ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅ

ស្តីពី

សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធទទួលបានសេវាសុខភាពយុវវ័យ កម្ពុជា

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

ក្រសួងផែនការ

អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាល

ភ្នំពេញ, កម្ពុជា

កញ្ញា 2016

របាយការណ៍នេះបង្ហាញពីរបកគម្ហើញលទ្ធផលការវិភាគទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ពីអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពកម្ពុជា ដែលបានធ្វើនៅឆ្នាំ 2000 ដល់ 2014, ក្រោមការគាំទ្រហិរញ្ញវត្ថុពីមូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន (UNFPA) និងនាយកដ្ឋានកិច្ចការបរទេស និងពាណិជ្ជកម្មអូស្រ្តាលី Australian-DFAT ។ សម្រាប់ពត៌មានបន្ថែមអំពីការអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) សូមទំនាក់ទំនងវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ 386 មហាវិថីព្រះមុនីវង្សសង្កាត់បឹងកេងកង1ខណ្ឌចំការមន រាជធានីភ្នំពេញ, កម្ពុជា ទូរស័ព្ទ: (855) 23213650 អ៊ីម៉ែល: linahang2002@gmail.comអ៊ីនធើណេត: www.nis.gov.kh

សេចក្តីស្នើ:

អ្នកនិពន្ធ "សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធទទួលបានសេវាសុខភាពយុវវ័យកម្ពុជាឆ្នាំ 2000 - 2014 ពីទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពកម្ពុជា " 2015 ភ្នំពេញ កម្ពុជា: មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន (UNFPA) និងវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ។

មាតិកា

បញ្ជីតារាង iv

បញ្ជីរូបភាព vi

បុព្វកថា vii

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ ix

សេចក្តីសង្ខេប x

1 **សេចក្តីផ្តើម** 14

1.1 ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ 14

1.2 សុខភាពបន្តពូជ និងគោលនយោបាយជាតិសុខភាពបន្តពូជ និងកម្មវិធីអាទិភាពសម្រាប់យុវវ័យ 15

1.3 យុវវ័យ និងសុខភាពបន្តពូជ 17

1.4 ឥរិយាបទក្នុងការរួមភេទ 19

1.5 អាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាព 21

1.6 ការមានផ្ទៃពោះ និងការផ្តល់កំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យ 22

1.7 ការរំលូតកូន 24

1.8 ផែនការគ្រួសារ 27

1.9 ជំងឺកាមរោគ និងមេរោគហ៊ីវ 30

1.10 ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ 34

1.11 សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធទទួលបានសេវាសុខភាពសម្រាប់យុវវ័យ 36

2 **ទិន្នន័យ និងវិធីសាស្ត្រ** 40

2.1 ទិន្នន័យ 40

2.2 វិធីសាស្ត្រ 41

2.3 និយមន័យអំពីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ និងយុវជន 42

3 **លទ្ធផលសំខាន់ៗ** 46

3.1 ចរិតលក្ខណ:អង្កេតសម្រាប់យុវវ័យអាយុ 15 - 24 ឆ្នាំ 46

3.2 អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងឥរិយាបទក្នុងការរួមភេទ 51

3.2.1 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ 51

3.2.2 ការរួមភេទតាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ 53
3.2.3 អាយុរួមភេទលើកដំបូង 54
3.2.4 វិសមភាពអាយុដៃគូរួមភេទ 57
3.2.5 ទំនាក់ទំនងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុត 58
ប៉ាន់ស្មានតាមចំនួនតិចជាង 25 មិនប្រើមេគុណអង្កេត 58
3.2.6 ការប្រើស្រោមអនាម័យជាមួយដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុត 58
3.2.7 ចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយពីការឆ្លងហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ 61
3.2.8 ជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ 66
3.3 ផែនការគ្រួសារ និងការពន្យារកំណើត 66
3.3.1 ការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើបបច្ចុប្បន្ន 66
3.3.2 ការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតចំរុះបច្ចុប្បន្ន 69
3.3.3 មូលហេតុផ្លាស់ប្តូរប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត 69
តារាង 3.11 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត និងមូលហេតុឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតតាមវិធីសាស្ត្រនោះCDHS2014 70
3.3.4 តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ 71
3.4 ការមានផ្ទៃពោះ និងភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ 75
3.4.1 លទ្ធភាពមានកូនរបស់យុវវ័យ 75
3.4.2 ភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ 75
3.4.3 អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ 77
3.4.4 ការរំលូតកូន 81
3.5 ការថែទាំសុខភាពមាតា 83
3.5.1 ការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌ 83
3.5.2 ការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលសម្រាល 88
3.5.3 ការរំលូតកូន 89
4 **ពិភាក្សា និងសន្និដ្ឋាន** 94

4.1 និន្នាការអាយុ អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការរួមភេទ 94
4.2 ការមានគត៌ និងភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ 96
4.3 ជំងឺកាមរោគ ហ៊ីវ និងការប្រើស្រោមអនាម័យ 98
4.4 ផែនការគ្រួសារ និងការពន្យាកំណើត 100
4.5 សុខភាពមាតា 102
5 **ឯកសារយោង** 104

បញ្ជីតារាង

តារាង 2.1 ទំហំសំណាកគំរូយុវវ័យអាយុ (15-24) សម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាភាគបែងក្នុងរបាយការណ៍កម្ពុជា DHS 2000-2014…………………………………………………………………………..41

តារាង 3.1 ចរិតលក្ខណៈយុវវ័យស្ត្រី និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ……………………………………. 48

តារាង 3.2 ចរិតលក្ខណៈអង្កេតយុវវ័យបុរស និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ……………………………..50

តារាង 3.3 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍………………………………………………………………..53

តារាង 3.4 ស្ថានភាពអពាហ៍ពិពាហ៍តាមភេទ…………………………………………………………..54

តារាង 3.5 សកម្មភាពរួមភេទតាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍………………………………………. 57

តារាង3.6: ការរួមភេទលើកដំបូងតាមអាយុជាក់លាក់……………………………………………..57

តារាង 3.7 ទំនាក់ទំនងដៃគូចុងក្រោយបំផុត……………………………………………………………59

តារាង 3.8 ការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទចុងក្រោយ…………………………………………..61

តារាង 3.9: ចំណេះដឹងអំពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍……………………………………………………..65

តារាង 3.10 វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត…………………………………………………………………..69

តារាង 3.11 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត និងមូលហេតុឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតតាមវិធីសាស្ត្រនោះCDHS2014…………………71

តារាង 3.12: ចរិតលក្ខណៈស្ត្រី វ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំមានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារ……………………………………………………………………………………..73

តារាង 3.13: ការផ្តល់កំណើតរបស់យុវវ័យ…………………………………………………………..79

តារាង 3.14: ភាគរយស្ត្រីក្មេង និងយុវជនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 15-24 ឆ្នាំ ផ្តល់កំណើតមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងរយៈពេល 9 ខែនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងយ៉ាង (ជិត) ហោចណា9 ខែបន្ទាប់ពីអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមសាវតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា DHS 2000-2014……………………………………………………………………………..80

តារាង3.15 ភាគរយនិងចំនួនដងនៃការរំលូតកូនម្តងឬច្រើនជាងក្នុងជីវិតក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 CDHS 2010-2014………………………………………………….. …83

តារាង3.16ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ2024ឆ្នាំដែលធ្លាប់មានផ្ទៃពោះហើយបានរំលូតកូនក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំមុនអង្កេតតាមវិធីសាស្ត្ររំលូត CDHS 2010-2014…………………………83

តារាង 3.17 ការពិនិត្យពោះអំឡុងពេលមានគត៌…………………………………………………..85

តារាង 3.18: ចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងពេលមានគត៌ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ……………………………………………………………..87
តារាង 3.19: ចំនួនខែដែលទទួលបានការពិនិត្យផ្ទៃពោះដំបូងរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេង 15-24 ឆ្នាំ នៃការមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ CDHS 200-2014…………………………………………..89
តារាង 3.20 អ្នកជួយអំឡុងពេលសម្រាល………………………………………………..91
តារាង 3.21 អ្នកជួយអំឡុងពេលរំលូតកូន……………………………………………..93

បញ្ជីរូបភាព

រូបភាព 3.1 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ ដែលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមអាយុជាក់លាក់ 15 18 និង20 ឆ្នាំ 54

រូបភាព 3.2 អាយុមធ្យមដៃគូរួមភេទចុងក្រោយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងតាមអាយុ: 2010-2014.....58

រូបភាព 3.3 : អាយុផ្សេងគ្នាគិតជាមធ្យមរវាងស្ត្រីវ័យក្មេង និងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយ 2010-2014……………..58

រូបភាព 3.4 ភាគរយយុវវ័យបុរសដែលមានសកម្មភាពរួមភេទអាយុ18-24 ឆ្នាំ បានប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទចុងក្រោយតាមឆ្នាំអង្កេត..62

រូបភាព 3.5 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអពីកត្តាហានិភ័យមេរោគហ៊ីវ...64

រូបភាព 3.6 ភាគរយបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអពីកន្តា ហានិភ័យមេរោគហ៊ីវ..64

រូបភាព 3.7ការបែងចែកភាគរយយុវវ័យ និងយុវជនអាយុ15-24ឆ្នាំ រាយការណ៍ពីជំងឺកាមរោគនិងឬ/រោគសញ្ញាកាមរោគរយៈពេល 12ខែមុនអង្កេត CDHS 2000-2014………........67

រូបភាព 3.8 ការបែងចែកភាគរយដែលមានសកម្មភាពរួមភេទយុវវ័យ និងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំតាមវិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើត និងឆ្នាំអង្កេត..68

រូបភាព 3.9 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងមានសកម្មភាពរួមភេទអាយុ15-24ឆ្នាំCកំពុងប្រើវិធសាស្រ្តពន្យារកំណើត DHS 2014...70

រូបភាព 3.10 អត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនតាមអាយុជាក់លាក់សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងនៅទីប្រជុំជន និងជនបទតាមក្រុមអាយុ កម្ពុជា 2000 -2014…………………………………………..76

បុព្វកថា

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ត្រូវបានប្រមូលប្រកបដោយគុណភាពលើចរិតលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជា។ ទិន្នន័យនេះផ្តល់ឲ្យអ្នកស្រាវជ្រាវធ្វើការវិភាគស៊ីជម្រៅលើបញ្ហាទាក់ទងនឹងលក្ខខ័ណ្ឌប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពប្រជាជនកម្ពុជា និងផ្តល់ជូនដល់អ្នករៀបចំគោលនយោបាយ តាមរយៈលទ្ធផលផ្អែកលើភស្តុតាងដល់កម្មវិធីជាតិ និងគម្រោងនានា ។

របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅផ្តោតលើ **"សុខភាពបន្តពូជនិងសិទ្ធទទួលបានសេវាសុខភាព យុវវ័យកម្ពុជាឆ្នាំ2000-2014"** ។ ការវិភាគបង្ហាញការខុសគ្នាពីនិន្នាការស្ថានភាពទទួលបានសេវា និងលទ្ធផលសុខភាពបន្តពូជក្នុងចំណោមយុវវ័យ និងយុវជនបច្ចុប្បន្ន ។ របាយការណ៍នេះផ្តោតជាពិសេសប្រធានបទសំខាន់ៗដូចជាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងឥរិយាបថនៃការរួមភេទ ផែនការគ្រួសារ និងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត ការមានផ្ទៃពោះយុវវ័យ និងភាពជាមាតា ចំណេះដឹងស្តីពីមេរោគហ៊ីវ និងជំងឺអេដស៍ និងរោគសញ្ញានៃការឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STIs) ក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ។ ការវិភាគធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាមក្រុមអាយុ ទីប្រជុំជន ជនបទ រាជធានី ខេត្ត ឬតំបន់នៅកម្ពុជា កម្រិតសិក្សាអប់រំ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គម យេនឌ័រ និងសាសនា ។

របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅនេះត្រូវបានរៀបចំ និងពិគ្រោះយោបល់រវាងមូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្រសួងផែនការ និងអគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាលក្រសួងសុខាភិបាល ។

តាងនាមឲ្យក្រសួងផែនការ និងក្រសួងសុខាភិបាល ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះមូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន និងនាយកដ្ឋានកិច្ចការបរទេស និងពាណិជ្ជកម្មអូស្ត្រាលី ដែលបានផ្តល់ការគាំទ្រទាំងផ្នែកបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់រៀបចំការរបាយការណ៍វិភាគនេះ។ សូមថ្លែងអំណរគុណដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ក្រុមការងារវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្រសួងផែនការ និងអគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលបានសហការក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៍នេះ ។

ខ្ញុំរំពឹងទុកថាលទ្ធផលនៃការវិភាគនេះនឹងបង្កើនការយល់ដឹងអំពីបញ្ហាសំខាន់នៃសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់យុវវ័យ និងយុវវ័យកម្ពុជា ។ ជាមួយនឹងទិន្នន័យ (CDHS) និងភស្តុតាងរកឃើញទាំងនេះនិងផ្តល់ភាពចាំបាច់សម្រាប់រៀបចំ និងបច្ចុប្បន្នកម្មគោលនយោបាយ កម្មវិធី និងផែនការសុខ

ភាពសមស្របសម្រាប់អ្នករៀបចំផែនការ និងគោលនយោបាយដើម្បីឆ្លើយតបបញ្ហាសុខភាពយុវវ័យ និងយុវវ័យនៅកម្ពុជា។

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ

ខ្ញុំសូមសម្ដែងការកោតសរសើរយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះលោក លោកស្រី ដែលបានរួមចំណែកក្នុងការសរសេររបាយការណ៍នេះ។ សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់ក្រសួងពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលបានរួមចំណែកក្នុងការការផ្ដល់មតិយោបល់លើកទឹកចិត្ត និងការសម្របសម្រួល សរសេររបាយការណ៍នេះ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណ និងកោតសរសើរចំពោះតួនាទីសំខាន់របស់មន្ត្រីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) ក្រសួងផែនការ និងមន្ត្រីអគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាលនៃក្រសួងសុខាភិបាល ។

សូមអរគុណយ៉ាងស្មោះស្មគ្រចំពោះកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ UNFPA ប្រចាំនៅកម្ពុជា ដែលបានផ្ដល់គាំទ្រទាំងស្រុងផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងបច្ចេកទេសដល់ដំណើរការសរសេររបាយការណ៍ការវិភាគស៊ីជម្រៅនេះ ។

សេចក្តីសង្ខេប

កម្ពុជាជាប្រទេសដែលមានប្រជាជនវ័យក្មេងក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ដែលមានប្រជាជនអាយុ 15 ដល់ 24 ឆ្នាំក្នុងអត្រា 22% ។ យុវវ័យមានបញ្ហាប្រឈមជាមួយនឹងបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជដូចជាជំងឺឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទ ការមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានព្រាងទុក ការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព ជំងឺកាមរោគ មេរោគហ៊ីវ និងជំងឺអេដស៍។ បញ្ហាប្រឈមផ្នែកសុខភាពទាំងនេះកើតឡើងដោយសារការខ្វះក្នុងការទទួលបាននូវព័ត៌មានពីសុខភាពបន្តពូជ ចំណេះដឹងសេវាភាពជាដៃគូរយុវជន ការទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំនៅមានកម្រិត (ឧទាហរណ៍ អត្រាចុះឈ្មោះចូលរៀនមានទាប ការបោះបង់សាលាមានអត្រាខ្ពស់ និងអត្រាត្រួតថ្នាក់ខ្ពស់) និងការធ្វើចំណាកស្រុកពីជនបទទៅទីប្រជុំជនដើម្បីស្វែងរកការងារធ្វើ ជាញឹកញាប់កើតមានចំពោះយុវវ័យដែលនាំមកនូវគុណវិបត្តិផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គម ជាពិសេសចំពោះអ្នករស់នៅតំបន់ជនបទ ។ ព័ត៌មានស្តីអំពីសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ និងយុវជន និងព័ត៌មានទូទៅទាក់ទងនឹងក្រុមប្រជាពស្ត្រកម្ពុជានៅមានដែនកំណត់នៅឡើយ ។

គោលបំណងនៃរបាយការណ៍នេះគឺដើម្បីពិនិត្យទិដ្ឋភាពទូទៅនៃស្ថានភាពសុខភាពភេទ និងបន្តពូជយុវវ័យ និងយុវជននៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន ព័ត៌មានដែលទទួលបានពីការវិភាគស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាទាំងបួនលើក (CDHS) ដែលបានធ្វើឡើងនៅឆ្នាំ 2000 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ ការវិភាគលម្អិតលើប្រធានបទដូចជា សុខភាពបន្តពូជ ចរិតលក្ខណៈរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការរួមភេទ ផែនការគ្រួសារ និងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត ការមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យ ភាពជាមាតា និងចំណេះដឹងពីមេរោគហ៊ីវ មេរោគអេដស៍ និងរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ នៃនិន្នាការរយៈពេលដប់ប្រាំឆ្នាំកន្លងមក។ ប្រធានបទនីមួយៗត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាមក្រុមអាយុ ទីកន្លែងស្នាក់នៅ ទីប្រជុំជន/ជនបទ រាជធានី ខេត្តនៅកម្ពុជា កម្រិតសិក្សាអប់រំ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច និងតាមភេទ និងសាសនា។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពធ្វើឡើងតាមពហុវិស័យមិនអាចបង្កើតទំនាក់ទំនងលើអថេរនិមួយៗឡើយ ។

ចំនួនស្ត្រីវ័យក្មេងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មុនអាយុ 20 ឆ្នាំបានធ្លាក់ចុះក្នុងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 តែការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុវ័យក្មេងនៅបន្តមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៅឡើយក្នុងចំណោម យុវវ័យដែលរស់នៅតំបន់ជនបទធៀបនឹងតំបន់ទីប្រជុំជន ។ អត្រាភាគរយរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យជំទង់ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងមានការប្រែប្រួលទៅតាមឆ្នាំអង្កេតនីមួយៗ។ ស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ថាបានចាប់ផ្តើមរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍គឺមានដោយកម្រ ខណៈអត្រានេះ

សង្កេតឃើញថាមានការកើនឡើងក្នុងចំណោមយុវវ័យបុរស។ ដោយឡែកអាយុមធ្យមខុសៗគ្នារវាងស្ត្រីវ័យក្មេងនិងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតបានថយផងដែរ។ ជាមធ្យមមានអាយុខុសគ្នាប្រាំមួយឆ្នាំរវាងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 ឆ្នាំ និងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយរបស់ពួកគេខុសគ្នាបួនឆ្នាំសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ។ ស្ត្រីស្ទើតែទាំងអស់បានរាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយរបស់គេគឺជាប្តី ឬដៃគូស្និទ្ធស្នាលរបស់ពួកគេ បើធៀបនឹងបុរសវ័យក្មេងមានតែមួយភាគបីប៉ុណ្ណោះ ។

មានការធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីកត្តាហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ និងភាគរយនៃបុរសវ័យក្មេងដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីកត្តាហានិភ័យមេរោគហ៊ីវបន្តនៅថេរតាំងពីឆ្នាំ 2005 រហូតដល់ឆ្នាំ 2014 ជាទូទៅអត្រាការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានការធ្លាក់គួរឲ្យកត់សម្គាល់។ បុរសវ័យក្មេងដែលរស់នៅទីប្រជុំជនបានរាយការណ៍ថា អត្រាការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានខ្ពស់បើធៀបជាមួយអ្នករស់នៅតំបន់ជនបទ ហើយអត្រាអ្នកប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យបានកើនឡើងតាមកម្រិតសិក្សាអប់រំ និងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិផងដែរ ។

មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់សម្រាប់ភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេង ដែលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើបសម្រាប់រៀបចំផែនការគ្រួសារ ហើយការកើនឡើងនេះស្របជាមួយនឹងការកើនឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបុរាណដែរ។ ជាក់ស្តែងអ្វីដែលគួរឲ្យកត់សម្គាល់នោះគឺការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបុរាណក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងដែលមានកម្រិតអប់រំខ្ពស់និងមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិខ្ពស់ផងដែរ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយភាគច្រើននៃស្ត្រីវ័យក្មេងដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទគឺមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយទេជាពិសេសក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុក្រោម 20 ឆ្នាំ។

ទោះបីក្នុងកម្រិតប្រជាជនទូទៅមាននិន្នាការធ្លាក់ចុះ សម្រាប់ផែនការគ្រួសារមិនឆ្លើយតបក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងក៏ដោយ ប៉ុន្តែក្នុងចំណោមអ្នកទាំងនេះ យើងបានរកឃើញថាការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបុរាណមានប្រសិទ្ធភាពតិចតួចដែលបានឆ្លើយ ផែនការគ្រួសារនិងគម្លាតនៃការមានកូន។ បើពិនិត្យការមានផ្ទៃពោះមិនបានគ្រោងទុក គឺមានពីរភាគបីក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបុរាណ តួរលេខតម្រូវការមិនឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារគឺមិនមានលក្ខណៈពិតប្រាកដនោះទេ។ អត្រាមានកូនតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ (ASFR) បានធ្លាក់ចុះក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងដែលរស់នៅទីប្រជុំជនប៉ុន្តែតួលេខទាំងនេះមិនបានរកឃើញនៅតំបន់ជនបទឡើយ ដែលជាក់ស្តែងមានការកើនឡើងតិចតួចនៃអត្រាមាន

កូនតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ក្នុងចំណោមស្ត្រីរស់នៅតំបន់ជនបទអាយុក្រោម 20 ឆ្នាំ រវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ មានអត្រាខុសគ្នានៃការផ្តល់កំណើតរវាងទីប្រជុំជន និងជនបទបានធ្លាក់ចុះក្នុងរយៈពេលដប់ប្រាំឆ្នាំកន្លងទៅ និងមានលក្ខណៈផ្ទុយគ្នាខ្លាំងពីទំនាក់ទំនងជាមួយការផ្តល់កំណើត និងកម្រិតសិក្សាអប់រំ។ ស្រដៀងគ្នានេះផងដែរ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមកិច្ចគឺមានលក្ខណៈផ្ទុយបើធៀបនឹងការផ្តល់កំណើត ។

ដូចអ្វីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ គឺភាគច្រើននៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានរាយការណ៍ថាបានរួមភេទជាទូទៅគឺបានកើតឡើងក្រោយពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចតែបើពិនិត្យឲ្យជិតដល់រវាងពេលវេលាការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការមានកូនដំបូងបង្ហាញថាក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងបានផ្តល់កំណើតរយៈពេលប្រាំបីខែបន្ទាប់ពីការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ដូច្នេះភាគច្រើននៃពួកគេមានផ្ទៃពោះនៅអំឡុងពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍។ អត្រានេះបានធ្លាក់ចុះតាំងពីឆ្នាំ 2000 ។ សម្រាប់យុវវ័យអាយុ 15 ដល់ 19 ឆ្នាំមានប្រហែលមួយភាគដប់ដែលមានផ្ទៃពោះនៅពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2010 ហើយករណីនេះបានធ្លាក់មកត្រឹមមួយភាគម្ភៃក្នុងឆ្នាំ 2014 ។

ច្រើនជាងម្នាក់ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងម្ភៃនាក់មានអាយុពី 15 ដល់ 24 ឆ្នាំរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចបានធ្វើការរំលូតកូន និងមានការណែនាំអំពីការរំលូតកូនតាមប្រើថ្នាំដែលឆ្លើយតបនឹងការថយចុះនៃការរំលូតកូនដោយការវះកាត់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការកើនឡើងនៃការរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំស្របជាមួយនឹងការកើនឡើង ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងដែលបានរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំមិនបានបញ្ចប់ពេញលេញដែលតម្រូវឲ្យមានការវះកាត់ជាថ្មី។ ក្នុងឆ្នាំ2014មានស្ត្រីម្នាក់ក្នុងចំណោមដប់នាក់បានប្រើការរំលូតកូនទាំងការប្រើប្រាស់ប្រើថ្នាំផងនិងការវះកាត់ផង។

គោលការណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) លើកឡើងថា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគួរតែទទួលការពិនិត្យការមានផ្ទៃពោះ(ANC)ជាអប្បបរមាបួនដងតាមពេលវេលាជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ តាមទិន្នន័យពីអង្កេតបង្ហាញថា សមាមាត្រស្ត្រីវ័យក្មេងកម្ពុជាដែលមានផ្ទៃពោះនិងបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះ (ANC) យ៉ាងហោចណាស់បានបួនដង បានកើនឡើង និងចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះរវាងសប្តាហ៍ទី 8-12 មានការកើនឡើងជាលំដាប់ផងដែរ។ ស្រដៀងគ្នានេះផងដែរ មានការកើនឡើងនៃយុវវ័យកម្ពុជាដែលបានពិនិត្យផ្ទៃពោះជាមួយបុគ្គលិកដែលមានជំនាញសុខាភិបាល ប៉ុន្តែការពិនិត្យពីពហុជំនាញគួរត្រូវបានកត់ត្រា និងមន្ត្រីមានជំនាញខ្ពស់ក្នុងបញ្ជីនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកថែទាំបឋម។ ប្រការនេះអាច

បណ្តាលមានការប៉ាន់ស្មានលើសនៃផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានជំនាញសុខាភិបាលដែលការពិតពួកគេអាចមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាជាក់ស្តែង ។

ជាទូទៅសូចនាករសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពស្ត្រីវ័យកម្ពុជាមានភាពល្អប្រសើររវាងឆ្នាំ 2000 និង 2014។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយរបាយការណ៍នេះបានកំណត់ពីភាពខុសគ្នាមួយចំនួននៃនិន្នាការទាំងនោះ និងក្រុមគោលដៅដែលមានតម្រូវការចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានការធ្វើអន្តរាគមន៍ដើម្បីធានាថាមានកាលានុវត្តន៍ភាពស្មើគ្នាក្នុងការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនៃសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង។ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពយុវវ័យកម្ពុជាជាបញ្ហាចំពោះមុខដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់គ្រប់កម្រិតរបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំខាន់ៗជាពិសេសក្នុងចំណោមអ្នករៀបចំគោលនយោបាយ។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំខាន់ៗត្រូវមានការប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការបន្តការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងធនធានបច្ចេកទេសដើម្បីធានាបានគ្រប់យុវវ័យជាពិសេសអ្នកមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងចំណោមប្រជាជនដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ អ្នកចំណាកស្រុកពីតំបន់ជនបទទៅទីប្រជុំជន អ្នកដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចទាប យុវវ័យពិការភាព និងអ្នកដែលរស់នៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ដាច់ស្រយ៉ាលអាចទទួលបានសេវាមិត្តភាពយុវជនផងដែរ។ គ្រប់ការធ្វើអន្តរាគមន៍សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់យុវវ័យនិងយុវជនត្រូវអនុលោមតាមគោលការណែនាំសម្រាប់សេវាមិត្តភាពយុវជន និងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃក្នុងដំណើរការទាំងអស់នៃធាតុទាំងនេះ។

1 សេចក្តីផ្តើម

1.1 ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ

យុវវ័យជំនាន់បច្ចុប្បន្នមានសារតា និងប្រវត្តិវែងអន្លាយ។ ជិតពាក់កណ្តាលនៃប្រជាជនពិភពលោកមានអាយុក្រោម 25 ឆ្នាំ (Bearinger et al 2007) ។ ការឆាប់មានផ្ទៃពោះវ័យក្មេងជះឥទ្ធិពលជាអវិជ្ជមានក្នុងហានិភ័យនៃការឆ្លងជំងឺកាមរោគ រាប់បញ្ចូលហ៊ីវ និងជំងឺអេដស៍ ការព្យាបាលសុខភាពប្រជាជននៃទសវត្សរ៍ទីពីរនៃជីវិតមានអត្រាខ្ពស់ជាងក្រុមអាយុផ្សេងទៀត ។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះ យុវវ័យមានក្តីសង្ឃឹមខ្ពស់ក្នុងទំនោរងាករកការប្រឆាំងអត្រាឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STIs) ជំងឺអេដស៍ និងមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេង។ សុខភាពបន្តពូជ និងប្រព័ន្ធលូតលាស់រាងកាយមិនទាន់មានភាពស៊ាំរបស់យុវតីមិនទាន់ពេញវ័យអាចធ្វើឱ្យពួកគេងាយឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍ ការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាលកូនអាយុវ័យក្មេងដែលរាងកាយមិនទាន់លូតលាស់ពេញលេញអាចបង្ករបញ្ហាដល់សុខភាពបន្តពូជដែលបញ្ហានេះមានតិចចំពោះស្ត្រីពេញវ័យ (Marsden & King 2006) ។ កត្តាទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីជាច្រើនបានរួមចំណែកបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះយុវវ័យ ដូចជាភាពវិសមភាពនៃអាយុរបស់ដៃគូរួមភេទ (ក្មេងស្រីអាយុតិច និងដៃគូបុរសអាយុច្រើន) វិសមភាពយេនឌ័រនៅក្នុងទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីសម្រាប់បុរស និងឥរិយាបថស្ត្រីអំពីបញ្ហាផ្លូវភេទ និងការឆាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់ក្មេងស្រី (Godha, Hotchkiss & Gage 2013) ដែលអាចបង្កើនលទ្ធភាពនៃការបង្ខំរួមភេទ (Baltag & Chandra-Mouli 2014) ។ ក្នុងប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមធ្យម (LMICs) ភាគច្រើនផ្តល់ជាសម្ពាធសម្រាប់យុវវ័យមួយចំនួនក្លាយខ្លួនជាអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដែលជាជម្រើសសម្រាប់តម្រូវការស្បៀងអាហារ និងទីជំរកនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ (Nishigaya 2002) ។ យុវវ័យទាំងនេះមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ ការមានផ្ទៃពោះ និងអំពើហិង្សាប៉ុន្តែតែអាចជៀសវាងពីការថែទាំសុខភាពដោយសារការភ័យខ្លាចនៃការធ្វើវិនិច្ឆ័យ ឬការរើសអើង (Sandy ឆ្នាំ 2016) ។

ទោះបីយុវវ័យមានការអភិវឌ្ឍខុសគ្នាពីកុមារ និងមនុស្សពេញវ័យនៅក្នុងលក្ខខ័ណ្ឌ ការកំណត់រាងកាយ សមត្ថភាពការយល់ដឹង និងជំនាញសង្គម ប្រវត្តិសាស្ត្រ សេវាសុខភាពសម្រាប់យុវវ័យដែលមិនមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងក្នុងប្រទេស LMICs ជាច្រើនរួមទាំងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្មេងប្រុស និងក្មេងស្រីវ័យជំទង់ដែលនៅលីវ សេវាត្រូវបានផ្តល់ជូនជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំសុខភាពកុមារដែលមិនរាប់បញ្ចូលសេវាសុខភាពបន្តពូជ(SRH) និងស្ត្រីដែលធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍សេវាចាត់ជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់ស្ត្រីពេញវ័យ និងសេវាកម្មសុខភាពបន្តពូជ (SRH) សម្រាប់បុរសជាទូទៅមិនមានក្នុងចំណាត់ថ្នាក់សេវាណាមួយទាំងអស់ (Bearinger et al 2007) នេះគឺជាការអនុវត្តហួសសម័យមួយ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយក្នុងបណ្តាប្រទេស LMIC ជាច្រើនដូចជាប្រទេសចិន និងបង់ក្លាដែស ដែលបង្ហាញភស្តុតាងសូម្បីតែមានកំណត់ថាតើការផ្តួចផ្តើមសុខភាពមុនយុវវ័យដូចម្តេចដែលអាចធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវសេវាសុខភាពដែលជាសិទ្ធក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព និងដូចគ្នានឹងការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពដោយក្រុមយុវវ័យ (WHO 2012) ។ ជាអកុសលមានភស្តុតាងតិចតួចបំផុតដែលអាចរកបានចាប់តាំងពីការផ្តួចផ្តើមមិនសមស្របត្រូវបានវាយតម្លៃ (Tyler បាន et al, 2012) ។

1.2 សុខភាពបន្តពូជ និងគោលនយោបាយជាតិសុខភាពបន្តពូជ និងកម្មវិធីអាទិភាពសម្រាប់យុវវ័យ

ក្របខ័ណ្ឌគោលនយោបាយចម្បងដែលបានឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យនៅកម្ពុជារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសុខភាពបន្តពូជនៅប្រទេសកម្ពុជាលើកទីពីរឆ្នាំ 2012-2016 (ក្រសួងសុខាភិបាលឆ្នាំ 2012)។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះត្រូវបានអនុវត្តដោយក្រសួងសុខាភិបាល(MoH) តាមរយៈកម្មវិធីជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ (NRHP) ដើម្បីផ្តល់នូវក្របខ័ណ្ឌមួយសម្រាប់ឆ្លើយតបដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និងសម្របសម្រួលទៅនឹងតម្រូវការសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជក្នុងចំណោមប្រជាជនកម្ពុជាបុរស និងស្ត្រី។

កម្មវិធីជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ (NRHP) នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកនៃក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) បានបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទលើកទីមួយ (NSRSH) (2006-2010) និងសុខភាពយុវវ័យ និងយុវជនរាប់បញ្ចូលជាសមាសភាគមួយនៃសមាសភាគនៃសុខភាពបន្តពូជ។ ក្នុងគោលបំណងដើម្បីប្រតិបត្តិការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ NRHP / NMCHC ដែលមានគោលការណ៍ជាតិណែនាំ ដើម្បីណែនាំយុវវ័យនិងសេវាកម្មមិត្តភាពយុវវ័យក្នុងឆ្នាំ 2008 និងឯកសារបណ្តុះបណ្តាលក្នុងឆ្នាំ 2007 និងឯកសារពីរទៀតកំពុងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព (UNFPA 2016) ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលលើកទី II (HSP II) ឆ្នាំ 2008–2015 ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលលើកទី III (HSP III) ឆ្នាំ 2016–2020 ទទួលស្គាល់សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា ការផ្តល់កំណើត និងសុខភាពកុមារជាអាទិភាពចម្បងក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ ការប្តេជ្ញាចិត្តខាងនយោបាយដើម្បីសុខភាពមាតាត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងផងដែរ ដោយក្រសួងសុខាភិបាលដែលបានផ្តួចផ្តើមបង្កើតជាផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់កាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងមរណភាពទារកខែដំបូងនៃជីវិត (Neo-natal) ឆ្នាំ 2016-2020 ដែលបានកំណត់ពីអាទិភាពក្នុងការធ្វើអន្តរាគមន៍សម្រាប់ប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅ និង ចំណុចដៅ HSP III កម្ពុជា ។

តាមរយៈកម្មវិធី UNFPA ឆ្នាំ (2011-2015) ក្រសួងអប់រំយុវជន និងកីឡា (អយក) ដែលនឹងអនុវត្តកម្មវិធីសិក្សាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់ការអប់រំផ្លូវភេទ (CSE) នៅតាមសាលាចំណោះទូទៅពីថ្នាក់មតេយ្យសិក្សាដល់ថ្នាក់ទី 12 នៅរាជធានី/ខេត្តចំនួនប្រាំពីរ ។ កម្មវិធីសិក្សាការអប់រំផ្លូវភេទ CSE នេះបានរួមបញ្ចូលបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជមូលដ្ឋាន (SRH) ជាផ្នែកមួយនៃបំណិនជីវិតរួមសម្រាប់កម្មវិធីអប់រំភាពដៃគូហើយវានឹងក្លាយជាប្រធានបទសំខាន់។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងអប់រំយុវជន និងកីឡា បានយល់ស្របថាវិធីសិក្សាការអប់រំផ្លូវភេទ CSE អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សាស្នូលដែលជាផ្នែកមួយនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអប់រំថ្មី(ESP) ឆ្នាំ 2014-2018។ ការអនុវត្តកម្មវិធីសិក្សាថ្មីនៅថ្នាក់ជាតិនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ត្រូវបានគ្រោងនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តន៍នៅឆ្នាំ 2018-2019 (UNFPA 2016) ។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងអំពើហិង្សាលើស្ត្រី និងកុមារ (NGMVAW/C) ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយក្រសួងសុខាភិបាល។ បានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍ដោយក្រសួងសុខាភិបាលនៅក្នុងខែកញ្ញាឆ្នាំ2015និងសៀវភៅព្យាបាលសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាមូលដ្ឋាននៃសៀវភៅរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) កំពុងរៀបចំអភិវឌ្ឍន៍។ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសយេនឌ័រ-អំពើហិង្សាយេនឌ័រ (TWGG-GBV) ធ្វើឱ្យទាន់សម័យ NAPVAW ទី II (ដែលតម្រូវរួមបញ្ចូលផែនការយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីអំពីអំពើហិង្សាលើស្ត្រី)

1.3 យុវវ័យ និងសុខភាពបន្តពូជ

នៅទូទាំងពិភពលោកប្រជាជនវ័យក្មេងក្នុងអាយុ 15-24 ឆ្នាំមានអត្រាឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STIs) ខ្ពស់បំផុតជាងក្រុមអាយុណាៗទាំងអស់គឺ 42% ឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីនៅឆ្នាំ 2010 (UNAIDS នៅឆ្នាំ 2011) ។ តាមការប៉ាន់ស្មានមានក្មេងស្រីប្រមាណជា 16 លាននាក់នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុពី 15-19ឆ្នាំ បានផ្តល់កំណើតកូនជារៀងរាល់ឆ្នាំហើយពួកគេមានជិតមួយភាគបួននៃជំងឺដែលទាក់ទងទៅនឹងការមានផ្ទៃពោះ និងបង្កើតកូន គឺរួមមានទាំងផលវិបាកនៃការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាព (Wong 2012)។ ភាពស្មុគស្មាញនៃសុខភាពមាតាស្ថិតក្នុងចំណោមមូលហេតុការស្លាប់នៃស្ត្រី 15-19 ឆ្នាំនៅប្រទេសមានចំណូលទាប និងមធ្យម LMIC (Patton et al 2012) ។ ប្រមាណជា 30% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ មានបទពិសោធន៍ធ្លាប់ទទួលរងអំពើហិង្សាលើរាងកាយនិង/ឬផ្លូវភេទ និងមានសមាមាត្រខ្ពស់គួរកត់សម្គាល់បានរាយការណ៍ថា ការរួមភេទជាលើកដំបូងរបស់ពួកគេត្រូវបានបង្ខិតបង្ខំ (WHO 2013) ។ កត្តាកំណត់គន្លឹះនៃសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យរួមមានៈ កត្តាទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណី យេនឌ័រ វប្បធម៌ និងស្ថានភាពសង្គម សេដ្ឋកិច្ច ការអប់រំ និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ។

ប្រទេសភាគច្រើនតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក យុវវ័យកំពុងរស់នៅក្នុងបរិយាកាសថែរក្សាប្រពៃណីគ្រួសារ និងសហគមន៍ ដែលតួនាទីយេនឌ័រតាមប្រពៃណីនិងទំនៀមទំលាប់សង្គមមានជាពិសេសនៅជុំវិញការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ បុរសអាចមានដៃគូច្រើនមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដែលផ្ទុយពីស្ត្រី។ ជាការពិតសម្រាប់បរិការណ៍កម្ពុជា (Fordham 2003) ជាពិសេសក្នុងអំឡុងចូលវ័យជំទង់នៅពេលដែលក្មេងស្រីត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងលើកកម្ពស់គុណធម៌ និងកិត្តិយសគ្រួសារដោយការថែរក្សាកេរ្តិ៍ឈ្មោះ និងរក្សាព្រហ្មចារី និងកេរ្តិ៍ភេទរហូតដល់ថ្ងៃអាពាហ៍ពិពាហ៍។ ក្នុងបរិការណ៍ទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីត្រូវបានគិតគូរសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ បានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ពួកគេទទួលការស្អប់ខ្ពើមពីសង្គមដែលឧបសគ្គទប់ស្កាត់ក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងទទួលបានសេវា (Kaljee et al, 2007)។ ក្នុងបរិការណ៍ទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីយេនឌ័រទទួលរងឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានផងដែរសម្រាប់យុវជនវ័យក្មេងដែលពួកគេគិតថាការរួមភេទ ឬការយល់ឃើញតាមស្ថានភាពនៃការរួមភេទអាស្រ័យលើការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ ដែលបានបង្ហាញពីឥរិយាបទរួមភេទដោយប្រថុយប្រថានដូចជាការចាប់ផ្តើមដំបូងក្នុងឥរិយាបទផ្លូវភេទកើនឡើងជាមួយដៃគូច្រើន

