កម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក

Partnering to Save Lives

Australian Aid · CARE · MARIE STOPES CAMBODIA Children by choice, not chance · Save the Children

របាយការណ៍សង្ខេបពីការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធី

សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក
ក្នុងខេត្តចំនួន៤ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

អ្នកដឹកនាំការអង្កេត: **បណ្ឌិត អ៊ិរ ប៉័**

ប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស

វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ

កក្កដា ២០១៦

កម្មវិធីរួមគ្នាដើម្បីជួយជីវិតមាតា និងទារក(PSL) គឺជាកម្មវិធីភាពជាដៃគូរយៈពេលប្រាំឆ្នាំរវាងអង្គការបីដែលជាអ្នកអនុវត្តសកម្មភាព(អង្គការឃែរ អង្គការម៉ារីស្តូប និងអង្គការសង្គ្រោះកុមារ) ក្រសួងសុខាភិបាលព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា និងក្រសួងការបរទេស និងពាណិជ្ជកម្មអូស្ត្រាលី (DFAT)។ គោលដៅរបស់កម្មវិធីPSL គឺជួយជីវិតមាតា និងទារកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាតាមរយៈការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកប្រកបដោយគុណភាព តាមរបៀបយុទ្ធសាស្ត្រធ្វើការជាដៃគូ។ បន្ថែមពីលើសកម្មភាពតាមរោងចក្រកាត់ដេរ កម្មវិធីPSLអនុវត្តនូវគំនិតផ្តួចផ្តើមដ៏ពេញលេញមួយសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក នៅតំបន់ភូមិភាគឦសាន រួមមានខេត្តក្រចេះ មណ្ឌលគីរី រតនគីរី

និងស្ទឹងត្រែងដែលជាតំបន់មានសេវានេះតិចតួចនៅឡើយ ព្រមទាំងគាំទ្រសេវាមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងបណ្តុះបណ្តាលការរំលូតដោយសុវត្ថិភាព នៅ១៤ខេត្តផ្សេងទៀត។

ដើម្បីតាមដានការវិវឌ្ឍន៍នៃកម្មវិធី ការវាយតម្លៃដើមគ្រាត្រូវបានធ្វើឡើងនៅចុងឆ្នាំ២០១៣ និងដើមឆ្នាំ២០១៤ក្នុងឆ្នាំទី១ហើយការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធីរយៈពេល៥ឆ្នាំត្រូវបានធ្វើឡើងនៅចុងឆ្នាំ២០១៥ និងដើមឆ្នាំ២០១៦។ គោលបំណងនៃការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធី គឺដើម្បី (១). វាស់វែងភាពរីកចម្រើនរបស់កម្មវិធីដោយធៀបនឹងផែនការឆ្នាំទី៣, (២). ប្រមូលព័ត៌មានបែបគុណភាពអំពីប្រសិទ្ធិភាពរបស់កម្មវិធី និងភាពជាដៃគូក្នុងការសម្រេចគោលបំណង និងលទ្ធផលរបស់កម្មវិធី។ ពិសេសជាងនេះទៅទៀតនោះ ការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធីមានបំណងចង់វាស់វែងការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃសូចនាករសំខាន់ៗរវាងការវាយតម្លៃជាដើមគ្រា និងការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធី។ ស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការវាយតម្លៃជាដើមគ្រា ការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធីចង់ស្វែងយល់ពីចំណេះដឹង អាកប្បកិរិយា និងការអនុវត្ត រួមទាំងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៥ ក្នុងខេត្តក្រចេះ ស្ទឹងត្រែង មណ្ឌលគីរី និង ខេត្តរតនគីរី(តំបន់១) និងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៤ ក្នុងខេត្តបាត់ដំបង ពោធិ៍សាត់ ព្រះសីហនុ និងខេត្តកោះកុង (តំបន់២)។

វិធីសាស្រ្តដែលប្រើប្រាស់ក្នុងការវាយតម្លៃ គឺធ្វើការពិនិត្យ និងវិភាគឯកសារដែលមានស្រាប់ បន្ទាប់មកប្រមូលទិន្នន័យក្នុងពេលមួយ (cross-sectional survey) ដោយធ្វើសម្ភាសទៅលើស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ(WRA) ឬហៅថាអង្កេតលើស្ត្រី ព្រមទាំងធ្វើសម្ភាសជាមួយប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ និងវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC)។

