ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

របាយការណ៍

អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨

រៀបចំដោយ :

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្រសួងផែនការ

ឧបត្ថម្ភដោយ :

អង្គការយូនីសេហ្វ និងអង្គការយូអ៊ិនឌីភី ប្រចាំកម្ពុជា

ខែ ឧសភា ឆ្នាំ២០០៩

បុព្វកថា

ខ្ញុំមានការសប្បាយរីករាយណាស់ ចំពោះអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ដែលបានធ្វើឡើងដោយជោគជ័យ លើកទី១ ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ។ ការអង្កេតនេះឧបត្ថម្ភថវិកា និងបច្ចេកទេស ដោយអង្គការ យូនីសេហ្វ និង អង្គការ យូអិនឌីភី ប្រចាំនៅកម្ពុជា ។ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ និងអគ្គនាយកដ្ឋានផែនការ ក្រសួងផែនការ ជាភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍គម្រោង។ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ទទួលខុសត្រូវគ្រប់គ្រងគម្រោងនេះ។ ការចុះប្រតិបត្តិការ សំភាសន៍ នៅមូលដ្ឋាននៃការអង្កេតនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅ ខែវិច្ឆិកា ដល់ ដើម ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៨ ។

របាយការណ៍នេះ បង្ហាញពីរបកគំហើញសំខាន់ៗនៃអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ រួមមាន ពត៌មានប្រជាសាស្ត្រ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី និងកុមារ និងផលប៉ះពាល់នៃថ្លៃម្ហូបអាហារ និងពត៌មាន ទាក់ទងនឹងសុខភាព ដូចជាជម្ងឺ ជាដើម ។

របកគំហើញសំខាន់ៗពីការអង្កេតនេះ នឹងសង្ឃឹមថាត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នករៀបចំគោលនយោបាយ និងអ្នកធ្វើផែនការនានា ដើម្បីវាយតម្លៃពីលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រ ស្ថានភាពសុខភាព និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ របស់ស្ត្រី និងកុមារ ដើម្បីបង្កើតនូវគោលនយោបាយប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព និងកម្មវិធីផ្សេងៗ របស់ប្រទេស កម្ពុជា ។ កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភស្ត្រី និងកុមារ នឹងត្រូវបានពង្រីកឱ្យប្រសើរឡើងដើម្បីកាត់បន្ថយគំលាតរវាង ការអភិវឌ្ឍសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចនៃបណ្តាប្រទេសអាស៊ានផ្សេងទៀត ។

ខ្ញុំសូមវាយតម្លៃខ្ពស់ចំពោះ អង្គការ យូនីសេហ្វ និង អង្គការ យូអិនឌីភី ដែលបានគាំទ្រគម្រោងនេះ ទាំង ថវិកា និងបច្ចេកទេស ។ ខ្ញុំសូមអរគុណចំពោះការខិតខំរបស់ **ឯកឧត្តម អ៊ុក ចាយ** រដ្ឋលេខាធិការ ក្រសួង ផែនការ **ឯកឧត្តម សន ស៊ីថន** អគ្គនាយកវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ **លោកស្រី វិរ៉ូនីកា ម៉ែរដោណ្ណា** ប្រធានកម្មវិធីការរស់រានរបស់កុមារ **លោក តីធំរ ឡេត** និង **លោក អ៊ុន សំអឿន** នៃអង្គការយូនីសេហ្វ និងសមាជិកក្រុមការងារអាហារូបត្ថម្ភ ដទៃទៀត ដែលបានចូលរួមចំណែកក្នុងការ អង្កេតនេះ ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះមន្ត្រីទាំងអស់ ដែលបានចូលរួមក្នុងការអនុវត្ត កែច្នៃទិន្នន័យ និងវិភាគ លទ្ធផល និងសរសេររបាយការណ៍នៃការអង្កេតនេះ និងជាពិសេសចំពោះវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងអគ្គនាយកដ្ឋាន ផែនការ ដែលបានចូលរួមចំណែកធ្វើឱ្យការអង្កេតនេះ ទទួលបានជោគជ័យ ។

ក្រសួងផែនការ

រាជធានីភ្នំពេញ

ខែ ឧសភា ឆ្នាំ ២០០៩

ទេសរដ្ឋមន្ត្រី

រដ្ឋមន្ត្រី ក្រសួងផែនការ

ឆាយ ថន

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ជាការអង្កេតលើកដំបូងនៅប្រទេសកម្ពុជា ។ ការអង្កេតនេះ ត្រូវបានឧបត្ថម្ភថវិកា និងបច្ចេកទេស ដោយអង្គការ យូនីសេហ្វ និងអង្គការ យូអិនឌីភី ។ ការអង្កេតនេះត្រូវបាន អនុវត្តដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្នុងកិច្ចសហការជាមួយអគ្គនាយកដ្ឋានផែនការ ក្រសួងផែនការ ។ ការអង្កេត នេះ បានជ្រើសរើសគ្រួសារគំរូចំនួន ៨ ០០០ គ្រួសារ ពីភូមិចំនួន ៨០០ ភូមិគំរូ ។ អត្រាឆ្លើយតប គឺប្រមាណជា ៩៨ ភាគរយ ។

ការអនុវត្តការអង្កេតនេះទទួលជោគជ័យ គឺដោយសារសហប្រតិបត្តិការជិតស្និទ្ធ និងការខិតខំរបស់ ស្ថាប័ន និងបុគ្គលិកទាំងអស់ ។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅ ចំពោះ **ឯកឧត្តម ឆាយ ថន** ទេសរដ្ឋមន្ត្រី រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងផែនការ និង **ឯកឧត្តម អ៊ុក ចាយ** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងផែនការ ក្នុង ការគាំទ្រ និងលើកទឹកចិត្ត តាំងពីដំណាក់កាលផែនការរហូតដល់ការសរសេររបាយការណ៍លទ្ធផលអង្កេត ។ ខ្ញុំសូមវាយតម្លៃខ្ពស់ចំពោះការរួមចំណែករបស់ **លោកស្រី ទិអ៊ូរីភា ប៉ែរដោហ្គា** ប្រធានកម្មវិធីការរស់រាន របស់កុមារ **លោក ភីធ័រ ឡេត** និង **លោក អ៊ុន សំអឿន** នៃយូនីសេហ្វ លោកទីប្រឹក្សាអង្កេត **លោក ដូអែល កុងឃើល** និងក្រុមការងារវិភាគរបាយការណ៍អង្កេត ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ និងមន្ត្រីសំភាសន៍របស់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងមន្ត្រីរបស់មន្ទីរផែនការរាជធានី ខេត្ត ដែលបានខិតខំធានាឱ្យការអង្កេតនេះ មានគុណភាព និងទាន់ពេលវេលា និងអរគុណចំពោះ អ្នកឆ្លើយដែលបានផ្តល់ព័ត៌មាន សម្រាប់ផលិតទិន្នន័យសំរាប់ប្រទេសជាតិ ។

ជាទីបញ្ចប់ខ្ញុំសូមអរគុណចំពោះក្រុមការងារស្នូលនៃការអង្កេតមកពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និង អគ្គនាយកដ្ឋានផែនការនៃក្រសួងផែនការ ។

អគ្គនាយកវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

រាជធានីភ្នំពេញ

ខែ ឧសភា ឆ្នាំ២០០៩

សន ស៊ីថន

មាតិកាអត្ថបទ

អង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ២០០៨

បុព្វកថា..I

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ..II

មាតិកាអត្ថបទ..III

ពាក្យសរសេរកាត់..X

សេចក្តីសង្ខេបអំពីរបកគំហើញ..១

សេចក្តីផ្តើម និងគោលបំណង..១៤

ស្ថានភាពទូទៅរបស់អង្កេត...១៩

ជំពូកទី១..២៥

បណ្តាសូចនាករសម្រាប់ចាត់ថ្នាក់បន្ទាន់

១. មនុស្សមាត្រ និងកង្វះមីក្រូសារជាតិ.................................២៦

១.១. មនុស្សមាត្រកុមារ...២៧

ក. ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់..២៨

ខ. កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ..៣០

គ. ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ...៣៣

១.២. មនុស្សមាត្រស្ត្រី...៤១

១.៣. ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងជម្ងឺខ្វាក់មាន់..................................៤៤

២. ជម្ងឺកុមារ...៤៥

២.១. ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម...៤៦

២.២. ជម្ងឺរាក...៥១

២.៣. គ្រុនក្តៅ...៥៥

៣. យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ និងការប្រើប្រាស់អាហារ...............៥៧

៣.១. ទំនាក់ទំនងការប្រើប្រាស់អាហារ និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់.......៥៧

៣.២. ការប្រើប្រាស់អាហារ..៦០

៣.៣. យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ផ្សេងៗ......................................៦៦

ជំពូកទី២...៦៩

ការជ្រើសរើសសូចនាកររបស់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ

១. មនុស្សមាត្រកុមារ...៧០

១.១. ថ្នាក់ខេត្ត ៧០

១.២. លក្ខណៈប្រវត្តិបន្ថែមផ្សេងៗ ៧៥

២. មនុស្សមាត្រស្ត្រី ៧៩

ថ្នាក់ខេត្ត ៧៩

៣. ជម្ងឺកុមារ ៨០

ថ្នាក់ខេត្ត ៨០

៤. មនុស្សមាត្រ និងជម្ងឺតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយ នៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៨៣

ជំពូកទី៣ ....៨៨

របៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក និងកុមារតូច

១. ទំហំទារកនៅពេលកើត ៨៩

២. ស្ថានភាពបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងការផ្តល់អាហារបន្ថែម ៩១

ជំពូកទី៤ ....៩៦

សេវាសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភ

១. ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ដល់កុមារ និងការទំលាក់ព្រូនសម្រាប់កុមារ ៩៧

២. ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែក ដល់មាតា និងការទំលាក់ព្រូនសម្រាប់ស្ត្រីកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្រោយពេលសម្រាល ៩៩

៣. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ មុនពេលសម្រាល ១០៣

៤. ការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដតាមគ្រួសារ ១០៤

ជំពូកទី៥ ....១០៦

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍

ជំពូកទី៦ ....១១៧

វិធីសាស្ត្រធ្វើអង្កេត

ឯកសារយោង ១២៧

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៣០

ឧបសម្ព័ន្ធទី១ : រជ្ជូវកាល ១៣១

ជម្ងឺកុមារតាមខែនិមួយៗ

មនុស្សមាត្រស្ត្រី និងកុមារតាមខែនិមួយៗ

ឧបសម្ព័ន្ធទី២ : ការគណនាឡើងវិញតាមវិធីសាស្ត្ររបស់ CDHS ១៣៦

មនុស្សមាត្រកុមារឆ្នាំ២០០០

មនុស្សមាត្រកុមារឆ្នាំ២០០៥

ជម្ងឺកុមារ

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣ : បញ្ជីមន្ត្រីចូលរួមការអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨ ....១៤៤

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤ : កម្រងសំណួរអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨ ....១៤៨

បញ្ជីតារាង

ក.ម៉ាទ្រីសផែនការសម្រាប់អង្កេត ២៥
តារាងលេខ ១ : សូចនាការអាហារូបត្ថម្ភតាមរយៈកម្រិតទ្រព្យធនធានសម្បត្តិ ២៨
តារាងលេខ ២ : ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់របស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ២៩
តារាងលេខ ៣ : កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ៣១
តារាងលេខ ៤ : ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ៣៤
តារាងលេខ ៥ : សូចនាករមនុស្សមាត្ររបស់មាតា ៤២
តារាងលេខ ៦ : ជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់មាតា ៤៤
តារាងលេខ ៧ : រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមរូបមន្ត ឆ្នាំ២០០៥ ....៥០
តារាងលេខ ៨ : ស្ថានភាពជម្ងឺរាករបស់កុមារ ៥៤
តារាងលេខ ៩ : ស្ថានភាពគ្រុនក្តៅរបស់កុមារ ៥៦
តារាងលេខ ១០ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ៣៥ ខែ ៦៤
តារាងលេខ ១១ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់មាតាដែលមានអាយុចាប់ពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ៦៥
តារាងលេខ ១២ : ភាគរយគ្រួសារប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបញ្ហាបន្ទាន់ចំពោះមុខ អំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃ មុនអង្កេតដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ....៦៨
តារាងលេខ ១៣ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមខេត្ត-ក្រុង ៧១
តារាងលេខ ១៤ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទការងាររបស់ឪពុក ៧៦
តារាងលេខ ១៥ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទការងាររបស់ម្តាយ ៧៦
តារាងលេខ ១៦ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែចំការ ៧៧
តារាងលេខ ១៧ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទផលិតកម្មអង្ករ ៧៨
តារាងលេខ ១៨ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមការបកស្រាយពីបញ្ហាកង្វះថវិកា ៧៨
តារាងលេខ ១៩ : មនុស្សមាត្រមាតាតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់ ៧៩
តារាងលេខ ២០ : រោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់ ៨០
តារាងលេខ ២១ : ជម្ងឺរាករបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់ ៨១
តារាងលេខ ២២ : គ្រុនក្តៅរបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់ ៨២
តារាងលេខ ២៣ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៨៤
តារាងលេខ ២៤ : មនុស្សមាត្រមាតាតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៨៥
តារាងលេខ ២៥ : ជម្ងឺរបស់កុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៨៥

តារាងលេខ ២៦ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានា
នៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៨៧
តារាងលេខ ២៧ : ទំហំរបស់ទារក តាមលក្ខណៈជីវប្រវត្តិផ្សេងៗ ៩០
តារាងលេខ ២៨ : ស្ថានភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារ ៩២
តារាងលេខ ២៩ : ស្ថានភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារតាមទីកន្លែងរស់នៅ ៩៤
តារាងលេខ ៣០ : ស្ថានភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារ តាមបណ្តា
លំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ ៩៥
តារាងលេខ ៣១ : សេវាសុខភាពសម្រាប់កុមារតាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ ៩៨
តារាងលេខ ៣២ : សេវាសុខភាពសម្រាប់មាតាតាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ ១០១
តារាងលេខ ៣៣ : ចំនួនស្ត្រីដែលបានទៅពិនិត្យថៃទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ១០៣
តារាងលេខ ៣៤ : ការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដតាមលក្ខណៈគ្រួសារ ១០៥
តារាងលេខ ៣៥ : នីតិវិធីនៃការចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ចូលទៅក្នុងកង្វះអាហារូបត្ថមតាមដំណាក់កាលនីមួយ
និងរបកគំហើញរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ....១០៩

បញ្ជីរូបភាព

រូបភាពលេខ ១ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៃភាពស្គមរបស់កុមារ ៣០
រូបភាពលេខ ២ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៃភាពក្រិនរបស់កុមារ ៣២
រូបភាពលេខ ៣ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារកង្វះទម្ងន់ ៣៥
រូបភាពលេខ ៤ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារក្នុងខែដូចគ្នា ៣៦
រូបភាពលេខ ៥ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារតាមតំបន់រស់នៅ ៣៧
រូបភាពលេខ ៦ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារតាមតំបន់រស់នៅ និងធនធានគ្រួសារ ៣៨
រូបភាពលេខ ៧ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារកង្វះទម្ងន់តាមអាយុ ៣៩
រូបភាពលេខ ៨ : កុមារកង្វះទម្ងន់តាមអាយុ ៤០
រូបភាពលេខ ៩ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារស្គមតាមអាយុ ៤១
រូបភាពលេខ ១០ : និន្នាការប្រែប្រួលមនុស្សមាត្ររបស់មាតា ៤៣
រូបភាពលេខ ១១ : និន្នាការប្រែប្រួលប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់មាតា ៤៥
រូបភាពលេខ ១២ : សំណូរកំណត់រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារ តាមអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ....៤៧
រូបភាពលេខ ១៣ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាម រូបមន្តគណនា ឆ្នាំ២០០០..៤៨
រូបភាពលេខ ១៤ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាម រូបមន្តគណនា ឆ្នាំ២០០៥ ....៤៩
រូបភាពលេខ ១៥ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារក្នុងខែតែមួយ ៥១
រូបភាពលេខ ១៦ : និន្នាការប្រែប្រួលជម្ងឺរាករបស់កុមារ ៥៣
រូបភាពលេខ ១៧ : និន្នាការប្រែប្រួលរបស់កុមារកើតគ្រុនក្តៅ ៥៥
រូបភាពលេខ ១៨ : និន្នាការប្រែប្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបញ្ហាបន្ទាន់ ដែលទាក់ទងនឹងអាហារ ៥៩
រូបភាពលេខ ១៩ : និន្នាការប្រែប្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារ ៦២
រូបភាពលេខ ២០ : និន្នាការប្រែប្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារ និងម្តាយ ៦៣
រូបភាពលេខ ២១ : យុទ្ធសាស្ត្រនានាដែលមិនទាក់ទងនឹងអាហារ ៦៧
រូបភាពលេខ ២២ : ចំនួនកុមារកង្វះទម្ងន់ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមខេត្ត-ក្រុង ៧២

រូបភាពលេខ ២៣ : ចំនួនកុមារស្គមដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមខេត្ត-ក្រុង...................៧៣
រូបភាពលេខ ២៤ : ចំនួនកុមារក្រិនដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំតាមខេត្ត-ក្រុង ៧៣
រូបភាពលេខ ២៥ : និន្នាការប្រែប្រួលមនុស្សមាត្រកុមារតាមខេត្តរបស់តំបន់ឆ្នេរ និងបឹងទន្លេសាប៧៤
រូបភាពលេខ ២៦ : និន្នាការប្រែប្រួលមនុស្សមាត្រកុមារតាមខេត្តរបស់តំបន់ទំនាប ភ្នំ និងខ្ពង់រាប..៧៥
រូបភាពលេខ ២៧ : ស្ថានភាពបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយនាពេលបច្ចុប្បន្នសម្រាប់ កុមារអាយុ
តិចជាងគេគិតជាអាយុតាមខែដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ......៩៣

ពាក្យសរសេរកាត់

ផ.ផ.ស	ផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប
ក្រ.ផ.ក	ក្រសួងផែនការ
វ.ជ.ស	វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ
អ.ប្រ.ស.ក	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
អ.ស.ស.ក	អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជា
ធ.អ.ជ	ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ
ធ.អ.អ	ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី
ស.អ	សហគមន៍អឺរ៉ុប
ស.ស.រ	សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយ
ម.ជ.គ.ម.ទ	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និង ទារក
ម.ក.អ.ស	មូលនិធិអង្គការសហប្រជាជាតិដើម្បីកុមារ

សេចក្តីសង្ខេប

អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ជាតំណាងថ្នាក់ជាតិដែលមានគំរូចំនួន ៧៤៩៥ គ្រួសារ និងមានកុមារអាយុពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ។ ការអង្កេតមាន ១៩ តំបន់ ឬទីកន្លែងនៅទូទាំងប្រទេស ។ អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ រួមមានកុមារជាងប្រាំពីរពាន់នាក់ ដែលជាតំណាងថ្នាក់ជាតិដ៏ធំ ដែលមានរង្វាស់មនុស្សមាត្រទាំងស្ត្រី និងកុមារនៅទូទាំងប្រទេស ។ គោលបំនងចម្បងនៃការធ្វើអង្កេត គឺដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានជូនដល់អ្នកធ្វើនយោបាយ និងអ្នកធ្វើផែនការ ស្តីពីព័ត៌មាននៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភក្នុងបរិបទការឡើងថ្លៃខ្ពស់នៃស្បៀងអាហារ ។ បន្ទាប់មកដើម្បីសិក្សាឱ្យបានស៊ីជម្រៅនូវទិន្នន័យដែលបានពីមនុស្សមាត្រក្នុងប្រទេស ដូចជា : បញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ការប្រើប្រាស់ចំណីអាហារ ជម្ងឺ យុទ្ធសាស្រ្តដោះស្រាយបន្ទាន់ ការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក និងកុមារតូច និងសេវាសុខភាព ត្រូវបានដាក់ចូលទៅក្នុងអង្កេត ។ ជាងនេះទៅទៀត អង្កេតថ្នាក់ជាតិបានជ្រើសរើសយកតំណាង ៤០០ គ្រួសារ បន្ថែមទៀតដែលរស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញធ្វើជាគំរូដោយប្រើប្រាស់នូវវិធីសាស្រ្ត និងតារាងសំណួរដូចគ្នាទៅនឹងអង្កេតថ្នាក់ជាតិ ។

មនុស្សមាត្រកុមារ

សូចនាករមនុស្សមាត្រកុមារ (ចំពោះកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ) ដូចជា : កម្ពស់ ទម្ងន់ និងអាយុ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងការអង្កេតនេះ ។ មានន័យថា អង្កេតវាស់នូវសូចនាករមនុស្សមាត្រកុមារទាំងអស់ ហើយត្រូវមានលក្ខណៈសមស្របទៅតាមការចង់បានរបស់អង្កេត ។ ការវាស់កម្ពស់ និងថ្លឹងទម្ងន់កុមារដែលទាញចេញពីអង្កេតនេះ គឺសម្រាប់ធ្វើការប្រៀបធៀបទៅនឹងសុខភាពកុមារអន្តរជាតិដែលបានចងក្រង និងណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ២០០៦ ។

នៅក្នុងពាក់កណ្តាលទសវត្សមុន យើងឃើញមាននូវការរីកចម្រើនជាច្រើនលើស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ តាមរយៈលទ្ធផលនៃការអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងសុខភាព ។ ប៉ុន្តែស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់សូចនាករទាំងអស់របស់កុមារ ពុំសូវមានការប្រែប្រួលល្អប៉ុន្មានទេចាប់ពីឆ្នាំ២០០៥មក លើកលែងតែសូចនាករដែលវាស់វែងនូវការប្រែប្រួលរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណោះ ដែលស្ថិតនៅក្នុងផ្លូវវិជ្ជមាន ។ តាមការប៉ាន់ស្មានចំនួនកុមារមានអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ រួមបញ្ចូលទាំងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយជាមធ្យម និងធ្ងន់ធ្ងរព្រមជាមួយគ្នា ។

សូចនាករដែលឆ្លើយតបនឹងរយៈពេលខ្លីក្នុងការប្រែប្រួល គឺភាពស្គមស្គាំង (ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់) ។ ពីឆ្នាំ២០០០-២០០៥ ភាពស្គមរបស់កុមារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានការថយចុះចំនួន ១.៧ អត្រាភាគរយ ក្នុង ១ ឆ្នាំ ដោយចុះពី ១៦.៨ ភាគរយ មកនៅត្រឹម ៨.៤ ភាគរយ ។ លទ្ធផលការអង្កេត មនុស្សមាត្រកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញថា កុមារស្គមទូទាំងប្រទេសមានចំនួន ៨.៩

ភាគរយ ។ គួរបញ្ជាក់ថាការរីកចម្រើនថ្នាក់ជាតិ ចំពោះស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភបច្ចុប្បន្នរបស់កុមារ បាននៅទ្រឹង និងពុំមានការប្រែប្រួលជាក់លាក់ណាមួយទេក្នុងន័យស្ថិតិ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥ មក ។ ជាលទ្ធផល សមាមាត្ររបស់កុមារស្គមមានចំនួនច្រើនជាង ៤ ដង ធៀបនឹងកុមារដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានសុខភាពល្អ ។

កង្វះទម្ងន់ (ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ) គឺឆ្លើយតបទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររយៈពេលខ្លី និងវែង ។ ពីឆ្នាំ ២០០០ ទៅ ឆ្នាំ២០០៥ កុមារកង្វះទម្ងន់បានថយចុះចំនួន ២.១ អត្រាភាគរយ ក្នុងមួយឆ្នាំ គឺចាប់ពី ៣៨.៤ ភាគរយ ទៅ ២៨.២ ភាគរយ ។ យ៉ាងណាមិញ លទ្ធផលនៃការអង្កេតមនុស្សមាត្របង្ហាញថា អត្រាកង្វះទម្ងន់ ដូចគ្នានឹងអត្រាភាពស្គមដែរ គឺមិនមានការប្រែប្រួលគួរឱ្យកត់សម្គាល់ទេ តាំងពីឆ្នាំ ២០០៥ មក (២៨.៨ ភាគរយ) ។ សមាមាត្រកុមារកង្វះទម្ងន់មានចំនួនជិត ១៣ ដង ខ្ពស់ជាងកុមារដែលមានសុខភាពល្អ។

ភាពគ្រិន (កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ) ប្រសិនបើក្មេងមានកម្ពស់ទាបធៀបនឹងអាយុរបស់ពួកគេ ។ ភាពគ្រិនមិនបានឆ្លើយតបទៅនឹងបុព្វហេតុបម្រែបម្រួលរយៈពេលខ្លីនោះទេ ។ អត្រាភាពគ្រិន គឺជាប្រភពមួយដ៏សំខាន់បង្ហាញនូវភាពរីកចម្រើនផ្នែកស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ។ ចន្លោះពីឆ្នាំ ២០០០ ទៅឆ្នាំ២០០៥ ភាគរយនៃកុមារគ្រិនក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានថយចុះចំនួន ១.៣ អត្រាភាគរយក្នុងមួយឆ្នាំ ថយពី ៤៩.៧ ភាគរយ មកត្រឹម ៤៣.៣ ភាគរយ ។ ចំណែកលទ្ធផលការអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញពីភាពគ្រិនរបស់កុមារមានចំនួន ៣៩.៥ ភាគរយ ។ ការធ្លាក់ចុះនេះបង្ហាញថា អត្រាគ្រិនកាន់តែប្រសើរឡើងជាងមុន ទោះជាវាមានភាពយឺតយ៉ាវនៅឡើយ ។ យ៉ាងណាមិញ សមាមាត្រភាពគ្រិននៅតែច្រើន គឺខ្ពស់ជាង ១៧ ដង ធៀបនឹងចំនួនកុមារដែលមានសុខភាពល្អ ។

ភាពយឺតយ៉ាវនៃការរីកចម្រើនសូចនាករស្គម និងកង្វះទម្ងន់ គឺជាករណីគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍ ។ អង្កេតធ្វើនៅក្នុងពេលវេលាខុសគ្នាត្រូវបានយកមកពិចារណា ក្នុងពេលធ្វើការវិភាគ ។ ប៉ុន្តែពេលវេលានៃការធ្វើអង្កេតនេះ មិនបានបង្កើតជាផលប៉ះពាល់ខ្លាំង ដល់ការងារព្យាករណ៍អំពីភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភនោះទេ ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយរបស់ International Phase Classification (IPC) សម្រាប់ការវាស់វែងលើវិបត្តិស្បៀងអាហារ និងការរស់នៅបង្ហាញថា កុមារស្គមដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានចំនួនច្រើនជាង ១០ ភាគរយ គឺខ្ពស់ជាងចំនួនធម្មតា និងខ្ពស់ជាងកម្រិតនៃការកើនឡើង ។ នៅថ្នាក់ជាតិ យើងមិនបានដឹងថាភាគរយកុមារស្គមកំពុងកើនឡើងពិតប្រាកដនោះទេ ពីព្រោះអង្កេតមនុស្សមាត្រធ្វើការប្រៀបធៀបតែជាមួយកម្រិតវិជ្ជមាននាឆ្នាំ២០០៥ ប៉ុណ្ណោះ ។ ប៉ុន្តែ យើងបានសន្និដ្ឋានថា កម្រិតរីកចម្រើនអាចកើតមានយ៉ាងពិតប្រាកដមុនពេលដែលវិបត្តិថ្លៃម្ហូបអាហារខ្ពស់ បានមកដល់នាឆ្នាំ ២០០៨ ។ ការរីកចម្រើនទំនងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬធ្លាក់ចុះនៅតាមតំបន់មួយចំនួនរវាង

ឆ្នាំ ២០០៥ និងឆ្នាំ២០០៨ ។ ជាក់ស្តែង អត្រាកុមារស្គមនៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជនក្រីក្របានកើនឡើងពី ៩.៦ ភាគរយ ទៅជិត ១៦ ភាគរយ ។

ទោះបីជាអត្រាភាពស្គមបានកើនឡើងច្រើននៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជនក្រីក្រក៏ពិតមែន ប៉ុន្តែអត្រាកុមារស្គមរវាងតំបន់ទីប្រជុំជន និងតំបន់ជនបទមិនមានភាពខុសគ្នាទេ ជាទូទៅប្រហែល ៩ ភាគរយ ។ កុមារខ្វះទម្ងន់ និងកុមារក្រិនសរុបមានប្រហែលជា ១០ អត្រាភាគរយ ខ្ពស់ជាងនៅទីជនបទ ។ ប៉ុន្តែភាគរយនៅតំបន់ទីប្រជុំជន ក៏មានអត្រាខ្ពស់គួរសមដែរ ។ ប៉ុន្តែគួរបញ្ជាក់ថា ភាពក្រីក្រមិនមែនជាមូលហេតុតែមួយគត់បណ្តាលឱ្យមានអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយនោះទេ ។ សូម្បីតែកុមារដែលរស់នៅជាមួយគ្រួសារមានកម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម្ភ ក៏ជួបនូវបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែរ (សូចនាករនានារបស់កុមារ) ។ បើធៀបទៅនឹងកុមារដែលមានសុខភាពល្អបរិបូណ៌ កុមាររស់នៅជាមួយគ្រួសារដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិច្រើនជាងគេ ក៏សមាមាត្រកុមារក្រិនមានប្រហែលជា ១២ ដង (២៨.៦ ភាគរយ) ច្រើនជាង ៨ដង ចំពោះកុមារខ្វះទម្ងន់ (១៩.៣ ភាគរយ) និង ៤ ដង ចំពោះកុមារស្គម (៨.៩ ភាគរយ) ។ កុមារដែលឪពុកម្តាយមានការងារធ្វើជាលក្ខណៈអាជីពបង្ហាញនូវអាហារូបត្ថម្ភ ប្រសើរជាងកុមារដែលមានឪពុកម្តាយជាកសិករ និងពលករ ។ ក្នុងផ្នែកនេះដដែល ភាគរយរបស់កុមារក្រិនមានចំនួន ២៨.២ ភាគរយ កុមារកង្វះទម្ងន់ ១៩.៩ ភាគរយ និងកុមារស្គមមាន ៦.២ ភាគរយ ធៀបនឹងកុមារដែលមានសុខភាពល្អបរិបូណ៌ ។

អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ព្រមគ្នា និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ចែកចេញជា ១៩ តំបន់ ក្នុងនោះមានខេត្តមួយចំនួនត្រូវបានបញ្ចូលគ្នាទៅជាតំបន់ ។ ដូចដែលបានរំពឹងទុក អាហារូបត្ថម្ភកុមារមានភាពប្រសើរនៅទីក្រុងភ្នំពេញ ។ ប៉ុន្តែកុមារស្គមនៅក្នុងតំបន់មិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញមានចំនួន ៨.៦ ភាគរយ ។ ចំនួននេះ ខ្ពស់ជាងនៅតាមខេត្តមួយចំនួន ក៏ដូចជាថ្នាក់ជាតិជាមធ្យម ជាទូទៅមានចំនួនខុសគ្នា ២ ទៅ ៣ អត្រាភាគរយ ។ នៅគ្រប់តំបន់ទាំងអស់របស់អង្កេតថ្នាក់ជាតិ កុមារក្រិនមានចំនួនជាង ៣០ ភាគរយ និងកុមារខ្វះទម្ងន់មានមួយភាគប្រាំ លើកលែងតែតំបន់ភ្នំពេញចេញប៉ុណ្ណោះ ។ តំបន់ចំនួន ១៥ ក្នុងចំណោមតំបន់ទាំង ១៩ ទូទាំងប្រទេស អត្រាភាពស្គមសរុបមានចំនួន ១០ភាគរយ ។ នៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ មានអត្រាកុមារស្គមខ្ពស់ជាងគេ ១១.៧ ភាគរយ ប៉ុន្តែពុំសូវមានភាពខុសប្លែកគ្នាខ្លាំងពីបណ្តាតំបន់ផ្សេងៗទៀតទេ ។ ខេត្តកំពង់ចាម មានចំនួនកុមារខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់ជាងគេ ។ ការប៉ាន់ស្មានរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថា កុមារស្គមស្គាំងមានចំនួនប្រហែល ១៨.០០០នាក់ កុមារខ្វះទម្ងន់ ៥៤.០០០នាក់ និងកុមារក្រិនមានចំនួន ៦៨.០០០នាក់ ។ ខេត្តកំពង់ចាម និងខេត្តតាមតំបន់ផ្សេងទៀត

មានចំនួនកុមារខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់គួរឱ្យកត់សម្គាល់ ។ រីឯខេត្តសៀមរាប និងខេត្តកណ្តាល ក៏ជាតំបន់ដែលមានតួលេខខ្ពស់គួរសមដែរ ។

ការប្រៀបធៀបស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ តាមកម្រិតធនធាន លក្ខណៈប្រវត្តិរបស់ឪពុកម្តាយ និងតំបន់ដែលកុមារកំពុងរស់នៅ បានបង្ហាញថា អាហារូបត្ថម្ភជាបញ្ហារបស់ជាតិ មានឥទ្ធិពលលើគ្រប់វិស័យទាំងអស់របស់សង្គម ។ នេះបញ្ជាក់ឱ្យឃើញថា ចរិកា ឬក៏លទ្ធភាពទិញអាហារមិនបានគ្រប់គ្រាន់ និងភាពក្រីក្រ មិនមែនជាកត្តាសំខាន់ជាងគេនោះទេ សម្រាប់ហេតុផលបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ។ ប្រសិនណាបើវិធីសាស្ត្រចិញ្ចឹម និងរបៀបថែទាំកុមារមិនបានត្រឹមត្រូវ និងមិនខានដិតដល់ ក៏ត្រូវបានគិតថាជាកត្តាសំខាន់ដូចគ្នាផងដែរ ក្នុងការចូលរួមចំណែកបង្កឱ្យក្រុមកុមារខ្លះ ជួបនូវបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។

ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតា

សម្រាប់មនុស្សមាត្រស្ត្រី អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ រួមបញ្ចូលនូវសូចនាករសំខាន់ចំនួនពីរ គឺរង្វាស់កម្ពស់ និងសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយ ។ សូចនាករទាំងពីរនេះ ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីតាមដានស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី ។ ជារួម ការអង្កេតនេះរួមបញ្ចូលតែ ***ស្ត្រីណាដែលជាម្តាយរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ប៉ុណ្ណោះក្នុងគ្រួសារ*** ។ ការវិភាគលើមនុស្សមាត្រស្ត្រីនេះ គឺមានលក្ខណៈខុសប្លែកគ្នាពីការវិភាគលើមនុស្សមាត្រកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ពីព្រោះតែការប្រែប្រួលផ្នែកតំណពូជរបស់មនុស្សពេញវ័យ ។ ហេតុនេះ ចំនុចដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាស្ត្រីណាស្គម ឬទាបជាខ្នាតអន្តរជាតិ ត្រូវបានកំណត់ឱ្យទាបបំផុត ខុសពីកុមារ ។

គ្រប់ស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ សន្មត់ថាជាស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ទាប ។ អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បានឱ្យដឹងថា មាតាដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ មាន ចំនួន ៦.៣ ភាគរយ ។ តួលេខនេះ មានអត្រាភាគរយប្រហែល ១ ទាបជាងភាគរយដែលគណនាដោយ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ (៧.៧ ភាគរយ)។ គួរបញ្ជាក់ថា អត្រាភាគរយខុសគ្នាចំនួន ១ មិនមានន័យសំខាន់ឡើយក្នុងអត្ថន័យស្ថិតិ ។ ស្ត្រីប្រហែល ១០ ភាគរយ ដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ដល់ ១៩ ឆ្នាំ មានកម្ពស់ទាប ។ ក្នុងពេលនេះដែរ ស្ត្រីពេញវ័យកំពុងមានផ្ទៃពោះចំនួន ២.៤ ភាគរយ ត្រូវបានរកឃើញថាមានកម្ពស់ទាប ។ បើយើងក្រលេកមើលតួលេខរបស់ស្ត្រីនៅតាមខេត្តវិញ កម្ពស់ទាបពុំមានការខុសប្លែកគ្នាគួរឱ្យកត់សម្គាល់នោះទេ លើកលែងតែតំបន់ដាច់ស្រយាលរបស់ខេត្តមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ។ ខេត្តមណ្ឌលគីរី និងរតនៈគីរីមានចំនួនស្ត្រីទាបចំនួន ១៦.១ ភាគរយ ខ្ពស់ជាងជិត ៣ ដង

ធៀបនឹងថ្នាក់ជាតិជាមធ្យម ។ ខេត្តស្ទឹងត្រែង និងព្រះវិហារក៏មានចំនួនស្ត្រីទាប ក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ខ្ពស់ដែរ ១១.៤ ភាគរយ ។

ដើម្បីកំណត់ថាស្ត្រីម្នាក់ស្គម ឬធាត់នោះ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ និងសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយត្រូវបានធ្វើការគណនា ។ ស្ត្រីជាម្តាយទូទាំងប្រទេសចំនួន ១៦.១ ភាគរយ រាយការណ៍ថាស្គម និងចំនួន ៣.៧ ភាគរយ ត្រូវបានរាយការណ៍ថា ស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតស្គមជាមធ្យម និងស្គមខ្លាំង ។ ចំណែកអត្រាភាគរយនៃភាពស្គមរបស់មាតាមានការថយចុះចំនួន ៣ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៥ មក ។ ចំពោះ មាតាដែលមានវ័យក្មេងភាគច្រើនមានអត្រាស្គមខ្ពស់ ២១.៣ ភាគរយ ។ ស្ត្រីស្គមចំនួន ១៧.១ ភាគរយរស់នៅតាមតំបន់ទីជនបទ និងទីប្រជុំជនមានចំនួន ១១.៤ ភាគរយ ។

យ៉ាងណាមិញ ដោយសារតែពេលវេលាមានកម្រិត និងធនធានមានកំណត់ អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា បានផ្តោតលើសូចនាករតែមួយប៉ុណ្ណោះ គឺបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ។ ស្ត្រីទាំងឡាយដែលជាមាតា ត្រូវបានសាកសួរអំពីបញ្ហាមើលឃើញនាពេលយប់ (ជម្ងឺខ្វាក់មាន់) ដែលបណ្តាលមកពីកង្វះជីវជាតិអា ធ្ងន់ធ្ងរក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះលើកចុងក្រោយ ។ មាតាចំនួន ៥.១ ភាគរយ បានរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯងថាមានជម្ងឺខ្វាក់មាន់សម្រាប់អង្កេតឆ្នាំ២០០៨ (បានថយចុះពី ៨ ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០០៥) ។ ប៉ុន្តែ ក្រោយពីការកែសម្រួលរួចមក (ដកចេញបញ្ហាស្រវាំងភ្នែកពេលថ្ងៃ) ចំនួនស្ត្រីខ្វាក់មាន់មានការថយចុះមកត្រឹម ១.៦ ភាគរយ ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ។

គួរបញ្ជាក់ថា នៅពេលបកស្រាយនូវនិន្នាការរបស់សូចនាករនិមួយៗ វាជាការសំខាន់នៅពេលដែលយើងពិចារណាអំពីកត្តាផ្សេងៗ បង្កជាផលប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី ។ ចំពោះមាតា ផលប៉ះពាល់លើអាហារូបត្ថម្ភមានលក្ខណៈផ្សេងពីកុមារ ។ អាហារូបត្ថម្ភរបស់មនុស្សពេញវ័យមិនត្រូវបានវាយលុកធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងពីជម្ងឺនានាដូចកុមារនោះទេ ដោយសារតែមនុស្សពេញវ័យមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនឹងជម្ងឺប្រភេទខ្លះរួចទៅហើយ ។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ការអនុវត្តការមានកូនតាមប្រាថ្នា ក៏បានចូលរួមចំណែកមួយដែរសម្រាប់ការមានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់របស់មាតាគ្រប់រូប ។

គួរពិចារណាថា និន្នាការប្រែប្រួលភាពស្គម និងជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់មាតា ទំនងបង្ហាញនូវកម្រិតប្រសើរឡើងផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតាក្នុងរយៈពេលវែងមួយ ទោះបីជាកម្រិតនៃការប្រែប្រួលនេះមិនបានកើនឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក៏ដោយ ។ សូចនាកររបស់ស្ត្រីទាំងពីរខាងលើនេះ មិនបានវាស់វែងនូវនិន្នាការប្រែប្រួលរយៈពេលខ្លីនោះទេ ។ សរុបមក ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងការអនុវត្តលទ្ធភាពបង្កើតកូន អាចចូលរួមចំណែកសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិរបស់មាតា ។

សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយ គឺជាសូចនាករតែមួយគត់នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតា ដែលបង្ហាញអំពីការប្រែប្រួលក្នុងរយៈពេលខ្លី ។ លទ្ធផលភាពរីកចម្រើនក្នុងរង្វង់ឆ្នាំ២០០៥ និងឆ្នាំ២០០៨

ទំនងមកពីការថយចុះជាលំដាប់អំពីលទ្ធភាពនៃការចង់បានកូន ។ ប៉ុន្តែចំណុចនេះ មិនត្រូវបានវាស់វែងដោយ អ.ម.ក ២០០៨ នោះទេ ។ ប៉ុន្តែខុសប្លែកពី អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ដែលបានរាយការណ៍ពីនិន្នាការថយចុះចំនួនកូនរបស់មាតាម្នាក់ៗ ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតាកំពុងស្ថិតនៅលើផ្លូវវិជ្ជមានមែននោះ ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបំផុត ក៏ឃើញមានភាពរីកចម្រើនផងដែរ ។

ដោយធ្វើការបំបែកមនុស្សមាត្រកុមារទៅតាមអាយុ នោះស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារគ្រប់រូបមិនមែនសុទ្ធតែគ្មានភាពប្រសើរឡើងទេ ។ ចំពោះកុមារស្គម និងកង្វះទម្ងន់ដែលមានអាយុតិចជាងគេ (ក្រោម ១ ឆ្នាំ) ក៏ត្រូវបានរកឃើញថាមានលទ្ធផលវិជ្ជមានមួយចំនួនផងដែរ ។ ផ្ទុយទៅវិញអង្កេតបង្ហាញនូវលទ្ធផលអវិជ្ជមានចំពោះកុមារដែលមានអាយុច្រើន (ពី ១ ដល់ ៥ ឆ្នាំ) ។

ជម្ងឺកុមារ

ការរៀបចំទិន្នន័យ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ សំដៅប្រៀបធៀបនឹង អ.ម.ក ២០០៨ ជាគំហើញសំខាន់ពីរ ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ។ ពីឆ្នាំ២០០០ ដល់ ឆ្នាំ២០០៥ ប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺរាក ឬគ្រុនក្តៅពុំឃើញមានភាពប្រសើរឡើងទេ ។ បន្ទាប់ពីធ្វើការត្រួតពិនិត្យទៅតាមវដ្តកាលវិញ សូចនាករនៃជម្ងឺទាំងពីរនេះ មានភាពប្រសើរឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងពេលនោះ ។ ការរកឃើញទីពីរ ទាក់ទងទៅនឹងកម្រងសំណួរ ដែលបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរកប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារ ។ ជាទូទៅកម្រិតវិជ្ជមានពីឆ្នាំ២០០០ ដល់ឆ្នាំ២០០៥ នេះ ទំនងបណ្តាលមកពីការផ្លាស់ប្តូរកម្រងសំណួរអង្កេត ។

កុមារដែលចាត់ទុកថាមានជម្ងឺ លុះត្រាតែពួកគេឈឺក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍មុនពេលអង្កេត ។ អ.ម.ក ២០០៨ បង្ហាញថាជម្ងឺទាំងបីរបស់កុមារមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ ។ ដូចជា : គ្រុនក្តៅមានប្រេវ៉ាឡង់ចំនួន ៥៨.៩ ភាគរយ ជម្ងឺរាកមានចំនួន ២៩.៧ ភាគរយ និងជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមមានចំនួន ១៥.៥ ភាគរយ ។ នៅតំបន់ជនបទ និងគ្រួសារដែលមានកំរិតទ្រព្យសម្បត្តិខ្សត់ខ្សោយ បានប្រឈមនឹងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺខ្ពស់បំផុត ។ ការកើនឡើងខ្ពស់នូវតួលេខទាំងអស់នេះ ប្រហែលជាពាក់ព័ន្ធទៅនឹងកង្វះអនាម័យ និងអាហារូត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។ អាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ជាបុព្វហេតុសំខាន់ដែលអាចធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធស៊ាំនឹងជម្ងឺចុះខ្សោយ និងធ្វើឱ្យកុមារងាយឆ្លងជម្ងឺជាទីបំផុត ។

អង្កេតក្នុងឆ្នាំ២០០៥ បង្ហាញពីកម្រិតប្រសើរឡើងវិញនូវសូចនាករជម្ងឺកុមារទាំងអស់ ប៉ុន្តែស្ថានភាពដែលបានរកឃើញដោយរបាយការណ៍ អ.ម.ក ២០០៨ គឺមានភាពផ្ទុយគ្នាស្រឡះ ។ គ្រុនក្តៅបានកើនឡើង ២២ អត្រាភាគរយ ជម្ងឺរាកកើនឡើង ៨ អត្រាភាគរយ និងជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមកើនឡើង ៧ អត្រាភាគរយ ។ គ្រុនក្តៅដែលបានកើនឡើងនេះ គឺជាករណីគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍ ។ ដូច្នេះ

ព័ត៌មានដែលទាក់ទងជាមួយជម្ងឺរបស់កុមារត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញឱ្យបានដិតដល់ ក្នុងនោះ មានករណីប្រេវ៉ាឡង់គ្រុនក្តៅជាដើម ។

ជម្ងឺកុមារ គឺជាសមាសភាពមួយផ្សេងទៀតនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ IPC ហើយក៏ជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការសិក្សាពីផលប៉ះពាល់មកពីការរីករាលដាលវិបត្តិម្ហូបអាហារធ្ងន់ធ្ងរ និងវិបត្តិនៃការរស់នៅ ។ តាមរយៈលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទាំងពីរនេះ ជម្ងឺកុមារត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានការកើនឡើង ។ ការរីករាលដាលជម្ងឺដែលបានរកឃើញ ជាទូទៅមានកម្រិតកើនឡើងខ្ពស់ជាងការរំពឹងទុក ។ តាមការរកឃើញរបស់ អ.ម.ក ២០០៨ បានបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺកុមារមានការកើនឡើងខ្ពស់ជាងធម្មតា ធៀបទៅនឹងការរកឃើញរបស់ អ.ប្រ.ស.ក ២០០០ និង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ។

យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់

ក្នុងបរិបទអង្កេតថ្លៃទំនិញ និងម្ហូបអាហារខ្ពស់ យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់របស់គ្រួសារនិមួយៗ គឺជាវិធីសាស្ត្រផ្ទាល់សំដៅកាត់បន្ថយនូវទំហំផលពិបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់គ្រួសារ ។ យុទ្ធសាស្ត្រដែលបានប្រើប្រាស់ច្រើនជាងគេនៅក្នុងអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ គឺទាក់ទងទៅនឹងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ទប់ទល់នឹងការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ ។ ពីរភាគបីនៃចំនួនគ្រួសារដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ បានពឹងផ្អែកលើម្ហូបអាហារដែលមានតម្លៃថោកជាងមុន ឬក៏អាហារដែលមិនមែនជាចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ខ្លួនយ៉ាងតិចណាស់ក៏ម្តងដែរអំឡុងពេលមួយខែមុនអង្កេត ។ យុទ្ធសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងទៅនឹងអាហាររួមមាន : ការទិញអាហារដោយជំពាក់ ការកាត់បន្ថយបរិមាណអាហារបរិភោគប្រចាំថ្ងៃ និងការកាត់បន្ថយបរិមាណបរិភោគរបស់មនុស្សពេញវ័យ ដោយលៃទុកសម្រាប់កុមារតូច ។ ***បន្ទាប់ពីយុទ្ធសាស្ត្រដែលទាក់ទងទៅនឹងអាហារ គឺយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ដែលមានគ្រួសារចំនួន ៤១.១ ភាគរយ ។***

វិបត្តិរបស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ គឺមានផលប៉ះពាល់ទៅដល់ការចិញ្ចឹមជីវិតនៅពេលអនាគតមានដូចជា : ការលក់ដីធ្លី និងទ្រព្យសម្បត្តិផលិតកម្មជាដើម ។ ថ្វីត្បិតតែភាគរយគ្រួសារប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយវិបត្តិមានកម្រិតទាបមែន ប៉ុន្តែពួកគាត់បានចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រទាំងអស់នេះ ក្នុងអំឡុងពេលអាហារឡើងថ្លៃសម្រាប់ការជួយសម្រាលថវិកាគ្រួសារ ។ ជាលទ្ធផល មានគ្រួសារចំនួន ៤ ភាគរយ បានលក់ដីធ្លី និងចំនួន ៣ ភាគរយ បានលក់ទ្រព្យសម្បត្តិផលិតកម្ម (ឧបករណ៍កសិកម្ម ម៉ាស៊ីនដេរ ។ល។) ។

កម្រិតខ្ពស់បំផុតនៃយុទ្ធសាស្ត្រដែលទាក់ទងទៅនឹងម្ហូបអាហារទីពីរ បន្ទាប់ពីពឹងផ្អែកលើម្ហូបអាហារដែលមានតម្លៃថោកជាងមុន ឬក៏អាហារដែលមិនមែនជាចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ខ្លួន គឺការកាត់បន្ថយបរិមាណបរិភោគរបស់មនុស្សពេញវ័យ និងការបង្កើនការទាញយកផលពីធនធានរួម