(Wu nd) និងការរួមភេទជាមួយនឹងស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដែលបរិការណ៍នៃការប្រើស្រោមអនាម័យមិនត្រឹមត្រូវដែលអាចបង្កើនហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងហ៊ីវ (Haque and Soonthorndhada 2009; Siyan et al 2014) ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីតួនាទីយេនឌ័ត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរបណ្តើរក្នុងសង្គមអាស៊ីភាគច្រើន ទោះបីជាមានអត្រាផ្សេងគ្នា (Zabin et al, 2009) ដោយសារការកើនឡើងនគរូបនីយកម្ម សកលភាវូបនីយកម្ម និងកំណើនប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយការប្រើប្រាស់អ៊ីនធើណែត និងភាពសម្បូរបែបនៃគំនិត ឥរិយាបថ និងបទដ្ឋានផ្តល់ជាលទ្ធផលក្នុងការផ្លាស់ប្តូរក្នុងឥរិយាបថសកម្មភាពរួមភេទ (UNFPA ឆ្នាំ 2015) ។

យុវវ័យដែលដែលទទួលបានបែងចែកផលលាបសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ចតិចមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជ (SRH) ។ យុវវ័យដែលមានស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ចទាបនិងគ្មានផ្ទះសម្បែង (Towe et al 2009) រស់ក្នុងជំរុំភាសន៍ខ្លួន (Belton 2005) រស់ក្នុងតំបន់មិនរៀបរយក្នុងទីប្រជុំជន (Powwattana 2009) និងតំបន់សេដ្ឋកិច្ចពិសេស (Wu nd) រាយការណ៍ក្នុងអត្រាខ្ពស់លើឥរិយាបទផ្លូវភេទមុនរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមានហានិភ័យក្នុងឥរិយាបទរួមភេទខ្ពស់ ។

យុវវ័យនៅជនបទបានធ្វើចំណាកស្រុកទៅកាន់ទីប្រជុំជន ទទួលរងលទ្ធផលសុខភាពបន្តពូជមិនមានភាពប្រសើរ SRH (Sudhinaraset, Astone and Blum 2011) ជាពិសេសបុរសវ័យក្មេងមិនបានរាយការណ៍ពីការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងពេលរួមភេទលើកដំបូង និងការប្រើប្រាស់ការពន្យារកំណើតជាមួយដៃគូដំបូងរបស់ពួកគេធៀបជាមួយជនមិនចំណាកស្រុក និងលំហូរជនចំណាកស្រុកពីទីប្រជុំជន ទៅទីប្រជុំជនមួយផ្សេងទៀត។ ស្ត្រីវ័យក្មេងចំណាកស្រុកមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (វ័យក្មេង) មានភាពងាយរងគ្រោះច្រើនធៀបជាមួយស្ត្រីដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ខណៈដែលការរួមភេទសកម្ម និងបានទទួលពត៌មាន និងសេវាសុខភាពតិចតួច។ ស្ត្រីវ័យក្មេងដែលធ្វើចំណាកស្រុកមានការរំលូតកូននៅក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការមានផ្ទៃពោះ និងការថែទាំសុខភាពមិនល្អក្រោយការរំលូតកូន (MOU et al, 2013) ។ យុវវ័យជាជនពិការមានតម្រូវការសេវាសុខភាពបន្តពូជ SRH សំខាន់ផងដែរ និងជួនកាលអាចប្រឈមបញ្ហាសង្គម សេដ្ឋកិច្ច និងកាយសម្បទារដើម្បីទទួលបានទទួលពត៌មាន និងសេវាសុខភាព និង/ឬអំពើហិង្សានៃសិទ្ធិសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជផងដែរ (Gartrell 2016) ។

ទិន្នន័យមានកម្រិតកំណត់ដែលអាចផ្តល់ជាប្រភពសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ SRH នៃយុវវ័យជាជនពិការក្នុងតំបន់ ។

មានភស្តុតាងជាច្រើនរាប់បញ្ចូលកម្ពុជាផងដែរ បង្ហាញថាការបង្កើនកម្រិតសិក្សាអប់រំមានទំនាក់ទំនងជាមួយការពន្យាអាយុរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍លើកទីមួយ និងការរួមភេទទីមួយសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេង។ យុវវ័យ វ័យក្មេងស្ត្រី និងបុរសដែលបានចូលរៀនបានពន្យារការរួមភេទលើកដំបូងរបស់ពួកគេ ហើយមានការយល់ឃើញបានប្រសើរពីហានិភ័យទាក់ទងជំងឺកាមរោគ និងហ៊ីវ និងបានអនុវត្តន៍ការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាព និងកាត់បន្ថយឥរិយាបទប្រឈមគ្រោះថ្នាក់ដូចជាមានដៃគូច្រើន និងការមិនប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទ (Rahman, et al 2012; Siyan 2014)។ ជាងនេះទៅទៀតយុវវ័យប្រភេទនេះមិនចូលចិត្តប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើបដោយជ្រើសរើសប្រើវិធីសាស្ត្រដែលប្រសិទ្ធភាពតិចជំនួសដូចជាការដកលឹង្គចេញ ឬមិនប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតតែម្តងដែលជាបង្កហានិភ័យខ្ពស់នៃការមានផ្ទៃពោះនិងការបញ្ចប់កំណើតដោយការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ជាពិសេសក្នុងប្រទេសដែលអនុវត្តន៍ច្បាប់រំលូតកូនតឹងរ៉ឹង និងជំងឺកាមរោគ និងហ៊ីវ (UNFPA 2015) ។

1.4 ឥរិយាបទក្នុងការរួមភេទ

និន្នាការប្រជាសាស្ត្របង្ហាញពីគំលាតរវាងការកំណត់អាយុរួមភេទ និងអាយុរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដែលជាលទ្ធផលនៃការចាប់ផ្តើមសកម្មភាពផ្លូវភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ នៅក្នុងចំណោមយុវវ័យ (UNESCAP 2009) ។ ទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិដែលរៀបរាប់អំពីសកម្មភាពរួមភេទរបស់យុវវ័យ ជាពិសេសយុវវ័យដែលមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងក្មេងជំទង់អាយុ (10-14 ឆ្នាំ) មានដោយកម្រក្នុងបណ្តាប្រទេសជាច្រើនលើពិភពលោក (UNFPA UNESCO & WHO 2015) ។ ភស្តុតាងបង្ហាញថាពីភាពលម្អៀងក្នុងការទទួលយក និងភាពលម្អៀងប្រើប្រាស់ដែលអាចមានឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងទៅលើរបាយការណ៍នៃការចាប់ផ្តើមសកម្មភាពរួមភេទជាលើកដំបូង និងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់យុវវ័យ (Mensch et al., 2014) ។ ភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានផ្អែកលើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព DHS សម្រាប់សូចនាករទាំងនេះជាទូទៅរាយការណ៍មិនសមស្របសម្រាប់ភាពអាចជឿជាក់នៃទិន្នន័យអំពីព្រឹត្តិការណ៍ដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងចំណោមយុវវ័យ (Neal & Hosegood 2015) ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយភស្តុតាងក្នុងប្រទេសក្នុងតំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិកលើកឡើងថាយុវវ័យជាច្រើនបានចាប់ផ្តើមរួមភេទអំឡុង

ពេលវ័យជំទង់ (Kennedy et al 2011) និងក្នុងប្រទេសដែលមានអត្រាខ្ពស់ការឆាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យក្មេងក្នុងចំណោមកុមារី មានសមាមាត្រខ្ពស់នៃស្ត្រីវ័យក្មេងដែលធ្លាប់បានរួមភេទ បើធៀបនឹងអត្រាបុរសវ័យក្មេង (UNFPA, UNESCO & WHO 2015) ។ ផ្ទុយមកវិញការឆាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យក្មេងនៃក្មេងស្រីមានប្រេវ៉ាឡង់ទាប ក្មេងប្រុសហាក់មានអត្រាខ្ពស់ដែលធ្លាប់បានរួមភេទជាងក្មេងស្រី វាបានឆ្លុះបញ្ចាំងពីឥរិយាបថ ដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពឆ្ពោះទៅការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងចំណោមក្មេងប្រុស។ ចន្លោះពេលរវាងអាយុរួមភេទលើកដំបូងនិងអាយុរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានគម្លាតខ្ពស់នៅក្នុងប្រទេសជាច្រើន មានចំណូលទាប និងមធ្យម ប្រជាជនជាច្រើនមានសកម្មភាពរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ជាងក្នុងពេលអតីតកាលកន្លងមករយៈពេលយូរហើយ (Bearinger et al, 2007) ។

របាយការណ៍វិភាគអង្កេតសុខភាពពីប្រទេសចំនួន 33 ដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យមក្នុងតំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិក (Kennedy et al 2011) បានរកឃើញថាអាយុមធ្យមពេលរួមភេទលើកដំបូងក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 25-49 ឆ្នាំ មានគម្លាតពី 17.3 ដល់ 21.9 ឆ្នាំ ដែលអាយុនេះគឺស្រដៀងនឹងអាយុរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដំបូងដែរ។ សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលចាប់ផ្តើមមានសកម្មភាព រួមភេទមុនអាយុ 15 ឆ្នាំ មានការប្រែប្រួលគួរឲ្យកត់សម្គាល់ពី 0.5%នៅ Tuvalu ទៅ 12.3%នៅ Nauru ។ ការរកឃើញស្រដៀងគ្នានេះដែរនៅក្នុងអង្កេតសុខភាព DHS និង MICS ការវិភាគទិន្នន័យ (2006-2013) សម្រាប់ប្រទេសក្នុងតំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិក (UNFPA, UNESCO & WHO 2015) ដែលមានការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានអត្រាខ្ពស់ក្នុងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ជាងតំបន់អាស៊ី ច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃអ្នកអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលបានរាយការណ៍ថាបានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងប្រទេសតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក មាននៅប្រទេស Marshall Islands Solomon Islands និងប្រទេស Nauru ។ សមាមាត្រខ្ពស់នៃយុវវ័យនៅទីប្រជុំជនបានរាយការណ៍ថាបានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ជាងយុវវ័យនៅជនបទដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅវ័យក្មេង ។ ជាឧទាហរណ៍ នៅកម្ពុជា 18% នៃបុរសវ័យក្មេងនៅទីប្រជុំជនបានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បើធៀបនឹងជនបទមាន 6% (National Institute of Statistics (NIS), Directorate General for Health, and ICF Macro, 2011).។ នៅកម្ពុជា (Yi et al. 2014) និងប្រទេសផ្សេងទៀតក្នុងតំបន់អាស៊ី countries (Guo et al, 2012; Lee et al 2008; UNFPA 2013; Yi et al 2011) បុរសវ័យក្មេងដែលចាប់ផ្តើមរួមភេទលើកដំបូងនៅអាយុក្មេង និង

បានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានអត្រាខ្ពស់ជាងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុដូចគ្នា។ យ៉ាងណាក្តីក្មេងស្រីមានភាពងាយរងគ្រោះថ្នាក់ច្រើនដែលមានការខ្វះខាត និងការផ្លាស់ប្តូរលក្ខ័ណ្ឌសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ច និងមានច្រើនដែលបានបង្ខិតបង្ខំឲ្យរួមភេទលើកដំបូង និងគេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទជាងក្មេងប្រុស(Hegde, Hoban & Nevill 2010; Mauney 2014 ។ ទោះបីជានិន្នាការទាំងនេះកំពុងកើតមានឡើងភាគច្រើនលើយុវវ័យក្នុងតំបន់អាស៊ី ការចាប់ផ្តើមសកម្មភាពរួមភេទលើកដំបូងវាស្របតាមការរួមភេទដំបូងដែរ។ ទោះយ៉ាងណាក្តីនិន្នាការនេះបានផ្លាស់ប្តូរដោយសារការកើនឡើងអាយុពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍(UNFPA 2013) និងការផ្លាស់បទដ្ឋានសង្គមនិវប្បធម៌ (Tangmunkongvorakul et al 2011; Yu 2010; Zabin et al 2009) និងសេដ្ឋកិច្ច (Zabin et al 2009) ដែលបានបណ្តាលឲ្យយុវវ័យចាប់ផ្តើមមានសកម្មភាពរួមភេទនៅអាយុក្មេង។

ការសិក្សាផ្សេងទៀតបានផ្តោតទៅលើក្រុមយុវវ័យផ្សេងៗគ្នា ក្នុងប្រទេសក្នុងតំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិកដូចជាយុវវ័យនៅរៀន ជនអន្តោរប្រវេសន៍ក្នុងស្រុក(Mou 2013; Wu *nd*)ជនអន្តោរប្រវេសន៍អន្តរជាតិ(Hegde, Hoban & Nevill 2010,) អ្នកធ្វើការតាមរោងចក្រ(Yi et al 2015) និងគ្រប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវបង្ហាញថា និន្នាការបទពិសោធន៍ការរួមភេទលើកដំបូងនៅវ័យក្មេង និងសកម្មភាពរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ។

1.5 អាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាព

អាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាពត្រូវបានកំណត់ដោយការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (UNFPA UNESCO & WHO 2015) ។ បច្ចុប្បន្ននៅទូទាំងពិភពលោកមានស្ត្រីវ័យក្មេងជាង 14 លាននាក់បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុក្រោម 15 ឆ្នាំ។ ជាទូទៅ 46% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 នៅអាស៊ីខាងត្បូងបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ។ អាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាពនៅតែជាបញ្ហាកង្វល់ក្នុងតំបន់អាស៊ីខាងត្បូង មានច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃកុមារបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (UNFPA 2016) ។ ក្នុងចំណោមអាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាពមានកុមារី 1 : 3 នាក់នៅប្រទេសឥណ្ឌាបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (Raj et al 2009) ។ នៅកម្ពុជា 15.6% នៃអ្នកផ្តល់ចម្លើយអាយុ 15-19 ឆ្នាំនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ 2014 (CDHS 2014)។ ការសិក្សារបស់អាស៊ីខាងត្បូងរកឃើញថាអាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាពជាប់ទាក់ទងជាមួយការមានកូនរហ័ស ប្រើប្រាស់វិធីពន្យាកំណើតបែបទំនើប បញ្ឈប់កំណើត

អចិន្ត្រៃយ៍ចំពោះស្ត្រី ការមិនប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតមុនពេលមានកូនលើកដំបូង ការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះ ការមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានព្រាងទុក និងការប្រើប្រាស់មិនគ្រប់គ្រាន់នូវសេវាថែទាំសុខភាពមាតា។ អ្វីដែលសំខាន់ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់យុវវ័យនៅវ័យកុមារ បង្ហាញថាមានទំនោរខ្ពស់ឆ្ពោះទៅលទ្ធផលជាអវិជ្ជមានបើធៀបនឹងស្ត្រីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យជំទង់ (Godha, Hotchkiss and Gage 2013; Raj et al 2009) ។

1.6 ការមានផ្ទៃពោះ និងការផ្តល់កំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យ

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនរបស់យុវវ័យគ្រប់ប្រទេសក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិច បានធ្លាក់ចុះក្នុងរយៈពេលម្ភៃឆ្នាំចុងក្រោយលើកលែងតែប្រទេសហ្វីលីពីន។ ការធ្លាក់ចុះអត្រាខ្ពស់បំផុតត្រូវបានឃើញមាននៅប្រទេសអាស៊ីខាងត្បូងដែលការធ្លាក់ចុះស្ទើរតែ 40% ដោយសារធ្លាក់ចុះនូវចំនួនការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាពនៅក្នុងប្រទេសទាំងនោះ (UNDP 2013) ។ អត្រាលទ្ធភាពមានកូនដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុវ័យក្មេងមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ក្នុងតំបន់ជនបទ បើធៀបនឹងតំបន់ទីប្រជុំជន។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (NIS 2014) បានរកឃើញថាអត្រាលទ្ធភាពមានកូនអាយុជាក់លាក់ (ASFR) សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ មាន 57 នាក់ ក្នុងចំណោម 100នាក់ ក្នុងឆ្នាំ 2014 និងសម្រាប់អាយុ 20-24 ឆ្នាំ មាន 162 នាក់ក្នុងចំណោម 1000 នាក់ ។ យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (NIS 2014) ប្រមាណជា 1 ក្នុងចំណោម 8 (12ភាគរយ) នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19ឆ្នាំ បានក្លាយជាម្តាយ ឬបច្ចុប្បន្នមានផ្ទៃពោះកូនដំបូងនៅពេលអង្កេត ។ ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេង អាយុ 15-19 ឆ្នាំ ដែលចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនបានកើនឡើងតិចតួចលទ្ធភាពមានកូនក្នុងវ័យជំទង់ពេលថ្មីៗនេះនៅកម្ពុជា ។

ប្រហែល 16 លាននាក់នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15 ដល់ 19 ឆ្នាំ មានកូនតាមឆ្នាំនីមួយៗ ប្រហែល 11% នៃគ្រប់កំណើតទាំងអស់លើពិភពលោក (Loaiza & Liang 2013)។ 23% មានផ្ទុកជំងឺទូទៅ (ពិការភាព-អាយុជីវិតបានកែតម្រូវ) ដោយសារការមានផ្ទៃពោះនិងការសម្រាល ។ កៅសិបប្រាំភាគរយនៃកំណើតទាំងនេះមាននៅក្នុង LMICs ។ និន្នាការបច្ចុប្បន្នក្នុងតំបន់អាស៊ីបានបង្ហាញថាមាន 25% នៃកំណើតដំបូងដែលមានអាយុមុន 20 ឆ្នាំ ដែលបានចាត់ទុកមានសកម្មភាពរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យកុមារភាពសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេង ជាងការគ្រោងទុក

(UNFPA UNESCO & WHO 2015)។ ជាទូទៅកំណើតពីម្តាយជាយុវវ័យមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ គឺមានខ្ពស់ដែលមិនចង់មាន និងមានខ្ពស់ដែលបានធ្វើការរំលូត និងត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយជម្ងឺខ្វះឈាម ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ហ៊ីវ កាមរោគ ធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាល រោគស្ត្រី និងជម្ងឺបាក់ទឹកចិត្ត ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដោយ WHO (Ganchimeg et al 2013) ធ្វើឡើងក្នុង 29 ប្រទេស (n=124,446) រកឃើញថាការមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាលកូនក្នុងចំណោមយុវវ័យ រកបានឃើញថាប្រៀបធៀបម្តាយជាយុវវ័យអាយុ 20-24 ឆ្នាំ និងអាយុ 10–19ឆ្នាំ មានកម្រិតគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ជំងឺក្រឡាភ្លើង ឆ្លងប្រព័ន្ធមេរោគ ទម្ងន់មិនគ្រប់ សម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ និងលក្ខខ័ណ្ឌទារកធ្ងន់ធ្ងរ ។

ការមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យភាគច្រើនកើតឡើងដោយសារការរំលោភសិទ្ធិមនុស្សដូចជាការបង្ខិតបង្ខំរួមភេទ អាពាហ៍ពិពាហ៍កុមារភាព និងការរំលោភបំពាន (Chandra-Mouli, Camacho & Michaud 2013) ។ ការបង្ខិតបង្ខំរួមភេទបានរាយការណ៍ថា 10% នៃស្ត្រីដែលបានរួមភេទជាលើកដំបូងមុនអាយុ 15 ឆ្នាំ និងបានរួមចំណែកដល់ការមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យដែលមិនបានព្រាងទុក (WHO 2016) ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយធ្វើឡើងនៅក្នុងប្រទេសថៃជាមួយនឹងយុវវ័យអាយុ 16 ឆ្នាំដែលបានផ្តល់កំណើតទារកបានម្តង ឬច្រើនដងបានរកឃើញថាមានភាគរយខ្ពស់យុវវ័យដែលញៀនថ្នាំ និងមានជំងឺកាមរោគរួមទាំងមេរោគហ៊ីវដែលពួកគេមិនបានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពមុនសម្រាល និងមិនបានប្រើថ្នាំពន្យាកំណើតមុនពេលមានផ្ទៃពោះ។ ទោះបីជាការមានផ្ទៃពោះជាលើកដំបូងភាគច្រើននៃយុវវ័យ មានយុវវ័យមួយចំនួនរំលូតកូនធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯងឬផ្សេងទៀត (Chantrapanichkul & Chawanpaiboon 2013) ។

ការផ្តល់កំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៅជនបទ (Chandra-Mouli Camacho & Michaud 2013; Vogal et al 2015) ដូចជានៅក្នុងប្រទេសឡាវ 24% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងនៅជនបទបានផ្តល់កំណើតលើកដំបូងជាមធ្យមនៅអាយុ 18 ឆ្នាំ បើធៀបទៅនឹងទីប្រជុំជនគឺមានតែ 6% ។ ស្ត្រីវ័យក្មេងដែលទទួលបានកម្រិតអប់រំទាប និងនៅក្នុងគ្រួសារមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្រីក្រគឺមានអត្រាខ្ពស់បានផ្តល់កំណើតមុនអាយុ 18 ឆ្នាំ ។ ផលវិបាកសង្គមនៃការមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យរួមមានដូចជា៖ ការបោះបង់ការសិក្សា ទទួលបានការអប់រំទាប (Yi et al 2015) និងការធ្លាក់ចុះការគាំពារសង្គមជាពិសេសចំពោះយុវវ័យវ័យក្មេង (WHO 2006a) ភាពអត់ការងាធ្វើ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចក្រីក្រ ជាហេតុផលធ្វើឲ្យកាត់បន្ថយឱកាសរកចំណូលក្នុង

ជីវិត(WHO 2016b) ។ ជារឿយៗយុវវ័យមានផ្ទៃពោះទទួលបានអាហាររូបត្ថម្ភមិនគ្រប់គ្រាន់បានគំរាមកំហែងដល់សុខភាពទារក និងមាតា (Bealinger et al 2007) និងភាគច្រើននៃស្ត្រីដែលមានអាយុច្រើនបានផ្តល់កំណើតមិនបានគ្រប់ខែ និងទារកមានទម្ងន់ស្រាល (less than 2,500 gms) ឬទារកមានទម្ងន់ស្រាលខ្លាំង (less than 2,500 gms) (World Health Organization, 2006)។ សុខភាពមិនល្អរបស់គភ៌ជាទូទៅកើតឡើងលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬក្មេងជាង និងស្ត្រីវ័យជំទង់មានជំងឺទឹកនោមផ្អែមធ្ងន់ធ្ងរ (Norris et al 2012) ។

ការថែទាំសុខភាពពេលមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យអាចមិនបានល្អ ដោយសារការអប់រំផ្នែកសុខភាពមិនទាន់ប្រសើរ ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពពេលមានផ្ទៃពោះមិនគ្រប់គ្រាន់ពីអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈ ឬសេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឬក៏ពួកគេមិនមានសមត្ថភាពក្នុងការចំណាយហរិញ្ញវត្ថុលើការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាល (រួមមានការចំណាយលើការធ្វើដំណើរតម្លៃព្យាបាល និងចំណាយផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទងនឹងជំនាញវិជ្ជាជីវៈ)។ ចំណុចស្របគ្នាទាំងនេះនៃកត្តាហានិភ័យខាងក្នុង និងខាងក្រៅអាចកើនឡើងនូវហានិភ័យ មរណៈភាពរបស់យុវវ័យដែលបណ្តាលមកពីជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការរកឃើញពីសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀតជារឿយៗជួបការប៉ះទង្គិច និងការលំបាកដើម្បីបង្កើតថាតើហានិភ័យអ្វីបានកើនឡើងគឺដោយសារកត្តាជីវសាស្ត្រសេដ្ឋកិច្ចសង្គម វិសមភាពនៃការផ្តល់ និងទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាមាតា កត្តាប្រែប្រួលសុខភាពយុវវ័យក្នុងតំបន់ ឬតាមកាលៈទេសៈ ឬរួមបញ្ចូលគ្នានៃកត្តាទាំងនេះ (Vogal et al 2015) ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិករួមមាននៅកម្ពុជា បង្ហាញថាការធ្វើចំណាកស្រុកពីជនបទមកទីប្រជុំជនយុវវ័យដែលរស់នៅ និងធ្វើការក្រៅគ្រួសារ និងបរិយាកាសងាយរងគ្រោះថ្នាក់ ជាមួយបណ្តាញសង្គមមានដែនកំណត់ (Wong & Lam 2013) និងបទពិសោធន៍ឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុជាញឹកញាប់មានដែនកំណត់នៃការយល់ដឹងអំពីសេវាសម្ភព ដែលជាលទ្ធផលសុខភាពមាតាមិនល្អ (Oon 2015; Read 2014; PSL 2015)។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយការសិក្សានៅប្រទេសចិនបានរកឃើញថាស្ត្រីវ័យក្មេងបានធ្វើចំណាកស្រុកពីជនបទមកទីប្រជុំជន ជាមួយកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ដែលបានរស់នៅជមួយដៃគូរបស់ពួកគេ និងមានបញ្ហាភាគទ្រព្យសម្បត្តិច្រើន និងមានអត្រាខ្ពស់ក្នុងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (Zhao et al 2009) ។

1.7 ការរំលូតកូន

ពាក់កណ្ដាលនៃការមានផ្ទៃពោះក្នុងទូទាំងពិភពលោកដែលមិនបានព្រាងទុកទាំងអស់ត្រូវបានបញ្ចប់ទៅវិញដោយការរំលូត ។ ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុក្រោម 25ឆ្នាំ មាន 34%នៃការរំលូតកូនទាំងអស់ គឺធ្វើការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព (11% ក្នុងចំណោមអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 23% ក្នុងចំណោមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ) (Shah & Ahman 2012) ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រហែល 2.5 លាននាក់នៃយុវវ័យបានធ្វើការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ហើយបទពិសោធន៍យុវវ័យ មានផលវិបាកច្រើនជាងស្ត្រីអាយុច្រើន (WHO 2016)។ ការរំលូតដោយគ្មានសុវត្ថិភាពត្រូវបានកំណត់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក(WHO 2016) គឺជានីតិវិធីមួយសម្រាប់បញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានព្រាងទុកដោយធ្វើឡើងដោយបុគ្គលណាមួយខ្វះជំនាញវិជ្ជាជីវៈចាំបាច់ ឬក្នុងបរិយាកាសដែលមិនអនុលោមទៅតាមបទដ្ឋានសុខាភិបាល ឬទាំងពីរ ការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាពអាចមានលទ្ធផលទៅថ្ងៃក្រោយ និងផលវិបាកមួយចំនួន រួមមាន មេរោគចូលក្នុងឈាម ធ្លាយស្បូនឬពោះវៀន ធ្លាក់ឈាម ការឆ្លងមេរោគ និងអាចគ្មានកូន (Bayer, Cheetham & Robbins 2011)។ ស្ត្រីច្រើន ជាពិសេសយុវវ័យ និងស្ត្រីក្រីក្រមិនអាចទទួលបានសេវារំលូតដោយសុវត្ថិភាព និងជារឿយៗស្ត្រីទាំងនោះមិនអាចបានទទួលបានសេវាពីទីតាំងសុខាភិបាល និងមិនមានការបណ្ដុះបណ្ដាលដល់មន្ត្រីសុខាភិបាលផ្នែករំលូតទេ (Singh et al 2009)។ ទិន្នន័យព័ត៌មានស្ដីពីការធ្វើរំលូតកូននៅក្នុងតំបន់ជាពិសេសនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកគឺមានព្រំដែនកំណត់។ ទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពក្នុងតំបន់មានចន្លោះរវាង 0% និង 4% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ20-24 ឆ្នាំ ដែលបានធ្វើការរំលូតកូន ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយការរកឃើញទាំងនេះត្រូវបានចាត់ទុកថា មានក្រោមការប៉ាន់ស្មានដោយសារមានការអៀនខ្មាស់ដែលទាក់ទងនឹងការរាយការណ៍ជាពិសេសនៅក្នុងប្រទេសបានដាក់នូវការធ្វើរំលូតកូនជាលក្ខណៈស្របច្បាប់យ៉ាងខ្ពស់ (UNFPA UNESCO & WHO 2015) ។

នៅកម្ពុជាការធ្វើរំលូតកូនត្រូវបានកំណត់ដោយច្បាប់តាំងពីឆ្នាំ 1997 ការធ្វើរំលូតកូនបានកើនឡើងតាមអាយុដែរ (National Institute of Statistic , Directorate General for Health and ICF International, 2015) ។ ស្ត្រីដែលបានធ្វើការរំលូតកូនយ៉ាងហោចណាស់បានម្ដង គឺបានកើនឡើងតិចតួច ពីតិចជាង 1 ភាគរយ សម្រាប់ក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំ ទៅខ្ពស់ 21 ភាគរយ សម្រាប់

ក្រុមអាយុ 35-39 ឆ្នាំ មុនពេលធ្លាក់ចុះមក 20 ភាគរយ សម្រាប់ស្ត្រី ក្រុមអាយុ 40-44 និងមកត្រឹមតែ 16 ភាគរយ សម្រាប់ក្រុមអាយុ 45-49 ឆ្នាំ។ ឆ្នាំ 2014 ក្នុង ចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ មាន 99% មិនបានធ្វើការរំលូតកូនទេ 0.6% បានធ្វើការរំលូតកូនម្តង និង 0.2% បានធ្វើការរំលូតកូនពីរដង។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ 94.6% មិនបានធ្វើការរំលូតកូនទេ 4.8% បានធ្វើការរំលូតកូនម្តង 0.4% បានធ្វើការរំលូតកូនពីរដង និង 0.1% បានធ្វើការរំលូតកូនបីដង។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាក៏បានរកឃើញថាក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 15-24 ឆ្នាំ 3.1% បានធ្វើការរំលូតកូនក្នុងរយៈពេល 5ឆ្នាំមុនអង្កេត និងក្នុងចំណោមក្រុមអាយុនេះដែរ 55% បានធ្វើការរំលូតកូនបន្ទាប់មានផ្ទៃពោះបាន 2ខែ 44% ចន្លោះពី 2-4ខែ និង 0.9% បានធ្វើការរំលូតកូនបន្ទាប់មានផ្ទៃពោះបាន 5 ខែឬច្រើនជាង។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង អាយុ 15-24ឆ្នាំ ដែលបានធ្វើការរំលូតកូនក្នុងរយៈពេល 5ឆ្នាំមុនអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ 2014 53.7% បានធ្វើការរំលូតកូនដោយធ្វើការវះកាត់ និង 54.6% បានធ្វើការរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំ (NIS 2014)។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅកម្ពុជា ហានិភ័យខ្ពស់បំផុតរបស់យុវវ័យវ័យក្មេងអាយុ 10-24 ឆ្នាំ បានរកឃើញថាក្នុងចំណោមក្មេងស្រីមានសកម្មភាពរួមភេទ 43.5% (n=1,166) បានរាយការណ៍ថាមានផ្ទៃពោះ និង 42.4% ក្នុងចំណោមពួកគេបានធ្វើការរំលូតកូននៃការមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយរបស់ពួកគេ (Yi et al 2014) ។

ក្នុងសង្គមកាន់សាសនាព្រះពុទ្ធជាច្រើន ដូចជានៅកម្ពុជា ការធ្វើរំលូតកូនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអំពើបាប (Hoban 2013) ។ សម្រាប់ហេតុផលទាំងនេះអ្នកផ្តល់សេវារំលូតដែលបានធ្វើការបណ្តុះបណ្តាល មិនត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់សេវារំលូតទេ ដែលលទ្ធផលក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងបានស្វែងរកសេវាតាមគ្លីនិកដែលមិនមានការបណ្តុះបណ្តាល ឬ បានចំណាយលុយទិញឱសថសម្រាប់រំលូតពីអ្នកលក់មិនបានបណ្តុះបណ្តាលនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងតំបន់ (Oon 2015; Read 2014) ក្រោយមកនិន្នាការបានកើនឡើងក្នុងប្រទេសអាស៊ីខាងត្បូងរួមមាននៅកម្ពុជា (Whittaker 2013) ។ លើសពីនេះទៅទៀត ស្ត្រីវ័យក្មេង ដូចជាអ្នកមានជំងឺហ៊ីវ ជនជាតិភាគតិច និងអ្នកធ្វើការមណ្ឌលកំសាន្តរាត្រី (Yi et al 2015) អាចមានភាពអៀនខ្មាស់ និងមានការរើសអើងពេលដែលនាងព្យាយាមស្វែងរកសេវារំលូត កូនដោយមានសុវត្ថិភាពជាលទ្ធផលក្នុងការបដិសេធនៃការថែទាំឬតម្រូវឲ្យទាមទារដោយការសម្រេចចិត្តបីដងប្រសិនបើគ្មានតម្រូវការដោយច្បាប់ (Singh et al 2009)។ ការយល់ច្រឡំអំពីភាពស្របច្បាប់នៃការរំលូតកូន វាអាច

បង្អាក់យុវវ័យមួយចំនួនដែលរកសេវារំលូតកូនមានសុវត្ថិភាព ទោះបីជាការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយស្របច្បាប់អាចរកបានក៏ដោយ (Oo 2015, Read 2014) នេះជាហេតុផលមួយថាហេតុអ្វីបានជាស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានទិញថ្នាំរំលូតកូនពីឱសថស្ថាន និងធ្វើការការបញ្ចប់នៃការមានផ្ទៃពោះដោយខ្លួនឯង ជាញឹកញាប់លទ្ធផលវិបាកដែលតម្រូវឱ្យមានការអន្តរាគមន៍ពីការរះកាត់បន្ទាន់ដែលកើតឡើងលើការចំណាយហិរញ្ញវត្ថុ និងធនធានមនុស្សបន្ថែម (Hoban 2013) ។

1.8 ផែនការគ្រួសារ

សកម្មភាពរួមភេទនិងតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ការពន្យារកំណើតជាទូទៅត្រូវបានប្រើក្នុងចំណោមយុវវ័យទូទាំងពិភពលោក និងបង្ហាញពីភាពខុសគ្នាយ៉ាងច្បាស់តាមអាយុ ភេទ តំបន់ សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច និងស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍។ ដោយសារការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យក្មេង បទពិសោធន៍សម្ពាធសង្គមនាំឲ្យមានកូន ការកើនឡើងលទ្ធភាពទទួលបានការពន្យារកំណើតតែមួយ អាចនិងមានលក្ខណៈមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធានាការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតត្រឹមត្រូវ ។ ចំណែកឯយុវវ័យដែលមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ មិនមានចំណេះដឹង និងមិនអាចវាស់វែងភាពញឹកញាប់សម្រាប់តម្រូវការពន្យារកំណើត។ ដោយសារខ្វះលទ្ធភាពទទួលបានការពន្យារកំណើតដែលជាមូលហេតុនាំឲ្យមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានព្រាងទុក និងឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងមេរោគហ៊ីវដែលផ្តល់ផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរជាពិសេសក្នុងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ LMIC (Venkatramaman et al 2014) ។

ភាគច្រើននៃយុវវ័យដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក អាចកំណត់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើប ប៉ុន្តែមានយុវវ័យតិចតួចប៉ុណ្ណោះដែលមានចំណេះដឹងទូលំទូលាយក្នុងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត (UNFPA 2015)។ ជាង 90% នៃយុវវ័យអាយុ 15-24 នៅកម្ពុជាស្គាល់វិធីសាស្ត្រទំនើបលើសពីមួយ (Kennedy, et al 2011) និងស្ថានភាពនេះមិនមានការផ្លាស់ប្តូរតាមស្ថានភាពបញ្ចាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ ស្ថានភាពអប់រំ និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រឡើយ (National Institute of Statistic , Directorate General for Health and ICF International, 2015) ។

ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យ ជាសមាភាគស្មុគស្មាញរបស់សង្គម និងមានឥទ្ធិពលសង្គមច្រើនបំផុតពីកត្តាសេដ្ឋកិច្ច និងនយោបាយដូចជាការអប់រំ

ការងារ បញ្ហាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ ចំណាកស្រុក សង្គម ទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណី និងឧបសគ្គក្នុងការទទួលបានសេវាផែនការគ្រួសារ (United Kingdom, Department of International Development 2010) ។ ការជឿជាក់ និងយល់ច្រឡំជាច្រើនប៉ះពាល់វិធីសាស្ត្របែបទំនើបដែលនាំឱ្យមានការភ័យខ្លាច ឈានទៅការមិនប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត ឬប្រើវិធីសាស្ត្រតាមបែបបូរាណណាមួយដោយសារតែពួកគេគិតថាមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធិភាព (Nguyen et al 2006)។ ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រដល់អំណះអំណាងនេះការសិក្សាមួយត្រូវបានធ្វើឡើងជាមួយក្រុមកម្មការិនីរោងចក្រកាត់ដេរនៅកម្ពុជា លទ្ធផលបង្ហាញថាការជឿជាក់ និងការយល់ឃើញមានផលប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជមានដល់ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតដែលពង្រីកព័ត៌មានតាមរយៈមិត្តភក្តិ និងសាច់ញាតិដែលបានរាយការណ៍ផងដែរ បើទោះជាមានការផ្សព្វផ្សាយពីផែនការតាមរយៈប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយមានដូចជាទូរទស្សន៍ និងវិទ្យុក៏ដោយ (Levi Strauss/CARE 2013) ។

ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើបក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងបច្ចុប្បន្នរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានលក្ខណៈខុសគ្នានៅអាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក។ ស្ត្រីវ័យក្មេងបច្ចុប្បន្នរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្រុមអាយុ 15-19 មួយចំនួនតិចដែលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយបើធៀបជាមួយស្ត្រីក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ។ ទិន្នន័យនេះមានគ្រប់ប្រទេសដែលវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើបមានអត្រាទាបសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុទាបជាង 25 ឆ្នាំ ជាងស្ត្រីដែលមានអាយុច្រើនជាង 25 ឆ្នាំ សមាមាត្រខ្ពស់នៃស្ត្រីដែលជឿជាក់ថាការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបូរាណមានប្រសិទ្ធភាពតិចដូចជាវិធីសាស្ត្រតមដំណេក និងដកលឹង្គចេញ (ចាក់ទឹកក្រៅពាង) (Kennedy et al 2011) ។

កត្តាចូលរួមចំណែកការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទាប ក្នុងចំណោមយុវវ័យរួមមានកំរិតការយល់ដឹងពីវិធីសាស្ត្រ និងផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាព បទដ្ឋានសង្គម និងខ្វះអំណាចការសម្រេចចិត្តរបស់ស្ត្រី (Klingberg-Allvin et al 2008) និងដែនកំណត់ឬ សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យ (Sychareun 2003) ។ ក្នុងចំណោមយុវវ័យវ័យក្មេង ការមិនពេញចិត្តពីសង្គមវប្បធម៌នៃការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ច្បាប់ និងបទបញ្ញត្តិ បានរារាំងគាំពារឲ្យមនុស្សមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ទទួលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត និង /ឬតម្រូវឲ្យមានការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ និងប្តី និងការវិនិច្ឆ័យពីបុគ្គលិក សុខាភិបាល