ដើម្បីធានាឲ្យបាននូវភាពស្របគ្នាជាមួយនឹងការអង្កេតដើមគ្រា ចំពោះការអង្កេតលើស្ត្រី អ្នកស្រាវជ្រាវបានអនុវត្តវិធីសាស្រ្តជ្រើសរើសសំណាកជាក្រុមពីរដំណាក់កាល (two-stage cluster sampling)។ ភូមិចំនួន៦០(ក្រុម)ក្នុងតំបន់នីមួយៗដែលបានជ្រើសរើសក្នុងពេលធ្វើការអង្កេតដើមគ្រាដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តជ្រើសរើសសំណាក តាមបែបប្រូបាប៊ីលីតេសមាមាត្រទៅទំហំវិធីសាស្រ្តគំរូ (probability-proportional-to-size) ត្រូវបានយកមកធ្វើការអង្កេតឡើងវិញ បន្ទាប់មកក្នុងមួយភូមិជ្រើសរើស២២គ្រួសារ តាមវិធីសាស្រ្តជ្រើសរើសដោយចៃដន្យ។ បញ្ជីសំណួរលក្ខណៈគ្រួសារសម្រាប់ធ្វើសម្ភាសមេគ្រួសារ និងបញ្ជីសំណួរស្ត្រីសម្រាប់ធ្វើសម្ភាសស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារនីមួយៗ។ តំបន់១ មានស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជចំនួន ១,៦៦៣នាក់មកពី ១,៣២០ គ្រួសារត្រូវបានធ្វើសម្ភាស និងតំបន់២ មានស្ត្រីចំនួន ១,៥៨៧នាក់មកពី ១,៣២០គ្រួសារត្រូវបានធ្វើសម្ភាស។ ប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិទាំង៩ក៏ត្រូវបានធ្វើសម្ភាសផងដែរ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលចំនួន៩ ត្រូវបានធ្វើការវាយតម្លៃមុខងារដំណើរការ BEmONC ក្នុងតំបន់១។

អ្នកស្រាវជ្រាវអនុវត្តតាមយ៉ាងខ្ជាប់ខ្ជួននូវគោលការណ៍ក្រមសីលធម៌ជាមូលដ្ឋាន រួមទាំងបានដាក់សំណើរជូនគណ:កម្មាធិការ ជាតិក្រមសីលធម៌សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដែលទាក់ទងនឹងមនុស្ស ដើម្បីពិនិត្យ និងអនុម័ត្រពិធីសារ ព្រមទាំងកម្រងសំណួរសម្រាប់ធ្វើសម្ភាស។

ទិន្នន័យដែលប្រមូលរួចត្រូវបានវិភាគផ្តោតជាចម្បងដើម្បីគណនាសូចនាករចំនួន១៦ និងធ្វើការប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទិន្នន័យអង្កេតដើមគ្រា ដោយកំណត់ភាពខុសគ្នាជាអត្ថន័យក្នុងកម្រិត ៥%($P<0.05$)។ ទិន្នន័យអង្កេតស្ត្រីត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គណនាសូចនាករចំនួន១៥ ក្នុងចំណោមសូចនាករ១៦ ហើយការវាយតម្លៃBEmONCសម្រាប់គណនាភាគរយមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការBEmONC។ ទិន្នន័យបែបគុណភាពដែលបានពីសម្ភាសជាមួយប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ ត្រូវបានវិភាគរួមផ្សំជាមួយទិន្នន័យបែបបរិមាណដើម្បីវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពកម្មវិធីPSL ក្នុងការសម្រេចគោលបំណង និងលទ្ធផលរបស់កម្មវិធី និងកំណត់បញ្ហាទាក់ទងនឹងការអនុវត្តកម្មវិធី ព្រមទាំងផ្តល់ជាយោបល់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។ ការវិភាគលើសូចនាករទាំង១៦ ធ្វើការបំបែកទៅតាមប្រភេទសេវា អ្នកផ្តល់សេវា អាយុស្ត្រី ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ជនជាតិដើមភាគតិច ពិការភាព និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម ទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។