(ការនេសាទ ការស្វែងរកអាហារបន្ថែមជាដើម) ។ ការកើនឡើងខ្ពស់បំផុតនៃការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងម្ហូបអាហារ គឺការកើនឡើងការលក់សត្វពាហនៈ និងការកាត់បន្ថយចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ។ យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ក៏ជាសមាសភាពមួយនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ IPC ផងដែរ ។ ក្នុងពេលមានវត្តមានវិបត្តិថ្លៃអាហារខ្ពស់ កម្រិតការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់មានភាពខ្ពស់ និងមានការកើនឡើងជាងពេលធម្មតា ។ លទ្ធផលមួយទៀតនោះ គឺការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយវិបត្តិ ក៏ជាភស្តុតាងច្បាស់លាស់មួយដែរ ដែលក្រុមគ្រួសារមួយចំនួនបានអនុវត្តនាពេលអាហារឡើងថ្លៃ ។ ពីខែឧសភា ដល់ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ ការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ ឃើញថាមានការកើនឡើង ប៉ុន្តែបញ្ហានេះអាចទទួលឥទ្ធិពលមកពីអង្កេតត្រូវបានធ្វើឡើង នារដូវខ្វះខាត (មុនរដូវប្រមូលផល) ។

ការប្រើប្រាស់អាហារ

សម្រាប់ការវាស់វែងការប្រើប្រាស់អាហារ គឺមានមធ្យោបាយផ្សេងពីគ្នា ហើយមធ្យោបាយនិមួយៗតែងតែមានវិធីសាស្ត្រខុសគ្នាដែរ ។ ការវាស់វែងការប្រើប្រាស់អាហារ គឺមិនមែនមានលក្ខណៈងាយស្រួលនោះទេ ។ ហេតុដូចនេះហើយ វាសំខាន់ណាស់ដែលអង្កេតនិមួយៗ អាចត្រូវបានយកមកធ្វើការប្រៀបធៀបគ្នាបានពីពេលមួយទៅពេលមួយទៀត ។ អ.ម.ក ២០០៨ និង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ បានវាស់វែងនូវរបបអាហារចំរុះ ឬក៏ប្រភេទអាហារណាខ្លះដែលគ្រួសារបានបរិភោគ ។ អង្កេតនេះមិនបានធ្វើការវាស់វែងលើបរិមាណនៃអាហារដែលបានបរិភោគទេ ពីព្រោះតែចំនុចនេះនឹងត្រូវបានវាស់វែងដោយ អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ឆ្នាំ២០០៩ (CSES) ។

អាហារចម្បងនៅក្នុងរបបអាហាររបស់កុមារគឺ បាយ និងត្រី ។ អាហារសាមញ្ញបំផុតទីបីសម្រាប់កុមារដែលកំពុងតែប្រើប្រាស់សព្វថ្ងៃគឺ អាហារមានជាតិស្ករ ។ លើសពីនេះ ការមានជាតិស្ករខ្ពស់ក្នុងខ្លួនបណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាដល់សុខភាព ។ មុខងាររបស់ជាតិស្ករនៅក្នុងរបបអាហារ គឺជាបញ្ហាដែលជាការគួរឱ្យព្រួយបារម្ភ ដោយសារតែ កុមារមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះបានបរិភោគអាហារដែលមានប្រភពពីសារជាតិប្រូតេអ៊ីន និងថាមពល ដូចជា : អាហារប្រភេទបន្លែ និងគ្រាប់ធុញ្ញជាតិ (១០ភាគរយ) អាហារជាតិប្រេង និងខ្លាញ់ (២៣.១ភាគរយ) និងផលិតផលទឹកដោះគោ (១៣.៩ ភាគរយ) ។ ការប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារចម្បងជាមធ្យមរបស់កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ៣៥ខែ មានចំនួន ៤.៧ ក្នុងចំណោមអាហារទាំង ១៤ ក្រុម ។ អត្រាប្រែប្រួលមានភាពខុសគ្នាទៅតាមអាយុ ។ ចំពោះកុមារដែលមានអាយុច្រើន (២៤ ទៅ ៣៥ខែ) សមាមាត្របរិភោគក្រុមអាហារជាមធ្យម ២.៦ ច្រើនជាងកុមារដែលមានអាយុតិច (៦ ខែ ទៅ ១១ ខែ) ។ យ៉ាងណាមិញ ពុំមានភាពខុសគ្នារវាងតំបន់ប្រជុំជន និងជនបទក្នុងការប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារចម្បងនោះទេ ប៉ុន្តែមានភាពខុសគ្នានៅក្នុងការជ្រើសរើស

ប្រភេទអាហារទៅវិញ ។ កុមារនៅតំបន់ទីប្រជុំជនចូលចិត្តបរិភោគអាហារប្រភេទសាច់ ចំណែកឯកុមារនៅតាមតំបន់ជនបទចូលចិត្តបរិភោគត្រីជាង ។ ការប្រើប្រាស់ផលិតផលទឹកដោះគោនៅតំបន់ទីប្រជុំជន មានចំនួន ៣៥ ភាគរយ ។ ចំនួននេះខ្ពស់ជាងជិត ៤ដង ច្រើនជាងអត្រានៃការប្រើប្រាស់នៅតាមតំបន់ទីជនបទ ។

ក៏ដូចជាកុមារដែរ បាយ និងត្រី គឺជាអាហារចម្បងនៅក្នុងរបបអាហារប្រចាំថ្ងៃរបស់ម្ដាយ ។ មានភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងរវាងរបបអាហាររបស់កុមារ និងម្ដាយ គឺការប្រើប្រាស់អាហារមានជាតិស្កររបស់ម្ដាយមានចំនួន ២០ អត្រាភាគរយ ទាបជាងការប្រើប្រាស់របស់កុមារ ។ ការប្រើប្រាស់អាហារដែលមានជាតិប្រេង និងខ្លាញ់របស់ម្ដាយ (៣២.៧ ភាគរយ) ខ្ពស់ជាងការប្រើប្រាស់របស់កុមារ ។ ដូច្នេះ ការផ្ដល់អាហារប្រភេទប្រេង និងខ្លាញ់ទាំងអស់នេះ មិនគួរត្រូវដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងរបបអាហាររបស់កុមារនោះទេ ។

យ៉ាងណាមិញ ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារត្រូវបានប្រៀបធៀបទៅនឹងទិន្នន័យដែលបានរកឃើញដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ឆ្នាំ២០០៥ ។ នៅពេលធ្វើការប្រៀបធៀបអង្កេតទាំងពីរនេះ រដូវកាលជាកត្តាដែលអាចមានឥទ្ធិពលខ្លាំងដល់ការប៉ាន់ស្មាននៅក្នុងអង្កេតនេះ ជាពិសេសទៅលើរដូវកាលផ្លែឈើ និងបន្លែលើទីផ្សារ ។ ការប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារចម្បងកំរិតថ្នាក់ជាតិក្នុងឆ្នាំ២០០៨ គឺប្រហាក់ប្រហែលគ្នាទៅនឹងឆ្នាំ២០០៥ ។ ប៉ុន្តែគេសង្កេតឃើញថាមានការថយចុះនៅតំបន់ទីប្រជុំជន ពី ៥.៤ ទៅ ៤.៨ ភាគរយ ។ ការប្រើប្រាស់ស្ទើរតែគ្រប់ក្រុមអាហារទាំងអស់ (១២/១៤) នៅតំបន់ទីប្រជុំជនមានការថយចុះ ។ ការប្រែប្រួលនេះ ពុំបានផ្ដល់នូវអត្ថន័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងន័យស្ថិតិនោះទេ ។ ការប្រែប្រួលខ្លាំងបំផុតនោះ គឺការថយចុះក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រភេទអាហារដែលមានតម្លៃខ្ពស់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន ។ ការប្រើប្រាស់អាហារប្រភេទត្រី និងសាច់ មានការថយចុះចំនួន ១៤ អត្រាភាគរយ។ រីឯការប្រើប្រាស់ស៊ុត និងសារជាតិប្រេង/ខ្លាញ់មានការថយចុះចំនួន ៨ និង ៧ អត្រាភាគរយ។

មានសមាសភាគពីរនៃលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ IPC ដែលទាក់ទងទៅនឹងការប្រើប្រាស់អាហារ ។ សមាសភាគទីមួយ ផ្អែកទៅលើការប្រើប្រាស់អាហារគិតជាកាឡូរី ដែលមិនបានធ្វើការវាស់វែងដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ ទេ ។ សមាសភាគផ្សេងទៀត គឺរបបអាហារចំរុះដែលតំណាងឱ្យកម្រិតមានវិបត្តិខ្វះខាតរបបអាហារចំរុះធ្ងន់ធ្ងរ ។ ដោយឡែកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា អត្រាខ្ពស់របស់ភាពក្រិន ទំនងមកពីការខ្វះខាតរបបអាហារចំរុះរ៉ាំរ៉ៃ ។ នៅក្នុងបរិបទនេះ ការប្រែប្រួលជាអវិជ្ជមានណាមួយនៅក្នុងរបបអាហារចំរុះ គឺជាមូលហេតុដែលគួរឱ្យព្រួយបារម្ភ ។ នៅថ្នាក់ជាតិគេសង្កេតឃើញថា ការរីករាលដាលនូវការខ្វះខាតរបបអាហារចំរុះពុំមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ ។ ប៉ុន្តែចំនុចអវិជ្ជមាន

ឃើញមាននៅតំបន់ទីប្រជុំជន ដោយសារភាគច្រើនអាហារដែលផ្ទុកនូវមីក្រូសារជាតិគ្រប់គ្រាន់នោះ បានឡើងថ្លៃ ។ ដូច្នេះ របបអាហារចំរុះខ្សត់ខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរ គឺប្រហែលជាកើតមានឡើងនៅតំបន់ទាំងនោះ ។

របៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក និងកុមារតូច

វិធីសាស្ត្រមួយដែលសំខាន់បំផុតក្នុងការចិញ្ចឹមទារក និងកុមារតូច គឺការបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ។ ការផ្តល់ឱ្យទារកនូវទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ក្នុងរយៈពេល ៦ខែ ដំបូងនៃជីវិតអាចផ្តល់នូវអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធស៊ាំនឹងជម្ងឺ និងមានហានិភ័យទាបប្រឈមទៅនឹងជម្ងឺឆ្លងផ្សេងៗ ។ អត្រាចិញ្ចឹមកូន ដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ក្នុងចំណោមទារកឬកុមារតូចអាយុពី ០_៥ខែ មានចំនួន ៦៥.៩ ភាគរយ ។ មានមូលហេតុសំខាន់ពីរដែលធ្វើឱ្យអត្រានៃការបំបៅដោះម្តាយតែមួយមុខគត់នោះមិនខ្ពស់ ដោយសារ : ម្តាយជាច្រើនចាប់ផ្តើមផ្តល់ទឹកដល់ទារកនៅក្នុងខែដំបូង និងចាប់ផ្តើមផ្តល់អាហារបន្ថែម ដល់ទារក ឬកុមារតូចនៅពេលដែលមានអាយុពី ៤ ទៅ ៥ ខែ ។ នៅតំបន់ទីជនបទ អត្រាចិញ្ចឹមកូន ដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ មានចំនួន ៧០.៨ ភាគរយ រីឯនៅតំបន់ប្រជុំជនមានអត្រាទាបជាង តំបន់ទីជនបទ គឺមានចំនួនតែ ៤០.៣ ភាគរយប៉ុណ្ណោះ ។ អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថា នៅទូទាំងប្រទេស កុមារស្ទើរតែទាំងអស់ ៩១.៥ ភាគរយ បានបៅដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ នៅក្នុងខែ ដំបូងនៃជីវិត ។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ មក អត្រាចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ មានការរីកចម្រើនយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយសារតែកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ។ ការផ្លាស់ប្តូរសំណួរខ្លះក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ មានន័យថាការប៉ាន់ស្មាននៅឆ្នាំ២០០០ ត្រូវបានធ្វើការគណនាឡើងវិញ ។ អត្រាចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់នៅឆ្នាំ២០០០ មានចំនួន ៤៧ ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០០៥ កើនដល់ ៦០ភាគរយ ហើយនៅឆ្នាំ២០០៨ បានកើនដល់ ៦៦ភាគរយ ។ ការប្រែប្រួលខ្លាំងបំផុតនេះ គឺដោយសារនៅមានម្តាយចំនួនតិចតួចប៉ុណ្ណោះ ដែលបានផ្តល់ទឹកដល់កូនរបស់គាត់ ។ ស្ថានភាពនៅតំបន់ទីប្រជុំជនបង្ហាញឱ្យឃើញថាមានភាពខុសគ្នា ។ អត្រាចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន ពីឆ្នាំ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ២០០៨ មានការថយចុះពី ៤៨.៥ ទៅ ៤០.៣ ភាគរយ។

ការផ្តល់អាហារបន្ថែម គឺសំដៅទៅលើអាហារចម្រុះ ក្រៅពីការបៅដោះម្តាយតែមួយមុខគត់បន្ទាប់ពីកុមារមានអាយុលើសពី ៦ ខែ ។ កុមារដែលទទួលអាហារបន្ថែមនៅអាយុក្មេងពេក ក៏ជាបញ្ហាដែរ ។ ការរកឃើញបានបង្ហាញថា កុមារដែលមានអាយុ ៥ ខែ ស្ទើរតែមួយភាគបីបានទទួលអាហារបន្ថែម ។ ចំនុចដែលសំខាន់បំផុតនោះគឺថា កុមារដែលមានអាយុ ៦ ខែ ចំនួន ២៥ ភាគរយ និងកុមារ

ដែលមានអាយុ ៧ ខែ ប្រហែល ១៥ ភាគរយ មិនត្រូវបានផ្តល់អាហារបន្ថែមទាន់ពេលវេលាទេ ។ ភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការផ្តល់អាហារបន្ថែមត្រឹមត្រូវ បង្ហាញនូវរបបអាហារចំរុះខ្សត់ខ្សោយរបស់កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ១១ ខែ ។

សេវាសុខភាពកុមារ

សម្រាប់កុមារ គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ និងតាមសេវាចុះដល់មូលដ្ឋាន ។ ហេតុផលចម្បងរបស់យុទ្ធសាស្ត្រផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ គឺជាសេវាពិសេសចុះដល់មូលដ្ឋានដោយផ្តោតលើការផ្តល់ ២ ដងក្នុងមួយឆ្នាំ (គឺខែ ឧសភា និងខែវិច្ឆិកា) ហើយជាងនេះទៅទៀត កុមារក៏បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនតាមរយៈសេវាចុះដល់មូលដ្ឋាននេះផងដែរ ។

កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ ហើយបានទទួលបន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយនេះ មានចំនួន ៥៩.៤ ភាគរយ ។ ចំពោះអ្នកដែលបានឆ្លើយថា ***មិនដឹង*** សម្រាប់សំណួរអំពីគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា មានចំនួន ១២.៧ ភាគរយ មានន័យថានៅមានកម្រិតទាបជាង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ។ អ្នកផ្តល់ចម្លើយ និងអ្នកដែលរស់នៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជននានា ភាគច្រើនជ្រើសរើសយកចម្លើយ ***មិនដឹង*** ។ ចំពោះការប្រៀបធៀបទៅលើលក្ខណៈប្រវត្តិ គឺមិនមានអ្វីសំខាន់ទេ ពីព្រោះភាពខុសគ្នាទាំងនេះ និងការព្យាករទាំងអស់អាចទាបជាងតំលៃពិតប្រាកដ ។

កាលបរិច្ឆេទសម្រាប់ការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន និងការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា គឺត្រូវបានផ្តល់ក្នុងពេលតែមួយ ប៉ុន្តែគ្រាន់តែអ្នកផ្តល់ចំលើយមិនត្រូវបានសួរនាំឱ្យបានច្បាស់អំពីខែណាមួយពិតប្រាកដដែលកុមារបានទទួលទានគ្រាប់ថ្នាំ ។ ដូច្នេះ បានជាលទ្ធផលនៃអត្រាទទួលបន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមិនអាចប្រៀបធៀបគ្នាបាន ។ អ.ម.ក ២០០៨ បានផ្តល់របាយការណ៍ថាកុមារដែលមានអាយុពី ១២ ទៅ ៥៩ ខែ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមានចំនួន ៣៩.៩ ភាគរយនៅក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ ចុងក្រោយ ។ យើងឃើញមានភាគរយខ្ពស់នៅក្នុងតំបន់ទីជនបទ (៤២.៧ ភាគរយ) នៅពេលធ្វើការប្រៀបធៀបជាមួយតំបន់ទីប្រជុំជន (២៦.៩ ភាគរយ) ។

សេវាសុខភាពមាតា

សម្រាប់សេវាសុខរបស់មាតា (ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិក ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាក្រោយពេលសម្រាលកូនរួច) ដែលបានវាស់វែងដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ គឺត្រូវបានផ្តល់ឱ្យតាមរយៈការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងការថែទាំទារកក្រោយសម្រាលនៅឯមណ្ឌលសុខភាព និងតាមរយៈការផ្តល់សេវាចុះដល់មូលដ្ឋាន។

ជាលទ្ធផលក្រោយពីអង្កេត មានស្ត្រីជាម្តាយចំនួន ៤៧ ភាគរយ បានទទួលនូវ ការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះចំនួន ៤ដង សម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយគេបង្អស់ដោយបានកើនឡើងពី ២៧ ភាគរយ ពីឆ្នាំ ២០០៥ ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៨ មានមាតា ៩ នាក់ ក្នុងចំណោមមាតា ១០ នាក់ បានទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងហោចណាស់ក៏ម្តងដែរ ផ្ទុយពីឆ្នាំ២០០៥ មានមាតាចំនួន ៧ នាក់ ប៉ុណ្ណោះក្នុងចំណោម ១០ នាក់ បានទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ។

តាមលទ្ធផល អ.ម.ក ២០០៨ បានបង្ហាញថាស្ត្រីទាំងអស់ទូទាំងប្រទេស បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែក ចំនួន ៩០ ឬច្រើនជាងនេះក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយមានចំនួន ៣៩.៥ ភាគរយ ហើយមាន ៣១.៤ ភាគរយ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ។ មានមាតាចំនួន ៤៣.៧ ភាគរយ បានទទួលបន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្នុងអំឡុងពេល ៦ សប្តាហ៍ នៃការសម្រាលកូន និងមានចំនួន ៣៣.២ ភាគរយ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកក្រោយពេលសម្រាលកូនហើយ ។

បើធ្វើការប្រៀបធៀប អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ យើងឃើញថាមានការរីកចម្រើនស្ទើរតែគ្រប់ផ្នែកនៃសេវាសុខភាពមាតា ។ ចំនួននៃការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកគ្រាប់គ្រាន់ (+៩០) បានកើនឡើងជិត ២២ អត្រាភាគរយ ការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនបាន ២១ អត្រាភាគរយ ការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ១៦ អត្រាភាគរយ និងការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកក្រោយពេលសម្រាលកូនបាន ២២ អត្រាភាគរយ ។ ជាលទ្ធផល ការរីកចម្រើននៃអត្រាគ្របដណ្តប់លើសេវាថែទាំសុខភាពមាតា (ការកើនឡើងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល) ដោយសារតែកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់កម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាពមាតាដែលមានចែងនៅក្នុងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា ។

សេចក្តីផ្តើម និងគោលបំណងនៃការធ្វើអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ២០០៨

បន្ទាប់ពីបានឆ្លងកាត់ការវិវត្តជាច្រើនដំណាក់កាល នៅក្នុងរយៈពេលទសវស្សចុងក្រោយនេះ ប្រទេសកម្ពុជាទទួលបាននូវសន្តិភាពទាំងស្រុងនៅក្នុងផ្ទៃប្រទេស និងមានការរីកចម្រើនស្ទើរតែគ្រប់វិស័យនៃការអភិវឌ្ឍសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ដែលជាកត្តាសំខាន់សម្រាប់ធានាបាននូវកំណើនសេដ្ឋកិច្ចមួយប្រកបដោយចីរភាព ។ រវាងឆ្នាំ២០០៥ ទៅ ឆ្នាំ២០០៧ កំណើនផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប (ផ.ផ.ស) ជាមធ្យមមានចំនួន ១១ ភាគរយ ។

តាមរយៈរបាយការណ៍ថ្មីរបស់ក្រសួងផែនការ (ក្រ.ផ.ក) នៅចុងឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញថា ទោះបីជាប្រជាជនកម្ពុជាប្រមាណ ៣០ ភាគរយ កំពុងរស់នៅក្រោមបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រក៏ដោយ ក៏ប៉ុន្តែជាមួយនឹងនិន្នាការកាត់បន្ថយជាមធ្យមចំនួន ១ ភាគរយ យ៉ាងតិចជារៀងរាល់ឆ្នាំចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៤ មក កម្ពុជាសង្ឃឹមថានឹងសម្រេចបាននូវគោលដៅកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ដូចដែលបានរំពឹងទុកក្នុងចំនុចដៅនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា ។

ក្នុងទិសដៅរក្សាបាននូវស្ថេរភាពនៃការរីកចម្រើនផ្នែកម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ច និងការសម្រេចបាននូវការអភិវឌ្ឍប្រកបដោយចីរភាព ផែនការសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍នានា ប្រកបដោយការគិតគូរគ្រប់ជ្រុងជ្រោយទូទាំងវិស័យត្រូវបានលើកឡើង ដើម្បីសម្រួលនូវគោលនយោបាយរវាងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា សង្គមស៊ីវិល ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការពាក់ព័ន្ធនានា ។ ប៉ុន្តែនៅមានកត្តាជាច្រើនទៀតដែលទាមទារនូវពេលវេលា សមត្ថភាព និងធនធានសម្រាប់ដោះស្រាយមួយជំហ៊ានម្តងៗ ពីព្រោះថាបញ្ហាខ្លះ គឺជារឿងប្រឈមស្មុគស្មាញទាក់ទងគ្នា ដែលជូនកាលរារាំងដល់សមត្ថភាពផលិតរបស់ក្រុមគ្រួសារងាយរងគ្រោះ និងការបង្កើនប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគាត់ ។

ការអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ គឺជាតម្រូវការមូលដ្ឋានមួយរបស់មនុស្ស ដើម្បីបង្កើតនូវគុណភាពជីវិតដ៏ល្អប្រសើរ ដែលរួមមាន : ការចាកផុតពីជម្ងឺឆ្លងរបស់កុមារ អត្រាមរណៈ ភាពមិនប្រក្រតីនៃការអភិវឌ្ឍសារៈពាង្គកាយ និងពីភាពក្រីក្រ។ សូចនាករតាមវិស័យសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភជាមូលដ្ឋានរបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (អ.ប្រ.ស.ក) ២០០៥ បានបង្ហាញថាប្រទេសកម្ពុជាមានអត្រាខ្ពស់ផ្នែកអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលក្នុងនោះកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ចំនួន ៣៧ ភាគរយ[១] មានភាពក្រិន ។ ជារឿយៗសកម្មភាពសហគមន៍ដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍សង្គម តែងតែផ្តោតលើការផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ប៉ុន្តែតាមប្រវត្តិសាស្ត្រនៃការអភិវឌ្ឍបានបង្ហាញថា គំនិត ចំណេះដឹង និងការអប់រំអាចជាកាតាលីករជម្រុញឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីជួយលើកកំពស់ សុខមាលភាព និងអាហារូបត្ថម្ភរបស់មនុស្សជាតិផងដែរ ។

[១] តាមរូបមន្តគណនាថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (អ.ស.ព) កុមារក្រិនក្រោមអាយុ ៥ ឆ្នាំ មានចំនួន ៤៣ ភាគរយ

ដោយសារតែវិបត្តិទីផ្សារប្រេងឥន្ធនៈពិភពលោក ប្រទេសកម្ពុជាក៏បានទទួលរងនូវឥទ្ធិពលនេះដែរ ។ ការកើនឡើងថ្លៃប្រេងឥន្ធនៈហួសប្រមាណ និងការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារដែលពុំធ្លាប់មានពីមុនមក បានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជមានដល់ការផលិត និងកម្លាំងទិញរបស់គ្រួសារដែលមានជីវភាពមធ្យម និងក្រីក្រ ។ ជារួម ប្រការនេះអាចបង្កឱ្យគ្រួសារនិមួយៗ ខ្វះនូវឱកាសសម្រាប់ការផលិត និងទិញអាហារឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ។ ជាក់ស្តែងតម្លៃអាហារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានកំណើនខ្ពស់បំផុតក្នុងអំឡុងពេល ៦ ខែ ដំបូងនាឆ្នាំ២០០៨ ។ សកម្មភាព និងនិន្នាការទាំងអស់នេះ បានកើតឡើងព្រមគ្នាក្នុងពេលវិបត្តិប្រេង និងហិរញ្ញវត្ថុពិភពលោកកំពុងបានរាលដាល ។

តាមការរកឃើញរបស់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (វ.ជ.ស) តម្លៃអាហារ បានចាប់ផ្តើមឡើងថ្លៃក្នុងរង្វង់ខែ ឧសភា ឆ្នាំ២០០៧ ដល់ ខែឧសភា ឆ្នាំ២០០៨ រីឯសន្ទស្សន៍នៃការប្រែប្រួលគឺ ៤៩ ភាគរយ ។ សន្ទស្សន៍ថ្លៃគ្រប់មុខទំនិញប្រើប្រាស់ បានចាប់កើនឡើងខ្លាំងសម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ២០០៨ ។ ជាមួយគ្នានេះដែរ ***តម្លៃអាហារ*** ភេសជ្ជៈ និងថ្នាំជក់ បានហក់ឡើងយ៉ាងគំហុកធៀបនឹងទំនិញប្រើប្រាស់ផ្សេងៗទៀត (សៀវភៅសន្ទស្សន៍ថ្លៃទំនិញប្រើប្រាស់ ឆ្នាំ២០០៨) ។

យ៉ាងណាមិញ សន្ទស្សន៍ថ្លៃទំនិញប្រើប្រាស់ប្រចាំខែដែលខ្ពស់ជាងគេបំផុតនាឆ្នាំ២០០៨ គឺក្នុងខែឧសភា ក្នុងអត្រាប្រមាណ ២៦ ភាគរយ ប៉ុន្តែសន្ទស្សន៍ខ្ពស់ បានធ្លាក់ចុះមកត្រឹមកម្រិត ១៦ ភាគរយនាខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ ធៀបនឹងឆ្នាំ២០០៧ និងបានបន្តធ្លាក់ចុះមកនៅត្រឹមកម្រិតអវិជ្ជមាន (-០.៧ ភាគរយ) សម្រាប់ខែមីនា ឆ្នាំ២០០៩ (សៀវភៅសន្ទស្សន៍ថ្លៃទំនិញប្រើប្រាស់ ខែមីនា ឆ្នាំ២០០៩) ។ និន្នាការធ្លាក់ចុះក្នុងខែមីនា ឆ្នាំ២០០៩នេះ មួយផ្នែកធំដោយសារតែតម្លៃសន្ទស្សន៍ថ្លៃប្រើប្រាស់របស់ទំនិញចម្បងមួយចំនួន បានបន្តធ្លាក់ចុះចាប់តាំងពីចុងឆ្នាំ២០០៨មក ។ តម្លៃប្រេងឥន្ធនៈបន្តចុះថោក (អគ្គិសនី ហ្គាស និងឥន្ធនៈផ្សេងៗមាន -១១.៦ ភាគរយ ក្នុងនោះតម្លៃប្រេងសាំងធម្មតាមាន -៣៤.៣ ភាគរយ និងការដឹកជញ្ជូនក្នុងចំនួន -១៦.៧ ភាគរយ) ។ ការកើនទិន្នផលកសិកម្ម (រដូវប្រមូលកាត់ និងនេសាទ) មានដូចជា : សន្ទស្សន៍ថ្លៃអង្ករបានធ្លាក់ចុះដល់ -៩.៦ ភាគរយ ។ និងកត្តាកើនឡើងនូវការផ្គត់ផ្គង់ម្ហូបអាហារលើទីផ្សារ (សាច់ -៧.៨ ភាគរយ សាច់ជ្រូក -១៦ ភាគរយ និងត្រី -៤.៦ ភាគរយ ។

ការវិវត្តិនៃការឡើងចុះយ៉ាងលឿននៃតម្លៃប្រេងឆៅ ការប្រែប្រួលតម្លៃម្ហូបអាហារ កង្វះខាតស្បៀងអាហារ និងការផ្ទុះឡើងនូវវិបត្តិទីផ្សារហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពិភពលោកថ្មីៗនេះ មិនមែនគ្រាន់តែជាបញ្ហាចម្បងធំៗ ដែលកម្ពុជាត្រូវប្រឈមមុខនោះទេ ប៉ុន្តែកត្តាទាំងអស់នេះអាចទំនងនឹងប្រែក្លាយទៅជាផលប៉ះពាល់ដែលអាចធ្វើឱ្យគ្រួសារក្រីក្រខ្លះ ក្លាយទៅជាជនងាយរងគ្រោះខ្លាំង និងខ្វះខាតបរិមាណអាហារ ដែលជាធម្មតាគ្រួសារទាំងនោះបានចំណាយប្រហែលជា ៧០ ភាគរយ ពីចំណូលរបស់ពួកគាត់ទៅលើម្ហូបអាហារ ។

ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងកំណើនខ្ពស់នៃថ្លៃម្ហូបអាហារ ក្រុមគ្រួសារខ្លះបានស្វែងរកការងារធ្វើបន្ថែម ដើម្បីទទួលបានចំណូលល្មមទប់ទល់នឹងការចំណាយច្រើនជាងមុន ។ ក្រុមគ្រួសារមួយចំនួនអាចជ្រើសរើសទិញអាហារណាដែលមានតម្លៃថោក ដែលទំនងមិនមានជីវជាតិគ្រប់គ្រាន់ និងមានកម្រិតអាហារូបត្ថម្ភតិចជាងមុន ។ បន្ទាប់មកមានគ្រួសារខ្លះ បានបន្ថយនូវបរិមាណម្ហូបអាហារបរិភោគ ដែលជាហេតុបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាព និងអាចធ្វើឱ្យសមាជិកគ្រួសារ ជាពិសេសកុមារតូចៗទទួលរងនូវអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។ តាមរយៈសម្មតិកម្មដែលបានពោលខាងលើនេះ យើងអាចកំណត់បានថា យុទ្ធសាស្ត្រដែលក្រុមគ្រួសារមួយចំនួន បានដោះស្រាយទប់ទល់នឹងការកើនឡើងថ្លៃចំណីអាហារ ទំនងផ្តល់នូវចំណុចជាអវិជ្ជមាន ដូចជា : កង្វះជីវជាតិអា ជាតិដែក សារជាតិស័ង្កសី ជាតិអ៊ីយ៉ូដ ប្រូតេអ៊ីន និងថាមពល និងការកើនឡើងប្រភេទជម្ងឺនានា ។ ហើយអ្វីដែលជាបន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរដល់គ្រួសារ និងប្រទេសជាតិនោះ គឺការធ្លាក់ចុះផលិតភាពផលិតរបស់គ្រួសារ និងការបាត់បង់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចដ៏ធំមួយ ។

និន្នាការនៃវិបត្តិស្បៀងអាហារ ទំនងជាធ្វើឱ្យយឺតយ៉ាវដល់វឌ្ឍនភាពសកលលោកឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ ក្នុងនោះគោលដៅទី៤ គឺការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពកុមារ ។ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាប្រហែលជា ៣០ ភាគរយ នៃអត្រាមរណៈភាពរបស់កុមារ គឺបណ្តាលមកពីបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។ ហើយគោលដៅទី៥ គឺលើកកម្ពស់សុខភាពមាតា ។

ឆ្លើយតបនឹងវិបត្តិកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ សហគមន៍អឺរ៉ុប ក៏ដូចជាអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនានា បានស្វះស្វែងរកវិធានការជាច្រើន ជាពិសេសការផ្តល់ប្រាក់កម្ចី និងជំនួយឥតសំណងដែលទាក់ទងជាមួយការងារសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្នុងន័យជួយសម្រាលបន្ទុកប្រជាជនក្រីក្រកម្ពុជាដែលកំពុងត្រូវការស្បៀង និងដើម្បីជៀសវាងនូវបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារក្រីក្រ ពីព្រោះថាអសន្តិសុខស្បៀងគ្រួសារយូរអង្វែង បង្កជាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលអាចរួមចំណែកបំផ្លាញនូវកោសិកាលូតលាស់របស់កុមារជាដើម ។

សកម្មភាពទិសដៅរយៈពេលខ្លីសំខាន់ៗ របស់រាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងខែឧសភា ឆ្នាំ២០០៨ មានដូចជា : ការអនុញ្ញាតឱ្យនាំចូលមកវិញនូវសត្វជ្រូកពីប្រទេសជិតខាង ការហាមនាំស្រូវចេញទៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែតាមបណ្តាខេត្តចំនួន ៣ គឺខេត្តកណ្តាល ព្រៃវែង និងតាកែវ ដែលស្ថិតនៅជាប់ព្រំដែនវៀតណាម ការបង្កើនប្រាក់បន្ថែមដល់មន្ត្រីរាជការ និងការលក់អង្ករជូនដល់ប្រជាជន (ឧបត្ថម្ភធន) តាមរយៈកិច្ចពីធនាគារអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ (ធ.អ.ជ) ក្នុងតំលៃថោកជាងទីផ្សារ ។

ការឆ្លើយតបទៅនឹងការឡើងថ្លៃនៃម្ហូបអាហារតាមរយៈគម្រោងសុវត្ថិភាពស្បៀង ដែលជាជំនួយឥតសំណងចំនួន ៤លាន អឺរ៉ូ របស់សហគមន៍អឺរ៉ុប (ស.អ) ការចែកអង្ករដល់គ្រួសារក្រីក្រ និងគ្រួសារងាយរងគ្រោះនៅតាមខេត្តជុំវិញបឹងទន្លេសាប ដែលបានមកពីថវិកាបដិភាគរវាងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ចំនួន ៥លាន ដុល្លារ និងធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី (ធ.អ.អ) ក្នុងនោះកម្ចីមាន ១៧.៥លាន ដុល្លារ និង ជំនួយឥតសំណងចំនួន ១៧.៥លាន ដុល្លារ គឺជាវិធានការដែលត្រូវបានគិតថាជាជោគជ័យសម្រាប់សម្រាលនូវបន្ទុកកង្វះម្ហូបអាហារ ក៏ដូចជាអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។

ផ្ទុយទៅវិញ យោងតាមទិដ្ឋភាពជាក់ស្តែងដែលថាប្រជាជនកម្ពុជាភាគច្រើនពឹងផ្អែកលើផលិតផលរបស់ខ្លួនជាពិសេសអាហារបរិភោគ នោះយើងអាចទាញនូវសម្មតិកម្មខ្លះថា បើទោះបីជាអតិផរណាមានកំណើនខ្ពស់ ក៏វានឹងមិនមែនជាបញ្ហាប៉ះពាល់ខ្លាំងដល់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងមូលដែរក្នុងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភពុំមែនគ្រាន់តែបណ្តាលមកពីកង្វះចំណីអាហារប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏អាចបណ្តាលមកពីខ្វះការថែទាំគ្រប់គ្រងពីមាតាបិតា ការផ្តល់អាហារមិនសមស្របទៅឱ្យកុមារតូច ជម្ងឺកុមារកើតឡើងភ្លាមៗ ខ្វះលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាព កង្វះខាតនូវអនាម័យ និងពុំមានការប្រើប្រាស់ទឹកស្អាតផងដែរ ។

របាយការណ៍លទ្ធផលនេះ ត្រូវបានរៀបចំជារចនាសម្ព័ន្ធដូចតទៅ : សូចនាករ និងការពន្យល់ទូទៅអំពីលទ្ធផលអង្កេតរបស់មនុស្សមាត្រកុមារ និងស្ត្រីជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ក៏ដូចជាជម្ងឺរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ និងអំពីយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ និងការប្រើប្រាស់អាហាររបស់គ្រួសាររងគ្រោះ ក្នុងអំឡុងពេលវត្តមានម្ហូបអាហារឡើងថ្លៃ នឹងត្រូវបានលើកយកមកពិភាក្សាក្នុងជំពូកទី ១ ។ ជំពូកទី ២ ផ្តោតលើសូចនាករបន្ថែមលើមនុស្សមាត្រកុមារ ស្ត្រី និងជម្ងឺឆ្លងកុមារនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ ។ ជំពូកទី ៣ ធ្វើការណែនាំ ក៏ដូចជាការបង្ហាញនូវរបៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក និងកុមារតូច ។ ជំពូកបន្ទាប់នោះ គឺសេវាសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភដល់កុមារ និងស្ត្រីដែលជាមាតា ។ រីឯសេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍ ស្ថិតនៅក្នុងជំពូកទី ៥ ។ វិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើអង្កេតមនុស្សមាត្រ ត្រូវបានបកស្រាយក្នុងជំពូកទី ៦ ។ និងបន្ទាប់មក គឺឧបសម្ព័ន្ធនានា ។

ស្ថានភាពទូទៅរបស់អង្គការ

របៀបជ្រើសរើសប៉ាន់គំរូ

ការជ្រើសរើសប៉ាន់គំរូរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឈរលើមូលដ្ឋានដ៏ត្រឹមត្រូវបំផុតសម្រាប់គោលបំណងនានារបស់អង្កេត ។ ក្នុងន័យនេះដែរ គោលបំណងនិមួយៗ ផ្ដើមចេញពីសកម្មភាពដែលជាតម្រូវការចាំបាច់ ហើយសកម្មទាំងអស់នោះ ត្រូវបានកំណត់ទុកយ៉ាងច្បាស់លាស់ទៅតាមប្រភេទទិន្នន័យរបស់សូចនាករ ។ យ៉ាងណាមិញ បន្ទាប់ពីសកម្មភាពនៃការចុះបញ្ជីគ្រួសារនិមួយៗទៅតាមប្រភេទអង្កេតបែបម៉ាទ្រីសត្រូវបានបញ្ចប់សព្វគ្រប់រួចមក សំណួរខ្លះនៅក្នុងតារាងម៉ាទ្រីសខាងក្រោម ត្រូវបានជ្រើសរើស ដើម្បីជាផ្លូវទៅរកភាពជោគជ័យរបស់សកម្មភាព ហើយជ្រើសរើសទិន្នន័យណាដែលជាតម្រូវការសម្រាប់ឆ្លើយតបនឹងសំណួររបស់គោលបំណងប៉ុណ្ណោះ ។

តារាង១៣ : ម៉ាទ្រីសនៃការធ្វើផែនការសម្រាប់អង្កេត

សកម្មភាព	ពត៌មាន តាមរយៈសំណួរស្រាវជ្រាវ	ទិន្នន័យ
	គោលបំណងសំខាន់ៗ	
ណែនាំពីប្រភេទចាំបាច់សម្រាប់ការអន្តរាគមន៍	• គឺជាស្ថានការបន្ទាន់ ឬក៏គួរតែសង្កត់ធ្ងន់ទៅលើគោលដៅរយៈពេលមធ្យម/វែង? តើកំណើនថ្លៃម្ហូបអាហារ ធ្វើឱ្យកើនឡើងចំនួនកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬក៏បន្ថយល្បឿនការសម្រេចបានតាមគោលដៅគ្រោងទុកដែរឬទេ?	• មនុស្សមាត្រស្ត្រី និងកុមារ • អាហារចម្រុះ និងការប្រើប្រាស់ម្ហូបអាហាររបស់ម្ដាយ និងកុមារ • យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ • បញ្ហាកង្វះខាតមីក្រូសារជាតិ • ជម្ងឺឆ្លងនានារបស់ក្មេង
ណែនាំពីកន្លែងចាំបាច់សម្រាប់អន្តរាគមន៍	• តើមានខេត្តណាខ្លះដែលកើនឡើងនូវអត្រាកង្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភជាទ្រង់ទ្រាយធំដែរឬទេ? • តើខេត្តមួយណា ដែលមាននូវកម្រិតកង្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់បំផុត? • តើខេត្តមួយណាដែលមានចំនួនខ្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភច្រើនជាងគេ? • តើស្ថានការណ៍បច្ចុប្បនបានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជមានដល់តំបន់ប្រជុំជនក្រីក្រដែរឬទេ?	• ថ្នាក់ខេត្ត និងតំបន់ទីប្រជុំជន និងទីជនបទ • ការជ្រើសរើសចំនួនលើស តំណាងតំបន់ប្រជុំជនក្រីក្រ
ណែនាំពីជនប្រភេទណាដែលជាក្រុមគោលដៅសម្រាប់ទទួលបានការអន្តរាគមន៍	• តើការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ បង្កផលប៉ះពាល់ខុសគ្នាដែរឬទេ ដល់ក្រុមសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច? • តើការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ បង្កផលប៉ះពាល់ខុសគ្នាដែរឬទេ ដល់កសិករ និងអ្នកប្រកបការងារដើម្បីប្រាក់ខែ?	• អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច • មុខរបរ • ការទិញអង្ករ/បំណុល

	• តើការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ បង្កផលប៉ះពាល់ខុសគ្នាដែរឬទេ ដល់ក្រុមដោះដូរទាំងអ្នកផលិត និងអ្នកប្រើប្រាស់អង្ករ? • តើក្រុមកុមារដែលមានអាយុផ្សេងៗគ្នា ទទួលផលប៉ះពាល់ខុសគ្នាដែរឬទេ?	
ណែនាំអំពីអន្តរាគមន៍អាហារូបត្ថម្ភផ្នែកណាដែលគួរតែត្រូវបន្ថែម	• តើការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំវីតាមីនអាបន្ថែម មានគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ? • តើការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន មានការគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេសគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ? • តើការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកអាស៊ីដ មានការគ្រប់ដណ្តប់ទូទាំងប្រទេសគ្រប់គ្រាន់ដែរឺទេ? • តើអំបិលជាតិអ៊ីយ៉ូដ មានការគ្រប់ដណ្តប់ទូទាំងប្រទេសគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ?	• ការឧបត្ថម្ភបន្ថែម មីក្រូសារជាតិសម្រាប់មាតា និងទារក • អំបិលជាតិអ៊ីយ៉ូដតាមគ្រួសារ

ដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានភាពក្រីក្រ ឬខ្សត់ខ្សោយនៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជននានារបស់ប្រទេសកម្ពុជា អង្កេតមនុស្សមាត្រមានវិធីសាស្ត្រជ្រើសរើសគំរូចំនួនពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា ។ ការធ្វើដូច្នេះបានផ្តល់នូវសារៈសំខាន់ ពីព្រោះតែតារាងបញ្ជីមានភាពខុសគ្នាពីមួយទៅមួយ ។ គោលបំណងសម្រាប់ជ្រើសរើសគំរូតំណាងសម្រាប់ថ្នាក់ជាតិ គឺជាការជ្រើសរើស "គំរូបឋម" ។ ខណៈពេលដែលការជ្រើសរើសគំរូតំណាងសម្រាប់ភាពក្រីក្រ ឬខ្សត់ខ្សោយនៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជន គឺត្រូវបានហៅថា "គំរូទី២"។

របៀបជ្រើសរើសគំរូបឋម គឺជាក្រុមអង្កេតដែលរៀបចំជាលំដាប់ថ្នាក់ជាក់ស្តែងតាមខេត្ត (តំបន់) និងម្យ៉ាងទៀត គឺជាការរៀបចំតាមស្រុក និងឃុំ ។ គោលបំណងចំនួនពីរសំខាន់របស់អង្កេត : (១)- ធ្វើការប៉ាន់ស្មានកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅតាមបណ្តាខេត្តក្នុងការកំណត់គោលដៅអន្តរាគមន៍ ។ (២)- ចង្អុលបង្ហាញខេត្តណាមួយ ដែលមានចំនួនកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភកើនឡើងខ្ពស់ធៀបនឹងឆ្នាំ ២០០៥ កន្លងមក ។ ការប្រៀបធៀបអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជាមួយនឹងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ទៅតាមតំបន់ដូចគ្នា មានដូចជា :

- ខេត្ត/ក្រុងចំនួន ១៤ មាន បន្ទាយមានជ័យ កំពង់ចាម កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ កំពង់ធំ កណ្តាល ក្រចេះ ភ្នំពេញ ព្រៃវែង ពោធិសាត់ សៀមរាប ស្វាយរៀង តាកែវ និងឧត្តរមានជ័យ

- ខេត្តផ្សេងៗដែលរួមបញ្ចូលគ្នាមានចំនួន ៥ ដូចជា : បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន កំពត/កែប សីហនុ/កោះកុង ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង និងមណ្ឌលគិរី/រតនៈគិរី

របៀបជ្រើសរើសគ្រួសារពី ១៩ខេត្ត-ក្រុងតាមតំបន់សម្រាប់សម្ភាសន៍ចែកចេញជា ២ ដំណាក់កាល ។

១. ដំណាក់កាលទី១ : តំបន់សម្ភាសន៍ ដោយយកលំនាំតាមជំរឿនទូទៅនៃប្រជាជនកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៨ ត្រូវបានជ្រើសរើសដោយផ្អែកលើសមាមាត្រនៃប្រូបាបីលីតេទៅនឹងទំហំ ។

២. ដំណាក់កាលទី២ : គ្រប់គ្រួសារដែលនៅតំបន់សម្ភាសន៍យ៉ាងតិចមាន ២០០ គ្រួសារត្រូវបាន ចុះបញ្ជីគ្រួសារ ។ គ្រួសារដែលមានកុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ត្រូវបានរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការ យក១០គ្រួសារមកសម្ភាសន៍ដោយវិធីសាស្ត្រព្រាវ ។ ចំពោះកម្រងសំណួរកុមារដែលមានម្ដាយ ឬអ្នកថែទាំមានលក្ខណៈដាច់ដោយឡែកពីគ្នា ។

ទំហំជ្រើសរើសគំរូ ត្រូវបានកំណត់ដោយការប្រើប្រាស់របៀបគណនាយ៉ាងត្រឹមត្រូវទៅតាម គោលបំណងរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រ ពីព្រោះថាអង្កេតនេះ សង្កត់ធ្ងន់លើថ្លៃខ្ពស់នៃអាហារបង្កជា ផលប៉ះពាល់ដល់និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ មកដល់ពេល បច្ចុប្បន្នកាល ។ ទំនាក់ទំនងនានា ត្រូវបានគណនាដោយការទាញយកទិន្នន័យចេញពី អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ និងត្រូវបានព្យាករណ៍ថាផ្តល់មកវិញនូវផលប៉ះពាល់ប្រហែល ១.៣១ ។ ជារួមទំហំជ្រើសរើស គំរូ បង្ហាញនូវអត្រាភាគរយរបស់ភាពស្គមមានការប្រែប្រួលចំនួន ២ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥ មក ។

$$Power = \varphi\lfloor\Delta\rfloor \Big/ \sqrt{C(p_1q_1/M_1 + p_2q_2/M_2)} - z_{1-\alpha}\frac{\sqrt{\bar{p}\bar{q}(1/M_1 + 1/M_2)}}{\sqrt{p_1q_1/M_1 + p_2q_2/M_2}}$$

Where:

C=design effect or 1 + (n- 1)ϱ, where n=sample size per cluster and ϱ=intra-class correlation

M=sample size

p=proportion wasted

ការកំណត់យក ១០ គ្រួសារក្នុងមួយមណ្ឌលអង្កេត ហើយចំនួនទំហំជ្រើសរើសគំរូទាំងអស់ មាន ៧៦០០ មណ្ឌល និងបានជ្រើសរើសមណ្ឌលចំនួន ៤០ ក្នុងមួយខេត្ត ហើយទាមទារសម្រេចឱ្យបាន ចំនួន ៩០ ភាគរយ ។ ការជ្រើសរើសគំរូលើកទី២ បង្ហាញពីការជ្រើសរើសគំរូភាពខ្សត់ខ្សោយ ឬ

ភាពក្រីក្រតាមតំបន់ទីប្រជុំជន ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានតំបន់មួយ សម្រាប់ការជ្រើសរើសគំរូបឋម ។ គំរូទាំងមូលមាន ៤០០គ្រួសារ ដោយជ្រើសរើសពី ៤០មណ្ឌល ។ ដើម្បីរកនូវចំណុចខុសគ្នារវាងគំរូទី ២ និងគំរូបឋម គឺផ្អែកលើរូបមន្តតែមួយដូចគ្នាចេញពី ROSNER ហើយរបៀបដូចគ្នាក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការជ្រើសរើសគំរូបឋមដែរ ។ ជាមួយនឹងគំរូគ្រួសារចំនួន ៤០០ ពី ៤០មណ្ឌលអង្កេត ហើយបានរកឃើញអត្រាភាគរយខុសគ្នារបស់ភាពស្គមចំនួន ៥ របស់គំរូបឋម និងការជ្រើសរើសគំរូទី ២ មានអត្រាភាគរយចំនួន ០.៨៦ ។

តារាងសំណួរអង្កេត

តារាងសំណួរអង្កេតត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីតាមដាន និងសិក្សាវិភាគលើនិន្នការប្រែប្រួលដែលកើតមានឡើងរបស់សូចនាករនិមួយៗ ។ សំណួរអង្កេតខ្លះផ្អែកទាំងស្រុងតាមសំណួររបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ។ សំណួរជាច្រើនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គណនាសូចនាករទាំងឡាយដែលមាននៅក្នុងអង្កេតមនុស្សមាត្រ និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ ។

ការប្រមូលទិន្នន័យតាមរយៈសំណួរអង្កេតក្នុងអំឡុងពេលសម្ភាសន៍មានរយៈពេលចំនួន ១ខែ ។ សំណួររបស់ អ.ម.ក ២០០៨ ចែកចេញជា ៣ ផ្នែក ដែលមានដូចជា : គ្រួសារ កុមារ និងមាតា ។ ផ្នែកគ្រួសាររួមបញ្ចូលនូវការចុះបញ្ជីគ្រួសាររបស់ស្ត្រី រង្វាស់មនុស្សមាត្ររបស់ស្ត្រី សំណួរទាក់ទងនឹងលក្ខណៈ ប្រវត្តិសង្គមកិច្ច-សេដ្ឋកិច្ច និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់នឹងបញ្ហាចំពោះមុខ ។ ផ្នែកកុមារមានដូចជា : កុមារដែលបានជ្រើសរើសត្រូវតែមានវត្តមាននៅក្នុងបញ្ជីគ្រួសារ និងរង្វាស់មនុស្សមាត្រកុមារ ។ ផ្នែកផ្សេងៗរបស់កុមារ គឺបំបែកទៅតាមអាយុរបស់មាតាដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ នៅ ក្នុងរង្វង់គ្រួសារ ។ ផ្នែកចុងក្រោយបង្អស់ ខុសគ្នាទៅតាមលក្ខណៈប្រវត្តិ (ក្រុមអាយុ ភេទ កម្រិតធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ ។ល។) ជម្ងឺកុមារ សេវាថែទាំសុខភាព និងការប្រើប្រាស់អាហារ ។