(Klingberg-Allvin et al 2008; Kennedy et al 2011)។ ភាពមិនអាចទាយទុកជាមុន ភាពញឹកញាប់នៃសកម្មភាពរួមភេទឬមិនប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់ អាចធ្វើឱ្យវាមានការលំបាកសម្រាប់យុវវ័យវ័យក្មេងដើម្បីមានគម្រោងការពារការរួមភេទ (Venkatraman 2014)។ ឧបសគ្គក៏កើតមានឡើងផងដែរ សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ជាក់ស្តែងដែលមានសម្ពាធខ្លាំងពីវប្បធម៌សង្គមទៅលើការមានកូនឆាប់ បន្ទាប់ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍និងលទ្ធភាពមានកូន (Alesna-Llanto & Raymundo 2005) ។ អ្វីដែលសំខាន់នោះ ស្ត្រីវ័យក្មេងអាចពិភាក្សាគាំទ្រជាមួយប្តីហាក់ដូចមានច្រើន ក្នុងការប្រើប្រាស់វិធីសស្ត្រពន្យារកំណើតដើម្បីពន្យារពេលមានផ្ទៃពោះ (MyoMyo & Liabsuetrakul 2009) ។ មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបគួរឲ្យកត់សម្គាល់សម្រាប់ការពន្យារកំណើត (largely for birth spacing) សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ។ សម្រាប់ប្រទេសគឺព័ត៌មានអាយុត្រូវបានបែងចែក រវាងចន្លោះពី 8% និង 43% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចដែលគេចផុតពីការមានផ្ទៃពោះតែមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយ (រួមបញ្ចូលទាំងវិធីសាស្ត្របុរាណ) (UNFPA 2015) ។ វាមានការលំបាកក្នុងការកំណត់ពីតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ដោយសារទិន្នន័យពីក្រុមអាយុនេះជុំវិញចរិតលក្ខណៈផ្លូវភេទនិងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតមានដែលកំណត់ និងទិន្នន័យជារឿយៗមានក្រោមការប៉ាន់ស្មាន ឬជាក់ស្តែង ។

ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច នៅតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតដោយចាក់ថ្នាំ លេបថ្នាំ និងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ជាវិធីសាស្ត្រដែលគេបានប្រើប្រាស់ច្រើន (UNPFA UNESCO & WHO 2015)។ ដែនកំណត់ព័ត៌មានស្តីពីសកម្មភាពរួមភេទរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពក្នុងតំបន់បានបង្ហាញថា ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើបមានអត្រាទាប និងស្ត្រីកំពុងប្រើប្រាស់មានប្រសិទ្ធិភាពទាប វិធីសាស្ត្រដកលឹង្គចេញ វិធីសាស្ត្រតមតំណោក និងវិធីសាស្ត្រប្រើឱសថ ឬពួកគេមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រណាមួយដែលអាចជំនួសនូវហានិភ័យការមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានព្រាងទុក និងការពារជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (Kennedy et al 2011)។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវបានធ្វើឡើងតាមបណ្តាប្រទេសក្នុងតំបន់រកឃើញថាការមិនបានប្រើប្រាស់វិធី

សាស្ត្រពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ទាក់ទងនឹងចេតនារបស់ពួកគេក្នុងការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ពេលណាមួយ និងចង់មានកូនបន្ទាប់ពីបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងសម្រាប់ទាំងពីរក្រុមនេះគឺមិនជាបំណងរបស់ពួកគេទេ (Jejeebhoy, Zavier and Santhya 2014) ។ នៅកម្ពុជាក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ 95.4% មិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយទេ 1.4% បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារ កំណើតបែបបុរាណ និង 3.2% គឺកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើប។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ 70.3% មិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយទេ 8.3% បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបបុរាណ និង 21.4% គឺកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើប (National Institute of Statistic , Directorate General for Health and ICF International, 2015) ។ ព្រំដែនកំណត់ទិន្នន័យ ទៅយុវវ័យមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការយល់ដឹងរបស់ក្មេងប្រុសពីវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត ។

1.9 ជំងឺកាមរោគ និងមេរោគហ៊ីវ

មេរោគហ៊ីវ និងមេរោគកាមរោគផ្សេងទៀតមានផលប៉ះពាល់សមាមាត្រយុវវ័យ ជាពិសេសលើស្ត្រីវ័យក្មេង។ លើសកលលោកប្រហែល 380,000 នាក់បានឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15 ដល់ 24 ឆ្នាំជារៀងរាល់ឆ្នាំ (UNAIDS 2014a) និងមានយុវវ័យម្នាក់អាយុ 15 ដល់ 19ឆ្នាំ បានឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីជារៀងរាល់ 2នាទី (UNAIDS 2014b) ។ ក្នុងឆ្នាំ 2013 មាន 250,000 នាក់បានឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីក្នុងចំណោមយុវវ័យ ដែលមានពីរភាគបីក្នុងចំណោមក្មេងស្រី និងយុវវ័យប្រហែល 120,000 បានស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ ។ លើសពីនេះទៅទៀតយុវវ័យមានត្រឹមតែតាមក្រុមអាយុទេ ស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍ មកទល់ពេលនេះមិនមានការធ្លាក់ចុះទេ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា 620,000 នៃយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ត្រឹមតែខ្ពស់ជាងពាក់កណ្តាលតិចតួច (53%) គឺជាងស្ត្រី (HIV and AIDS data hub for Asia-Pacific 2016) ។

អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានប៉ាន់ស្មានថាស្ទើរតែ 357 លាននាក់បានឆ្លងមេរោគកាមរោគថ្មីនៅលើពិភពលោក ច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃអ្នកទាំងនេះមាននៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ និងអាហ្វ្រិក (WHO, 2015) ។ ប្រទេសទាំងអស់នៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ចំណេះដឹងស្តីពីជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមយុវវ័យ ដែលលើកលែងតែមេរោគអេដស៍គឺនៅមានកម្រិត ទាំងនេះ

ជាការពិតផងដែរសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា។ ក្នុងចំណោមបុរស និងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំនៅឥណ្ឌូនេស៊ី 80% និង 56% តាមលំដាប់រៀង ដែលមិនបានស្គាល់ឈ្មោះជំងឺកាមរោគណាមួយឡើយ (UNFPA UNESCO & WHO 2015) ។ នៅប្រទេសម៉ាឡេស៊ី ឥណ្ឌា និងប៉ាគីស្ថានស្ថានភាពគឺប្រហាក់ប្រហែលគ្នាដែល 44% នៃយុវវ័យមិនបានស្គាល់ឈ្មោះជំងឺកាមរោគណាមួយឡើយ (Anwar et al 2010; McManus & Dhar 2008; Raheel et al 2007) ។ ចំណេះដឹង មានសារៈជាកត្តាសំខាន់មួយនៃអាកប្បកិរិយាសម្រាប់ការការពារមេរោគអេដស៍។ យុវវ័យភាគច្រើនធ្លាប់បានលឺពីជំងឺអេដស៍ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយការយល់ដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ស្តីពីការឆ្លង និងការការពារជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំនៅមានអត្រាទាបនៅឡើយនៅក្នុងតំបន់។ ការយល់ដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយមានអត្រាខ្ពស់ ក្នុងចំណោមយុវវ័យនៅជនបទបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច និងក៏មានអត្រាខ្ពស់ផងដែរក្នុងចំណោមវ័យជំទង់ បើធៀបនឹងយុវវ័យ (UNFPA, UNESCO & WHO 2015) ។

ប្រភពព័ត៌មានចម្បងអំពីមេរោគកាមរោគ និងមេរោគហ៊ីវ ក្នុងចំណោមយុវវ័យគឺជាមិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសារ (Por 2016; Reid 2015) ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គម (Wong, Marchant & Moreno 2015) ទូរទស្សន៍ (BBC Media Action 2014) វិទ្យុ(Irvin & Weil 2006) ការសំដែងរឿង (Cahill 2010) ការផ្សាយផ្ទាល់ពីសុខភាពបន្តពូជ (Ko Ko et al 2011) កម្មវិធីអប់រំតាមសាលា (Speizer, Magnani & Colvin 2003; Acharya Teijlingen & Simkhada 2009) កិច្ចអន្តរាគមន៍តាមទូរស័ព្ទដៃចល័ត (Cornelius & Appiah 2016; Marie Stopes Cambodia 2016)កម្មវិធីអប់រំតាមកន្លែងធ្វើការ (Cockroft 2014; Levi Strauss/CARE 2013; PSL 2014) និងចំរៀងប្រពៃណី (Yoshida et al 2012) ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយយុវវ័យជួបការលំបាក ផ្នែកសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច (Kalamar, Bayer & Hindin 2016) ពិការភាព (Gartrell 2016) និងរស់នៅក្នុងសហគមន៍ជនបទ (Lopez, Mukaire & Mataya 2016) មិនបានទទួលពីសុខ ភាពបន្តពូជដូចអ្នកនៅទីប្រជុំជនទេ ហើយពួកគេច្រើនពឹងផ្អែកលើការប្រាស្រ័យទាក់ទងសុខភាពតាមបែបបុរាណដូចជាវិទ្យុ និងទូរទស្សន៍ (Kalamar, Bayer & Hindin 2016)។ កិច្ចអន្តរាគមន៍មានគោលបំណងបង្កើនការយល់ដឹងរបស់យុវវ័យពីជំងឺកាមរោគដែលត្រូវបានគេធ្វើឡើងក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម LMICs រួមមានកម្ពុជាផងដែរ ទោះយ៉ាងណាក្តីផ្នែកតូចៗជាច្រើន និងប្រធានបទជាក់លាក់មិនត្រូវបានវាយតម្លៃឲ្យជាក់លាក់ទេ ដូច្នេះយើងមិនអាចធ្វើការវាស់វែងថ្លឹងថ្លែងបានទេ ។ ផ្ទុយមកវិញចំពោះ

កិច្ចអន្តរាគមន៍បង្ការត្រូវបានវាយតម្លៃយ៉ាងម៉ត់ចត់ក្នុងប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម LMICs និងមានផលប៉ះពាល់គួរឲ្យកត់សម្គាល់លើការកាត់បន្ថយហានិភ័យអាកប្បកិរិយា ផ្លូវភេទក្នុងចំណោមយុវវ័យ ជាពិសេសការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធយុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយ (Kim, Kols & Nyakauru 2001; Plautz & Meekers 2007) ហើយពួកគេបានបង្ហាញចំនេះដឹង និងឥរិយាបថមានភាពប្រសើរឡើងជាបន្តបន្ទាប់ ដែលបានរាយការណ៍ពីឥរិយាបថផ្ទាល់ខ្លួន (Bertrand & Anhang 2006) ។ ទោះបីជាធ្វើការវាយតម្លៃនៃការអន្តរាគមន៍បង្ការជាមួយយុវវ័យត្រូវបានក្លាយជាលំនាំធម្មតាទៅហើយ ជាឧទាហរណ៍ការប្រើប្រាស់ការសម្ភាសន៍ ជាសំលេងតាមកុំព្យូទ័រ និងបច្ចេកទេសផ្សេងៗទៀតដើម្បីលើកកម្ពស់ការរក្សាសម្ងាត់ជុំវិញសកម្មភាពឥរិយាបទផ្លូវភេទដែលបន្តការរាយការណ៍ខ្វះ (Kalamar, Bayer Hindin ឆ្នាំ 2016) ។

ក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកមានទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិ របាយការណ៍តាមប្រទេសដែលបុរស និង ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានរាយការណ៍អត្រាខុសៗគ្នានៃមេរោគកាមរោគ ឬរោគសញ្ញា ។ ក្នុងប្រទេសឥណ្ឌូនេស៊ី 17% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានរាយការណ៍ថាមានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺកាមរោគ ទល់នឹង 3% សម្រាប់បុរសដែលនៅក្នុងប្រទេសណូរុ Nauru គឺ 20% ក្នុងចំណោមស្ត្រី និង 6% សម្រាប់បុរស ។ និន្នាការមានដូចនៅកម្ពុជាដែរ ដែល 11% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង និង 3% សម្រាប់បុរសវ័យក្មេងដែលបានរាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនថាមានជំងឺកាមរោគ ឬមានរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគក្នុងរយៈពេល12 ខែមុនការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (UNFPA 2015)។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវក្រុមប្រជាជនផ្សេងៗគ្នា បង្ហាញថានិន្នាការស្រដៀងគ្នា ជាឧទាហរណ៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង ធ្វើការក្នុងវិស័យវាយនភ័ណ្ឌកាត់ដេរនៅកម្ពុជា (អាយុមធ្យម 26 ឆ្នាំ) 35% បានរាយការណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនមានជំងឺកាមរោគ តែមានត្រឹមតែ 56% បានទទួលការព្យាបាលតាមស្ថាប័នសុខភាពសាធារណៈ ឬតាមគ្លីនិកឯកទេសសុខភាពបន្តពូជ (RHAC 2012) ។ ក្រុមប្រជាជនផ្សេងៗគ្នាដ៏ទៃទៀតបានរាយការណ៍ថា មានអត្រាខ្ពស់ពីជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគដូចស្ត្រីធ្វើការតាមមណ្ឌលកំសាន្តរីករាយ (Yi et al 2015; Webber & Spitzer 2010) អ្នកផ្លាស់ទីធ្វើការពីជនបទ មកទីប្រជុំជន (Wu *nd*) និងកំណែនទាហានវ័យក្មេង (Jatapai et al 2013) យុវជនជនបទជាពិសេសបុរស (Lopez, Mukaire & Mataya 2016) និងបុរសរួមភេទជាមួយបុរស (Morineau et al 2011) ។

យុវវ័យមានទំនាក់ទំនងហានិភ័យខ្ពស់ពីឥរិយាបថផ្លូវភេទ ដូចការមិនបានប្រើស្រោមអានាម័យពេលរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (Guo et al 2014) ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ ការសេពគ្រឿងស្រវឹង និងមានដៃគូច្រើន (Staras et al 2016) ក៏បានរាយករណ៍ថាខ្លួនមានអត្រាខ្ពស់នៃជំងឺកាមរោគ និងរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ។ ការសិក្សាស្រាវបានបង្ហាញបន្ថែមថាការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងក្នុងរយៈពេល 2 ម៉ោងមុនពេលរួមភេទ (សំដៅលើការរួមភេទក្នុងពេលសេពគ្រឿងស្រវឹង) វាជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹងឥរិយាបថហានិភ័យ ដូចជារួមភេទជាមួយដៃគូចាស់ជាង រួមភេទធម្មតា/មិនធម្មតា រួមភេទ "គ្មានសុវត្ថិភាព" តាមសាធារណៈ និងបានប្រើ ឬមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យ (Livingston et al 2015: Claxton, DeLuca & van Dulmen 2015)។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយសម្រាប់ស្ត្រីក្នុងប្រទេសមានចំណូលទាប និងមធ្យម LMICs ជាទូទៅកត្តាភាគច្រើនដែលនាំឲ្យមានហានីភ័យនៃការរួមភេទគឺតាមរយៈរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យក្មេងដែលមិនមានការពារក្នុងពេលរួមភេទ ការរួមភេទញឹកញាប់ និងមានការការពារតិចតួចជាងក្មេងស្រីមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍។ ស្ថានភាពចំណូលទាប និងកង្វះចំណូរបស់ក្មេងស្រីមានន័យថាពួកគេពឹងផ្អែកលើអ្នកដ៏ទៃទៀតដែលជាធម្មតាគឺជាប្តី ឬម្តាយរបស់គេ (Kalamar, Bayer & Hindon 2016)។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅកម្ពុជាពីហានិភ័យខ្ពស់បំផុតរបស់យុវវ័យវ័យក្មេងអាយុ 10-25 ឆ្នាំ បានរកឃើញថាបុរសវ័យក្មេងមានអត្រាកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៃឥរិយាបថហានិភ័យផ្លូវភេទ គឺមានអត្រាខ្ពស់គួរឲ្យកត់សម្គាល់ ចំពោះអ្នករស់នៅទីប្រជុំជនដែលបានបញ្ចប់ការអប់រំក្នុងប្រព័ន្ធ ≥ 9 ឆ្នាំ និងបច្ចុប្បន្នមិនបានរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយទេ ។ ដែលស្ត្រីវ័យក្មេងមានអត្រាកម្រិតខ្ពស់នៃឥរិយាបថ ហានិភ័យផ្លូវភេទ គឺមានអត្រាទាបគួរឲ្យកត់សម្គាល់ចំពោះអ្នកដែលបានបញ្ចប់ការអប់រំ ក្នុងប្រព័ន្ធ ≥ 9 ឆ្នាំនិងបច្ចុប្បន្នកំពុងរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយពួកគេ ។ ទាំងបុរស និងស្ត្រី វ័យក្មេងមានអត្រាកម្រិតខ្ពស់នៃឥរិយាបថហានិភ័យផ្លូវភេទ គឺមានអត្រាខ្ពស់គួរឲ្យកត់សម្គាល់ក្នុងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ មិនបានចូលរៀន និយោជិក សេពគ្រឿងស្រវឹងច្រើន ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ ត្រូវបានធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ (Yi et al 2014) ។

យុវវ័យជាច្រើនដែលមានជំងឺកាមរោគ ឬមានរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ ជាពិសេសយុវវ័យមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ទាំងអ្នកពន្យារ ឬមិនបានទៅស្វែងរកការព្យាបាលដោយសារតែបទដ្ឋានសង្គម និងវប្បធម៌ដែលបានហាមឃាត់មិនឲ្យរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍

ការភ័យខ្លាចនៃការបង្ហាញ និងការកង្វះការរក្សាជាសម្ងាត់ ច្បាប់ដែលតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ ដែនកំណត់ក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាពរបស់យុវវ័យ និងឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុ។ ផ្ទុយទៅវិញយុវវ័យបានស្វែងរកការព្យាបាលតាមគ្លីនិកឯកជន ឱសថស្ថានព្យាបាលដោយខ្លួនឯង និងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ដែលបានរួមចំណែកនាំឲ្យមានសុខភាពមិនល្អ (Kabir et al 2014; Sihavong et al 2011) ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវខេត្តដាច់ស្រយាលចំនួនពីរនៅកម្ពុជា បានរកឃើញថាមានត្រឹមតែ 6.7 % (n=300) នៃយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលបានរាយការណ៍ថាបានធ្វើដំណើរទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬក៏គ្លីនិកដើម្បីស្វែងរកការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពបន្តពូជ ។ ជាទូទៅនៅកម្ពុជា នៅតំបន់ជនបទមានដែនកំណត់ព័តឥមានកម្រិតអប់រំការពិភាក្សាពីជំងឺកាមរោគ និងបំណិនជីវិត ជាពិសេសសម្រាប់យុវវ័យនៅជនបទ ដែលជាលទ្ធផលយុវវ័យជាច្រើនមិនបានមកធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកាមរោគ និងមានការពន្យាពេល ឬមិនបានស្វែងរកការព្យាបាល (Lopez, Mukaire & Mataya 2015) ។

1.10 ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ

មានសិក្សាសិក្សាជាច្រើនក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកបានលើកឡើងស្របគ្នាថា ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យក្នុងចំណោមយុវវ័យនៅមានអត្រាទាបនៅឡើយ និងការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក៏មានអត្រាទាបដែរដូចជានៅប្រទេសចិនជាដើម (Guo et al 2014) ។ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទលើកដំបូង មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់របស់យុវវ័យ និងវ័យជំទង់ ។ មូលហេតុចម្បងដែលនាំឲ្យយុវវ័យមិនប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទលើកដំបូងដោយសារពួកគេមានចំណេះដឹងនៅមានកម្រិតអំពីការការពារផ្ទាល់ខ្លួន និងផែនការបរាជ័យប្រឆាំងនឹងការរួមភេទដោយមិនមានសុវត្តភាព។ ចំណេះដឹងនៅមានកម្រិតរបស់ពួគគេ ការយល់ឃើញខុសរបស់ពួគគេ "មិនអាចមានគ្រោះថ្នាក់" ហានិភ័យ និងការយល់ដឹងមានព្រំដែនកំណត់សម្រាប់ការរួមភេទ ដោយមិនមានសុវត្ថិភាពអាចធ្វើឲ្យពួកគេមានហានិភ័យខ្ពស់សម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះដោយមិនព្រាងទុក និងមានជំងឺកាមរោគ (Juarez & LeGrand 2005) ។ ចំណេះដឹងតែម្យ៉ាងក៏មិនអាចធានាបានក្នុងការប្រើស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទដែរ ។ កត្តាដែលមានឥទ្ធិពលលើការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យរបស់យុវវ័យរួមមានភាពមិនស្រួលនៃការប្រើវា បង្អាក់ការសប្បាយរួមភេទ ពិបាករកការទិញ ឬភាពទទួលបានឥរិយាបថសង្គមឆ្ពោះទៅប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ និងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេល

រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច (Lucea et al 2013; Wong et al, 2013; Guo et al 2013; McMillan & Worth 2011) ។ ការប្រើស្រោមអនាម័យអាចបង្កប់ន័យភាពមិនទុកចិត្ត និងមិនស្មោះត្រង់ក្នុងទំនាក់ទំនងស្នេហា (Ng & Kamal 2006) ។

ជាទូទៅ បុរសវ័យក្មេងមានអត្រាខ្ពស់នៃកម្រិតការយល់ដឹងពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាងស្ត្រីវ័យក្មេងដែលទាក់ទងជាមួយបទដ្ឋានសង្គម និងវប្បធម៌ និងទូនាទីយេនឌ័រ (Chan et al 2013) ។ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (NIS 2014) បានរកឃើញថាក្នុងចំណោមបុរសនិងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ មាន 50.6% និង72.8% សម្រាប់យុវវ័យអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ដែលបាឆ្លើយថាបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពីមុនដែលពួកគេបានរួមភេទមាន 85% រស់នៅទីប្រជុំជន និង 52.8% រស់នៅជនបទ ។ ក្នុងចំណោមយុវវ័យប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលចុងក្រោយជាមួយដៃគូមានប្រមាណ 68% ទាំងអ្នកទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំត្រឹមបឋមសិក្សាមធ្យមសិក្សាបឋមភូមិ ឬកម្រិតសិក្សាខ្ពស់ជាង ។ នៅកម្ពុជាតាមជនបទក៏ត្រូវបានកំណត់ថាមានឥរិយាបថហានភ័យរួមភេទ និងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមិនជាប់លាប់ផងដែរ (Lopez, Mukaire & Mataya 2015) ។

ការធ្វើចំណាកស្រុក បានដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់នៃបទពិសោធន៍រួមភេទរបស់យុវវ័យ និងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទរបស់ពួកគេ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅប្រទេសចិន (Sudhinaraset, Astone & Blum 2011) លើការប្រៀបធៀបអ្នកធ្វើចំណាកស្រុក និងមិនធ្វើចំណាកស្រុករបស់យុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ទៅលើការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ពេលរួមភេទលើកដំបូងបានរកឃើញថាមាន 63.6% នៃអ្នកទីប្រជុំជនដែលមិនបានធ្វើចំណាកស្រុក និង 83.1% នៃអ្នកជនបទបានផ្លាស់ទីមកទីប្រជុំជន បានរាយការណ៍ថាមិនបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទលើកដំបូង។ យុវវ័យធ្វើចំណាកស្រុកមានអត្រាខ្ពស់ក្នុងក្រុមយុវវ័យមានបញ្ហាភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត មានកម្រិតសិក្សាអប់រំទាប មានច្រើនរស់នៅតែឯង ឬនៅក្នុងកន្លែងធ្វើការ និងបានធ្វើចំណាកស្រុកដើម្បីឱកាសការងារ និងគេចចេញពីប្រព័ន្ធគាំទ្រគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ការធ្វើចំណាកស្រុកពីជនបទ មកទីប្រជុំជនអាចមានធ្វើឲ្យយុវវ័យមានហានិភ័យជំងឺកាមរោគ និងមានផ្ទៃពោះដែលមិនទាន់ចង់បានសម្រាប់ហេតុផលជាច្រើនយ៉ាងពួកគេអាចទទួលបានឥរិយាបថហានិភ័យផ្លូវភេទពីទីប្រជុំជន ដោយសារពួកគេមានការកើនឡើងនូវប៉ះពាល់បណ្តាញឧស្សាហកម្មផ្លូវភេទ គ្រឿងញៀន គ្រឿងស្រវឹង និងបណ្តាញមិត្តភក្តិ និងនៅឆ្ងាយពី

គ្រួសារ និងពួកគេបានចាប់ផ្តើមមានសកម្មភាពផ្លូវភេទនៅអាយុក្មេង (Li et al 2009) ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅកម្ពុជាជាមួយយុវវ័យដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បំផុតអាយុ 10-24 ឆ្នាំ រកឃើញ 37.7% នៃបុរសវ័យក្មេង និង 18.5% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានរួមភេទក្នុងរយៈពេលបីខែមុន ដែល 69.6% នៃបុរសវ័យក្មេង និង 52.5% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានទាក់ទងនឹងពាណិជ្ជកម្មផ្លូវភេទ។ ត្រឹមតែ 43.3% នៃបុរសវ័យក្មេង និង 6.5% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង បានរាយការណ៍ថាតែងតែប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាមួយដៃគូជាទៀងទាត់ ដោយមិនយកប្រាក់ក្នុងរយៈពេលបីខែមុនការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (Yi et al 2014) ។

1.11 សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធទទួលបានសេវាសុខភាពសម្រាប់យុវវ័យ

សេវាសុខភាព ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយការបង្ការសុខភាពទន់ខ្សោយ និងការគាំទ្រយុវវ័យដើម្បីធ្វើឱ្យមានសុខភាពល្អ ។ លើសពីនេះទៅទៀតសក្តានុពលការថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាព គឺជាប្រភពសំខាន់នៃសេវាការការពារសុខភាព សម្រាប់គម្លាតតម្រូវការសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យ រួមមានព័ត៌មាន ការផ្តល់ប្រឹក្សាសេវា និងការបញ្ជូន។ យុវវ័យជាច្រើនបានចូលទៅប្រឹក្សាសេវាសុខភាពសម្រាប់ពីបញ្ហាសុខភាពទូទៅ ដូច្នេះហើយសេវាគឺមានសារៈសំខាន់ និងកាលានុវត្តភាពដើម្បីបង្ហាញជាផ្លូវទៅដល់យុវវ័យសម្រាប់អន្តរាគមន៍ការពារសុខភាពបន្តពូជ។ យុវវ័យជាច្រើនមានព្រំដែនកំណត់ ឬមិនបានមកប្រឹក្សាពីសេវាសុខភាពរួមមានការថែទាំសុខភាពបន្តពូជដោយសារព្រំដែនកំណត់ការយល់ដឹង និងព័ត៌មានអំពីជំងឺសុខភាពបន្តពូជ (PSL 2015; Read 2014) ជនបទ (Lopez, Mukaire & Mataya 2012) ចំណាកស្រុក (Hegde, Hoban & Nevill 2011; Sudhinaraset, Astone & Blum 2012) ពិការភាព (Gartrell & Hoban 2013, 2014) ឧបសគ្គដែលទាក់ទងនឹងថ្លៃ (Speizer, Magnani & Colvin 2003) ឧបសគ្គភាសា (PSL 2015) កង្វះព័ត៌មានពីសេវាកម្ម និងភាពទទួលបានសម្រាប់យុវវ័យ (Lu et al 2011; Zhao et al 2009) ឥរិយាបទអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព (Webber & Spitzer 2010; Yi et al 2014) ការបាត់បង់ឱកាស និងការរើសអើងយុវវ័យដូចជាអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន (Jatapai et al 2016) ជនជាតិភាគតិច (Huang Z 2015) ជនប្តូរភេទ (Gridley et al 2016) និងស្ត្រីប្តូរការរួមភេទដោយប្រាក់ ឬជារបស់ (Yi et al 2015)

Tylee et al (2007) ពិនិត្យឃើញថាមានប្រាំប្រភេទខុសគ្នានៃសេវាសុខភាពដែល អាចឲ្យយុវវ័យរកបាន រួមមាន: 1) មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យឯកទេសសេវាសុខភាពបន្តពូជ ឬគ្លីនិក

ជារឿយៗតែមិនជាប្រចាំទេ នៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខភាព 2) សហគមន៍ដោយផ្តោតលើឯកទេសដូចជាអ្នកអនុវត្តន៍ទូទៅ អង្គការមិនស្វែងរកប្រាក់ចំណេញ (NGO) និងគ្រឹះស្ថានសុខភាពរដ្ឋដែលផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងព័ត៌មានការការពារ ការអប់រំ និងកម្មវិធីទំនាក់ទំនង 3) តាមសាលា និងមហាវិទ្យាល័យដោយផ្តោតលើការសិក្សាអប់រំផ្នែកសុខភាពបន្តពូជដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកម្មវិធីសិក្សា 4) ឱសថស្ថាន និងតាមហាងដែលលក់ផលិតផលដូចជា ស្រោមអនាម័យ និងវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើបដោយគ្មានថ្នាំកែរោគ ឬសេវាទាក់ទងការការពារសុខភាព និង 5) ការផ្តល់សេវាផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងសហគមន៍ ឬនៅចំណុចទំនាក់ទំនងដែលជាកន្លែងដែលមនុស្សវ័យក្មេងជួបជុំគ្នា ជាព័ត៌មានពីសុខភាពបន្តពូជពីមុនៗ និងផលិតផលដូចជាស្រោមអនាម័យ និងវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតបែបទំនើប ទៅកាន់ស្ត្រីដែលធ្វើការតាមមណ្ឌលកំសាន្តសប្បាយពេលរាត្រី រោងចក្រកាត់ដេរ និងតាមអនុវិទ្យាល័យ និងមហាវិទ្យាល័យ ។ ដើម្បីធានាថាសេវាសុខភាពគឺ "មិត្តភាពយុវជន" អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានបង្កើតក្របខ័ណ្ឌការងារ (2005) និងបទដ្ឋានគុណភាពសម្រាប់គុណភាពសេវាយុវវ័យ (2014) ដែលបង្កើតលើភស្តុតាង និងបទពិសោធន៍នៃការរៀបចំជូរមុខ សម្រាប់អង្គការដែលបានធ្វើអន្តរាគមន៍ដើម្បីលុបបំបាត់រាន់ឧបសគ្គក្នុងការស្វែងរកការព្យាបាល និងទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យ និងយុវជន (Tylee et al 2007) ។

សេវាសុខភាពមិត្តភាពយុវជនបានផ្តល់នូវគុណភាពក្នុងការថែទាំសុខភាព ដែលអាចទៅរកសេវាបាន និងអាចទទួលយកបានក្នុងចំណោមយុវវ័យ ។ ភស្តុតាងពីប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យមដូចជាប្រទេសប៉ង់ក្លាដេស ម៉ុងហ្គោលី និងប្រទេសចិន បង្ហាញឃើញថា អង្គការ ឬរដ្ឋាភិបាលធ្វើកិច្ចសហប្រតិបត្តិការពិសេសទាំងនេះក្នុងសេវាសុខភាព ដែលរួមមានការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងធ្វើឲ្យប្រសើរនូវអក្ខរភាពសុខភាពរបស់យុវវ័យការកើនឡើងសេវាប្រើប្រាស់របស់យុវវ័យនេះ មិនរួមមានធ្វើឲ្យប្រសើរនូវគ្រឹះស្ថានសុខភាព (Ross, Dick & Ferguson 2006; Tylee et al 2007) ។ កម្ពុជាជាឧទាហរណ៍មួយ ការពិនិត្យឡើងវិញនៃសេវាមិត្តភាពយុវជននៅកម្ពុជាក្នុងឆ្នាំ 2009 បានកត់សម្គាល់ឃើញថា មានសារៈសំខាន់នៃយុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់អំណាចដល់យុវវ័យដើម្បីស្វែងរកសេវា និងការកើនឡើងនូវទំនុកចិត្តរបស់ពួកគេក្នុងការពិភាក្សាបញ្ហាផ្លូវភេទ និងការសួរសំណួរបុគ្គលិកសុខាភិបាល (Cambodia Organisation for Research and Development 2009) ។ ឧទាហរណ៍មួយ គម្រោងស្តីពីសកម្មភាព

ប្រឆាំងជំងឺហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ជានិរន្តរភាពក្នុងសហគមន៍ (SAHACOM) ដែលអនុវត្តន៍ក្នុងឆ្នាំ 2009 តាមសហគមន៍គោលដៅ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រសមារណកម្មបញ្ចូលគ្នារវាងមេរោគហ៊ីវ និងសេវាសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់ស្ត្រី បម្រើការងារតាមមណ្ឌលកំសាន្តសប្បាយពេលរាត្រី ។ Yi et al (2015) បានវាយតម្លៃពីផលប៉ះពាល់នៃ SAHACOM ពីឥរិយាបថរួមភេទ និងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាពក្នុងចំណោម អ្នកបម្រើការងារតាមមណ្ឌលកំសាន្តសប្បាយពេលរាត្រី និងនៅពេលចុងបញ្ចប់ នៃគម្រោងបានរកឃើញថាស្ត្រីមានអត្រាតិចគួរឲ្យកត់សម្គាល់ដែលបានរួមភេទដើម្បីប្តូរយកជាហិរញ្ញវត្ថុ ឬអំណោយ និងចំនួនស្ត្រីរួមភេទជាមួយដៃគូក៏បានធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់ក្នុងរយៈពេលបីខែមុនការវាយតម្លៃ។ ទោះយ៉ាងណាក៏នៅចំណុចបញ្ចប់ស្ត្រីគឺ អត្រាខ្ពស់គួរឲ្យកត់សម្គាល់ដែលបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលគេរួមភេទជាមួយអតិថិជនដើម្បីប្តូរយកហិរញ្ញវត្ថុ ឬអំណោយមានអត្រាទាបដែលបានរាយការណ៍ មានរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគក្នុងរយះពេលបីខែមុនអង្កេត។ ស្ត្រីមានអត្រាខ្ពស់បានស្វែងរកការព្យាបាលសម្រាប់រោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគថ្មីចុងក្រោយបំផុត និងមានអត្រាខ្ពស់គួរឲ្យកត់សម្គាល់ដែលបច្ចុប្បន្នបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត និងមានអត្រាទាបដែលបានរាយការណ៍បានធ្វើរំលូតកូនអំឡុងពេលពេលធ្វើការជាអ្នកបម្រើការងារតាមមណ្ឌលកំសាន្តសប្បាយពេលរាត្រី ។

មានគំរូជាច្រើននៃសេវាសុខភាពមិត្តភាពយុវជននៅប្រទេស ក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ដែលរួមមានចរិកលក្ខណៈដែលបានគូសបញ្ជាក់ ក្នុងក្របខ័ណ្ឌអង្គការសុខភាពពិភពលោក (2005) ដូចជាគ្រឹះស្ថានរបស់យុវជន ដូចនៅ Yakata Yakata Youth- Only Clinic in Aceh Indonesia Indonesia (Nossal Institute of Global Health 2009) សេវាសុខភាពបន្តពូជបានផ្តល់ IEC សម្រាប់ការមិនបានទៅដល់យុវវ័យ នៅសាធារណៈប្រជាម៉ានិតឡាវ (Taylor 2007) អ្វីដែលសំខាន់ទៀតនោះ គឺការធ្វើសមាហរណកម្មដាក់បញ្ចូលសេវាកៀកយុវវ័យឲ្យមានទៅក្នុងសេវាសុខភាពដែរ ជាឧទាហរណ៍ ក្នុងឆ្នាំ 2010 រដ្ឋាភិបាលនៃប្រទេសនេប៉ាល់បានអនុវត្តន៍សេវាសុខភាពកៀកយុវវ័យ ថ្នាក់ជាតិ និងក្នុងឆ្នាំ 2014 ច្រើនជាង 700 គ្រឹះស្ថាននៅប្រទេសនេប៉ាល់បានដាក់កម្មវិធីទទួលបានជោគជ័យគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ ការវាយតម្លៃបានបង្ហាញថាការទទួលយកសេវាដោយយុវវ័យមានគួរឲ្យកត់សម្គាល់ ជាពិសេសស្ត្រីវ័យក្មេងរួមមានការកើនឡើងការទទួលបានការថែទាំសុខភាពបន្តពូជ និងប្រឹក្សា និងការធ្វើឲ្យប្រសើរនូវចំណេះដឹងសុខភាពបន្តពូជក្នុងចំណោមមន្ត្រីសុខាភិបាល (Centre for Research on Environment Health and

Population Activities 2015) ខណៈមានភាពរឹងមាំនៃភស្តុតាងជាសកលបានចងក្រងជាឯកសារពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្តល់សេវាលើយុវវ័យ និងសុខភាពបន្តពូជ SRH (Dick et al 2006: Speizer, Magnani & Colvin 2003; Tylee et al 2007) ភស្តុតាងមានដែនកំណត់ និងមានតិច សម្រាប់សុខភាពមូលដ្ឋានផ្អែកលើការអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ។ គម្លាតនៃអន្តរាគមន៍ មិត្តភាពយុវជនតម្រូវឲ្យដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមសុខភាពបន្តពូជបង្ហាញថាគ្មាននរណាម្នាក់ឬ មិនមានលក្ខខណ្ឌច្បាស់លាស់ "មួយសម្រាប់ទាំងអស់" អន្តរាគមន៍នឹងមានគ្រប់គ្រាន់ (Kalamar, Bayer & Hindin 2016). ផ្ទុយទៅវិញវាបានបង្ហាញពីដំណោះស្រាយផ្សេងៗគ្នាអាចមានសមត្ថភាពបង្កើតភាពជោគជ័យ និងផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗគ្នា។ ចំនួនករណី ការរួមបញ្ចូលនៃដំណោះស្រាយ ដែលធានាសម្រាប់លទ្ធផលប្រសើរមួយនៃសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យដែលកំណត់តាមភាពស្មុគស្មាញប្រទាក់ក្រឡាគ្នាក្នុងកម្រិតផ្សេងៗគ្នា(Viner et al 2012) ។ ភស្តុតាងបានបង្ហាញ ថាមានតម្រូវការក្នុងការធ្វើឲ្យមានតុល្យភាពការអន្តរាគមន៍ជាបុគ្គលដោយផ្តោតសំខាន់លើភាពស្មើគ្នាលើគំនិតផ្តួចផ្តើមការកំណត់រចនាសម្ព័ន្ធនៃសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ និងយុវជន និង ការបង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រសម្រាប់គោលនយោបាយ និងកម្មវិធីចូលរួមក្នុងសង្គមដែល យុវវ័យ និងយុវជនរស់នៅ (Bearinger, Sieving & Sharma 2007) ។

2 ទិន្នន័យ និងវិធីសាស្ត្រ

2.1 ទិន្នន័យ

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព (DHS) បានចាប់ផ្តើមធ្វើដំបូងនៅឆ្នាំ 1984 រហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ននេះបានធ្វើឡើងច្រើនជាង 300 លើកក្នុងបណ្តាប្រទេសចំនួន 90 (1) ។ កម្រងសំណួរស្តង់ដារសម្រាប់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពគ្របដណ្តប់ផ្នែកប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ហើយប្រទេសដែលបានអង្កេត មានកាលានុវត្តន៍ភាពក្នុងការបន្ថែមនូវសំណួរផ្នែកសុខភាពជាក់លាក់ដែលកំពុងកើតមានតាមប្រទេសរបស់ខ្លួន។ ការវិភាគដែលនឹងបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍នេះគឺប្រើទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាដែលបានធ្វើទាំងបួនលើក (CDHS) គឺក្នុងឆ្នាំ 2000 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ 2000 ជាអង្កេតជាតិលើកដំបូងស្តីពីប្រជាសាស្ត្រ និងបញ្ហាសុខភាពនៅកម្ពុជា និងបានប្រើវិធីសាស្ត្រដូចគ្នាក្នុងការជ្រើសរើសសំណាកគំរូសម្រាប់អង្កេតដែលបានអនុវត្តន៍បីអង្កេតទៀតជាបន្តបន្ទាប់។ វិធីសាស្ត្រអង្កេតលម្អិតបានផ្តល់ក្នុងរបាយការណ៍ជាក់លាក់នីមួយៗ (2-5) តែមានលក្ខណៈសង្ខេបពីសំណាកគំរូអង្កេតនីមួយៗដែលបានជ្រើសរើសជាតំណាងថ្នាក់ជាតិនៃគោលដៅប្រជាសាស្ត្រ ដោយប្រើគំរូតាមដំណាក់កាលពីរជំហាន។ ប្រទេសត្រូវបានបែងចែកជាសំណាកគំរូដែលមានរាជធានី ខេត្តទោល ឬក្រុមខេត្តតូចបញ្ចូលគ្នា។ ពីការជ្រើសរើសសំណាកគំរូភូមិត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាមតំបន់ទីប្រជុំជន ឬតំបន់ជនបទ ហើយភូមិធំត្រូវបានបែងចែកជាមណ្ឌលអង្កេត (EA) ដើម្បីបង្កើតតំបន់ជ្រើសរើសផ្សេងៗគ្នា។ ជំហានដំបូងនៃសំណាកគំរូតំបន់អង្កេតត្រូវបានជ្រើសរើសដោយសមាមាត្រប្រូបាលីតេតាមទំហំភូមិ/មណ្ឌលអង្កេត ដោយផ្អែកលើចំនួនគ្រួសារនៅក្នុងភូមិ/មណ្ឌលនោះ។ ដោយផ្អែកភូមិ/មណ្ឌលនីមួយៗដែលបានជ្រើសរើសរួចត្រូវចុះបញ្ជីគ្រួសារ ហើយជំហានទីពីរនៃសំណាកគ្រួសារគឺត្រូវបាន ជ្រើសរើសគ្រួសារពីបញ្ជី។