កត្តាលក្ខណ:សេដ្ឋកិច្ចសង្គម

ទំហំគ្រួសារជាមធ្យម(ចំនួនសមាជិកក្នុងមួយគ្រួសារ)មានចំនួន ៥.៣៥នាក់(ដែលក្នុងនោះសមាជិក២.៦៦នាក់ជាបុរស និង២.៦៩នាក់ជាស្ត្រី)។ ចំនួនសមាជិកជាមធ្យមដែលអាចរកចំណូលបានមាន២.៩១នាក់ក្នុងមួយគ្រួសារ និងគ្រួសារដែលមានប័ណ្ណក្រីក្រមានចំនួន២៨.៧% បើប្រៀបធៀបជាមួយការអង្កេតដើមគ្រាគឺមាន៣១%។ ក្នុងការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធីមាន ៣៦៩គ្រួសារ (១៤%) មកពី៨ជនជាតិដើមភាគតិចដែលក្នុងនោះ ទំពួន ព្នង និងចារាយ ជាក្រុមដែលធំជាងគេស្មើនឹង៦៥%នៃជនជាតិដើមភាគតិចដែលបានធ្វើសម្ភាស។

ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជមានអាយុជាមធ្យម៣០ឆ្នាំ ហើយស្ត្រីរៀបការរួចស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជមាន ៧៧.៩%ចំពោះការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី និង៧២.៦%ការអង្កេតដើមគ្រា។ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលនៅលីវមានចំនួន១៧.៦% ហើយក្នុងនោះមានតែស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជមិនទាន់រៀបការតែ១.២% ប៉ុណ្ណោះដែលរស់នៅជាមួយដៃគូរួមភេទ។

ផ្អែកតាមការប្រើប្រាស់បញ្ជីសំណួរក្រុមវ៉ាស៊ិនតោនអំពីពិការភាព អ្នកផ្តល់ចម្លើយ១៨.៩% បង្ហាញថា ពួកគេមានរការចុះខ្សោយមុខងារខ្លះ[1](functional impairment) និងមានតែ០.៦%ប៉ុណ្ណោះ

[1] ការចុះខ្សោយមុខងារខ្លះ (ពិការភាពខ្លះ) សំដៅលើការចុះខ្សោយមុខងារណាមួយក្នុងចំណោម៦មុខងារ CDC National Center for Health Statistics, 2006: Overview of implementation protocols for testing the Washington

ដែលមានភាពចុះខ្សោយមុខងារធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាព(មានភាពលំបាកខ្លាំង ឬមិនអាចធ្វើអ្វីបានទាំងអស់)។

ផែនការគ្រួសារ

ចំណេះដឹងពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត រួមទាំងមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបមានការយល់ដឹងស្ទើរតែគ្រប់គ្នាទាំងអស់ ក៏ប៉ុន្តែចំណេះដឹងពីមធ្យោបាយនីមួយៗដូចជា ចងបំពង់បង្ហូរមេជីវិតបុរស ស្រោមអនាម័យស្ត្រី វិធីបំបៅដោះកូនកុំឲ្យមានរដូវ មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបន្ទាន់ និងមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណពីរនៅតែមានការយល់ដឹងទាបនៅឡើយ។ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបទាំងពីរតំបន់ មានការកើនឡើងខុសគ្នាជាអត្ថន័យ ពី២៦.៧%ចំពោះការអង្កេតដើមគ្រា ទៅ៣១.៣%ចំពោះការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី។ ការកើនឡើងនេះក៏កើតមានផងដែរចំពោះក្រុមងាយរងគ្រោះ(ស្ត្រីជនជាតិដើមភាគតិច ស្ត្រីដែលមានប្រព័ន្ធមុខងារខ្លះចុះខ្សោយ និងស្ត្រីក្រីក្រ) និងទាំង៨ខេត្តដែលបានសិក្សា។ មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបដែលប្រើច្រើនជាងគេគឺ ថ្នាំគ្រាប់លេបរាល់ថ្ងៃ បន្ទាប់មកថ្នាំចាក់ និងកងដាក់ក្នុងស្បូន។ វិធីដកលឹង្គចេញ(ចាក់ទឹកក្រៅពាង) ដែលជាមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណក៏មានការកើនឡើងខ្ពស់ដែរ។ សម្រាប់ស្ត្រីរៀបការរួចក្នុងវ័យបន្តពូជដែលកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបមានការកើនឡើងពី៣៦.៦%ចំពោះការអង្កេតដើមគ្រា ទៅ៤០.៧%ចំពោះការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី ដែលឈានដល់កម្រិតប្រហាក់ប្រហែលជាមួយនឹងមធ្យមថ្នាក់ជាតិបាន។ អត្រាអ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង ឬអចិន្ត្រៃយ៍ក៏មានការកើនឡើងដែររវាងការអង្កេតទាំងពីរ ក៏ប៉ុន្តែគ្មានការខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិនោះទេ($p>0.05$)។