ផ្ទុយទៅវិញ សម្រាប់សូចនាករខ្លះរបស់ អ.ម.ក ២០០៨ មានភាពខុសគ្នាបន្តិចពីអង្កេតមុនៗ ដូចជា អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ពីព្រោះតែប្រជាជនគោលនៃសូចនាករមួយចំនួនខុសគ្នា ។ សរុបមក រាល់ការប្រៀបធៀបដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺជារបាយការណ៍ព្យាករណ៍បែបប្រៀបធៀប ។ ពត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបវិភាគ មាននៅក្នុងជំពូក ***វិធីសាស្ត្រនៃការវិភាគ*** ។

ការចុះសម្ភាសន៍សាកល្បងចាប់ប្រព្រឹត្តពីថ្ងៃទី២៧ ដល់ ២៩ ខែតុលា ឆ្នាំ២០០៨ ។ មន្ត្រីសម្ភាសន៍សុទ្ធតែមានបទពិសោធន៍ពីអង្កេតមុនៗ ដូចជា អង្កេតសង្គមកិច្ច-សេដ្ឋកិច្ចកម្ពុជា ជាដើម ។ ម៉្យាងទៀតមន្ត្រីទាំងអស់បានឆ្លងកាត់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលចំនួន ៣ថ្ងៃ គឺចាប់ពីថ្ងៃទី៣ ដល់ ៥ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ ។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្តោតលើការជ្រើសរើសប៉ាន់គំរូ ការឱ្យមន្ត្រីសម្ភាសន៍យល់ច្បាស់ពីតារាងសំណួរ និងរបៀបនៃការវាស់វែងមនុស្សមាត្រ ។ ការប្រមូលទិន្នន័យចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី៦ខែវិច្ឆិកា ដល់ បំណាច់ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ ។ ប៉ុន្តែដោយសាររដូវវស្សាអូសបន្លាយពេលយូរ អង្កេតមិនបានចប់សព្វគ្រប់តាមការកំណត់ទុក ដោយនៅសល់ភូមិចំនួន ២ ទៅ ៣ ដែលមិនបានសម្ភាសន៍ ។ ការសម្ភាសន៍សម្រាប់ភូមិដែលនៅសល់ត្រូវបានបន្តនាពាក់កណ្តាលខែធ្នូ និងត្រូវបានបញ្ចប់ជាស្ថាពរចុងខែដដែល ។

មន្ត្រីបញ្ចូលទិន្នន័យ មានការយល់ច្បាស់ពីតារាងសំណួរអង្កេតនេះ ក៏ព្រោះតែមន្ត្រីទាំងអស់បានចូលរួមក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនាពេលកន្លងមក ។ ការសរសេរកម្មវិធីបញ្ចូលទិន្នន័យបានប្រើប្រាស់នូវកម្មវិធី SQL សម្រាប់បង្រួមនូវកំហុសឆ្គងក្នុងពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ ។ មន្ត្រីបញ្ចូលទិន្នន័យមានចំនួន ២០ នាក់ ដោយចាប់ដំណើរការបញ្ចូលទិន្នន័យពីដើមខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៨ និងបានបញ្ចប់នូវពេលពាក់កណ្តាលខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០០៩ ។

ជំពូកទី១

បណ្ដាសូចនាករសម្រាប់ចាត់ថ្នាក់បន្ទាន់

ជំពូកនេះ ផ្តោតទៅលើសូចនាករសំខាន់ៗ ដែលទាក់ទងនឹងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលមុនអង្កេត និងទំនាក់ទំនងនៃបញ្ហាទំនិញ និងអាហារឡើងថ្លៃជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបបន្ទាន់ ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងស្ត្រីនឹងបង្ហាញនៅក្នុងសូចនាករមនុស្សមាត្រ ក៏ដូចជា ទំនាក់ទំនងរវាងសុខភាព និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។

ចំនុចនេះក៏ផ្តោតផងដែរ លើការសិក្សានូវទំនាក់ទំនងរវាងមាតា និងកុមារក្នុងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភល្អដោយសំអាងលើសូចនាករមនុស្សមាត្រ និងសន្ទស្សន៍សមាសភាពរាង្គកាយ ។ ការមានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់បរិបូរណ៍ គឺជាកត្តាល្អសម្រាប់ការរួចផុតពីភាពក្រិន កង្វះទម្ងន់ ស្គម និងជម្ងឺនានា និងអាចធ្វើឱ្យគ្រួសាររួចផុតពីការចំណាយធនធានខ្ពស់សម្រាប់គាំពារសុខភាពក្នុងពេលដែលថ្លៃទំនិញ និងអាហារកើនឡើងខ្ពស់ ។

ទំនិញ និងម្ហូបអាហារឡើងថ្លៃខ្ពស់ ក៏ដូចជាអសន្តិសុខស្បៀងដោយអន្លើ បានធ្វើឱ្យក្រុមគ្រួសារខ្លះរិះរកមធ្យោបាយមួយចំនួនដែលមានលក្ខណៈងាយស្រួល និងអាចបត់បែនបាន ដើម្បីឆ្លើយតបបន្ទាន់ និងសម្រួលដល់ការរស់នៅ និងការរស់រានមានជីវិត ។ ផ្ទុយទៅវិញទោះបីជាមិនមានបំណងក្តីមធ្យោបាយនោះ អាចធ្វើឱ្យសមាជិកខ្លះក្នុងគ្រួសារជួបប្រទះនូវផលប៉ះពាល់ពីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ។ យ៉ាងណាមិញ សន្ទស្សន៍យុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបបន្ទាន់ដែលបានយកមកប្រើប្រាស់ គឺជាសូចនាករសំខាន់សម្រាប់តាមដាន និងវិភាគលើស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ និងសន្តិសុខស្បៀងរបស់គ្រួសារ ។

១. មនុស្សមាត្រ និងកង្វះមីក្រូសារជាតិ

ដើម្បីកំណត់បាននូវរូបរាងខុសគ្នារបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ និងគ្រប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ រង្វាស់មនុស្សមាត្រនានាត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ និងធ្វើការបកស្រាយបន្ថែមទៅតាមសាវតាររបស់អង្កេត ។ ជាធម្មតា ការកំណត់អត្ថន័យ និងនិយមន័យនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គឺជារឿងពិបាកនៅពេលដែលគ្មានវិធីសាស្ត្រត្រឹមត្រូវសម្រាប់វាស់លើខ្លួនមនុស្ស ។ វិធីសាស្ត្រមនុស្សមាត្រកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ គឺសំដៅលើកម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ (ទាប/ខ្ពស់) ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ (ធាត់/ស្គម) និងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ (លើស/ខ្វះទម្ងន់) ពិន្ទុក្រោម២ នៃតម្លៃអវិជ្ជមានតាមគម្លាតស្តង់ដា ។ កង្វះទម្ងន់អាចមានន័យថា អត្រាស្គមរួមជាមួយនឹងអត្រាទាប (ដោយអង្គការ Helen Keller International, 2002) ។ រីឯសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយ (BMI) របស់ស្ត្រី ដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ជាសន្ទស្សន៍នៃទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់លើកជាម៉ែត្រការេ (Kg/m^2)។ សន្ទស្សន៍ទាំងអស់នេះ ផ្តល់នូវព័ត៌មានខុសគ្នាអំពីការលូតលាស់រាងកាយ ក៏ដូចជាទំនាក់ទំនងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងមាតា ។

ជាទូទៅសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា និងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដទៃទៀត កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ សម្គាល់លើភាពក្រិន ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ គឺជាអត្រាស្គមហើយទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ បង្ហាញពីអាការៈកង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ។ ប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គសម្រាប់ទប់ទល់ជាមួយនឹងជម្ងឺចាប់ផ្តើមចុះខ្សោយនៅពេលដែលកុមារជួបកង្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភហើយដំណាលគ្នានោះ បង្កជាជម្ងឺឆ្លងនានា ។ ក្នុងន័យនេះ កុមារក្នុងស្ថានភាពអាហាររូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយនឹងជួបនូវហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជម្ងឺកុមារ (រាក រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម និងគ្រុនក្តៅ) ។ ផ្ទុយទៅវិញ ទោះបីជាអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយត្រូវបានកាត់បន្ថយ ក៏កង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅតែជាបញ្ហាចម្បង (ដោយលោក Peter Hess & Clark Ross, 1997) ។

កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ គឺជាកត្តាចម្បងដែលត្រូវយល់ដឹង ។ សម្រាប់រយៈពេលខ្លី មូលហេតុទាំងពីរនេះបង្កឱ្យមានជម្ងឺឆ្លង អត្រាមរណៈ និងបាត់បង់លទ្ធភាពផ្នែកសារពាង្គកាយ ។ ចំណែកឯរយៈពេលវែង បង្កជាផលអវិជ្ជមានដូចជា : ទំហំរីកលូតលាស់ បញ្ញាសារពាង្គកាយ សមត្ថភាព មុខងារស៊ាំនឹងមេរោគ សុខភាពបន្តពូជ ផលិតភាពសេដ្ឋកិច្ចរបស់គ្រួសារ ក៏ដូចជាសេដ្ឋកិច្ចរបស់ប្រទេសជាតិទាំងមូល ។

១.១. មនុស្សមាត្រកុមារ

តាមលទ្ធផលរបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា បង្ហាញថាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ នៅតែបន្តជាបញ្ហាចម្បងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ សូចនាករសំខាន់ៗសម្រាប់សិក្សាលើនិន្នាការប្រែប្រួលនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដូចជា : ស្គមស្គាំង ភាពក្រិន និងខ្វះទម្ងន់ ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ចំនួន ១៥ ភាគរយ ៤៥ ភាគរយ និង ៤៥ ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០០០ ថយចុះមកត្រឹម ៧ ភាគរយ ៣៧ ភាគរយ និង ៣៦ ភាគរយ សម្រាប់ ឆ្នាំ២០០៥[២] ។

ភាពក្រិនត្រូវបានរកឃើញមានការផ្លាស់ប្តូរខ្លាំងក្នុងន័យស្ថិតិ ។ ជារួមការធ្លាក់ចុះនេះ មានប្រហែលជាពាក់កណ្តាលក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ មក ។ ផ្ទុយទៅវិញ ទោះបីជាមានការរីកចម្រើនក្តីនូវស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ក៏កុមារកម្ពុជាជាមធ្យមមានភាពក្រិនប្រហែល ៣ ដង ច្រើនជាងកុមារដែលមានសុខភាពល្អបរិបូណ៍ ។

យ៉ាងណាមិញ ការគណនាថ្មីតាមរូបមន្តរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានបង្ហាញនូវអត្រាថ្មីនាឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ នៃសូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង៣របស់កុមារ ។ (រាល់ព័ត៌មានថ្មីផ្តើម

[២] តាមរូបមន្តចាស់ដែលបានប្រើប្រាស់ដោយ អ.ប្រ.ស.ក

ចេញពីការគណនាតាមរូបមន្តរបស់អង្គការ WHO សម្រាប់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ សូមមើលក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី២ ស្តីពីមនុស្សមាត្រកុមារឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥) ។

ការបែងចែកសូចនាករនានារបស់មនុស្សមាត្រកុមារនៃអង្កេតឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញពីគម្លាតខុសគ្នាខ្លាំងរវាងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភនៃក្រុមគ្រួសារអ្នកមាន និងក្រុមគ្រួសារអ្នកក្រដែលមានកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដូចដែលបង្ហាញក្នុងតារាងខាងក្រោម ។

តារាងលេខ ១ : សូចនាករស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភតាមរយៈកម្រិតធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ

លក្ខណៈប្រវត្តិ	កុមារស្គម <-2 SD	កុមារក្រិន <-2 SD	កុមារខ្វះទម្ងន់ <-2 SD
ធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ			
ក្របំផុត	៨.៦	៤៨.១	៣៤.៥
ក្រ	១១.៧	៤២.៦	៣៣.៥
មធ្យម	៧.៧	៤១.១	២៩.៩
មាន	៨.០	៣៨.៣	២៧.៨
មានបំផុត	៨.៩	២៨.៦	១៩.៣
សរុប	៨.៩	៣៩.៥	២៨.៨

ទោះបីជាសូចនាករកុមារស្គម នៅមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ទាបជាងបណ្តាសូចនាករអាហារូបត្ថម្ភផ្សេងៗក៏ដោយ ក៏កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិមិនបានរារាំងកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ឱ្យផុតពីបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភទេ ។

គ. ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់

ភាពស្គម បង្ហាញនូវទម្រង់ឱនភាពសមាសភាពធាត់ ដែលអាចបណ្តាលមកពីកត្តារារាំងដល់ការកើនឡើងទម្ងន់ ឬក៏ការធ្លាក់ចុះនូវទម្ងន់ ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃកុមារស្គម មានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយក្នុងរយៈពេលខ្លី ការទទួលទានអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់ ស្បៀងគ្រួសារខ្សត់ខ្សោយដោយអន្លើ និងជម្ងឺថ្មីៗ ។ អសន្តិសុខស្បៀងអាហារបង្កឱ្យគ្រួសារខ្វះ ខ្វះលទ្ធភាពក្នុងការបរិភោគគ្រប់គ្រាន់ ។ ការបរិភោគគ្រប់គ្រាន់ គឺជាប្រភពសំខាន់បង្កើតជាថាមពល និងសារជាតិសម្រាប់ទ្រទ្រង់ និងលូតលាស់សារពាង្គកាយ ។

អត្រាស្គមខ្ពស់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ (តារាងលេខ ២) គឺឃើញមាននៅក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ១១ ខែ ជាមួយនឹងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ ១១.៨ ភាគរយ ។

អត្រាខ្ពស់នេះ ទំនងបណ្តាលមកពីទារកចាប់ផ្តើមមានតម្រូវការខ្ពស់ផ្នែកមីក្រូសារជាតិដែលមាននៅក្នុងប្រភេទអាហារ និងទឹកដោះម្តាយ ។

តារាងលេខ ២ : ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់របស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 0 ទៅ ៥៩ ខែ

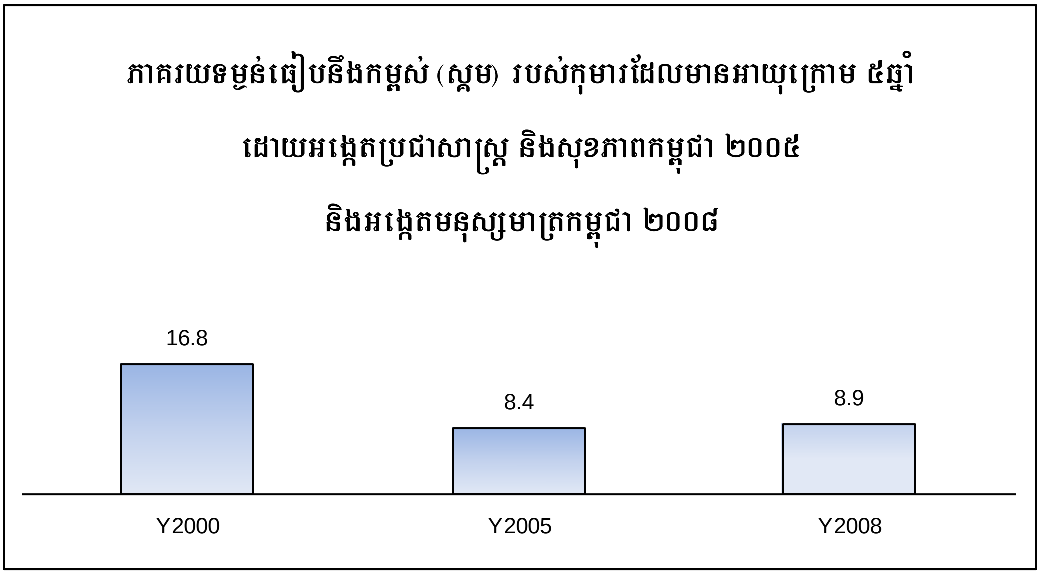
ភាគរយទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ (ស្គម) របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់**			
អាយុជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	ចំនួនកុមារ
0 - 5	2.0	9.8	-0.14	618
6 - 11	2.8	11.8	-0.60	824
12 - 23	1.8	9.8	-0.71	1706
24 - 35	2.2	10.1	-0.69	1434
36 - 47	1.5	7.1	-0.68	1343
48 - 59	0.9	5.5	-0.68	1094
ភេទ				
ប្រុស	2.1	9.7	-0.64	3585
ស្រី	1.6	8.0	-0.62	3434
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	1.6	8.5	-0.44	1217
ទីជនបទ	1.9	9.0	-0.67	5801
កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ				
ក្របំផុត	1.6	8.6	-0.65	1344
ក្រ	3.2	11.7	-0.71	1261
មធ្យម	1.5	7.7	-0.66	1469
មាន	1.5	8.0	-0.64	1452
មានបំផុត	1.6	8.9	-0.51	1481
សរុប	**1.8**	**8.9**	**-0.63**	**7019**

ទោះបីជាទិន្នន័យបង្ហាញនូវគម្លាតខុសគ្នាខ្លាំងរវាងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ តាមកម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិក៏ដោយ ក៏មានការខុសគ្នាតែបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះរវាងតំបន់ទីប្រជុំជន និងតំបន់ទីជនបទ ។ តាមរយៈតារាងនេះ កុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភមានគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងផ្ទៃប្រទេស មិនថាតែក្នុងសហគមន៍ ឬគ្រួសារក្រីក្របំផុតនោះទេ ។ ក្នុងកាលៈទេសៈនេះ កត្តាសេដ្ឋកិច្ចរបស់គ្រួសារ ទំនងមិនមែនជាភ្នាក់ងារសំខាន់ដែលជួយលើកកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារនោះទេ ។ គឺនៅមានភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ដូចជា :

អាយុ និងទំហំរបស់ទារកនៅពេលកើត កម្រិតនៃការអប់រំរបស់មាតាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ និងវិធីសាស្ត្រនៃការចិញ្ចឹមកូន (ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ និងការផ្ដល់អាហារបន្ថែមត្រឹមត្រូវ) ។

យ៉ាងណាមិញក្នុងកម្រិតប្រទេស យើងឃើញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ស្គមរបស់កុមារ គឺមិនមានប្រែប្រួលសំខាន់នោះទេធៀបនឹងឆ្នាំ២០០៥ របស់ អ.ប្រ.ស.ក (រូបភាពលេខ ១) ។

រូបភាពលេខ ១ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៃភាពស្គមរបស់កុមារ



ខ. កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ

គឺជាសូចនាករខ្សែបន្ទាត់នៃភាពរីកលូតលាស់យឺតយ៉ាវ (ឆ្អឹងជងខ្លួន) ឬក៏ការឈប់រីកចម្រើននៃកម្ពស់របស់ទារក និងកុមារធៀបនឹងអាយុ ។ មានន័យថា ភាពក្រិនជានិច្ចកាលត្រូវបានកត់សម្គាល់លើអាយុលូតលាស់របស់ក្មេង ហើយលទ្ធផលបង្ហាញនូវកម្ពស់មិនបានឆ្លើយតបទៅនឹងទម្ងន់ ។ តាមការរកឃើញបង្ហាញថា ប្រសិនកុមារមានភាពក្រិនធ្ងន់ធ្ងរក្នុងវ័យកំពុងលូតលាស់ នោះភាពក្រិននឹងស្ថិតនៅលើកុមារ នោះជារៀងរហូត ។ កម្រិតភាពក្រិនធ្ងន់ធ្ងរអាចបណ្ដាលមកពីការទទួលអាហារូបត្ថម្ភមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងអំឡុងពេលយូរ ជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងធនធានគ្រួសារខ្សត់ខ្សោយ ។ ដូច្នេះការប្រែប្រួលអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ មិនមែនដោយសារតែការទទួលអាហារប្រចាំថ្ងៃក្នុងរយៈពេលខ្លីមិនបានគ្រប់គ្រាន់នោះទេ ។

ប្រេវ៉ាឡង់ភាពក្រិន ពិន្ទុក្រោម២ នៃតម្លៃអវិជ្ជមានតាមគម្លាតស្តង់ដា (<-2SD) តំណាងឱ្យក្រុមកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានកម្រិតខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងទៅតាមអាយុ និងកម្រិតធនធានទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងន័យស្ថិតិ (តារាងលេខ ៣) ។

តារាងលេខ ៣ : កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 0 ទៅ ៥៩ ខែ

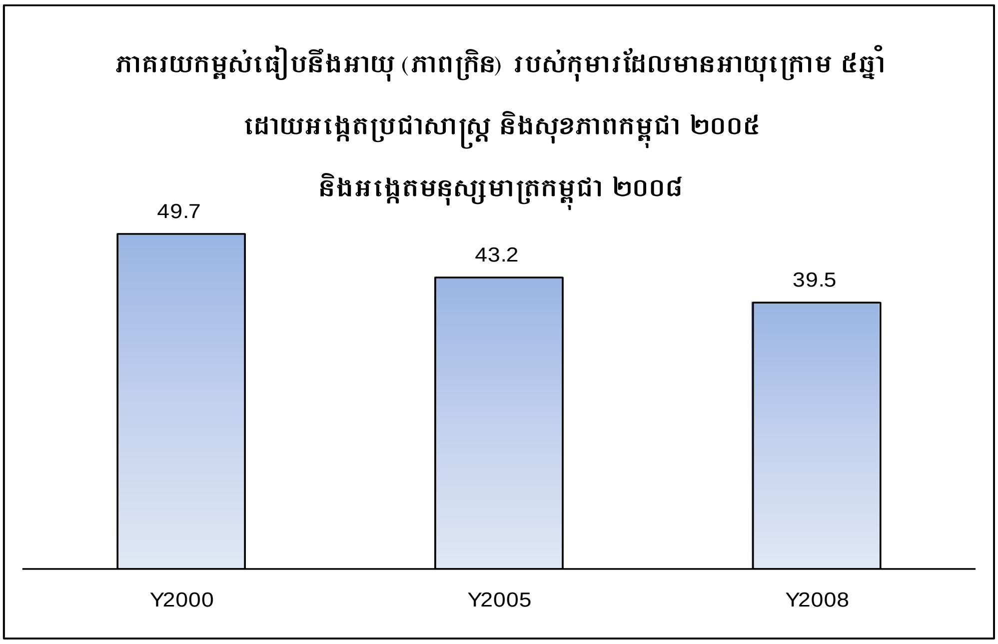
ភាគរយកម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ (ក្រិន) របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែង ការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ**			
អាយុជាខែ	**< - 3 SD**	**< - 2 SD**	**មធ្យម**	**ចំនួនកុមារ**
0 - 5	5.6	14.5	-0.34	618
6 - 11	4.3	14.5	-0.48	824
12 - 23	13.7	35.2	-1.32	1706
24 - 35	22.1	49.1	-1.49	1434
36 - 47	23.4	50.7	-2.13	1343
48 - 59	25.7	53.1	-2.29	1094
ភេទ				
ប្រុស	18.1	40.9	-1.62	3585
ស្រី	16.5	38.1	-1.52	3434
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	14.7	31.9	-1.25	1217
ទីជនបទ	17.9	41.1	-1.64	5801
កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ				
ក្របំផុត	21.5	48.1	-1.9	1344
ក្រ	20.1	42.6	-1.7	1261
មធ្យម	18.4	41.1	-1.6	1469
មាន	17.0	38.3	-1.5	1452
មានបំផុត	10.3	28.6	-1.2	1481
សរុប	**17.3**	**39.5**	**-1.6**	**7019**

ដូចដែលបានបង្ហាញក្នុងតារាងលេខ ៣ កុមារកម្ពុជាដែលមានអាយុត្រឹមតែ ៣ឆ្នាំ មានភាពក្រិនប្រហែលជិតពាក់កណ្ដាល ក្នុងនោះភាពក្រិន មានខ្ពស់នៅក្នុងតំបន់ជនបទ (៤១.១ ភាគរយ) និងប្រមាណជា ៣១.៩ ភាគរយ នៅតំបន់ទីប្រជុំជន ។ ប៉ុន្តែមិនមានភាពខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សម្គាល់តាមភេទរបស់កុមារនោះទេ ។ ផ្ទុយទៅវិញ កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិរបស់គ្រួសារកាន់តែច្រើន ប្រេវ៉ាឡង់ភាពក្រិនរបស់កុមារ គឺកាន់តែទាប ។ តារាងខាងលើ បង្ហាញនូវអត្រាភាគរយខុសគ្នាប្រមាណជា ២០ ពី ៤៨.១ ភាគរយ សម្រាប់កុមារដែលមានគ្រួសារក្របំផុត និង ២៨.៦ ភាគរយ សម្រាប់កុមារដែលគ្រួសារមានជីវភាពធូរធារបំផុត ។

សម្រាប់កម្រិតជាតិ ភាពក្រិនរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បានធ្លាក់ចុះពី ៤៣.២ ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០០៥ មកនៅត្រឹម ៣៩.៥ ភាគរយសម្រាប់ឆ្នាំ២០០៨ (ធ្លាក់ចុះអត្រាភាគរយបានចំនួន ៣ ដូចដែលឃើញមានពីឆ្នាំ២០០០ ទៅឆ្នាំ២០០៥) ។ ប៉ុន្តែនៅពេលយើងមើលនៅលើអាយុរបស់កុមារ ទៅតាមក្រុមអាយុនិមួយៗ នោះយើងសង្កេតឃើញថានៅមានគម្លាតខុសគ្នាច្រើន ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ មានចំនួន ៥.៦ ភាគរយ ចំពោះកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ៦ខែ និង ៥៣.១ ភាគរយ សម្រាប់ក្រុម អាយុចាប់ពី ៤៨ ដល់ ៥៩ខែ ។

ដូច្នេះ ទោះបីជាមានផលវិជ្ជមាននៃការធ្លាក់ចុះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ភាពក្រិនរបស់កុមារនៅឆ្នាំ ២០០៨ មែន ក៏កម្រិតភាពក្រិន គឺនៅតែខ្ពស់ហើយចាំបាច់ត្រូវធ្វើការពិចារណា ដើម្បីកាត់បន្ថយនូវ កម្រិតខ្ពស់នេះបន្តទៀត ពីព្រោះថាកុមារកម្ពុជាដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ប្រហែលស្មើរតែ ៤០ ភាគរយ នៅមានបញ្ហាជាមួយកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។

រូបភាពលេខ ២ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៃភាពក្រិនរបស់កុមារ



យើងអាចសន្និដ្ឋានបានថា ក្រៅពីតំបន់រស់នៅ និងជីវភាពសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ កម្ពស់ធៀបនឹង អាយុរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ជាមួយនឹងអាយុរបស់កុមារ ទម្ងន់ និងកម្ពស់របស់ម្តាយ ក៏ដូចជាកម្រិតនៃការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយ (ដោយលោក Haughton, 1997) ។ ដូចគ្នានេះដែរ បញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិស័ង្កសីនៅពេលដែលអត្រាប្រើប្រាស់អាហារប្រភេទសាច់បាន ធ្លាក់ចុះ ក៏អាចជាមូលហេតុមួយបណ្តាលឱ្យកុមារក្លាយទៅជាក្រិន និងមានជម្ងឺរាក ។

គ. ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ

គឺជាការបូកបញ្ចូលគ្នានៃសន្ទស្សន៍កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ និងទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ ។ ដូចគ្នានេះដែរ កង្វះទម្ងន់ឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រែប្រួលរយៈពេលខ្លី និងវែងនៃការមានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ ។ ក៏ប៉ុន្តែកុមារដែលមានសុខភាពបរិបូណ៌ ក៏មិនប្រាកដថាមានទម្ងន់គ្រប់គ្រាន់ទេ ។ ក្រៅពីកត្តាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ជាពិសេសជម្ងឺកុមារ (បណ្តាលមកពីប្រព័ន្ធការពាររាងកាយចុះខ្សោយ) ក៏នៅមានកត្តាផ្សេងទៀតដូចជា : ទម្ងន់នាពេលកើតរបស់ទារក ក៏ជាបុព្វហេតុសំខាន់ផងដែរដែលមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតដិតជាមួយបញ្ហាកង្វះទម្ងន់ (ដោយអង្គការ WFP, 2006) ។

កង្វះទម្ងន់ដូចដែលបានពន្យល់ដោយទិន្នន័យនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៨ កន្លងទៅថ្មីៗនេះ (តារាងលេខ ៤) មាន អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ចំនួនប្រមាណ ២៨.៨ ភាគរយ ។ អត្រាខ្ពស់នេះ គឺអាចបណ្តាលមកពីការទាក់ទងគ្នារវាងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់របស់ភាពក្រិន (៣៩.៥ ភាគរយ) ។

តារាងលេខ ៤ : ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 0 ទៅ ៥៩ ខែ

ភាគរយទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ (កង្វះទម្ងន់) របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ**			
អាយុជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	ចំនួនកុមារ
0 – 5	1.5	7.5	-0.44	618
6 - 11	2.8	15.6	-0.79	824
12 - 23	6.5	25.4	-1.18	1706
24 - 35	11.2	33.5	-1.56	1434
36 - 47	13.1	36.2	-1.72	1343
48 - 59	14.3	40.5	-1.85	1094
ភេទ				
ប្រុស	9.2	28.4	-1.36	3585
ស្រី	9.0	29.2	-1.35	3434
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	6.9	21.1	-1.02	1217
ទីជនបទ	9.5	30.4	-1.43	5801
កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ				
ក្របំផុត	12.2	34.5	-1.5	1344
ក្រ	11.4	33.5	-1.5	1261
មធ្យម	9.3	29.9	-1.4	1469
មាន	8.1	27.8	-1.3	1452
មានបំផុត	5.0	19.3	-1.4	1481
សរុប	**9.1**	**28.8**	**-1.35**	**7019**

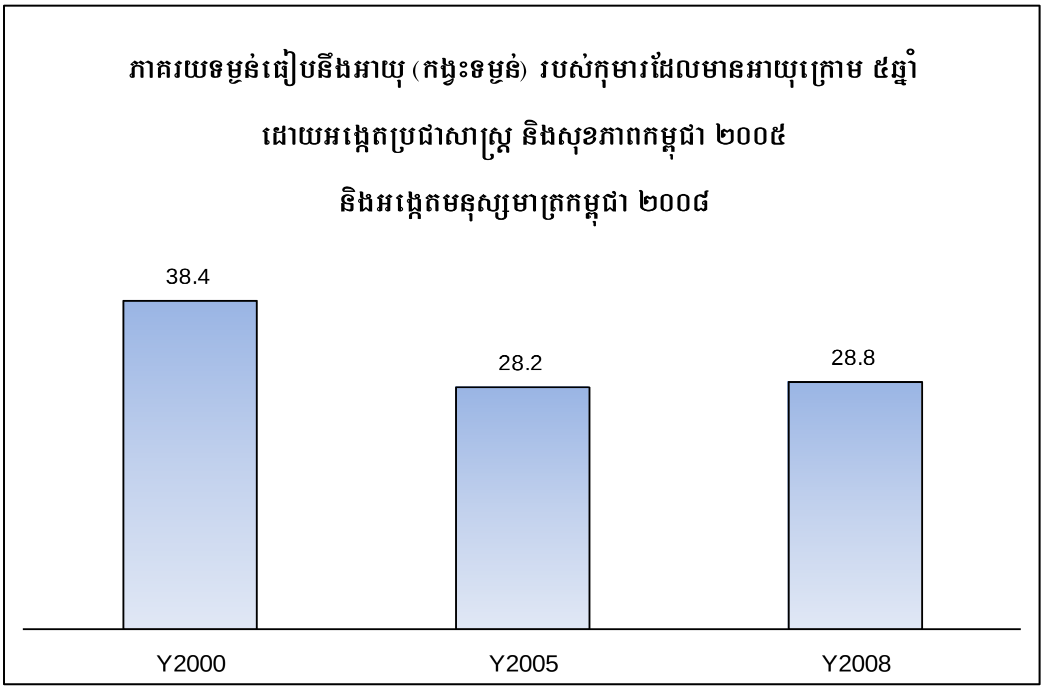
អត្រាខ្វះទម្ងន់មិនមានជាបញ្ហាចោទ និងខុសគ្នាប៉ុន្មានទេកំឡុងពេល ៦ ខែ ដំបូង ទំនងដោយសារការចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខ និងមូលហេតុទម្ងន់នៅពេលកើត ។ ប៉ុន្តែអត្រាបានចាប់ផ្ដើមប្រែប្រួលយ៉ាងឆាប់រហ័សចាប់ពីអាយុ ៦ ខែ ឡើងទៅ ពីព្រោះទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខពុំមែនជាតម្រូវការគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់វ័យលូតលាស់របស់កុមារ ។ មានបុព្វហេតុពីរយ៉ាង (ការវិលចុះវិលឡើងស្ថានភាពកង្វះទម្ងន់ និងរបៀបចិញ្ចឹម) អាចបណ្ដាលឱ្យកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ខែ ឡើងទៅជួបនឹងបញ្ហាកង្វះទម្ងន់ ឬអាហាររូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។

- ប្រសិនទារកជួបនូវបញ្ហាកង្វះទម្ងន់នៅពេលកើត នោះកង្វះទម្ងន់នៅតែបន្តរហូតមក ទោះបីជាអាយុកុមារកាន់តែច្រើនក្តី ។
- នៅពេលដែលកុមារគួរតែត្រូវបានផ្តល់អាហារបន្ថែមដែលមានជីវជាតិ និងបន្តនូវការចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ ប៉ុន្តែការផ្តល់អាហារបន្ថែមស្ថិតនៅក្នុងលក្ខណៈ យឺតពេល មិនគ្រប់គ្រាន់ និងមិនសមរម្យ ស្របពេលចំនួននៃការបៅទឹកដោះម្តាយត្រូវបានកាត់បន្ថយ ។

ជាលទ្ធផល ពីរនាក់ក្នុងចំណោម៥នាក់នៃកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៤៨ ទៅ ៥៩ ខែ មានបញ្ហាកង្វះទម្ងន់ខ្ពស់គួរឱ្យបារម្ភ ។ ផ្ទុយទៅវិញទិន្នន័យរបស់អង្កេតបង្ហាញថា នៅពេលដែលជីវភាពគ្រួសារមានការរីកចម្រើន (មានបំផុត) នោះកម្រិតនៃអាហារូបត្ថម្ភមានភាពប្រសើរជាងមុន ហើយបញ្ហាកង្វះទម្ងន់ ក៏នៅក្នុងកម្រិតទាបជាងមុនដែរក្នុងសមាមាត្រ ១៩.៣ ភាគរយ សម្រាប់គ្រួសារ ដែលមានចំណូលខ្ពស់ ទល់នឹង ៣៤.៥ ភាគរយ នៃគ្រួសារក្រីក្របំផុត ។

បញ្ហាកង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បាននឹងកំពុងប្រសើរឡើងចាប់ពីឆ្នាំ ២០០៥ ទៅឆ្នាំ២០០៨ ក្នុងអត្រាខុសគ្នាទៅតាមសូចនាករផ្សេងៗ ជាពិសេស គឺទារកអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៦ ខែ បានថយចុះប្រហែល ៥០ ភាគរយ ដោយមានប្រេវ៉ាឡង់ ៧.៥ ភាគរយនៅឆ្នាំ២០០៨ ចុះពី ១២ ភាគរយនៅឆ្នាំ ២០០៥ ។ ប៉ុន្តែសម្រាប់ថ្នាក់ជាតិក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ភាពរីកចម្រើននៃកុមារកង្វះទម្ងន់ស្ថិតនៅស្ថានភាពនឹងថ្កល់ មានន័យថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មិនមាននិន្នាការប្រែប្រួលគួរឱ្យកត់សម្គាល់ទេចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥ មក (រូបភាពលេខ ១.៣) ។

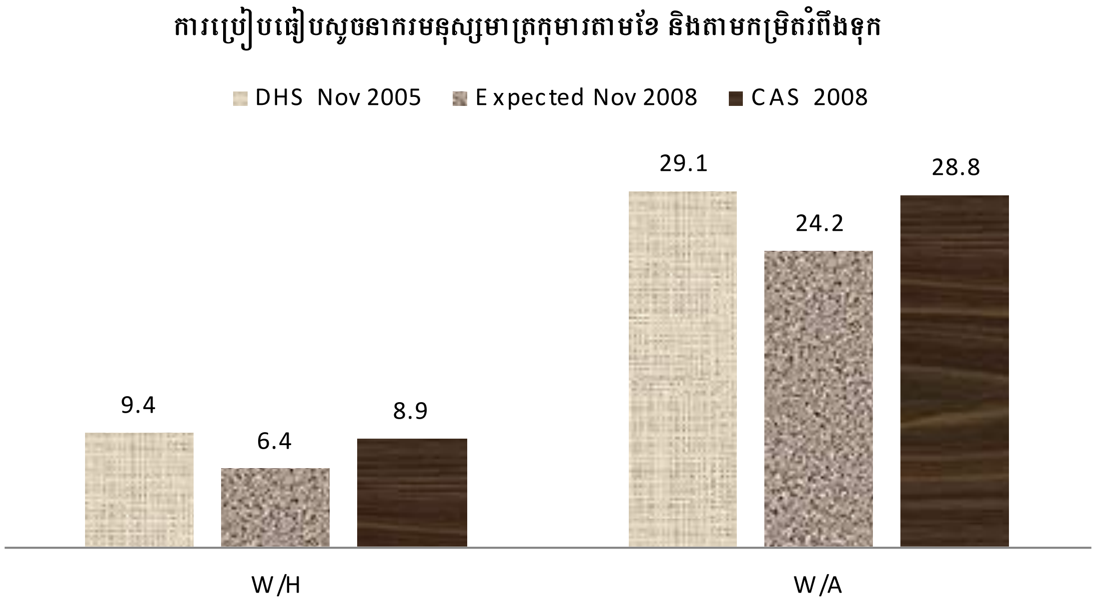
រូបភាពលេខ ៣ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារកង្វះទម្ងន់



អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ត្រូវបានធ្វើក្នុងខែវិច្ឆិកា (រដូវខ្វះមុខខ្វះក្រោយ) គឺជារដូវដែលក្រុមគ្រួសារកសិករភាគច្រើន ចាប់ផ្តើមធ្វើការច្រូតកាត់ផលិតផលកសិកម្មជាពិសេសស្រូវ និងស្របពេលដែលមានបញ្ហាតម្លៃអាហារកើនឡើងខ្ពស់ ។ ដូច្នេះ កម្រិតកង្វះអាហារូបត្ថម្ភត្រូវបានគិតថានឹងកើនឡើងខ្ពស់ជាងខែធម្មតា ក៏ដូចជាខែនៃការប៉ាន់ស្មាន ។ ជាលទ្ធផល រដូវនេះអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់វឌ្ឍនភាពនៃសូចនាករទាក់ទងនឹងមនុស្សមាត្រកុមារ (អត្រាកង្វះទម្ងន់) នៅក្នុងកម្រិតណាមួយនោះ ។ (សូមមើលនៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី១ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមខែនិមួយៗ) ។

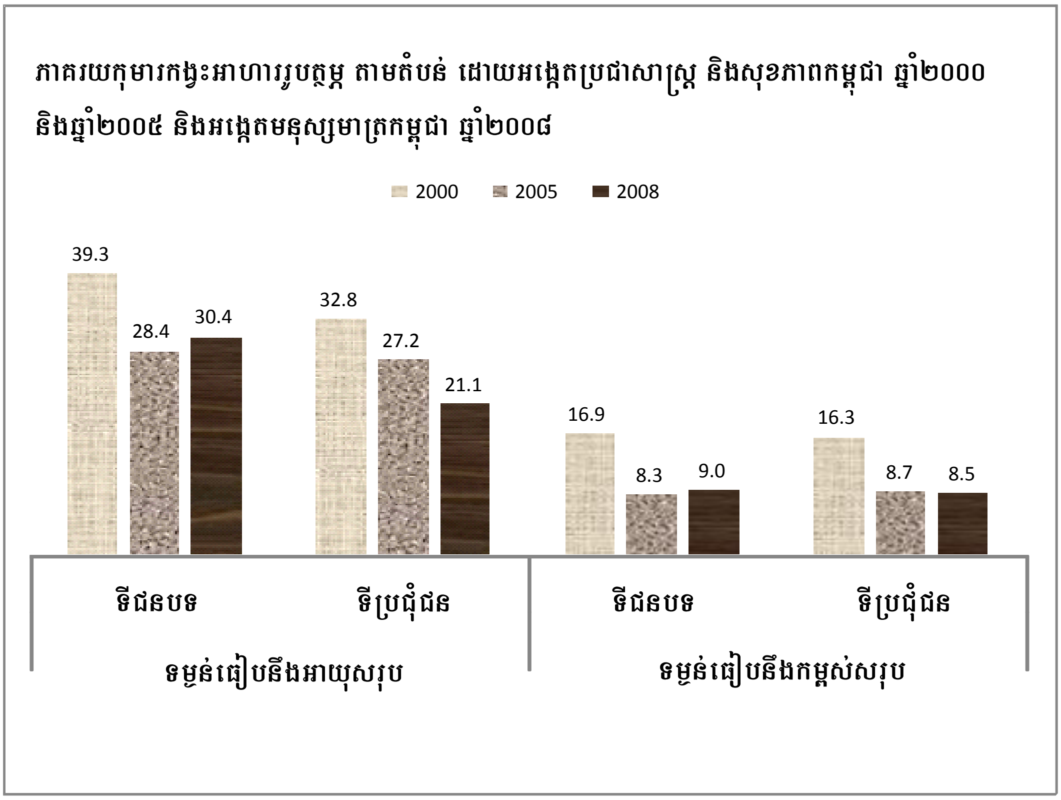
ដោយប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទិន្នន័យដែលទទួលបានបន្ទាប់ពីអង្កេត អត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារស្គមនិងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារកង្វះទម្ងន់ មានការប្រែប្រួលបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះ (រូបភាពលេខ ៤) ។

រូបភាពលេខ ៤ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារក្នុងខែដូចគ្នា



អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ ត្រូវបានធ្វើនៅក្នុងអំឡុងខែវិច្ឆិកា ។ រីឯកម្រិតរំពឹងទុក
គឺជាការគណនាដោយយកលទ្ធផលភាគរយអង្កេតឆ្នាំ២០០០ ដកនឹងអង្កេតឆ្នាំ២០០៥
ហើយបំលែងចូលទៅក្នុងកម្រិតលទ្ធផលដែលមានស្រាប់នៅក្នុងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៥

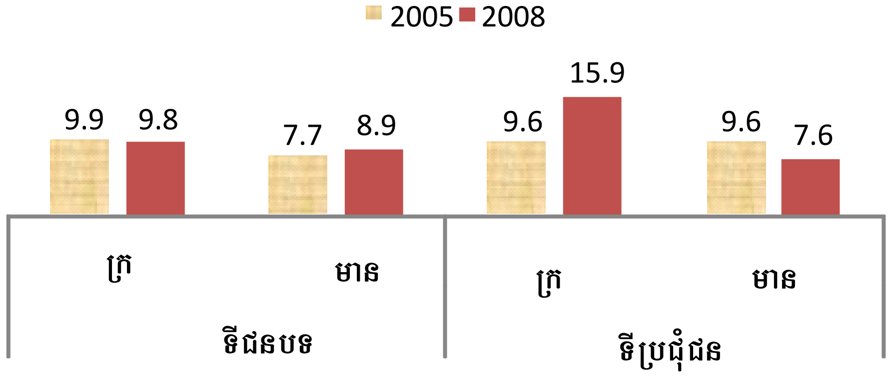
រូបភាពលេខ ៥ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហាររូបត្ថម្ភរបស់កុមារតាមតំបន់រស់នៅ



រូបភាពលេខ ៥ បង្ហាញនូវកម្រិតវិជ្ជមាននៃភាពស្គម និងកង្វះទម្ងន់នៅតាមទីជនបទ ពីឆ្នាំ ២០០០ ទៅឆ្នាំ២០០៥ ប៉ុន្តែភាពរីកចម្រើនទាំងអស់នេះ បានឈប់បន្ទាប់ពីឆ្នាំ២០០៥មក ។ ក៏ប៉ុន្តែ ភាពវិជ្ជមាន នៅឃើញមាននៅក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជន ជាពិសេសអត្រាកង្វះទម្ងន់ដែលអាចជាលទ្ធផល ទំនាក់ទំនងមកពីមានការរីកចម្រើនក្នុងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ភាពគ្រិនរបស់កុមារ ។ ផ្ទុយទៅវិញ ដោយធ្វើ ការបែងចែកទៅតាមតំបន់ និងកម្រិតធនធានគ្រួសារ នោះរូបភាពដដែលបង្ហាញថា កុមារស្គមរបស់ ក្រុមគ្រួសារដែល មានជីវភាពខ្សត់ខ្សោយនៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជនមានចំនួនខ្ពស់ជាង ២ ដង ធៀបនឹង កុមារដែលមានគ្រួសារមានជីវភាពល្អប្រសើរ ។

រូបភាពលេខ ៦ ៖ និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារតាមតំបន់រស់នៅ និងធនធានគ្រួសារ

ភាគរយភាពស្គមរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ទៅតាមតំបន់រស់នៅ និងកម្រិតធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ និងអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

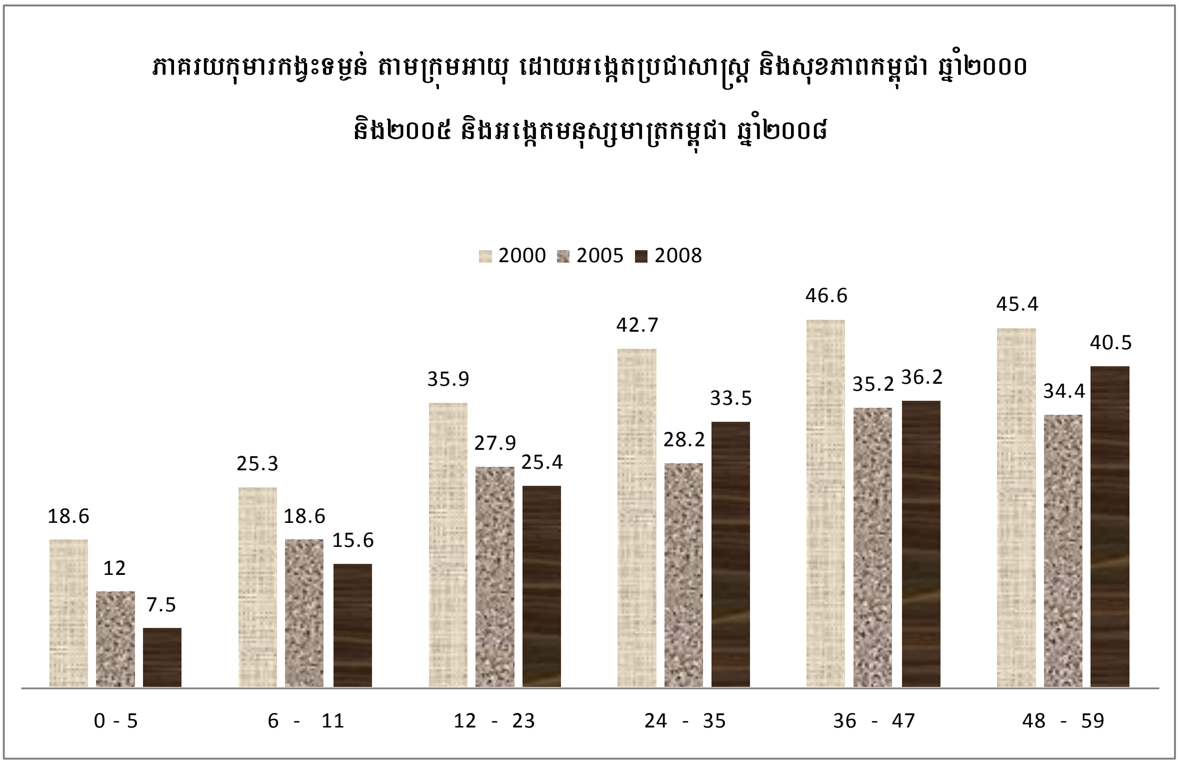


កម្រិតធនធានទ្រព្យសម្បត្តិបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ អ្នកក្របែកចែកជាពីរក្រុម ខណៈដែលអ្នកមានក៏ត្រូវបានបែងចែកជាពីរក្រុមដែរ

និន្នាការអត្រាកង្វះទម្ងន់ បានចាប់ផ្តើមប្រែប្រួលសម្រាប់ក្រុមកុមារនៅពេលដែលត្រូវបានទទួលអាហារបន្ថែម និងស្របពេលដែលសារជាតិពីទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ មិនអាចមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរីកលូតលាស់របស់កុមារ ។ កង្វះទម្ងន់បានធ្លាក់ចុះចំនួន ៣ អត្រាភាគរយ ពីឆ្នាំ ២០០៥ (១៨.៦ ភាគរយ) មកនៅត្រឹម ១៥.៦ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៨ សម្រាប់ក្រុមកុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ១១ ខែ ។