អង្កេតឆ្នាំ 2000 ត្រូវបានធ្វើឡើងតែលើស្ត្រីដែលមានអាយុ 15 ដល់ 49 ឆ្នាំ ដោយឡែកបុរស និង ស្ត្រីចន្លោះអាយុដូចគ្នានេះដែលដាក់បញ្ចូលក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ ក្របខ័ណ្ឌសំណាកគំរូសម្រាប់អង្កេតសុខភាពឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2005 គឺត្រូវបានយកចេញពី

ជំរឿនទូទៅនូវប្រជាជាកម្ពុជាឆ្នាំ 1998 ខណៈដែលក្រុបខ័ណ្ឌសំណាកគំរូសម្រាប់អង្កេតឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 គឺផ្អែកលើជំរឿនទូទៅនូវប្រជាជនកម្ពុជាឆ្នាំ 2008 (GPC) ។

អង្កេតទាំងបួនខុសៗគ្នា និងការបែងចែកក្រុមអាយុជាក់ស្តែង (15-24 ឆ្នាំ) ត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណដើម្បីបង្កើតលក្ខខ័ណ្ឌទូទៅនៃសូចនាករណ៍ដើម្បីគណនាក្នុងរបាយការណ៍នេះ ដែលមានភាពចាំបាច់ក្នុងការប្រើប្រាស់ជាភាគបែងខុសៗគ្នាជាច្រើន ។ ដើម្បីធានាថាការប៉ាន់ស្មានប្រេវ៉ាឡង់កត្តាប្រែប្រួលបទដ្ឋានមួយ ត្រូវបានអនុវត្តន៍ក្នុងការប៉ាន់ស្មានដែលតំណាងឲ្យគ្រប់ស្ត្រី និងបុរសទាំងអស់ និងទំហំសំណាកគំរូសម្រាប់ជាភាគបែងខុសៗគ្នាសម្រាប់យុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ត្រូវបានបង្ហាញក្នុងតារាង 2.1 ។

តារាង 2.1 ទំហំសំណាកគំរូយុវវ័យអាយុ (15-24) សម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាភាគបែងក្នុងរបាយការណ៍ កម្ពុជា DHS 2000-2014

ក្រុមសំណាកគំរូ	2000*	2005		2010		2014	
	ស្រី	ស្រី	ប្រុស	ស្រី	ប្រុស	ស្រី	ប្រុស
ធ្លាប់រៀបការ	1,567	2,192	517	2,202	504	2,415	368
បច្ចុប្បន្នរៀបការ	1447	2034	475	2,061	454	2,283	335
បានរួមភេទ 12 ខែកន្លងមក	1,302	1,865	745	1,948	693	2,103	484
ធ្លាប់រួមភេទ	1,566	2,197	789	2,205	736	2,452	525
ផ្តលកំណើតក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំកន្លងមក	1,048	1,608		1,624		1,654	
គ្រប់កំណើតក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត%	1,440	2,125		2,017		1,990	
សរុប	5,600	6,646	2,884		3,265	5,910	1,760

* អង្កេតឆ្នាំ 2000 ត្រូវបានធ្វើឡើងតែលើស្ត្រីប៉ុណ្ណោះ % ចំនួនសរុបនៃការមានគភ៌យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមកសម្រាប់ម្តាយអាយុ 15-24 ឆ្នាំអំឡុងពេលអង្កេត ។

2.2 វិធីសាស្រ្ត

របាយការណ៍វិភាគនេះគឺធ្វើឡើងតែលើយុវវ័យដែលមានអាយុ 15 ដល់ 24 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ។ ស្ថិតិពណ៌នា (មានដូចជា ចំនួន សមាមាត្រ និងមធ្យម) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីពណ៌នាតាមចរិតលក្ខណៈភូមិសាស្រ្ត ការរួមភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ។ លទ្ធផលត្រូវបានគណនាដាច់

ដោយឡែកពីគ្នាតាមតំបន់ជនបទ រាជធានី ខេត្ត កម្រិតសិក្សាអប់រំ និងតាមស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច ដូច្នេះការប្រែប្រួលក្នុងការបែងចែកត្រូវបានកំណត់ទៅតាមសំណាកគំរូប៉ុណ្ណោះ ។

ការទាញតារាងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីគណនាប្រេវ៉ាឡង់នៃសូចនាករសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់យុវវ័យ និងយុវជនត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់តាមការជ្រើសរើសចរិតលក្ខណៈអង្កេតរួមមាន អាយុ ទីកន្លែងរស់នៅ (ទីប្រជុំជន/ជនបទ) រាជធានី ខេត្ត កម្រិតសិក្សាអប់រំ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច (វាស់វែងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ) និងសាសនា ។ ដែលការវិភាគមានលក្ខខ័ណ្ឌទៅលើការសំណុំរងនៃប្រជាសាស្ត្រដូចជាសំណាកគំរូអ្នកធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ គឺត្រូវបានបង្ហាញជាតារាង ឬរូបភាព ។

សម្រាប់ការជ្រើសរើសអថេរ និងលទ្ធផលវិភាគ (Chi squared statistics) ត្រូវបានគណនាពីនិន្នានៃការការវិភាគ (សមីការទំនាក់ទំនង) ដែលពេលវេលាកំណត់លើលទ្ធផលដើម្បីត្រួតពិនិត្យប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរចាំបាច់នៃប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងរយៈពេលកន្លងមក។ និន្នាការក្នុងការប្រែប្រួលពេលកន្លងមកបានបង្ហាញជាក្រាហ្វិក។ គ្រប់ការវិភាគទាំងអស់ត្រូវបានប្រើប្រាស់កម្មវិធីវិភាគទិន្នន័យជំនាន់ទី 14 នៃ STATA version 14 (6) ។

2.3 និយមន័យអំពីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជយុវវ័យ និងយុវជន

អថេរ និងសូចនាករដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងរបាយការណ៍នេះត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកតាមនិយមន័យបទដ្ឋានការវាស់វែងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព MEASURE DHS ។

បច្ចុប្បន្នរៀបការ: អ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលបានរាយការណ៍នៅពេលសម្ភាសន៍ថាបច្ចុប្បន្នរៀបការ ឬមានដៃគូស្និទ្ធស្នាលរស់នៅជាមួយគ្នាដូចប្តីប្រពន្ធ (ដៃគូរួមភេទ) ។

ធ្លាប់រៀបការ: អ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលបានរាយការណ៍នៅពេលសម្ភាសន៍ថាបច្ចុប្បន្នរៀបការ ឬធ្លាប់រៀបការ (មេម៉ាយ លែងលះ រស់នៅបែកគ្នា និងអ្នកដែលធ្លាប់រស់នៅជាមួយដៃគូតែបច្ចុប្បន្នមិនបានរស់នៅជាមួយនរណាម្នាក់) ទោះបាន ឬមិនបានរៀបការជាផ្លូវការក្តី ឬធ្លាប់រស់នៅជាមួយគ្នាដូចប្តីប្រពន្ធ (ដៃគូរួមភេទ) ។

រាយការណ៍ "ធ្លាប់រួមភេទ" អ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលបានរាយការណ៍នៅពេលសម្ភាសន៍ថាធ្លាប់បានធ្លាប់រួមភេទមិនគិតអំពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍/ស្ថានភាពដៃគូរួមភេទ ។

ទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុត: សំដៅលើទំនាក់ទំនងក្នុងការរួមភេទជាមួយដៃគូចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនអង្កេត ។

ការប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងរួមភេទចុងក្រោយ: ថាតើអ្នកផ្តល់ចម្លើយបានប្រើស្រោមអនាម័យនៅអំឡុងរួមភេទចុងក្រោយឬទេ។ ភាគបែងគឺបុរសដែលបានរួមភេទក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងមក ។

បច្ចុប្បន្នប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតទំនើប: អ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលបានរាយការណ៍នៅពេលសម្ភាសន៍ថាបានប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតទំនើបណាមួយដើម្បីជៀសវាងការមានផ្ទៃពោះ ។ ស្ត្រីដែលប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបច្ចុប្បន្នកំណត់ជាវិធីសាស្ត្រទំនើប៖ ការបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ស្ត្រី ការបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់បុរស ថ្នាំគ្រាប់ កងដាក់ស្បូន (IUD) ថ្នាំចាក់ កងដាក់ក្រោមស្បែក និងស្រោមអនាម័យបុរស ។

តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ: រួមមានស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យ ឬការគិតច្រឡំ ការបំបៅដោះកុំឲ្យមានរដូវសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានកូនចុងក្រោយដោយចៃដន្យ ឬការគិតច្រឡំ fecund women នៅពេលនៃការសំភាសន៍មានផ្ទៃពោះ ឬក្រោយឆ្លងទន្លេរួច និងមិនប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតសម្រាប់ធ្វើផែនការគ្រួសារ និងអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាពួកគេចង់បញ្ឈប់ ឬកំណត់ចំនួនកូន ឬគម្លាតកំណើតកូនបន្ទាប់ ឬមិនទាន់សម្រេចចិត្តអំពីការកំណត់ពេលវេលាសម្រាប់កូនបន្ទាប់ ឬមានកូនមួយទៀត។

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនយុវវ័យ: គណនាដូចអត្រាលទ្ធភាពមានកូនតាមអាយុជាក់លាក់15-19 ឆ្នាំ (ASFR) ។ ភាគយកជាចំនួនកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំមុនពេលម្តាយមានអាយុ ។ ភាគបែងជាចំនួនឆ្នាំស្ត្រីតាមការផ្តល់ចម្លើយក្នុងអាយុ 15-19 ឆ្នាំនៃឆ្នាំទាំងនោះ។ លទ្ធផលជាចំនួនសមាមាត្រគុណនឹង 1,000 ដើម្បីវាស់វែងចំនួនកំណើតក្នុង1,000 កំណើត ។

យុវវ័យ និងការផ្តល់កំណើត: អ្នកផ្តល់ចម្លើយក្នុងអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលបានរាយការណ៍នៅពេលសម្ភាសន៍មានផ្ទៃពោះ ឬយ៉ាងហោចណាស់បានផ្តល់កំណើតម្តង ។

ការថែទាំសុខភាពអំឡុងមានគត៌: ជាចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងមានគត៌បច្ចុប្បន្ន។ ទិន្នន័យស្ថិតិនេះត្រូវបានគណនាសម្រាប់ស្ត្រីអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលបានផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំមុនអង្កេត ។ ចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងមានគត៌ត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់បីប្រភេទគឺ គ្មានសម្រាប់ស្ត្រីមិនបានពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងមានគត៌ មួយទៅបីដង និងបួនដងឬច្រើនជាងបានពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងមានគត៌។ ការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងមានគត៌បួនដងជាអនុសាសន៍របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

ការគាំទ្រការថែទាំសុខភាពអំឡុងមានគត៌: ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យជំទង់ 15-24 ឆ្នាំដែលបានផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយអ្នកដែលបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងមានគត៌ចុងក្រោយពីបុគ្គលិកមានជំនាញសុខាភិបាល (ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលានុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀត(ដូចជាជួយបង្កើត អ្នកស្មគ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត)ឬគ្មានអ្នកជួយ។

ការគាំទ្រអំឡុងពេលសម្រាល: ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យជំទង់ 15-24 ឆ្នាំដែលបានសម្រាលក្នុង រយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយអ្នកដែលបានទទួលបានការសម្រាលកូនចុងក្រោយពីបុគ្គលិកមានជំនាញសុខាភិបាល (ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលានុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀតទៀត (ដូចជា ជួយបង្កើត អ្នកស្មគ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត) ឬគ្មានអ្នកជួយ ។

ការគាំទ្រក្នុងការរំលូត: ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យជំទង់ 15-24 ឆ្នាំដែលបានរំលូតពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយអ្នកដែលបានរំលូតជាមួយបុគ្គលិកមានជំនាញសុខាភិបាល (ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលានុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀតទៀត (ដូចជា ជួយបង្កើត អ្នកស្មគ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត) ឬគ្មានអ្នកជួយក្នុងពេលរំលូត ។

ចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍: ដើម្បីអាចឆ្លើយសំណួរទាំងប្រាំមួយឲ្យបានត្រឹមត្រូវអំពីហានិភ័យហ៊ីវគឺ តើអ្នកដែលមើលទៅមានសុខភាពល្អអាចផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ តើអាចកាត់បន្ថយការឆ្លងជំងឺអេដស៍ដោយប្រើស្រោមអនាម័យរាល់ពេលរួមភេទដែរឬទេ តើអាចកាត់បន្ថយការឆ្លងជំងឺអេដស៍ដោយគ្រាន់តែរួមភេទជាមួយដៃគូដែលគ្មានផ្ទុកមេ

រោគអេដស៍ ឬដៃគូផ្សេងទៀតដែរឬទេ និងតើអាចឆ្លងជំងឺអេដស៍តាមរយៈមន្តអាគមអាបធ្មប់ ឬអបិយ៍ជំនឿផ្សេងទៀតដែលហួសពីការពិតដែរឬទេ តើមេរោគអេដស៍អាចឆ្លងបានតាមរយៈមូសខាំដែរឬទេ ហើយថាតើអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយគ្រាន់តែហូបអាហារជាមួយនរណាអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ ។

ជំងឺកាមរោគ (STI) អ្នកផ្តល់ចម្លើយដែលធ្លាប់បានរួមភេទហើយបានរាយការណ៍ធ្លាប់មានជំងឺកាមរោគណាមួយ ឬមានរោគសញ្ញាជាក់លាក់ (ឈឺ ឬដំបៅប្រដាប់ភេទ) ក្នុងរយពេល 12 ខែមុនអង្កេត ។

3 លទ្ធផលសំខាន់ៗ

3.1 ចរិតលក្ខណៈអង្កេតសម្រាប់យុវវ័យអាយុ 15 - 24 ឆ្នាំ

តារាង 3.1 និង 3.2 បង្ហាញចរិតលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រមូលដ្ឋានរបស់ស្ត្រី និងបុរសវ័យក្មេងនៅកម្ពុជាក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2000 2005 2010 និងអង្កេតឆ្នាំ 2014 ។ ការប៉ាន់ស្មានចំនួនប្រជាពស្ត្រត្រូវបានបង្ហាញគ្រប់ស្ត្រី និងបុរសក្នុងឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ បុរសមិនត្រូវបានធ្វើអង្កេតនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ 2000 ឡើយដូច្នេះមានតែទិន្នន័យស្ត្រីវ័យក្មេងប៉ុណ្ណោះ ។

តារាង 3.1 បង្ហាញថាគ្រប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ប្រមាណជា 80% រស់នៅតំបន់ជនបទ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានប្រហែល 84% រស់នៅតំបន់ជនបទនេះបង្ហាញថា ស្ត្រីនៅតំបន់ជនបទឆាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុវ័យក្មេងជាងស្ត្រីរស់នៅទីប្រជុំជន ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ សមាមាត្រស្ត្រីមិនបានចូលរៀនបានថយចុះពី 21.8% ក្នុងឆ្នាំ ២០០០ មកត្រឹមតែ 4.1% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានកម្រិតសិក្សាអប់រំត្រឹមកម្រិតបឋមសិក្សាមាន 54.9% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ហើយអត្រានេះបានថយចុះមកត្រឹម 33.1% ក្នុងឆ្នាំ 2014 កម្រិតមធ្យមសិក្សាបឋមភូមិបានកើនឡើងពី 22.7% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅ 55.6% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ភាគរយស្ត្រីដែលបានបញ្ចប់កម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ជាងនេះបានកើនឡើងពី 0.6% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅ 7.2 % ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។

ស្រដៀងគ្នានេះដែរមានប្រហែល 80% នៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ រស់នៅតំបន់ជនបទរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 15-24 ឆ្នាំ ភាគរយរស់នៅជនបទមាន 86.1% ក្នុងឆ្នាំ 2005 និង 91.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ សម្រាប់បុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានការថយចុះពី 4.9 % ក្នុងឆ្នាំ 2005 មកត្រឹម 3.3% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ដែលមិនបានចូលរៀន។ ក្នុងអំឡុងពេលដូចគ្នានេះដែរ ចំពោះអ្នកមានកម្រិតសិក្សាអប់រំត្រឹមកម្រិតបឋមសិក្សាបានថយចុះពី 45.8% មកត្រឹមតែ 32.5% ។ ផ្ទុយមកវិញបុរស ដែលមាន

កម្រិតសិក្សាអប់រំកម្រិតមធ្យមសិក្សាបឋមភូមិបានកើនឡើងពី 46.3% ទៅ 56% និង កម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ជាងនេះក៏មានអត្រាកើនឡើងផងដែរពី 3% ទៅ 8.2% ក្នុងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 តាមលំដាប់រៀង។ មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់នូវកម្រិតសិក្សាអប់រំ ក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ។ ភាគច្រើនគឺជាពុទ្ធសាសនិក (ប្រហែល 95%) ហើយវាបន្តស្របតាមបុរសដែរ រវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 និងស្ត្រីរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ។

តារាង 3.1 ចរិតលក្ខណៈយុវវ័យស្ត្រី និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ

ស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ តាមសារតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងឆ្នាំអង្កេត កម្ពុជា DHS 2005-2014

	2000				2005				2010				2014			
	ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ក្រុអាយុ																
15-17	8.6	134	40.4	2263	4.3	94	34.6	2299	4.8	106	34.6	2381	4.8	116	30	1774
18-19	21.2	333	24.2	1355	13.5	295	19.6	1302	13.6	300	19.6	1353	15	363	18.9	1119
20-24	70.2	1100	35.4	1982	82.2	1802	45.8	3045	81.6	1796	45.8	3155	80.2	1936	51.1	3017
ទីកន្លែងរសនៅ																
ទីប្រជុំជន	15.7	246	19.5	1093	16.4	359	19.8	1318	16.1	354	23.1	1591	12.5	302	19.8	1171
ជនបទ	84.3	1321	80.5	4507	83.6	1833	80.2	5328	83.9	1848	76.9	5298	87.5	2113	80.2	4739
តំបន់																
ភ្នំពេញ	7.9	123	12.5	703	10.6	233	13.2	877	7.8	173	12.9	892	8.0	194	12.6	744
វាលទំនាប	44.0	690	40.4	2260	37.5	822	37.8	2511	38.7	852	35.0	2411	34.7	838	32.3	1907
បឹងទន្លេសាប	27.9	437	29.9	1675	30.4	666	30.8	2047	30.5	670	31.0	2133	30.0	725	31.2	1846
ឆ្នេរសមុទ្រ	7.7	120	7.6	424	8.00	174	7.4	492	8.00	176	7.3	502	6.9	166	6.7	398
ខ្ពង់រាប និងភ្នំ	12.5	197	9.6	538	13.5	297	10.8	719	15.0	331	13.8	951	20.4	492	17.2	1015
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានចូលរៀន	28.5	447	21.8	1221	19.7	433	11.6	770	11.1	244	6.1	420	6.9	166	4.1	243
បឋមសិក្សា	53	831	54.9	3075	58.4	1279	52.3	3480	50.1	1103	37.9	2608	44.2	1069	33.1	1955
មធ្យមសិក្សា	18.2	285	22.7	1269	20.8	455	34.2	2270	37.3	821	51.0	3513	46.3	1118	55.6	3287
ខ្ពស់ជាង	0.3	4	0.6	35	1.1	25	1.9	126	1.5	34	5.0	348	2.6	62	7.2	425
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	20	438	15.6	1036	22.9	504	16	1101	20.1	486	16.2	956
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	20.2	442	17.2	1143	19.8	436	17	1172	20.0	483	17.9	1057
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	19.3	424	19	1261	20.3	447	19.2	1321	21.0	508	19.3	1139
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	19.1	419	20.1	1335	20.2	446	22.1	1526	20.2	487	21.3	1262
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	21.4	469	28.1	1871	16.8	369	25.7	1769	18.7	451	25.3	1496
សាសនា																
ព្រះពុទ្ធ	94.7	1484	95.4	5342	95.8	2100	96.5	6415	96.3	2121	97.0	6685	94.6	2285	95.5	5644
មូស្លីម	3.3	52	3.1	177	2.5	55	2.1	136	1.7	37	1.5	104	2.7	66	2.2	132
គ្រឹះ	0.1	2	0.3	16	0.2	4	0.6	38	0.6	12	0.6	40	0.7	16	1.0	61
ផ្សេងទៀត	1.9	29	1.2	65	1.5	33	0.8	57	1.4	32	0.9	60	2.0	48	1.3	73
សរុប		1567		5600		2192		6646		2202		6889		2415		5910

តារាង 3.2 ចរិតលក្ខណៈអង្កេតយុវវ័យបុរស និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ

បុរសវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ តាមសារតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងឆ្នាំអង្កេត កម្ពុជា DHS 2005-2014

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	2005				2010				2014			
	ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់បុរស		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់បុរស		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់បុរស	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
អាយុ												
15-17	0.6	3	38.3	1105	1.4	7	35.8	1169	1.9	7	33	581
18-19	6.0	31	19.3	557	6.2	31	21.3	694	6.1	22	19.6	345
20-24	93.4	483	42.4	1222	92.4	466	42.9	1402	92	339	47.4	834
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ												
ទីប្រជុំជន	13.9	72	17.6	509	14.4	73	21.9	715	8.2	30	18.4	324
ជនបទ	86.1	445	82.4	2375	85.6	431	78.1	2550	91.8	338	81.6	1436
តំបន់												
ភ្នំពេញ	9.4	48	12.1	350	9.1	46	12.3	400	4.5	17	12.3	216
វាលទំនាប	38.4	198	40.1	1158	43.2	218	37	1209	32.4	119	32.3	568
បឹងទន្លេសាប	32.2	167	29.9	861	25.7	130	30.1	983	32	118	31.6	556
ឆ្នេរសមុទ្រ	7.8	40	6.9	198	6.8	34	6.9	225	8	29	6.4	114
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	12.3	64	11	317	15.2	76	13.7	448	23.1	85	17.4	306
ការសិក្សាអប់រំ												
មិនបានរៀន	12.8	66	4.9	141	8.7	44	3.2	104	6.2	23	3.3	57
បឋមសិក្សា	54.4	281	45.8	1322	49.1	247	34.2	1115	42.6	156	32.5	572

មធ្យមសិក្សា	29.9	155	46.3	1335	39.0	197	56.0	1829	48.6	179	56.0	987
ខ្ពស់ជាង	2.9	15	3.0	86	3.2	16	6.6	217	2.6	10	8.2	144
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ												
ក្របំផុត	20.7	107	15.3	441	24.8	125	16.4	537	24.0	89	18.3	322
ក្រ	21.3	110	17	489	23.6	119	17.8	581	19.0	70	17.3	304
មធ្យម	21.3	110	20.4	590	20.9	106	20.3	663	21.8	80	20.1	354
មាន	17.8	92	21.8	630	14.5	73	21.6	704	23.5	86	21.8	384
មានបំផុត	18.9	98	25.5	734	16.2	81	23.9	780	11.7	43	22.5	396
សាសនា												
ព្រះពុទ្ធ	95.4	493	96.4	2781	95.7	482	97	3168	94.3	347	94.0	1655
មូស្លីម	2.1	11	1.6	47	1.2	6	1.3	42	2.6	10	3	53
គ្រីស្ត	0.7	4	1.2	33	1.5	8	0.8	26	0.9	3	1.5	26
ផ្សេងទៀត	1.8	9	0.8	23	1.6	8	0.9	29	2.2	8	1.5	26
សរុប		517		2,884		504		3,265		368		1,760

3.2 អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងឥរិយាបទក្នុងការរួមភេទ

3.2.1 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍

តារាង 3.3 បង្ហាញពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់យុវវ័យសម្រាប់ការអង្កេតទាំងបួនលើក។ ក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 15-24ឆ្នាំ បច្ចុប្បន្នអត្រាធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានកើនឡើងសម្រាប់ស្ត្រី មាន 25.8% ក្នុងឆ្នាំ 2000 និង 38.7% ក្នុងឆ្នាំ 2014។ សម្រាប់បុរសក៏មានអត្រាកើនឡើងផងដែរពី 16.5% ក្នុងឆ្នាំ 2005 ទៅ 19.0% ក្នុងឆ្នាំ2014 ។ សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បច្ចុប្បន្នធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បន្តនៅរក្សាចន្លោះពី 4-6% ទាំងបួនអង្កេត ។ ក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 18-19ឆ្នាំ មានតែមួយភាគប្រាំប៉ុណ្ណោះដែលបច្ចុប្បន្នធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2010 ប៉ុន្តែសមាមាត្រនេះបានកើនឡើងជាងសាមសិបភាគរយ (30.6%) ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ស្រដៀងគ្នាដែរស្ត្រីវ័យក្មេងក្នុងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ភាគរយបច្ចុប្បន្នធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានកើនឡើងពី 50.9% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅ 60.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានតែ 2% ដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ពីមុន ។ មានការកើនឡើង អត្រាភាគរយតិចតួចនៃបុរសបច្ចុប្បន្នធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ទាំងបួនអង្កេត យ៉ាងណាក្តីក៏មានការប្រែប្រួលគួរសមពី 16.5% ក្នុងឆ្នាំ 2005 ទៅ 19.0% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ សម្រាប់ស្ត្រីមានតែក្រោម 2% ប៉ុណ្ណោះនៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ពីមុន ។

តារាង 3.3 ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍

ភាគរយស្ត្រី បុរសវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ តាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្ន និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា DHS 2005-2014

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	2000				2005				2010				2014			
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24
ស្ត្រី																
មិនដែលរៀបការ	94.1	75.4	44.5	72.0	95.9	77.3	40.8	67.0	95.5	77.8	43.1	68.0	93.5	67.6	35.8	59.1
បច្ចុប្បន្នរៀបការរួច	5.8	22.6	50.9	25.8	4.0	20.8	54.9	30.6	4.1	21.0	53.2	29.9	6.1	30.6	60.8	38.7
រៀបការពីមុន	0.1	2.0	4.6	2.2	0.1	1.9	4.3	2.4	0.4	1.2	3.7	2.1	0.4	1.8	3.4	2.2
បុរស																
មិនដែលរៀបការ					99.7	94.4	60.5	82.1	99.4	95.5	66.8	84.6	98.8	93.5	59.4	79.1
បច្ចុប្បន្នរៀបការរួច					0.3	4.2	36.7	16.5	0.6	3.4	30.2	13.9	1.1	6.2	36.9	19.0
រៀបការពីមុន					0.0	1.4	2.8	1.4	0.0	1.1	3.0	1.5	0.1	0.4	3.7	1.9

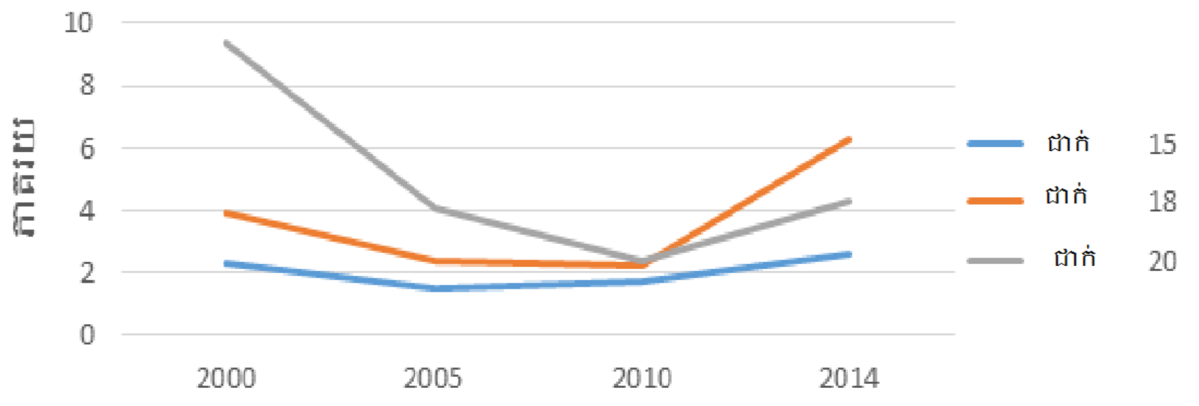
តារាង 3.4 បង្ហាញភាគរយយុវវ័យធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមអាយុជាក់លាក់ 15 ឆ្នាំ 18 ឆ្នាំ និង 20ឆ្នាំ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 មាន 9.3% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 15 ឆ្នាំ។ ភាគរយនេះមានស្ទើរតែពាក់កណ្តាល 5.0% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ សម្រាប់បុរសវ័យក្មេងអាយុបច្ចុប្បន្ន 15-17 ឆ្នាំ ប្រហែល 2% ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 15ឆ្នាំ សម្រាប់ការអង្កេតនីមួយៗ ។ ប្រហែលពាក់កណ្តាលនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24ឆ្នាំ ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 20 ឆ្នាំ គ្រប់អង្កេតតាំងពីឆ្នាំ 2000-2014 ។ រូប 3.1 បង្ហាញភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមអាយុជាក់លាក់ ។ ក្នុងចំណោមបុរសមានតិចជាង 1% ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ15ឆ្នាំ ដោយមិនបានគិតពីអាយុបច្ចុប្បន្ន ឬអាយុនៅពេលអង្កេតឡើយ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 មានប្រហែល 1នាក់ក្នុងចំណោម 4នាក់នៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 20 ឆ្នាំ និងមានស្រដៀងគ្នានេះផងដែរនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 (24.0%) ។

តារាង 3.4 ស្ថានភាពអពាហ៍ពីពាហ៍តាមភេទ

ភាគរយបុរសវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ តាមអាយុរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ជាក់លាក់ និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា DHS 2005-2014

ក្រុមអាយុ	2000			2005			2010			2014		
	15	18	20	15	18	20	15	18	20	15	18	20
ស្ត្រី												
15-17	2.2			2.0			2.2			2.6		
18-19	3.8	21.9		3.6	21.0		3.5	20.3		6.2	29.7	
20-24	9.3	33.4	49.1	7.0	32.6	49.7	4.7	27.7	45.9	5.0	29.4	50.8
15-24	5.1			4.6			3.6			4.5		
បុរស												
15-17				0.2			0.2			0.0		
18-19				0.1	5.0		0.3	4.3		0.0	5.3	
20-24				0.6	11.8	25.7	0.8	6.8	17.9	0.1	9.7	24.0
15-24				0.3			0.5			0.0		

រូបភាព 3.1 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15 ដល់ 24 ឆ្នាំដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមអាយុជាក់លាក់ 15 18 និង 20 ឆ្នាំ



3.2.2 ការរួមភេទតាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍

ភាគរយនៃបុរស និងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ធ្លាប់បានរួមភេទយោងតាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បានបង្ហាញក្នុងតារាង 3.5 ។ មានការកើនឡើងនៃអាយុដែលបានរាយការណ៍មានសកម្មភាពរួមភេទទាំងបុរសនិងស្ត្រី ។ទោះយ៉ាងណាក្តីសម្រាប់ស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍

មានតិចជាង 1% បានរាយការណ៍ថាធ្លាប់បានរួមភេទរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ2010 និងមាន 1% ក្នុងឆ្នាំ2014។សកម្មភាពរួមភេទក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ប្រហែលមានក្រោមការប៉ាន់ស្មាន នៃភាគរយសកម្មភាពរួមភេទពិតក្នុងក្រុមអាយុនេះ។ ឆ្នាំ 2005 ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-17ឆ្នាំ មិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានតែ 1.8% បានរាយការណ៍ថាពួកគេធ្លាប់បានរួមភេទ អត្រានេះបានកើនឡើង 9.6%ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 18-19 ឆ្នាំ និង 27.2% សម្រាប់អាយុ 20-24ឆ្នាំ ។ និន្នាការស្រដៀងគ្នានេះ ក៏កើតមានទៅតាមក្រុមអាយុក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ដែរ។

3.2.3 អាយុរួមភេទលើកដំបូង

តារាង 3.6 បង្ហាញភាគរយយុវវ័យដែលមានបទពិសោធន៍រួមភេទលើកដំបូងតាមអាយុជាក់លាក់ 15ឆ្នាំ 18ឆ្នាំ និងអាយុ 20ឆ្នាំ ។ សម្រាប់ស្ត្រីអាយុវ័យក្មេងបច្ចុប្បន្នអាយុ 15-17ឆ្នាំ ប្រហែល 2% បានរួមភេទនៅអាយុ 15ឆ្នាំ គ្រប់អង្កេតទាំងបួន ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 2.3% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17ឆ្នាំ បានរួមភេទនៅអាយុ 15ឆ្នាំ នៅក្នុងក្រុមអាយុនេះផងដែរគឺមាន 2.6% នៅឆ្នាំ 2014។ នៅឆ្នាំ 2000 ក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ 18-19ឆ្នាំ មាន 3.9% បានរួមភេទនៅអាយុ15ឆ្នាំ ហើយអត្រានេះបានកើនឡើងដល់ 6.3% ក្នុងក្រុមអាយុដូចគ្នានៅឆ្នាំ 2014។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 9.4% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ បានរួមភេទនៅអាយុ 15ឆ្នាំ ។ ភាគរយនេះមានខ្ពស់ជាងពាក់កណ្តាល 4.3% ក្នុងឆ្នាំ2014។ រវាងអត្រា 42% និង51% គ្រប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ បានរួមភេទនៅអាយុ 20ឆ្នាំ គ្រប់ការអង្កេតពីឆ្នាំ 2000-2014 ។

ឆ្នាំ 2000 ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ដែលបានរាយការណ៍បានរួមភេទនៅអាយុ 15 ឆ្នាំ បង្ហាញថាពួកគេបានចាប់ផ្តើមរួមភេទលើកដំបូងពាក់កណ្តាកសតវត្សរ៍ឆ្នាំ 1990 ។ ដូចគ្នានេះដែរអ្នកឆ្លើយតបអាយុ 18-19 ឆ្នាំ មានសកម្មភាពរួមភេទពាក់កណ្តាលសតវត្សរ៍ឆ្នាំ1990 និងអ្នកមានអាយុ 15-17 ឆ្នាំមានសកម្មភាពរួមភេទនៅចុងសតវត្សរ៍ឆ្នាំ 1990 ។ ការធ្លាក់ចុះភាគរយរាយការណ៍ការរួមភេទលើកដំបូងនៅអាយុវ័យក្មេងជាប់ទាក់ទងនឹងការផ្តល់កំណើតចុងឆ្នាំ។

ដូច្នេះប្រេវ៉ាឡង់ការរួមភេទក្មេងស្រីអាយុក្រោម 15 ឆ្នាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយនៅក្នុងសតវត្សរ៍។ ទសស្សវត្សចុងក្រោយក្នុងឆ្នាំ 2010 របាយការណ៍ស្តីពីការរួមភេទវ័យក្មេងកើតមានឡើងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2010 បានកាត់បន្ថយ។ ទោះយ៉ាងណាក្តី ក្នុងឆ្នាំ 2014 ប្រេវ៉ាឡង់ការរួមភេទវ័យក្មេងរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 គឺបានកើនឡើងម្តងទៀត ។

ឆ្នាំ 2005 ប្រហែល 1% នៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានរួមភេទនៅអាយុជាក់លាក់ 15 ឆ្នាំ ។ ទាំងនេះបង្ហាញថាការរួមភេទលើកដំបូងរបស់បុរសវ័យក្មេងបន្ទាប់ពីគេមានអាយុ 15 ឆ្នាំ ។ ឆ្នាំ 2014 មានតិចជាង 36% នៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ធ្លាប់បានរួមភេទនៅអាយុជាក់លាក់ 20 ឆ្នាំ ។ អត្រារួមភេទតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់គឺស្ត្រីមានខ្ពស់ជាងបុរសនេះបង្ហាញថាស្ត្រីធ្លាប់បានរួមភេទលើកដំបូងនៅអាយុក្មេងជាងបុរស ។

តារាង 3.5 សកម្មភាពរួមភេទតាមស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍

ភាគរយបុរសវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់រួមភេទតាមស្ថានភាពរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងឆ្នាំអង្កេត កម្ពុជា DHS 2005-2014

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍	2000				2005				2010				2014			
	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24	15-17	18-19	20-24	15-24
ស្ត្រី																
មិនដែលរៀបការ	0.0	0.1	0.6	0.2	0.0	0.1	0.4	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	1.8	1.9	1.1
បច្ចុប្បន្នរៀបការរួច	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	99.8	99.7	99.9	99.9	100.0	100.0	100.0	100.0
រៀបការពីមុន	100*	100.0	100.0	100.0	100*	97.5*	100.0	99.6	100*	100*	99.0	99.2	100.0	100.0	99.9	99.9
សរុប	5.9	24.7	55.8	28.1	4.2	22.7	59.4	33.1	4.6	22.3	56.9	32.0	6.7	33.7	64.8	41.5
បុរស																
មិនដែលរៀបការ					1.8	9.6	27.2	11.5	1.2	5.8	19.2	8.4	2.3	8.3	23.8	11.3
បច្ចុប្បន្នរៀបការរួច					100*	100.0	100.0	100.0	100*	100.0	100.0	100.0	100*	100*	100.0	100.0
រៀបការពីមុន					-	100*	100.0	100.0	-	100*	100.0	100.0	100*	100*	100.0	100.0
សរុប					2.1	14.7	55.9	27.3	1.8	10.1	46.0	22.5	3.5	14.2	54.6	29.8

**ប៉ាន់ស្មានតាមចំនួនតិចជាង 25 មិនប្រើមេគុណអង្កេត*

តារាង3.6: ការរួមភេទលើកដំបូងតាមអាយុជាក់លាក់

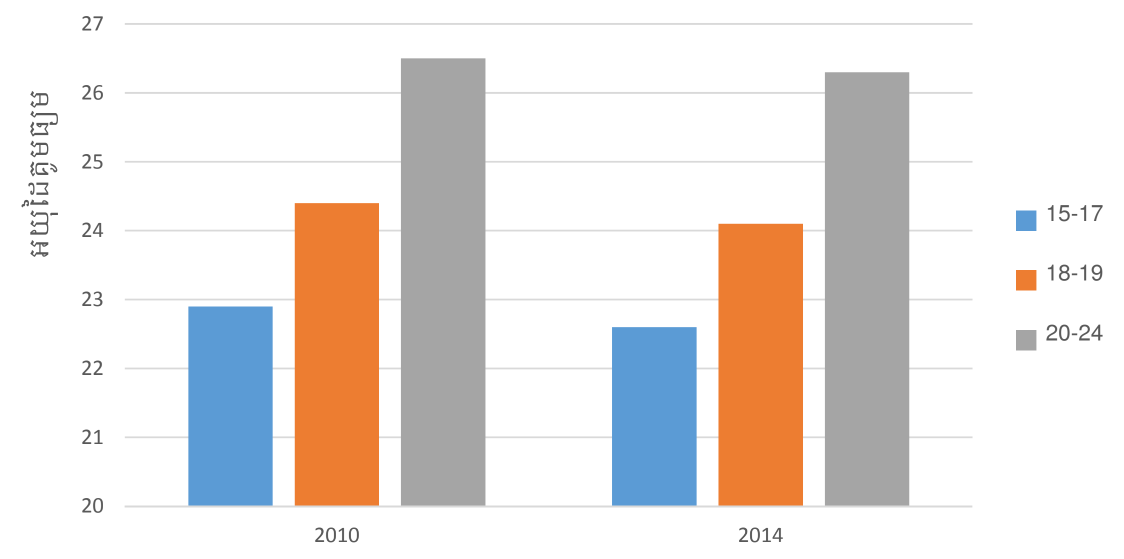
ភាគរយស្ត្រី និងបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលធ្លាប់រួមភេទតាមអាយុជាក់លាក់កម្ពុជា DHS 2000-2014