ការមានផ្ទៃពោះ ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល និងការសម្រាលកូន

ក្នុងរយៈពេល២៤ខែចុងក្រោយមុនពេលសម្ភាស ភាគរយស្ត្រីដែលសម្រាលកូនរស់បានពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី៤(ANC4)ក្នុងតំបន់១មានការកើនឡើងពី៤៧%ពេលធ្វើអង្កេតដើមគ្រា ទៅ៥៥.៤%ពេលអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី ដែលការកើនឡើងនេះខុសគ្នាជាអត្ថន័យ($p<0.05$) ហើយការកើនឡើងនេះមាននៅទាំង៤ខេត្តក្នុងតំបន់១។ ភាគរយស្ត្រីសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ និងស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាមួយនឹងឆ្មបជំនាញក្នុងតំបន់១ ក៏មានការកើនឡើងខ្ពស់ខុសគ្នាជាអត្ថន័យ($p<0.001$) ៥៨.៨% និង៥៥.៤%សម្រាប់ការអង្កេតដើមគ្រា និង៧២.២% និង៧១%សម្រាប់ការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី។ អ្វីដែលគួរឲ្យចាប់អារម្មណ៍ជាងនេះទៅទៀតនោះគឺការកើនឡើងក៏មានក្នុងចំណោមស្ត្រីងាយរងគ្រោះក្នុងខេត្តទាំង៤ផងដែរ។

Group short set of questions on disability. Atlanta, USA. www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_questions.htm

ទារកទើបនឹងកើត និងការថែទាំក្រោយសម្រាល

ទារកទើបនឹងកើតដែលមានទម្ងន់ស្រាលជាង២.៥គ.ក មានការថយចុះតិចតួចប៉ុណ្ណោះពី ៥.៧%ទៅ៥.៣% ហើយការថយចុះនេះ គ្មានការខុសគ្នាជាអត្ថន័យនោះទេ($p>0.05$)។ ស្ត្រីសម្រាលកូនរស់ក្នុងរយៈពេល២៤ខែមុនពេលធ្វើសម្ភាសដែលបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាល២ដង ឬលើសក្នុងតំបន់១ធ្លាក់ចុះពី៤០.៦% ទៅ១៦.៩%($p<0.001$) ទាំងនេះដោយសារការផ្លាស់ប្តូរនិយមន័យរបស់សូចនាករ។

ការរំលូតកូន និងការថែទាំក្រោយរំលូត

ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានធ្វើសម្ភាសទាំងអស់ មានតែស្ត្រី១០៣នាក់(៣.២%)ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានធ្វើការរំលូតកូនក្នុងរយៈពេល២៤ខែមុនពេលសម្ភាស និងប្រៀបធៀបជាមួយការអង្កេតដើមគ្រាមានចំនួន៧៥នាក់(២.៧%)។ ភាគច្រើននៃការរំលូតកូនសម្រាប់ការអង្កេតទាំងពីរធ្វើនៅពេទ្យគ្លីនិក ឬបន្ទប់ព្យាបាលជម្ងឺឯកជន និងនៅផ្ទះស្ត្រីផ្ទាល់តែម្តង។ ចំណេះដឹងអំពីទីកន្លែងដែលផ្តល់សេវារំលូតដោយសុវត្ថិភាពនៅពេលដែលពួកគេត្រូវការ មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់ពី ៦១.៥%ទៅ៧២.១%។ ស្ត្រីដែលដឹងថាការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់មាន១២.២% ពេលអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី និង១១.៧% អង្កេតដើមគ្រា ប៉ុន្តែភាពខុសគ្នានេះមិនមានអត្ថន័យជាស្ថិតិនោះទេ។