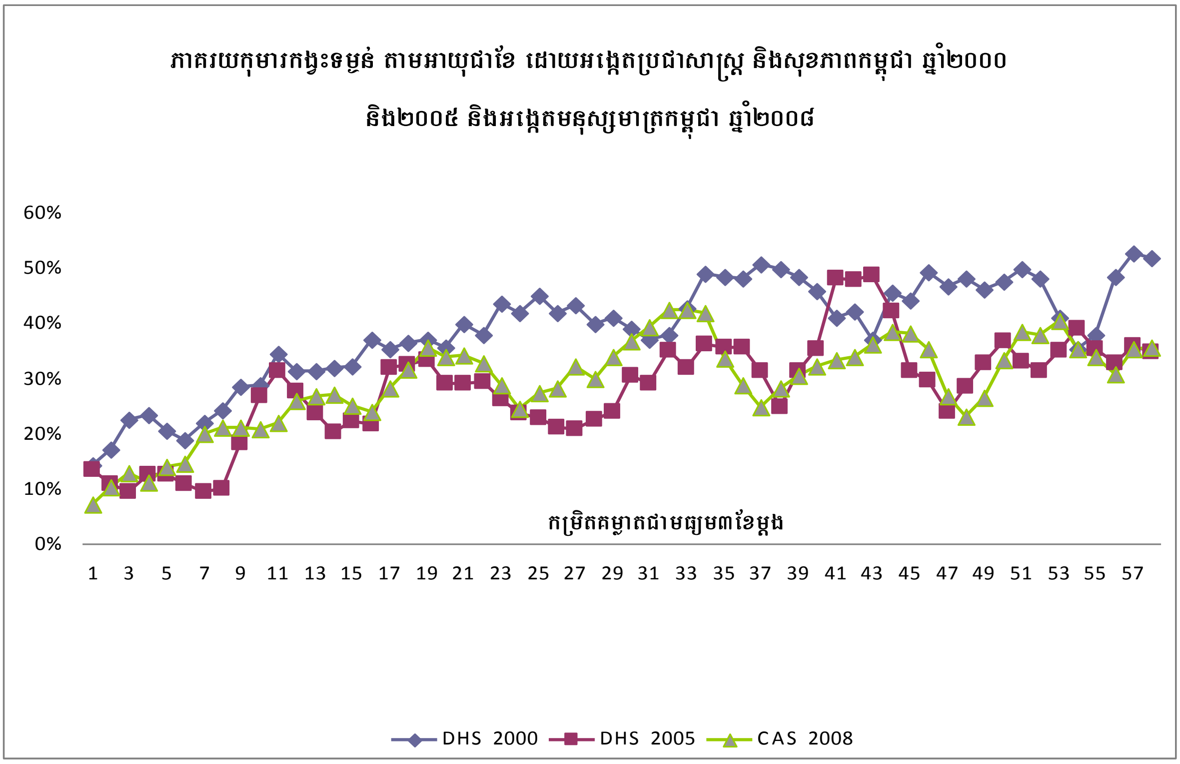
នៅពេលដែលអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ត្រូវបានបែងចែកទៅតាមក្រុមអាយុរបស់កុមារវិញ នោះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កង្វះទម្ងន់របស់ក្រុមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ១១ ខែ បានកើនឡើងប្រហែល ៥០ ភាគរយ ខ្ពស់ជាងធៀបនឹងក្រុមកុមារដែលមានអាយុពី ០ ទៅ ៦ ខែ ។ អត្រាបានបន្តកើនឡើងចំពោះកុមារដែលមានអាយុចាប់ពីមួយឆ្នាំឡើងទៅ ។ រីឯក្រុមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៤៨ ទៅ ៥៩ ខែ ទាំងអស់ ស្ទើរតែ ២ភាគ៥ មានបញ្ហាជាមួយនឹងភាពកង្វះទម្ងន់ (រូបភាពលេខ ៧) ។

រូបភាពលេខ ៧ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារកង្វះទម្ងន់តាមអាយុ



យ៉ាងណាមិញ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ មកដល់ ឆ្នាំ២០០៨ អត្រាកង្វះទម្ងន់មានការថយចុះគួរឱ្យកត់សម្គាល់ចំពោះក្រុមកុមារដែលមានអាយុពី ០ ទៅ ៥ ខែ ។ នេះមានន័យថាកុមារតូចៗមានលក្ខណៈប្រសើរជាមួយស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ។ ដូចគ្នានេះដែរ នៅពេលដែលអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតាមានការរីកចម្រើន នោះក៏អាចជាកត្តាសំខាន់រួមចំណែកការកាត់បន្ថយអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ផងដែរ ។

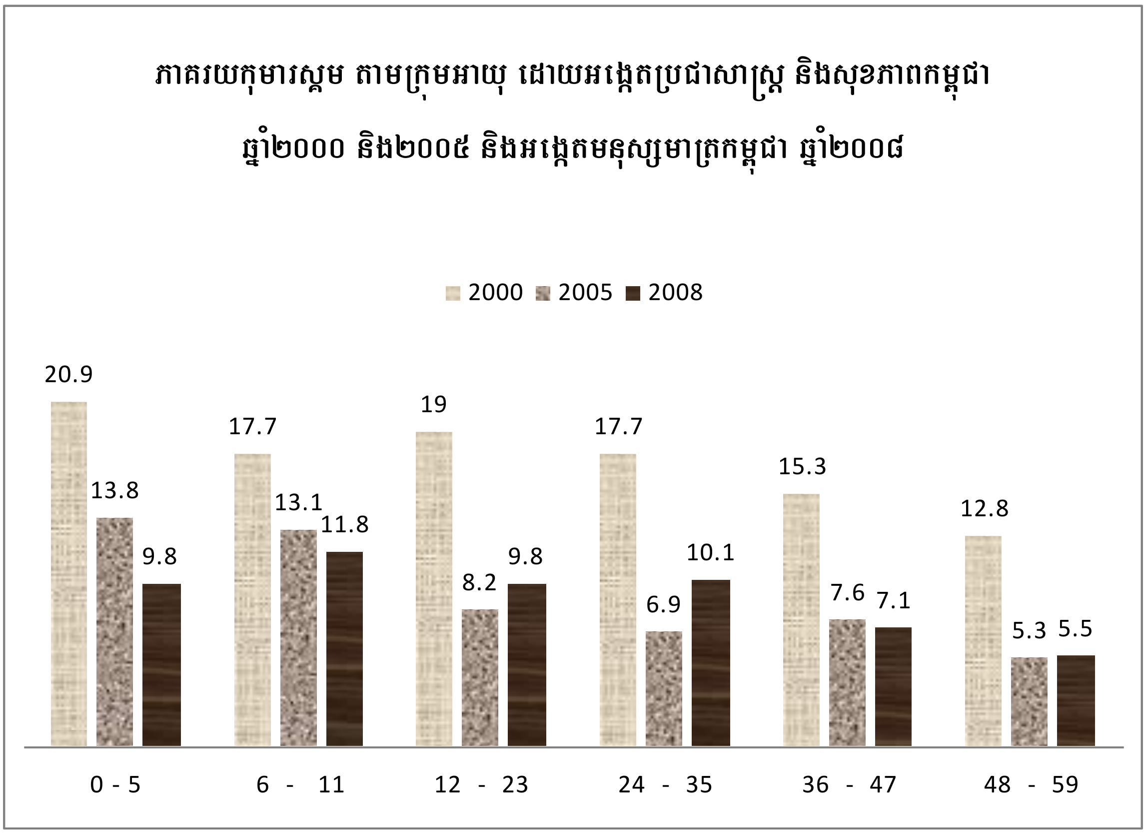
រូបភាពលេខ ៨ : កុមារកង្វះទម្ងន់តាមអាយុ



អ្វីដែលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នោះគឺ អត្រាភាពក្រិន និងកង្វះទម្ងន់កាន់តែខ្ពស់ នៅពេលអាយុកុមារកាន់តែច្រើន ។ ផ្ទុយទៅវិញ អត្រាភាគរយនៃភាពស្គមរបស់កុមារអាយុពី ៤៨ ទៅ ៥៩ ខែ (៥.៥ ភាគរយ) ស្ថិតនៅកម្រិតទាបជាងគេ ដោយបានធ្លាក់ចុះប្រមាណ ៤ អត្រាភាគរយ ពី ៩.៨ ភាគរយសម្រាប់កុមារតូច និងទារកដែលមានអាយុពី ០ ទៅ ៥ ខែ ទៅវិញ (រូបភាពលេខ៩) ។ ប៉ុន្តែមិនមានការបកស្រាយណាមួយដែលអាចចាត់ទុកថាល្អ និងសមស្របច្បាស់លាស់នៅក្នុងចំនុចនេះទេ ក្រៅពីការធ្លាក់ចុះនេះបង្ហាញនូវសញ្ញាល្អចំពោះស្ថានភាព អាហាររូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុកាន់តែច្រើនប៉ុណ្ណោះ ។

ដើម្បីតាមដាននូវសូចនាករនិន្នាការប្រែប្រួលអាហាររូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ការធ្វើអង្កេតថ្មីមួយគួរតែមាន ពីព្រោះថាប្រេវ៉ាឡង់អត្រាស្គមរបស់កុមារអាចកើនឡើង ឬថយចុះនឹងអាស្រ័យលើសុខភាពរបស់កុមារអំឡុងពេលធ្វើអង្កេត ។

រូបភាពលេខ ៩ : និន្នាការប្រែប្រួលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារស្គមតាមអាយុ



១.២. មនុស្សមាត្រស្ត្រី

សូចនាករសំខាន់ពីរសម្រាប់មនុស្សមាត្រស្ត្រី គឺរង្វាស់កម្ពស់ និងសន្ទស្សន៍សមាសភាពរាងកាយ ។ សូចនាករទាំងពីរនេះ ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីតាមដានស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី ។ ស្ត្រីកង្វះអាហារូបត្ថម្ភក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ បង្ហាញនូវអត្រាហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកសុខភាពទារកក្នុងផ្ទៃ ។ ស្ត្រីគ្រប់រូបដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ មានចំនួន ៧.២ ភាគរយ ទល់នឹង ៦.៣ ភាគរយ ត្រូវបានរកឃើញដោយ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ និង អ.ម.ក ឆ្នាំ ២០០៨ ។ ទោះបីជា បានធ្លាក់ចុះចំនួន ១ អត្រាភាគរយ ក៏ពិតមែន ប៉ុន្តែក្នុងន័យស្ថិតិចំនុចនេះ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានការប្រែប្រួលគួរឱ្យកត់សម្គាល់នោះទេ ។

ស្ត្រីគ្រប់រូបដែលត្រូវបានគិតថាប្រឈមនឹងភាពលំបាកក្នុងការផ្តល់កំនើតដល់កូននោះ គឺស្ត្រីគ្រប់រូបដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ ដោយភាគច្រើនស្ថិតនៅក្នុងវ័យបន្តពូជដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ១៩ ឆ្នាំ មានចំនួនជិត ១០ ភាគរយ ។ កម្ពស់ទាបរបស់ស្ត្រីគ្រប់រូបដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ក្នុងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយខ្លាំង ក៏ជាមូលហេតុផងដែលធ្វើឱ្យទារកពិបាកកើត និងស្លាប់នៅពេលសម្រាល ។

តារាងលេខ ៥ : សូចនាករមនុស្សមាត្រមាតា

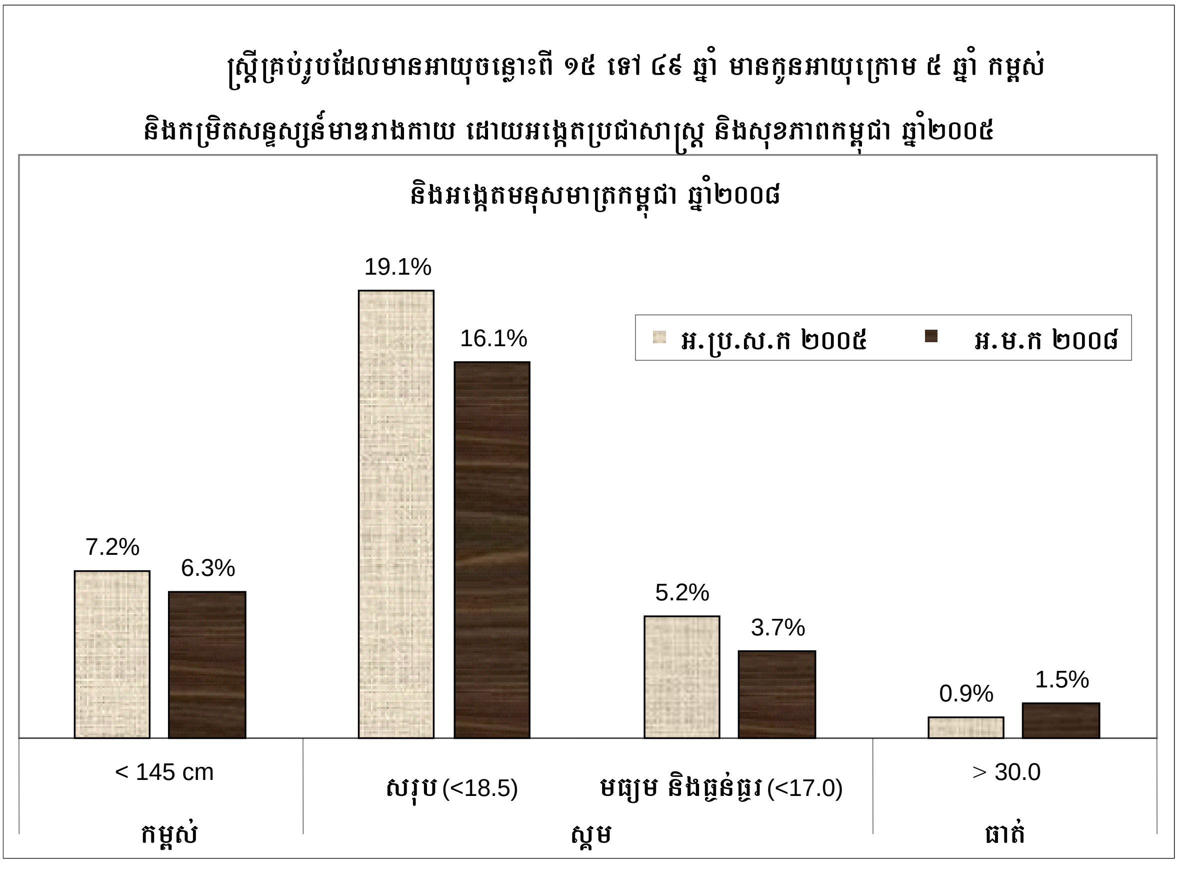
ស្ត្រីគ្រប់រូបមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ដែលមានកូនអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ រួមមាន ភាគរយរបស់ស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយជាមធ្យម និងកម្រិតភាគរយសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយនិមួយៗ ទៅតាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨							
	កម្ពស់		**សន្ទស្សន៍**	**ភាពស្គម**		**ភាពធាត់**	**ចំនួន**
	ភាគរយ កម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ	ចំនួន ស្ត្រី	សមាសភាព រាងកាយ ជាមធ្យម	ភាពស្គម សរុប <18.5	ស្គមល្មម ស្គមខ្លាំង ≤17.0	≥ 30.0	**ស្ត្រី សរុប**
អាយុម្តាយ							
15-19	9.8	183	20.2	21.3	3.2	0.0	145
20-29	5.9	4015	20.9	16.8	3.9	0.7	3477
30-39	6.6	2045	21.8	14.0	3.2	2.5	1860
40-49	7.1	644	21.8	17.5	4.4	3.0	618
តំបន់រស់នៅ							
ទីប្រជុំជន	5.3	1144	22.1	11.4	3	2.6	1048
ទីជនបទ	6.5	5744	21.1	17.1	3.9	1.2	5051
សរុប	**6.3**	**6888**	**21.2**	**16.1**	**3.7**	**1.5**	**6099**

អត្រាភាគរយខ្ពស់ជាងគេបំផុតនៃភាពស្គមរបស់ស្ត្រីដែលមានកូនអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ គឺស្ថិតនៅក្នុងក្រុមអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ១៩ ឆ្នាំ ។ មានន័យថា មួយក្នុងចំណោមស្ត្រី ៥នាក់ដែលតំណាងឱ្យស្ត្រីកម្ពុជាទាំងមូល មានបញ្ហាជាមួយនឹងភាពស្គម ខណៈដែលភាពធាត់ គឺមិនមានសោះ ។ ម្យ៉ាងវិញទៀត ក្នុងចំណោមស្ត្រីស្គមទូទាំងប្រទេស (១៦.១ ភាគរយ) មានស្ត្រីស្គមចំនួន ១៧.១ ភាគរយ រស់នៅតាមតំបន់ទីជនបទ និងមានចំនួន ១១.៤ ភាគរយ រស់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន។ ដូចគ្នានេះដែរ ស្ត្រីមានកម្ពស់ទាប គឺរកឃើញថាមានអត្រាខ្ពស់នៅតំបន់ជនបទ ។

យ៉ាងណាមិញ តាមការវាស់វែងដោយសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយ (BMI) របស់ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជជាមធ្យមមានចំនួន ២០.៩ ភាគរយ (ឧបសម្ព័ន្ធទី២ ស្តីអំពីមនុស្សមាត្រស្ត្រីឆ្នាំ២០០៥) ។ ប៉ុន្តែចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥ មក BMI របស់ស្ត្រីក្នុងចន្លោះអាយុពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ស្ទើរតែពុំមានការផ្លាស់ប្តូរទេ ពោលគឺអត្រាមានត្រឹមតែ ២១.២ ភាគរយ ប៉ុណ្ណោះសម្រាប់ឆ្នាំ២០០៨ ។

រូបភាពលេខ ១០ បកស្រាយនូវការរីកចម្រើននៃភាពស្គម និងកង្វះទម្ងន់ក្នុងចំណោមស្ត្រី ។ ការធ្លាក់ចុះប្រមាណ ៣ អត្រាភាគរយ របស់ស្ត្រីស្គមពីឆ្នាំ២០០៥ (១៩.១ ភាគរយ) មកនៅត្រឹម ១៦.១ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៨ មានអត្ថន័យសំខាន់ក្នុងន័យស្ថិតិ ។ អាការៈស្គមរបស់ស្ត្រី អាចមកពីកត្តាបរិភោគដែលស្ត្រីភាគច្រើនតែងតែបរិភោគតិចជាងគេក្នុងរង្វង់គ្រួសារបន្ទាប់ពីកុមារតូច ។ ជាទូទៅ ការកាត់បន្ថយចំនួនកូនក្នុងគ្រួសារ ឬការមានកូនតាមប្រាថ្នា និងចន្លោះពេលយូរនៃការផ្តល់កំណើតកូន ដែលបានរកឃើញដោយ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ អាចរួមចំណែកក្នុងការលើកម្ពស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានប្រសើរជាងមុន និងសមស្របសម្រាប់ស្ត្រី ។

រូបភាពលេខ ១០ : និន្នាការប្រែប្រួលមនុស្សមាត្ររបស់មាតា



១.៣. មាតា និងជម្ងឺខ្វាក់មាន់

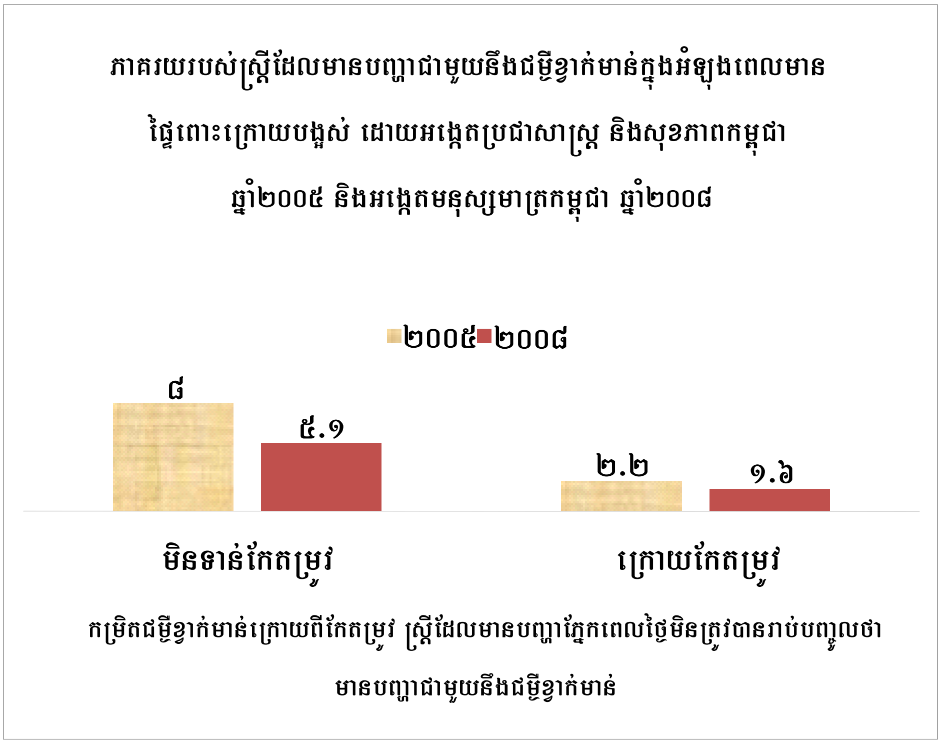
ជីវជាតិអា គឺជាមីក្រូសារជាតិម្យ៉ាងសំខាន់សម្រាប់ប្រព័ន្ធការពារពីភាពពិការភ្នែក និងការចម្លងជម្ងឺ ។ បញ្ហាកង្វះជីវជាតិអាធ្ងន់ធ្ងររបស់មាតាអាចបណ្តាលឱ្យខ្វាក់ ឬពិការភ្នែក ។

តារាងលេខ ៦ : ជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់មាតា

ភាគរយស្ត្រីជាម្តាយ ដែលមានទម្ងន់កូនក្រោយគេបង្អស់ ក្នុងអំឡុងពេល៥ឆ្នាំមុនអង្កេត មានបញ្ហាជាមួយជម្ងឺខ្វាក់មាន់ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨			
	ភាគរយស្ត្រីដែលមានបញ្ហាជាមួយជម្ងឺខ្វាក់មាន់		ចំនួនស្ត្រីសរុប
	ប្រាប់ដោយផ្ទាល់	ក្រោយកែតម្រូវ	
អាយុម្តាយ			
15-19	4.5	1.6	179
20-29	4.5	1.5	3984
30-39	5.9	1.7	2034
40-49	7	1.9	639
តំបន់រស់នៅ			
ទីប្រជុំជន	2.3	0.5	1136
ទីជនបទ	5.7	1.8	5700
សរុប	5.1	1.6	6836

តាមលទ្ធផលរបស់ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ បានបង្ហាញថា ជម្ងឺខ្វាក់មាន់ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានរហូតដល់ ៨ ភាគរយ មុនធ្វើការកែតម្រូវ ។ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (មុនកែតម្រូវ) ដែលប្រាប់ថាមានបញ្ហាជាមួយនឹងជម្ងឺខ្វាក់មាន់ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ភាគច្រើនគឺក្នុងវ័យ ៤០ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ មានចំនួន ៧ ភាគរយ និងនៅតាមទីជនបទមានប្រមាណ ៥.៧ ភាគរយ ។

រូបភាពលេខ ១១ : និន្នាការប្រែប្រួលប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺខ្វាក់មាន់របស់មាតា



ជាទូទៅបើអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្វាក់មាន់របស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ធំជាងឬស្មើ ៥ ភាគរយ នោះគេសន្មតថាជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ ឬក៏មានកំហុសឆ្គងសំណួរសម្ភាសន៍នៅក្នុងអំឡុងពេលអង្កេត ។ មូលហេតុចម្បងមួយដែលធ្វើឱ្យកុមារអាយុក្រោម ២ ឆ្នាំ មានទំនាក់ទំនងជាមួយបញ្ហាកង្វះជីវជាតិអា និងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិដ៏ទៃទៀត គឺអាស្រ័យលើស្ត្រីគ្រប់រូបដែលជាម្តាយដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ មានលទ្ធភាពទទួលបានបរិមាណអាហារដែលមានជីវជាតិគ្រប់គ្រាន់ដែរឺទេ ។ ប្រសិនបើម្តាយមិនបានទទួលទានអាហារដែលមានមីក្រូសារជាតិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ ទារក និងកុមារក្នុងវ័យកំពុងលូតលាស់ ក៏ជួបនូវបញ្ហាកង្វះខាតមីក្រូសារជាតិទាំងអស់នេះដែរ ។ ដូច្នេះកំឡុងពេលអាយុកុមារកើនឡើង ជាពិសេស (៦ ទៅ ២៣ ខែ) អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺឆ្លងទំនងនឹងកើនឡើងដែរ មូលហេតុដោយសារតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ កើនឡើងខ្លាំងខ្ពស់ជាងមុនដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងកម្រិតនៃការលូតលាស់ ។

២. ជម្ងឺកុមារ

មូលហេតុភ្លាមៗនៃកង្វះមីក្រូសារជាតិ បណ្តាលមកពីការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងអំឡុងពេលអសន្តិសុខស្បៀងគ្រួសារ ឬក៏ការទទួលទានអាហារមិនសមស្របពីម្តាយទៅកូន ។ ជាធម្មតាមូលហេតុទាំងពីរខាងលើនេះ មិនបានធ្វើឱ្យកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ទទួលនូវជម្ងឺឆ្លងដោយផ្ទាល់នោះទេ

ក៏ប៉ុន្តែ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ កង្វះអនាម័យក្នុងចំណីអាហារ និងការហូបចុក អាចធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធការពាររាងកាយដែលជាមុខងារសំខាន់សម្រាប់ទ្រទ្រង់រាងកាយ និងទប់ទល់នឹងជម្ងឺរបស់កុមារចុះខ្សោយ ហើយបង្កជាផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ លើស្ថានភាពសុខភាពរបស់កុមារ ។ ជាលទ្ធផល ជម្ងឺឆ្លងនឹងកើតមានឡើង ទោះបីក្នុងកម្រិតមួយតិច ឬច្រើន ។ នៅកម្ពុជា ជាទូទៅជម្ងឺកុមារដែលបានអង្កេតដោយ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ មានដូចជា : ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ជម្ងឺរាក និងគ្រុនក្តៅ ។ ជម្ងឺកុមារទាំងអស់នេះ ប្រែក្លាយជាមូលហេតុធ្ងន់ធ្ងរនៃអត្រាមរណៈភាពខ្ពស់របស់កុមារកម្ពុជា ក៏ដូចជាកុមារនៃប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ដ៏ទៃទៀតដែរ ។

លទ្ធផលរបស់ អ.ម.ក ២០០៨ បង្ហាញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារកើតជម្ងឺ មានកម្រិតខ្ពស់ជាងធម្មតា និងខ្ពស់ជាងការរំពឹងទុកធៀបនឹង អ.ប្រ.ស.ក ២០០០ និង២០០៥ ។ ផ្ទុយទៅវិញ លទ្ធផលខ្លះដែលបានដកស្រង់ចេញពីអង្កេតតាមគ្រួសារ អាចនឹងផ្តល់នូវទិន្នន័យដែលមិនអាចយកជាការបាន ក៏ដូចជាទិន្នន័យ ដែលបានកើតឡើងដោយហេតុការណ៍ចៃដន្យប៉ុណ្ណោះ ជាពិសេសទាក់ទងទៅនឹងការយល់ដឹងពីប្រភេទរោគសញ្ញានៃជម្ងឺនានា ។ ដូច្នេះ រាល់ព័ត៌មានទាក់ទងជាមួយជម្ងឺ ជាពិសេសអត្រាប្រេវ៉ាឡង់គ្រុនក្តៅ និងរាក ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការពិនិត្យ និងវិភាគឱ្យបានដិតដល់ ។ ប្រភពទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងជម្ងឺរបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានដូចជា : ក្រុមកុមារដែលមានអាយុទាបជាងគេ តំបន់ទីជនបទ គ្រួសារក្រីក្រនៅតាមតំបន់ទីជនបទ និងទីប្រជុំជន កាលានុវត្តភាពការងារ ក៏ដូចជាកម្រិតអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយ និងរបៀបរស់នៅក្នុងហូបចុកផងដែរ ។

២.១. ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម

ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម គឺជាជម្ងឺឆ្លងរាលដាលមេរោគដែលមួយផ្នែកទំនងបណ្តាលមកពីវីរុសគ្រុនផ្តាសាយធំដែលជានិច្ចកាលនាំឱ្យមានអត្រាឆ្លងជម្ងឺខ្ពស់បំផុតនោះ គឺនៅក្នុងពេលអាកាសធាតុផ្លាស់ប្តូរ (រដូវរំហើយ ឬពេលភ្លៀងធ្លាក់) ។ វិធីសាស្ត្រសម្រាប់វិភាគជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ត្រូវបានកំណត់មុខសញ្ញា ដោយផ្អែកតាមការវិភាគរាងកាយ និងតាមការឆ្លុះកម្មរស្មីលើទ្រូងរបស់អ្នកជម្ងឺ ។ ដោយឡែកប្រទេសកម្ពុជា វិធីសាស្ត្រនៃការកំណត់មុខសញ្ញានៃជម្ងឺនៅក្នុង អ.ប្រ.ស.ក គឺធ្វើឡើងតាមការយល់ឃើញពីម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់កុមារតែប៉ុណ្ណោះ ។

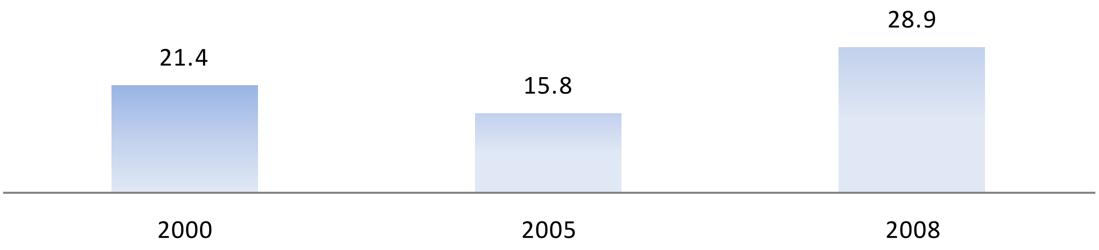
រូបភាពលេខ ១២ : សំណួរកំណត់រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព កម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥

៥៣១	តើ (ឈ្មោះ) មានក្អកនាពេលណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយនេះទេ?	មាន	១
		មិនមាន .... បើសិនមិនមាន តទៅលេខ ៥៣៤	២
		មិនដឹង	៣
៥៣២	នៅពេល (ឈ្មោះ) ក្អក តើមានដកដង្ហើមលឿនជាងមុន ខ្លី ឬពិបាកដកដង្ហើមដែរឬទេ?	មាន	១
		មិនមាន .... បើសិនមិនមាន តទៅលេខ ៥៣៤	២
		មិនដឹង	៣
៥៣៣	នៅពេល (ឈ្មោះ) ឈឺ តើមានបញ្ហាជាមួយឈឺទ្រូង ឬតឹងច្រមុះ ឬហៀរសំបោរដែរឬទេ?	មានតែឈឺទ្រូង	១
		មានតែហៀរសំបោរ	២
		ទាំងពីរខាងលើ	៣
		ផ្សេងៗ បញ្ជាក់ ________	៦
		មិនដឹង .... តទៅលេខ ៥៣៤	៨

យោងតាមវិធីសាស្ត្រគណនារបស់ អ.ប្រ.ស.ក នាឆ្នាំ២០០០ (ក្អក ដកដង្ហើមខ្លីៗហើយញាប់) របស់តារាងលេខ ១៣ បង្ហាញថាប្រេវ៉ាឡង់រោគសញ្ញាមាន ២១.៤ ភាគរយ ។ ប៉ុន្តែ សមាមាត្រ បានធ្លាក់មក នៅកម្រិតត្រឹមតែ ១៥.៨ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៥ ។ ប្រេវ៉ាឡង់ថយចុះនេះ អាចអាស្រ័យ លើវិធីសាស្ត្រថ្មី (ឈឺទ្រូង នៅពេលក្អក និងពិបាកដកដង្ហើម) ត្រូវបានបន្ថែម ។

រូបភាពលេខ ១៣ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមរូបមន្តគណនា ឆ្នាំ២000

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់កុមារអាយុតិចជាងគេ ក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី ០_៤ ឆ្នាំ
មានរោគសញ្ញាជម្ងឺផ្លូវដង្ហើម ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
ឆ្នាំ២០០០_២០០៥ និងអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨



ការរកឃើញនូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង គឺតាមរយៈការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្ររបស់ អ.ប្រ.ស.ក ២០០០ ដោយក្នុងនោះ ក្អក និងពិបាកដកដង្ហើម ត្រូវបានរាប់បញ្ចូល

ដើម្បីកំណត់បាននូវលទ្ធផលដែលសុក្រឹត និងអាចប្រៀបធៀបគ្នាបាន ចាំបាច់ត្រូវមានសំណួរបន្ថែមទៀត (កុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ) សម្រាប់ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ និង អ.ម.ក ២០០៨ ។ ចំណែកឯ ក្អក ដកដង្ហើមខ្លីៗហើយញាប់ ឈឺទ្រូងនៅពេលក្អក និងពិបាកដកដង្ហើម នឹងនៅតែជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដ៏ប្រសើរ សំដៅកំណត់រករោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ។ យ៉ាងណាមិញ ដោយសារតែការប្រើប្រាស់នូវវិធីសាស្ត្រថ្មីសម្រាប់គណនារកភាគរយពិតនោះប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមតាម អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ មានចំនួន ១៥.៦ ភាគរយ ដោយបានកើនឡើងទ្វេដងធៀបនឹងឆ្នាំ២០០៥ ដែលមានភាគរយត្រឹមតែ ៨.៩ ប៉ុណ្ណោះ (តារាងលេខ ១៤) ។ យើងសង្កេតឃើញថា ទោះបីជាវិធីសាស្ត្រទាំងពីរនេះផលិតនូវភាគរយខុសគ្នាក៏ពិតមែន ក៏ប៉ុន្តែវាផ្តល់នូវលទ្ធផលរួមមួយថា ចំនួនកុមារមានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមបានកើនឡើងពីរដងពីឆ្នាំ ២០០៥ ទៅឆ្នាំ២០០៨ ។

រូបភាពលេខ ១៨ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមរូបមន្តគណនា ឆ្នាំ២០០៥

ចំនុចប្រេវ៉ាឡង់កុមារអាយុតិចជាងគេ ក្នុងចំណោមកុមារអាយុពី ០_៤ ឆ្នាំ មានរោគ សញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ និងអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ការរកឃើញនូវចំនុចប្រេវ៉ាឡង់ គឺតាមរយៈការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្ររបស់ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ដោយក្នុងនោះ ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម និងឈឺទ្រូងនៅពេលក្អក ត្រូវបានរាប់បញ្ចូល

កំណត់សំគាល់ : ការធ្វើគណនាឡើងវិញនូវប្រេវ៉ាឡង់របស់អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ នៃរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ដើម្បីប្រៀបធៀប ជាមួយនឹងប្រេវ៉ាឡង់ថ្មី នៃអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨

ក្មេងដែលមានអាយុក្រោម ២ ឆ្នាំ ងាយប្រឈមមុខនឹងជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ជាមួយប្រេវ៉ាឡង់ប្រហែល ១១.៥ ភាគរយ (០ ទៅ ៥ ខែ) ១៧.១ ភាគរយ (៦ ទៅ ១១ ខែ) និង ១៧ ភាគរយ (១២ ទៅ ២៣ ខែ) ខ្ពស់ជាងបណ្តាក្រុមក្មេងផ្សេងៗ ។ យ៉ាងណាមិញ កម្រិតខុសគ្នាខ្លាំង គឺត្រូវបានឃើញទៅតាមតំបន់រស់នៅរបស់កុមារ ។ អត្រានៃការមានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមនៅទីប្រជុំជន គឺ ៩.១ ភាគរយ ។ ភាគរយនេះ នៅតិចជាង ៥០ ភាគរយ ធៀបនឹងទីជនបទ ដែលមានអត្រាប្រមាណ ១៦.៧ ភាគរយ ។ គម្លាតខុសគ្នាមួយផ្សេងទៀត គឺត្រូវបានរកឃើញពាក់ព័ន្ធនឹងកម្រិតជីវភាពរស់នៅរបស់គ្រួសារដោយឡែកពីគ្នា ។ ការព្យាបាលដោយថ្នាំអង់ទីប៊ីយូទិកឱ្យបានទាន់ពេលវេលា និងការវិនិច្ឆ័យរោគឱ្យបានត្រឹមត្រូវអាចជួយទប់ស្កាត់នូវអត្រាមរណៈភាព ដោយសារជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុ ក្រោម ៥ ឆ្នាំ ។

តារាងលេខ ៧ : រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមរូបមន្ត ឆ្នាំ២០០៥

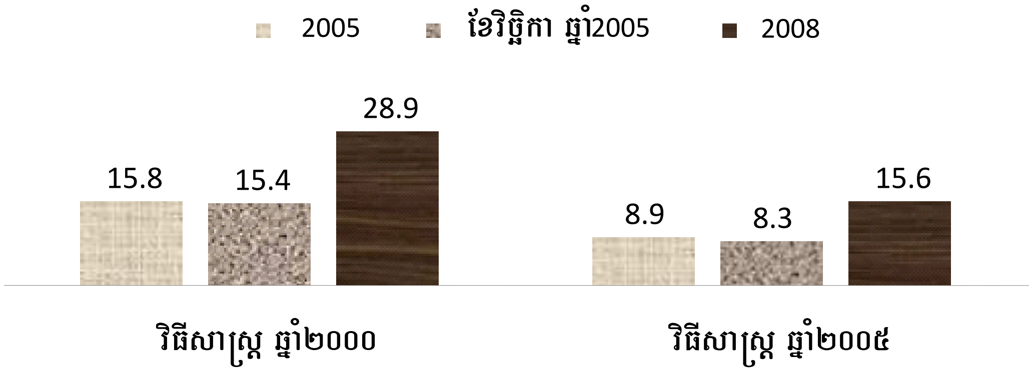
ភាគរយកុមារអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ក្នុងអំឡុងពីរសប្តាហ៍មុនអង្កេត តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨		
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម**	**ចំនួនកុមារ**
អាយុជាខែ		
០ - ៥	11.5	550
៦ - ១១	17.1	736
១២ - ២៣	17.0	1520
២៤ - ៣៥	14.8	1364
៣៦ - ៤៧	16.2	1440
៤៨ - ៥៩	14.3	1200
ភេទ		
ប្រុស	15.6	3481
ស្រី	15.3	3330
តំបន់		
ប្រជុំជន	9.1	1135
ជនបទ	16.7	5676
ធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ		
ក្របំផុត	20.4	1316
ក្រ	17.9	1228
មធ្យម	16.0	1392
មាន	16.2	1407
មានបំផុត	8.0	1473
សរុប	**15.5**	**6811**

រូបភាពខាងក្រោមនេះ បង្ហាញអំពីការប្រៀបធៀបនិន្នាការនូវចំនុចប្រេវ៉ាឡង់នៃរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាក ផ្លូវដង្ហើមក្នុងចំណោមកុមារអាយុតិចជាងគេ ចាប់ពី ០ ទៅ ៤ ឆ្នាំ របស់ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ និង អ.ប្រ.ស.ក ក្នុងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៥ និង អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ ។ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រឆ្នាំ២០០០

នោះប្រេវ៉ាឡង់រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមសម្រាប់ឆ្នាំ២០០៨ មាន ២៨.៩ ភាគរយ គឺខ្ពស់ជាងប្រហែលពាក់កណ្តាលធៀបនឹងវិធីសាស្ត្រឆ្នាំ២០០៥ ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ចំនួន ១៥.៦ ភាគរយ ។

រូបភាពលេខ ១៥ : និន្នាការប្រែប្រួលរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារក្នុងខែតែមួយ

ពិន្ទុប្រេវ៉ាឡង់រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមក្នុងចំណោមកុមារក្មេងជាងគេបង្អស់ដែលមានអាយុពី 0 ទៅ ៤ ឆ្នាំ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ និងអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨



វិធីសាស្ត្រសម្រាប់គណនារកប្រេវ៉ាឡង់ឆ្នាំ២០០០ មានភាពខុសគ្នាពីឆ្នាំ២០០៥ ដោយសារការកំណត់រោគសញ្ញាចំនួនពីរ (ក្អក និងពិបាកដកដង្ហើម) ត្រូវបានបន្ថែមទៅក្នុងអង្កេតឆ្នាំ២០០០ រីឯបញ្ហាឈឺទ្រូងត្រូវបានបន្ថែមសម្រាប់ឆ្នាំ២០០៥

២.២. ជម្ងឺរាគ

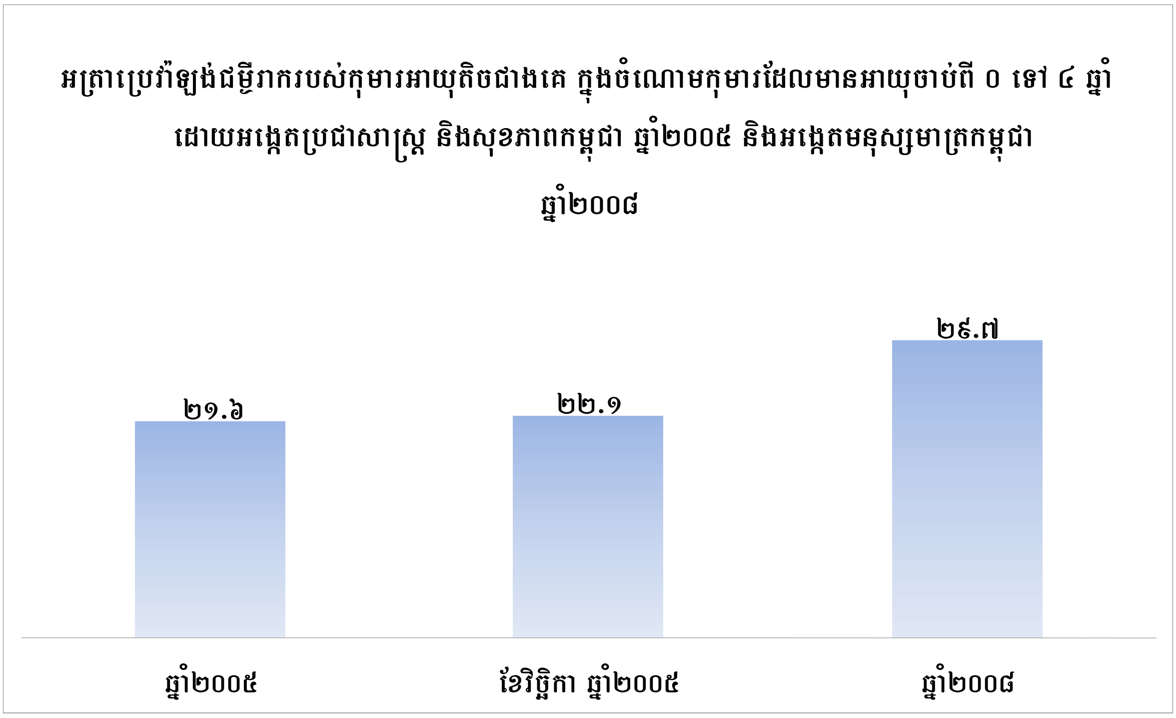
រាគ គឺជាការបន្ទោរបង់ដែលមានលាមករាវមកជាមួយទឹក ។ សម្រាប់ អ.ម.ក ២០០៨ បានកំណត់ថា កុមារកើតជម្ងឺរាគ លុះត្រាតែការបន្ទោរបង់ដែលមានលាមករាវមកជាមួយទឹកលើសពីចំនួន ៣ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ នាថ្ងៃណាមួយក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍កន្លងមកមុនអង្កេត ។ វីរុស បាក់តេរី និងប៉ារ៉ាស៊ិតដែលឆ្លងតាមការបរិភោគដោយគ្មានអានាម័យ ផឹកទឹកមិនស្អាត និងទាក់ទងជាមួយនឹងកាកសំណល់ផ្សេងប្រមូលផ្តុំលាក់ខ្លួននៅក្នុងពោះវៀន ហើយចុងក្រោយបង្កើតបានជាភ្នាក់ងារចម្លងរោគ ។ ជាទូទៅកង្វះអនាម័យ ជាពិសេសផ្នែកកាកសំណល់តាមបណ្តាគ្រួសារដែលនៅតែជាបញ្ហាបង្កឱ្យកើតមានជម្ងឺរាគក្នុងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មួយខ្ពស់ ។ ដូចគ្នានេះដែរ កង្វះខាតមីក្រូសារជាតិស័ង្កសី (អាហារប្រភេទសាច់ក្រហមខ្សត់ខ្សោយ) ក៏ជាមូលហេតុមួយសំខាន់ផងដែរ ចំពោះក្មេងដែលមានអាយុច្រើន

ជាង ៦ ខែ ។ ជម្ងឺរាក ជាភ្នាក់ងារសំខាន់នៃការមានអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ពីព្រោះតែតម្រូវការសារជាតិខ្ពស់ក្នុងអំឡុងពេលមានជម្ងឺរាក ។

អង្កេតឆ្នាំ២០០៥ តាមវិធីសាស្ត្រគណនាថ្មី បានបង្ហាញថាប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺរាករបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ គឺស្ថិតក្នុងកម្រិត ២១.៦ ភាគរយ ។ អត្រាជម្ងឺរាកនៃកុមារអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៤ ឆ្នាំ សម្រាប់ក្នុងខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៥ របស់ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ (ដោយសារតែ អ.ម.ក ២០០៨ បានធ្វើនៅក្នុងខែវិច្ឆិកា) មានសមាមាត្រប្រហាក់ប្រហែលនឹង ២២.១ ភាគរយ ។ លទ្ធផលអង្កេតបង្ហាញថា អាយុតាមខែ និងកម្រិត ទ្រព្យសម្បត្តិ ក៏ទំនងជាកត្តារួមចំណែកសំខាន់ផងដែររបស់អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺរាកកុមារ ។ តួយ៉ាងក្រុមទារកអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥ ខែ និងកុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ១១ ខែ មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ជាងកុមារដែលមានអាយុច្រើនជាង ។ ដូចគ្នានេះដែរ ក្រុមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៤៨ ទៅ ៥៩ ខែ មានអត្រាដូចគ្នានឹងកុមារដែលមានជីវភាពគ្រួសារធូរធា (ប្រមាណ ១៩ ភាគរយ) ។ ការមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ចំពោះក្រុមទារក និងកុមារដែលមានអាយុ ០ ទៅ ៥ ខែ ទំនងដោយសារការផ្តល់នូវអាហារបន្ថែមលឿនពេក ក៏ដូចជាការបន្ថែម និងផ្លាស់ប្តូរនូវអាហារប្រភេទថ្មី ។

ជម្ងឺរាករបស់កុមារនៅតែជាកង្វល់ធំ ទោះបីវាជាជម្ងឺសាមញ្ញក្នុងស្រទាប់កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំក្តី ។ ប៉ុន្តែ ចាំបាច់ទាមទារនូវការឆ្លើយតប និងបកស្រាយច្រើនពីលក្ខណៈទំនាក់ទំនងរវាងមូលហេតុជម្ងឺ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅពេលដែលក្មេងចាប់ផ្តើមទទួលទានអាហារបន្ថែមក្នុងអំឡុងពេលបំបៅដោះម្តាយតែមួយមុខត្រូវបានកាត់បន្ថយសម្រាប់ក្មេងអាយុលើសពី ៦ ខែឡើងទៅ ។

រូបភាពលេខ ១៦ : និន្នាការប្រែប្រួលជម្ងឺរាគរបស់កុមារ



តារាងលេខ ៨ បង្ហាញពីប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺរាគរបស់កុមារអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ កំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត ។ ជាក់ស្តែង មានកុមារប្រហែលជា ២៩.៧ ភាគរយ ឬ ១ភាគ៣ ក្នុងចំណោមកុមារកម្ពុជាដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បានកើតជម្ងឺរាគ ។ ហើយក្នុងនោះមាន ២.៩ ភាគរយ រាគលាយឈាម ឬរាគមូល ។ ដំណាលគ្នានេះដែរ កុមារដែលមានអាយុតិចជាង ២៤ ខែ ទូទាំងប្រទេសមានចំនួនប្រមាណ ៣០ ភាគរយបានកើតជម្ងឺរាគ ។ ក្រុមកុមារដែលប្រឈមនឹងកើតជម្ងឺរាគ ភាគច្រើនជាក្រុមកុមារដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ទីជនបទដោយមានចំនួន ៣១.៦ ភាគរយ ធៀបនឹង (២០.១ ភាគរយ) ដែលជាក្រុមកុមាររស់នៅក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជន ដែលយើងគិតថា ជាទីកន្លែងមានលក្ខណៈប្រសើរ សម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋអាចមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ជំនួយពីសេវាគាំពារសុខភាព ។

ដូចគ្នានេះដែរ សមាមាត្រជម្ងឺរាគរបស់កុមារដែលមានជីវភាពគ្រួសារក្រីក្រ មានចំនួនខ្ពស់ជាងក្រុមកុមារដែលរស់នៅជាមួយគ្រួសារមានជីវភាពធូរធា ។

តារាងលេខ ៨ : ស្ថានភាពជម្ងឺរាគរបស់កុមារ

ភាគរយនៃកុមារអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមក្មេងអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានជម្ងឺរាគក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍មុនអង្កេតតាមលក្ខណៈផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨			
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**រាគសរុប**	**រាគមូល**	**ចំនួនកុមារ**
អាយុជាខែ			
០ - ៥	33.4	1.6	919
៦ - ១១	38.3	4.4	1006
១២ - ២៣	32.9	2.4	1892
២៤ - ៣៥	28.2	3.6	1287
៣៦ - ៤៧	21.0	2.8	980
៤៨ - ៥៩	19.2	2.5	742
ភេទ			
ប្រុស	31.5	3.1	3525
ស្រី	27.7	2.7	3301
តំបន់			
ប្រជុំជន	20.1	1.6	1149
ជនបទ	31.6	3.1	5677
កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ			
ក្របំផុត	37.7	4.5	1316
ក្រ	32.2	2.7	1228
មធ្យម	32.2	2.6	1392
មាន	28.6	3.8	1407
មានបំផុត	19.0	0.9	1473
សរុប	**29.7**	**2.9**	**6826**