អាយុបច្ចុប្បន្ន	2000			2005			2010			2014		
	15	18	20	15	18	20	15	18	20	15	18	20
ស្ត្រី												
15-17	2.3			1.5			1.7			2.6		
18-19	3.9	21.9		2.4	20.2		2.2	19.3		6.3	29.8	
20-24	9.4	33.8	49.1	4.1	29.3	47.7	2.4	22.8	42.4	4.3	29.2	51.3
15-24	5.2			2.9			2.1			4.2		
បុរស												
15-17				0.9			0.0			0.5		
18-19				0.5	11.7		0.3	8.1		0.2	10.6	
20-24				1.2	17.0	39.6	0.6	10.4	28.5	0.7	15.1	35.6
15-24				1.0			0.4			0.5		

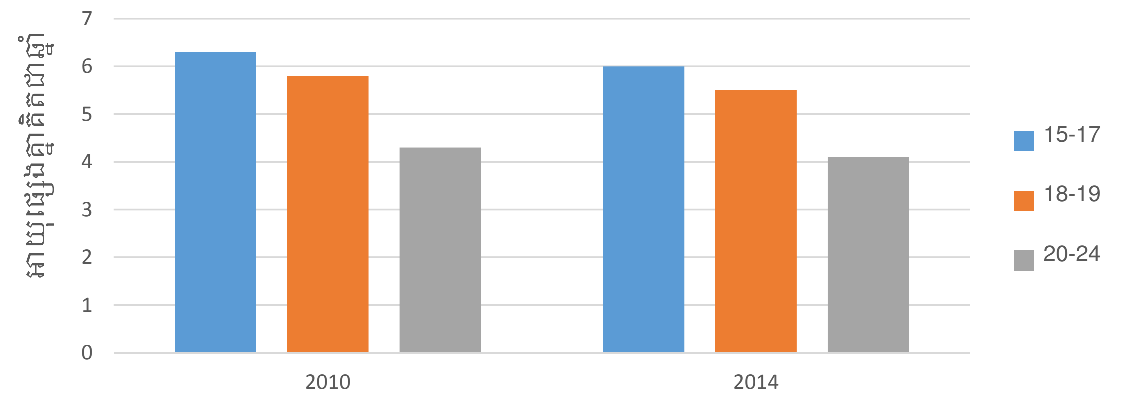
3.2.4 វិសមភាពអាយុដៃគូរួមភេទ

រូបភាព 3.2 បង្ហាញពីអាយុមធ្យមរបស់ដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេង សង្កេតឃើញថាអាយុដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់ស្ត្រីកើនឡើងតាមអាយុរបស់ស្ត្រីហើយភាពខុសគ្នារវាងអាយុរបស់ស្ត្រី និងដៃគូគឺមានខ្ពស់សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេង។ ភាពខុសគ្នានៃអាយុមធ្យមរវាងស្ត្រី និងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបង្ហាញក្នុងរូបភាព 3.3 ។

រូបភាព 3.2 អយុមធ្យមដៃគូរួមភេទចុងក្រោយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងតាមក្រុមៈ 2010-2014



រូបភាព 3.3 អាយុផ្សេងគ្នាគិតជាមធ្យមរវាងស្ត្រីវ័យក្មេង និងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយ 2010-2014



3.2.5 ទំនាក់ទំនងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុត

តារាង 3.7 បង្ហាញការបែងចែកភាគរយយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ទៅនឹងទំនាក់ទំនងដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់ពួកគេ ។ ជិត (99%) នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលមានសកម្មភាពរួមភេទបានរាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់គេគឺជាប្តី ឬដៃគូស្និទ្ធស្នាល ។ សមាមាត្រទាបជាង (1%) បានរាយការណ៍ថាបានរួមភេទជាមួយមិត្តប្រុស ឬសង្សារ ។ ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ប្រហែលជាពីរភាគបី (67%) ក្នុងឆ្នាំ 2005 និងបីភាគបួន (77%) ក្នុងឆ្នាំ 2014 រាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់គេគឺជាប្រពន្ធ/ដៃគូរួមភេទ។ មានតែ 11% ក្នុងឆ្នាំ 2005 និង 18.5% ក្នុងឆ្នាំ 2014 បានរាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់គេគឺជាមិត្តស្រី ឬសង្សារស្រី។ រវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 មានការធ្លាក់ចុះនៃសមាមាត្របុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលរាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់ពួកគេគឺអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 17.3% នៃបុរសវ័យក្មេងបានរាយការណ៍ថាដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុតរបស់គេ គឺអ្នកស៊ីផ្លូវភេទ ដែលនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 មាន 2.2% នៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ ។ ការប៉ាន់ស្មានចុងក្រោយគឺផ្អែកលើចំនួនករណី (n=10) ដូច្នេះគួរប្រុងប្រយ័ត្នពេលដែលធ្វើការប៉ាន់ស្មាន។

តារាង 3.7 ទំនាក់ទំនងដៃគូចុងក្រោយបំផុត

ទំនាក់ទំនង	ស្ត្រី				បុរស		
	2000	2005	2010	2014	2005	2010	2014
ប្តី ឬប្រពន្ធ/ដៃគូរួមភេទ	99.3	99.5	99.4	98.4	67.6	75.1	76.9
មិត្តប្រុស/មិត្តស្រី/សង្សារ	0.1	0.4	0.4	1.4	11.3	15.4	18.5
អ្នកស្គាល់គ្នា	0	0.1	0.1	0.1	3.3#	3.0#	2.4#
អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ*					17.3	6.0	2.2#
ផ្សេងទៀត	0.6	0	0	0.1	0.5#	0.5#	0
ចំនួន	1451	2048	2090	2327	697	623	448

ប៉ាន់ស្មានតាមចំនួនតិចជាង 25 មិនប្រើមេគុណអង្កេត

3.2.6 ការប្រើស្រោមអនាម័យជាមួយដៃគូរួមភេទចុងក្រោយបំផុត

តារាង 3.8 បង្ហាញពីភាគរយនៃបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យក្នុងអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេតក្នុងអង្កេតប្រជា

សាស្ត្រ និងសុខភាព ឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទចុងក្រោយមានអត្រាខ្ពស់នៅទីតំបន់ប្រជុំជនធៀបនឹងតំបន់ជនបទ។ នៅឆ្នាំ 2005 បុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មាន 57.7% នៅតំបន់ទីប្រជុំជន ធៀបនឹង 23.3%នៅតំបន់ជនបទ និងនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 មាន 57.2% នៅតំបន់ទីប្រជុំជននិងបានធ្លាក់ចុះមក 10.3% នៅតំបន់ជនបទ។ បុរសវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 20-24ឆ្នាំ បានប្រើស្រោមអនាម័យតិចជាងក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំ ទាំងនៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ទីប្រជុំជន និន្នាការនេះកើតមានក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាទាំងបីលើកគឺ (អង្កេតឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014) ។ ស្របជាមួយគ្នានេះដែរ ការប្រើស្រោមអានាម័យកើនឡើងតាមកម្រិតសិក្សាអប់រំផងដែរ។ ឆ្នាំ 2015 ចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុដែលមិនបានចូលរៀនគឺមាន 10% និងអ្នកទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំកម្រិតមធ្យមសិក្សាបឋមភូមិមាន 69.6% ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ក្នុងចំណោម បុរសវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំដែលមិនបានចូលរៀនបានរាយការណ៍ថាមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យស្របពេលដែលអ្នកទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់មាន 47.65% ។ អាចសន្និដ្ឋានបានថាការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យបានធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់ពីឆ្នាំ 2005 ទៅឆ្នាំ 2014 គ្រប់កម្រិតសិក្សាអប់រំ ។

ឆ្នាំ 2005 ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមកិច្ចក្រីក្រមាន 8.3% បានប្រើស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទចុងក្រោយស្របពេលមាន 63.3% ក្នុងចំណោមអ្នកមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 មាន 4% អ្នកមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត និង 44.9% អ្នកមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត ។ មានការធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់នៃការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងចំណោមអ្នកមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត និងបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានមំផុតទោះយ៉ាងណាក្តីអត្រានេះនៅតែរក្សានៅថេរក្នុងចំណោមអ្នកមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិកម្រិតកណ្តាល ដែលមាន 16.4% ក្នុងឆ្នាំ 2005 និង 16.9% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។

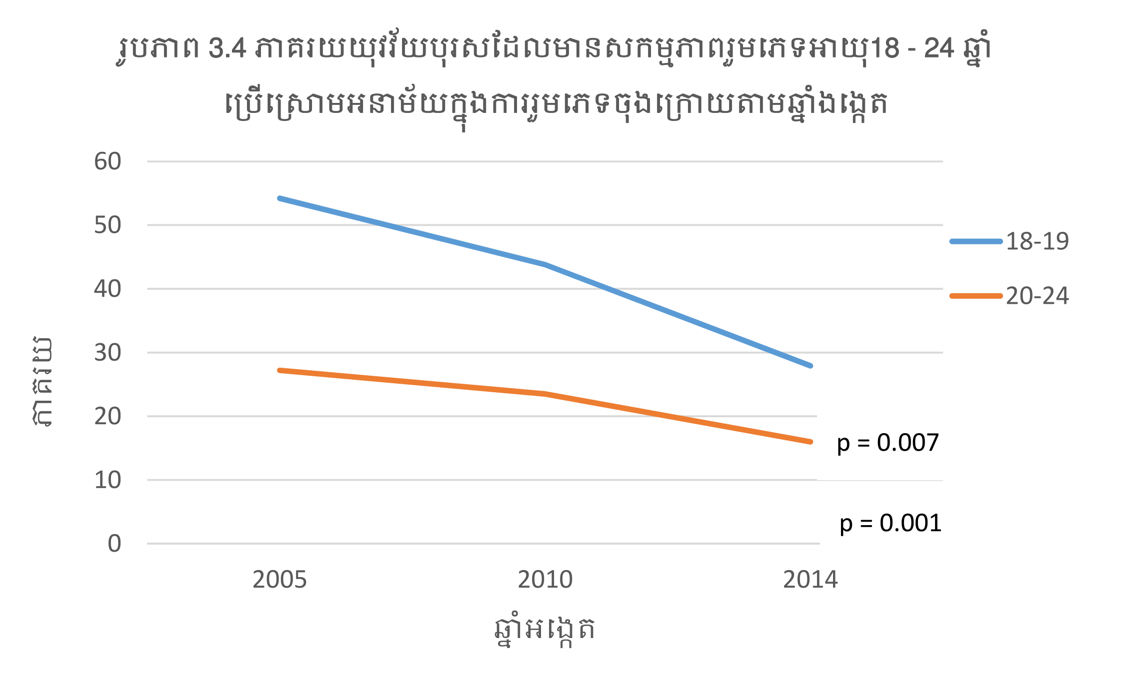
តារាង 3.8 ការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទចុងក្រោយ

ភាគរយយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលធ្លាប់រួមភេទក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ភាគរយការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទចុងក្រោយ តាមអាយុ និងឆ្នាំអង្កេត DHS 2000-2014

ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	2005				2010				2014			
	15-19	20-24	15-24	N	15-19	20-24	15-24	N	15-19	20-24	15-24	N
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ												
ទីប្រជុំជន	80.9	53.4	57.7	152	57.9	49.9	50.8	138	91.9*	51.9	57.2	70
ជនបទ	46.6	20.0	23.3	543	47.4	16.1	9.5	485	16.4*	9.4	10.3	378
ការសិក្សាអប់រំ												
មិនបានរៀន	*	10.2	10.0	67	*	2.6	5.1	44	*	*	*	24
បឋមសិក្សា	40	17.9	20.8	342	37.6	9.9	13.4	270	28.0	10.2	12.8	179
មធ្យមសិក្សា	75.3	39.1	45.0	252	58.3	34.6	36.9	271	31.1	18.4	20.0	219
ខ្ពស់ជាង	-	67.6	69.6	34	*	64.8	67.8	38	*	45.4	47.6	26
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ												
ក្របំផុត	11.2	7.9	8.3	116	*	10.3	10.1	129	*	2.7	4.0	99
ក្រ	38.9	8.1	11.2	124	*	8.2	8.4	122	*	7.9	8.7	75
មធ្យម	27.8	14.5	16.4	120	*	8.1	14.5	113	*	17.1	16.9	98
មាន	62.4	25.6	29.1	119	*	37.2	43.1	116	*	11.1	17.6	100
មានបំផុត	90.1	58.0	63.3	216	*	50.0	52.4	143	*	42.7	44.9	76
សាសនា												
ព្រះពុទ្ធ	57.8	27.4	31.4	665	50.2	24.2	27.2	601	27.7	16.9	18.4	425
មូស្លីម	0	*	*	13	*	13.5	14.5	6	*	*	7.6	10
គ្រឹស្ត	-	*	*	7	-	*	*	8	-	*	*	4

* ចំនួនសំណាកគំរូតិចជាង 25 ករណី

រូបភាព 3.4 បង្ហាញថាយុវវ័យបុរសដែលមានសកម្មភាពរួមភេទមានការធ្លាក់ចុះគួឲ្យកត់សម្គាល់ក្នុងភាគរយនៃការប្រើស្រោមអនាម័យក្នុងការរួមភេទចុងក្រោយ ។ និន្នាការនៃការស្រោមអនាម័យមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាសម្រាប់យុវវ័យអាយុ 15-17 ឆ្នាំ ដោយសារចំនួនសំណាកគំរូមានតិចដែលមិនបានរាប់បញ្ចូលក្នុងក្រាហ្វិក ។



3.2.7 ចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយពីការឆ្លងហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍

ដូចបង្ហាញក្នុងតារាង 3.9 ឆ្នាំ 2000 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយពីការឆ្លងហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍មានភាពស្រដៀងគ្នាតាមក្រុមអាយុ 15-17 ឆ្នាំ 18-20 ឆ្នាំ និងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ និងសម្រាប់គ្រប់ក្រុមអាយុទាំងអស់គឺមានអត្រាត្រឹមតែខ្ពស់ជាង 50% ប៉ុណ្ណោះ ។ ទោះយ៉ាងណាក្តីក្នុងឆ្នាំ 2014 មានត្រឹមតែ 32.8% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 ឆ្នាំ ដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកហ៊ីវ និងមេរោគ អេដស៍ 35.1% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 18-19 ឆ្នាំ និង43% នៃស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ។ មានការធ្លាក់ចុះនូវចំណេះដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ គ្រប់ឆ្នាំអង្កេត តែភាគច្រើនមាននៅក្នុងក្រុមអាយុវ័យក្មេង (15-17 ឆ្នាំ) ។

សម្រាប់បុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ 40 ទៅ 44% មានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ និងក្នុងចំណោមក្រុមវ័យក្មេងបុរសអាយុ 20-24 ឆ្នាំ មានអត្រា

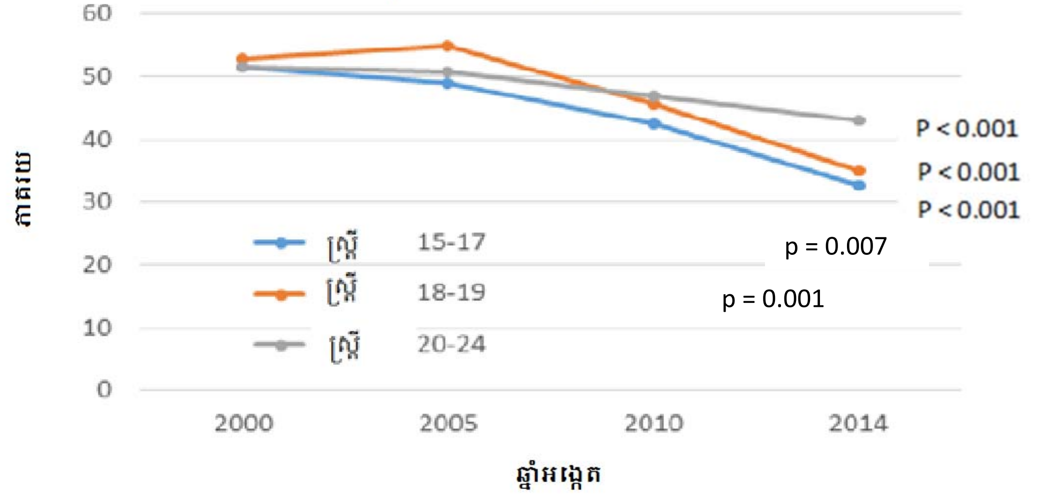
ខ្ពស់ជាងតិចតួចគឺប្រហែលពាក់កណ្ដាលបុរសមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីការឆ្លងហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍។ មានការខុសគ្នាគួរឲ្យកត់សម្គាល់រវាងតំបន់ទីប្រជុំជន និងតំបន់ជនបទ ដោយអ្នកនៅតំបន់ទីប្រជុំជន មានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ ជាងអ្នកនៅតំបន់ជនបទទាំងស្ត្រី និងបុរសគ្រប់អង្កេតទាំងបួន (អង្កេតឆ្នាំ 2000 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014)

មានភាពខុសគ្នាខ្លាំងលើចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រី និងបុរសតាមកម្រិតសិក្សាអប់រំគ្រប់ឆ្នាំអង្កេតទាំងបួន ។ មានកម្រិតទាបបំផុតចំពោះអ្នកមិនបានចូលរៀន និងមានខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមអ្នកទទួលកម្រិតសិក្សាអប់រំបានខ្ពស់ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2004 ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមិនបានចូលរៀន 17.9% មានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ និងមាន 20.1% សម្រាប់បុរស ។ ក្នុងក្រុមអ្នកមានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ 74.6% សម្រាប់ស្ត្រី និង 76.2% សម្រាប់បុរសដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍ ។

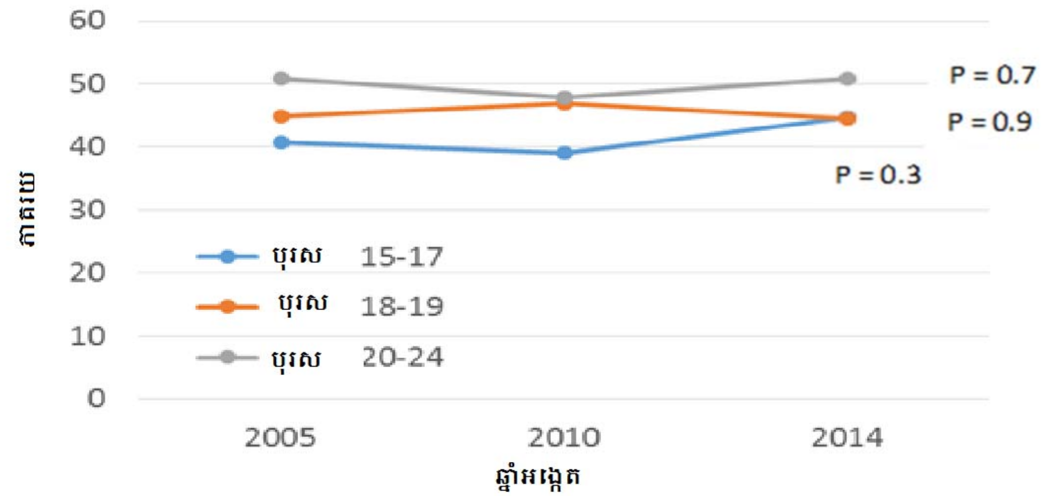
ស្រដៀងគ្នានេះដែរមានភាពលំអៀងគ្នាខ្លាំងតាមបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលមានអត្រាទាបចំពោះអ្នកមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត និងមានអត្រាខ្ពស់សម្រាប់អ្នកមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត សម្រាប់គ្រប់ឆ្នាំអង្កេតទាំងអស់ ។

រូបភាពទី 3.5 និង 3.6 បង្ហាញពថាជាទូទៅបុរសបានរក្សានូវកម្រិតថេរក្នុងការចំណេះអំពីហ៊ីវគ្រប់អង្កេត ហើយមានការធ្លាក់ចុះនូវភាគរយនៃស្ត្រីដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីកត្តាហានិភ័យហ៊ីវគ្រប់ក្រុមអាយុទាំងអស់។ ការយល់ដឹងរបស់ស្ត្រីមានភាពស្រដៀងគ្នាគ្រប់ក្រុមអាយុនីមួយៗដែលមានច្រើនជាងពាក់កណ្ដាល គ្រប់ស្ត្រីវ័យក្មេងមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយពីកត្តាហានិភ័យនៃហ៊ីវក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅឆ្នាំ 2005 ។ ទោះជាយ៉ាងក្ដីរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 មានការធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់អំពីកម្រិតចំណេះដឹងរបស់ស្ត្រីគ្រប់ក្រុមអាយុ ។ សម្រាប់ស្ត្រី ក្នុងឆ្នាំ 2005 ភាគរយនៃចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយមានប្រែប្រួលពី 40% ទៅ 50% ផ្អែកតាមក្រុមអាយុ និងកម្រិតចំណេះដឹងនៅបន្តថេរពីឆ្នាំ 2005 ទៅឆ្នាំ 2014 ។

រូបភាព 3.5 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីកត្តាហានិភ័យមេរោគហ៊ីវ



រូបភាព 3.6 ភាគរយបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីកត្តាហានិភ័យមេរោគហ៊ីវ



តារាង 3.9: ចំណេះដឹងអំពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍

ភាគរយបុរស ស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីហ៊ីវ និងមេរោគអេដស៍តាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងឆ្នាំអង្កេត DHS 2000-2014

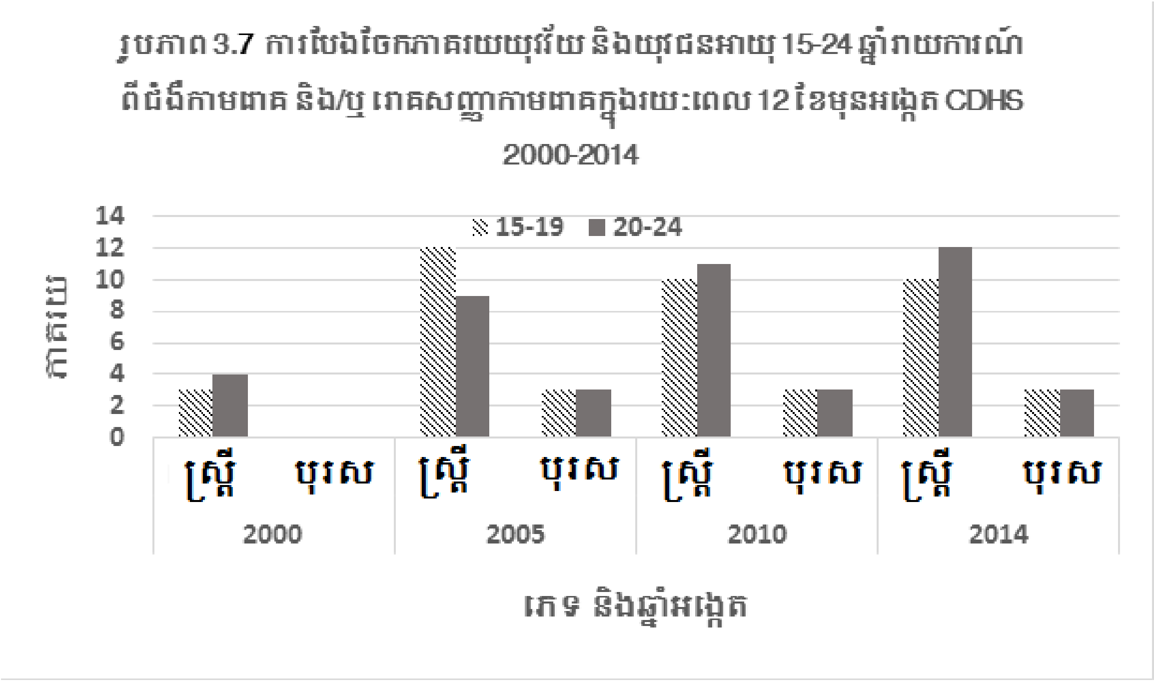
ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	2000		2005				2010				2014			
	ស្ត្រី		ស្ត្រី		បុរស		ស្ត្រី		បុរស		ស្ត្រី		បុរស	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
អាយុ														
15-17	51.6	1603	49.1	2255	40.8	1082	42.4	2334	39.1	1133	32.8	1717	44.6	546
18-19	52.8	987	54.9	1281	44.9	548	45.7	1337	46.9	682	35.1	1089	44.4	335
20-24	51.6	1417	50.7	2992	50.9	1210	46.8	3115	47.9	1389	43.0	2973	50.8	820
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ														
ទីប្រជុំជន	61.4	938	62.5	1310	58.6	503	54.9	1586	67.1	713	55.3	1164	64.7	320
ជនបទ	49.0	3070	48.1	5218	43.2	2338	42.1	5200	38.1	2491	34.2	4614	43.6	1381
តំបន់														
ភ្នំពេញ	56.4	680	73.00	877	58.2	348	53.8	891	80.3	397	65.5	743	75.3	217
វាលទំនាប	57.7	1656	48.50	2462	45.9	1151	47.5	2378	42.1	1193	32.7	1857	40.4	551
បឹងទន្លេសាប	47.4	1171	52.10	2023	40.9	836	34.5	2111	30.2	955	38.3	1829	52.0	549
ឆ្នេរសមុទ្រ	34.3	306	35.90	489	59.9	196	52.2	499	59.5	224	38.0	394	50.4	109
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	41.6	195	38.70	677	36.9	310	50.9	907	42.5	435	29.2	956	30.0	275
ការសិក្សាអប់រំ														
មិនបានរៀន	41.5	648	19.7	717	21.9	128	16.2	393	9.7	91	17.9	221	20.1	51

បឋមសិក្សា	46.2	2177	42.1	3416	30.3	1298	33.4	2545	28.5	1075	25.7	1875	31.0	531
មធ្យមសិក្សា	68.3	1148	72.0	2269	60.7	1328	54.2	3500	51.0	1823	42.5	3257	53.7	974
ខ្ពស់ជាង	60.7	35	89.9	126	87.9	87	71.5	348	84.3	217	74.6	425	76.2	145
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ														
ក្របំផុត	n/a	n/a	27.4	987	26.9	426	28.9	1054	31.9	501	27.9	912	31.3	291
ក្រ	n/a	n/a	36.5	1107	34.1	479	37.5	1145	37.5	569	29.1	1005	42.2	288
មធ្យម	n/a	n/a	46.6	1235	42.4	580	41.6	1304	39.5	658	28.9	1122	44.8	348
មាន	n/a	n/a	59.9	1329	49.3	625	49.9	1515	42.7	701	42.4	1253	50.6	379
មានបំផុត	n/a	n/a	68.5	1870	64.7	732	58.0	1767	63.8	777	55.2	1487	62.9	395
សាសនា														
ព្រះពុទ្ធ	52.9	3850	51.3	6325	46.3	2743	45.3	6597	44.8	3112	38.5	5543	47.2	1610
មូស្លីម	21.5	114	37.6	133	29.0	44	39.3	102	52.2	41	39.0	124	56.6	51
គ្រឹស្ត	78.4	16	73.9	38	62.6	33	64.5	40	45.0	26	45.4	60	76.7	23
ផ្សេងទៀត	21.6	23	15.2	33	2.9	20	3.2	47	2.9	25	24.1	52	16.3	17
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍														
មិនដែលរៀបការ	53.2	2865	52.6	4373	45.8	2329	46.9	4610	44.8	2711	39.3	3423	48.2	1341
រៀបការរួច	48.7	1142	47.7	2155	46.5	512	41.2	2176	43.4	494	37.3	2356	45.2	360
សរុប	51.9	4008	51.0	6528	45.9	2841	45.1	6786	44.6	3204	38.5	5779	47.6	1701

សម្គាល់: បុរសមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2000

3.2.8 ជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 20-24 ឆ្នាំ ដែលបានរាយការណ៍សកម្មភាពរួមភេទថាមានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនអង្កេតបានកើនឡើងតាមបណ្ដាឆ្នាំអង្កេត ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 មាន 3% និង 4% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និងអាយុ 20-24 ឆ្នាំ រាយការណ៍ថាមានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគតាមលំដាប់រៀង និងឆ្នាំ 2014 10% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 17-19 ឆ្នាំ និង 12% អាយុ 20-24 ឆ្នាំ បានរាយការណ៍ថាមានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ ។ សម្រាប់បុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ភាគរយនៅបន្តថេរដែលក្នុងប្រមាណ 3% ដែលបានរាយការណ៍ថាមានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនអង្កេតឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ2014។ បុរសអាយុ 15-24 ឆ្នាំមិនបានធ្វើអង្កេតក្នុងឆ្នាំ 2000 ទេ ។



3.3 ផែនការគ្រួសារ និងការពន្យារកំណើត

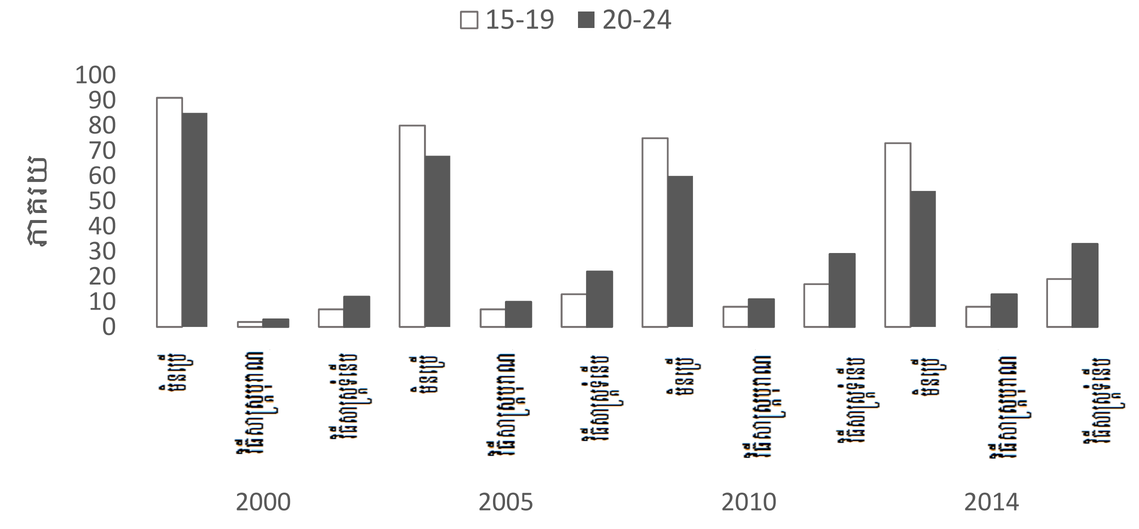
3.3.1 ការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើបបច្ចុប្បន្ន

រូបភាព 3.8 បង្ហាញពីភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 20-24 ឆ្នាំដែលបានប្រើប្រាស់ទាំងវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបែបបុរាណ និងទំនើប ។ ពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014 មានការធ្លាក់ចុះជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងចំណោមយុវជនវ័យក្មេងអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 20-24 ឆ្នាំនៃសកម្មភាពរួមភេទដោយមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ជាទូទៅការមិនបានប្រើប្រាស់វីធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតមានភាគរយច្រើនជាងការប្រើប្រាស់វីធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត ។

សង្កេតមានការកើនឡើងនៃប្រើប្រាស់ទាំងវិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតបែបបុរាណ និងទំនើបក្នុងចំណោមយុវវ័យបច្ចុប្បន្ន (15-19 ឆ្នាំ) ស្រ្តីវ័យក្មេងអាយុ (20-24 ឆ្នាំ) ។ ឆ្នាំ 2000 12% នៃស្រ្តីវ័យក្មេងអាយុពី 20 ទៅ 24 ឆ្នាំ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើតបែបទំនើប ហើយឆ្នាំ 2014 បានកើនឡើងដល់ 33% ។ រយៈពេលដូចគ្នានេះដែរសង្កេតឃើញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតបែបបុរាណកើនឡើងពី 3% ទៅ 13% ក្នុងក្រុមអាយុដូចខាងលើ ។

រូបភាព 3.8 ការបែងចែកភាគរយដែលមានសកម្មភាពរួមភេទយុវវ័យ និងស្រ្តីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំតាមវិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើត និងឆ្នាំអង្កេត

CDHS 2000-2014



ប្រភេទវិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតដែលបានប្រើប្រាស់ដោយស្រ្តីវ័យក្មេងបែងចែកតាមឆ្នាំអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាពកម្ពុជានីមួយៗបង្ហាញលម្អិតក្នុងតារាង 3.10 ។ ភាគរយស្រ្តីវ័យក្មេងប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើតណាមួយបានកើនឡើង ។ នៅដើមទសវត្សរ៍ឆ្នាំ (2000-2005) ស្រ្តីរស់នៅទីតំបន់ទីប្រជុំជនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើតច្រើនបើធៀបនឹងស្រ្តីរស់នៅតំបន់ជនបទទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយនៅឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ប្រមាណជា 40% ដែលកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតណាមួយដោយមិនគិតថានៅតំបន់ជនបទ ឬតំបន់ទីប្រជុំជននោះ។អត្រានៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតបន្តនៅមានអត្រាខ្ពស់នៅរាជធានីភ្នំពេញបើធៀបនឹងតំបន់ផ្សេងៗទៀតនៅកម្ពុជា។ ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតបែបបុរាណកើនឡើងតាមកម្រិតសិក្សាអប់រំ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចផងដែរ ។

តារាង 3.10 វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត

ស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំធ្លាប់រួមភេទ ភាគរយប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតមុនតាមសាវតាចរិតលក្ខណៈអង្កេតកម្ពុជា DHS 2000-2014

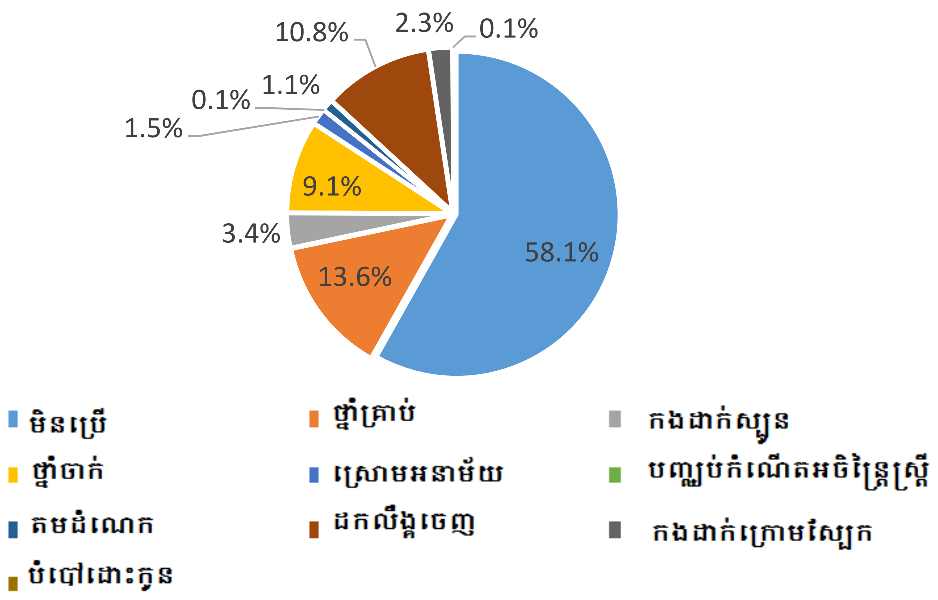
	2000				2005				2010				2014			
	គ្មាន	បុរាណ	ទំនើប	ចំនួន	គ្មាន	បុរាណ	ទំនើប	ចំនួន	គ្មាន	បុរាណ	ទំនើប	ចំនួន	គ្មាន	បុរាណ	ទំនើប	ចំនួន
ក្រុមអាយុ																
15-17	95.2	0	4.8	134	93.0	3.4	3.6	95	76.9	6.3	16.8	108	89.6	2.9	7.5	119
18-19	89.5	2.5	8.0	333	76.7	7.6	15.7	296	74.0	8.2	17.8	301	68.0	10.0	22.0	377
20-24	85.2	2.9	11.9	1099	67.9	10.4	21.7	1806	59.5	11.1	29.4	1796	54.3	12.7	33.0	1956
ទីកន្លែងរស់នៅ																
ប្រជុំជន	80.1	5.4	14.5	249	62.0	14.0	24.0	361	61.0	17.8	21.2	357	54.7	23.3	22.0	324
ជនបទ	88.3	2.0	9.2	1,317	71.8	8.9	19.3	1836	62.6	9.0	28.4	1849	58.6	10.1	31.3	2128
តំបន់																
ភ្នំពេញ	74.8	11.2	14.0	126	56.4	24.5	19.1	235	59.6	23.0	17.4	174	51.1	30.7	18.2	210
វាលទំនាប	89.9	2.3	7.8	687	72.6	8.7	18.7	825	60.7	11.8	27.5	852	63.0	9.8	27.2	849
បឹងទន្លេសាប	84.9	1.5	13.6	435	70.4	6.8	22.8	665	64.9	6.0	29.1	671	55.2	7.4	37.4	732
ឆ្នេរសមុទ្រ	84.4	1.0	14.6	121	68.6	10.4	21.0	175	63.4	14.0	22.6	177	60.9	11.4	27.7	167
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	90.6	1.1	8.3	197	74.4	7.1	18.5	297	62.5	7.5	30.0	331	56.0	14.2	29.8	494
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	89.2	1.1	9.7	444	78.7	3.5	17.8	432	69.3	2.4	28.3	245	59.3	4.7	36.0	166
បឋមសិក្សា	87.9	1.9	10.2	832	68.4	10.2	21.3	1282	62.8	9.2	28.0	1103	58.9	10.3	30.8	1077
មធ្យមសិក្សា	81.1	6.6	12.3	285	68.0	13.7	18.3	458	60.0	14.1	25.9	822	57.2	13.4	29.4	1142
ខ្ពស់ជាង	*	*	*	5	47.6	21.3	31.1	25	56.2	19.4	24.4	35	59.5	27.9	12.6	67
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	72.0	6.9	21.1	437	62.8	7.7	29.5	504	58.0	7.0	35.0	486
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	75.9	5.4	18.7	442	66.5	5.5	28.0	437	57.5	9.8	32.7	485
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	71.4	7.5	21.1	424	61.0	9.7	29.3	448	64.4	7.7	27.9	512
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	72.6	8.4	19.0	419	60.4	15.0	24.6	445	55.9	14.2	29.9	499
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	59.7	19.6	20.7	475	60.8	15.5	23.7	371	54.4	21.0	24.6	470
សាសនា																
ព្រះពុទ្ធ	86.7	2.7	10.6	1483	69.7	10.0	20.3	2105	62.2	10.5	27.3	2124	58.0	12.2	29.8	2322
មូស្លីម	91.1	0	8.9	52	73.0	6.0	21.0	55	47.2	17.3	35.5	37	59.3	7.1	33.6	66
គ្រឹស្ត	*	*	*	2	*	*	*	4	*	*	*	12	*	*	*	16
ផ្សេងទៀត	93.3	0	6.7	25	92.8	0	7.2	33	82.8	1.1	16.1	32	66.1	2.6	31.3	48
សរុប	87.0	2.5	10.5	1566	70.1	9.8	20.1	2197	62.4	10.4	27.2	2205	58.1	11.9	30.0	2452