ការប្រើប្រាស់សេវា ការពេញចិត្ត ការចំណាយ និងការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

ស្រដៀងគ្នាជាមួយនឹងការអង្កេតដើមគ្រាដែរ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ៩៤.៣%ដែលបានធ្វើការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី បានប្រើប្រាស់យ៉ាងតិចណាស់សេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក ក្នុងរយៈពេល១២ខែ មុនពេលធ្វើសម្ភាស។

អ្នកដែលប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក ក្នុងរយៈពេល១២ខែមុនសម្ភាសដែលបានបញ្ជូនតាមរយៈប្រព័ន្ធបញ្ជូនសហគមន៍ មានការកើនឡើងខុសគ្នាជាអត្ថន័យស្ថិតិពី៨.៥% ទៅ២៤.៩%($p<0.001$)។ យើងក៏បានរកឃើញការកើនឡើងស្រដៀងគ្នាសម្រាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះទាំង៣ដែរ ហើយក្រុមដែលមានកំណើនខ្ពស់ជាងគេ គឺក្រុមជនជាតិដើមភាគតិចកើនពី៦.៥%ទៅ៣៥.៤%។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរក្នុងអំឡុងពេល១២ខែមុនពេលធ្វើអង្កេត ភាគរយអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកដែលបានទទួលការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុយ៉ាងតិចម្តងនៅក្នុងការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី(១៤.៧%) មានចំនួនច្រើនជាងការអង្កេតដើមគ្រា(១០.៣%) ដែលតួលេខនេះបង្ហាញនូវភាពខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិ($p=0.001$)។ មូលនិធិសមធម៌ត្រូវបានប្រើប្រាស់ច្រើនជាងគេ(ជិត៩០%នៃអ្នកប្រើប្រាស់)។ វាក៏មានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាផងដែរសម្រាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះ លើកលែងក្រុមក្រីក្រដែលអត្រាគាំទ្រហាក់ដូចជា

គ្មានការកើនឡើងសម្រាប់ការអង្កេតទាំងពីរ(អង្កេតដើមគ្រា២១.៥% និងអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី ២២%)។ បើទោះបីជាការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមានការកើនឡើងក៏ដោយ ប៉ុន្តែអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកដែលមិនចំណាយប្រាក់ពីហោប៉ៅទាល់តែសោះនោះមានចំនួនតិចជាងការអង្កេតជាមូលដ្ឋាន។ ចំនួនប្រាក់ពីហោប៉ៅដែលអ្នកប្រើប្រាស់ម្នាក់ត្រូវចំណាយហាក់ដូចជាមានការកើនឡើង(ជាមធ្យម$៨.០០អង្កេតដើមគ្រា និង$៨.៨អង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី)។

ចំណេះដឹងពីសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក និងភាពជឿជាក់លើខ្លួនឯង

ស្ត្រីដែលអាចកំណត់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះបានយ៉ាងតិច៥ មានការកើនឡើងខុសគ្នាជាអត្ថន័យ(p<0.001) ពី៣%សម្រាប់ការអង្កេតដើមគ្រា និង៨.៥%សម្រាប់ការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី។ យើងក៏បានសង្កេតឃើញផងដែរពីកំណើនក្នុងចំណោមក្រុមស្ត្រីងាយរងគ្រោះ ប៉ុន្តែសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានប្រព័ន្ធមុខងារខ្លះចុះខ្សោយមិនមានលក្ខណៈខុសគ្នាជាអត្ថន័យនោះទេ។ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលអាចកំណត់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកទើបនឹងកើតបានយ៉ាងតិច៣មាន ការកើនឡើងខុសគ្នាជាអត្ថន័យ(p<0.001)ពី១១.៣៥ ទៅ២៨.១%។ ស្ត្រីដែលគិតថាខ្លួនឯងមានសិទ្ធិអំណាច ឬភាពជឿជាក់ក្នុងការពិភាក្សា និងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបក៏មានការកើនឡើងខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិដែរ គឺពី២៥.៣%ពេលអង្កេតដើមគ្រា និង៣២.៣%អង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធី(p<0.001)។ ការកើនឡើងនេះក៏កើតមានចំពោះក្រុមស្ត្រីងាយរងគ្រោះដែរ ក៏ប៉ុន្តែភាពខុសគ្នាសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានពីក្រុមជនជាតិដើមភាគតិចគ្មានការខុសគ្នាជាអត្ថន័យនោះទេ។

ការវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានដំណើរការសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC)

លទ្ធផលពីការវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានដំណើរការសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន បានបង្ហាញពីការកើនឡើងនូវពិន្ទុជាមធ្យមចំពោះមណ្ឌលសុខភាពទាំង៧ដែលបានវាយតម្លៃ។ ក្នុងចំណោមពិន្ទុសរុប៣៥ ការវាយតម្លៃជាមូលដ្ឋានទទួលបានពិន្ទុ២៧.៧(៧៩.២%) និង៣០.៤(៨៦.៩%)សម្រាប់ការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធី។ ទោះបីជាយ៉ាណាក៏ដោយ គ្មានមណ្ឌលសុខភាពណាមួយមានដំណើរការ BEmONC ពេញលេញនោះទេ។

លទ្ធផលពីសម្ភាសជាមួយប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ និងការវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC)

គ្រប់ប្រធានផ្នែកគាំពារមាតា និងទារកស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់ដែលបានធ្វើសម្ភាសក្នុងតំបន់១ បានបង្ហាញពីកំណើនគួរឲ្យកត់សម្គាល់ពីការផ្តល់សេវា និងការគ្រប់ដណ្តប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក និងBEmONC ក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិរបស់ពួកគេបន្ទាប់ពីកម្មវិធី PSL បានចាប់ផ្តើមនៅចុងឆ្នាំ២០១៣។ សកម្មភាព និងអន្តរាគមន៍ដែលPSLបានគាំទ្ររួមមាន គាំទ្រការបណ្តុះបណ្តាលការអនុវត្តជាក់ស្តែង ប្រជុំសម្ព័ន្ធក្រុមឆ្មប និងអភិបាលកិច្ចដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាព និងជំនាញឆ្មប ការគាំទ្របន្ថែម និងចាំបាច់របស់កម្មវិធីPSLមានទាំងគ្រឿងបរិក្ខារ សម្ភារ ព្រមទាំងរបស់ប្រើប្រាស់។ PSLក៏បានគាំទ្របណ្តាញផ្សព្វផ្សាយសហគមន៍ និងប្រព័ន្ធបញ្ជូន និងសកម្មភាពផ្តួចផ្តើមរបស់PSL ដូចជា ការលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រីដែលមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។ ការគាំទ្រទាំងនេះបានចូលរួមចំណែកក្នុងធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក។

តាមរយៈលទ្ធផលនៃសម្ភាសក៏បានបង្ហាញនូវឧបសគ្គ និងបញ្ហាប្រឈមមួយចំនួនដែលនៅសេសសល់ រួមមាន សមត្ថភាព និងជំនាញរបស់ឆ្មបមួយចំនួននៅមានកម្រិតនៅឡើយក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក និងBEmONC ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគនៅពេលសម្រាលនៅខ្វះខាតនៅឡើយ ខ្វះការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារ និងបរិក្ខារមួយចំនួន ផ្លូវមានការលំបាកក្នុងការធ្វើដំណើរ និងខ្វះមធ្យោបាយសម្រាប់បញ្ជូន ព្រមទាំងខ្វះម៉ូតូសម្រាប់បុគ្គលិកចុះមូលដ្ឋាន ខ្វះសេវាសុខភាពបន្តពូជ ដែលផ្តល់ឲ្យជាពិសេសដោយមណ្ឌលសុខភាពសម្រាប់យុវជន និងក្មេងជំទង់ ព្រមទាំងគ្មានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នារវាងអង្គការដៃគូPSLក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងសម្ភារ។ អ្នកផ្តល់ចម្លើយទាំងអស់ពេញចិត្តយ៉ាងខ្លាំងចំពោះការគាំទ្ររបស់កម្មវិធី PSL និងចង់ឲ្យកម្មវិធីនៅបន្តសកម្មភាព ព្រមទាំងពង្រីកទៅមណ្ឌលសុខភាពដែលមិនទាន់បានទទួលការគាំទ្រពីកម្មវិធីនៅឆ្នាំបន្ទាប់។