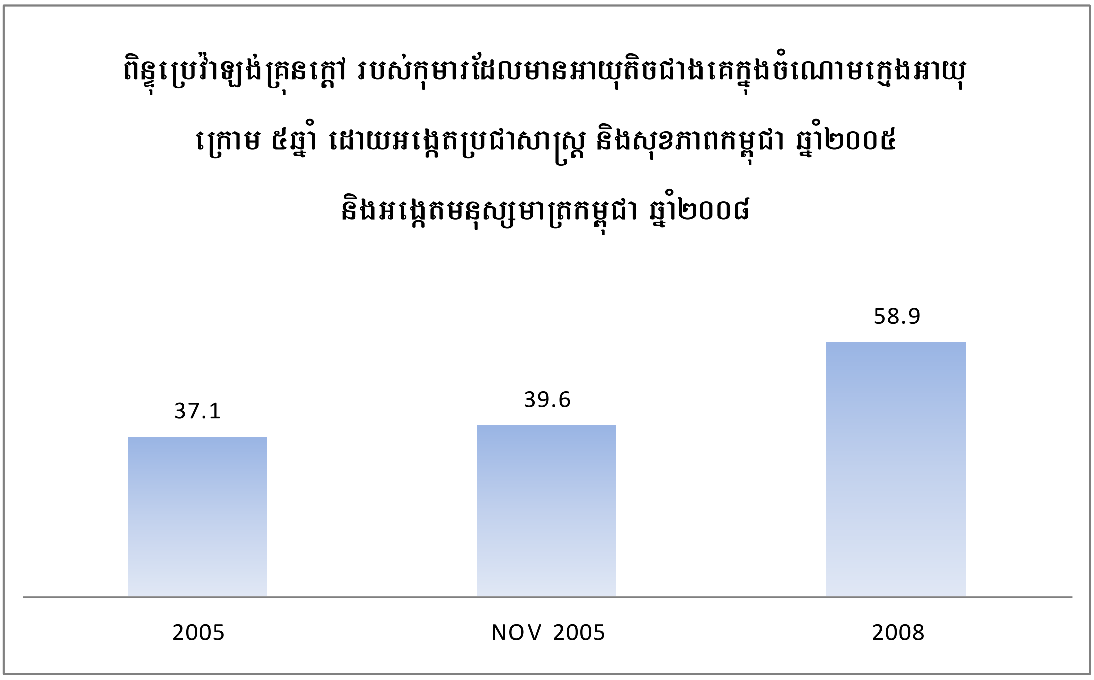
ទោះបីជាវិធីសាស្ត្រព្យាបាលជម្ងឺរាគរបស់កុមារ មិនត្រូវបានសួរនាំពេលអង្កេតក៏ដោយ ក៏ការងារសំខាន់ៗមួយចំនួន អាចផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍យ៉ាងសំខាន់សម្រាប់ជួយទប់ស្កាត់ និងជួយសង្គ្រោះបឋមសម្រាប់ការរស់រានមានជីវិតរបស់កុមារ ។ វិធីសាស្ត្រសាមញ្ញនៃការព្យាបាល ដូចជាការបំពេញនូវការបាត់បង់ជាតិទឹកតាមរយៈអំបិលអូរ៉ាលីត ការព្យាបាលតាមមធ្យោបាយបង្កើនបរិមាណអាហាររាវ និងការបញ្ជូនទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពទាន់ពេលវេលា ដើម្បីស្វែងរកជំនួយពីបុគ្គលិក

សុខាភិបាល ។ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ ដំបូងនៃជីវិត អាចជួយកាត់បន្ថយអត្រាមរណៈភាពរបស់កុមារដែលបណ្ដាលមកពីជម្ងឺរាកបាន ព្រោះថាទឹកដោះម្ដាយផ្ទុកមីក្រូសារជាតិសំខាន់ៗសម្រាប់កុមារ (ក្រុមស្រ្ដីជាម្ដាយដែលមានអាហារបរិភោគគ្រប់គ្រាន់) ។

២.៣. គ្រុនក្ដៅ

ជាការកើនឡើងនូវសីតុណ្ហភាពក្នុងខ្លួនហួសពីកម្រិតធម្មតាដែលជាទូទៅមានត្រឹមតែ ៣៧ អង្សាសេ ប៉ុណ្ណោះ ។ កម្ដៅក្នុងខ្លួនខ្លាំងធ្វើឱ្យកុមារទទួលទានអាហារមិនបានគ្រប់គ្រាន់ ខ្វះជាតិទឹកដែលជាកត្តាជំរុញឱ្យកុមារកើតគ្រុនក្ដៅខ្លាំងជាងមុន កាន់តែអស់កម្លាំង និងមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ។ គ្រុនក្ដៅបង្កឡើងដោយជម្ងឺឆ្លងនានា ដូចជា : ផ្ដាសាយ គ្រុនចាញ់ ។ល។ ហើយទាមទារនូវវិធីព្យាបាលដោយឡែកពីគ្នា ។ ជាទូទៅ អ.ប្រ.ស.ក ដោយយោងតាមរូបមន្តថ្មីបានបង្ហាញថា មិនមានការប្រែប្រួលនូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃគ្រុនក្ដៅរបស់កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ នោះទេ រវាងឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ ក្នុងសមាមាត្រ ៣៧.១ ភាគរយ ។ គ្រុនក្ដៅធម្មតាអាចព្យាបាលបានដោយការប្រើប្រាស់ថ្នាំបញ្ចុះកម្ដៅ និងការបញ្ជូនកុមារទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ។

រូបភាពលេខ ១៧ : និន្នាការប្រែប្រួលរបស់កុមារកើតគ្រុនក្ដៅ



រូបភាពទី ១៧ បង្ហាញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃកុមារអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដែលកើតគ្រុនក្ដៅ បានកើនឡើងជិតទ្វេដងចាប់ពី ៣៧.១ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៥ ឬ ៣៩.៦ ភាគរយ សម្រាប់ខែវិច្ឆិកា នាឆ្នាំ២០០៥ មក ៥៨.៩ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៨ ។

តារាងលេខ ៩ : ស្ថានភាពគ្រុនក្តៅរបស់កុមារ

ភាគរយកុមារអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ កើតជម្ងឺគ្រុនក្តៅ ក្នុងអំឡុងពេល ពីរសប្តាហ៍មុនអង្កេតតាមលក្ខណៈផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨		
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**គ្រុនក្តៅសរុប**	**ចំនួនកុមារ**
អាយុជាខែ		
០ ៥	53.5	550
៦ ១១	64.5	736
១២ ២៣	62.6	1520
២៤ ៣៥	58.0	1364
៣៦ ៤៧	48.4	104
៤៨ ៥៩	53.5	131
ភេទ		
ប្រុស	58.8	3525
ស្រី	58.9	3301
តំបន់		
ប្រជុំជន	45.6	1138
ជនបទ	61.5	5698
កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ		
ក្របំផុត	66.7	1316
ក្រ	60.3	1228
មធ្យម	60.5	1392
មាន	59.3	1407
មានបំផុត	48.7	1473
សរុប	**58.9**	**6836**

ប្រេវ៉ាឡង់គ្រុនក្តៅមានកម្រិតទាបក្នុងចំណោមក្រុមកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ៦ខែ (៥៣.៥ ភាគរយ) និង (៤៨.៤ ភាគរយ) សម្រាប់កុមារតូចដែលមានអាយុចន្លោះ ៣៦ ទៅ ៤៧ ខែ ។ ជារួម សមាមាត្រនៃជម្ងឺមានភាពខុសគ្នាទៅតាមក្រុមប្រភេទអាយុរបស់កុមារ ។ កុមារដែលមានអាយុកាន់តែច្រើន អត្រាប្រឈមនឹងជម្ងឺកាន់តែតិច ។ តាមតារាងរបស់សូចនាករទាំង ៣ ខាងលើ យើងឃើញថា

បន្ទាប់ពីខែដំបូងនៃជីវិតមក អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺរបស់កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ២៤ ខែ បានចាប់ផ្តើមកើនឡើងរហូតបដល់ចំនុចកំពូល ។ បន្ទាប់មកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់បានចាប់ផ្តើមធ្លាក់ចុះបន្តិចម្តងៗ ទៅតាមអាយុកាលរបស់កុមារ ។ ប៉ុន្តែលើកលែងតែគ្រុនក្តៅមួយប៉ុណ្ណោះ ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់បំផុតប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ។ កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដែលបានរកឃើញក្នុងអង្កេតតាមគ្រួសារ ច្រើនជាង ៥០ ភាគរយ មានគ្រុនក្តៅ ។

ជាលទ្ធផល អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ត្រូវបានរកឃើញថាមានចំនួនកើនឡើងនាឆ្នាំ២០០៨ ។ ជាមួយនឹងអត្រាកំណើននេះ អាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សកម្មភាពដំណើរការខិតខំប្រឹងប្រែងនៃគោលនយោបាយរដ្ឋាភិបាល ក៏ដូចជាអង្គការពាក់ព័ន្ធនានាក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ។ បញ្ហាប្រឈមនេះចាំបាច់ទាមទារនូវការកំណត់មូលហេតុ និងកំណត់គោលដៅឱ្យបានច្បាស់ដែលមានលក្ខណៈងាយស្រួល និងអាចធ្វើបាន និងការងារអន្តរាគមន៍បន្ទាន់ដែលប្រជាពលរដ្ឋអាចមានលទ្ធភាពទទួលបាននូវការប្រើប្រាស់ ដើម្បីលើកកម្ពស់សុខភាពកុមារជាពិសេសកុមារនៅតាមទីជនបទ និងតំបន់ទីប្រជុំជនក្រីក្រ ។

៣. យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ និងការប្រើប្រាស់អាហារ

សន្ទស្សន៍ខ្ពស់នៃថ្លៃទំនិញប្រើប្រាស់ បានបន្សល់នូវគោលនយោបាយជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់ភ្លាមៗ ក៏ដូចជាទិន្នន័យសំខាន់ៗខ្លះដែលមិនទាន់បានបកស្រាយបំភ្លឺ ។ គោលនយោបាយត្រឹមត្រូវក្នុងរយៈពេលវែង មធ្យម និងខ្លី ។ ហើយក្នុងពេលដំណាលគ្នានោះ យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ចាំបាច់ត្រូវបានលើកឡើង ដើម្បីជួយសម្រួលស្ថានការណ៍អសន្តិសុខស្បៀងរបស់គ្រួសារ ការជួយពង្រឹងឡើងវិញនូវស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ និងស្ត្រីងាយរងគ្រោះដោយបញ្ហាថ្លៃទំនិញ និងម្ហូបអាហារកើនខ្ពស់ជាងមុនខ្លាំង ហើយជាពិសេសនោះ គឺការខំប្រឹងប្រែងដើម្បីសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់ភាពក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរ និងភាពអត់ឃ្លានដែលជាគោលដៅទី១របស់គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា។

ក្នុងបរិបទអង្កេតថ្លៃទំនិញ និងម្ហូបអាហារខ្ពស់ យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់របស់គ្រួសារនិមួយៗ គឺជាវិធីសាស្ត្រផ្ទាល់សំដៅកាត់បន្ថយនូវទំហំផលពិបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់គ្រួសារ ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ជាមួយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨ ។

៣.១. ទំនាក់ទំនងការប្រើប្រាស់អាហារ និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់

ទំនាក់ទំនងនៃការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា អាចបណ្តាលមកពីតម្លៃអាហារទីផ្សារអន្តរជាតិបានហក់ឡើងក្នុងកម្រិតខ្ពស់ជាងមុន បានជម្រុញទឹកចិត្តឱ្យកសិករក្នុងស្រុកផលិតនូវផលិតផលម្ហូបអាហារបន្ថែមសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់លើទីផ្សារក្នុងតម្លៃមួយដែលតែងតែខ្ពស់ ឬថ្លៃជាងមុន។

ប្រការនេះ បានធ្វើឱ្យមានផលពិបាកដល់អ្នកប្រើប្រាស់ទំនិញដុល ឬក៏អ្នកទិញអាហារដែលមិនមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាននូវអាហារដែលបានឡើងថ្លៃទាំងអស់នោះ ។ ជាលទ្ធផលចំណូល និងជីវភាពរបស់គ្រួសារជាពិសេសគ្រួសារក្រីក្រទំនងទទួលផលប៉ះពាល់ពីករណីទាំងពីរនេះ ។

យុទ្ធសាស្ត្រដែលគ្រួសារខ្លះនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ទប់ទល់នឹងការកើនឡើងថ្លៃចំណីអាហារ គឺអាចផ្តល់នូវចំណុចអវិជ្ជមានមកវិញដូចជា : កង្វះជីវជាតិអា ជាតិដែក ស័ង្កសី អ៊ីយ៉ូដ ប្រូតេអ៊ីន និងថាមពល ។ល។ ភាពប្រឈមមុខនឹងអត្រាខ្ពស់នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការកើនឡើងនូវប្រភេទជម្ងឺនានា ។ ហើយអ្វីដែលជាបន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរដល់គ្រួសារ និងប្រទេសជាតិនោះ គឺការធ្លាក់ចុះនូវផលិតភាពផលិត និងការបាត់បង់យ៉ាងសំខាន់ផ្នែកសក្តានុពលកំណើនសេដ្ឋកិច្ច ។

សន្ទស្សន៍យុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបបន្ទាន់ គឺជាសូចនាករសុវត្ថិភាពស្បៀងគ្រួសារដែលងាយយល់ និងសាមញ្ញសម្រាប់វាស់វែងនូវសុវត្ថិភាពស្បៀង និងអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី និងកុមារ អំឡុងពេលថ្លៃទំនិញអាហារកើនឡើងខ្ពស់ ។ តើសមាជិកគ្រួសារបានធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលដែលកំពុងខ្វះខាតម្ហូបអាហារដោយសារថ្លៃខ្ពស់ និងគ្មានប្រាក់កាសគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទិញអាហារប្រចាំថ្ងៃ ?

អត្ថន័យសុវត្ថិភាពស្បៀង តាមសៀវភៅផែនទីសុវត្ថិភាពស្បៀងកម្ពុជា គឺជាលទ្ធភាពប្រើប្រាស់រូបវ័ន្តសេដ្ឋកិច្ច និងអេកូឡូស៊ីសម្រាប់ការមានអាហារគ្រប់គ្រាន់ អាហារដែលមានសុវត្ថិភាព និងអាហារដែលផ្ទុកទៅដោយសារជាតិអាហារូបត្ថម្ភ ក្នុងផ្នែកតម្រូវការបរិភោគប្រចាំថ្ងៃ និងផ្នែកអាហារដែលជាចំណង់ចំណូលចិត្តសម្រាប់ជីវិតប្រកបដោយភាពរស់រវើក សុខភាពល្អ និងផលិតភាព ។

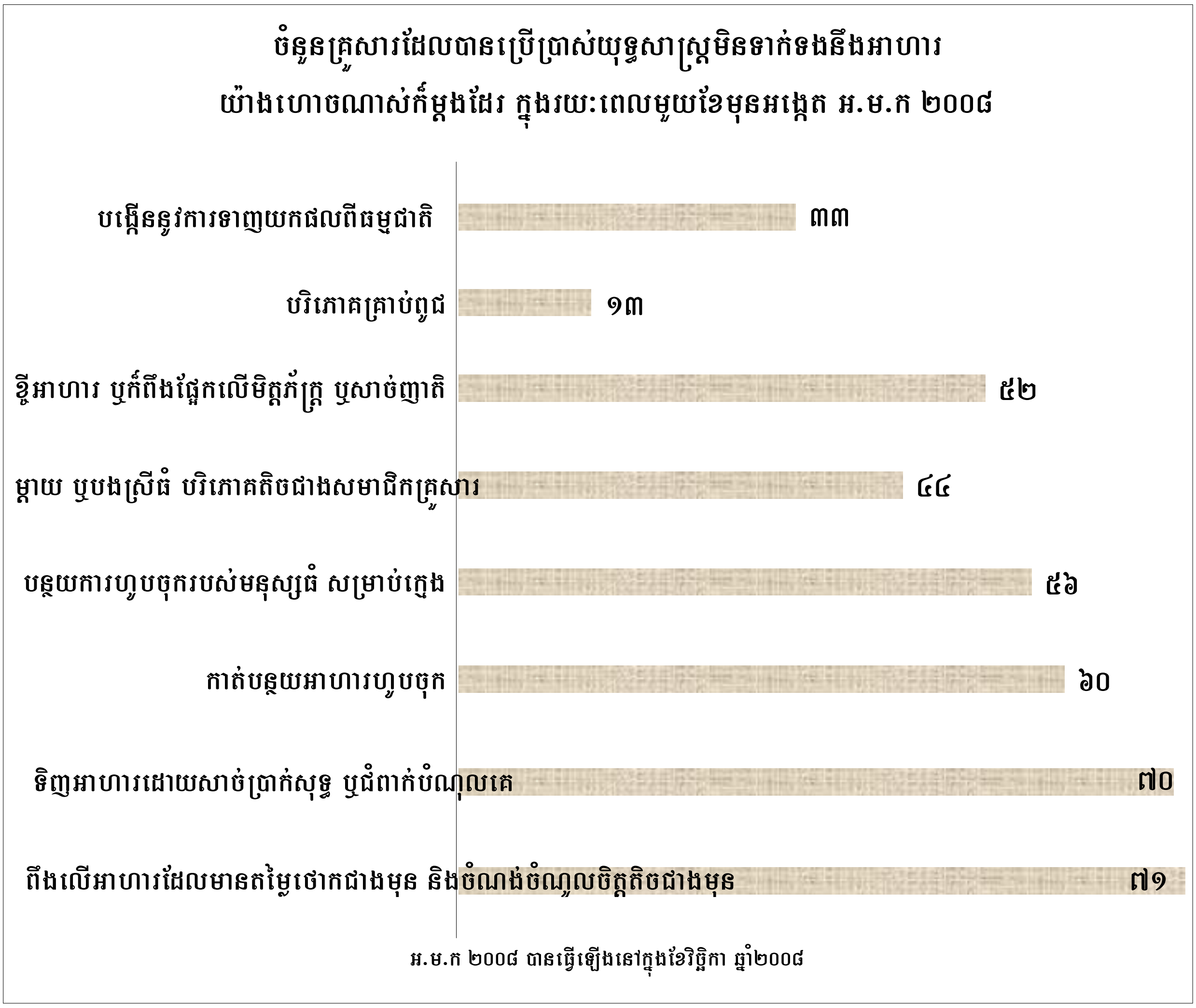
ដូច្នេះដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការកើនឡើងខ្ពស់នៃថ្លៃអាហារ អង្កេតក្នុងបរិបថអាហារូបត្ថម្ភបង្ហាញឱ្យឃើញថា ទោះបីជាថ្លៃខ្ពស់នៃម្ហូបអាហារ និងទំនិញបានធ្លាក់ចុះក៏ពិតមែននាពេលថ្មីៗនេះក៏ប៉ុន្តែការធ្លាក់ចុះនេះ គឺមិនទាន់ដល់ចំនុចមុនពេលបានកើនឡើង ។ តាមការរកឃើញនៅត្រឹមខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថា ក្នុងចំណោមពីរភាគបីនៃគ្រួសារដែលត្រូវបានសម្ភាសន៍ បានពឹងផ្អែកលើម្ហូបអាហារណាដែលមានតម្លៃថោកជាងមុន ឬក៏អាហារដែលមិនមែនជាចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ខ្លួនយ៉ាងតិចណាស់ ក៏ម្តងដែរអំឡុងពេលមួយខែមុនអង្កេត ។ ម្ហូបអាហារទាំងអស់នោះ ជួនកាលមានជីវជាតិតិចជាងមុន ឬក៏មានកម្រិតមីក្រូសារជាតិមិនគ្រប់គ្រាន់ ។

បន្ទាប់មកប្រហែលជា ៦០ ភាគរយ នៃគ្រួសារទាំងនោះ បានបន្ថយនូវបរិមាណអាហារដែលគ្រួសារបានបរិភោគ ។ ក្នុងរយៈពេលមួយយូរ ការកាត់បន្ថយនូវបរិមាណអាហារនេះ ប្រហែលជានឹងផ្តល់ផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាព និងកង្វះមីក្រូសារជាតិក្នុងកម្រិតមួយដែលទាមទារនូវការបកស្រាយបន្ថែម ។ យុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបផ្សេងទៀត សម្រាប់រយៈពេលខ្លីដែលគ្រួសារមួយចំនួននិយមប្រើយ៉ាងតិចណាស់ក៏ម្តងដែរ មានដូចជា : ស្ត្រីដែលជាមេគ្រួសារចាប់ផ្តើមបន្ថយបរិមាណនៃការហូបចុកមាន

ចំនួន ៤៤ ភាគរយ ។ ហើយដំណាលគ្នានោះ ការបន្ថយបរិមាណអាហារបរិភោគរបស់មនុស្សធំ ឥទុកសម្រាប់កុមារ មានចំនួន ៥៦ ភាគរយ ។ គ្រួសារចំនួន ៥២ ភាគរយ បានអនុវត្តន៍ជម្រើសបង្កើនរបបអាហារ តាមរយៈការខ្ចីម្ហូបអាហារពីសាច់ញាតិ និងអ្នកជិតខាង ។

រូបភាពលេខ ១៨ បកស្រាយពីយុទ្ធសាស្ត្រប្រើប្រាស់ទប់ទល់ជាមួយថ្លៃអាហាររបស់គ្រួសារ ដែលបានរកឃើញដោយ អ.ម.ក (អង្កេតចាប់ផ្តើមក្នុងខែវិច្ឆិកា) ឆ្នាំ២០០៨ ។ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចរបស់គ្រួសារចាប់ផ្តើមលំបាក ហើយក្នុងពេលដំណាលគ្នានោះ កម្រិតភាគរយទាំងឡាយក្នុងពេលថ្លៃអាហារបានកើនឡើងខុសគ្នាទៅតាមប្រភេទនៃការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រ ។ ក៏ប៉ុន្តែហេតុផលមួយផ្សេងទៀត ដែលជម្រុញឱ្យស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច និងអាហារូបត្ថម្ភរបស់គ្រួសារខ្លះជួបប្រទះនឹងការលំបាកនោះ គឺទំនងជាចំពេលរដូវខ្វះខាត (មុនរដូវប្រមូលផល) ដោយសារទិន្នផលពីរដូវកាលមុនមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការដោះដូរសម្រាប់សម្រាល សេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារនាពេលកន្លងមក ។ល។

រូបភាពទី ១៨ : និន្នាការប្រែប្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបញ្ហាបន្ទាន់ចំពោះមុខទាក់ទងនឹងអាហារ



៣.២. ការបរិភោគម្ហូបអាហារ

គ្រួសារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ជាពិសេសគ្រួសារនៅតាមទីជនបទ បានចំណាយច្រើនទៅលើម្ហូបអាហារ ប្រហែលជា ៧០ ភាគរយ នៃកម្រៃចំណូលប្រចាំថ្ងៃ ។ អាហារប្រចាំថ្ងៃជាទូទៅ គឺបាយតែមួយមុខ មិនអាចធានាដល់ការមានជីវជាតិគ្រប់គ្រាន់បានទេ ។ កំឡុងពេលនៃវិបត្តិម្ហូបអាហារឡើងថ្លៃ គ្រួសារ មួយចំនួនបានកាត់បន្ថយផងដែរនូវពេលវេលានៃការបរិភោគអាហារដែលមានអត្រាប្រហែលជា ៦០ ភាគរយ ។

ការប្រើប្រាស់អាហារ គឺជាក្រុមអាហារដែលគ្រួសារបានទទួលទានយ៉ាងតិចបំផុតក្នុងកម្រិតគីឡូកាឡូរីមួយគ្រប់គ្រាន់ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ទ្រទ្រង់ដល់តម្រូវការរបស់រាងកាយ ។ ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ បរិមាណអាហារ និងចំនួនពេលវេលានៃការហូបចុក មានទំនាក់ទំនងនឹងការប្រើប្រាស់អាហារ និងការទទួលបាននូវអាហារូបត្ថម្ភរបស់បុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារទាំងមូលក្នុងពេលទំនិញឡើងថ្លៃ ។ យ៉ាងណាមិញ វិធីសាស្ត្រកំណត់ការប្រើប្រាស់អាហារនៅតែជាការងារពិបាកសម្រាប់វាស់វែង ដើម្បីឱ្យបាននូវលទ្ធផលត្រឹមត្រូវមួយ ពីព្រោះតែវិធីសាស្ត្រសម្រាប់អង្កេតតែងតែមិនមានភាពសុក្រឹតល្អ ។ ប៉ុន្តែការងារនេះ នៅតែសំខាន់សម្រាប់តាមដាននូវបម្រែបម្រួលក្នុងអំឡុងពេលហេតុការណ៍ណាមួយកើតឡើង ។

ការគណនាកម្រិតនៃការប្រើប្រាស់អាហាររបស់អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច កម្ពុជា ២០០៤

ជាទូទៅការចំណាយប្រាក់ ដើម្បីទទួលទានអាហារឱ្យបានគ្រប់គីឡូកាឡូរីក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់វិភាគកម្រិតអាហាររបស់គ្រួសារទាំងមូល ។ គុណភាពម្ហូបអាហារគ្រប់គ្រាន់អាចដើរតួនាទីសំខាន់សម្រាប់បង្កើតថាមពលទ្រទ្រង់រាងកាយ ។ អង្កេតសង្គមកិច្ច-សេដ្ឋកិច្ចកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៤ បានបង្ហាញនូវសារៈសំខាន់ពីប្រភេទអាហារប្រើប្រាស់ និងវិធីសាស្ត្ររៀបចំទុកដាក់អាហារក្នុងពេលមានកង្វះខាតអាហារសម្រាប់បរិភោគ ។

ក្នុងចំណោមប្រជាជនកម្ពុជាទាំងមូល ជាមធ្យមមនុស្សម្នាក់ត្រូវការថាមពលពីអាហារ យ៉ាងហោចណាស់ក៏ប្រហែលជា ១៧១៥ គីឡូកាឡូរីក្នុងមួយថ្ងៃ ។ កម្រិតគីឡូកាឡូរីខ្វះ ឬក៏គ្រប់គ្រាន់អាស្រ័យលើទំហំនៃសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ។ ជាក់ស្តែងអត្រាកង្វះខាតម្ហូបអាហារខ្ពស់នឹងថយចុះនៅពេលដែលសមាជិកគ្រួសារលើសពី ៦នាក់ ក្នុងកម្រិតប្រមាណ ៣៤ ភាគរយ មកនៅត្រឹម ៥ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៤ ចំពោះគ្រួសារដែលមានសមាជិកមួយ ឬពីរនាក់ ។ កម្រិតនៃការប្រើប្រាស់ថាមពលអាហារនឹងកើនឡើងនៅពេលដែលចំណូលគ្រួសារប្រសើរជាងមុន ។ ជាក់ស្តែងចំណាយពិតលើម្ហូបអាហាររបស់គ្រួសារតាមទីជនបទមានកម្រិត ៧០ ភាគរយ នៃប្រាក់ចំណូល ។ ការចំណាយ

ទាំងអស់នេះ គឺដើម្បីឱ្យបានថាមពលជាមធ្យម ជាតិកាបូនអ៊ីដ្រាត មានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងអត្រា ៧៥ ភាគរយ ដោយសារតែប្រជាជនកម្ពុជាបរិភោគបាយ និងមានតែ ១១ ភាគរយ ជាប្រូតេអ៊ីនបានមកពីសាច់ គ្រាប់ធញ្ញជាតិ និងផលិតផលផ្សេងៗ ។

ការគណនាកម្រិតនៃការប្រើប្រាស់អាហាររបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ២០០០-២០០៥ និងអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨

សំដៅលើការប្រើប្រាស់អាហារចម្រុះ ក៏ដូចជាប្រភេទអាហារដែលបានទទួលក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង គឺជាវិធីសាស្ត្រត្រឹមត្រូវ ទោះបីជាការគណនានេះ មិនទាន់មានភាពសុក្រឹតល្អសម្រាប់ការកំណត់នូវស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់បុគ្គល (កុមារនិងស្ត្រី) ក៏ដោយ ។ ការប្រើប្រាស់ប្រភេទអាហារសម្រាប់កុមាររបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ គឺអាចប្រៀបធៀបបានជាមួយនឹងទិន្នន័យពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ២០០៥ ទោះបីជាមានបញ្ហាបច្ចេកទេសមួយចំនួន ។

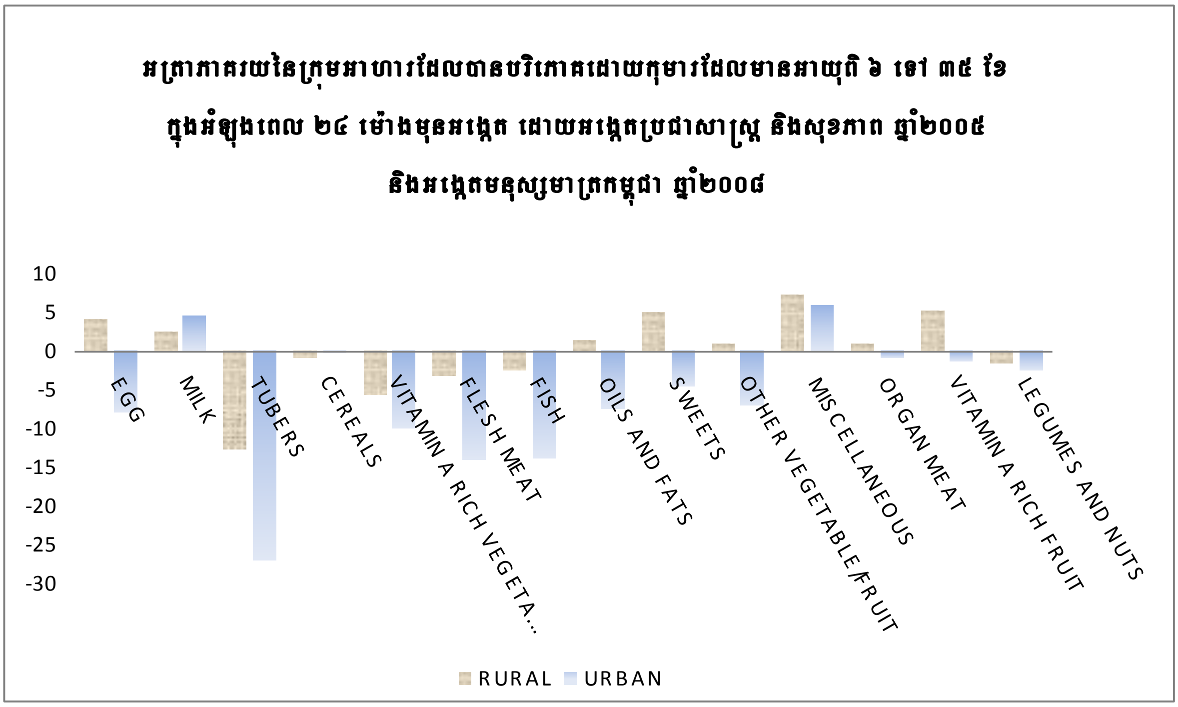
អាហារចម្បងសម្រាប់បរិភោគរបស់កុមារ គឺបាយ ត្រី និងអាហារមានជាតិស្ករ ។ ការមានជាតិស្ករក្នុងខ្លួនខ្ពស់ពេក បណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាដល់សុខភាព ។ អ្វីដែលជាការព្រួយបារម្ភនោះ គឺមីក្រូសារជាតិ ដូចជា : ប្រូតេអ៊ីន និងថាមពល ក្នុងអាហារប្រភេទបន្លែ (១០ ភាគរយ) អាហារជាតិប្រេង (២៣.១ ភាគរយ) ផលិតផលទឹកដោះគោ (១៣.៩ ភាគរយ) ត្រូវបានបរិភោគដោយ ក្រុមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៣៥ ខែ ក្នុងចំនួនមួយទាបបំផុត ដោយសារតែមានតម្លៃថ្លៃ និងរបៀបចិញ្ចឹមមិនបានសមស្រប ។ ចំនួនកុមារដែលទទួលទានបានច្រើន គឺស្ថិតនៅក្នុងក្រុមកុមារដែលមានអាយុ ២៤ ទៅ ៣៥ ខែ ដោយសារនៅក្នុងវ័យនេះ ជាទូទៅកុមារត្រូវការអាហារបន្ថែមសម្រាប់ការលូតលាស់ក៏ដូចជាបំពេញនូវកង្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភ ។

ភាពមិនខ្វះមិនលើសគ្នានៃមធ្យមភាគ ក្រុមអាហារប្រើប្រាស់ដោយកុមាររវាងតំបន់ទីប្រជុំជន និងតំបន់ទីជនបទនៅតែបន្ត ក៏ប៉ុន្តែការជ្រើសរើសប្រភេទអាហារបរិភោគ មានភាពខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សម្គាល់ ជាពិសេសផលិតផលទឹកដោះគោដែលមាននៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជន (៣៥ ភាគរយ) ច្រើនជាងនៅតាមតំបន់ជនបទ (៩.៨ ភាគរយ) ប្រហែលបួនដង ។

ទំនាក់ទំនងអាហាររវាងម្តាយ និងកូនមិនជាខុសគ្នាទេក្នុងមធ្យមភាគនៃក្រុមអាហារ ។ ប៉ុន្តែអត្រាភាគរយរបស់មាតា គឺខ្ពស់ជាងកូន ចំពោះអាហារប្រភេទសាច់ និងអាហារប្រភេទមើម ដូចជាការ៉ុត ។ល។ យ៉ាងណាមិញ កម្រិតជាតិស្កររបស់មាតា គឺទាបជាងកូនក្នុងសមាមាត្រ ៣១.៤ ភាគរយ នឹង ៥៤.៩ ភាគរយ ។

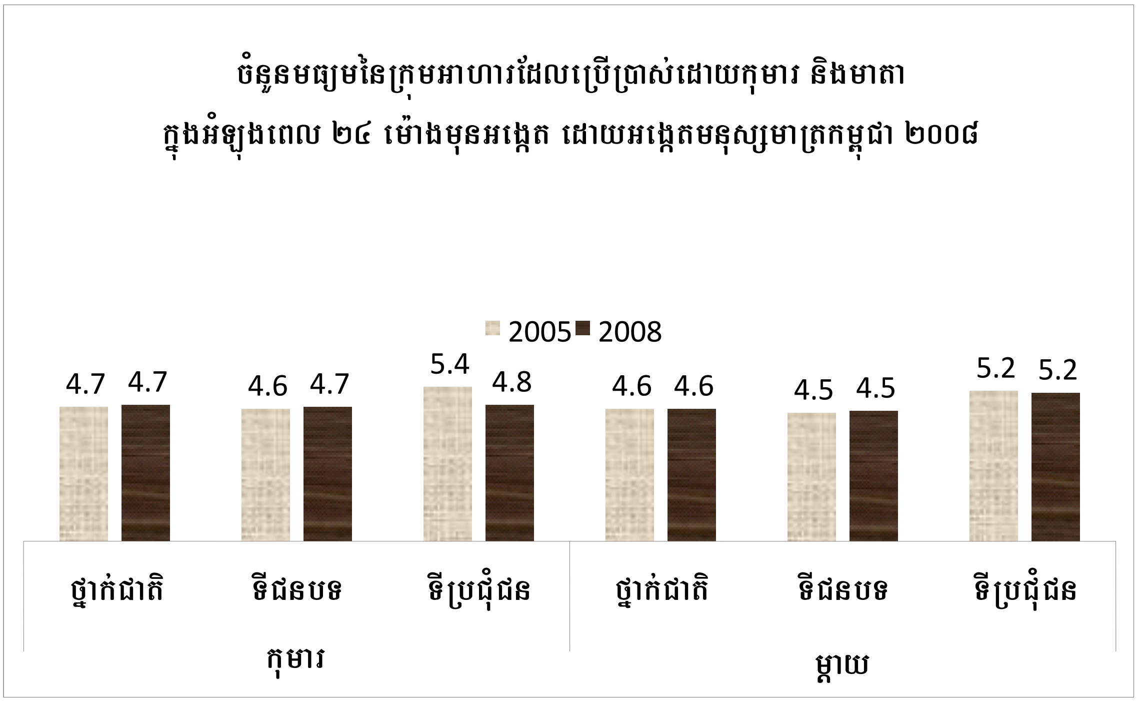
ទិន្នន័យប្រៀបធៀបរវាង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ និង អ.ម.ក ២០០៨ បង្ហាញនូវទំហំនៃការប្រែប្រួលអំពីការប្រើប្រាស់អាហារ ។ ការប្រែប្រួលខ្លាំងបំផុតនោះ គឺកុមារ ក៏ដូចជាមាតានៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជន បានកាត់បន្ថយនូវបរិមាណអាហារដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ដូចជាអត្រាភាគរយប្រភេទសាច់ និងត្រី បានធ្លាក់ចុះប្រមាណ ១៤ ។

រូបភាពលេខ ១៩ : និន្នាការប្រែប្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារ



នៅក្នុងបរិបទប្រទេសកម្ពុជា ការធ្លាក់ចុះជាអវិជ្ជមានណាមួយនៃកម្រិតការប្រើប្រាស់អាហារចម្រុះ អាចជាមូលហេតុគួរឱ្យបារម្ភដ៏ចម្បងដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ ក៏ដូចជាការត្រៀមរកនូវវិធីដោះស្រាយសម្រាប់បញ្ចៀសនូវផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ (៣៩.៥ ភាគរយ) នៃភាពក្រិនក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បង្ហាញថាកម្រិតធ្លាក់ចុះជាអវិជ្ជមានរបស់អាហារគ្រប់មុខ ទំនងជាមូលហេតុមួយដែលបណ្តាលឱ្យភាពក្រិនកើនឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ជាពិសេសនៅតាមតំបន់ទីប្រជុំជន ដែលមធ្យមភាគនៃក្រុមអាហារបានកើនឡើងខ្ពស់ (៥.៤) ធៀបនឹងតំបន់ជនបទ (៤.៦) ក្នុងរូបភាពលេខ ២០ ។ ហើយគ្រួសារភាគច្រើនគឺជាអ្នកប្រើប្រាស់ទំនិញដុល មិនមែនជាអ្នកផលិតស្បៀង ក៏ដូចជាអ្នកដែលពឹងផ្អែកតែលើប្រាក់ឈ្នួលសម្រាប់ទំនិញ និងអាហារដែលមានតម្លៃខ្ពស់នេះដែរ ។

រូបភាពលេខ ២០ : និន្នាការប្រែប្រួលភ្លូខការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារ និងម្តាយ



តារាងទី ១០ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ៣៥ ខែ

ភាគរយនៃកុមារដែលបានទទួលទានអាហារផ្សេងៗ ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ ម៉ោង មុនអង្កេត និងចំនួនមធ្យមទៅតាមក្រុមម្ហូបផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិ	ប្រភេទសាច់គ្រឿងក្នុង	ផ្លែឈើសំបូរជីវជាតិអា	អាហារធញ្ញជាតិ	បន្លែសំបូរជីវជាតិអា	សាច់គោ ជ្រូក មាន់ ទា	ត្រី	បន្លែ	ផ្សេងៗ	ផលិតផលទឹកដោះគោ	អាហារមើម	ផ្លែឈើ បន្លែផ្សេងៗ	ស៊ុត	អាហារមានជាតិប្រេង	អាហារមានជាតិស្ករ	ចំនួនមធ្យមទៅតាមក្រុមម្ហូប	ចំនួនក្មេង
អាយុជាខែ																
៦-១១	3.6	5.7	88.2	25.4	21.7	38.3	3.6	23.5	12.6	8.6	13.7	14.5	10.9	30.2	3.0	**1006**
១២-២៣	6.3	11.5	97.6	51.1	40.8	73.2	10.1	40.0	15.4	15.0	31.8	25.7	24.4	60.0	5.0	**4892**
២៤-៣៥	6.9	14.7	97.9	62.0	41.8	81.3	14.8	46.7	12.6	19.2	38.3	24.8	30.7	66.7	5.6	**1287**
កន្លែងរស់នៅ																
ប្រជុំជន	7.6	6.6	96.8	54.3	45.4	52.6	9.9	36.8	35.0	9.6	29.7	20.5	16.9	54.4	4.8	**679**
ជនបទ	5.5	12.0	95.2	47.1	34.8	70.2	10.0	38.4	9.8	15.7	29.4	23.1	24.3	55.0	4.7	**3506**
សរុប	**5.8**	**11.1**	**95.4**	**48.2**	**36.5**	**67.3**	**10.0**	**38.1**	**13.9**	**14.7**	**29.5**	**22.7**	**23.1**	**54.9**	**4.7**	4185

តារាងទី ១១ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់មាតាដែលមានអាយុចាប់ពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ

ភាគរយនៃកុមារដែលបានទទួលទានអាហារផ្សេងៗ ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ ម៉ោង មុនអង្កេត និងចំនួនមធ្យមនៅតាមក្រុមម្ហូបផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិ	ផលិតផលទឹកដោះគោ	ផ្សេងៗ	អាហារធញ្ញជាតិ	អាហារមើមពណ៌ស	ផ្លែឈើសំបូរវីតាមីនអា	សាច់គោ ជ្រូក មាន់ ទា	ប្រភេទសាច់គ្រឿងក្នុង	ត្រី	បន្លែ	អាហារមើម	ផ្លែឈើ បន្លែផ្សេងៗ	ស៊ុត	អាហារមានជាតិប្រេង	អាហារមានជាតិស្ករ	ចំនួនមធ្យមនៅតាមក្រុមម្ហូប	ចំនួនស្ត្រី
អាយុជាឆ្នាំ																
១៥-១៩	4.0	6.1	99.9	17.6	10.4	43.5	5.3	86.7	17.0	28.3	29.1	19.2	29.6	30.2	4.3	**174**
២០-២៩	6.6	6.2	98.2	20.0	13.5	47.5	8.2	83.3	17.9	30.2	47.2	25.1	33.0	32.3	4.7	**2602**
៣០-៣៩	7.8	6.5	98.3	22.1	12.4	44.4	6.3	85.9	14.5	29.8	44.5	19.4	32.7	31.3	4.6	**1102**
៤០-៤៩	3.7	7.0	98.8	21.9	12.4	41.2	5.0	80.4	15.7	36.2	48.4	20.6	31.4	25.4	4.5	**311**
កន្លែងរស់នៅ																
ប្រជុំជន	9.8	2.9	99.1	20.4	14.2	65.6	9.9	76.7	17.6	42.7	53.0	25.4	37.0	41.1	5.2	**665**
ជនបទ	6.0	7.0	98.3	20.7	12.8	42.4	6.8	85.3	16.7	28.2	44.5	22.6	31.9	29.6	4.5	**3525**
សរុប	**6.6**	**6.3**	**98.4**	**20.6**	**13.0**	**46.1**	**7.3**	**83.9**	**16.8**	**30.5**	**45.8**	**23.0**	**32.7**	**31.4**	**4.6**	**4190**

៣.៣. យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ផ្សេងៗ

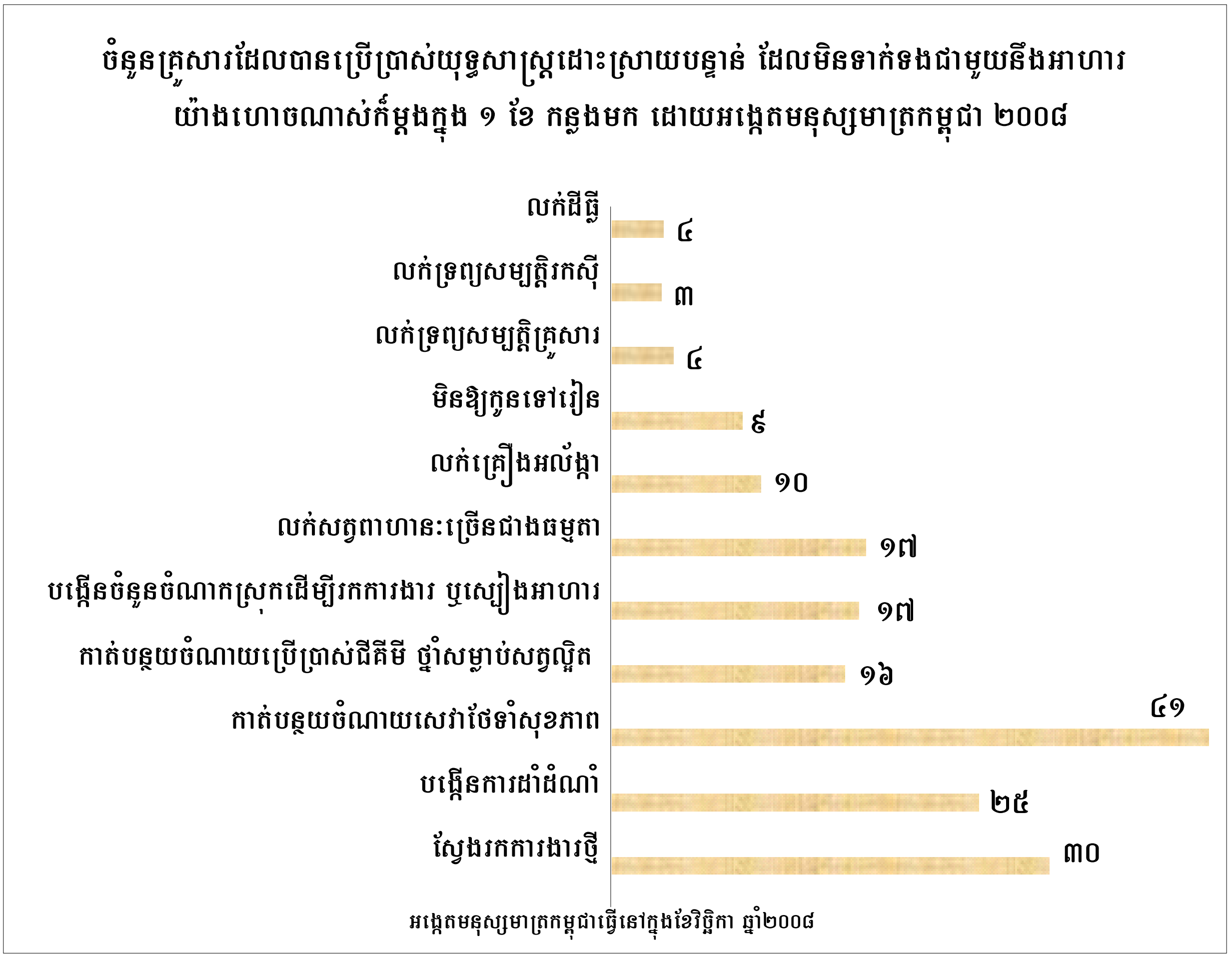
ចាប់តាំងពីថ្លៃអាហារបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនាឆ្នាំ២០០៧ មក ប្រទេសកម្ពុជាបានចាប់អនុវត្តន៍នូវយុទ្ធសាស្ត្ររយៈពេលវែង មធ្យម និងខ្លីជាច្រើន ដើម្បីទប់ទល់នឹងវិបត្តិអាហារឡើងថ្លៃ ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធដោះស្រាយសន្តិសុខស្បៀងថ្នាក់ជាតិ បង្កើនស្បៀងដល់គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារវិបត្តិខ្វះស្បៀងនិងជម្រុញឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហារគ្រួសារក្នុងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ ។ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនានា បានស្វះស្វែងរកវិធានការណ៍ជាច្រើនដើម្បីដោះស្រាយនូវបញ្ហានេះ ជាពិសេសកម្ចី និងជំនួយឥតសំណង ដែលទាក់ទងនឹងការងារសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងន័យជួយសម្រាលបន្ទុកប្រជាជនក្រីក្រកម្ពុជា ដែលប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាសុវត្ថិភាពស្បៀង និងដើម្បីជៀសវាងនូវកង្វះមីក្រូសារជាតិសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ ជាពិសេសការបំផ្លាញនូវកោសិកាលូតលាស់របស់កុមារក្នុងរយៈពេលយូរ និងភាពងាយរងគ្រោះដោយជម្ងឺនានា ដែលបណ្តាលមកពីបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់រយៈពេលខ្លី ។

សកម្មភាពទិសដៅរយៈពេលខ្លីសំខាន់ៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងខែឧសភា ឆ្នាំ២០០៨ ដែលបង្ហាញដោយអង្គការសហប្រជាជាតិ មានដូចជា :

- ការអនុញ្ញាតឱ្យនាំចូលមកវិញនូវសត្វជ្រូកពីប្រទេសជិតខាង
- បម្រាមហាមនាំស្រូវចេញទៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែខេត្តចំនួន ៣ គឺខេត្តកណ្តាល ព្រៃវែង និងតាកែវ ដែលស្ថិតនៅក្បែរព្រំដែនវៀតណាម
- ការបង្កើនប្រាក់បន្ថែម ដែលមានចំនួនប្រហែលជា ៤០ពាន់លាន រៀលដល់មន្ត្រីរាជការ
- ការលក់អង្កររដ្ឋជូនប្រជាជនក្រីក្រ (ឧបត្ថម្ភធន) ក្នុងតំលៃថោកជាងទីផ្សារតាមរយៈកម្ចីពីធនាគារអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ ចំនួន១០លាន ដុល្លារ ។
- ការកាត់បន្ថយពន្ធលើជីកសិកម្ម (ប្រភពជម្រុញឱ្យតម្លៃទិន្នផលកសិកម្មឡើងថ្លៃ) គឺជាយន្តការសំខាន់សម្រាប់កាត់បន្ថយនូវចំណាយរបស់គ្រួសារកសិករក្រីក្រ ។

វិធានការជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការឡើងថ្លៃនៃម្ហូបអាហារនោះ គឺតាមរយៈគម្រោងសុវត្ថិភាពស្បៀងដែលជាជំនួយឥតសំណងរបស់សហគមន៍អឺរ៉ុប ។ រីឯកម្មវិធីចែកអង្ករជូនដល់គ្រួសារក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ គឺសកម្មភាពទី១ដែលមានថវិការបដិភាគរវាងរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និង ធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី ។