ចំនួនសំណាកគំរូតិចជាង 25 ករណី

3.3.2 ការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតចំរុះបច្ចុប្បន្ន

រូបភាព 3.9 បង្ហាញពីភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតតាមប្រភេទនីមួយៗ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ភាគច្រើន (58.1%)នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំបានរួមភេទតែមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតណាមួយ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងបានរួមភេទបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតភាគច្រើនតាម ថ្នាំលេប (13.6%) វិធីសាស្ត្រដកលឹង្គចេញ (10.8%) ការចាក់ថ្នាំ (9.1%) និង ការប្រើប្រាស់កងដាក់ស្បូន (3.4%)។ នៅមាន 5% ទៀតនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ដោយប្រើស្រោមអនាម័យ (1.5%) បញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ចំពោះស្ត្រី (0.1%) ក្នុងរយៈពេលតមតំណេក (1.1%) កងដាក់នៅដើមដៃ/ក្រោមស្បែក (2.3%) ឬ តាមវីធីបំបៅដោះកូនកុំឲ្យមានរដូវ (0.1%) ។ ភាគរយខ្ពស់នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានរួមភេទតែមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតណាមួយគឺជាក្តីបារម្ភណ៍។ បន្ថែមលើសពីនេះទៅទៀត វិធីសាស្ត្របុរាណដោយដកលឹង្គចេញ គឺជាវីធីសាស្ត្រដែលប្រើប្រាស់ញឹកញាប់ទីពីរក្នុងចំណោមក្រុមអាយុវ័យក្មេងនេះ ។

រូបភាព 3.9 ភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានសកម្មភាពរួមភេទអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត CDHS 2014



3.3.3 មូលហេតុផ្លាស់ប្តូរប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត

តារាង 3.11 បង្ហាញពីភាគរយនៃមូលហេតុស្ត្រីវ័យក្មេងឈប់ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតចុងក្រោយ និងមិនបានបន្តការប្រើប្រាស់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយ ។ មូលហេតុ

សំខាន់មិនបន្តការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតគឺដោយសារការចង់បានកូនផលប៉ះពាល់ការនៃប្រើប្រាស់ និងការខកខានប្រើប្រាស់។ 90% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានផ្ទៃពោះអំឡុងពេលប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតភាគច្រើន 67% ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រដកលឹង្គចេញ និងច្រើនជាង 19% គឺប្រើប្រាស់ថ្នាំលេប។ នេះបង្ហាញពីភាពមិនទុកចិត្តបានលើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតតាមវិធីដកលឹង្គមានច្រើនជាងពីរភាគបីនៃការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យក្នុងក្រុមនេះ។ ច្រើនជាងមួយភាគប្រាំនៃការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យសម្រាប់ស្រីវ័យក្មេងដោយប្រើថ្នាំលេប ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយប្រសិនបើប្រើថ្នាំត្រឹមត្រូវគឺមានអត្រា 1% ប៉ុណ្ណោះដែលបរាជ័យ។ ដូច្នេះការប្រើប្រាស់ថ្នាំគ្រាប់មិនត្រឹមត្រូវមិនមានអ្វីប្លែកក្នុងក្រុមអាយុទាំងនេះទេ។ ក្នុងចំណោមអ្នកបានរាយការណ៍ថាមូលហេតុឈប់ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ដោយសារមានផលប៉ះពាល់ 85% គឺកើតមានលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំលេប និងថ្នាំចាក់ ។ ក្នុងចំណោមអ្នកបានរាយការណ៍ចង់ពន្យារកំណើតមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ 55% គឺប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រដកលឹង្គចេញ ។

តារាង 3.11 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត និងមូលហេតុឈប់ប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតតាមវិធីសាស្ត្រនោះCDHS2014

	វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតមុន									
មូលហេតុ	ថ្នាំគ្រាប់	កងដាក់ស្បូន	ថ្នាំចាក់	ស្រោមអនាម័យ	តមដំណេក	ដកលឹង្គចេញ	កងដាក់ក្រោមស្បែក	បំបៅដោះកូន	ស្រោមអនាម័យស្ត្រី	ថ្នាំគ្រាប់ចិនសែ
មានគតិ	19.2	0.9	4.0	4.4	2.3	66.6	0	0	0	2.6
ចង់មានគតិ	47.5	3.6	16.1	3.4	2.3	25.6	0.8	0	0	0.7
ប្តីមិនយល់ព្រម	0	19.1	0	20.5	0	60.4	0	0	0	0
ផលប៉ះពាល់ /ព្រួយបារម្ភសុខភាព	42.9	4.0	44.5	4.4	0	0	3.3	0	0	0.9
ភាពទទួលបាន	11.8	0	88.2	0	0	0	0	0	0	0
វិធីសាស្ត្រដែលមានប្រសិទ្ធភាពជាង	16.5	0	11.4	5.9	4.1	55.0	0	1.4	4.7	0.9
ពិបាកក្នុងការប្រើ	54.8	6.3	20.3	7.5	0	11.0	0	0	0	0
មិនសូវបានរួមភេទប្តីមិននៅ	38.3	0	22.4	14	0	16.7	8.6	0	0	0
តម្លៃ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
តាមកាលៈទេសៈ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ពិបាកពរពោះ អស់រដូវ	0	0	66.1	0	0	0	0	33.9	0	0
ការលែងលះ	47.3	0	1.1	27.8	0	20.8	3.1	0	0	0
មូលហេតុផ្សេងទៀត	26.8	1.3	29.6	18.4	0	10.8	8.4	4.8	0	0
មិនដឹង	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
សរុប	40.1	3.3	20.8	5.3	1.5	25.9	1.5	0.3	0.3	0.9

3.3.4 តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងដែលបានរាយការណ៍ពីតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់កំណត់ ឬគម្លាតក្នុងការមានកូនបង្ហាញក្នុងតារាង 3.12 ។ ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ភាគច្រើនបានរាយការណ៍ពីតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារបើធៀបនឹងស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុដូចគ្នា។ ក្នុងឆ្នាំ2000 សមាមាត្រស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានរាយការណ៍តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារមានជិត 30% តាមគម្លាតអាយុ (15-17 ឆ្នាំ18-19 ឆ្នាំ និង20-24 ឆ្នាំ) តែក្នុងឆ្នាំ 2014 តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារបានធ្លាក់ចុះមកត្រឹម 5.6% ក្នុងក្រុមអាយុ 15-17ឆ្នាំ 1.8% ក្នុងក្រុមអាយុ18-19 ឆ្នាំ និង 2.3% ក្នុងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ។ ការធ្លាក់ចុះតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ2014 កើតឡើងទាំងនៅតំបន់ទីប្រជុំជន និងតំបន់ជនបទ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2010 ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនបានចូលរៀនមានច្រើនដែលបានរាយការណ៍តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារជាងស្ត្រីទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ ទោះយ៉ាងណាក្តីក្នុងឆ្នាំ 2014 នៅតែមានស្ត្រីជាច្រើនបានរាយការណ៍តម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ ដោយមិនគិតពីកម្រិតសិក្សាអប់រំរបស់ពួកគេទេ ។ ស្រដៀងគ្នានេះដែរក្នុងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2010 មានទំនាក់ទំនងបញ្ច្រាសគ្នារវាងសមាមាត្រស្ត្រីវ័យក្មេង មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ និងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម។ ចំពោះអ្នកមានស្ថានភាពទ្រព្យសម្បត្តិទាបមានអត្រាខ្ពស់ដែលបានរាយការណ៍មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារបើធៀបនឹងអ្នកមានស្ថានភាពទ្រព្យសម្បត្តិច្រើន។ ក្នុងឆ្នាំ2010 17.1% នៃស្ត្រីធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចស្ថិតក្នុងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ អំឡុងពេលដែលអ្នកមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុតគឺត្រឹមតែ11.9%។ ជាថ្មីម្តងទៀតភាពលម្អៀងនៃស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមស្ទើរតែមិនកើតមាននៅក្នុងឆ្នាំ2014 ដោយមានតែ 1-3% ប៉ុណ្ណោះ នៃស្ត្រីធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចបានរាយការណ៍មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ ។

តារាង 3.12: ចរិតលក្ខណៈស្ត្រី វ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំមានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារ

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24ឆ្នាំ មានតម្រូវការមិនឆ្លើយតបផែនការគ្រួសារតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងតាមឆ្នាំអង្កេត កម្ពុជា DHS 2000-2014

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	2000				2005				2010				2014			
	ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី		ធ្លាប់រៀបការ		គ្រប់ស្ត្រី	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
អាយុ																
15-17	27.9	134	1.7	2263	36.5	94	1.5	2299	14.3	106	0.6	2381	5.6	116	0.4	1774
18-19	27.5	333	6.8	1355	20	295	4.6	1302	14.9	300	3.3	1353	1.8	363	0.6	1119
20-24	28.4	1100	15.7	1982	22	1802	13	3045	15.3	1796	8.7	3155	2.3	1936	1.4	3017
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																
ទីប្រជុំជន	26.6	246	6	1093	18.3	359	5	1318	10.1	354	2.3	1591	5.2	302	1.4	1171
ជនបទ	28.4	1321	8.3	4507	23.2	1833	8	5328	16.2	1848	5.7	5298	1.9	2113	0.9	4739
រាជធានី/ខេត្ត																
បន្ទាយមានជ័យ	29	75	9.5	229	24.2	86	8.4	248	16.2	91	5.5	271	3	110	1.4	233
កំពង់ចាម	26	230	9	662	25	302	9.6	788	16.5	286	6.7	703	2	306	1	628
កំពង់ឆ្នាំង	41	51	10.1	208	33.7	65	10.7	206	16.6	75	4.7	269	0.9	80	0.3	239
កំពង់ស្ពឺ	17.5	90	7.1	224	16.1	132	6.4	331	12.9	138	4.6	391	0.8	183	0.4	413
កំពង់ធំ	33.9	76	8.8	294	18.4	102	6.4	295	14	97	4.1	337	2.9	99	1	271
កណ្ដាល	21.3	111	4.5	531	17.3	173	4.7	635	7.4	193	2	721	4.3	168	1.7	426
ក្រចេះ	32.3	32	7.4	141	33.7	40	11.6	115	22.7	46	7.1	149	2.6	91	1.3	175
ភ្នំពេញ	25.2	123	4.4	703	13.1	233	3.5	877	9.3	173	1.8	892	5.3	194	1.4	744
ព្រៃវែង	30.7	157	11	439	22.5	164	7.7	475	16.6	155	7.2	360	1	157	0.5	310

ពោធិ៍សាត់	44.3	38	11.9	140	21.7	69	6.7	223	9.9	66	3.2	206	0.5	92	0.2	227
សៀមរាប	38.3	98	9.6	391	23.1	179	8.1	512	19.1	159	6.3	491	2.8	166	1.2	391
ស្វាយរៀង	18.9	68	6	214	21.5	75	7	231	13.4	91	5	244	1.3	82	0.6	176
តាកែវ	30.8	124	9.3	414	27.6	109	7.9	381	23.8	127	7.9	382	0	125	0	367
ឧត្តរមានជ័យ	39	18	17.1	40	17.8	29	7.1	73	17	35	5.1	118	2.3	43	1	99
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	18.4	99	4.4	413	25.7	164	7.5	564	14.2	182	4.6	560	3.2	178	1.2	486
កំពត/កែប	29.6	77	7.6	300	29.9	117	10.2	344	15.6	121	5.9	321	2.7	111	1.3	236
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	32.6	43	11.3	124	13.1	57	5.3	148	16.6	55	5.1	181	2.4	55	0.8	161
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	24.3	27	8.7	75	31	50	14	115	21.2	64	7.4	184	3.3	88	1.6	183
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	32.4	30	16.8	58	29.1	46	15.8	85	21.3	48	9.4	109	1	87	0.6	145
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	29.1	447	10.7	1221	25.4	433	14.3	770	13.4	244	7.8	420	1.5	166	1	243
បឋមសិក្សា	28.6	831	7.7	3075	23.4	1279	8.6	3480	16.4	1103	7	2608	3.1	1069	1.7	1955
មធ្យមសិក្សា	25.7	285	5.8	1269	17.3	455	3.5	2270	14.6	821	3.4	3513	1.9	1118	0.6	3287
ខ្ពស់ជាង	*	4	0	35	7.3	25	1.4	126	5.3	34	0.5	348	0	62	0	425
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	27.7	438	11.7	1036	17.1	504	7.8	1101	3	486	1.6	956
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	24.3	442	9.4	1143	16.9	436	6.3	1172	1.1	483	0.5	1057
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	23.9	424	8	1261	17.2	447	5.8	1321	2.6	508	1.2	1139
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	20.2	419	6.3	1335	12.1	446	3.6	1526	1.7	487	0.7	1262
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	16.1	469	4.1	1871	11.9	369	2.5	1769	3.3	451	1	1496

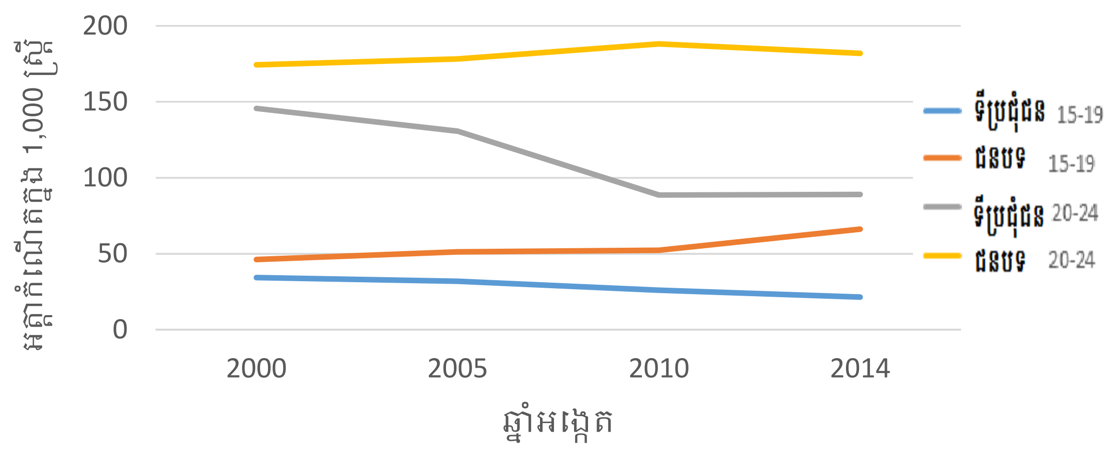
សាសនា																
ព្រះពុទ្ធ	28.3	1484	7.9	5342	22.3	2100	7.3	6415	15.3	2121	4.9	6685	2.4	2285	1	5644
មូស្លីម	27.7	52	8.1	177	15.3	55	6.1	136	7.6	37	2.7	104	0	66	0	132
គ្រឹស្ត	25.2	2	3.6	16	34.3	4	3.7	38	0.5	12	0.1	40	1.8	16	0.5	61
ផ្សេងទៀត	24.3	29	10.1	65	36.1	33	21.6	57	26.7	32	14.2	60	1.3	48	0.9	73
សរុប		1,567		5,600		2,192		6,646		2,202		6,889		2,415		5,910

3.4 ការមានផ្ទៃពោះ និងភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ

3.4.1 លទ្ធភាពមានកូនរបស់យុវវ័យ

ការមានផ្ទៃពោះ និងភាពជាមាតានៅយុវវ័យជាបញ្ហាចម្បងរបស់សង្គម និងសុខភាពនៅកម្ពុជា។ ការមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេងមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងបញ្ហាប៉ះពាល់សុខភាព បញ្ហាសង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចនៅកម្រិតបុគ្គល សហគមន៍ និងកម្រិតប្រជាជនទូទៅ ។ បើមានការធ្លាក់ចុះអត្រាលទ្ធភាពមានកូនរបស់យុវវ័យនៅទីប្រជុំជនពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014ក៏ដោយក៏ការមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេងនៅតែជាក្ដីព្រួយបារម្ភណ៍មួយនៅតំបន់ជនបទកម្ពុជាដែលអត្រាមានផ្ទៃពោះរបស់យុវវ័យនេះបានកើនឡើង (មើលរូបភាព 3.10) ។

រូបភាព 3.10 អត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនតាមអាយុជាក់លាក់ (ASFR) សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងនៅទីប្រជុំជន **និងជនបទតាមក្រុមអាយុ កម្ពុជា 2000 - 2014**



3.4.2 ភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ

ចរិតលក្ខណៈស្ត្រីវ័យក្មេងដែលចាប់ផ្ដើមផ្ដើតកូនតាមក្រុមអាយុ និងឆ្នាំអង្កេត បង្ហាញក្នុងតារាង 3.13 ។ រវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 មានការកើនឡើងភាគរយនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលចាប់ផ្ដើមបង្កើតកូនទាំងតំបន់នៅទីប្រជុំជន និងតំបន់ជនបទ ដោយឡែកស្ត្រីវ័យក្មេងនៅតំបន់ជនបទមានអត្រាច្រើនជាងស្ត្រីនៅតំបន់ទីប្រជុំជនគួរឲ្យកត់សម្គាល់ ពេលចាប់ផ្ដើមបង្កើតកូនដំបូង។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ នៅទីប្រជុំជន 16.6% ចាប់ផ្ដើមបង្កើតកូនក្នុងឆ្នាំ 2000 21.7% ក្នុងឆ្នាំ 2005 និង និង 17.4% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 19.5%ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ តំបន់ទីប្រជុំជនមាន 22.8% ក្នុងឆ្នាំ 2000 30.4% ក្នុងឆ្នាំ 2005 30.8% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 38.2%

ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ អ្វីដែលគួរឲ្យកត់សម្គាល់គឺ ឆ្នាំ 2014 មានច្រើនជាងមួយភាគបីគ្រប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំនៅតំបន់ជនបទបានចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនដំបូង ។

អង្កេតទាំងបួនលើក (អង្កេតឆ្នាំ 2000 2005 2010 និងអង្កេតឆ្នាំ 2014) ភ្នំពេញមានភាគរយទាបបំផុត និងតំបន់ខ្ពង់រាប/ភ្នំ មានភាគរយខ្ពស់បំផុតនៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំដែលចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនលើកដំបូងក្នុងឆ្នាំធ្វើអង្កេត។ ឆ្នាំ 2010 ភ្នំពេញមានភាគរយទាបបំផុត (13.9%) និងតំបន់វាលទំនាបមានភាគរយខ្ពស់បំផុត (31.4%) ។ ឆ្នាំ 2014 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំ រស់នៅរាជធានីភ្នំពេញដែលចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនបានកើនឡើងពី 11.6% ទៅ 18.0% ។ តំបន់ខ្ពង់រាប/ភ្នំកើនឡើងពី 29.8% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅ 41.1% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ជារួមភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ចាប់ផ្តើបង្កើតកូនដំបូងបានកើនឡើងគ្រប់តំបន់ភូមិសាស្ត្រនៃអង្កេតទាំងបួនលើក ដែលមានការកើនឡើងខ្ពស់បំផុតនៅតំន់ខ្ពង់រាប/ភ្នំមានច្រើនជាង11% ពីឆ្នាំ 2000 ទៅឆ្នាំ 2014 ។

ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានចាប់ផ្តើបង្កើតកូនដំបូង ភាគរយដែលមិនបានចូលរៀនបានកើនឡើងគ្រប់ឆ្នាំអង្កេតនីមួយៗ ពី 28.8% ឆ្នាំ 2000 49.4% ឆ្នាំ 2005 50.6% ឆ្នាំ 2010 និង 62.2% ឆ្នាំ 2014 ។ និន្នាការនេះបង្ហាញភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានចាប់ផ្តើបង្កើតកូនដំបូង និងមិនបានចូលរៀនមានច្រើនទ្វេដងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានចាប់ផ្តើបង្កើតកូនដំបូងទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំត្រឹមកម្រិតបឋមសិក្សា ភាគរយមានការកើនឡើងតាមឆ្នាំអង្កេតនីមួយៗ ដោយ 20.4% ក្នុងឆ្នាំ 2000 32.9% ឆ្នាំ 2005 38.3% ឆ្នាំ 2010 និង 47.4% ឆ្នាំ 2014 ។ ចំពោះស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានចាប់ផ្តើបង្កើតកូនដំបូងទទួលបានកម្រិតសិក្សាត្រឹមមធ្យមសិក្សាបឋមភូមិគឺ 17.7% ក្នុងឆ្នាំ 2000 16.2% ឆ្នាំ 2005 19.2% ឆ្នាំ 2010 និង 28.3% ឆ្នាំ 2014 ។ ផ្ទុយទៅវិញ ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 15-24 ឆ្នាំបានចាប់បង្កើតកូននិងទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ (ចំនួនតិច) គឺ 13.2% ឆ្នាំ 2010 និង 6.8% ឆ្នាំ 2014 ដូច្នេះភាគរយស្ត្រីទទួលបានការសិក្សាអប់រំខ្ពស់ចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនដំបូងបានថយចុះជិតពាក់កណ្តាលរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ។

ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត 38.9% ឆ្នាំ 2005 និង 42% ឆ្នាំ 2010 និង 46% ក្នុងឆ្នាំ 2014 បានចាប់ផ្តើមបង្កើតកូន ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត គឺមាន 20.3% ឆ្នាំ 2005 15.9% ឆ្នាំ 2010 និង 22.7% ឆ្នាំ 2014 បានចាប់ផ្តើមបង្កើតកូន។ សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុតឆាប់មានកូននៅអាយុវ័យក្មេង សមាមាត្រនេះបានកើនឡើង។

លទ្ធផលនេះបង្ហាញថា មានការបែងចែកខុសគ្នារវាងស្ត្រីដែលមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្រ បំផុត និងមានបំផុតបានកើនឡើង។

ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កាន់សាសនាមូស្លីមចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនក្នុងឆ្នាំ 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014 មានអត្រាខ្ពស់ជាងស្ត្រីកាន់សាសនាព្រះពុទ្ធ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 មានភាគរយស្ទើរតែដូចគ្នានៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ចាប់ផ្តើមបង្កើតកូននៃអ្នកកាន់សាសនាព្រះពុទ្ធ (21.5%) និង មូស្លីម (22%) ក្នុងពេលអង្កេត។ ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនបានកើនឡើងពីឆ្នាំ 2000 ទៅឆ្នាំ 2014 ហើយនិន្នាការនេះមានដូចគ្នាក្នុងចំណោមស្ត្រីកាន់សាសនាព្រះពុទ្ធ និងមូស្លីមក្នុងពេលអង្កេតទាំងបួនលើក ។

3.4.3 អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ

មានសម្ពាធទំនៀមទំលាប់ប្រពៃណីខ្លាំងនៅកម្ពុជា សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងពេលរួមភេទមុនរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការចាប់ផ្តើមបង្កើតក្រុមគ្រួសារថ្មី។ តារាង 3.14 បង្ហាញពីទំនាក់ទំនងរវាងពេលវេលារៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងពេលវេលាមានកូនដំបូងសម្រាប់យុវវ័យ ឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 ឆ្នាំ មានចន្លោះពី 0% ទៅ 0.6% មានកូនមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍គ្រប់ឆ្នាំអង្កេត។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 18-19 ឆ្នាំ មានចន្លោះពី 0.1% ទៅ 2.6% មានកូនមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ 20-24 ឆ្នាំ មានចន្លោះពី 1.3% និង 2.5% ។ មិនមានទំរង់ច្បាស់លាស់ណាមួយក្នុងអង្កេតទាំបួនលើក (ឆ្នាំ2000 2005 2010 និងឆ្នាំ 2014) ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយមានខ្ពស់ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ។ ជាថ្មីម្តងទៀតមានស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 តិចតួចមានកូនជិតពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (9 ខែមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍) និងភាគរយ មានគម្លាតពី 31.8% ក្នុងឆ្នាំ 2000 ទៅ 3.3% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 18-19 ឆ្នាំ ភាគរយមានកូនបន្ទាប់ពីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន 9 ខែ មានគម្លាតពី 8.6% ក្នុងឆ្នាំ 2000 មក 4.8% ឆ្នាំ2014 ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ភាគរយមានកូនបន្ទាប់ពីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន 9 ខែ មានគម្លាតពី 11.3% ឆ្នាំ 2000 6.8% ឆ្នាំ 2010 និង 5.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ មានការប្រែប្រួលតិចតួចតាមឆ្នាំអង្កេត និងចរិតលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រសង្គម។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយការរកឃើញជាបឋមចន្លោះពី 5% ទៅ10% ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានកូនបន្ទាប់ពីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន 9ខែ ។ ទាំងនេះមានន័យថាស្ត្រីវ័យក្មេងទាំងនេះមានផ្ទៃពោះនៅពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ។

តារាង 3.13: ការផ្តល់កំណើតរបស់យុវវ័យ

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ផ្តល់កំណើតតាមចរិតលក្ខណៈអង្កេតតាមអាយុ និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា DHS 2000-2014

ចរិតលក្ខណៈអង្កេត	2000					2005					2010					2014				
	15-17	18-19	20-24	15-24	N	15-17	18-19	20-24	15-24	N	15-17	18-19	20-24	15-24	N	15-17	18-19	20-24	15-24	N
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																				
ទីប្រជុំជន	2.4	12.8	39.1	16.6	1093	0.9	13.0	40.9	21.7	1318	2.3	8.0	30.6	17.4	1591	2.6	10.9	30.5	19.5	1171
ជនបទ	2.5	18.3	48.1	22.8	4507	3.0	17.6	56.7	30.4	5328	3.1	20.5	57.4	30.8	5298	4.3	28.2	62.9	38.2	4739
តំបន់																				
ភ្នំពេញ	2.3	6.7	26.3	11.6	703	2.0	8.1	39.2	20.1	877	2.2	4.6	23.8	13.9	892	3.9	8.3	26.8	18.0	744
វាលទំនាប	2.5	19.1	49.2	23.6	2260	2.1	14.3	54.4	29.0	2511	2.8	21.2	57.7	31.4	2411	3.4	28.6	64.3	38.1	1907
បឹងទន្លេសាប	1.5	17.4	46.8	20.8	1675	2.3	22.2	54.1	29.4	2047	3.0	15.2	51.3	27.5	2133	3.6	21.3	56.2	33.6	1846
ឆ្នេរសមុទ្រ	2.8	19.8	50.2	20.4	424	2.1	14.1	61.1	31.0	492	4.6	18.2	59.1	30.5	502	2.6	26.1	58.2	34.9	398
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	5.3	22.2	56.1	29.8	538	6.1	23.1	61.4	34.6	719	2.8	25.3	57.2	30.0	951	6.3	34.4	64.5	41.1	1015
ការសិក្សាអប់រំ																				
មិនបានរៀន	3.9	22.7	48.7	28.8	1222	9.1	33.2	65.7	49.4	771	5.1	27.9	66.5	50.6	420	13.1	61.8	74.9	62.2	243
បឋមសិក្សា	2.1	16.9	47.0	20.4	3075	3.3	19.5	58	32.9	3480	4.9	26.3	61.7	38.3	2607	5.8	35.3	69.8	47.4	1955
មធ្យមសិក្សា	2.5	12.3	43.5	17.7	1268	0.9	9.8	40.6	16.2	2269	1.8	12.8	44.0	19.2	3514	3.0	18.9	54.7	28.3	3287
ខ្ពស់ជាង	0	0	28.1	13.2	35	*	0	15.3	11.6	126	*	0.4	8.5	6.3	348	*	0.0	8.4	6.8	425
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																				
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2.5	26.6	67	38.9	1036	5.0	28.3	71.8	42	1101	4.7	42.0	71.7	46.0	956
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	5	18	60.3	34.3	1143	3.8	25.2	60.1	32.7	1172	2.6	34.4	66.3	39.4	1057

មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3.3	16.4	56.5	29.9	1261	2.7	21.2	55.4	29.9	1321	6.9	25.9	64.7	38.8	1139
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	2.4	17.1	51.7	26.6	1335	1.3	15.1	50.6	25.4	1526	3.1	16.5	54.5	31.6	1262
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0.8	11.6	39.8	20.3	1871	2.7	6.0	28.8	15.9	1769	2.7	13.4	35.6	22.7	1496
សាសនា																				
ព្រះពុទ្ធ	2.3	17.2	46.3	21.5	5342	2.5	16.2	53.6	25.6	6415	2.7	16.9	50.9	27.5	6685	3.6	23.4	55.8	34.1	5644
មូស្លីម	6.7	13.6	49.4	22	177	6.1	25.3	53.5	32.4	136	13.7	*	45.5	33.7	104	2.2	54.2	70.6	45.0	132
គ្រីស្ត	*	*	*	*	16	*	*	*	7.1	38	*	*	*	20.1	40	*	*	25.0	17.3	61
ផ្សេងទៀត	*	*	*	30.4	65	*	43.5	75.4	48.2	57	*	*	*	46.8	60	29.0	*	78.9	56.4	73
សរុប	2.5	17.1	46.6	21.6	5600	2.6	16.6	5.4	28.7	6646	2.9	17.3	50.8	27.7	6889	4.0	24.6	56.1	34.5	5910

* ចំនួនសំណាកគំរូតិចជាង 25 ករណី

តារាង 3.14: ភាគរយស្ត្រីក្មេង និងយុវជនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 15-24 ឆ្នាំ ផ្តល់កំណើតមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងរយ:ពេល 9 ខែនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងយ៉ាងហោចណា (ជិត)9 ខែបន្ទាប់ពីអាពាហ៍ពិពាហ៍តាមសាវតាចរិតលក្ខណ:អង្កេត និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា DHS 2000-2014

ចរិតលក្ខណ:អង្កេត	2000				2005				2010				2014			
	មុន	ជិត	បន្ទាប់	N	មុន	ជិត	បន្ទាប់	N	មុន	ជិត	បន្ទាប់	N	មុន	ជិត	បន្ទាប់	N
អាយុ																
15-17	0.6	31.8	67.6	28	0	8.9	91.1	34	0	10.9	89.1	34	0.4	3.3	96.3	29
18-19	1.5	8.6	89.9	173	2.6	9.2	88.2	152	0.1	9.8	90.1	163	0.4	4.8	94.8	183
20-24	2.5	11.3	86.2	868	1.7	5.9	92.4	1475	1.3	6.8	91.9	1458	1.7	5.8	92.5	1492
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																
ទីប្រជុំជន	0.9	8.6	90.5	159	0.3	7.5	92.2	245	1.5	7.9	90.6	238	1.8	9.2	89.0	190
ជនបទ	2.5	11.9	85.6	910	2.0	6.0	92.0	1416	1.1	7.0	91.8	1417	1.5	5.2	93.3	1514
តំបន់																
ភ្នំពេញ	0	6.9	93.1	64	1.7	5.7	92.6	145	1.5	5.1	93.4	107	1.6	4.4	94.0	108

វាលទំនាប	2.4	11.5	86.1	468	1.5	6.8	91.7	632	1	6.6	92.4	639	2.1	4.5	93.4	624
បឹងទន្លេសាប	2.6	14.0	83.4	310	2.1	5.5	92.4	517	1.8	8.6	89.6	515	1.3	5.6	93.1	510
ឆ្នេរសមុទ្រ	1.3	4.5	94.2	81	1.4	5.3	93.3	138	0.9	2.8	96.3	137	0.6	5.5	93.9	118
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	2.8	11.5	85.7	146	2.1	7.1	90.8	229	0.5	8.9	90.6	257	1.3	8.4	90.3	344
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	3.5	12.9	83.6	320	2.8	6.6	90.6	348	4.3	4.3	91.4	192	0.3	5.2	94.5	135
បឋមសិក្សា	1.7	12.3	86.0	558	1.4	6.2	92.4	1021	0.8	8.5	90.6	883	1.7	4.6	93.7	795
មធ្យមសិក្សា	2.0	6.4	91.6	190	0.8	6.1	93.1	282	0.4	5.9	93.8	561	1.6	6.8	91.6	754
ខ្ពស់ជាង	*	*	*	*	*	*	*	10	*	*	*	19	*	*	*	20
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	3.6	5.9	90.5	378	1.6	7.7	90.7	417	1.4	5.5	93.1	389
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	1.9	6.4	91.6	341	2	6.5	91.5	326	1.2	4.4	94.4	342
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	0.9	5.6	93.5	339	0.6	7	92.4	334	3.1	5.2	91.7	371
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	1.2	6.7	92.1	290	0.5	6.6	92.9	334	0.5	7.9	91.6	317
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	0.8	6.8	92.4	313	1.1	8.1	90.8	244	1.3	5.5	93.2	285
សាសនា																
ព្រះពុទ្ធ	2.4	11.1	86.5	1012	1.6	6.1	92.3	1597	1.2	7.2	91.6	1596	1.6	5.2	93.2	1612
មូស្លីម	0	22.3	77.7	33	7	5.3	87.7	37	2.4	0	97.6	33	0	8.8	91.2	50
គ្រីស្ត	*	*	*	2	*	*	*	3	*	*	*	3	*	*	*	9
ផ្សេងទៀត	*	*	*	18	3.9	15.4	80.7	25	*	*	*	23	2.6	19.2	78.2	33
សរុប	2.3	11.4	86.3	1069	1.7	6.3	92.0	1661	1.2	7.2	91.6	1655	1.6	5.6	92.8	1704

* ចំនួនសំណាកគំរូតិចជាង 25 ករណី

3.4.4 ការរំលូតកូន

ទិន្នន័យបានបង្ហាញក្នុងតារាង 3.15 ក្នុងរបាយការណ៍ស្តីពីយុវវ័យបានបញ្ចប់កំណើតតាមការរំលូតនៅពេលណាមួយក្នុងជីវិត។កម្រងសំណួរស្តីពីការរំលូតកូនគឺមិនបានដាក់បញ្ចូលក្នុងតារាងសំណួរឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2005 នោះទេដូច្នេះព័ត៌មានស្តីពីការរំលូតកូនមានតែក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាពីរចុងក្រោយថ្មីៗនេះទេ។ ក្នុងឆ្នាំ2010 និងឆ្នាំ 2014 មានចំនួនស្ត្រីតិចតួចប៉ុណ្ណោះដែលបានរំលូតកូនក្នុងក្រុមអាយុ 15-19ឆ្នាំ ដូចនេះរបាយការណ៍នេះលម្អិតនឹងសិក្សាតែក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ។

ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ភាគច្រើនស្ត្រីដែលធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មិនមានបទពិសោធន៍ក្នុងការរំលូតកូនក្នុងជីវិតនាងទេ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ភាគរយដែលធ្លាប់បានរំលូតកូនម្តងក្នុងជីវិតឡើយមានតែ 0.1% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 0.3% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ មានភាគរយទាប សម្រាប់ស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដែលបានធ្វើការរំលូតចំនួនពីរដងគឺ 0% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 0.1% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ចំណែកការរំលូតចំនួនបីដងគឺមិនមានទេទាំងក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014។ សម្រាប់ស្ត្រីធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចមាន 6.6% និង 7.4% បានឆ្លើយថាពួកគេបានធ្វើរំលូតបានម្តងក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 តាមលំដាប់រៀង ។ ភាគរយស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ពួកគេបានធ្វើរំលូតពីរដងមាន 0.7% និង 0.5% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 តាមលំដាប់រៀង។ មានស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍បានធ្វើរំលូតកូនក្នុងជីវិតរបស់ពួកគេ ប៉ុន្តែពួកគេមិនបានរាយការណ៍ចំនួនដងនៃការធ្វើរំលូតកូនក្នុងឆ្នាំ2010 មាន 0.7% (n=12) នៃសំណាកគំរូ និងក្នុងឆ្នាំ 2014 គឺមាន 0.2% (n=5) នៃស្ត្រី ។ មានស្ត្រីបានរាយការណ៍ក្រោមជាក់ស្តែងចំពោះស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍។ មានការប្រែប្រួលតិចតួចរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24ឆ្នាំ ដែលបានរាយការណ៍ថាពួកគេបានធ្វើការរំលូតកូនក្នុងជីវិតរបស់ពួកគេ ។

តារាង 3.15 ភាគរយ និងចំនួនដងនៃការរំលូតកូនម្តង ឬច្រើនជាងក្នុងជីវិតក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 CDHS 2010-2014

	2010					2014			
ចំនួនដងនៃការរំលូត	នៅលីវ		រៀបការរួច		ចំនួនដងនៃការរំលូត	នៅលីវ		រៀបការរួច	
	%	N	%	N		%	N	%	N
0	99.9	1358	91.7	1646	0	99.6	1077	91.7	1776
1	0.1	1	6.6	120	1	0.3	3	7.4	142
2	0	0	0.7	12	2	0.1	1	0.5	10
3	0	0	0.3	5	3	0	0	0.2	3
ការះកាត់	0	0	0.7	12	4	0	0	0.2	5
សរុប		1359		1795			1081		1936

វិធីសាស្ត្រធ្លាប់ប្រើក្នុងការរំលូតកូនរបស់យុវវ័យបង្ហាញក្នុងតារាង 3.16 ។ ឆ្នាំ 2010 ស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ដែលធ្លាប់រំលូតក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំចុងក្រោយមាន 64% ដោយការវះកាត់ 32.6% ដោយប្រើថ្នាំ និង 3.4% ប្រើប្រាស់ទាំងពីរវិធីសាស្ត្រ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 43.4% ដោយការវះកាត់ 48% ដោយប្រើថ្នាំ និង 8.5% ប្រើប្រាស់ទាំងពីរវិធីសាស្ត្រ ។ មានការកើនឡើងការធ្វើរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ 2010 ទៅឆ្នាំ 2014 និងផ្ទុយមកវិញមានការធ្លាក់ចុះការធ្វើរំលូតកូនតាមវះកាត់សម្រាប់ក្រុមអាយុដូចគ្នា។ បន្ថែមពីនេះទៀតភាគរយស្ត្រីដែលធ្លាប់រំលូតតាមការប្រើថ្នាំ និងវះកាត់មានច្រើនទ្វេដងរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។

តារាង 3.16 ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំដែលធ្លាប់មានផ្ទៃពោះហើយបានរំលូតកូនក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំមុនអង្កេតតាមវិធីសាស្ត្ររំលូត CDHS 2010-2014

វិធីសាស្ត្ររំលូត	2010		2014	
	%	N	%	N
វះកាត់	64.0	83	43.4	63
ប្រើថ្នាំ	32.6	42	48.0	70
វះកាត់ និងប្រើថ្នាំ	3.4	5	8.5	12
វិធីសាស្ត្របុរាណ	0	0	0.1	1
សរុប		**130**		**146**

3.5 ការថែទាំសុខភាពមាតា

3.5.1 ការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌

ក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014 មានការកើនឡើងនូវចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះវ័យក្មេងអាយុ 15 ឆ្នាំ ដល់ 24 ឆ្នាំដែលបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌ពីបុគ្គលិកជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល (តារាង 3.17) ។ ស្ត្រីដែលទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ភាគច្រើនបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌ជាងស្ត្រីដែលមិនបានចូលរៀនហើយទម្រង់នេះមានភាពស្រដៀងសម្រាប់ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ចផងដែរ ដែលស្ត្រីដែលមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត មានអត្រាខ្ពស់បានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌ពីអ្នកមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល ។ គួរកត់សម្គាល់ថា 9% នៃស្ត្រីមិនបានចូលរៀនមិនបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌ និងមានតែ 6% សម្រាប់ស្ត្រីមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត ។

ទោះជាយ៉ាងណាគួរកត់សម្គាល់ថា សំណួរស្តីពីការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគត៌សម្រាប់ស្ត្រីភាគច្រើនត្រូវបានកត់ត្រាដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ ដំណើរការកត់ត្រានេះភាគច្រើនទៅលើដែលបានពិនិត្យដោយអ្នកមានសមត្ថភាពខ្ពស់ ក្នុងការផ្តល់ការថែទាំសុខភាពក្នុងអំឡុងពេលមានគត៌។ ទាំងនេះអាចប៉ាន់ស្មានលើសពីអ្នកមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលដែលបានផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ទោះបីពួកគេមានវត្តមាននៅកន្លែងពិនិត្យគត៌ក៏ដោយតែពួកគេអាចមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពចម្បងឡើយ ។