សន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍

ការរីកចម្រើនចំណេះដឹង ការប្រើប្រាស់ ឬការគ្រប់ដណ្តប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក រួមទាំងការទទួលបានការគាំទ្រប្រព័ន្ធបញ្ជូនសហគមន៍ និងការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរវាងការអង្កេតទាំងពីរសម្រាប់សូចនាករ១០ក្នុងចំណោម១៦ ប្លូករួមទាំងលទ្ធផលពីការសិក្សាទិន្ន-ន័យជាគុណភាពបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ពីកំណើនយ៉ាងខ្លាំងនូវការរីកចម្រើន សេវាសុខភាពបន្តពូជ

សុខភាពមាតា និងទារកក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំនេះហើយក្នុងនោះការគាំទ្ររបស់ PSL ជាការចូលរួមមួយដ៏មានសារៈសំខាន់ក្នុងចំណោមកម្មវិធីដទៃទៀតក្នុងការរីកចម្រើននេះ។

សូចនាករភាគច្រើនដូចជា ភាគរយនៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប ភាគរយស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាមួយឆ្មបជំនាញ ភាគរយស្ត្រីសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ ភាគរយស្ត្រីដែលបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលបានទទួលការប្រឹក្សាយោបល់ពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប និងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់រវាងការអង្កេតទាំងពីរ។ ចំណេះដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់សញ្ញាយ៉ាងតិច៥ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់យ៉ាងតិច៣របស់ទារកទើបនឹងកើតក៏មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់ដែរ។ ភាគរយអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកក្នុងអំឡុងពេល១២ខែមុនពេលធ្វើសម្ភាសដែលបានបញ្ជូនតាមរយៈប្រព័ន្ធបញ្ជូនសហគមន៍ និងដែលបានទទួលការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ក៏ដូចជាភាគរយស្ត្រីដែលស្ត្រីដែលគិតថាខ្លួនឯងមានសិទ្ធិអំណាច ឬមានភាពជឿជាក់ក្នុងការពិភាក្សា និងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបជាមួយដៃគូមានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ ការកើនឡើងនេះក៏កើតមានចំពោះក្រុមស្ត្រីងាយរងគ្រោះផងដែរ រួមទាំងក្រុមដែលមកពីជនជាតិដើមភាគតិច ក្រុមដែលមានប្រព័ន្ធមុខងារខ្លះចុះខ្សោយ និងក្រុមស្ត្រីដែលមកពីគ្រួសារក្រីក្រ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការកើនឡើងនេះគ្មានលក្ខណៈខុសគ្នាជាអត្ថន័យតាមបែបស្ថិតិសម្រាប់សូចនាករដទៃទៀតដូចជា ភាគរយទារកទើបនឹងកើតមានទម្ងន់ស្រាលជាង២.៥គ.ក ភាគរយស្ត្រីប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង ឬអចិន្ត្រៃយ៍ ភាគរយស្ត្រីដែលដឹងថាការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់ និងភាគរយមណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការBEmONC។ PNC2 និងភាគរយប្រជាជនតំបន់គោលដៅដែលពេញចិត្តយ៉ាងខ្លាំងជាមួយសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកដែលទទួលបាន មានការថយចុះគួរឲ្យគត់សម្គាល់ មូលហេតុមួយចំនួនគឺដោយសារការផ្លាស់ប្តូរនិយមន័យ។

ខាងក្រោមនេះជាអនុសាសន៍មួយចំនួនសម្រាប់PSL ក្នុងការធ្វើផែនការ និងអនុវត្តសកម្មភាពក្នុងឆ្នាំទី៤ និងទី៥ ក្នុងគោលបំណងបំពេញនូវកង្វះខាតដែលបានរកឃើញ ដើម្បីបង្កើនសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក ក្នុងតំបន់គោលដៅ ក៏ដូចជាចូលរួមចំណែកក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារកក្នុងប្រទេសកម្ពុជា:

- ការពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូនដែលPSL បានគាំទ្រ ជាពិសេស ក្លិបស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ក្លិបបុរស ក្រុមអ្នកស្តាប់ និងពិភាក្សា ឯកសារអប់រំផ្សព្វផ្សាយនានា ការផ្សព្វផ្សាយតាមវិទ្យុ សារតាមទូរស័ព្ទ និងhotline មិនត្រឹមតែពង្រឹងសូចនាករប្រព័ន្ធបញ្ជូនប៉ុណ្ណោះទេ ថែមទាំងពង្រីកចំណេះដឹងរបស់ស្ត្រី (ចំណេះដឹងពីសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់

របស់ទារកទើបនឹងកើត និងចំណេះដឹងពីភាពស្របច្បាប់នៃការរំលូតកូន) និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក។

- ស្របជាមួយនឹងអាទិភាពថ្នាក់ជាតិ និងការផ្តោតលើគម្រោងសមធម៌ និងកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាល PSL គួរបន្តចាត់អាទិភាពអន្តរាគមន៍ដើម្បីពង្រឹងគុណភាពសេវា សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈក្នុងតំបន់គោលដៅ (រួមបញ្ចូលទាំងពង្រឹងវិធានការការពារ និងគ្រប់គ្រងការចម្លងរោគ និងពង្រឹងសមត្ថភាពឆ្មប ដូចដែលបានស្នើឡើងនៅខាងលើ)។
- ការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្តទៀតដើម្បីធ្វើឲ្យមណ្ឌលសុខភាពBEmONCទាំង៧ដំណើរការមុខងារពេញលេញ កំពុងតែជួបបញ្ហាប្រឈម និងហាក់ដូចជាមិនអាចទៅរួចនោះទេក្នុងរយៈពេលខ្លី ដូច្នេះ PSLគួរពិចារណាគាំទ្រការបញ្ជូនទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ទន្ទឹមនឹងការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្តពង្រឹងមណ្ឌលសុខភាព BEmONC ទាំងនេះ។
- ដោយមើលឃើញពីសារៈសំខាន់ដើម្បីបំពេញនូវតម្រូវការសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក ជាពិសេសសម្រាប់យុវជន និងក្មេងជំទង់ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក កម្មវិធីPSLគួរពិចារណាគាំទ្រការពង្រីកគម្រូមានស្រាប់ដែលគាំទ្រដោយUN សម្រាប់សេវាយុវជន និងក្មេងជំទង់(មជ្ឈមណ្ឌលយុវជន) ដែលមាននៅមណ្ឌលសុខភាពមួយចំនួនក្នុងខេត្តក្រចេះ និងខេត្តស្ទឹងត្រែង រួមជាមួយនឹងការផ្តល់សេវាចុះតាមមូលដ្ឋាន និងមិត្តអប់រំមិត្តដែលបានរៀបចំឡើងជាពិសេសសម្រាប់ក្រុមទាំងនេះ។
- ក្នុងតំបន់១ PSLមិនបានគាំទ្រគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពនោះទេ ទន្ទឹមនឹងការពង្រឹងការគាំទ្របន្ថែមលើតំបន់គ្របដណ្តប់បច្ចុប្បន្ន កម្មវិធីPSLគួរពង្រីកការគាំទ្រទាំងផ្នែកបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុទៅមណ្ឌលសុខភាពដទៃទៀតដែលមិនទាន់ទទួលបានការគាំទ្រព្រោះវាមានសារៈសំខាន់ដើម្បីឲ្យសូចនាកររបស់ PSLមានការកើនឡើង។
- សម្រាប់ការអង្កេតវាយតម្លៃបញ្ចប់កម្មវិធី អ្នកស្រាវជ្រាវគួរពិចារណាដោះស្រាយបញ្ហា "ដែនកំណត់" (limitation) ដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងរបាយការណ៍វាយតម្លៃពាក់កណ្តាលកម្មវិធីជាពិសេស ភាពមិនស្របគ្នា(discrepancy)រវាងការអង្កេតដើមគ្រានិងការអង្កេតពាក់កណ្តាលកម្មវិធីចំពោះការចុះខ្សោយមុខងារ និងការពេញចិត្តរបស់អ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក និងនិយមន័យPNC2 ក្នុងពេលសិក្សា រួមទាំងពេលរៀបចំការបណ្តុះបណ្តាល ប្រមូលទិន្នន័យ និងវិភាគទិន្នន័យ។