រូបភាពលេខ ២១ ៖ យុទ្ធសាស្ត្រនានាដែលមិនទាក់ទងជាមួយនឹងអាហារ



ការមិនឱ្យកូនទៅរៀន និងការបង្កើនចំនួនបំលាស់ទីលំនៅរបស់សមាជិកគ្រួសារ ដើម្បីរកអាហារ និងការស្វែងរកការងារធ្វើបន្ថែម យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ មុនអង្កេត គឺជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្រដែលគ្រួសារបានអនុវត្តន៍ក្នុងពេលអាហារឡើងថ្លៃ ។ ម្យ៉ាងវិញទៀត ការជ្រើសរើសការងារថ្មី ឬស្វែងរកការងារបន្ថែមដើម្បីបង្គ្រប់លើការចំណាយប្រចាំថ្ងៃក្នុងគ្រួសារ ។ អាចមានន័យថា សមាជិកក្នុងគ្រួសារ ជាពិសេសម្តាយមានពេលវេលាតិចជាងមុនសម្រាប់ថែទាំកូន ដូចជាការបង្ការពីជម្ងឺឆ្លង និងកង្វះអនាម័យ និងរបៀបចិញ្ចឹមកូនប្រកបដោយអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ (ទារក ឬក្មេងដែលត្រូវការចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ និងការបរិភោគឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ក៏ដូចជាអាហារបន្ថែម) ។

ផ្ទុយទៅវិញចំណាយលើវិស័យថែទាំសុខភាព ដើម្បីបង្ការជម្ងឺឆ្លងនានារបស់គ្រួសារ ជាពិសេសជម្ងឺកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ត្រូវបានកាត់បន្ថយដោយមានគ្រួសារចំនួនប្រហែលជា ៤១.១ ភាគរយ ។ ចំណាត់ការនេះ អាចផ្តល់នូវគុណវិបត្តិដល់ផ្នែកសុខភាពកុមារ ដែលជាទូទៅកុមារច្រើនតែជាជនងាយរងគ្រោះដោយសារជម្ងឺផ្សេងៗ ។

តារាងលេខ ១២ : ភាគរយគ្រួសារប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបញ្ហាបន្ទាន់ចំពោះមុខ អំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃមុនអង្កេត ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ២០០៨					
យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់	**យ៉ាងតិចម្តង**	**យ៉ាងតិចម្តង**		**រាល់ថ្ងៃ**	**ចំនួនគ្រួសារ**
		ប្រជុំជន	**ជនបទ**		
ពឹងផ្អែកលើអាហារដែលមានតម្លៃថោកជាងមុន និងចំណង់ចំណូលចិត្តតិចជាងមុន	71.5	68.7	72.0	6.5	7489
ខ្ចីអាហារ ឬក៏ពឹងផ្អែកលើមិត្តភ័ក្ត្រ ឬសាច់ញាតិ	51.8	39.1	54.3	0.2	7489
ទិញអាហារដោយសាច់ប្រាក់សុទ្ធ ឬជំពាក់បំណុលគេ	70.3	59.5	72.4	1.4	7489
កាត់បន្ថយអាហារហូបប្រចាំថ្ងៃ	59.5	63.3	58.8	1.5	7489
បន្ថយការហូបចុករបស់មនុស្សធំ សម្រាប់ក្មេង	56.3	52.9	99.6	2.6	7489
ម្តាយ ឬក៏បងស្រីធំ បរិភោគតិចជាងសមាជិកគ្រួសារ	43.7	33.0	45.8	1.3	7489
បរិភោគគ្រាប់ពូជដែលទុកសម្រាប់រដូវក្រោយ	13.0	2.2	15.1	0.3	7489
កាត់បន្ថយចំណាយប្រើប្រាស់ជីគីមី ថ្នាំសម្លាប់សត្វល្អិត ការចិញ្ចឹមសត្វ ។ល។	16.0	2.4	18.7	0.0	7489
លក់ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ (វិទ្យុ គ្រឿងសង្ហារឹម)	4.3	2.4	4.6	0.0	7489
លក់ទ្រព្យសម្បត្តិរកស៊ី (ប្រដាប់ប្រដាកសិកម្ម គ្រឿងម៉ាស៊ីន ម៉ូតូ)	3.4	2.0	3.6	0.1	7489
លក់ដីធ្លី	3.5	1.4	4.0	0.1	7489
លក់គ្រឿងអលង្ការ	10.3	11.1	10.2	0.4	7489
លក់សត្វពាហនៈច្រើនជាងធម្មតា	17.5	3.5	20.2	0.0	7489
កាត់បន្ថយចំណាយសេវាថែទាំសុខភាព	41.1	32.1	42.9	0.1	7489
មិនឱ្យកូនទៅរៀន	9.0	8.9	9.0	1.9	7489
ជ្រើសរើសការងារថ្មី ឬស្វែងរកការងារបន្ថែម	30.1	42.3	31.2	7.6	7489
បង្កើនចំនួនសមាជិកគ្រួសារចំណាកស្រុក ដើម្បីរកម្ហូប និងរកការងារធ្វើបន្ថែម	17.0	10.5	18.3	4.1	7489
បង្កើននូវការទាញយកផលពីធនធានធម្មជាតិ (នេសាទ រុករានព្រៃ...)	33.1	8.2	37.9	9.1	7489
បង្កើនការដាំដំណាំ និងដាំដំណាំថ្មីៗបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយជាមួយតម្លៃម្ហូបអាហារ	25.3	6.6	29.0	3.0	7489

ជំពូកទី២

ការជ្រើសរើសសូចនាករថ្នាក់ក្រោមជាតិ និង ការវិភាគបន្ថែមនៃការជ្រើសរើសសូចនាករ សម្រាប់ចាត់ថ្នាក់បន្ទាន់

១. មនុស្សមាត្រកុមារ

ក្រៅពីកត្តាសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចដូចជា : កម្រិតអប់រំរបស់ឪពុកម្ដាយ ធនធានគ្រួសារ សេវាសុខភាពសាធារណៈ និងវិធីសាស្ត្រចិញ្ចឹមបីបាច់ថែរក្សាកូន នោះកត្តាភូមិសាស្ត្រ (ទីកន្លែងរស់នៅ) ក៏ជាសូចនាករសំខាន់ សម្រាប់បង្ហាញនូវវឌ្ឍនភាព ឬក៏ការថយចុះនៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារ ។ ជាក់ស្ដែង នៅតាមតំបន់ដែលមានសុវត្ថិភាពស្បៀងគ្រប់គ្រាន់ដូចជាទីក្រុងភ្នំពេញ កម្រិតស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ (ក្រិន ស្គម និងកង្វះទម្ងន់) មានលក្ខណៈប្រសើរជាងនៅតាមបណ្ដាខេត្តផ្សេងៗ ។ ទោះបីជាមានសុទិដ្ឋិនិយមផ្នែកកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅទីក្រុងភ្នំពេញក៏ពិតមែន មូលហេតុដោយសារតែមានកំណើន និងការអភិវឌ្ឍខ្ពស់គ្រប់ផ្នែកជាងខេត្តដ៏ទៃ ក៏មិនមានន័យថា កុមារនៅទីក្រុងភ្នំពេញស្ថិតនៅក្នុងចំនុចប្រៀបឡង់មួយល្អនោះទេ ពីព្រោះតែអង្កេតឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញថា សូចនាករភាពក្រិន និងកង្វះទម្ងន់របស់កុមារបានកើនឡើងគួរសមក្រោយឆ្នាំ២០០៥ មក (ឧបសម្ព័ន្ធទី២ ផ្នែកមនុស្សមាត្រកុមារឆ្នាំ២០០៥) បន្ទាប់ពីមានការកាត់បន្ថយខ្លាំងរវាងពីឆ្នាំ ២០០០ មកឆ្នាំ២០០៥ ។ ហេតុដូចនេះ ការងារជាច្រើនក្រៅពីសេវាសុខភាពសាធារណៈចាំបាច់ទាមទារនូវការឆ្លើយតប និងកិច្ចអន្តរាគមន៍បន្ថែម ។

១.១. ថ្នាក់ខេត្ត

កម្រិតខ្ពស់នៃភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ នៅតាមបណ្ដាខេត្តនានាជាពិសេសខេត្តនៅជុំវិញតំបន់បឹងទន្លេសាប បញ្ជាក់នូវការប្រឈមមុខខ្លាំងផ្នែកជម្ងឺកុមារ ក៏ដូចជាផលប៉ះពាល់ដល់ការលូតលាស់នៃសារពាង្គកាយរបស់កុមារដែរ ។ ផ្ទុយទៅវិញ នៅពេលដែលទិន្នន័យនៅតាមខេត្តមួយត្រូវបានបំបែក នោះភាពខុសគ្នា (ភាគរយ) នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខេត្តនោះ ពុំមែនជាន័យសំខាន់ក្នុងន័យស្ថិតិនោះទេ ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភបែរជាបង្ហាញនូវភាគរយខុសគ្នាច្រើន នៅពេលដែលទិន្នន័យត្រូវបានបំបែកទៅតាមតំបន់របស់ខេត្តផ្សេងៗ មានដូចជា : តំបន់ជុំវិញបឹងទន្លេសាប តំបន់ឆ្នេរសមុទ្រ តំបន់ខ្ពង់រាប និងទំនាប ។ ១ភាគ៣ នៃកុមារក្រិន ឬច្រើនជាង ៣០ ភាគរយ និងច្រើនជាង ២០ ភាគរយ ក្នុងចំណោមកុមារខ្វះទម្ងន់កំពុងរស់នៅក្នុងតំបន់ទាំងអស់នេះ លើកលែងតែទីក្រុងភ្នំពេញចេញប៉ុណ្ណោះ ។ ក្រៅពីនេះ មានខេត្តចំនួន ១៥ ក្នុងចំណោម ១៩ ខេត្ត ដែលមានខេត្តខ្លះត្រូវបានបញ្ចូលគ្នា បង្ហាញនូវភាពស្គមស្គាំងរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ក្នុងអត្រា ១០ ភាគរយ ។

ដូចដែលបានបង្ហាញពីខាងលើ តំបន់កម្រិតទាបជាងគេនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ គឺទីក្រុងភ្នំពេញធៀបនឹងបណ្ដាខេត្តផ្សេងៗ ។ ប៉ុន្តែធៀបនឹងក្រុមកុមារដែលមានសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ នោះ

អត្រាភាពក្រិននៅទីក្រុងភ្នំពេញច្រើនជាង ១៥ ដង កង្វះទម្ងន់ច្រើនជាង ៨ ដង និងអត្រាស្គមខ្ពស់ជាង ២ ដង ។

តារាងលេខ ១៣ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមខេត្ត-ក្រុង

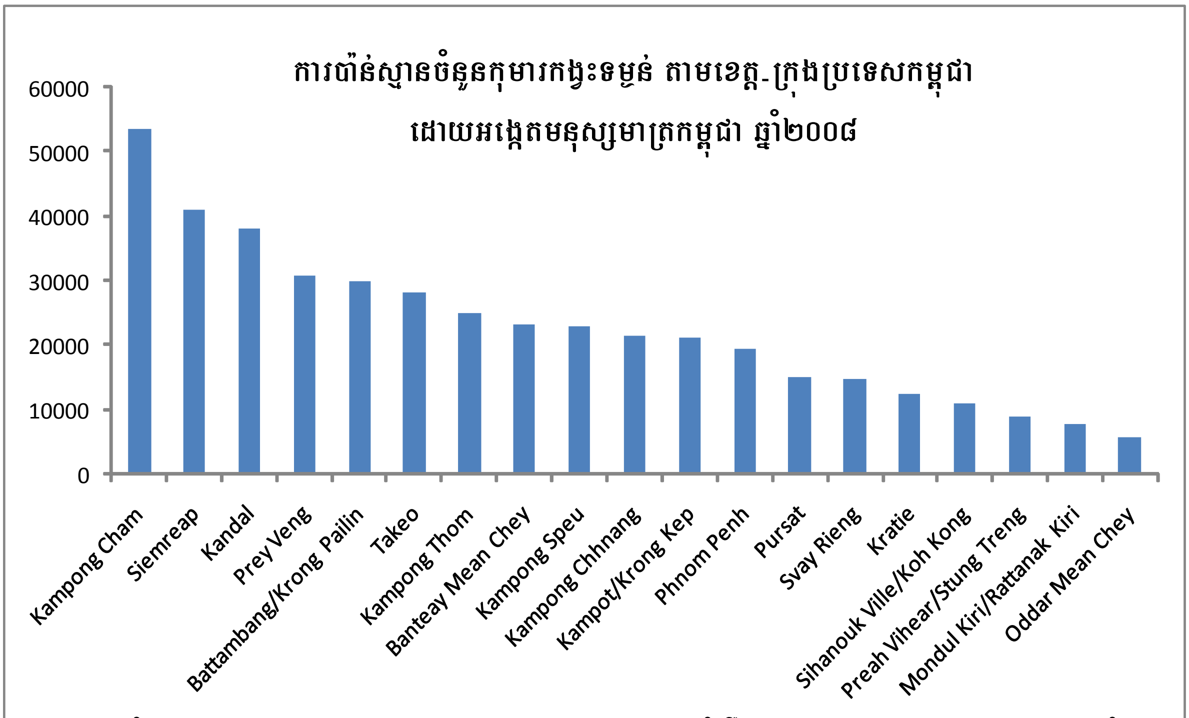
ភាគរយកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានបញ្ហាជាមួយកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករទាំង៣នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ : កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ និងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ នៅតាមខេត្ត ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ឈ្មោះខេត្ត	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ		ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់		ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ		ចំនួនកុមារ
	< -2 SD	< -3 SD	< -2 SD	< -3 SD	< -2 SD	< -3 SD	
បន្ទាយមានជ័យ	38.4	18.0	11.7	2.8	29.7	10.4	317
កំពង់ចាម	38	15.5	10	2.9	30.1	9.6	888
កំពង់ឆ្នាំង	45.4	19.6	11.1	3.3	37.4	12.1	306
កំពង់ស្ពឺ	37.6	15.1	10.9	1.3	27.8	5.9	471
កំពង់ធំ	47.1	23.0	9.6	2.1	33.5	12.8	187
កណ្ដាល	35.8	15.8	10.8	1.9	29.6	9.9	627
ក្រចេះ	46.3	22.6	9.1	2.4	29.3	9.8	164
ភ្នំពេញ	33.6	16.7	5.6	1.4	18.7	6.8	658
ព្រៃវែង	42.2	16.1	5.5	0.8	29.7	8.3	528
ពោធិសាត់	36.4	16.1	11.2	2.2	33.3	9.1	187
សៀមរាប	46	23.1	8.6	1.8	34.7	11.9	628
ស្វាយរៀង	36	13.6	11	1.1	30.9	9.2	272
តាកែវ	43.4	16.7	7.1	1.9	28.9	7.9	479
ឧត្ដរមានជ័យ	41	16.7	10.1	3.8	26.6	7.6	78
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	37.3	15.3	9.3	1.3	25	8.3	557
កំពត/កែប	34.5	13.8	8.1	1.1	27.2	7.7	261
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	40.1	19.9	7.1	0.5	26.4	10.5	182
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	46.6	23.3	6.7	1.5	24.1	6.0	133
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	41.7	22.9	6.3	2.1	27.1	9.4	96
សរុប	39.5	17.3	8.9	1.8	28.8	9.1	7019

អត្រាកុមារក្រិនខ្ពស់បំផុត គឺស្ថិតនៅក្នុងខេត្តកំពង់ធំ ក្នុងចំនួន ៤៧.១ ភាគរយ ។ រីឯកង្វះទម្ងន់ ឃើញមានអត្រាខ្ពស់ផងដែរ នៅក្នុងខេត្តសៀមរាប (៣៤.៧ ភាគរយ) ។ ក៏ប៉ុន្តែ អត្រាទាំងអស់នេះ មិនមានភាពខុសគ្នាច្រើនទេធៀបនឹងខេត្តដ៏ទៃផ្សេងទៀត ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ស្រដៀងគ្នានៅតាមបណ្តាខេត្តនានា មិនទំនងជាសំខាន់នោះទេ (ភាគរយដូចគ្នា ប៉ុន្តែចំនួនកុមារខុសគ្នា) ។ មានន័យថា ក្រុមគោលដៅដែលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នោះ គួរតែមើលនៅលើចំនួនពិតរបស់កុមារកំពុងខ្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលរស់នៅតាមបណ្តាខេត្តទាំងអស់នោះ ជាជាងការមើលតែនៅលើអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ ។

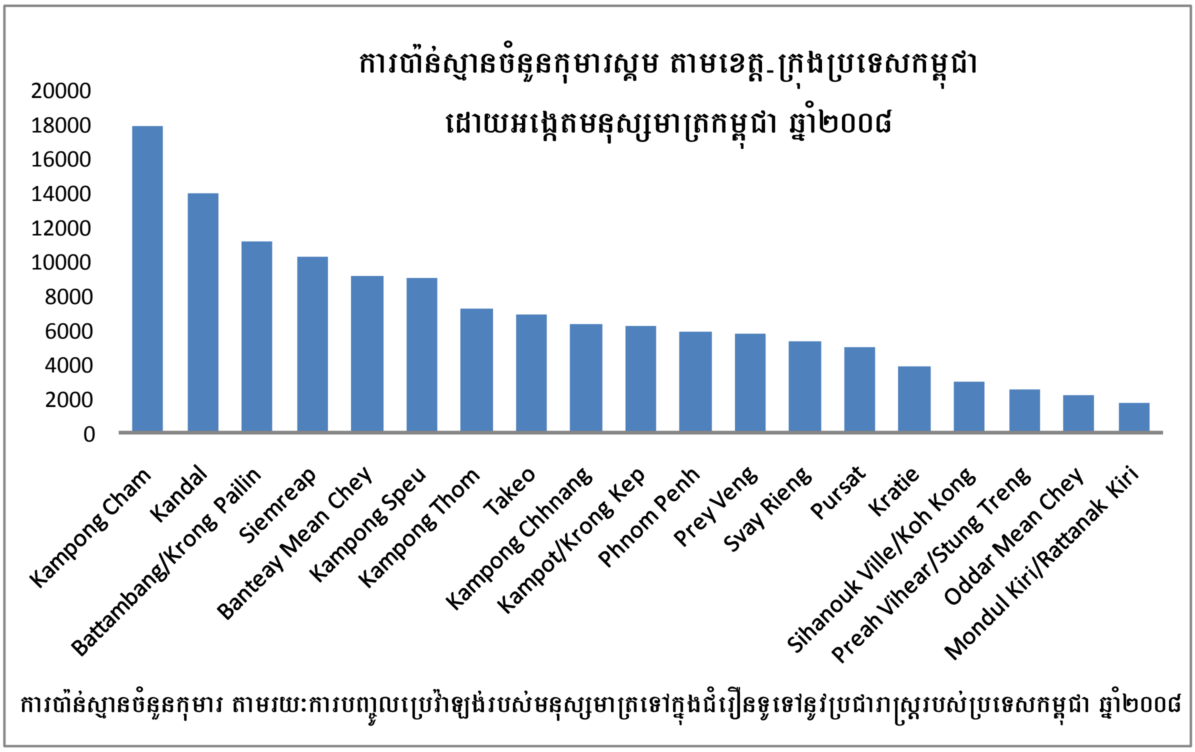
រូបភាពខាងក្រោមនេះ បង្ហាញនូវការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនកុមារជួបប្រទះនូវកង្វះអាហារូបត្ថម្ភតាមរយៈសូចនាករទាំង៣ ទៅតាមខេត្តនិមួយៗ និងទីក្រុងភ្នំពេញ ។ តាមការប៉ាន់ស្មានរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ដោយផ្តើមចេញពីការគណនារកចំនួនប្រជាជន ដែលបានធ្វើឡើងដោយជំរឿនទូទៅនូវប្រជារាស្ត្ររបស់ប្រទេសកម្ពុជានាឆ្នាំ២០០៨ (ជ.ទ.ប្រ.ក) បង្ហាញថាខេត្តកំពង់ចាមសំបូរទៅដោយកុមារដែលមានបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភច្រើនជាងគេបង្អស់ ។ ដោយក្នុងនោះ មានចំនួនប្រហែល ៥៤,០០០ នាក់ ជាកុមារកង្វះទម្ងន់ ភាពស្គមមានប្រហែលជា ១៨,០០០ នាក់ និងកុមារក្រិន គឺច្រើនជាង ៦៨,០០០ នាក់ ។ យើងឃើញថា កង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់ ភាគច្រើនកើតមាននៅក្នុងខេត្តណាដែលមានចំនួនប្រជាជនច្រើនជាងគេ ។

រូបភាពលេខ ២២ : ចំនួនកុមារកង្វះទម្ងន់ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមខេត្ត-ក្រុង

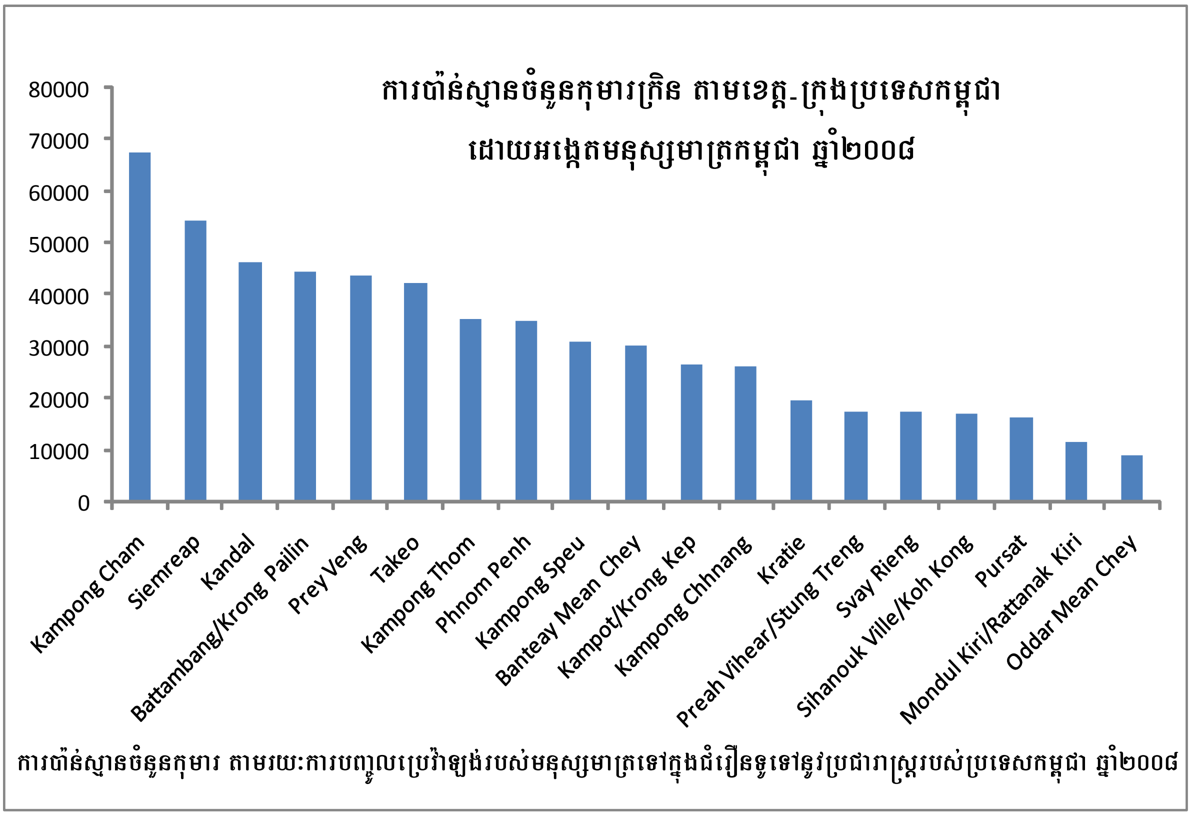


ការប៉ាន់ស្មានចំនួនកុមារ តាមរយៈការបញ្ចូលប្រេវ៉ាឡង់របស់មនុស្សមាត្រទៅក្នុងជំរឿនទូទៅនូវប្រជារាស្ត្ររបស់ប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

រូបភាពលេខ ២៣ : ចំនួនកុមារស្គមដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមខេត្ត-ក្រុង



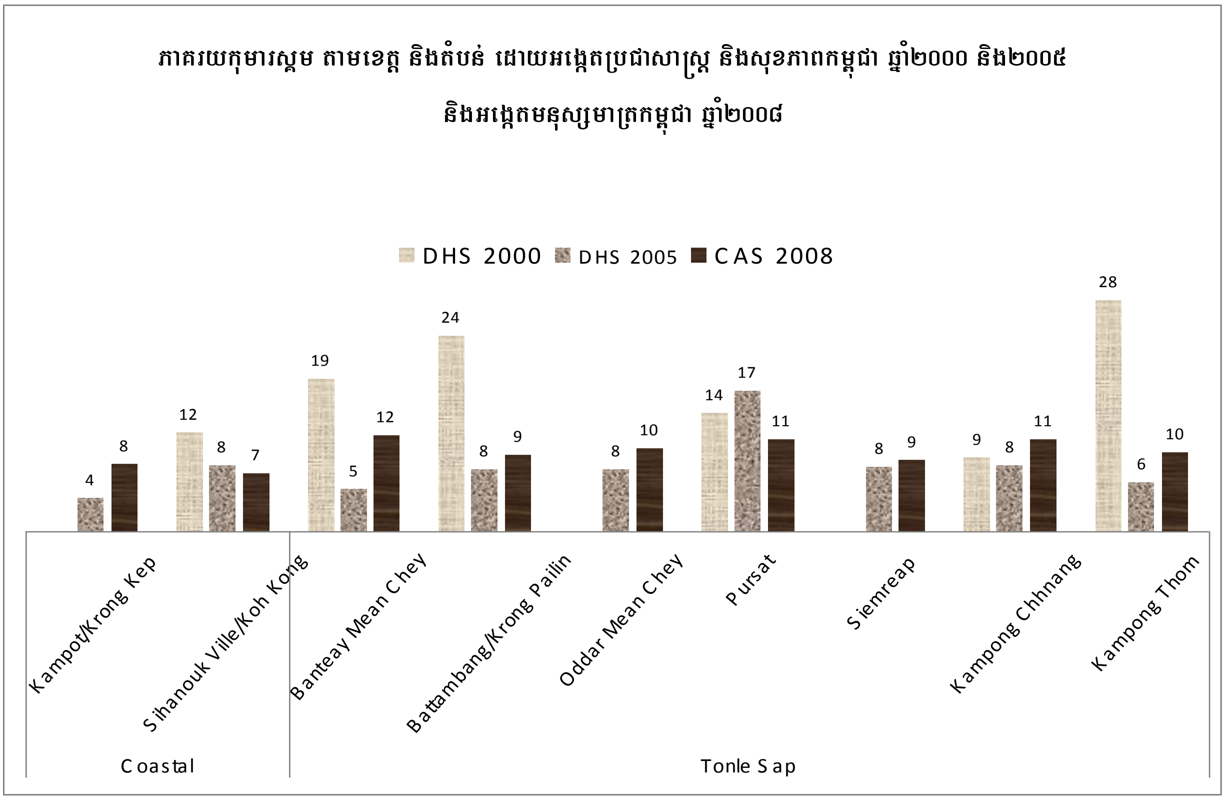
រូបភាពលេខ ២៤ : ចំនួនកុមារក្រិនដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមខេត្ត-ក្រុង

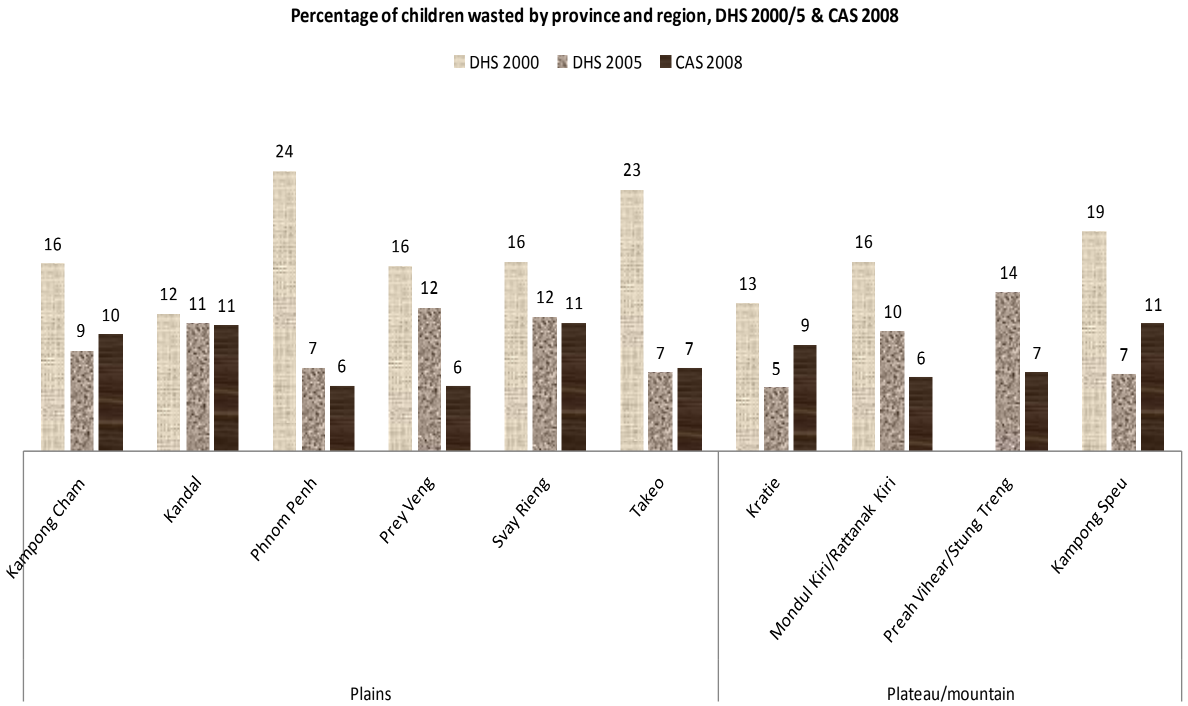


រូបភាពខាងក្រោមនេះ បង្ហាញនូវនិន្នាការប្រែប្រួលប្រេវ៉ាឡង់កុមារស្គម តាមខេត្ត និងតំបន់ ។ តំបន់និមួយៗ ផ្តល់នូវទិន្នន័យខុសគ្នា ក៏ដូចជាការបកស្រាយ ដោយសារតែភាគរយមានការខុសគ្នាច្រើនក្នុងន័យស្ថិតិ ។ ពីឆ្នាំ២០០០ មកឆ្នាំ២០០៥ អត្រាស្គមរបស់កុមារបានផ្តល់នូវសញ្ញាវិជ្ជមានគួរឱ្យកត់សម្គាល់សម្រាប់គ្រប់តំបន់ទាំងអស់ ។ ប៉ុន្តែវឌ្ឍនភាពនេះ បានឈប់នៅត្រឹមនាឆ្នាំ២០០៨ លើកលែង តែខេត្តព្រៃភ្នំដាច់ស្រយាលដូចជា : មណ្ឌលគីរី រតនគីរី ស្ទឹងត្រែង និងព្រះវិហារ ប៉ុណ្ណោះ ដែលមាន អត្រាប្រេវ៉ាឡង់បន្តថយចុះស្ទើរតែពាក់កណ្តាលបន្តរហូតចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០មក ។

តំបន់ដែលផ្តល់នូវសញ្ញាអវិជ្ជមាននៃអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់នោះ គឺតំបន់បឹងទន្លេសាប ក្នុងនោះ ខេត្តបន្ទាយមានជ័យបានកើនឡើង ៧ អត្រាភាគរយ (ក្បែរ ៥០ ភាគរយ) ពី ៥ ភាគរយ ឆ្នាំ ២០០៥ ទៅ ១២ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៨ ។ ជាងនេះទៅទៀតនោះ មានខេត្តចំនួន ៦ ក្នុងចំណោមខេត្តទាំង ៧ ក្នុងតំបន់ជុំវិញបឹងទន្លេសាប មានការកើនឡើងនូវអត្រាស្គមចាប់ពីឆ្នាំ២០០៥ មក ។ អត្ថន័យនេះ រំលេចនូវរឿងខ្លះគួរឱ្យភ្ញាក់ផ្អើលដែលថាតំបន់ដែលសំបូរទៅដោយផលិតផលកសិកម្ម តែផ្ទុយទៅវិញ អត្រាភាពស្គមរបស់កុមារបែរជាកើនឡើងលើសបណ្តាតំបន់ដ៏ទៃវិញ ។ ឬក៏តំបន់សំបូរទៅដោយអង្ករសម្រាប់បរិភោគក៏ពិតមែន ប៉ុន្តែសម្រាប់បរិបទសន្តិសុខស្បៀង ក្រុមគ្រួសារដែលរស់នៅតំបន់នេះ ទំនងជាមិនមានបរិមាណអាហារគ្រប់គ្រាន់ ឬក៏ជួបបញ្ហាអសន្តិសុខស្បៀងសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ដូចដែលរដ្ឋាភិបាល និង ADB បានសហការណ៍គ្នាធ្វើអន្តរាគមន៍កន្លងមក ។

រូបភាពលេខ ២៥ : និន្នាការប្រែប្រួលមនុស្សមាត្រកុមារតាមខេត្តរបស់តំបន់ឆ្នេរ និងបឹងទន្លេសាប





១.២. លក្ខណៈប្រវត្តិបន្ថែមផ្សេងៗ

ប្រភេទការងាររបស់ឪពុកម្តាយ ក៏បានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ ក្នុងការជួយជ្រោមជ្រែងនូវស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារដែរ ដោយសារតែពេលវេលាត្រូវបានចែកក្រោយពីការងារសម្រាប់ការថែរក្សាកុមារតូច ប្រកបដោយសុខភាពខ្ពស់ និងការរីកលូតលាស់ល្អប្រសើរ ។ ជាទូទៅនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ប្រជាជនច្រើនជាង ៧០ ភាគរយ ប្រកបអាជីពជាកសិករ (ការងារទុនផ្ទាល់ខ្លួន និងការងារយកប្រាក់កំរៃ) ហើយមានកសិករខ្លះក្នុងចំណោមកសិករទាំងអស់នេះ មានជំនាញបន្ទាប់បន្សំក្រៅពីការងារកសិកម្ម ។ ក្នុងចំណោមការងារទាំងពីរក្នុងផ្នែកកសិកម្ម ប្រេវ៉ាឡង់កុមារក្រិន និងកង្វះទម្ងន់ មានខ្ពស់ជាងគេ បើសិនជាឪពុកម្តាយប្រកបការងារយកប្រាក់កំរៃ ធៀបនឹងប្រភេទការងារផ្សេងៗ លើកលែងតែប្រេវ៉ាឡង់កុមារស្គមប៉ុណ្ណោះ ដែលមិនមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងក្នុងន័យស្ថិតិ ។ ជាទូទៅភាគរយអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ មានការខុសគ្នាបន្តិចបន្តួចទៅតាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ។

បើប្រៀបជាមួយនឹងកុមារដែលមានសុខភាព និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភល្អ ហើយមានឪពុកម្តាយប្រកបការងារយកប្រាក់កំរៃ នោះជាមធ្យមប្រេវ៉ាឡង់កុមារក្រិនមាន ២៦ ដង កុមារកង្វះទម្ងន់ជិតដល់ ២០ ដង និងកុមារស្គមក្នុងចំនួនក្បែរ ៥ ដង ។

តារាងលេខ ១៤ ៖ មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទការងាររបស់ឪពុក

ភាគរយកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង ៣ នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភតាមមុខរបររបស់ឪពុក ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
មុខរបរឪពុក	**គម្លាតស្តង់ដារអវិជ្ជមានក្រោម ២**			**ចំនួនកុមារ**
	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	
កម្លាំងប្រដាប់អាវុធ	31.5	28.3	6.6	92
ការងារជំនាញ	28.2	19.9	6.2	337
ស្មៀន	13.4	10.3	7.1	126
លក់ដូរ	27.4	16.1	8.4	273
ការងារកសិកម្មដោយទុនផ្ទាល់ខ្លួន	41.6	30.9	9.2	3672
ការងារកសិកម្មដោយយកកម្រៃ	53.5	39.1	9.8	256
ការងារពលកម្មមានជំនាញ	36.9	25.8	9.8	1267
ការងារពលកម្មគ្មានជំនាញ	38.9	30.3	10.4	442
សរុប	**39.0**	**28.6**	**9.1**	**6465**

តារាងលេខ ១៥ ៖ មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទការងាររបស់ម្តាយ

ភាគរយកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង ៣ នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភតាមមុខរបររបស់ម្តាយ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
មុខរបរម្តាយ	**គម្លាតស្តង់ដារអវិជ្ជមានក្រោម ២**			**ចំនួនកុមារ**
	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	
ការងារជំនាញ	32.1	16.7	7.5	54
លក់ដូរ	34.5	27.4	9.1	591
ការងារកសិកម្មដោយទុនផ្ទាល់ខ្លួន	42.2	31.7	9.3	1490
ការងារកសិកម្មដោយយកកម្រៃ	55	41.6	7.9	190
ការងារពលកម្មមានជំនាញ	43.2	30.7	10.6	407
ការងារពលកម្មគ្មានជំនាញ	38.9	35.7	12	283
សរុប	**41.2**	**31.4**	**9.6**	**3015**

តារាងខាងក្រោមនេះ បង្ហាញនូវកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារទាក់ទងជាមួយនឹងប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែរបស់គ្រួសារដែលបានសម្ភាសន៍ ។ ម្តងទៀតប្រជាជនភាគច្រើនប្រកបរបរកសិកម្ម ប៉ុន្តែអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ មិនជាខុសគ្នាប៉ុន្មានទេទៅតាមប្រភេទដីកាន់កាប់ ។ តាមរយៈ

ប្រភេទកម្មសិទ្ធិដីស្រែរបស់ឪពុកម្តាយ អត្រាភាពក្រិននៅតែជាបញ្ហាប្រឈមរបស់កុមារក្នុងចំនួនសរុបទាំងអស់ក្នុងអត្រា ៤១.៨ ភាគរយ ។ អត្រាខ្ពស់ទំនងជាបណ្តាលមកពីគុណភាពដី (ជីជាតិ) ជាជាងទំហំដីកាន់កាប់។

តារាងលេខ ១៦ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែចម្ការ

ភាគរយកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង ៣ នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភតាមប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែចម្ការ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ប្រភេទដីកាន់កាប់	**គម្លាតស្តង់ដារអវិជ្ជមានក្រោម ២**			**ចំនួនកុមារ**
	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	
ដីផ្ទាល់ខ្លួន	41.8	31.2	9.0	3498
ដីគ្រួសារ	39.2	27.3	12.6	199
ដីជួលពីគេ	41.0	30.5	7.6	105
ដីរបស់អ្នកដទៃ	44.2	36.0	9.7	267
សរុប	**41.8**	**31.3**	**9.2**	**4068**

ក្នុងបរិបទខាងលើនេះ កុមារខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ ដែលបែងចែកទៅតាមការងាររបស់ឪពុកម្តាយក៏ដូចជាប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែចំការ អាចជាបញ្ហាដែលត្រូវការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ ។ ដូច្នេះគំនិតនៃការពង្រឹងបណ្តាញសុវត្ថិភាពសង្គមដែលមានលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធ និងការសម្របសម្រួលរួមដោយការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើក្រុមគ្រួសារកសិករ និងគ្រួសារងាយរងគ្រោះបំផុត ។

យ៉ាងណាមិញ ទាក់ទងជាមួយនឹងការទិញអង្ករបរិភោគក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែ កន្លងមកមុនអង្កេតត្រូវបានសាកសួរ សម្រាប់កំណត់រកនូវអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយពិតប្រាកដរវាងក្រុមកសិករធ្វើស្រែ (ផលិតអង្ករ) និងក្រុមប្រើប្រាស់ផលិតផលអង្ករ ។ ជាលទ្ធផលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៃសូចនាករទាំង៣ គឺមិនសូវជាខុសគ្នាច្រើនទេក្នុងចំណោមក្រុមទាំងពីរ ។

តារាងលេខ ១៧ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមប្រភេទផលិតកម្មអង្ករ

ភាគរយកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង ៣ នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភតាមប្រភេទកម្មសិទ្ធិកាន់កាប់ដីស្រែចម្ការ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
ប្រភេទដីកាន់កាប់	**គម្លាតស្តង់ដារអវិជ្ជមានក្រោម ២**			**ចំនួនកុមារ**
	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	
អ្នកផលិតស្រូវដុល	39.2	27.2	7.5	1512
អ្នកប្រើប្រាស់ផលិតផលស្រូវដុល	41.9	31.5	9.5	4289

ហានិភ័យនៃកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ មានស្មើរតែគ្រប់រូបភាព ទោះបីជាគ្រួសារទាំងនៅជនបទ និងទីប្រជុំជន ឬក៏បានជួប និងមិនជួបនូវបញ្ហាកង្វះខាតថវិកាក្តី ស្របពេលដែលការចំណាយរបស់គ្រួសារសម្រាប់ម្ហូបអាហារដែលមានតម្លៃថោកជាងមុនយ៉ាងហោចណាស់ក៏ម្តងដែរ ក្នុងអំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃ មុនអង្កេត ។ ស្មើរតែពាក់កណ្តាលនៃកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ទាំងតំបន់ទីជនបទ និងទីប្រជុំជនដែលមានគ្រួសារបានជួបបញ្ហាកង្វះខាតថវិកា បានប្រឈមជាមួយភាពគ្រិន ។

តារាងលេខ ១៨ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមការបោះស្រាយពីបញ្ហាកង្វះថវិកា

ភាគរយកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍សូចនាករមនុស្សមាត្រទាំង ៣ នៃស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភនៅពេលមានកង្វះថវិកា ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
តំបន់រស់នៅ និងបញ្ហាថវិកា	**គម្លាតស្តង់ដារអវិជ្ជមានក្រោម ២**			**ចំនួនកុមារ**
	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	
តំបន់ទីប្រជុំជនមានបញ្ហាផ្នែក ថវិកា	38.2	27.4	10.8	628
តំបន់ទីជនបទមានបញ្ហាផ្នែក ថវិកា	42.1	32.0	9.3	4603
មានបញ្ហាផ្នែកថវិកាទាំងស្រុង	41.6	31.5	9.5	5231
តំបន់ទីប្រជុំជនគ្មានបញ្ហាផ្នែក ថវិកា	25.1	14.4	6.1	589
តំបន់ទីជនបទគ្មានបញ្ហាផ្នែក ថវិកា	37.6	24.2	7.8	1198
គ្មានបញ្ហាផ្នែកទាំងស្រុង	33.4	21	7.2	1787
សរុប	**38.2**	**27.4**	**10.8**	**628**

២. មនុស្សមាត្រស្ត្រី

ថ្នាក់ខេត្ត

អង្កេតក្នុងឆ្នាំ២០០៥ បានបង្ហាញថា កម្ពស់របស់ស្ត្រីមានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ច ក្នុងរយៈកាលកន្លងមក និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភអំឡុងវ័យកុមារភាព និងវ័យជំទង់ ។ ការឆាប់មានផ្ទៃពោះ និងចន្លោះពេលនៃការផ្តល់កំណើតទារក ចូលរួមចំណែកសំខាន់សម្រាប់អាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយរបស់ស្ត្រី ។ ចំណែកឯ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថា ខេត្តមណ្ឌលគិរី រតនគិរី ព្រះវិហារ និងស្ទឹងត្រែង មានស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ទាបជាង ១៤៥ ស.ម ច្រើនជាងបណ្តាខេត្តផ្សេងៗ ។ រីឯស្ត្រីដែលបានវាយតំលៃថាស្គម នោះគឺសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយតិចជាង ១៨.៥ ឃើញមាននៅតាមខេត្តនៃតំបន់ខ្ពង់រាប ។ តំណាលគ្នានេះដែរ ស្ត្រីស្គមល្មម និងខ្លាំងមានអត្រាច្រើនជាង ៤ ភាគរយ នៅតាមខេត្តតំបន់វាលទំនាប ។

តារាងលេខ ១៩ : មនុស្សមាត្រមាតាតាមខេត្ត-ក្រុងបែងតាមតំបន់

ស្ត្រីគ្រប់រូបមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ដែលមានកូនអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ រួមមាន ភាគរយរបស់ស្ត្រីដែលមានកម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយជាមធ្យម និងកម្រិតភាគរយសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយនិមួយៗ ទៅតាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ឈ្មោះខេត្ត	កម្ពស់		សន្ទស្សន៍	ភាពស្គម		ភាពធាត់	ចំនួន
	ភាគរយកម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ	ចំនួន ស្ត្រី	សមាសភាព រាងកាយ	សរុប <18.5	ស្គមល្មម/ស្គមខ្លាំង ≤17.0	≥ 30.0	ស្ត្រី សរុប
បន្ទាយមានជ័យ	5.0	318	22.1	10.7	1.1	2.8	292
កំពង់ចាម	5.2	918	21.3	16.1	4.4	1.6	810
កំពង់ឆ្នាំង	6.3	278	20.9	18.8	4.0	0.3	239
កំពង់ស្ពឺ	6.3	439	20.8	18.4	3.0	0.6	383
កំពង់ធំ	7.5	194	21.1	16.1	3.4	0.8	171
កណ្តាល	6.8	562	21.0	18.0	5.7	1.3	492
ក្រចេះ	5.6	164	21.1	17.4	2.4	1.3	144
ភ្នំពេញ	4.5	655	21.8	11.9	2.4	1.3	602
ព្រៃវែង	4.5	528	20.8	20.4	4.2	0.4	482
ពោធិសាត់	7.4	186	21.1	13.1	3.9	0.5	167
សៀមរាប	6.9	572	21.4	15.7	3.1	1.5	465
ស្វាយរៀង	8.2	258	20.3	22.5	5.1	0.8	238
តាកែវ	7.6	488	20.7	20.6	6.9	2.6	439

ឧត្តរមានជ័យ	6.0	85	21.1	12.3	2.4	0.7	75
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	5.8	574	21.9	11.3	2.4	3.4	516
កំពត/កែប	6.9	251	21.2	17.6	2.8	2.1	220
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	6.4	173	21.6	14.8	3.4	1.7	151
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	11.4	143	21.0	11.8	3.3	0.2	126
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	16.1	100	20.9	14.7	3.2	0.3	85

៣. ជម្ងឺរបស់កុមារ

ថ្នាក់ខេត្ត

ខេត្តចំនួន ៦ ក្នុងចំណោម ១៩ ខេត្ត ដែលខេត្តខ្លះត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នា អត្រារោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមមានច្រើនជាង ២០ ភាគរយ ក្នុងនោះខេត្តព្រះសីហនុ និងកោះកុងមានភាគរយច្រើនជាងគេ ២៣.៣ ។ ទីក្រុងភ្នំពេញ នៅតែជាកន្លែងដែលមានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមតិចជាងគេបង្អស់ ក្នុងកម្រិត ១ ខ្ទង់ (៣ ភាគរយ) ។ ជាមួយនឹងកម្រិត ១ ខ្ទង់នេះដែរ ខេត្តចែកតាមតំបន់២ទៀត បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន និងកំពត/កែប មានអត្រាបន្តបន្ទាប់ គឺ ៦.៣ ភាគរយ និង ៨.៥ ភាគរយ ។ យើងឃើញថាទីក្រុង ឬខេត្តខ្លះដែលត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នាដែលមានកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ចំនួនច្រើន មានអត្រារោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើម តិចជាង ១០ ភាគរយ ។

តារាងលេខ ២០ : រោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើមរបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិ	**រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍មុនអង្កេត**	
	រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម	ចំនួនកុមារ
ឈ្មោះខេត្ត		
បន្ទាយមានជ័យ	22.9	318
កំពង់ចាម	20.7	897
កំពង់ឆ្នាំង	14.3	276
កំពង់ស្ពឺ	16.7	437
កំពង់ធំ	20.5	194
កណ្តាល	17.2	561
ក្រចេះ	14.9	162
ភ្នំពេញ	3.0	665

ព្រៃវែង	13.8	520
ពោធិសាត់	12.5	185
សៀមរាប	22.4	563
ស្វាយរៀង	14.6	256
តាកែវ	22.2	480
ឧត្តរមានជ័យ	18.2	84
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	6.3	566
កំពត/កែប	8.5	250
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	23.3	172
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	11.3	142
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	17.1	98
សរុប	**15.6**	**6826**

កុមារមានជម្ងឺរាក មានភាគរយទាបដូចគ្នានឹងរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម នៅតាមខេត្ត ដែលត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នា ដូចជា បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន និងកំពត/កែប ក្នុងអត្រាប្រហែល ២០ ភាគរយ ។ ក្រុងភ្នំពេញបន្តនូវអត្រាទាបជាងគេ ថ្វីត្បិតតែចំនួនជម្ងឺរាករបស់កុមារ ច្រើនជាង ៤ ដងធៀបនឹងរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមក្តី ។ ខេត្តចំនួន ១៣ ក្នុងចំណោម ១៩ ខេត្ត ដែលខេត្តខ្លះត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នា មានប្រេវ៉ាឡង់ធំជាង ៣០ ភាគរយ ។

តារាងលេខ ២១ : ជម្ងឺរាករបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បានកើតជម្ងឺរាក តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨			
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**ជម្ងឺរាកក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍មុនអង្កេត**		
	រាក	រាកមូល	ចំនួនកុមារ
ឈ្មោះខេត្ត			
បន្ទាយមានជ័យ	33.9	1.6	318
កំពង់ចាម	33.7	2.8	897
កំពង់ឆ្នាំង	37.5	5.3	276
កំពង់ស្ពឺ	26.8	1.7	437
កំពង់ធំ	31.0	3.5	194
កណ្តាល	28.8	2.6	561