ដើម្បីឆ្លើយតបគោលការណ៍ណែនាំអង្គការសុខភាពពិភពលោក ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះគួរត្រូវពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងហោចណាស់ឲ្យបានបួនដង តាមពេលវេលាជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានគត៌ ។ ចំនួនដងនៃកាពិនិត្យផ្ទៃពោះ (តារាង 3.18) បង្ហាញពីការពិនិត្យផ្ទៃពោះតែមិនមានភាពលម្អិតសម្រាប់សប្តាហ៍ជាក់លាក់នៃការទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះឡើយដោយសារការវាស់វែងត្រូវអនុវត្តន៍តាមគោលការណ៍ណែនាំអង្គការសុខភាពពិភពលោក។

តារាង 3.19 បង្ហាញពីចំនួនខែនៃការមានគត៌ពេលដែលស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកដំបូងនៃការមានគត៌បច្ចុប្បន្ន ។

តារាង 3.17 ការពិនិត្យពោះអំឡុងពេលមានគត៌

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 20-24 ឆ្នាំផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយទទួលការពិនិត្យពោះអំឡុងពេលមានគត៌ចុងក្រោយពីបុគ្គលិកជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល(ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលានុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀត (ដូចជា អ្នកជួយបង្កើត អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត) ឬគ្មានអ្នកជួយ តាមសារតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត កម្ពុជា CDHS 2000-2014

ចរឹតលក្ខណៈអង្កេត	2000				2005				2010				2014			
	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N
អាយុ																
15-17	36.7	11.5	51.8	28	57.5	9.4	33.1	34	90.6	1.4	8.0	34	97.8	0	2.2	29
18-19	46.6	5.8	47.6	173	74.6	1.2	24.2	152	91.8	1.2	7.0	162	95.6	0.4	4.0	183
20-24	42.0	7.0	51.0	847	73.5	2.9	23.6	1422	93.0	0.8	6.2	1427	96.4	0.3	3.3	1442
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																
ទីប្រជុំជន	70.5	5.6	23.9	157	85.2	1.1	13.7	237	97.3	0.0	2.7	230	98.1	0.0	1.9	180
ជនបទ	37.7	7.2	55.1	891	71.1	3.2	25.7	1371	92.1	1.0	6.9	1393	96.1	0.4	3.5	1474
តំបន់																
ភ្នំពេញ	91.2	0	8.8	60	88.3	0.0	11.7	141	100.0	0.0	0.0	101	98.0	0.0	2.0	104
វាលទំនាប	39.8	4.8	55.4	463	73.8	1.1	25.1	603	95.5	0.4	4.1	626	99.0	0.0	1.0	610
បឹងទន្លេសាប	43.2	13	43.8	304	77.3	4.0	18.7	505	94.4	2.0	3.6	508	97.8	0.8	1.4	492

ឆ្នេរសមុទ្រ	45.9	0.0	54.1	80	70.1	1.0	28.9	134	85.7	0.3	14.0	135	94.8	0.0	5.2	112
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	28.4	7.8	63.8	141	54.8	8.0	37.2	225	84.1	0.4	15.5	253	89.4	0.4	10.2	336
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	26.9	8.6	64.5	314	53.3	5	41.7	344	82.7	0.8	16.5	188	88.3	2.6	9.1	128
បឋមសិក្សា	41.0	7.0	52.0	549	75.4	2.9	21.7	985	91.5	1.2	7.3	863	95.5	0.2	4.3	775
មធ្យមសិក្សា	73.8	4	22.2	183	89.5	0.5	10.0	270	98.2	0.4	1.4	555	98.7	0.0	1.4	731
ខ្ពស់ជាង	*	*	*	2	*	*	*	9	*	*	*	17	*	*	*	20
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	59.5	3.0	37.5	378	84.4	1.7	13.9	409	93.8	0.2	6.0	374
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	68.0	5.2	26.8	331	92.1	0.4	7.5	318	95.1	0.8	4.1	337
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	73.6	2.6	23.8	318	94.7	0.6	4.7	332	96.7	0.0	3.3	364
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	76.7	3.0	20.3	282	97.3	1.2	1.5	330	98.2	0.6	1.2	311
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	92.5	0.5	7.0	299	99.7	0.0	0.3	234	98.9	0.0	1.1	268
សរុប	42.6	7.0	50.4	1048	73.2	2.9	23.9	1608	92.8	0.9	6.3	1623	96.4	0.3	3.3	1654

* ចំនួនសំណាកតំរូតិចជាង 25 ករណី

តារាង 3.18: ចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងពេលមានគតិក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំ

ភាគរយនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះអំឡុងពេលមានគតិក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 15-24 ឆ្នាំយ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមកតាមសាវតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត និងឆ្នាំអង្កេតកម្ពុជា CDHS 2000-2014

ចំនួនដងនៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះ	2000				2005				2010				2014			
	0	1-3	4+	N	0	1-3	4+	N	0	1-3	4+	N	0	1-3	4+	N
អាយុ																
15-17	51.8	34.8	13.4	28	33.1	41.3	25.6	35	8.0	19.8	72.2	34	2.2	33.2	64.6	29
18-19	47.7	41.7	10.6	172	24.2	47.3	28.5	152	7.0	29.0	64.0	163	4.0	30.4	65.6	184
20-24	51.6	39.0	9.4	837	23.7	43.9	32.4	1418	6.2	26.9	66.9	1418	3.3	20.2	76.5	1438
លំដាប់កំណើតកូន																
ដំបូង	44.7	44.1	11.2	592	19.8	43.4	36.8	962	4.9	26.4	68.7	1123	2.5	20.1	77.4	1204
ទីពីរ	56.8	34.9	8.3	323	29.4	46.9	23.7	511	8.5	26.2	65.3	403	4.1	23.1	72.8	398
ទីពីរ ឬច្រើនជាង	65.8	28.4	5.8	122	32.8	39.3	27.9	132	14.8	36.7	48.5	89	17.8	46.2	36.0	49
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																
ទីប្រជុំជន	24.2	53.7	22.1	154	13.8	34.1	52.1	235	2.7	11.4	85.9	230	1.9	14.4	83.7	180
ជនបទ	55.6	36.8	7.6	883	25.7	45.9	28.4	1370	6.9	29.5	63.6	1385	3.5	22.5	74	1471
តំបន់																
ភ្នំពេញ	8.8	52.8	38.4	60	11.7	30.3	58.0	141	0.0	7.0	93.0	101	2.0	12.7	85.3	104
វាលទំនាប	55.7	38.2	6.1	460	25.0	48.0	27.0	603	4.1	27.2	68.7	620	1.0	22.2	76.8	610
បឹងទន្លេសាប	44.3	42.5	13.2	300	18.7	44.4	36.9	504	3.6	26.0	70.4	506	1.4	16.0	82.6	492
ឆ្នេរសមុទ្រ	54.3	42.8	2.9	80	29.1	45.5	25.4	133	14.0	44.1	41.9	135	5.2	21.5	73.3	111
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	65.8	28.7	5.5	137	37.3	41.2	21.5	224	15.7	27.0	57.3	253	10.3	31.6	58.1	334

ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	65.0	30.6	4.4	311	41.8	39.5	18.7	343	16.6	42.1	41.3	186	9.1	36.1	54.8	128
បឋមសិក្សា	52.5	40.9	6.6	544	21.7	48.7	29.6	983	7.3	28.2	64.5	861	4.3	25.5	70.2	773
មធ្យមសិក្សា	22.5	50.0	27.5	181	10.1	34.1	55.8	269	1.5	20.6	77.9	550	1.4	15.4	83.2	730
ខ្ពស់ជាង	*	*	*	1	*	*	*	10	*	*	*	17	*	*	*	20
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	37.5	44.8	17.7	377	14.0	33.2	52.8	409	6.0	33.3	60.7	374
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	26.8	49.5	23.7	331	7.5	29.1	63.4	317	4.1	29	66.9	336
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	23.8	52.8	23.4	318	4.7	33.6	61.7	331	3.3	19.1	77.6	362
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	20.4	42.6	37.0	281	1.5	18.1	80.4	325	1.2	11.8	87.0	311
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	7.0	29.8	63.2	298	0.3	15.8	83.9	233	1.1	10.8	88.1	268
សរុប	50.9	39	9.7	1,037	23.9	44.2	31.9	1,605	6.3	26.9	66.8	1,615	3.3	22	75.1	1,651

តារាង 3.19: ចំនួនខែដែលទទួលបានការពិនិត្យផ្ទៃពោះដំបូងរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេង 15-24 ឆ្នាំ នៃការមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ CDHS 200-2014

ចំនួនខែដែលបាន ពិនិត្យផ្ទៃពោះដំបូង	2000		2005		2010		2014	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1	1.7	9	3.7	46	24.5	373	38.1	610
2	5.5	28	11.1	136	25.3	385	25.9	415
3	12.6	65	19.7	242	23.9	363	18.9	302
4	10.4	53	15.9	194	11.2	170	8.2	131
5	20.9	108	21.3	261	7.9	120	4.6	73
6	15.2	78	10.9	133	4.2	65	2.1	33
7	14.6	75	8.8	108	1.6	24	1.7	28
8	10.4	54	5.8	71	0.7	10	0.2	3
9	6.8	35	2.3	28	0.5	8	0.3	4
មិនដឹង	1.9	10	0.4	5	0.2	3	0	0
សរុប		514		1224		1521		1599

ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងដែលបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកដំបូងក្នុងរយៈពេល 12 សប្តហ៍ដំបូង (3 ខែ) មានអត្រាកើនឡើងពី 19.8% ឆ្នាំ 2000 ទៅ 82.9% ឆ្នាំ 2014 ។

3.5.2 ការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលសម្រាល

គ្រប់អង្កេតទាំងបួនលើកពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014 មានស្ត្រីវ័យក្មេងវ័យក្មេងតិចតួចបានសម្រាលដោយគ្មាននរណាម្នាក់ចូលរួមជាមួយ (តារាង 3.20) ។ រវាងឆ្នាំ 2000 និង ឆ្នាំ 2005 បានកើនឡើង 15% ការពិនិត្យសុខភាពដោយអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខាភិបាលអំឡុងពេលសម្រាល និងបានកើនឡើង 30% រវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2010 និងបានបន្តកើនឡើងស្ទើរតែ90%ក្នុងឆ្នាំ2014 នៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានពិនិត្យសុខភាពដោយអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខាភិបាលអំឡុងពេលសម្រាល។ នេះជាការលើកទឹកចិត្តលើការពិនិត្យសុខភាពដោយអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខាភិបាល អំឡុងពេលសម្រាលទាំងម្តាយ និងទារក ។ ទោះជាយ៉ាងណាគួរកត់សម្គាល់ថា សំណួរស្តីពីអ្នកចូលរួមជួយសម្រាលសម្រាប់ស្ត្រីត្រូវបានកត់ត្រាដាច់ដោយ

ឡែកពីគ្នា។ ដំណើរការកត់ត្រានេះភាគច្រើនទៅលើអ្នកបានចូលរួមជួយសម្រាលដែលមានសមត្ថភាពខ្ពស់ ។ ទាំងនេះអាចប៉ាន់ស្មានលើសពីអ្នកមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលដែលបានជួយសម្រាល ទោះបីពួកគេមានវត្តមានជួយសម្រាលក៏ដោយតែពួកគេអាចមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពចម្បងឡើយ ។

3.5.3 ការរំលូតកូន

ព័ត៌មានស្តីពីការព្យាបាល និងសេវាកម្មនៃការបញ្ចប់មានផ្ទៃពោះចុងក្រោយដោយការរំលូតមានតែក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ប៉ុណ្ណោះ ។ ចំនួនមធ្យមដែលប៉ាន់ស្មានមិនអាចត្រូវបានគណនាពិតប្រាកដសម្រាប់ចំនួនចរិតលក្ខណៈទេ យ៉ាងណាក្តីទិន្នន័យបានបង្ហាញច្បាស់ដើម្បីគាំទ្រសម្រាប់វាស់វែងថាតើមានការរំលូតកូន ដោយការវះកាត់ ឬប្រើថ្នាំឬទេ ឬក៏គ្មានការរំលូតទេ។ មានការកើនឡើងភាគរយនៃការរំលូតកូនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ (មើលតារាង 3.16) ហើយទាំងនេះស្របតាមការកើនឡើងចំនួនស្ត្រីវ័យក្មេងនៅលីវមាន ការរំលូតកូន (តារាង 3.21) ។ ឆ្នាំ 2010 មានត្រឹមតែ 23.5% ប៉ុណ្ណោះនៃស្ត្រីវ័យក្មេងដែល មិនមាននរណាម្នាក់វត្តមានចូលរួមជាមួយក្នុងការរំលូតកូន និងបានកើនឡើងដល់ 35.2% រយៈពេលបួនឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ។

តារាង 3.20 អ្នកជួយអំឡុងពេលសម្រាល

ស្ត្រីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 20-24 ឆ្នាំផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយផ្តល់កំណើតចុងក្រោយពីបុគ្គលិកជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល(ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មប គិលាននុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀត (ដូចជា អ្នកជួយបង្កើត អ្នកស្មគ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត) ឬ គ្មានអ្នកជួយ តាមសារវតាចរិតលក្ខណៈអង្កេត កម្ពុជា CDHS 2000-2014

	2000				2005				2010				2014			
ចរិតលកល្ខណៈ: អង្កេត	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N
អាយុ																
15-17	29.1	67.7	3.2	28	34.6	65.4	0	34	86.7	13.3	0	34	83.2	16.8	0	29
18-19	32.1	67.9	0	172	53.7	46.2	0.1	152	78.0	22	0	162	81.6	18.4	0	183
20-24	33.5	66.5	0	847	47.4	52.4	0.2	1422	76.2	23.6	0.2	1425	88.7	11.3	0	1442
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ																
ទីប្រជុំជន	59.5	40.5	0	157	74.6	25.4	0	237	94.1	5.9	0	230	93.3	6.7.0	0	180
ជនបទ	28.5	71.4	0.1	890	43.1	56.7	0.2	1371	73.7	26.1	0.2	1391	87.2	12.8	0	1474
តំបន់																
ភ្នំពេញ	90.9	9.1	0	60	85.3	14.7	0	141	98.2	1.8	0	101	89.1	10.9	0	104
វាលទំនាប	28.7	71.5	0	463	51.6	47.9	0.5	603	80.8	18.9	0.3	624	89.7	10.3	0	610
បឹងទន្លេសាប	30.0	69.7	0.3	304	42.7	57.3	0	505	77.4	22.6	0	508	92.4	7.6	0	492

ឆ្នេរសមុទ្រ	44.7	55.3	0	80	49.7	50.3	0	134	74.6	25.4	0	135	92.9	7.1	0	112
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	23.7	76.3	0	140	23.7	76.2	0.1	225	57.3	42.6	0.1	253	75.8	12.2	0	336
ការសិក្សាអប់រំ																
មិនបានរៀន	16.8	83.2	0	314	24.5	74.6	0.9	344	52.0	48	0	188	73.6	26.4	0	128
បឋមសិក្សា	31.4	68.4	0.2	548	45.3	54.7	0	985	74.2	25.5	0.3	862	84.3	15.7	0	775
មធ្យមសិក្សា	66.0	34.0	0	183	84.1	15.9	0	270	87.9	12.1	0.0	554	94.0	6.0	0	731
ខ្ពស់ជាង	*	*	*	2	*	*	*	9	*	*	*	17	*	*	0	20
បញ្ជភាគទ្រព្យសម្បត្តិ																
ក្របំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	21.0	78.2	0.8	378	58.9	40.6	0.5	409	77.5	22.5	0	374
ក្រ	n/a	n/a	n/a	n/a	29.4	70.5	0.1	331	75.8	24.2	0.0	318	82.5	17.5	0	337
មធ្យម	n/a	n/a	n/a	n/a	45.8	54.2	0	318	75.6	24.3	0.1	331	89.6	10.4	0	364
មាន	n/a	n/a	n/a	n/a	62.0	38.0	0	282	85.8	14.2	0	330	98.0	2.0	0	311
មានបំផុត	n/a	n/a	n/a	n/a	90.3	9.7	0	299	97.2	2.8	0.0	233	94.7	5.3	0	268
សរុប	33.2	66.7	0.1	1047	47.7	52.1	0.2	1608	76.6	23.2	0.2	1621	87.8	12.2	0	1654

* ចំនួនសំណាកគំរូតិចជាង 25 ករណី

តារាង 3.21 អ្នកជួយអំឡុងពេលរំលូតកូន

ស្រ្តីវ័យក្មេង និងយុវជនអាយុ 20-24 ឆ្នាំដែលបានរំលូតកូនក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយអ្នកជួយអំឡុងពេលរំលូតកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល(ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឆ្មបគិលានុបដ្ឋាក) អ្នកផ្សេងទៀត (ដូចជា អ្នកជួយបង្កើត អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ និងបុគ្គលផ្សេងទៀត) ឬគ្មានអ្នកជួយ តាមសាវតាចរិតលក្ខណៈអង្កេតកម្ពុជា CDHS 2000-2014

ចរិតលក្ខណៈ អង្កេត	2010				2014			
	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N	ជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	អ្នកផ្សេងទៀត	គ្មាននរណាម្នាក់	N
អាយុ								
15-17	*	*	*	2	*	*	*	4
18-19	*	*	*	4	*	*	*	16
20-24	51.3	25.4	23.3	130	43.2	21.4	35.4	146
ទីកន្លែងស្នាក់នៅ								
ទីប្រជុំជន	49.2	26.6	24.2	36	43.7	19.4	36.9	46
ជនបទ	53.2	23.5	23.3	100	46.4	19.1	34.5	120
តំបន់								
ភ្នំពេញ	*	*	*	18	48	14.9	37.1	38
វាលទំនាប	54.3	20.5	25.2	43	53.2	23.1	23.7	65
បឹងទន្លេសាប	60.6	15.4	24	44	33	26.4	40.6	31
ឆ្នេរសមុទ្រ	*	*	*	22	*	*	*	15
ខ្ពង់រាប/ភ្នំ	*	*	*	9	*	*	*	17
ការសិក្សាអប់រំ								
មិនបានរៀន	*	*	*	8	*	*	*	3
បឋមសិក្សា	44.5	26.1	29.4	79	38.5	24	37.5	87
មធ្យមសិក្សា	58.6	25.1	16.3	49	54.7	12.1	33.2	73
ខ្ពស់ជាង	0	0	0	0	*	*	*	3
បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ								
ក្របំផុត	51.4	27.7	20.9	25	*	*	*	23

ក្រ	45.8	16.2	38	26	59.1	9.3	31.6	34
មធ្យម	*	*	*	24	34	25.9	40.1	27
មាន	60.3	30	9.7	29	*	*	*	24
មានបំផុត	47.3	28.6	24.1	32	47.4	21.6	31	58
សរុប	52.2	24.3	23.5	136	45.6	19.2	35.2	166

* ចំនួនសំណាកតំរូតិចជាង 25 ករណី

4 ពិភាក្សា និងសន្និដ្ឋាន

4.1 និន្នាការអាយុ អាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការរួមភេទ

ទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាត្រូវបានវិភាគទាំងបួនអង្កេត (2000-2014) បង្ហាញថាភាគច្រើននៃយុវវ័យអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កំពុងរស់នៅតំបន់ជនបទ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រី និងបុរសវ័យក្មេងអាយុ15-24 ឆ្នាំរស់នៅតំបន់ជនបទធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅវ័យក្មេងជាងនៅទីតំបន់ប្រជុំជន ។ និន្នាការអប់រំពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014 គឺមានមានលក្ខណៈល្អប្រសើរដោយមានតែយុវវ័យតិចតួចប៉ុណ្ណោះដែលបានរាយការណ៍ថា មិនបានចូលរៀន និងមានអត្រាខ្ពស់នៅកម្រិតបឋមសិក្សា មធ្យមសិក្សាបឋមភូមិ និងខ្ពស់ជាងទាំងនៅតំបន់ជនបទ និងតំបន់ទីប្រជុំជន និន្នាការនេះមានលក្ខណៈវិជ្ជមានតាមឆ្នាំអង្កេត។ មានការកើនឡើងគួរឲ្យកត់សម្គាល់ សម្រាប់កម្រិតសិក្សាអប់រំរបស់យុវវ័យវាគឺជានិន្នាការជាវិជ្ជមាន និងជាតម្រូវការ ផ្តល់នូវកាលានុវត្តន៍ភាពដើម្បីអោយសិស្សទទួលបានការអប់រំផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ SRH ។ ជាឧទាហរណ៍យុវវ័យកំពុងរៀននឹងទទួលបានកម្មវិធីអប់រំផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ SRH ដូចដែលក្រសួងអប់រំយុវជននិងកីឡាបានដាក់បញ្ចូលកម្មវិធីអប់រំសុខភាពផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៅតាមសាលា (prep to Year 12) ដែលនឹងចាប់ផ្តើមក្នុងឆ្នាំ 2018 (UNFPA & RGOC 2016) ។ ក្នុងពេលនេះដែរ មិនមានផែនការដាក់បញ្ចូលកម្មវិធីអប់រំផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពយុវវ័យនៅតាមមហាវិទ្យាល័យ មជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងសាកលវិទ្យាល័យនៅឡើយទេ។ កម្មវិធីគាំពារសុខភាពយុវវ័យខណៈពេលពួកគេបានទទួលកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ ជាចំណុចល្អមួយនៃទំនាក់ទំនងរវាងដំណាក់កាលអាយុ និងជីវិតពេលចាប់ផ្តើមរួមភេទលើកដំបូងកើតឡើង (UNFPA, UNESCO & WHO 2015) ។

ភាគរយយុវវ័យធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចបច្ចុប្បន្នអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានកើនឡើងក្នុងក្រុមអាយុនេះអំឡុងពេលឆ្នាំអង្កេត ស្ត្រី 25.8% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 38.7% ក្នុងឆ្នាំ 2014 និងសម្រាប់បុរស 16.5%ក្នុងឆ្នាំ2010 និង 19% ក្នុងឆ្នាំ 2014។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ប្រមាណ 50% នៃរាល់ស្ត្រីអាយុ20-24 ឆ្នាំរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 20ឆ្នាំ ហើយមានតិចជាងពាក់កណ្តាល (24%) ចំពោះបុរសក្នុងក្រុមអាយុនេះដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 20 ឆ្នាំនេះ ។

ស្ត្រីឆាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍វ័យក្មេងជាងបុរស ហើយភាគច្រើនបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុ 20 ឆ្នាំ ។

ការបោះពុម្ពផ្សាយលទ្ធផលអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាជាច្រើនឃើញថាការរួមភេទដំបូងរបស់ស្ត្រីកើតឡើងអំឡុងពេលឆ្នាំធ្វើអង្កេត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយក្នុងឆ្នាំ 2014 មានតែ 1% ប៉ុណ្ណោះនៃស្ត្រីមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 15-24 ឆ្នាំបានរាយការណ៍ថាធ្លាប់បានរួមភេទដែលអាចមានក្រោមការប៉ាន់ស្មាន ដូច្នេះហើយគឺមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានពិតប្រាកដនៃសកម្មភាពរួមភេទក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍។ មានហេតុផលជាច្រើនស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មិនបានផ្តល់ចម្លើយអំពីសកម្មភាពរួមភេទ 1/ ភាពអាម៉ាស់ ការខ្មាសអៀន និងការមាក់ងាយពីសង្គមដែលបានរួមភេទមុនរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ 2/ ស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានអារម្មណ៍ខ្មាស់អៀនពេលដែលមនុស្សចាស់ សួរពួកគេអំពីរឿងផ្លូវភេទជាពិសេសប្រសិនបើនាងបានស្គាល់ ស្ថានភាពសង្គម ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលក្នុងតំបន់ ឬមន្ត្រីរាជការ និង 3/ ពេលមានអ្នកឈរស្តាប់នូវការឆ្លើយតបរបស់នាង។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាច្រើនបានសម្គាល់ឃើញថាមានការរាយការណ៍ និងមានការឆ្លើយតបទាបចំពោះស្ត្រីវ័យក្មេងមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ អំពីសំណួរពាក់ព័ន្ធ នឹងសកម្មភាពរួមភេទរបស់ពួកគេ ។ ដើម្បីកាត់បន្ថយការរាយការណ៍ទាប និងភាពលម្អៀង ការសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវតែផ្តល់នូវការរក្សាសម្ងាត់ និងទុកចិត្តពេលដែលសួរ នូវសំណួររសើបដូចជាបញ្ហាសុខភាពផ្លូវភេទ (SRH) បញ្ហាសំលេងក្នុងការសម្ភាសន៍ជាមួយស្ត្រីធ្វើការក្នុងវិស័យរោងចក្រកាត់ដេរនៅទីប្រជុំជន និងជនបទ ក្នុងឆ្នាំ 2014 (Read 2014) ។ ពេលស្ត្រីផ្តល់នូវការឆ្លើយតបគួរតែអង្គុយអោយនៅឆ្ងាយពីអ្នកនៅជិតបំផុត 1ម៉ែត្រដើម្បីធានាបានឯកជនភាព (Oon 2015; Read 2014; Shone 2015) ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយស្ថានភាពខុសគ្នានៃបុរសមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍គឺមិនមានការខ្មាស់អៀន ឬមាក់ងាយពីសង្គមទេដែលបានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 មាន 1.8% នៃបុរសវ័យក្មេង មិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 15-17 ឆ្នាំ 9.6% អាយុ 18-19 ឆ្នាំ និង 27.2% អាយុ 20-24 ឆ្នាំ ដែលបានរាយការណ៍ថាពួកគេបានរួមភេទ និន្នាការដូចគ្នានេះដែរត្រូវបានរាយការណ៍ ក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ដែរ ។ ការរួមភេទមុនរបស់ស្ត្រីមានឆាប់រហ័សជាងបុរស ។ ការរាយការណ៍ខ្វះនៃការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមិនធ្លាប់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន ផ្តល់នូវការស្វែងយល់មិនពេញលេញនៃស្ថានភាពជាក់ស្តែង ។

អាយុពិតពេលរួមភេទលើកដំបូងមានការពិបាករកឃើញណាស់ ។ ស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំ ក្នុងឆ្នាំ 2000 ដែលបានរាយការណ៍ថាបានរួមភេទនៅពេលមានអាយុ 15 ឆ្នាំ បង្ហាញថាពួកគេបានចាប់ផ្តើមមានសកម្មភាពរួមភេទនៅដើមសតវត្សរ៍ឆ្នាំ 1990 ។ ការឆ្លើយតបដូចគ្នានេះដែរក្នុងក្រុមអាយុ 18-19 ឆ្នាំ មានសកម្មរួមភេទនៅពាក់កណ្តាលដើមសតវត្សរ៍ឆ្នាំ 1990 និងសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងក្រុមអាយុ15-17ឆ្នាំ មានសកម្មភាពរួមភេទនៅចុងសតវត្សរ៍ឆ្នាំ1990។ ការធ្លាក់ចុះភាគរយនៃស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ បានរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅអាយុវ័យក្មេងគឺជាប់ទាក់ទងជាមួយឆ្នាំកំណើតចុងក្រោយ ដូច្នេះប្រេវ៉ាឡង់ស្ត្រីអាយុក្រោម 15 ឆ្នាំត្រូវបានកាត់បន្ថយនៅក្នុងសតវត្សរ៍នោះ។ ទសវត្សចុងឆ្នាំ 2010 ការរាយការណ៍ ការរួមភេទនៅវ័យក្មេងកើតមានឡើងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2010 បានធ្លាក់ចុះ។ គួរឲ្យបារម្មណ៍ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ប្រេវ៉ាឡង់នៃការរួមភេទនៅវ័យក្មេងកើតឡើងរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 បានកើនឡើងជាថ្មីម្តងទៀត ។ ការរួមភេទជាមួយកុមារជាបទឧក្រិដ្ឋក្រោមច្បាប់អន្តរជាតិ និងកម្ពុជាហេតុនេះហើយបានជាធានាពិនិត្យបន្ថែមទៀត។

ស្របតាមអន្តរជាតិផងដែរ មានការខុសគ្នានៃអាយុគួរឲ្យកត់សម្គាល់រវាងស្ត្រីអាយុ 15-24 ឆ្នាំ និងដៃគូរបស់គេ ជាពិសេសរវាងស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុក្រុមអាយុ 15-17 ឆ្នាំ និង18-19 ឆ្នាំ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014ការខុសគ្នានៃអាយុជាមធ្យមក្នុងចំណោមក្រុមអាយុ 15-17 ឆ្នាំ 18-19ឆ្នាំ និងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំគឺ 6ឆ្នាំ និង 5.5 ឆ្នាំតាមលំដាប់រៀង ។ ការរកឃើញនេះស្របតាម ការអង្កេតឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ ភាគច្រើនស្ត្រី (99%) បានរាយការណ៍ថាដៃគូចុងក្រោយគឺជាប្តីរបស់គេ ឬដៃគូរួមភេទ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយភាពខុសគ្នាសម្រាប់បុរសផងដែរ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 11% និងក្នុងឆ្នាំ 2014 18.5% នៃបុរសក្រុមអាយុ 15-24ឆ្នាំ បានរាយការណ៍ថាដៃគូចុងក្រោយរបស់គឺជាមិត្តស្រី សង្សារស្រី ឬអ្នកស្គាល់គ្នា។ អត្រារួមភេទជាមួយអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទបានធ្លាក់ចុះក្នុងចំណោមបុរសអាយុ 15-24ឆ្នាំ រវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 ដោយពី 17.3% មកត្រឹមតែ 2.2%, តាមលំដាប់រៀង។ ទោះយ៉ាងណាក្តី ការរកឃើញសម្រាប់ស្ត្រីអាយុវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ ត្រូវមានការប្រុងប្រយ័ត្នដោយមាន តែ1% នៃស្ត្រីមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានរាយករណ៍ថារួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ មានន័យថាមានតែស្ត្រីដែលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ឬស្ត្រីមានដៃគូរួមភេទប៉ុណ្ណោះដែលបានឆ្លើយតបសំណួរនេះ ។

4.2 ការមានគតិ និងភាពជាមាតារបស់យុវវ័យ

ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេងគឺជាក្តីបារម្មណ៍ចម្បងនៅកម្ពុជា និងប្រទេសជាច្រើនទៀតនៅ តំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិច ដែលជាប់ទាក់ទងយ៉ាងសំខាន់ជាមួយសង្គម សុខភាព និងសេដ្ឋកិច្ច ។ នៅកម្ពុជាបានធ្លាក់ក្នុងអត្រាមានកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុអាយុ 15-24 ឆ្នាំ រវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ដែលមានឃើញធ្លាក់ចុះច្រើននៅតំបន់ទីប្រជុំជន។ ផ្ទុយមកវិញ ក្នុងចំណោមអត្រានៃស្ត្រីអាយុ 15-19ឆ្នាំ នៅជនបទបានកើនឡើង ។ លើសពី នេះទៅទៀត ភាគរយស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនបានកើនឡើង តាមឆ្នាំអង្កេតនីមួយៗ ក្នុងឆ្នាំ2014 19.5% នៅទីប្រជុំជន និង 38.2% នៅជនបទសម្រាប់ស្ត្រីបានចាប់ផ្តើមបង្កើតកូន។ មានភាពខុសគ្នាគួរឲ្យកត់សម្គាល់រវាងអត្រាបង្កើតកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 ភ្នំពេញ មានអត្រាបង្កើតកូនទាបបំផុតក្នុងចំណោមក្រុមអាយុនេះដែលមាន 11.6% និងនៅតំបន់ខ្ពង់រាប/ ភ្នំ មានអត្រាខ្ពស់បំផុតគឺ 41.1% ។ ក្នុងចំណោមគ្រប់ទំបន់ភូមិសាស្ត្រ និងគ្រប់ឆ្នាំអង្កេតនៅតំបន់ភ្នំ/ខ្ពង់រាបមានអត្រាបង្កើតកូនខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមស្ត្រីក្រុមអាយុ 15-24 ឆ្នាំ និងបានកើនឡើង 11% រវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ។ មានទំនាក់ទំនងយ៉ាងខ្លាំងរវាងការបង្កើតកូនកម្រិតសិក្សាអប់រំ និងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 28.8% និង 62.2% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំតាមលំដាប់រៀង ដោយមិនបានចូលរៀន និងចាប់ផ្តើមបង្កើតកូន ។ ដែលនិន្នាការផ្ទុយបានកើតឡើងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលទទួល បានកម្រិតសិក្សាខ្ពស់អត្រានេះបានថយច្រើនរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ពី 13.2% ក្នុងឆ្នាំ 2000 មកត្រឹម 6.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុតគឺឆាប់បង្កើតកូននៅអាយុវ័យក្មេង ហើយសមាមាត្រនេះបានកើនឡើងគ្រប់ឆ្នាំអង្កេតតាមការកើនឡើងតាមសេដ្ឋកិច្ច សង្គម ដោយបែងចែកស្ត្រីមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត និងមានបំផុតដែលចាប់ផ្តើមបង្កើតកូនមុន ។

មានសម្ពាធពីសង្គមគួរឲ្យកត់សម្គាល់ទៅលើស្ត្រីវ័យក្មេង បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មុនពេលរួមភេទ និងចាប់ផ្តើមមានគ្រួសារ ទោះយ៉ាងណាក្តីសម្ពាធនេះមិនបានកើតមានលើបុរសវ័យក្មេងទេ។ ដូចដែលបានសម្គាល់ថ្មីនេះៗ ការបោះផ្សាយពីលទ្ធភាពមានកូន និងការបង្កើតកូននៅកម្ពុជា ការរួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងជាទូទៅកើតឡើងអំឡុងពេលឆ្នាំអង្កេត។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីបាតុភូតទំនៀមទំលាប់នេះ

អោយលម្អិត គឺមានការចាំបាច់ដើម្បីវិភាគដែលទាក់ទងនឹងអញ្ញាត្តិមួយចំនួន ដូចជាពេលវេលារៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងពេលវេលាមានកូនដំបូងតាមឆ្នាំអង្កេត។ ព័ត៌មាននេះមានការចាប់អារម្មណ៍ ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 ឆ្នាំ មាន 0% ទៅ 0.06% 18-19 ឆ្នាំ មាន 0.1% ទៅ2.6% និង 20-24ឆ្នាំ មាន1.3% ទៅ 2.5% ដែលមានកូនមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ។ គំរូនេះបានកើតឡើងគ្រប់ឆ្នាំអង្កេត ។ ដើម្បីកំណត់ ប្រសិនបើស្ត្រីវ័យក្មេងមានកូន បន្ទាប់ពីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន 9 ខែ (មានន័យថាពួកគេបាន រួមភេទមុនពេលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍) លទ្ធផលបង្ហាញថាក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-17 ឆ្នាំ មាន 31.8% ក្នុងឆ្នាំ 2000 និងធ្លាក់មក 3.3% ក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ អាយុ 18-19 ឆ្នាំ មាន 86% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និង 4.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 និងក្នុងចំណោមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ មាន 11.3% ក្នុងឆ្នាំ 2000 និង 5.8% ក្នុងឆ្នាំ 2014 នេះបង្ហាញមានការធ្លាក់ចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់ក្នុងឆ្នាំអង្កេត។ តែការរកឃើញដំបូងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ពី 5-10%នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បង្កើតកូនបន្ទាប់ពីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បាន 9ខែ ដែលមានន័យថាពួកគេមានផ្ទៃពោះអំឡុងពេលរៀបការ ។ នេះជាគំហើញថ្មីមួយដែលមានសារៈសំខាន់ និងផ្តល់ព័ត៌មានកម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងសេវាផែនការគ្រួសារ។ ការរកឃើញមានគួរឲ្យកត់សម្គាល់នៃចំនួនស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ មានសកម្មភាពរួមភេទអំឡុងពេលអង្កេត និងពួកគេកំណត់តម្រូវការផែនការគ្រួសារ គម្លាតពេលមានកូន ឬក៏ការការពារមានផ្ទៃពោះដែលមិនចង់បាន ។

4.3 ជំងឺកាមរោគ ហ៊ីវ និងការប្រើស្រោមអនាម័យ

ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានធ្លាក់ចុះគួរ ឲ្យកត់សម្គាល់រវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014។ មានអត្រាខ្ពស់នៃការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទចុងក្រោយក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងនៅទីប្រជុំជន បើធៀបនឹងបុរសនៅជនបទ ដែលមាន 57.2% នៅទីប្រជុំជន និង 10.3% នៅជនបទ ។ បុរសក្រុមអាយុ 20-24ឆ្នាំមានអត្រាទាបជាងបុរសវ័យក្មេងក្រុមអាយុ15-19ឆ្នាំ ដែលបានប្រើស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទ ដែលនិន្នាការដូចនេះមានទាំងនៅទីប្រជុំជន និងជនបទ ។ មានទំនាក់ទំនងគ្នាគួរឲ្យកត់សម្គាល់រវាងកម្រិតសិក្សាអប់រំ និងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ និងការប្រើស្រោមអនាម័យ ។ ការប្រើស្រោមអនាម័យកើនឡើងស្របតាមកម្រិតសិក្សាអប់រំ ។ ឆ្នាំ 2014 ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ15-24ឆ្នាំ ដែលមិនបានចូលរៀនគឺមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យទេ ក្នុងក្រុមអាយុនេះដែរបើធៀបទៅនឹងបុរសដែលទទួលកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ គឺមាន

អត្រា 47.6% បានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ។ ក្នុងឆ្នាំ 2005 ក្នុងចំណោមបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ មានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ ក្របំផុតគឺមានតែ 8.3% បានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ ដែល 63.3% សម្រាប់បុរសមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត ។ និន្នាការនេះស្របតាមឆ្នាំ 2014 ដែរ ដែល 4% នៃបុរសមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្រីក្របំផុត និង 44% នៃបុរសមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុតបានប្រើស្រោមអនាម័យអំឡុងពេលរួមភេទចុងក្រោយ។ របបកំហើញទាំងនេះគឺសញ្ញាព្រួយបារម្ភណ៍ និងបង្ហាញពីតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ អន្តរាគមន៍លើប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយក្នុងគោលបំណងលើកកម្ពស់បុរសវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 15-24 ឆ្នាំឲ្យប្រើស្រោមអនាម័យដើម្បីការពារឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងមេរោគហ៊ីវ និងការពារការមានផ្ទៃពោះដោយមិនទាន់ចង់បានជាពិសេសចំពោះបុរសវ័យក្មេងមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ និងកម្រិតសិក្សាអប់រំទាប និងផ្តោតទៅលើបុរសវ័យក្មេងរស់នៅជនបទ ។

ចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយរបស់យុវវ័យនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ បានធ្លាក់ចុះក្នុងចំណោមបុរស និងស្ត្រីវ័យក្មេងរវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 ជាក់ស្តែងក្នុងឆ្នាំ 2014 សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេង អាយុ15-17 ឆ្នាំ 32.8% 35.1% និង 43% សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 15-17ឆ្នាំ 18-19ឆ្នាំនិងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ តាមលំដាប់រៀងដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ។ រវាងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2010 ក្នុងចំណោមវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំមាន 40-44% និងក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំ មានជិតពាក់កណ្តាលដែលមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ។ បុរសនិងស្ត្រីវ័យក្មេងនៅទីប្រជុំជនមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវជាងបុរសនិងស្ត្រីវ័យក្មេងនៅជនបទ។ មានភាពលម្អៀងខ្លាំងនៃកម្រិតសិក្សាអប់រំគ្រប់ឆ្នាំអង្កេតទាំងអស់។ ក្នុងឆ្នាំ 2014 17.9% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ ដែលមិនបានចូលរៀន និង 20.1% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ ដែល 74.6% នៃស្ត្រីវ័យក្មេង និង 76.2% នៃបុរសដែលទទួលបានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់មានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ។ បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានឥទ្ធិពលគួរឲ្យកត់សម្គាល់ទៅលើចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវគ្រប់អង្កេត ។ យុវវ័យមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុតមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ នៅមានកម្រិតទាប បើធៀបនឹងយុវវ័យមានបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត គឺមានចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវកម្រិតខ្ពស់។ និន្នាការដូចគ្នានេះដែរកម្រិតសិក្សាអប់រំ និងបញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេង

