Well-being of Maternal Newborn Child and Gynecology for her strong leadership in development process of this National Strategy for Reproductive and Sexual Health and Rights 2025 – 2030.

The Ministry of Health would like to thank the National Reproductive Health Program (NRHP) of the National Maternal and Child Health Centre (NMCHC) and all stakeholders for their invaluable inputs and contribution to the development of the National Strategy for Reproductive and Sexual Health and Rights 2025 – 2030. The Ministry is grateful for the firm commitment and active participation of all health professionals and development partners in developing this strategy.

Furthermore, the Ministry extends its deepest appreciation to the United Nations Population Fund (UNFPA) Cambodia Office for their technical and financial support throughout the development process and for the publication of this important strategy.

PREFACE

The Ministry of Health's commitment to the well-being of our citizens, particularly in the realm of high-quality healthcare, has been steadfast. This strategy is a testament to our dedication to ensuring that every individual in our nation has access to comprehensive sexual and reproductive health services, and that their rights in this regard are upheld and respected.

The achievements we have made so far in improving sexual, reproductive, maternal, newborn, and child health have been remarkable. Our actions have been closely aligned with key national and international frameworks, including the government Pentagonal Strategy, National Strategic Development Plans, Cambodia's Sustainable Development Goals 2030, the Health Strategic Plans, and the First Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal and Newborn Mortality (FTIRM).

This strategy is in line with our commitments made at the International Conference on Population and Development (ICPD) in Nairobi in 2019 to achieve three transformative outcomes by 2030: eliminating preventable maternal deaths, meeting all family planning needs, and eradicating gender-based violence and harmful practices. It is also an integral part of the Health Sector Strategic Plans, the Universal Health Coverage Roadmap, and the Fast Track Initiative Roadmap.

We have made substantial progress, as evidenced by the Cambodia Demographic and Health Survey (CDHS) 2021-2022, which highlights achievements such as the proportion of adolescent pregnancies which dropped from 12% in 2014 to only 9%. Although we have made significant strides, we recognize that we have not reached all our targets for 2023. We remain steadfast in our commitment to achieving the Sustainable Development Goals by 2030.

The National Strategy for Reproductive and Sexual Health and Rights 2025-2030 will be our guiding compass, leading us towards further improvements for all Cambodian people, particularly girls, women, and while ensuring no one is left behind, to exercise their rights to sexual and reproductive health and wellbeing by 2030.

Together, we have the opportunity to build a healthier and more equitable Cambodia.

Phnom Penh, 30 April 2025

Minister of Health

Prof. CHHEANG RA

Contents

PREFACE 3

Acknowledgements 4

Acronyms and Abbreviations 5

1. Scale of the challenge 6

1.1 Situation analysis and progress achieved 6

1.2 Major factors impacting SRHR in Cambodia 8

1.3 Linkages and alignment 13

2. Strategy development methodology 13

3. Strategic vision, principles, accelerators, and priorities 15

3.1 Strategy goal 15

3.2 Guiding principles 15

3.3 Impact accelerators 19

3.4 Strategic priorities 20

4. Intervention areas by strategic priority 21

Strategic priority 1. Improve availability, effectiveness, safety, and person-centered nature of SRHR information and services. 21

Strategic priority 2. Promote a fit-for-purpose health workforce to provide SRHR information and services. 24

Strategic priority 3. Improve service integration and referral to ensure timely, equitable access to comprehensive SRHR services at all levels of care 26

Strategic priority 4. Address harmful social and gender norms, policies, and practices through strengthened SRHR governance and service delivery 28

Strategic priority 5. Prioritize community ownership, engagement with health systems, and responsiveness to strengthen supply and demand of SRH services 30

Strategic priority 6. Remove financial barriers to access health care services toward achievement of Universal Health Coverage (UHC). 32

Strategic priority 7. Improve availability of medical products and technologies 35

Strategic priority 8. Promote and strengthen data for research, innovation, monitoring, and learning 36

Strategic priority 9. Advance inclusive governance and fostering partnerships 38

Annex1: Monitoring and evaluation framework 41

KINGDOM OF CAMBODIA

NATION-RELIGION-KING

MINISTRY OF HEALTH

National Strategy
For Sexual and Reproductive Health and Rights in Cambodia
2025-2030

National Maternal and Child Health Center
National Reproductive Health Program

2025

KINGDOM OF CAMBODIA

NATION-RELIGION-KING

MINISTRY OF HEALTH

NATIONAL STRATEGY FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS IN CAMBODIA

2025-2030

2025