ក្រចេះ	38.1	6.6	162
ភ្នំពេញ	13.4	0.8	665
ព្រៃវែង	33.9	4.3	520
ពោធិសាត់	32.3	2.6	185
សៀមរាប	36.8	2.0	563
ស្វាយរៀង	36.3	4.9	256
តាកែវ	29.4	2.7	480
ឧត្តរមានជ័យ	40.9	3.0	84
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	20.8	3.0	566
កំពត/កែប	21.5	2.9	250
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	31.6	3.8	172
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	30.5	2.0	142
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	41.1	6.5	98
សរុប	30.0	2.9	6826

យ៉ាងណាមិញ ប្រហែល ៤០ ភាគរយ នៃកុមាររស់នៅទីក្រុងភ្នំពេញបានកើតគ្រុនក្តៅ ទោះបីជាចំនួនភាគរយនេះទាបជាងបណ្តាខេត្តផ្សេងៗក្តី ។ ខេត្តចំនួន ១៦ ក្នុងចំណោម ១៩ ខេត្ត ដែលខេត្តខ្លះត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នាចែកតាមតំបន់ បង្ហាញថាមានកុមារម្នាក់ក្នុងចំណោម ២ នាក់ កើតគ្រុនក្តៅ ។

តារាងលេខ ២២ : គ្រុនក្តៅរបស់កុមារតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ កើតគ្រុនក្តៅ តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨		
លក្ខណៈប្រវត្តិ	**គ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍មុនអង្កេត**	
	គ្រុនក្តៅ	ចំនួនកុមារ
ឈ្មោះខេត្ត		
បន្ទាយមានជ័យ	51.9	318
កំពង់ចាម	57.4	897
កំពង់ឆ្នាំង	68.4	276
កំពង់ស្ពឺ	66.7	437
កំពង់ធំ	65.9	194

កណ្ដាល	61.7	561
ក្រចេះ	51.3	162
ភ្នំពេញ	39.9	665
ព្រៃវែង	68.6	520
ពោធិសាត់	64.4	185
សៀមរាប	62.1	563
ស្វាយរៀង	68.8	256
តាកែវ	72.2	480
ឧត្ដរមានជ័យ	62.6	84
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	48.0	566
កំពត/កែប	52.5	250
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	57.6	172
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	49.8	142
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	66.7	98
សរុប	58.9	6826

សរុបមក មិនមានសញ្ញាបង្ហាញថា ស្ទួចនាករជម្ងឺទាំង៣របស់កុមារនៅក្នុងតំបន់មួយមានភាគរយ ច្រើនជាង ឬក៏តិចជាងតំបន់មួយផ្សេងទេ នៅពេលដែលខេត្តទាំងអស់នោះ (លើកលែងទីក្រុងភ្នំពេញ) ត្រូវបានបំបែកចែកទៅតាមតំបន់ ។

៤. មនុស្សមាត្រ និងជម្ងឺកុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយ នៅទីក្រុងភ្នំពេញ

លំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅភ្នំពេញ ត្រូវបានជ្រើសរើសយកជាគំរូដាច់ដោយឡែកពីគ្នា សំដៅធ្វើការប៉ាន់ស្មានទូវស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់តំបន់ទាំងអស់នេះ ។ កម្រងសំណួរ និង វិធីសាស្ត្រប្រើប្រាស់សម្រាប់អង្កេត ដែលបានប្រើប្រាស់ជាមួយតំបន់មិនទាន់រៀបរយទាំងអស់នេះ គឺដូចគ្នាបេះបិទទៅនឹងអង្កេតមនុស្សមាត្រ ។ ចំពោះតំបន់តាំងទីលំនៅថ្មី មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងពេលធ្វើអង្កេតជាក់ស្ដែង ដោយសារតែតំបន់ថ្មីទាំងអស់នោះ មិនទាន់មានវត្តមាននៅពេលធ្វើសំណាកគំរូ ដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ។

កម្រិតនៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (ស្គម) របស់កុមារនៅតាមតំបន់មិនទាន់រៀបរយនៅទីក្រុងភ្នំពេញ មាន ៨.៦ ភាគរយ អត្រានេះប្រហាក់ប្រហែលទៅនឹងកម្រិតជាមធ្យមរបស់ប្រទេស (៨.៩ ភាគរយ) ។

យ៉ាងណាមិញ ភាពក្រិនមានអត្រាភាគរយប្រហែល ១០ ទាបជាង កម្រិតជាមធ្យមរបស់ប្រទេស ។ អត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារនៅតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅ ទីក្រុងភ្នំពេញមានកម្រិតទាបជាងកម្រិតជាតិក៏ពិតមែន ប៉ុន្តែវាជារឿងសំខាន់មួយដែលគួរតែមានចំណាប់អារម្មណ៍ខ្លាំង ។ រូបភាពខាងក្រោមនេះ បង្ហាញនូវអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់អង្គេតសុខភាពពិភពលោក ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រឆ្នាំ២០០៨។

តារាងលេខ ២៣ : មនុស្សមាត្រកុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ

កុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ រស់នៅតាមតំបន់មិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ អង្កេតសុខភាពពិភពលោក ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា					
	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	ចំនួន	កម្រិតលំអៀង
ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ	6.3	22.1	-0.9	364	1.4
ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់	2.5	8.6	-0.3	364	1.3
កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ	14.8	29.2	-1.2	364	1.8

ស្ត្រីស្គមល្ងមដែលរស់នៅក្នុងតំបន់មិនទាន់រៀបរយនៅទីក្រុងភ្នំពេញ កើនឡើងប្រហែលជា ៣ អត្រាភាគរយ ធៀបនឹងអត្រាស្គមល្ងមរបស់ស្ត្រីនៅទីក្រុងភ្នំពេញទាំងមូល ។ ជាមួយនឹងអត្រាកំណើននេះ មិនជាបញ្ហាចោទទេសម្រាប់ន័យស្ថិតិ ។ ដំណាលគ្នាផងដែរ អត្រាខុសគ្នានូវភាពស្គមនេះ ក៏ដូចជាអត្រាខុសគ្នារបស់សូចនាករដ៏ទៃទៀត ក៏មិនបានបង្កើតនូវអត្ថន័យគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់បកស្រាយ និងវិភាគឡើយ ពីព្រោះតែទិន្នន័យរបស់សូចនាករ មិនសំខាន់ក្នុងអត្ថន័យស្ថិតិ (តារាងលេខ ២៤) ។

សរុបមកយើងឃើញថា កង្វះខាតម្ហូបតែមួយក្នុងចំណោមកត្តាសំខាន់ផ្សេងទៀត មិនមែនជាមូលហេតុចម្បងនៃទំនាក់ទំនងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជម្ងឺនោះទេ ។ នៅមានកត្តាគួបផ្សំជាច្រើនទៀតដែលធ្វើ ឱ្យកុមារ និងស្ត្រីដែលជាជនងាយរងគ្រោះជួបនូវបញ្ហាទាំងអស់ខាងលើ ។

តារាងលេខ ២៤ : មនុស្សមាត្រមាតាតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ

ស្ត្រីគ្រប់រូបមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ឆ្នាំ ដែលមានកូនអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ រួមមានភាគរយរបស់ស្ត្រី ដែលមានកម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយជាមធ្យម និងកម្រិតភាគរយសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយនិមួយៗ របស់ស្ត្រីដែលរស់នៅតំបន់មិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញ ដោយអង្កេត មនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨						
កម្ពស់		**សន្ទស្សន៍**	**ភាពស្គម**		**ភាពធាត់**	**ចំនួន**
ភាគរយ កម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ	ចំនួន ស្ត្រី	សមាសភាព រាងកាយ ជាមធ្យម	សរុប ភាពស្គម <18.5	ស្គមល្មម ស្គមខ្លាំង ≤17.0	≥ 30.0	**ស្ត្រី សរុប**
5.0	**326**	**21.9**	**14.1**	**5.3**	**2.9**	**289**

របាយការណ៍អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃប្រភេទជម្ងឺ ទំនងជាថយចុះ ឬក៏កើនឡើងអាស្រ័យលើចំណេះដឹង ការអប់រំរបស់មាតា ដែលជាកត្តាសំខាន់មិនអាចរំលងបាន ទោះបីកុមាររស់នៅតំបន់ណាក៏ដោយ ។ តាមរយៈតារាងខាងក្រោម កុមារមានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម នៅតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយ មានភាគរយតិចជាងកម្រិតប្រទេស ។ ប៉ុន្តែមានចំនួន ៣ ដងធំជាង ទីក្រុងភ្នំពេញ ដោយគិតតាម វិធីសាស្ត្រគណនាឆ្នាំ២០០៥ ។ ជម្ងឺរាក មានអត្រាប្រហែលនឹងកម្រិតប្រទេស (៣០ ភាគរយ) តែនៅតែខ្ពស់ជាង (ប្រហែល ៣ ដង) ធៀបជាមួយអត្រារបស់ទីក្រុងភ្នំពេញ ។ ចំណែកឯអត្រាប្រេវ៉ាឡង់របស់កុមារគ្រុនក្តៅ មានភាគរយទាបជាងកម្រិតប្រទេស និងទីក្រុងភ្នំពេញ ។

តារាងលេខ ២៥ : ជម្ងឺរបស់កុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បានកើតជម្ងឺ ក្នុងអំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ មុនអង្កេត រស់នៅក្នុងតំបន់មិនទាន់រៀបរយ នាទីក្រុងភ្នំពេញ ដោយអង្កេត មនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨		
ប្រភេទជម្ងឺ	**%**	**ចំនួន**
រោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើម (តាមរូបមន្តឆ្នាំ២០០៥)	10.3	335
រោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើម (តាមរូបមន្តឆ្នាំ២០០០)	15.5	335
រាក	32.9	335
រាកលាយឈាម	4.2	335
គ្រុនក្តៅ	33.4	335

ដូច្នេះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺកុមារ នៅតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញ គឺជាហេតុផលដ៏សំខាន់ បង្ហាញនូវកត្តាចម្បងផ្នែកសុខភាពរបស់តំបន់ទាំងអស់នេះ ជាជាងទីក្រុងភ្នំពេញទាំងមូល ។ ទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះ កម្រិតខ្ពស់នៃជម្ងឺឆ្លងនានា ទំនងជាភ្នាក់ងារសំខាន់បង្កឱ្យកុមារនៅក្នុងតំបន់ទាំងនេះ ទៅជាកុមារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។

អាហារចម្រុះរបស់លំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានាជាមធ្យម (៤.៣ភាគរយ) មានចំនួនតិចជាងធៀបនឹងចំនួនមធ្យមរបស់ប្រទេស (៤.៧ ភាគរយ) ។ ខណៈពេលដែលការបរិភោគអាហារសាច់ (៤៩.៥ ភាគរយ) បែរជាមានកម្រិតខ្ពស់ជាងកម្រិតប្រទេស (៣៦.៥ ភាគរយ) ទៅវិញ ។ យ៉ាងណាមិញ ការបរិភោគសាច់ត្រី (៤៩.១ ភាគរយ) គឺមានចំនួនទាបជាងច្រើន ធៀបនឹងកម្រិតប្រទេស (៦៧.៣ ភាគរយ) ក្នុងតារាងលេខ ២៦។

តារាងលេខ ២៦ : ការប្រើប្រាស់អាហាររបស់កុមារតាមលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ៣៥ ខែ រស់នៅតាមតំបន់មិនទាន់រៀបរយ នាទីក្រុងភ្នំពេញ ដែលបានប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ ឬយប់មុនពេលអង្កេត និងចំនួនមធ្យមនៃក្រុមអាហារដែលបានប្រើប្រាស់ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨																
សាច់គ្រឿងក្នុង	វីតាមីនអាក្នុងផ្លែឈើ	គ្រាប់ធុញ្ញជាតិ	វីតាមីនអាក្នុងបន្លែ	សាច់ក្រហម	សាច់ត្រី	បន្លែ	ផ្សេងៗ	ផលិតផលទឹកដោះគោ	អាហារមើម	បន្លែនិងផ្លែឈើផ្សេងៗ	ស៊ុត	ប្រេងនិងជាធាត់	បង្អែម		ក្រុមម្ហូបជាមធ្យម	ចំនួនកុមារ
5.3	8.5	84	42.2	49.5	49.1	8.3	17.7	33.4	9.5	46.5	26.1	9.5	36.7		4.26	335

ជំពូកទី៧

របៀបផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក និងកុមារតូច

១. ទំហំទារកនៅពេលកើត

ទំហំពេលកើត គឺជាកត្តាចម្បងនៃសុខភាព និងភាពរស់រានមានជីវិតរបស់ទារក (អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥)។ ទារកដែលមានទម្ងន់ស្រាលជាង ២.៥ គ.ក ត្រូវបានរំពឹងថាប្រឈមនឹងការស្លាប់ និងជភាពស្លេកស្លាំងបណ្តាលមកពីកង្វះជាតិដែក ច្រើនជាងទារកដែលមានទម្ងន់គ្រប់គីឡូ ។ ទិន្នន័យរបស់ទារកទទួលបានតាមរយៈការ ប៉ាន់ស្មានរបស់ម្តាយ និងឯកសារកត់ត្រាពីមន្ទីរពេទ្យ ។ ចំពោះទម្ងន់តំណាង (Proxy) ត្រូវបាន ប្រើប្រាស់នៅពេលដែល គ្មានអំណះអំណាងទាំងពីរខាងលើ ។

អង្កេតធ្វើការប៉ាន់ស្មានថា មានទារកប្រហែលជា ៩ ក្នុងចំណោម ១០០ នាក់ទូទាំងប្រទេសកើតមកមានទំហំតូច ឬទម្ងន់ក្រោម ២.៥ គ.ក ។ ប្រសិនណាបើទារកមានទម្ងន់តិចជាង ឬស្មើ ២.៥ គ.ក នេះមានន័យថា ទូទាំងប្រទេសកម្ពុជាមានទារកមិនគ្រប់ទម្ងន់ច្រើនជាង ១៦ ភាគរយ ។ មាតាចំនួន ៦២ ភាគរយ បានប្រាប់ថាទារកត្រូវបានថ្លឹងក្រោយពេលកើត ។ ចំពោះទារកដែលមិនបានថ្លឹងភាគច្រើន ទំនងចេញមកពីគ្រួសារក្រីក្រ ។ គ្រួសារកាន់តែក្រីក្រ ការប្រឈមនឹងអត្រាទារកមានទំហំតូច ឬទំហំស្រាលពេលកើតកាន់តែខ្ពស់ (តារាងលេខ ២៧) ។ យ៉ាងណាមិញ ទិន្នន័យដែលបានផ្តល់តាមរយៈការប៉ាន់ស្មានទម្ងន់តំណាងភាគច្រើន គឺជាចំនួនកើននៅក្នុងប្រភេទកន្លះគីឡូក្រាម ដូចជា : ២, ២.៥, ៣, ៣.៥ គ.ក ។ល។ ដែលជាកត្តាពិបាកក្នុងការស្វែងរក ទម្ងន់ពិតប្រាកដ ។

តំបន់ជនបទសំបូរទៅដោយទារកមានទំហំតូច ឬទម្ងន់ស្រាលពេលកើត ជាជាងតំបន់ទីប្រជុំជនជាមួយនឹងអត្រា ៦ ភាគរយ ទល់នឹង ៩.៩ ភាគរយ ។ ខេត្តដាច់ស្រយាលជាពិសេស មណ្ឌលគីរី និងរតនគីរី មានអត្រាខ្ពស់ជាងគេក្នុងចំណោមខេត្តដ៏ទៃទៀតនៅទូទាំងប្រទេស ។ ការខុសគ្នានៅតាមខេត្តនេះ អាចបណ្តាលមកពីកត្តាលទ្ធភាពបង្កកំណើត និង*កម្ពស់របស់ម្តាយ* (តារាងលេខ ១៩ : មនុស្សមាត្រមាតាតាមខេត្ត-ក្រុងចែកតាមតំបន់) ។

រីឯការវិភាគលើទម្ងន់របស់ទារកទៅតាមឆ្នាំនៃការអង្កេតវិញមិនអាចធ្វើទៅបាន ដោយសារតែពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំ មានការកើនឡើងនូវភាគរយមាតាប្រាប់នូវព័ត៌មានពីទម្ងន់របស់ទារកដែលបានថ្លឹង ដូចជា : ឆ្នាំ២០០០ (១៧ ភាគរយ) ឆ្នាំ២០០៥ (៤០ ភាគរយ) និង ឆ្នាំ២០០៨ (៦២ ភាគរយ) ។ ម្យ៉ាងវិញទៀត អង្កេតឆ្នាំ២០០៨ គឺសង្កត់ធ្ងន់ទៅលើតែស្ត្រីណាដែលមានកូនអាយុតិចជាងគេក្នុងរង្វង់គ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ ។ តារាងខាងក្រោមបង្ហាញនូវការប្រែប្រួលខុសគ្នាគួរឱ្យកត់សម្គាល់រវាងភាគរយរបស់ទំហំទារកនៅតាមតំបន់ ខេត្ត ទីកន្លែងរស់នៅ និងធនធានរបស់គ្រួសារ ។

តារាងលេខ ២៧ : ទំហំរបស់ទារកតាមលក្ខណៈជីវប្រវត្តិផ្សេងៗ

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ មានបញ្ហានឹងទំហំតូច ឬទម្ងន់ស្រាលជាង ២.៥ គីឡូក្រាម តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨		
	ទម្ងន់ស្រាល	ចំនួនកុមារ
ថ្នាក់ជាតិ	8.9%	4227
តំបន់រស់នៅ		
ទីប្រជុំជន	6.0%	1070
ទីជនបទ	9.9%	3168
ខេត្តតាមតំបន់		
បន្ទាយមានជ័យ	10.0%	208
កំពង់ចាម	9.6%	585
កំពង់ឆ្នាំង	7.4%	166
កំពង់ស្ពឺ	11.9%	213
កំពង់ធំ	9.8%	100
កណ្ដាល	7.9%	398
ក្រចេះ	13.3%	115
ភ្នំពេញ	4.7%	648
ព្រៃវែង	11.3%	294
ពោធិសាត់	8.3%	116
សៀមរាប	10.3%	334
ស្វាយរៀង	6.6%	113
តាកែវ	7.9%	276
ឧត្ដរមានជ័យ	12.6%	43
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	9.9%	278
កំពត/កែប	6.9%	105
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	8.7%	123
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	13.2%	78
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	15.5%	45
សន្ទស្សន៍ធនធានទ្រព្យសម្បត្តិ		
ក្របំផុត	11.9%	553
ក្រ	12.3%	612
មធ្យម	8.9%	810
មាន	8.3%	929
មានបំផុត	6.3%	1324

២. ស្ថានភាពបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងការផ្តល់អាហារបន្ថែម

មធ្យោបាយមួយដែលសំខាន់ដែលអាចធានាដល់ការមានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ទារក គឺតាមការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ ។ ទឹកដោះម្តាយមិនគ្រាន់តែផ្ទុកទៅដោយសារជាតិសំខាន់ប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍ប្រព័ន្ធការពារនឹងជម្ងឺកុមារ ។ ទឹកដោះម្តាយមិនទាមទារនូវការចំណាយ ដែលផ្ទុយពីការចិញ្ចឹមទារកដោយផលិតផលម្សៅទឹកដោះគោដែលលាយនឹងទឹក ។ ហើយក្នុងពេលជំណាលគ្នានោះ អត្រានៃការផ្តល់ទឹកដល់ទារក ឃើញមានខ្ពស់នៅក្នុងដំណាក់កាល ៦ ខែ ដំបូងនៃជីវិត ។

ជាទូទៅ ទារកគួរតែត្រូវបានចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ សម្រាប់រយៈពេល ១២ ខែ ឬ ១៨ ខែ ដំបូងជាមួយនឹងអាហាររឹង និងទន់បន្ថែមក្រោយពី ៦ ខែ នៃការចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ។ លើកលែងតែទឹកដោះដែលបានមកពីម្តាយផ្ទុកនូវជម្ងឺអេដស៍ និងម្តាយដែលមិនមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការផលិតនូវសារជាតិទឹកដោះទៅឱ្យទារក ។

របៀបផ្តល់ចំណីអាហារដល់ទារក និងកុមារតូចឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា រួមមានការចាប់ផ្តើមផ្តល់បន្ថែមនូវអាហាររឹង និងទន់ដល់ទារកដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ខែ ឡើងទៅ ។ ក្នុងពេលជំណាលគ្នានោះ ការបង្កើនបរិមាណអាហារ និងក្រុមប្រភេទចំណីអាហារចម្រុះ ជាតម្រូវការចាំបាច់ហើយការផ្តល់ចំណីអាហារនេះ ត្រូវតែធ្វើឱ្យបានញឹកញាប់ ។ ប៉ុន្តែ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ នៅតែជាការអនុវត្តសំខាន់ និងចាំបាច់សម្រាប់ការទ្រទ្រង់ទារក និងកុមារតូចក្នុងការពង្រឹងនូវប្រព័ន្ធស៊ាំការពារសារពាង្គកាយ ក៏ដូចជាក្នុងការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជម្ងឺឆ្លងនានាដែរ ។

ផ្ទុយទៅវិញ ការផ្តល់អាហាររឹងបន្ថែម គួរតែចាប់ផ្តើមនៅពេលដែលទារក និងកុមារតូចមានអាយុចាប់ពី ៦ ខែ ឡើងទៅ ដោយសារពេលនោះទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ លែងគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលូតលាស់ធំធាត់របស់ទារក និងកុមារតូចទៀតហើយ ។ អាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ (ប្រភពបានមកពីចំណីអាហារបន្ថែមឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ក៏ដូចជាបន្តនូវការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ) អាចជួយបំពេញនូវតម្រូវការខ្វះខាតអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ (៦ ទៅ ៥៩ ខែ) ។ ជាក់ស្តែង ប្រេវ៉ាឡង់នៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ និងកម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ) បានកើនឡើងខ្ពស់គួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងអង្កេតមនុស្សមាត្រនេះ ។

តារាងខាងក្រោម បង្ហាញនូវភាគរយរបស់ទារក ឬកុមារតូចអាយុតិចជាងគេ ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយទៅតាមស្ថានភាពបៅដោះម្តាយ និងភាគរយនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ទៅតាមអាយុជាខែ ។ ទិន្នន័យក្នុងតារាងនេះផងដែរ បង្ហាញថាក្នុងចំណោមទារកអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥ខែ

មាន ៦៥.៩ ភាគរយ ដែលបៅដោះម្ដាយតែមួយមុខ ។ ក្នុងពេលដំណាលគ្នានេះដែរ ការផ្ដល់អាហារបន្ថែមដល់ទារក មានលក្ខណៈឆាប់រហ័សពេកសម្រាប់ទារកអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥ ខែ ក្នុងអត្រា ១២.២ ភាគរយ ។

ប្រហែល ១ភាគ២ ក្នុងចំណោមកុមារទាំងអស់អាយុចាប់ពី ២០ ទៅ ២៣ ខែ ត្រូវបានឈប់ចិញ្ចឹមដោយការបៅដោះម្ដាយ ប៉ុន្តែបានទទួលនូវការផ្ដល់អាហារបន្ថែម ។ មានន័យថាអាយុកុមារកាន់តែច្រើន ការបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខនឹងលែងជាប្រភពផ្ដល់នូវអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ទៀតហើយ ។ ដូច្នេះការផ្ដល់អាហាររឹង ឬទន់បន្ថែម ការបង្កើនប្រភេទចំណីអាហារចម្រុះ ក៏ដូចជាការបង្កើនការផ្ដល់ចំណីអាហារឱ្យបានញឹកញាប់ក្រៅពីទឹកដោះម្ដាយ គឺជាការសំខាន់សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ២៣ ខែ ។

តារាងលេខ ២៨ : ស្ថានភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ និងអាហារ

ភាគរយទារក ឬកុមារតូចអាយុតិចជាងគេដែលកំពុងរស់នៅជាមួយម្ដាយទៅតាមស្ថានភាពបៅដោះម្ដាយ និង ភាគរយនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយទៅតាមអាយុជាខែ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ និងអាហារ

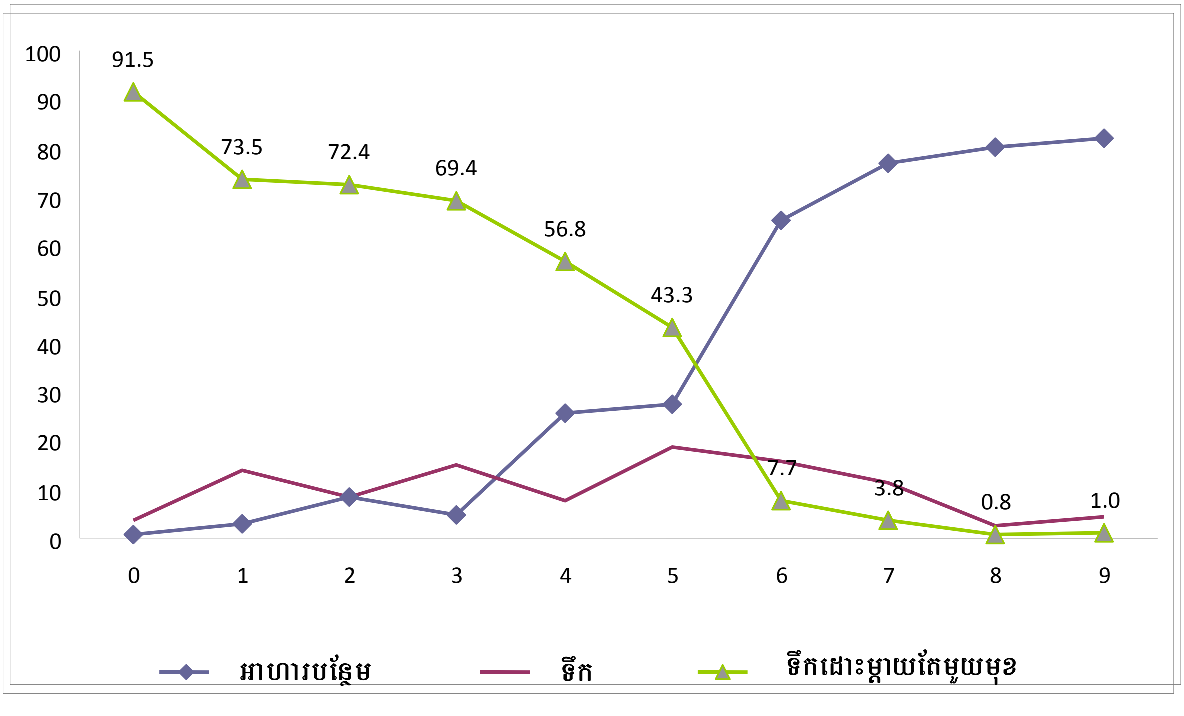
អាយុជាខែ	មិនបំបៅដោះ	បៅដោះតែមួយមុខ	ទឹក	ទឹកផ្លែឈើ	ទឹកដោះគោ	អាហារបន្ថែម	សរុប	បន្តចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ	ចំនួនសរុប
0 - 3	5.4	74.3	11.3	0.3	4.0	4.9	100.0	94.6	616
0 - 5	5.8	65.9	12.1	0.7	3.3	12.2	100.0	94.3	929
6 - 9	10.7	3.5	8.7	1.2	0.2	75.7	100.0	89.3	673
12 - 15	19.0	0.3	1.0	0.0	0.0	79.6	100.0	81.0	783
12 - 23	35.5	0.2	0.9	0.0	0.1	63.3	100.0	64.5	2058
20 - 23	53.0	0.0	0.9	0.0	0.2	45.9	100.0	47.0	590

អត្រានៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់របស់ទារក ឬកុមារតូចអាយុពី ០ ទៅ ៥ ខែ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទាំងមូល មានចំនួន ៦៥.៩ ភាគរយ ។ មូលហេតុសំខាន់ចំនួនពីរដែលធ្វើឱ្យអត្រានៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខមិនខ្ពស់នោះ គឺដោយសារតែម្ដាយបានចាប់ផ្ដើមផ្ដល់ទឹកដល់ទារកក្នុងអំឡុងពេលខែដំបូងនៃកំណើត និងការផ្ដល់នូវអាហារបន្ថែមឆាប់ពេកដល់ទារក ឬកុមារតូចក្នុងចន្លោះអាយុពី ៣ ទៅ ៥ ខែ ។ សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជាទាំងមូល អង្កេតបានបង្ហាញថា ស្ទើរតែ

កុមារទាំងអស់ (៩១.៥ ភាគរយ) ត្រូវបានចិញ្ចឹមដោយវិធីសាស្ត្រការបំបៅកូនដោយទឹកដោះតែមួយមុខ សម្រាប់ខែដំបូងនៃជីវិត ។

ក្នុងចំណោមកុមារតូចអាយុតិចជាងគេចាប់ពី ០ ទៅ ៥ ខែ ក្នុងកម្រិតប្រទេសមានស្ទើរតែ ៣ភាគ៤ រស់នៅតំបន់ទីជនបទ និងមាន ២ភាគ៥ រស់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន (អត្រានេះមានការថយចុះពី ៤៨.៥ ភាគរយ នៅឆ្នាំ២០០៥ មកនៅត្រឹមតែ ៤០.៣ ភាគរយក្នុងឆ្នាំ២០០៨) ។ ការធ្លាក់ចុះនូវអត្រានៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជន គឺទំនងទំនោរទៅរកការប្រើប្រាស់ផលិតផលម្សៅទឹកដោះគោ និងការធ្វើនគរូបនីយកម្មជាមួយកំណើននៃការចូលរួមរបស់ស្ត្រីក្នុងការងារពលកម្ម ។

រូបភាពលេខ ២៧ : ស្ថានភាពបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនាពេលបច្ចុប្បន្នសម្រាប់កុមារអាយុតិចជាងគេគិតជាអាយុតាមខែដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨



ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០មក ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ មានការរីកចម្រើនយ៉ាងឆាប់រហ័ស ។ យ៉ាងណាមិញ ដោយសារតែមានការផ្លាស់ប្តូរនូវសំណួរខ្លះៗក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ ដើម្បីឱ្យស៊ីគ្នានឹងសំណួរក្នុង អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ នោះតួលេខនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់របស់ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០០ មាន ៤៧ ភាគរយ ហើយតួលេខនេះបន្តរីកចម្រើនក្នុងឆ្នាំ២០០៥ (៦០ភាគរយ) និងឆ្នាំ២០០៨បានកើនឡើងចំនួន ៦ អត្រាភាគរយ បន្ថែមទៀត (៦៦ភាគរយ) ធៀបនឹងឆ្នាំ២០០៥ ។ ការកើនឡើងនេះ មួយផ្នែកគឺដោយសារតែម្តាយបានកាត់បន្ថយនូវ

ការផ្តល់ទឹកដល់ទារក និងមួយផ្នែកធំទៀត គឺដោយសារតែកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ក៏ដូចជា អង្គការពាក់ព័ន្ធនឹងកម្មវិធីជម្រុញការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ក្នុងអំឡុងពេលនៃកំណើត និងក្នុង ៦ ខែ ដំបូងនៃជីវិត ។

តារាងលេខ ២៩ : ស្ថានភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារតាមទីកន្លែងរស់នៅ

ភាគរយទារក ឬកុមារតូចអាយុតិចជាងគេ (០ ទៅ ៥ ខែ) ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយទៅតាមស្ថានភាពបៅដោះម្តាយ និងភាគរយនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះដោយម្តាយទៅតាមកន្លែងរស់នៅ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារ

កន្លែងរស់នៅ	មិនបំបៅដោះម្តាយ	បៅដោះម្តាយតែមួយមុខ	ទឹក	ទឹកក្រូចច្របាច់	ទឹកដោះគោ	អាហារបន្ថែម	សរុប	បន្តចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ	ចំនួនសរុប
ប្រជុំជន	18.2	40.3	17.3	0.4	5.3	18.6	100.0	81.8	149
ជនបទ	3.3	70.8	11.2	0.8	3.9	10.9	100.0	96.7	780
សរុប	5.8	65.9	12.1	0.7	3.3	12.2	100.0	94.3	929

ស្ថានភាពការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ នៅតាមបណ្តាលំនៅដ្ឋានពុំទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញមានកម្រិតភាគរយប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ទៅនឹងបណ្តាទីប្រជុំជនផ្សេងៗក្នុងកម្រិតប្រទេសទាំងមូល ។ ដូច្នេះ គោលនយោបាយអាទិភាពដំបូងបំផុតនោះ គឺលើកកម្ពស់អត្រាបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខឱ្យបានលើសលុប និងត្រឹមត្រូវ ។

តារាងលេខ ៣០ : ស្ថានភាពចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងអាហារតាមបណ្តាលំនៅដ្ឋានមិនទាន់រៀបរយនានានៅទីក្រុងភ្នំពេញ

ភាគរយរបស់កុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់គិតតាមខែដែលកំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយក្នុងលំនៅដ្ឋាន មិនទាន់រៀបរយនាទីក្រុងភ្នំពេញ តាមស្ថានភាពចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងភាគរយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនាពេលបច្ចុប្បន្ន ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

អាយុគិតជាខែ	មិនចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ	បៅទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខ	ទឹកសុទ្ធ	ទឹកក្រូចច្របាច់	ទឹកដោះគោ	អាហារបន្ថែម	សរុប	ចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយនាពេលបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់
0 - 5	18.7	37.6	19.2	0.0	7.9	16.7	100.0	81.3	42
12 - 23	53.1	2.5	0.0	0.0	0.0	44.4	100.0	46.9	93

ជំពូកទី៨

សេវាសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភ

១. ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំវីតាមីនអា ដល់កុមារ និងការទម្លាក់ព្រូនសម្រាប់កុមារ

មូលហេតុចម្បងដែលនាំឱ្យមានជម្ងឺ និងការស្លាប់ក្នុងវ័យកុមារភាព គឺបណ្តាលមកពីកង្វះមីក្រូសារជាតិធ្ងន់ធ្ងរ ។ កុមារអាចទទួលបានមីក្រូសារជាតិគ្រប់គ្រាន់ពីអាហារផ្សេងៗ ទាំងអាហារដែលមានបញ្ចូលជីវជាតិ និងអាហារដែលផ្តល់ដោយផ្ទាល់ ។ ជាទូទៅជីវជាតិអា គឺជាមីក្រូសារជាតិសំខាន់សម្រាប់ភាពស៊ាំទប់ទល់នឹងជម្ងឺ និងដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការថែរក្សាស្រទាប់ជាលិកាវាងកាយ ។ បញ្ហាកង្វះជីវជាតិអាធ្ងន់ធ្ងរ អាចបង្កឱ្យកុមារមានជម្ងឺខ្វាក់មាន់ក្នុងអត្រាមួយខ្ពស់ ។

សម្រាប់កុមារ ការផ្តល់នូវគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមានធ្វើនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព តាមការធ្វើសកម្មភាពចុះផ្តល់សេវាដល់មូលដ្ឋាន និងតាមសាលារៀន ។ សកម្មភាពផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនត្រូវបានអនុវត្តជារៀងរាល់ ៦ ខែ ម្តង ដើម្បីធានាកាត់បន្ថយនូវហានិភ័យ ក៏ដូចជាភាពងាយរងគ្រោះរបស់កុមារ ។ តារាងលេខ ៣១ បង្ហាញពីភាគរយនៃកុមារ អាយុតិចជាងគេក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ ហើយបានទទួលការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាបន្ថែម និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូនក្នុងកំឡុងពេល ៦ ខែ មុនអង្កេត ។

រាល់ព័ត៌មាន និងទិន្នន័យ គឺបានមកពីការសម្ភាសន៍ជាមួយម្តាយរបស់កុមារ ។ ដូច្នេះ ការទទួលបាននូវគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអារបស់កុមារដែលមានអាយុពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ មានចំនួន ៥៩.៤ ភាគរយ ។ មានតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះក្នុងចំណោមកុមារ ៨ នាក់ (ឆ្លើយដោយម្តាយ) មិនបានដឹងលឺពីគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអានេះទេ ។ ចំនួននេះ គឺទាបជាងការរកឃើញក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ដោយ អ.ប្រ.ស.ក ប៉ុន្តែបង្កនូវផលប៉ះពាល់ខ្លាំង សម្រាប់ព្យាករណ៍នូវចំនួនពិត ។

ថ្វីត្បិតតែទីក្រុងភ្នំពេញ ក៏ដូចជាតំបន់ទីប្រជុំជនដ៏ទៃទៀត សំបូរទៅដោយមណ្ឌលសុខភាព ការផ្សព្វផ្សាយចំណេះដឹងផ្នែកសុខភាព ។ល។ ក៏ប៉ុន្តែចំនួននៃការទទួលបានគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា នៅមានអត្រាទាបត្រឹមតែ ២២.២ ភាគរយ ប៉ុណ្ណោះ ហើយដំណាលគ្នានោះមាន ៦៨.៩ ភាគរយ មិនបានដឹងលឺពី គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាទេ ។ អត្រានេះមានន័យថា ក្រុមគ្រួសាររបស់កុមារដែលមានជីវភាពខ្សត់ខ្សោយ និងរស់នៅតាមតំបន់ជនបទច្រើនជាង ៦០ ភាគរយ មានភាពប្រសើរជាងប្រជាជនដែលមានកម្រិតជីវភាពសមរម្យ និងគ្រប់គ្រាន់ និងរស់នៅក្នុងតំបន់ប្រជុំជនក្នុងការទទួលបាននូវសេវាផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាទេវិញ ។

តារាងលេខ ៣១ : សេវាសុខភាពសម្រាប់កុមារតាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ

ភាគរយកុមារដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមក្មេងអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ កំពុងរស់នៅជាមួយម្តាយ ដែលបានទទួលបន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងទទួលថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ក្នុងអំឡុងពេល ៦ ខែ មុនអង្កេត តាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ	**គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិ**			**ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន**		
	ភាគរយ ទទួលបាន គ្រាប់ថ្នាំ ជីវជាតិអា	ភាគរយ មិនដឹង	ចំនួនកុមារ	ភាគរយ ទទួលបាន ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន	ភាគរយ មិនដឹង	ចំនួនកុមារ
អាយុគិតជាខែ						
6 - 11	59.3	7.2	1006	n/a	n/a	n/a
12 - 23	65.4	10.5	1891	32.9	0.4	1891
24 - 35	59.2	15.5	1286	41.7	1.3	1286
36 - 47	54.0	16.4	980	47.3	0.5	980
48 - 59	51.6	16.3	741	44.8	2.4	741
តំបន់រស់នៅ						
ទីប្រជុំជន	43.4	36.5	1000	26.9	0.4	849
ទីជនបទ	62.6	7.9	4906	42.7	1.1	4051
ឈ្មោះខេត្ត						
បន្ទាយមានជ័យ	81.8	4.0	271	38.2	0.0	218
កំពង់ចាម	70.7	0.8	781	32.4	0.0	633
កំពង់ឆ្នាំង	73.6	0.9	234	27.9	0.6	188
កំពង់ស្ពឺ	72.7	1.1	370	42.1	6.0	310
កំពង់ធំ	60.9	13.3	171	54.2	0.0	135
កណ្តាល	67.3	4.2	487	42.1	0.4	418
ក្រចេះ	49.4	6.0	133	28.1	1.5	110
ភ្នំពេញ	22.2	68.9	575	14.7	0.9	499
ព្រៃវែង	74.3	0.6	451	63.8	0.5	375
ពោធិសាត់	57.6	17.6	158	50.3	0.0	127
សៀមរាប	41	26	474	33.6	1.2	402
ស្វាយរៀង	67.6	1.9	223	58.2	0.0	170
តាកែវ	62.1	12	441	41.4	1.1	385
ឧត្តរមានជ័យ	50.4	5.7	66	33.2	0.1	52
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	49.7	1.6	498	54.5	1.3	403

កំពត/កែប	64.1	13.5	219	37.9	0.9	176
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	71.7	2.0	142	47.8	0.2	116
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	51.8	19.5	124	55.9	1.7	110
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	36.2	0.4	80	17.1	0.0	65
កម្រិតជនបទ						
ក្របំផុត	58.9	6.6	1100	38.7	0.3	893
ក្រ	63.6	7.2	1061	42.1	0.3	872
មធ្យម	62.7	7.3	1216	40.6	1.2	1011
មាន	61.3	10.2	1220	42.4	1.9	1022
មានបំផុត	51.4	29.9	1301	36.2	1.1	1094

យ៉ាងណាមិញ ម្តាយរបស់កុមារមិនត្រូវបានសួរនាំអំពីខែណាមួយ ដែលកុមារបានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូននោះទេ ទោះបីជាសូចនាករនៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនរបស់កុមារត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងតារាងជាមួយការផ្តលបន្ថែម់គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក៏ដោយ ។ ហេតុដូច្នេះហើយ បានជាលទ្ធផលនៃអត្រាទទួលគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមិនអាចប្រៀបធៀបគ្នាបាន ។ ក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ បង្ហាញថា ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែ កន្លងមកមានតែ ៣៩.៩ ភាគរយ ប៉ុណ្ណោះក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ៦ ទៅ ៥៩ ខែ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ។ អត្រានៅតំបន់ជនបទ គឺនៅតែខ្ពស់ជាងតំបន់ទីប្រជុំជនក្នុងសមាមាត្រ ៤២.៧ ភាគរយ ទល់នឹង ២៦.៩ ភាគរយ ។ ក៏ប៉ុន្តែកម្មវិធីអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាព គឺច្រើនតែផ្តោតលើកុមារដែលមានអាយុច្រើនជាង ១២ ខែ ។ ជាលទ្ធផល អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ មិនបានរកឃើញនូវលទ្ធផលរបស់ក្រុមទារកអាយុពី ៦ ទៅ ១១ ខែ នោះទេ ។

២. ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែក ដល់មាតា ការទម្លាក់ព្រូនសម្រាប់ស្ត្រីគំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និង ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្រោយពេលសម្រាល

ការទទួលទានមីក្រូសារជាតិគ្រប់គ្រាន់ អាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនដល់ស្ត្រី ។ ដូចគ្នានេះដែរការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ បានជួយការពារមាតា និងទារកប្រឆាំងនឹងភាពស្លេកស្លាំងបណ្តាលមកពីកង្វះជាតិដែក ។ ដូច្នេះ អ.ប្រ.ស.ក ២០០៥ បានបង្ហាញឱ្យឃើញថា ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលឱ្យបាន ៤ ដង ជាមួយនឹងការទទួលគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកចំនួន

៩០ គ្រាប់ (សម្រាប់រយៈពេល ៩០ថ្ងៃ) ជាមធ្យោបាយប្រសើរសម្រាប់កាត់បន្ថយនូវអត្រាកើនឡើងនៃភាពស្លេកស្លាំង បណ្ដាលមកពីកង្វះជាតិដែក ។ ក្នុងនោះ ៣១ ភាគរយ នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានទទួលទានគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកតិចជាង ៦០ ថ្ងៃ ។

អង្កេតមនុស្សមាត្របានបង្ហាញថា ស្ត្រីជាម្ដាយប្រហែល ៣៩.៥ ភាគរយ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំជាតិដកហ្វូលិក ចំនួន ៩០ គ្រាប់ ឬលើសពីចំនួននេះ និងមាន ៣១.៤ ភាគរយ បានទទួលគ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះលើកចុងក្រោយ ។ ដូចគ្នានោះដែរ គ្រប់ស្ត្រីទាំងអស់ដែលបានទទួលបន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាអំឡុងពេល ៦ សប្ដាហ៍ ក្រោយពេលសម្រាលកូន មានចំនួនប្រមាណ ៤៣.៧ ភាគរយ ហើយ ៣៣.២ ភាគរយ បានទទួលផងដែរនូវគ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកក្រោយពេលសម្រាល ។ សំណួរសម្រាប់ការផ្ដល់គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាបន្ថែម ក្រោយពេលសម្រាលកូនរបស់អង្កេតឆ្នាំ ២០០៨ គឺមានលក្ខណៈខុសគ្នាបន្តិចត្រង់ថា គោលនយោបាយត្រូវបានផ្លាស់ប្ដូរ ។ ពេលវេលាផ្ដល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិក បានកាត់បន្ថយពីរយៈពេល ២ ខែ មកនៅត្រឹម ៦ សប្ដាហ៍ ។ ប៉ុន្តែទោះបីជាមានការកាត់បន្ថយពេលវាលាក៏ដោយ ក៏មិនបានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរលើសូចនាករផ្សេងៗដែរ ។

ដោយប្រៀបធៀបជាមួយនឹង អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ នោះអង្កេតឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញនូវការរីកចម្រើនគួរឱ្យកត់សម្គាល់គ្រប់ផ្នែកនៃសូចនាកររបស់សេវាសុខភាពរបស់មាតា ។ ការផ្ដល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកបន្ថែមមុនពេលសម្រាលចំនួនលើសពី ៩០ គ្រាប់ កើនឡើងអត្រាភាគរយជិត ២២ និងការទម្លាក់ព្រូនបានកើនឡើង ២១ ។ ដូចគ្នានោះដែរ អត្រាភាគរយនៃការផ្ដល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាកើនចំនួន ១៦ ហើយអត្រាភាគរយជាតិដែកហ្វូលិកក្រោយពេលសម្រាល គឺបានកើនចំនួន ២២ ។ វឌ្ឍនភាពរីក ចម្រើនទៅមុខនេះ គឺដោយសារការរួមចំណែកពីរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការពាក់ព័ន្ធនានាបានបន្តជួយជ្រោមជ្រែងទាំងការផ្សព្វផ្សាយ ក៏ដូចជាផ្ដល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះសំដៅជួយលើកកម្ពស់កម្រិតការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល ។

តារាងលេខ ៧២ : សេវាសុខភាពសម្រាប់មាតាតាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ

ភាគរយស្ត្រីគ្រប់រូបដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ដែលបានទទួលគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិ ៦ សប្តាហ៍ ដំបូងក្រោយពេលផ្តល់កំណើតកូនលើកចុងក្រោយបង្អស់ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងមក ភាគរយដែលទទួលបានថ្នាំទម្លាក់ព្រូន និងភាគរយទទួលទានជាតិដែកជាគ្រាប់ថ្នាំ ឬស៊ីរ៉ូម តាមលក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ	**ជីវជាតិអា**	**ទម្លាក់ព្រូន**			**ចំនួនថ្ងៃដែលស្ត្រីទទួលទានថ្នាំជាតិដែក ជាគ្រាប់ ឬស៊ីរ៉ូមក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ**					
	ភាគរយទទួលបានគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា	ភាគរយទទួលបានថ្នាំទម្លាក់ព្រូន	ភាគរយមិនដឹង	ចំនួនកុមារ	មិនមាន	<60	60-89	>90	មិនដឹង	ចំនួនកុមារ
អាយុរបស់ស្ត្រី										
15 - 19	36.8	31.7	0.0	179	17.9	25.9	19.0	37.1	0.0	179
20 - 29	45.3	33.7	1.0	3970	11.7	24.0	20.4	42.7	1.3	3970
30 - 39	42.3	29.0	1.4	2023	17.6	27.6	18.6	35.0	1.3	2023
40 - 49	40.7	25.0	1.3	636	23.6	22.3	18.0	34.8	1.3	636
តំបន់រស់នៅ										
ទីប្រជុំជន	60.0	20.8	1.1	1141	8.7	25.1	34.2	31.5	0.5	4148
ទីជនបទ	40.4	33.6	1.1	5667	16.0	24.9	16.6	41.1	1.4	5677
ឈ្មោះខេត្ត										
បន្ទាយមានជ័យ	44.2	51.7	0.9	317	7.0	9.6	7.4	76.0	0.0	318
កំពង់ចាម	42.0	17.4	0.2	897	17.9	41.7	11.6	28.8	0.0	897
កំពង់ឆ្នាំង	34.1	36.9	1.6	275	12.1	36.7	19.4	29.5	2.4	276
កំពង់ស្ពឺ	28.5	38.0	5.1	434	11.0	18.9	21.8	48.3	0.0	437
កំពង់ធំ	25.3	37.6	0.0	193	24.1	16.0	14.7	44.1	1.1	194

កណ្ដាល	30.6	17.4	1.3	560	15.4	30.4	21.3	29.7	3.2	561
ក្រចេះ	50.6	33.5	0.4	161	23.8	29.1	15.0	31.7	0.5	162
ភ្នំពេញ	85.9	8.3	1.7	660	4.9	26.0	52.8	15.9	0.3	665
ព្រៃវែង	56.5	56.2	0.0	518	8.8	13.5	14.6	63.0	0.0	520
ពោធិសាត់	47.1	65.1	1.5	184	7.9	10.7	15.3	65.6	0.6	185
សៀមរាប	30.5	21.5	0.2	562	27.5	19.7	15.3	34.0	3.5	563
ស្វាយរៀង	38.5	36.0	0.7	255	5.8	17.2	24.9	50.9	1.1	256
តាកែវ	44.8	28.9	2.0	479	5.5	29.8	18.2	45.4	1.1	480
ឧត្តរមានជ័យ	38.8	41.4	0.8	84	25.4	18.0	13.5	42.9	0.3	84
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	44.3	41.8	0.5	564	17.2	24.8	14.8	41.9	1.3	566
កំពត/កែប	32.0	35.2	1.5	246	18.7	20.8	11.6	42.0	7.0	250
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	30.0	30.2	0.9	171	26.8	20.8	12.9	38.9	0.6	172
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	55.0	59.0	0.7	141	21.4	22.8	25.2	28.8	1.8	142
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	16.6	17.8	0.6	98	40.8	28.0	13.4	17.4	0.3	98
កម្រិតធនធាន										
ក្របំផុត	39.5	32.0	0.4	1315	23.4	25.2	15.4	34.5	1.5	1316
ក្រ	37.9	33.6	0.5	1224	19.8	25.2	15.0	38.6	1.3	1228
មធ្យម	41.1	33.1	1.0	1389	15.8	27.0	15.5	41.0	0.6	1392
មាន	42.1	32.3	1.6	1401	11.1	25.3	20.1	41.7	1.8	1407
មានបំផុត	56.5	26.7	1.9	1467	5.5	22.3	30.4	40.6	1.2	1473
សរុប	**43.7**	**31.4**	**1.1**	**6809**	**14.7**	**24.9**	**19.6**	**39.5**	**1.3**	**6809**