និងបុរសវ័យក្មេងអាយុ 15-24ឆ្នាំ ដែលមានចំណេះដឹងកត្តាហានិភ័យនៃមេរោគហ៊ីវ។ ចំណេះដឹងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេង ទៅលើកត្តាហានិភ័យមេរោគហ៊ីវបានធ្លាក់ចុះគ្រប់ក្រុមអាយុទាំងអស់ គំហើញនេះមានគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ គួរឲ្យកត់សម្គាល់ស្ត្រី បានរាយការណ៍មានអត្រាខ្ពស់នៃជំងឺកាមរោគ ឬមានរោគសញ្ញាកាមរោគរយៈពេល 12ខែមុនបើធៀបនឹងបុរសក្នុងក្រុមអាយុ ដូចគ្នានៃអង្កេតនីមួយៗ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 20-24 ឆ្នាំ បានកើនឡើង ការរាយការណ៍មានជំងឺកាមរោគ ឬរោគសញ្ញាកាមរោគតាមឆ្នាំអង្កេត ដោយក្នុងឆ្នាំ 2014 10% នៃស្ត្រីក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំ និង 12% នៃស្ត្រីក្រុមអាយុ 20-24 ឆ្នាំដែលបានរាយការណ៍ថាមានជម្ងឺកាមរោគ ឬមានរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនអង្កេត ។ ការរកឃើញគួរឲ្យកត់សម្គាល់នេះ និងការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀតក្នុងការស្រាវជ្រាវពិសេសបែបគុណភាពលើស្ត្រី និងបុរសដែលពន្យល់ពីទម្រង់ការឆ្លងរោគតាមការបន្តពូជ ។

4.4 ផែនការគ្រួសារ និងការពន្យាកំណើត

ក្នុងរយៈពេលដប់ប្រាំឆ្នាំ(2000-2014) មានការកើនឡើងជាលំដាប់ការពន្យាកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលមានសកម្មភាពរួមភេទ និងមានការកត់សម្គាល់យ៉ាងសំខាន់គឺមានត្រឹមតែ1% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍បានរាយការណ៍បានពន្យាកំណើតពេលមុនរួមភេទ។ ការរាយការណ៍បានកើនឡើងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានប្រើទាំងវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបែបបុរាណ និងបែបទំនើប ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 12% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 20-24 ឆ្នាំគឺកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត បែបទំនើប និងក្នុងឆ្នាំ 2014 មាន 33% ។ សម្រាប់វិធីសាស្ត្របុរាណក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 20-24 ឆ្នាំគឺ 3% និង 13% ក្នុងឆ្នាំ 2000 និងឆ្នាំ 2014 តាមលំដាប់រៀង ។ ក្នុងឆ្នាំ 2010 មានភាពខុសគ្នារវាងស្ត្រីនៅជនបទ និងទីប្រជុំជនដែលកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 មានប្រមាណ 40% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ កំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត(ទាំងវិធីសាស្ត្របែបបុរាណ និងបែបទំនើប) ទាំងនៅជនបទ និងទីប្រជុំជន ។ ការរកឃើញសំខាន់ និងក្តីបារម្មណ៍ដែលទាក់ទងនឹងកម្រិតសិក្សាអប់រំ បញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ និងការប្រើប្រាស់ពន្យាកំណើត គឺស្ត្រីមានកម្រិតសិក្សាអប់រំខ្ពស់ និងមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិខ្ពស់ មាននអត្រាខ្ពស់ក្នុងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើតបែបបុរាណ ។ ស្ត្រីវ័យក្មេងកម្ពុជាអាយុ 15-24 ឆ្នាំបានសិក្សាអប់រំខ្ពស់ និងមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិច្រើនវិធីសាស្ត្របែបបុរាណដែលគេចូលចិត្តប្រើ គឺវិធីដកលិង្គចេញ។ ការ

រកឃើញនេះបានគាំទ្រការសិក្សាស្រាវជ្រាវនាពេលថ្មី (Hoban 2016) ដែលស្ត្រីធ្វើការក្នុងវិស័យមិនរកប្រាក់ចំនេញនៅភ្នំពេញមានអប្បរមាបានសិក្សាអប់រំបាន 12 ឆ្នាំ។ Hoban បានរកឃើញថាស្ត្រីបានការសិក្សាអប់រំ (រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច និងនៅលីវ) បានប្រើវិធីសាស្ត្រដកលិង្គចេញ និងវិធីតមតំណោកជំនួសវីធីសាស្ត្រទំនើបដោយសារមានផលប៉ះពាល់នៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទំនើបនេះដូចជា ការប្រើថ្នាំលេប ឬថ្នាំចាក់ជាដើម។ អ្វីដែលសំខាន់នោះ ស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ពីផលប៉ះពាល់មិនកើតឡើងលើខ្លួនគេផ្ទាល់ ត្រូវបានជំនួសដោយពួកគេលឺពាក្យចចាមរាមពី ឬរឿងរ៉ាវកើតឡើងលើ មិត្តភក្តិ និងសមាជិកគ្រួសារ ឬស្ត្រីដែលមានធ្លាប់កើតមាន ដែលពួកគេមិនបានស្គាល់។ ការរកឃើញនេះបង្ហាញថាមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជជាតិដោយផ្តោតលើព័ត៌មាន ការសិក្សាអប់រំ និងសកម្មភាពទំនាក់ទំនង និងសេវាកម្ម ពីការកើឡើងអត្រាការប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបែបបុរាណ ជាពិសេសវិធីសាស្ត្រដកលិង្គចេញក្នុងចំណោមក្រុមស្ត្រីវ័យក្មេង បានទទួលការសិក្សាអប់រំ និងមានកម្រិតខ្ពស់នៃស្ថាភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម។ ក្នុងរយៈពេលនេះកម្មវិធីមិនបានយកចិត្តទុកដាក់លើវីធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតបែបបុរាណទៅលើកម្មវិធីអប់រំ និងសកម្មភាពសេវាទេ។ គឺត្រូវបានជំនួសដោយផ្អែកលើស្ត្រីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ដែលមានសេវាផែនការគ្រួសារនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ សម្រាប់វិធីសាស្ត្រទំនើបដែលស្ត្រីបានប្រើប្រាស់ ″ផ្លាស់ប្តូរ″ ទៅប្រើវិធីសាស្ត្រទំនើបវិញ ។

កំហើញសំខាន់ផ្សេងទៀត គឺភាគរយសកម្មភាពរួមភេទរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតណាមួយ ។ ក្នុងឆ្នាំ 2000 ប្រមាណ 90% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានសកម្មភាពរួមភេទបានរាយការណ៍មិនបានប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើត និងក្នុងឆ្នាំ 2014 ប្រមាណជា 70% ។ ថ្វីបើមានការធ្លាក់ចុះអំឡុងរយៈពេល 15ឆ្នាំនេះក៏ដោយជាក់ស្តែង 70%នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតណាមួយក្នុងឆ្នាំ 2014 គឺជាក្តីបារម្មណ៍មួយគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ ក្តីបារម្មណ៍ផងដែរនៃមូលហេតុចម្បងរបស់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានសម្រេចចិត្តឈប់ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតរយៈពេល 5 ឆ្នាំមុនអង្កេត គឺដោយសារពួកគេចង់មានផ្ទៃពោះមូលហេតុទីពីរនោះគឺដោយសារមានផលប៉ះពាល់ និងមូលហេតុទីបីគឺការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យាកំណើតមិនមានប្រសិទ្ធិភាព។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ 90 នៃស្ត្រីវ័យក្មេងមានផ្ទៃពោះអំឡុងពេលកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត គឺភាគច្រើន 67% នៃស្ត្រីកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រដកលិង្គចេញ និងត្រឹម 19% បានប្រើថ្នាំលេប។ ការបង្ហាញ

នេះគឺមិនមានភាពជឿជាក់លើវិធីសាស្រ្តដកលិង្គចេញដែលមាន ពីរភាគបីនៃស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដោយមិនចង់បាន កើតមានក្នុងក្រុមអាយុនេះ។ ភាគច្រើនគឺមួយភាគប្រាំក្នុងចំណោមស្រ្តីវ័យក្មេងមានផ្ទៃពោះដោយមិនចង់បានគឺបានប្រើថ្នាំលេប ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយការប្រើប្រាស់ថ្នាំលេបត្រឹមត្រូវ ក៏នៅមានអត្រា 1% ដែលមិនមានប្រសិទ្ធិភាព (Trussell 2011) ។ ក្នុងចំណោមស្រ្តីដែលបានរាយការណ៍មានផលប៉ះពាល់ ក៏ដូចជាមូលហេតុចម្បងដែលបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យាកំណើត មានច្រើនជាង 85% កើតឡើងលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំលេប ឬថ្នាំចាក់ ។ ក្នុងចំណោមអ្នកដែលបានរាយករណ៍វិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតមានភាពជឿជាក់ខ្ពស់ក្នុងក្រុមអាយុគឺបានប្រើវិធីសាស្រ្តដកលិង្គចេញ ។ ជាថ្មីម្តងទៀត ការរកឃើញថាស្រ្តីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ សកម្មភាពផ្លូវភេទ មានតម្រូវការសម្រាប់ផែនការគ្រួសារគួរឲ្យកត់សម្គាល់ដែលបានជួបតម្រូវការសុខភាពបន្តពូជរបស់ពួកគេ ដោយរួមមានការអប់រំផែនការគ្រួសារ និងការពិគ្រោះយោបល ការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងប្រសិទ្ធិភាពការប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើត។ ដូចដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ កម្មវិធីគ្រប់គ្រងផែនការគ្រួសារត្រូវតែផ្តោតលើស្រ្តីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ដែលបានទទួលសេវាសុខភាពតាមគ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ។ ដែលពួគគេមិនបានគិតគូរពីតម្រូវការរបស់យុវវ័យ និងតម្រូវការបន្ទាន់ដើម្បីធ្វើផែនការគ្រួសារដែលធានានូវសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជ និងផ្តល់នូវកាលានុវត្តភាព ដើម្បីជ្រើសរើសវិធីសាស្រ្តពន្យាកំណើតមានប្រសិទ្ធិភាពដែលការពារជំងឺកាមរោគ ហ៊ីវ និងការមានផ្ទៃពោះដោយមិនចង់បាន ។

4.5 សុខភាពមាតា

ប្រធានបទស្តីពីការរំលូតកូន ក្នុងចំណោមស្រ្តីវ័យក្មេងមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍មានភាពរសើប និងមានការរាយការណ៍ខ្វះ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយភាគច្រើនស្រ្តីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ មិនបានរាយការណ៍ថាបានធ្វើការរំលូតកូនក្នុងជីវិតរបស់គេ។ ក្នុងចំណោមស្រ្តីមិនទាន់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍អាយុ 20-24 ឆ្នាំ មាន 0.19% និង0.3% ក្នុងឆ្នាំ2010 និងឆ្នាំ2014 តាមលំដាប់រៀងដែលបានរាយការណ៍ថាបានរំលូតកូន។ ក្នុងចំណោមស្រ្តីរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចអាយុ 20-24 ឆ្នាំ 6.6% និង7.4% ក្នុងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 តាមលំដាប់រៀង ដែលបានរាយការណ៍ថាបានរំលូតកូនម្តងក្នុងជីវិតរបស់គេ និងមានភាគរយទាបនៃស្រ្តីដែលបានរាយការណ៍ថាបានរំលូតកូន លើសពីរដង ឬលើសក្នុងជីវិតរបស់គេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រភេទវិធីសាស្រ្តរំលូតកូនដែលត្រូវបានប្រើបានបង្ហាញក្នុងឆ្នាំ 2010 64% បានរំលូតកូនដោយការវះកាត់ 48% បានរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំ

និង 3.4% ប្រើវិធីសាស្ត្រទាំងពីររបៀប (ប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការវះកាត់) និងក្នុងឆ្នាំ 2014 43.4% បានរំលូតកូនដោយការវះកាត់ 48% បានរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំ និង8.5%ប្រើវិធីសាស្ត្រទាំងពីររបៀប។ និន្នាការនេះ មានគួរឲ្យភ័យខ្លាចដោយសារមានការកើនឡើងការរំលូតកូនដោយប្រើថ្នាំ និង " ទាំងពីរវិធីសាស្ត្រ " ដែលមានច្រើនទ្វេដងក្នុងរយៈពេលបួនឆ្នាំ ពីឆ្នាំ 2010-2014។ ការរកឃើញនេះស្របតាមការរកឃើញក្នុងអង្កេតឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ដែរដែលមានអត្រាកើនឡើងចំនួនស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ថា " គ្មានរណាម្នាក់ " មានវត្តមានក្នុងការរំលូតរបស់គេ។ ក្នុងឆ្នាំ 2010 23.5% និងឆ្នាំ 2014 35.2% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងបានរាយការណ៍ថា " គ្មានរណាម្នាក់ " មានវត្តមាននៅក្នុងការរំលូតរបស់ពួកគេ។ លទ្ធផលនេះត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់ដោយអ្នកធ្វើគោលនយោបាយជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបច្ចេកទេសដល់របស់ពួកគេ តាមនិន្នាការនេះបានកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 4ឆ្នាំ ។

ជាទូទៅពីឆ្នាំ 2000 ដល់ឆ្នាំ 2014 មាននិន្នការច្រើនសម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ ដែលបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគភ៌ ដោយអ្នកជំនាញវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខាភិបាល។ ភស្តុតាងជាច្រើននេះ មានក្នុងចំណោមស្ត្រីទទួលបានការសិក្សាអប់រំបានខ្ពស់បើធៀបនឹងស្ត្រីដែលមិនបានចូលរៀន និងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិមានបំផុត បើធៀបនឹងស្ត្រីដែលបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត។ អ្វីដែលជាក្តីបារម្មណ៍នោះ ក្នុងឆ្នាំ 2014 9% នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំដែលមិនបានចូលរៀន និង 6% នៃស្ត្រីដែលមានបញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិក្របំផុត មិនបានទទួលការថែទាំសុខភាពអំឡុងពេលមានគភ៌នៃការមាន ផ្ទៃពោះចុងក្រោយរបស់គេទេ ។ ចំនួននៃការសម្រាលជាមួយមន្ត្រីសុខាភិបាលដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈរវាងឆ្នាំ 2000និងឆ្នាំ 2014 ដោយ ក្នុងឆ្នាំ 2014 90%នៃស្ត្រីវ័យក្មេងអាយុ 15-24 ឆ្នាំ បានសម្រាលជាមួយមន្ត្រីសុខាភិបាលដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈ ។ នេះហាក់បីដូចមានក្រោមការប៉ាន់ស្មាននៃការសម្រាលកូនដោយមិនមែនមន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈ ដូចជាការសម្រាលដោយឆ្មបបុរាណ (TBA) ដោយជម្រើសនៃអ្នកផ្តល់ចម្លើយក្នុងអង្កេត CDHS ជាក់ស្តែងអ្នកផ្តល់ចម្លើយអាចផ្តល់ចម្លើយ ការសម្រាលបានច្រើនរបៀប។ ជាឧទាហរណ៍ប្រសិនបើស្ត្រីបានរាយការណ៍ ការសម្រាលរបស់នាងដោយ TBA, គិលានុបដ្ឋាក ឆ្មប ហើយចម្លើយដែលបានឆ្លើយតប គឺឆ្មបដែលភាគច្រើនត្រូវបានសម្រាលជាមួយ ។

5 ឯកសារយោង

Alesna-Llanto E, Raymundo CM. 2005. Contraceptive issues of youth and adolescents in developing countries: highlights from the Philippines and other Asian countries. *Adolescent medicine clinics*; 16(3): 645-63

Anwar M, Sulaiman SA, Ahmadi K, Khan TM. 2010. Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia. *BMC Public Health*; 10: 47.

Baltag V, Chandra-Mouli V. 2014. Adolescent Pregnancy: Sexual and Reproductive Health. In A. L. Cherry and M. E. Dillon (eds.), International Handbook of Adolescent Pregnancy. World Health Organization. Springer Science & Business Media New York. Pp 55-78.

Bayer L, Cheetham N, Robbins S. 2011. Advocates for Youth. International Division. Accessed 20 September 2016 http://www.advocatesforyouth.org/publications/1901-youth-and-unsafe-abortion-a-global-snapshot

Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Vinit Sharma V. 2007. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*; Vol 369. 9568. Pp 1220-30

Belton S. 2005. Borders of fertility: unwanted pregnancy and fertility management by Burmese women in Thailand Borders of fertility: unwanted pregnancy and fertility management by Burmese women in Thailand. Doctoral Thesis. University of Melbourne

Bertrand JT, Anhang R. 2006. The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries. World Health Organization Technical Report Series; 938:205e41. Discussion 317e241.

British Broadcasting Commission Media Action Cambodia. 2014. LOVE9 TV AND RADIO TOOLKIT about Sexual and Reproductive Health for NGOs and Health Workers in Cambodia. BBC Media, Love 9, UNFPA and USAID Cambodia.

Cahill H. 2010. Re-thinking the fiction/reality boundary: investigating the use of drama in HIV prevention projects in Vietnam. RIDE, 15(2), 152-172.

Cambodia Organisation for Research and Development. 2009. A comparative study on youth friendly health services in operational districts with contracting and non-contracting health centres in Kampong Thom and Preah Vihear Province of Cambodia: Commissioned by RACHA/ADRA.

Chamratrithirong A, Kaiser P. 2012. The dynamics of condom use with regular and casual partners: analysis of the 2006 National Sexual Behavior Survey of Thailand. *PloS one*; 7(7): e42009.

Chan N, Zaw K, Saw S, Thet T, Oo N, Soe K, Sein TT. 2013. Knowledge on Adolescent Reproductive Health among High School Students in Katha Township. *The Myanmar Health Sciences Research Journal,* Vol. 25, No. 2

Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. 2014. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*; 11:1

Chantrapanichkul P, Chawanpaiboon S. 2013. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. *International Journal of Gynecology and Obstetrics;* 120, 160–164

Cockroft M. 2014. Literature Review on Sexual and Reproductive Health and Rights of Migrant Garment Factory Workers in Cambodia. Report written for UNFPA Cambodia. Phnom Penh Cambodia

Cornelius JB, Appiah JA. 2016. Using mobile technology to promote safe sex and sexual health in adolescents: current practices and future recommendations. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*: 7 43–57

Crosby R, Shrier LA. 2013. A partner-related risk behavior index to identify people at elevated risk for sexually transmitted infections. *Journal of Primary Prevention*; 34:81–87.

Dick B, Ferguson J, Chandra-Mouli V, Brabin L, Chatterjee S, Ross DA. 2006. Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser*; 938:151-204; discussion 317-41.

Fordham G. 2003. *Adolescent Reproductive Health in Cambodia. Status, Issues, Policies and Programs.* Phnom Penh: Policy Project.

Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunc_alp O, Vogel JP, Souza JP, Mori R. 2014. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *British Journal of Gynaecology*; 121 (Suppl. 1): 40–48.

Gartrell, A. 2016. Disability, Sexual and Reproductive Health and Rights: Baseline Study. GIZ Cambodia and Cambodia Disability People's Organization. Phnom Penh, Cambodia

Gartrell, A. Hoban, E. *2014. 'Locked in space': Rurality and the politics of location* in Grech S and Soldatic, K (eds). Disability in the Global South: The Critical Handbook. Manchester: Springer

Gartrell, A. Hoban. E. 2013. Structural vulnerability, disability and access to non-government organization services in rural Cambodia. *Social Work in Disability & Rehabilitation*

Godha D, Hotchkiss D, Gage A. 2013. Association Between Child Marriage and Reproductive Health Outcomes and Service Utilization: A Multi-Country Study From South Asia. *Journal of Adolescent Health;* 52: 552-558

Gridley S, Crouch JM, Evans Y, Eng W, Antoon E, Lyapustina M, Schimmel-Bristow A,

Woodward J, Dundon K, Schaff R, McCarty C, Ahrens K, Breland D. 2016 Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health;* 59: 254e261

Guo W, Wu Z, Qiu Y, Chen G, Zheng X. 2012. The timing of sexual debut among Chinese youth, *International Perspective on Sexual and Reproductive Health;* 38 (4) 196-204.

Guo W. Wu Z, Schimmele CM, Zheng X. 2014. Condom use at sexual debut among Chinese youth. *Journal of Biosocial Science*; 46 (2)139 - 154

Haque MR, Soonthorndhada A. 2009. Risk perception and condom-use among Thai youths: findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System site in Thailand. *Journal of health, population, and nutrition*; 27(6) 772-83.

He Chen MA, Lei Z, Youli Han MS, Ting Lin MM, Song X, Chen G, Zheng X. 2012. HIV/AIDS knowledge, contraceptive knowledge, and condom use among unmarried youth in China. Institute of Population Research/WHO Collaborating Center on Reproductive Health

and Population Science, Peking University, Beijing, China. School of Health Administration and Education, Capital Medical University, Beijing, China

Hegde, S. Hoban, E. Nevill, A. 2011. Unsafe Abortion as a Birth Control Method: Maternal Mortality Risks Among Unmarried Cambodian Migrant Women on the Thai-Cambodia Border. *Asia Pacific Journal of Public Health.*

http://aph.sagepub.com/content/early/2011/05/03/1010539511409024

HIV and AIDS data hub for Asia-Pacific. Evidence to Action. http://www.aidsdatahub.org.

Hoban L. 2016. A qualitative analysis that explores educated Cambodian women's perceptions of reproductive health and their reproductive behaviours. Master of Public Health Thesis. Deakin University, Victoria Australia.

Hoban E. 2013. Global Politics and Safe Abortion in Cambodia. In Andrea Whittaker (Ed) *Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics:* London: Berghahn Books

Huang Z. 2015. Ethnic Minority Research in Yunnan. In Sex & Rights. The status of young people's sexual and reproductive health and rights in Southeast Asia. Asia Pacific Resource and Research Centre for Women: Kuala Lumpur

Irvin A, Weil O. 2006. We've got a right to know: good practices in education and communication. Bangkok: EU sites/default/files/media_asset/20150217_ /UNFPA Reproductive Health Initiative for Youth in Asia

Jatapai A, Sirivongrangson P, Lokpichat S, Chuenchitra T, Nelson KE, Rangsin R. 2013. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection among young Thai men in 2008-2009. *Sexually transmitted diseases*; 40(3): 241-6.

Jejeebhoy SJ. Santhya KG, Zavier AJ. 2014. Demand for Contraception to Delay First Pregnancy among Young Married Women in India. *Studies in Family Planning;* 45(2):183-201

Kabir H, Saha NC, Wirtz AL, Gazi R. 2014. Treatment seeking for selected reproductive health problems: behaviours of unmarried female adolescents in two low-performing areas of Bangladesh. *Reproductive health*; 11: 54.

Kaljee LM, Green M, Riel R, Lerdboon P, Tho LH, Thoa LTK, Minh TT. 2007. Sexual stigma, sexual behaviors, and abstinence among Vietnamese adolescents: implications for risk and protective behaviors for HIV, sexually transmitted infections, and unwanted pregnancy. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*; 18(2): 48-59.

Kennedy E, Gray N, Azzopardi P, Creati M. 2011. Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reproductive Health*; 8: 11.

Kennedy E, Willenberg L, Mohamed Y, Luchters S. 2015. Sexual and Reproductive Health of Young People in Asia and the Pacific: A review of issues, policies and programmes: Burnet Institute Report: Melbourne

Khan M, Hossain M, Hoq MN. 2012. Determinants of Contraception Use among Female Adolescents in Bangladesh. *Asian Social Science*; 8 (12): 2012

Khumsaen N, Gary FA. 2009. Determinants of actual condom use among adolescents in Thailand. JANAC: *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*; 20(3): 218-29.

Kim YM, Kols A, Nyakauru R, Marangwanda C, Chibatamoto P. 2001. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*; 27:11e9.

Klingberg-Allvin M, Binh N, Johansson A, Berggren V. 2008. One foot wet and one foot dry: transition into motherhood among married adolescent women in rural Vietnam. *Journal of Transcultural Nursing*; 19(4): 338-46.

Ko Ko Z, Than Tun s, Kyaw M, Khin Maung I,Ye H, Yin TNO, Theingi M, San S, Khin PY. 2011. Dissemination of reproductive health knowledge by questions and answers through telephone hotline: a feasibility study in Myanmar. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*; 42(1): 168-75.

Lee DY, Min Moon J, Lee IS, Suk Suh C, Choi DS. 2012. Factors associated with sexual debut during adolescence in the Republic of Korea. Sexually Transmitted Infections. *Sex Transmitted Infections*; 88:481–483

Levi Strauss and CARE 2013. The Cambodia report: Report of survey findings and qualitative study results from a factory in Phnom Penh, Levi Strauss & Co. Workers' Well-being Study, Phnom Penh, Cambodia.

Li S, Huang H, Cai Y, Xu G, Huang F, Shen X. 2009. Characteristics and determinants of sexual behavior among adolescents of migrant workers in Shangai (China). *BMC Public Health*; 9:195.

Livingston JA, Testa M, Windle M. Bay-Cheng L. 2015. Sexual risk at first coitus: Does alcohol make a difference? *Journal of Adolescence*; 43:148–158.

Loaiza E, Liang M. 2013. Adolescent pregnancy: A Review of the Evidence. New York: UNFPA.

Lopez J, Mukaire P, Mataya R. 2015. Characteristics of youth sexual and reproductive health and risky behaviors in two rural provinces of Cambodia. *Reproductive Health 12:83*

Lu C, Xu L, Wu J, Wang Z, Decat P, Zhang WH, Chen Y, Moyer E, Wu S, Minkauskiene M, Van Braeckel D, Temmerman M. 2011. Sexual and reproductive health status and related knowledge among female migrant workers in Guangzhou, China: a cross-sectional survey. *European Journal of Obstetrics Gynaecology Reproductive Biology*; 160:60–5.

Lucea MB, Hindin MJ, Gultiano S, Kub J, Rose L. 2013. The context of condom use among young adults in the Philippines: implications for HIV prevention. *Health Care Women International*; 34(3-4): 227-48.

Marston C, King E. 2006. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet*; 368: 1581–600.

Mauney R. 2014. Safe Workplace, Safe Communities. Baseline for Program Indicators. CARE Cambodia

McManus A, Dhar L. 2008. Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: a cross sectional survey of urban adolescent school girls in South Delhi, India. *BMC Women's Health;* 8: 12.

McMillan K, Worth H. 2011. The impact of socio-cultural context on young people's condom use: evidence from two Pacific Island countries. *Culture, Health & Sexuality*; 13(3): 313-26.

Meng, K, Po, M. Thiep C. 2013. Teenage Fertility and Its Socio-Demographic Characteristics and Risk Factors. Further Analysis of the Cambodia Demographic and Health Survey 2010. National Institute of Statistics and Directorate General of Health. Ministry of Health. Cambodia.

Mensch BS, Soler-Hampejsek E, Kelly CA, Hewett PC, Grant M. 2014. Challenges in measuring the sequencing of life events among adolescents in Malawi: a cautionary note. *Demography;* 51(1):277–285

Ministry of Health. 2012. *National Strategy for Reproductive and Sexual Health in Cambodia 2012-2016*. National Maternal Child Health Centre, National Reproductive Health Programme and Ministry of Health: Phnom Penh

Morineau G, Nugrahini N, Riono P, Nurhayati, Girault P, Mustikawati DE, Magnani R. 2011. Sexual Risk Taking, STI and HIV Prevalence Among Men Who Have Sex with Men in Six Indonesian Cities. *AIDs and Behavior*;15, (5) 1033–1044

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

National Institute of Statistics, Directorate General for Health [Cambodia], and ORC Macro. 2001. Cambodia Demographic and Health Survey 2000. Phnom Penh, Cambodia, and Calverton, Maryland USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ORC Macro.

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

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

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

Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International.

National Research Council and Institute of Medicine. 2005. Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: The National Research Council and Institute of Medicine; 2005.

Neal S, Hosegood V. 2015. How reliable are reports on early adolescent reproductive and sexual health events. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health;* 41 (4)

Neal S, Matthews ZE, Frost M, et al. 2012. Child bearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: A neglected issue. New estimates form demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand;* 91:1114e8.

Ng CJ, Kamal SF. 2006. Bridging the gap between adolescent sexuality and HIV risk: the urban Malaysian perspective. *Singapore Medical Journal*; 47(6): 482-90.

Nguyen HN, Liamputtong P, Murphy G. 2006. Knowledge of contraceptives and sexually transmitted diseases and contraceptive practices amongst young people in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Care Women International*; 27(5): 399-417.

Nishigaya K. 2002. Female Garment Factory Workers in Cambodia: Migration, Sex Work and HIV/AIDS. *Women's Health*; 35(4):27–42.

Norris S, Osmond C, Gigante D, Kuzawa CW, Ramakrishnan L, Lee NR, Ramirez-Zeam M, Richter LM, Stein AD, Tandon N, Fall C. 2012. Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult diabetes risk in five low or middle-income country birth cohorts. *Diabetes Care;* 35: 72–79.

Oljira L, Berhane Y, Worku A. 2010. Pre-marital sexual debut and its associated factors among in-school adolescents in Eastern Ethiopia. *BMC Public Health*; 12: 375.

Oo KH. 2015. Association between age, relationship status, education level and abortion among women employed in four garment factories in Phnom Penh, Cambodia. Master of Public Health Thesis. Deakin University, Victoria Australia

Pacheun O, Swe EE, Powwattana A. 2008. Risk behaviors for HIV/AIDS among youth in rural area of Myanmar. *Asia-Pacific Journal of Public Health*; 20 Suppl: 215-9.

Partnering to Save Lives. 2014. Draft Baseline Survey Report: Reproductive, Maternal and Neonatal Health Knowledge, Attitudes and Practices among Female Garment Factory Workers in Phnom Penh and Kandal Provinces, Partnering to Save Lives Project, Phnom Penh, Cambodia.

Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F. Ferguson J. 2012. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*; 379(9826): 1665-75.

Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner R, Haller DM, Bose K, Theo Vos J. 2009. Global patterns of mortality in young people. A systematic analysis of population data. *The Lancet*; 374: 881e92.

Pison G. 2012. Adolescent fertility is declining worldwide. *Population & Societies*; 490: 1-4

Plautz A, Meekers D. 2007. Evaluation of the reach and impact of the 100% Jeune youth social marketing program in Cameroon: Findings from three cross sectional surveys. *Reproductive Health*; 4: 1

Powwattana A. 2009. Sexual behavior model among young Thai women living in slums in Bangkok, Thailand. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 21(4): 451-60.

Qi Zhao Q, Kulane A, Gao Y, Xu B. 2009. Knowledge and attitude on maternal health care among rural-to-urban migrant women in Shanghai, China. *BMC Women's Health*; 9:5

Raheel H, White F, Kadir MM, Fatmi Z.2007. Knowledge and beliefs of adolescents regarding sexually transmitted infections and HIV/AIDS in a rural district in Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*; 57(1): 8-11.

Rahman AA, Rahman RA, Ismail SB, Ibrahim MI, Ali SH, Wan Muda WA. 2012. Factors Associated With Attitude Toward Premarital Sexual Activities Among School-Going Adolescents in Kelantan, Malaysia. Asia- Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health 2012

Raj A, Saggurti N, Balaiah D, Silverman JG. 2009. Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study. *The Lancet;* 373 May 30

Read, F. 2014. Reproductive Health Behaviours and Practices of Women Working in

Phnom Penh Garment Factories. Master of Public Health Thesis. Deakin University, Melbourne Australia.

Reproductive Health Alliance of Cambodia. 2012. *Monitoring Report: Vulnerable Group and Workplace Health* Programs. RHAC. Phnom Penh, Cambodia.

Ross D, Dick B, Ferguson J. 2006. Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries. Geneva: World Health Organisation.

Sandy, L 2014. Women and sex work in Cambodia: Blood, Sweat and Tears. Routledge: New York United States

Shah IH, Ahman E. 2012. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters*; 20(39): 169-73.

Shone, A. 2015. The relationship between contraceptive use and age, education level and relationship status among female garment factory workers in Cambodia. Master of Public Health Thesis. Deakin University, Melbourne Australia.

Sihavong A, Lundborg CS, Syhakhang L, Kounnavong S, Wahlstrom R, Freudenthal S. 2011. Community perceptions and treatment-seeking behaviour regarding reproductive tract infections including sexually transmitted infections in Lao PDR: a qualitative study. *Journal of biosocial science*; 43(3): 285- 303.

Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. 2009. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York: Guttmacher Institute

Speize I, Magnani R, Colvin C. 2003. The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Journal of Adolescent Health*; 33 324-348

Staras SAS, Livingston MD, Maldonado-Molina MM, et al. 2013. The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 53:742–748.

StatCorp. 2015. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.

Swartzendruber A, Zenilman JM, Niccolai LM, Kershaw TS, Brown JL, DiClemente RJ, Sales JM. 2013. It takes 2: Partner attributes associated with sexually transmitted infections among adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*; 40:372–378

Sychareun V. 2004. Meeting the contraceptive needs of unmarried young people: attitudes of formal and informal sector providers in Vientiane Municipality, Lao PDR. *Reproductive Health Matters*; 12(23): 155-65.

Tangmunkongvorakul A, Banwell C, Carmichael G, Utomo IW, Sleigh A. 2011. Birth Control, Pregnancy and Abortion Among Adolescents in Chaing Mai, Thailand. *Asian Population Studies*; 7 (1)

Taylor C. Services for young people. 2007. A review of stakeholder experiences. Bangkok: EU/UNFPA Reproductive Health Initiative for Youth in Asia.

Thanavanh B, Rashid HO, Kasuya H, Sakamoto J. 2013. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. *Journal of the International AIDS Society*; 16(17387): [7].

The DHS program: Demographic Health Surveys. http://www.dhsprogram.com/, accessed 22 September, 2016.

The Nossal Institute for Global Health. 2009. Youth friendly health services in conservative and challenging settings. Case study: Aceh province in Indonesia: The Nossal Institute for Global Health, YAKITA, World Vision International.

Tieu HV, Xu G, Bonner S, Spokes P, Egan JE, Goodman K, Stewart K, Koblin BA. 2011. Sexual partner characteristics, serodiscordant/serostatus unknown unprotected anal intercourse and disclosure among human immunodeficiency virus-infected and uninfected black men who have sex with men in New York City. *Sexually Transmitted Disease*; 38:548–554.

Towe VL, ul Hasan S, Zafar ST, Sherman SG. 2009. Street life and drug risk behaviors associated with exchanging sex among male street children in Lahore, Pakistan. *Journal of Adolescent Health*; 44(3): 222-8

Trussell J, 2011. Contraceptive failure in the United States, *Contraception;* 83(5):397–404.

Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci L. 2007. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. *The Lancet*, 369 May 5,

UNAIDS. 2011. UNAIDS World AIDS Day report. New York: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. 2014. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The gap report. Geneva: Available at: http://www.unaids.org/sites/default/

files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf. Accessed September 13, 2016.

UNAIDS. 2015. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). All in to #EndAdolescentAIDS. Geneva: Available at: http://www.unaids.org/ ALL_IN_brochure.pdf. Accessed 12 September, 2016.

United Kingdom, Department for International Aid. 2010. Improving Reproductive, Maternal and Newborn Health: Reducing Unintended Pregnancies Evidence Overview. A Working Paper (Version 1.0). London: DFID

United Nations Population Division. 2013. Adolescent fertility since the International Conference on Population and Development in Cairo. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations Population Fund. 2013. Sexual and Reproductive Health pf Adolescents and Youth in Nepal: Trends and Determinants. Further Analysis of the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. March 2013. Kathmando, Nepal. Population Division, Ministry of Health and Population, GIZ/GFA Consulting Group, Jhapiego, Nepal, United Nations Population Fund.

United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund. 2016. Mapping of Child Marriage Initiatives in South Asia. UNFPA and UNICEF.

United Nations Population Fund, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, World Health Organization Regional Office of Southeast Asia. 2015. *Sexual and Reproductive Health of Young People in the Asia Pacific* Region. A Review of Issues, Policies and Programs. Bangkok: UNFPA

United Nations Population Fund Asia Pacific Regional Office, UNESCO, WHO. 2015 July

United Nations Population Fund and the Royal Government of Cambodia. 2016. Country Programme Action Plan 2016-2018 for the Programme of Cooperation between the Royal Government of Cambodia and United Nations Population Fund. UNFPA: Phnom Penh.

Vogel JP, Pileggi-Castro C, Chandra-Mouli V, Nogueira Pileggi V, Souza JP, Chou D, Say L. 2015. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. *Arch Dis Child.* Feb; 100 (Suppl 1): S43–S47.

Wan Smolbag Theatre. Love Patrol series 1: evaluation report. Port Vila: Wan Smolbag Theatre, Australian Aid, NZ Aid, 2011.

Webber G, Spitzer D. 2010. Sexual and reproductive health issues facing Southeast Asian beer promoters: a qualitative pilot study. *BMC Public Health;* 10:389

Whittaker A. 2013. *Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics:* London: Berghahn Books

World Health Organization 2005. Adolescent friendly health services: making it happen. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2006a. Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Technical Report Series. 2006b; 938:151-204; discussion 317-41.

World Health Organization. 2012a. Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health: Geneva. World Health Organization.

World Health Organization. 2012b. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland: WHO

World Health Organization. 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organisation; London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council.

World Health Organization. 2014a. Bulletin of the World Health Organization, 92:155

World Health Organization, 2014b. Global standards for quality health care services for adolescents. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health: Geneva. World Health Organization.

World Health Organization. 2015. Sexually Transmitted Infections. Fact Sheet. Media Centre. World Health Organization. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/

Accessed: 10 October 2016

World Health Organization. 2016. Adolescent pregnancy. Maternal, newborn, child and adolescent health. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/

Accessed 10 October 2016

Wong LP. 2012. Qualitative inquiry into premarital sexual behaviours and contraceptive use among multiethnic young women: implications for education and future research. *PloS one*; 7(12): e51745.

Wong ML, Chan RK, Tan HH, Sen P, Chio M, Koh D. 2013. Gender differences in partner influences and barriers to condom use among heterosexual adolescents attending a public sexually transmitted infection clinic in Singapore. *The Journal of Pediatrics*; 162(3): 574-80.

Wong MYE, Lam T-M L, 2013. Sexual knowledge, attitudes and values among Chinese migrant adolescents in Hong Kong. *Health*; 5 (12): 2210-2217

Wong C, Merchant R, Moreno M. 2015. Using social media to engage adolescents and young adults with their health. *Healthc* (Amst);2(4): 220–224.

Wu, R. Reproductive Health and Gender Awareness in Shenzhen's Migrant Population: Based on research within 10 Shenzhen enterprises. ILO Office for China and Mongolia.

Accessed 30 August 2016 www.**ilo**.org/wcmsp5/groups/public/**ilo**/wcms232936.

Yi S, Poudel KC, Yasuoka J, Palmer PH, Yi S, Jimba, M. 2010. Role of risk and protective factors for risky sexual behaviors among high school students in Cambodia. *BMC Public Health;* 10. 477. August

Yi S, Tuot S, Chhoun P, Brody C, Tith K, Oum O. 2015. The impact of a community-based HIV and sexual reproductive health program on sexual and healthcare-seeking behaviors of female entertainment workers in Cambodia. *BMC Infectious Diseases;* 15:221.

Yi S, Tuot S, Yung K, Kim S, Chhea C, Saphonn V. 2014. Factors Associated with Risky Sexual Behavior among Unmarried Most-at-Risk Young People in Cambodia *American Journal of Public Health Research;* 2 (5): 211-220

Yoshida I, Kobayashi T, Sapkota S, Akkhavong K. 2012. Evaluating educational media using traditional folk songs ('lam') in Laos: a health message combined with oral tradition. *Health Promotion Internationa*l; 27(1): 52-62.

Yu J. 2010. An Overview of the sexual behaviour of adolescents and young people in Contemporary China. *Australasian Medical Journal;* 3(7): 397-403

Zhao Q, Kulane A, Gao, Y, Xu B. 2009. Knowledge and attitude on maternal health care among rural-to-urban migrant women in Shanghai, China. *BMC Women's Health*; 9:5.

Supported By:

UNFPA

Australian Aid