## ៣.	ការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល

សម្រាប់សេវាសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ស្ត្រី (ការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជាតិដែកហ្វូលិកបន្ថែម ការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាបន្ថែម) ដែលបានវាស់វែងដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រ គឺត្រូវបានផ្តល់ឱ្យតាមរយៈការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងការថែទាំទារកក្រោយសម្រាលនៅឯមណ្ឌលសុខភាព ។ ជាលទ្ធផលក្រោយពីអង្កេត ស្ត្រីជាម្តាយមានចំនួន ៤៧ ភាគរយ បានទទួលនូវការពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះបានចំនួន ៤ ដង និងសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះលើកចុងក្រោយបានកើនឡើងពី ២៧ ភាគរយ ពីឆ្នាំ២០០៥ ។

តារាងលេខ ៣៣ : ចំនួនស្ត្រីដែលបាននៅពិនិត្យថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល

ភាគរយស្ត្រីគ្រប់រូបដែលបានផ្តល់កំណើតកូនក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំ ចុងក្រោយ មុនពេលអង្កេតតាមចំនួនទៅមណ្ឌលសុខភាពសម្រាប់ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

លក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ	គ្មាន	១ដង	២-៣ដង	លើសពី៤ដង	មិនដឹង	ចំនួនស្ត្រី
អាយុរបស់មាតា						
15 - 19	7.20	13.20	36.10	43.50	-	179
20 - 29	8.20	5.90	34.20	51.20	0.50	3970
30 - 39	14.20	7.00	35.90	42.60	0.30	-
40 - 49	18.90	6.10	36.30	37.80	1.00	636
តំបន់រស់នៅ						
ទីប្រជុំជន	3.2	2.4	21.0	73.0	0.4	1148
ទីជនបទ	12.6	7.2	37.8	41.9	0.5	5677
ឈ្មោះខេត្ត						
បន្ទាយមានជ័យ	6.6	3.7	33.9	55.8	-	317
កំពង់ចាម	11.2	7.6	42.4	38.4	0.3	897
កំពង់ឆ្នាំង	9.0	6.8	30.8	53.4	-	276
កំពង់ស្ពឺ	10.4	5.2	39.5	44.2	0.7	436
កំពង់ធំ	20.0	8.9	35.0	35.6	0.5	193
កណ្តាល	9.4	4.6	36.3	48.7	1.0	560
ក្រចេះ	23.3	12.0	44.2	20.5	-	162
ភ្នំពេញ	2.6	2.7	17.5	76.9	0.2	665
ព្រៃវែង	12.7	13.0	47.6	26.7	-	519
ពោធិសាត់	5.9	3.0	32.4	58.1	0.6	185
សៀមរាប	12.2	5.7	31.2	50.3	0.6	562

ស្វាយរៀង	5.3	5.2	32.6	56.4	0.6	255
តាកែវ	6.3	3.9	43.4	45.9	0.5	479
ឧត្តរមានជ័យ	20.2	11.1	32.1	35.2	1.4	84
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	15.6	6.2	22.0	55.8	0.3	566
កំពត/កែប	18.1	7.3	38.6	35.2	0.7	249
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	17.7	8.6	24.5	47.2	2.0	172
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	4.4	10.4	56.8	28.0	0.4	142
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	39.2	5.4	33.6	21.7	-	98
កម្រិតធនធាន						
ក្របំផុត	20.4	9.3	40.7	29.1	0.5	1316
ក្រ	17.3	7.3	38.2	36.7	0.6	1227
មធ្យម	11.2	7.6	38.2	42.8	0.3	1391
មាន	6.8	5.4	34.2	53.1	0.5	1406
មានបំផុត	1.4	3.0	24.9	70.3	0.4	1472
សរុប	**11.0**	**6.4**	**34.9**	**47.2**	**0.4**	**6826**

៤. ការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដគ្រួសារ

ជាតិអ៊ីយ៉ូដ គឺជារ៉ែធម្មជាតិ និងជាមីក្រូសារជាតិសំខាន់មួយក្នុងចំណោមសារជាតិទាំងអស់ ។ ការទទួលទានជាតិអ៊ីយ៉ូដមិនគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងបរិបទនៃបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ បង្កើតជាហានិភ័យខ្ពស់នៃជម្ងឺពកក និងកុមាររលូតលាស់មិនប្រក្រតីទាំងរាងកាយ និងប្រាជ្ញា ។ល។ ការធ្វើតេស្តកំណត់រកជាតិអ៊ីយ៉ូដក្នុងអំបិលត្រូវបានធ្វើទាំងនៅក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ និង អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ ។ យោងតាមលទ្ធផល អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ បានបង្ហាញឱ្យឃើញថា អត្រាប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដមាន ៧២.៥ ភាគរយ បានកើនឡើងចំនួន ៥ ដង ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០០ ដែលមានអត្រាត្រឹមតែ ១៤ ភាគរយប៉ុណ្ណោះ ។

ទោះបីជាអំបិលជាតិអ៊ីយ៉ូដគ្របដណ្តប់លើផ្ទៃប្រទេសក្នុងកម្រិតខ្ពស់ក៏ដោយ ក៏យើងឃើញនៅមានខេត្តមួយចំនួនមានបរិមាណ ឬអត្រានៃការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដនៅមានកម្រិតទាបជាងគេ ។ ការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដសរុបរបស់គ្រួសារ មានចំនួន ៧១.៥ ភាគរយ គឺទាបជាងការរកឃើញនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ។

តារាងលេខ ៣៤ : ការប្រើប្រាស់អំបិលអ៊ីយ៉ូដតាមលក្ខណៈគ្រួសារ

ភាគរយគ្រួសារដែលត្រូវបានធ្វើការវិភាគរកអំបិលជាតិអ៊ីយ៉ូដ តាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតមនុស្សសាស្ត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨				
លក្ខណៈប្រវត្តិផ្សេងៗ	គ្រួសារប្រើប្រាស់អំបិលជាតិអ៊ីយ៉ូដ			
	ភាគរយគ្មានជាតិអ៊ីយ៉ូដ	ភាគរយមានជាតិអ៊ីយ៉ូដ	ចំនួនសរុបជាភាគរយ	ចំនួនគ្រួសារ
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	13.8	86.2	100.0	1220
ទីជនបទ	31.4	68.6	100.0	6208
ឈ្មោះខេត្ត				
បន្ទាយមានជ័យ	22.6	77.4	100.0	368
កំពង់ចាម	24	76	100.0	1047
កំពង់ឆ្នាំង	20.5	79.5	100.0	281
កំពង់ស្ពឺ	21.5	78.5	100.0	471
កំពង់ធំ	22.7	77.3	100.0	202
កណ្តាល	34.6	65.4	100.0	655
ក្រចេះ	16.1	83.9	100.0	170
ភ្នំពេញ	5.9	94.1	100.0	656
ព្រៃវែង	34.6	65.4	100.0	580
ពោធិសាត់	27.4	72.6	100.0	190
សៀមរាប	28.3	71.7	100.0	595
ស្វាយរៀង	77.5	22.5	100.0	288
តាកែវ	38.2	61.8	100.0	522
ឧត្តរមានជ័យ	35.7	64.3	100.0	90
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	32	68	100.0	591
កំពត/កែប	53.2	46.8	100.0	278
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	12.3	87.7	100.0	190
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	13.3	86.9	100.0	145
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	26.3	73.7	100.0	109
កម្រិតធនធាន				
ក្របំផុត	31.4	68.6	100.0	1412
ក្រ	33.7	66.3	100.0	1347
មធ្យម	33.4	66.6	100.0	1531
មាន	28.4	71.6	100.0	1564
មានបំផុត	16.6	83.4	100.0	1571
សរុប	**28.5**	**71.5**	**100.0**	**7428**

ជំពូកទី៩

សេចក្ដីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍

គោលបំណងរបស់ជំពូកនេះ ផ្តល់ការណែនាំអំពីសកម្មភាពសំខាន់ៗ របស់អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ។

សកម្មភាពទាំងអស់រួមមាន :

- ណែនាំពីការឆ្លើយតបឱ្យបានសមស្របចំពោះការឡើងថ្លៃទំនិញ
- ណែនាំពីទីកន្លែងណា និងក្រុមណាគួរតែជាគោលដៅសម្រាប់ធ្វើកិច្ចអន្តរាគមន៍ដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ
- ណែនាំពីសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភដែលចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តន៍

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍ ផ្អែកលើភស្តុតាងដែលបានមកពី : ការវាស់វែងផ្នែកមនុស្សមាត្រ បញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ការប្រើប្រាស់អាហារ ជម្ងឺកុមារ យុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ ការបំបៅដោះ ទារក/កុមារតូច និងសេវាថែទាំសុខភាព ។

តើមានមធ្យោបាយអ្វី ដើម្បីឆ្លើយតបឱ្យបានសមស្របនៅនឹងការកើនឡើងថ្លៃម្ហូបអាហារ ?

ដោយសារមានបុព្វហេតុផ្សេងៗជាពិសេសតម្រូវការស្បៀងអាហារ ថ្លៃអាហារខ្ពស់ និងទំនិញផ្សេងៗ បានបន្តកើនឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ។ ក្នុងកាលៈទេសៈនេះ ក្រុមដែលធ្វើការពាក់ពន្ធ័ជាមួយនឹងការងារអាហារូបត្ថម្ភ និងការងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ បានសំដែងនូវកង្វល់ស្តីអំពីថ្លៃទំនិញខ្ពស់ អាចជះឥទ្ធិពលអវិជ្ជមាន ដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ។ ជាពិសេសកត្តាអវិជ្ជមាននេះ អាចផ្តល់ផលកាន់តែអាក្រក់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានប្រជាជនរស់នៅច្រើន ហើយកំពុងរស់នៅក្រោមបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ ។ យ៉ាងណាមិញ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានាកំពុងបន្តបោះនូវជំហានទៅមុខ សំដៅសម្រាលឥទ្ធិពលនៃតំលៃទំនិញខ្ពស់នេះ ។ ក្នុងពេលដំណាលគ្នានេះ កិច្ចអន្តរាគមន៍ជាច្រើនត្រូវបានបង្កើត និងអនុវត្តន៍ឡើងដោយប្រើប្រាស់នូវព័ត៌មានដែលមានស្រាប់ និងច្បាស់លាស់ ដើម្បីជួយរួមចំណែកក្នុងការកាត់បន្ថយនូវភាពងាយរងគ្រោះរបស់ក្រុមគ្រួសារក្រីក្រឱ្យចំគោលដៅ និងមានប្រសិទ្ធភាព ។

ប៉ុន្តែអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជានេះ គឺជាការអង្កេតថ្នាក់ជាតិលើកទី ១ ដែលបានសិក្សាពីផលប៉ះពាល់ដោយសារតម្លៃទំនិញខ្ពស់ទៅលើស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ។ ដូច្នេះ អង្កេតនេះគឺជាគោលដៅមួយក្នុងចំណោមគោលដៅជាច្រើនទៀតរបស់អង្កេតដែលបានបង្កើតឡើង និងធានា

យ៉ាងពិតប្រាដកថា កិច្ចអន្តរាគមន៍ទាំងពេលបច្ចុប្បន្ន និងទាំងពេលអនាគតមានលក្ខណៈសមស្រប សម្រាប់គ្រប់ស្ថានភាព ។

ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើការឆ្លើយតបប្រភេទអ្វីដែលជាតម្រូវការចាំបាច់ យើងចាំបាច់ត្រូវកំណត់ថាអ្វីជាស្ថានភាពនាពេលបច្ចុប្បន្នជាមុនសិន ។ អង្កេតសាកល្បងរបស់ Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification (IPC) ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នាឆ្នាំ២០០៧ ហើយអង្កេតនេះទៀតបានកំណត់ថា គ្រប់ខេត្តក្រុងទាំងអស់ទូទាំងប្រទេស មានបញ្ហាអសន្តិសុខស្បៀងរ៉ាំរ៉ៃ លើកលែងតែទីក្រុងភ្នំពេញ និងខេត្តបាត់ដំបងប៉ុណ្ណោះដែលមិនមានជាបញ្ហាចោទ ។ នេះជាមូលហេតុមួយរារាំងដល់កំណើនសេដ្ឋកិច្ចក្នុងតំបន់ជនបទ ។

ផ្ទុយទៅវិញ អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ ពុំបានប្រើប្រាស់នូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ IPC ទាំងស្រុងនោះទេ ។ ប៉ុន្តែមានសូចនាករខ្លះ (៤ក្នុងចំណោមសូចនាករទាំង១០របស់ IPC) ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងកត្តាសំខាន់៧សម្រាប់សិក្សា និងសង្កត់ធ្ងន់លើការវិភាគនិន្នាការប្រែប្រួលរបស់សូចនាករទាំងឡាយ ។

សូចនាករទាំង ៤ ដែលមាននៅក្នុង IPC ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសដាក់បញ្ចូលក្នុង អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ មានដូចជា : កង្វះអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ជម្ងឺ ប្រភេទអាហារចំរុះ និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបន្ទាន់ ។ តារាងលេខ ៣៥ របស់ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ និងការប្រៀបធៀបជាមួយការរកឃើញរបស់ IPC បង្ហាញនូវលក្ខណៈវិន្និច្ឆ័យចំនួន ៣ គឺវិបត្តិអសន្តិសុខស្បៀងអាហារ ស្បៀងអាហារខ្សត់ខ្សោយ និងវិបត្តិរស់នៅ និងជំនួយមនុស្សធម៌បន្ទាន់ ។

តារាងលេខ ៣៥ : និតិវិធីនៃការចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ចូលទៅក្នុងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភតាមដំណាក់កាលនិមួយៗ និងរបកគំហើញរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

លទ្ធផលសូចនាករ	អសន្តិសុខស្បៀង	វិបត្តិស្បៀងអាហារ និងកម្រិតប៉ះពាល់ដល់ជីវភាពរស់រនៅ	គ្រោះមហន្តរាយ/គ្រោះធម៌	អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨
កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ (ភាពស្គម)	>3% ប៉ុន្តែ <10% ធម្មតា និងស្ថេរភាព	>10% ប៉ុន្តែ <15%> ធម្មតា និងភាគត្បាត	>15%> ធម្មតា និងភាគត្បាត	ភាពស្គមមានចំនួន ៨.៩ ភាគរយ ។ មានន័យថា មិនមានការប្រែប្រួលគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងន័យស្ថិតិចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៥មក
ជម្ងឺកុមារ	-	ជំងឺឆ្លង និងរាតត្បាត	រោគឆ្លងពេញបន្ទុក	កម្រិតជម្ងឺរាក រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម និងគ្រុនក្តៅ របស់ អ.ម.ក ខ្ពស់ជាងលទ្ធផលរបស់អង្កេត អ.ប្រ.ស.ក ២០០០ និង២០០៥
របបអាហារចំរុះ	បញ្ហាកង្វះខាតរបបអាហារចំរុះធ្ងន់ធ្ងរ	បញ្ហាកង្វះខាតរបបអាហារចំរុះ	ប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារសំខាន់ៗក្នុងរយៈពេលទៀងទាត់ ២-៣ ឬក៏តិចជាង	ភាពក្រិនមាន ៣៩.៥ ភាគរយ ។ មូលហេតុថយចុះ : ប្រើប្រាស់អាហារប្រភេទសាច់ និងត្រី ។ ការប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារជាមធ្យមមាន ៤.៧ ក្នុងចំណោមអាហារទាំង ១៤ ក្រុម
យុទ្ធសាស្រ្តដោះស្រាយបន្ទាន់	យុទ្ធសាស្រ្តធានារ៉ាប់រង	យុទ្ធសាស្រ្តដោះស្រាយបន្ទាន់ខ្ពស់ជាងការធានា និងការកើនឡើងនៃវិបត្តិយុទ្ធសាស្រ្ត	យុទ្ធសាស្រ្តដោះស្រាយបន្ទាន់មានសារៈសំខាន់ខ្ពស់ជាង និងការកើនឡើងនៃយុទ្ធសាស្រ្តបរាជ័យ	ការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្រ្តដោះស្រាយបន្ទាន់ ប៉ុន្តែមិនបានទូលំទូលាយ

ទិន្នន័យដែលបានរកឃើញដោយ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញថាប្រជាជនក្រីក្រដែលរស់នៅតាមទីតំបន់ប្រជុំជន បានទទួលរងនូវផលប៉ះពាល់ពីថ្លៃម្ហូបអាហារខ្ពស់ជាងប្រជាជនដែលរស់នៅតំបន់ផ្សេងៗទៀត ។ ជាក់ស្តែង នៅតំបន់ទីប្រជុំជន អត្រាប្រើប្រាស់គ្រប់ក្រុមអាហារស្ទើរតែទាំងអស់ (១២ ភាគ ១៤) មានការថយចុះ ហើយការប្រើប្រាស់ក្រុមម្ហូបអាហារជាមធ្យម ក៏បានធ្លាក់ចុះដែរ ពី ៥.៤ ទៅ ៤.៨ ។ ការប្រើប្រាស់អាហារប្រភេទសាច់ និងត្រី បានថយចុះចំនួន ១៤ អត្រាភាគរយ ។ ផ្ទុយទៅវិញ អត្រាភាពស្គមរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ហើយកំពុងរស់នៅក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជនក្រីក្រ បានកើនឡើងពី ៩.៦ ភាគរយ នាឆ្នាំ២០០៥ ដល់ ១៦ ភាគរយ សម្រាប់ឆ្នាំ២០០៨ ។

មន្ទីរពេទ្យនាពេលបច្ចុប្បន្ន ដែលកំពុងអនុវត្តនូវកម្មវិធីផ្តល់អាហារបំប៉នបន្ថែម គួរតែកែប្រែដើម្បីជួយលើកកម្ពស់ក្នុងការផ្តល់នូវអនុសាសន៍ និងរបាយការណ៍នានា ដោយរួមបញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងសហគមន៍ និងការងារតាមដានកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ។ កិច្ចខិតប្រឹងប្រែងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូទាំងអស់បានកំណត់គោលដៅតំបន់បឹងទន្លេសាបសម្រាប់ការទទួលបាននូវជំនួយឧបត្ថម្ភស្បៀងអាហារ ។ ដៃគូរាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ក៏កំពុងធ្វើអន្តរាគមន៍ដល់ខេត្តនៅដាច់ស្រយាលនៅភូមិភាគឥសាន ។ ***ជាក់ស្តែងការអង្កេតបានបង្ហាញថា ខេត្តដាច់ស្រយាលភាគច្រើនរបស់ប្រទេសកម្ពុជាប្រហែលបានទទួលរងនូវផលប៉ះពាល់ពីថ្លៃស្បៀងអាហារខ្ពស់*** ។ ខេត្តទាំងនោះមានដូចជា : ខេត្តមណ្ឌលគិរី រតនៈគិរី ស្ទឹងត្រែង និងព្រះវិហារ បានបង្ហាញពីការកើនឡើងនៃការកង្វះអាហារូបត្ថម្ភចំពោះកុមារ ។ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ បានបង្ហាញ ៥ ខេត្ត ក្នុងចំណោម ខេត្តទាំង ៧ ជុំវិញបឹងទន្លេសាប មានកម្រិតភាពស្គមខ្សត់ខ្សោយរបស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ច្រើនជាង ១០ ភាគរយ ។ យើងឃើញហើយថា ការធ្វើអន្តរាគមន៍ដល់ខេត្តទាំងឡាយជុំវិញតំបន់បឹងទន្លេសាប គឺជាការកំណត់ក្រុមគោលដៅដ៏ល្អប្រពៃ ក្នុងអត្ថន័យជួយជនរងគ្រោះពិតប្រាកដ ហើយអាចបានជួយបន្ធូរបន្ថយ និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើឡើង ចំពោះផលប៉ះពាល់ដល់ប្រជាពលរដ្ឋពីការឡើងថ្លៃខ្ពស់នៃស្បៀងអាហារនៅក្នុងតំបន់ ។ ប៉ុន្តែតាមរបកគំហើញរបស់អង្កេត ***ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះបំផុត និងត្រូវការជំនួយបន្ទាន់នោះ គួរតែជាក្រុមប្រជាជនក្រីក្រដែលកំពុងរស់នៅក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជនក្រីក្រ*** ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយសរុបមកវិញ ***ក្នុងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននេះ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមាននៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា ដែលជាការឧបត្ថម្ភអង្ករតែមួយមុខ មិនអាចជួយកាត់បន្ថយនូវអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភទាំងស្រុងនោះទេ ។ នៅមានកិច្ចការជាច្រើនទៀតដែលជាជំហានបន្តបន្ទាប់សម្រាប់លើកកម្ពស់ផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភដល់ប្រជាជនកម្ពុជាគ្រប់រូប*** ។

ជាមួយនឹងស្បៀងអាហារមានតម្លៃខ្ពស់នាឆ្នាំ២០០៨ បើប្រៀបទៅឆ្នាំមុនៗ កត្តានេះហាក់ដូចជានៅបន្តផ្តល់ផលប៉ះពាល់ចំពោះស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ហើយវាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរជាងនេះទៅទៀតនៅពេល ដែលវិបត្តិសេដ្ឋកិច្ចពិភពលោក មានឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានដល់ប្រទេសកម្ពុជា ទោះបីជាក្នុងកម្រិតតិចឬច្រើនក៏ដោយ ។ លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អាហារបានបន្តចោទជាបញ្ហាសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ ហើយប្រហែល នៅតែបន្តជាបញ្ហាបន្តទៀតពីព្រោះតែតម្លៃស្បៀងអាហារ និងការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ។

ការកាត់បន្ថយកម្លាំងទិញ សម្រាប់ស្ថេរភាពសេដ្ឋកិច្ចរបស់គ្រួសារដែលធ្វើកសិកម្មជាលក្ខណៈគ្រួសារ គួរតែលើកឡើងដើម្បីធានាបាននូវសុវត្ថិភាពស្បៀងអាហាររបស់ពួកគាត់ ។ ប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពសង្គម មានដូចជា : ការផ្ទេរប្រាក់ដោយកិច្ចសន្យា និងលទ្ធភាពពង្រីកនូវសេវាថែទាំសុខភាព គឺជាការងារចាំបាច់សម្រាប់រយៈពេលខ្លី ។ ចំណែកឯកុមារប្រឈមនឹងអត្រាខ្ពស់នៃជំងឺផ្សេងៗ ។ ដូច្នេះការផ្តល់លទ្ធភាពជម្រុញផ្គត់ផ្គង់ប្រភពទឹកស្អាត និងការរស់នៅដោយមានអនាម័យគួរតែត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់ ។ កិច្ចអន្តរាគមន៍នានាដែលទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ក៏អាចដើរតួយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការទប់ស្កាត់ការឆ្លងជម្ងឺ ហើយត្រូវយកមកពិភាក្សាបន្ថែមទៀតក្រោមប្រធានបទ តើកិច្ចអន្តរាគមន៍អាហារូបត្ថម្ភប្រភេទណាមួយគួរតែអនុវត្ត ។

នៅក្នុងបរិបទបច្ចុប្បន្នស្តីអំពីការបន្តនូវភាពងាយរងគ្រោះនេះ វាជាការចាំបាច់ណាស់ដែលបញ្ហានេះ ត្រូវបានត្រួតពិនិត្យយ៉ាងម៉ត់ចត់ជាមួយនឹងប្រព័ន្ធជាតិគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភ ។ ជាងនេះទៀត គោលដៅសំខាន់ គឺផ្តល់ព័ត៌មានជាមុនឱ្យ បានទាន់ពេលវេលាអំពី ភាពប្រែប្រួលជាអវិជ្ជមានក្នុងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ ហើយប្រព័ន្ធជាតិគួរតែព្យាយាមសម្រេចឱ្យបាននូវគោលបំណងជាច្រើន រួមទាំង ការកំណត់អត្តសញ្ញាណនៅក្នុងថ្នាក់ស្រុក ឬសហគមន៍ណាដែលជួបប្រទះនូវបញ្ហាអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយ ។ ការធ្វើឱ្យប្រសើឡើងនៅប្រភពទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ និងការលើកកម្ពស់ កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដោយផ្អែកលើភស្តុតាងដែលមាន សំដៅជួយតាមដានត្រួតពិនិត្យ ការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភឱ្យមានប្រសិទ្ធិភាព ។

រហូតមកដល់ពេលនេះ យើងបានយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើការតាមដានត្រួតពិនិត្យជម្ងឺរបស់កុមារ ការព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងវិធានការការពារភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភ ដែលបណ្តាលមកពីភាពក្រីក្រ ។ ប៉ុន្តែគួរបញ្ជាក់ថា ភាពក្រីក្រមិនមែនជាមូលហេតុតែមួយគត់បណ្តាលឱ្យមានអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយនោះទេ ។ សូម្បីតែកុមារដែលរស់នៅជាមួយគ្រួសារមានកម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិស្តុកស្តម្ភក៏ជួបនូវបញ្ហាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដែរ (សូចនាករនានារបស់កុមារ) ។ ការប្រៀបធៀបស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារតាមទ្រព្យធន លក្ខណៈប្រវត្តិរបស់ឪពុកម្តាយ និងតំបន់ដែលកុមារ

កំពុងរស់នៅបង្ហាញថាអាហារូបត្ថម្ភជាបញ្ហារបស់ជាតិ ដែលមានឥទ្ធិពលលើគ្រប់វិស័យទាំងអស់របស់សង្គម ។ នេះបញ្ជាក់ឱ្យឃើញថា ថវិកា ឬក៏លទ្ធភាពទិញអាហារ គឺមិនមែនជាកត្តាដែលសំខាន់ជាងគេនោះទេ សម្រាប់អាហារូបត្ថម្ភ ។ វិធីសាស្ត្រចិញ្ចឹម និងរបៀបថែរក្សាកុមារគឺសំខាន់បំផុតដូចគ្នានឹងភាពក្រីក្រដែរ ក្នុងការចូលរួមចំណែកបង្កជាអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយកុំរ៉ៃរបស់កុមារទូទាំងប្រទេស ។

ត្រូវចងចាំផងដែរថា អាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយកុំរ៉ៃនៅតែជាបញ្ហាប្រឈមផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភដល់កុមារនៅកម្ពុជា ។ កម្រិតរីកចម្រើនផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភខ្សត់ខ្សោយកុំរ៉ៃនាពេលកន្លងមកនេះ នឹងចាប់ផ្ដើមរលាយបាត់ទៅវិញ ។ ដូច្នេះ ដើម្បីការពារបញ្ហានេះ ហើយដើម្បីជៀសវាងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភនៅពេលអនាគត ការធ្វើអន្តរាគមន៍រយៈពេលមធ្យម និងវែង គួរតែជាសកម្មភាពត្រូវតែយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀត ។ សកម្មភាពមួយចំនួនដូចជា : ***ជម្រុញឥរិយាបទថែទាំកុមារ តាមរយៈការអប់រំ គួរតែជាអាទិភាពរយៈពេលវែង*** ។ ការធ្វើអន្តរាគមន៍អាហារូបត្ថម្ភពាក់ពន្ធ័នឹងឥរិយាបទថែទាំកុមារ ត្រូវធ្វើការពិភាក្សាថែមទៀតនៅក្រោមប្រធានបទ តើការធ្វើអន្តរាគមន៍លើអាហារូបត្ថម្ភណាខ្លះ ដែលត្រូវតែអនុវត្តន៍បន្ត ។

ទីតាំង និងក្រុមគោលដៅ ដែលត្រូវធ្វើអន្តរាគមន៍ពាក់ពន្ធ័នឹងអាហារូបត្ថម្ភ

ការធ្វើអន្តរាគមន៍ដល់ផ្នែកសុខភាពដែលពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងអាហារូបត្ថម្ភកុមារ គួរតែធ្វើក្នុងក្របខ័ណ្ឌទូទាំងប្រទេស ។ ចំពោះការធ្វើអន្តរាគមន៍ណាដែលមិនអាចអនុវត្តន៍ទៅបានភ្លាមៗនោះទេ យើងគួរតែរកវិធីដោះស្រាយបន្ទាន់ ។ ហើយក្នុងពេលដំណាលគ្នានេះដែរ យើងគួរតែផ្ដោតទៅលើអាទិភាពណាដែលសំខាន់ និងទទួលបានជោគជ័យបំផុត មកធ្វើអន្តរាគមន៍ជាមុនសិន ដូចជា : តំបន់ដែលមានចំនួនកុមារខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភខ្លាំងជាងគេ ។ នៅគ្រប់តំបន់ទាំងអស់នៃការអង្កេតថ្នាក់ជាតិ កុមារក្រិនមានចំនួនជាង ៣០ ភាគរយ និងកុមារខ្វះទម្ងន់មានចំនួនមួយភាគប្រាំ លើកលែងតែតំបន់ភ្នំពេញចេញ ប៉ុណ្ណោះ ។ តំបន់ចំនួន ១៥ ក្នុងចំណោមតំបន់ទាំង ១៩ ទូទាំងប្រទេស មានភាពស្គមសរុបចំនួន ១០ ភាគរយ ហើយ ភាពស្គមស្លិតក្នុងចន្លោះចំនួន ៣ អត្រាភាគរយ ។ ខេត្តកំពង់ចាម មានចំនួនកុមារខ្សត់ខ្សោយ អាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់ជាងគេ ។ ការប៉ាន់ស្មានរបស់អង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ ២០០៨ បង្ហាញថា កុមារ ស្គមស្គាំងមានចំនួនប្រហែលជិត ១៨.០០០នាក់ កុមារខ្វះទម្ងន់មានចំនួន ៥៤.០០០នាក់ និងកុមារក្រិន មានចំនួន ៦៨.០០០នាក់ ។ ***ខេត្តកំពង់ចាម និងតំបន់ផ្សេងទៀតមាន ចំនួនកុមារខ្សត់ខ្សោយ អាហារូបត្ថម្ភមានខ្ពស់គួរឱ្យកត់សម្គាល់ ។ រីឯ***

ខេត្តសៀមរាប និងខេត្តកណ្តាល ក៏ជាតំបន់ដែលមាន ភូលេខខ្ពស់ដែរ ។ ដូច្នេះ ក្រុមគោលដៅគួរតែជាកុមារដែលកំពុងរស់នៅក្នុងខេត្តទាំងអស់នេះ ។

នៅក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ បានតម្រង់ទិសដៅទៅរកកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ២ឆ្នាំ ហើយក្នុងពេលឆាប់ៗនេះនឹងតម្រង់ទៅរកម្តាយរបស់កុមារ ។ នេះគឺជាយុទ្ធសាស្ត្រប្រសើរបំផុត ពីព្រោះភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភភាគច្រើនចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលតំបូងនៃជីវិត ។ ប៉ុន្តែអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថាភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុច្រើន ក៏ជាបញ្ហាគួរឱ្យព្រួយបារម្ភដែរ ។ លទ្ធផលបង្ហាញថា កម្រិតកង្វះអាហារូបត្ថម្ភក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុតិចជាង ១ ឆ្នាំ មានការថយចុះ នៅខណៈដែលគេបានរកឃើញថាមានការកើនឡើងក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុច្រើនទៅវិញ ។ និន្នាការនេះ ទំនងជាពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងការរីកចម្រើនផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតា ដែលបានរកឃើញដោយអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ ។ ***សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដែលពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងវិធានការការពាររយៈពេលខ្លី និងការព្យាបាលកង្វះអាហារូបត្ថម្ភគួរតែអនុវត្តន៍ចំពោះកុមារទាំងអស់ ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ហើយដែលជាក្រុមគោលដៅ*** ។

ម្តាយកុមារនៅតាមតំបន់ជនបទ មានកម្ពស់ទាប និងស្គមជាងម្តាយកុមារនៅតំបន់ទីប្រជុំជន ។ ហេតុផលនេះ ប្រហែលជាទាក់ទងទៅនឹងការអនុវត្តលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ។ ភាពខុសគ្នាខ្លាំងផ្នែកភូមិសាស្ត្រ បង្ហាញនូវភាគរយកម្ពស់ទាបរបស់ស្ត្រីដែលរស់នៅតាមតំបន់ខេត្តដាច់ស្រយាល ដូចជា : ខេត្តមណ្ឌលគីរី និងរតនៈគីរី (១៦,១ ភាគរយ) គឺខ្ពស់ជាងកំរិតមធ្យមនៅថ្នាក់ជាតិជិតបីដង ។ ខេត្តព្រះវិហារ និងខេត្តស្ទឹងត្រែង ម្តាយដែលមានកម្ពស់ទាបមានចំនួនខ្ពស់គួរសមដែរ ១១,៤ ភាគរយ ។ ***ភាគរយខ្ពស់របស់ម្តាយដែលមានកម្ពស់ទាបនៅតាមខេត្តដាច់ស្រយាល គួរតែធ្វើការសិក្សា ថែមទៀត ហើយតំបន់ទាំងនោះ អាចជាគោលដៅសម្រាប់ការធ្វើអន្តរាគមន៍អាហារូបត្ថម្ភម្តាយ*** ។

ការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្នែកសុខភាពបែបណាពាក់ព័ន្ធនឹងអាហារូបត្ថម្ភដែលត្រូវពង្រីកការអនុវត្ត

ការធ្វើអន្តរាគមន៍ទាក់ទងនឹងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ គឺមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ការពារកុំឱ្យមានភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ ប៉ុន្តែក៏អាចមានផលប៉ះពាល់ល្អទៅដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ តាមរយៈការជួយកាត់បន្ថយភាពងាយរងគ្រោះដែលបណ្តាលមកពីជម្ងឺ ។ ការអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថាប្រជាជនកំពុងតែរកដំណោះស្រាយជាមួយនឹងតម្លៃទំនិញឡើងខ្ពស់ដោយមិនទិញអាហារណាដែលមានតំលៃថ្លៃ ដូចជា : ប្រភេទសាច់សម្រាប់ជាម្ហូបអាហារប្រចាំថ្ងៃនោះទេ ។ សាច់សត្វពាហនៈ គឺជាប្រភពមីក្រូសារជាតិសំខាន់ ហើយការផ្លាស់ប្តូររបបអាហារនេះ អាចធ្វើឱ្យកើនឡើងនូវបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ ។ នៅពេលថ្មីៗនេះ មានសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ទាក់ទងនឹង

មីក្រូសារជាតិជាច្រើន នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តដែលអាចជួយការពារភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភរ៉ាំរ៉ៃ និងធ្ងន់ធ្ងរ ។ ការធ្វើអន្តរាគមន៍នៅពេលថ្មីៗនេះ ទាក់ទងនឹងបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិសម្រាប់កុមារ រួមមាន : ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងថ្នាំបញ្ចុះព្រូន ។ មានភាពប្រសើរឡើងក្នុងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃសកម្មភាពអន្តរាគមន៍ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ២០០៨ ។ ការប្រសើរឡើង នេះមកពីលទ្ធផលនៃការបង្កើនកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ រវាងរាជរដ្ឋាភិបាលនិងដៃគូដែលពាក់ព័ន្ធនានា ។ យ៉ាងណាមិញ ការព្យាបាលជម្ងឺរាកដោយប្រើប្រាស់អូរ៉ាលីត ជាមួយនឹងសារជាតិសង្កសី (អាហារប្រភេទភេទសាច់គោ) អាចជួយកាត់បន្ថយតម្លៃម្ហូបអាហារដែលថ្លៃ ហើយក៏ជាមធ្យោបាយល្អសម្រាប់ការព្យាបាល និងការការពារពីជម្ងឺរាក ។ ***សម្រាប់អនាគត ថ្នាំបញ្ចុះព្រូន ការប្រើប្រាស់អូរ៉ាលីតជាមួយនឹងជាតិសង្កសី និងជីវជាតិអា គួរតែផ្តល់ដល់មណ្ឌលសុខភាពក្នុងអំឡុងពេលដែលផ្តល់សេវាកម្មមូលដ្ឋាន ព្រមគ្នាជាមួយនឹងតាមរយៈអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសហគមន៍ ដើម្បីពង្រីកតំបន់គ្របដណ្តប់ឱ្យបានទូលំទូលាយជាអតិបរមា*** ។

ពុំមានអនុសាសន៍ក្នុងការផ្តល់បន្ថែមជាតិដែកដល់កុមារទេ ពីព្រោះតែមានការបារម្ភពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងឥទ្ធិពលទៅវិញទៅមករវាងកំរិតខ្ពស់នៃជាតិដែក និងជម្ងឺឆ្លង ។ ភាពស្លេកស្លាំង ដោយសារបញ្ហាកង្វះជាតិដែកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈធ្ងន់ធ្ងរនៅកម្ពុជា ហើយត្រូវតែយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្ទាន់ ។ ***អាហារដែលបញ្ចូលមីក្រូសារជាតិសម្រាប់ប្រើប្រាស់តាមផ្ទះ តាមរយៈម្សៅមីក្រូសារជាតិចំរុះ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ត្រូវបានធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវអនុវត្តន៍នៅក្នុង ខេត្តមួយ ។ សកម្មភាពអន្តរាគមន៍នេះ ត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាលក្ខណៈអន្តរជាតិ ហើយត្រូវតែពង្រីក ការអនុវត្តជាបន្ទាន់*** ។ នេះជាវិធី ដោះស្រាយចំពោះបញ្ហាកង្វះជាតិដែក និងជាវិធីសាស្រ្តមួយប្រសើរជាងការផ្តល់បន្ថែមមីក្រូសារជាតិ ដោយឡែកពីគ្នា ពីព្រោះថាបើកុមារម្នាក់ជាមួយនឹងមានបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិមួយមុខ នឹងទំនងជាមានបញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិច្រើនមុខទៀត ។ ការផ្តល់មីក្រូសារជាតិបន្ថែម គួរតែយកចិត្តទុកដាក់ តម្រង់ទិសទៅរកអាហារដែលបញ្ចូលមីក្រូសារជាតិសម្រាប់ប្រើប្រាស់តាមផ្ទះ ហើយជៀសវាងការផ្តល់បន្ថែម ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ ។ ប្រសិនបើធនធានសម្រាប់ការអនុវត្តជាទូទៅ មិនគ្រប់គ្រាន់ចំពោះក្រុមគោលដៅទាំងពីរនោះទេ គួរតែជ្រើសយកខេត្តណា ដែលមានចំនួនកុមារមានភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភខ្ពស់ និងធ្ងន់ធ្ងរ ។ ***ការសិក្សាស្រាវជ្រាវកំពុងតែអនុវត្តន៍នៅប្រទេសបង់ក្លាដេស ស្តីពីអាហារដែលបញ្ចូលមីក្រូសារជាតិសម្រាប់ប្រើប្រាស់តាមផ្ទះដែលប្រើប្រាស់ដោយស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ ហើយបញ្ហានេះគួរតែតាមដានឱ្យ បានម៉ត់ចត់ និងត្រូវតែមានផែនការច្បាស់លាស់សម្រាប់អនុវត្តន៍ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា*** ។

ការអង្កេតមុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថាប្រសិទ្ធិភាពនៃការការពារស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់ម្តាយ មានអានុភាពដល់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារ ។ ស្ថានភាពមីក្រូសារជាតិរបស់ម្តាយគឺជាសមាសធាតុដ៏មានសារៈសំខាន់មួយនៃប្រសិទ្ធិភាពការពារនេះ ហើយការធ្វើអន្តរាគមន៍ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងភាពខ្សត់ខ្សោយផ្នែកមីក្រូសារជាតិ ដែលមាននៅក្នុងខ្លួនស្ត្រីអាចជួយការពារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដល់កុមារ ។ នៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ អត្រាគ្របដណ្តប់សកម្មភាពអន្តរាគមន៍ដល់ស្ត្រីដើម្បីការពារកង្វះជាតិដែក ការផ្តល់បន្ថែមជាតិដែកហ្វូលិក មុន និងក្រោយពេលសម្រាលកូន ការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្រោយពេលសម្រាលកូនមានការប្រសើរឡើងពីឆ្នាំ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ២០០៨ ។ ភាពប្រសើរឡើងនេះ ដោយសារកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូក្នុងការខិតខំបង្កើនចំនួនស្ត្រីឱ្យបានច្រើនទៅពិនិត្យសុខភាពមុន និងក្រោយពេលសម្រាល ។ ***បន្តការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនៃគុណភាពការថែទាំមុន និងក្រោយពេលសម្រាលកូនដោយធ្វើការយកចិត្តទុកដាក់ទៅដល់ការផ្តត់ផ្គង់ឱសថឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ និងបន្តធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការផ្តល់បន្ថែមមីក្រូសារជាតិដល់ម្តាយ ។ លើសពីនេះ ការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូនគួរតែដាក់បញ្ចូលនូវការត្រួតពិនិត្យការឡើងទម្ងន់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីការចិញ្ចឹមក្មេងឱ្យបានសមស្រប និងមានអនាម័យ*** ។

មានការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ មានរយៈពេលវែងនៅទសវត្សន៍ចុងក្រោយនេះ ហើយនឹងកំពុងតែបន្តនូវភាពរីកចម្រើនតទៅមុខទៀត ។ ភាពប្រសើរឡើងអត្រាអនុវត្តលទ្ធភាពបង្កើតកូន ការកើនឡើងអត្រាបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ការកើនឡើងអត្រាបញ្ចូលជាតិអ៊ីយ៉ូដទៅក្នុងអំបិល ទាំងអស់នេះគឺជាជោគជ័យដែលសម្រេចបាន ។ ការធ្វើឱ្យមានភាពរីកចម្រើនថែមទៀតនៃកម្មវិធីទាំងនេះ អាចធានាដល់ប្រជាជនទាំងអស់ ហើយជាការអនុវត្តនៃការធ្វើអន្តរាគមន៍រយៈពេលមធ្យម និងវែង ដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ការការពារភាពខ្សត់ខ្សោយអាហារូបត្ថម្ភប្រកបដោយស្ថេរភាព ។

ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដែលជះឥទ្ធិពលដល់អាហារូបត្ថម្ភ មានការថយចុះជាមធ្យម និងធ្វើឱ្យមានគំលាតវែងនៃការមានកូន ។ វឌ្ឍនភាពនេះ ជាលទ្ធផលនៃការផ្លាស់ប្តូរមុខរបររបស់ប្រជាជនពីមុខរបរកសិករ ទៅមុខររបរទទួលប្រាក់បៀវត្សន៍ ។ ***ប៉ុន្តែ សេវាកម្មផែនការគ្រួសារ ក៏បានចូលរួមចំណែកផងដែរដល់ការផ្លាស់ប្តូរនេះ ។ កម្មវិធីផែនការគ្រួសារ គួរតែយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ ជាពិសេសនៅតាមបណ្តាខេត្តដាច់ស្រយាល ដែលមានអត្រាកង្វះអាហារូបត្ថម្ភរបស់ម្តាយខ្ពស់ ។ បង្កើនការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ ការកើនទម្ងន់តាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ*** ។

ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងចំពោះការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ គឺជាលទ្ធផលមកពីការប្រាស្រ័យទាក់ទងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទដែលបានធ្វើឱ្យម្តាយទទួលស្គាល់ថា គាត់មិនត្រូវផ្តល់ទឹកទៅឱ្យកូនគាត់ឡើយ ។ ***ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ត្រូវតែបន្តអនុវត្តន៍ និងធ្វើឱ្យបានប្រសើរឡើង ។ រីឯដំណាក់កាលដំបូងនៃការផ្តល់អាហារបន្ថែម ត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យកុមារដែលមានអាយុពី ៦ ខែ ឡើងទៅ ស្របពេលដែលការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅតែបន្ត ។ ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទ គួរតែរៀបចំផងដែរ ដើម្បីលើកឡើងពីឧបសគ្គនានា ចំពោះការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់នៅតំបន់ទីប្រជុំជន*** ពីព្រោះនៅពេលថ្មីៗនេះ នៅតំបន់ទាំងនោះ ត្រូវបានរកឃើញថាមានការថយចុះនៃអត្រាបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ ។ ការអង្កេតមនុស្សមាត្រ ឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថាម្តាយភាគច្រើន បានពន្យាពេលក្នុងការផ្តល់អាហារបន្ថែមដល់កូន ហើយមិនបានផ្តល់របបអាហារចំរុះដល់កូនតូចៗឱ្យបានទាន់ពេលវេលា ។ ***ការធ្វើអន្តរាគមន៍ផ្តល់អាហារបន្ថែម ត្រូវបានអនុវត្តន៍ទូទាំងប្រទេសរួចមកហើយ ប៉ុន្តែចាំបាច់ត្រូវតែអនុវត្តន៍បន្តទៀត ។ ជាការចាំបាច់ផងដែរសម្រាប់យុទ្ធនាការប្រាស្រ័យទាក់ទងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទ ដែលត្រូវផ្តោតជាសំខាន់ទៅលើការផ្តល់អាហារបន្ថែម*** ។

ការបញ្ចូលជាតិអ៊ីយ៉ូដទៅក្នុងអំបិល បានគ្របដណ្តប់ស្ទើរតែគ្រប់តំបន់ទាំងអស់ទូទាំងប្រទេស ប៉ុន្តែ នៅមានខេត្តពីរ-បីប៉ុណ្ណោះ ពុំទាន់ទទួលបានជោគជ័យ។ ការអប់រំជាឧបករណ៍ដ៏សំខាន់ក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនៅតំបន់ទាំងនោះ ។ ការបញ្ចូលជាតិអ៊ីយ៉ូដទៅក្នុងអំបិល ប្រហែលជាអាចសម្រេចបានជោគជ័យនូវការលុបបំបាត់ការខ្វះជាតិអ៊ីយ៉ូដទូទាំងប្រទេស ។ ***ការបញ្ចូលជាតិអ៊ីយ៉ូដទៅក្នុងអំបិល គឺជាដំណោះស្រាយរយៈពេលវែង ចំពោះភាពខ្សត់ខ្សោយផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ ។ ការបញ្ចូលមីក្រូសារជាតិចំរុះទៅក្នុងអាហារដែលបរិភោគជាប្រចាំ គឺជាអាទិភាពរយៈពេលមធ្យម/វែង*** ។

ជំពូកទី៦

វិធីសាស្ត្រធ្វើអង្កេត

ការវិភាគអង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨ បានប្រើប្រាស់ទាំងស្រុងនូវវិធីសាស្ត្រ SPSS ១៧ របស់អង្កេតស្ថិតិ ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងជាពិសេស ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីវិភាគលើនិន្នាការផ្លាស់ប្តូររបស់សូចនាករនិមួយៗ ។ ជាទូទៅរាល់សូចនាកររបស់ អ.ម.ក ២០០៨ ត្រូវបានគណនាដោយប្រើប្រាស់នូវវិធីសាស្ត្ររបស់ អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ ។ ការធ្វើដូច្នេះ គឺដើម្បីបន្សុីគ្នារវាងសូចនាករទាំងពីរ ។ រាល់ការប្រៀបធៀបអំពីនិន្នាការប្រែប្រួលដែលត្រូវបានបង្ហាញក្នុងរបាយការណ៍ បានប្រើប្រាស់តែការព្យាករណ៍ទាំងឡាយដែលអាចធ្វើការប្រៀបធៀបគ្នាបានប៉ុណ្ណោះ ។

វិធីសាស្ត្រគណនាឡើងវិញរបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥ បទដ្ឋានថ្មីរបស់វាស់វែងការលូតលាស់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ដោយយោងតាមការផ្តល់អនុសាសន៍ពី គណៈកម្មាធិការអចិន្ត្រៃយ៍របស់អង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីអាហារូបត្ថម្ភ អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជាប្រើប្រាស់នូវបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់កុមាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ២០០៦ គ្រប់បណ្តាសូចនាករទាំងអស់របស់មនុស្សមាត្រកុមារ ។ បទដ្ឋានថ្មីនេះជំនួសឱ្យបទដ្ឋានចាស់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិសម្រាប់ស្ថិតិសុខភាព ដែលជានិច្ចកាលបានកំណត់យកកុមារអាមេរិកប៉ុណ្ណោះធ្វើជាគោល ។ រីឯបទដ្ឋានថ្មីផ្តោតលើកុមារដែលមានសុខភាពល្អបរិបូណ៌ពីបណ្តាប្រទេសទាំងអស់ក្នុងពិភពលោក និងកុមារដែលម្តាយមានការអនុវត្តរស់នៅល្អដូចជា : ការចិញ្ចឹមកូន ដោយទឹកដោះម្តាយ និងម្តាយមិនជក់បារី ។

ផ្នែកវិភាគរបស់ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ ប្រើប្រាស់នូវបទដ្ឋានកំណើនដែលផ្តល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ។ ហើយបទដ្ឋាននេះ ក៏បានបន្សុីផងដែរជាមួយនឹងវិធីសាស្ត្រវិភាគរបស់ អ.ប្រ.ស.ក ។ ការព្យាករណ៍សូចនាករមនុស្សមាត្រកុមារ ពីឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ ដែលចង្អុលបង្ហាញដោយ អ.ម.ក ២០០៨ ត្រូវបានធ្វើការគណនាជាថ្មីជាមួយនឹងបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់ថ្មី។ ចំពោះការប្រៀបធៀបអង្កេត ឆ្នាំ២០០០ ឆ្នាំ២០០៥ និងឆ្នាំ២០០៨ យើងអាចទទួលយកបានដោយសារតែការប្រើប្រាស់នូវបទដ្ឋានថ្មីនេះ ។ ជាលទ្ធផល ការព្យាករណ៍ពីឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ ត្រូវបានធ្វើការរួមបញ្ចូលក្នុងរបាយការណ៍ឧបសម្ព័ន្ធ ។

វិធីសាស្ត្រគណនាឡើងវិញរបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥

សូចនាករមួយចំនួនដែលបានដកស្រង់ចេញពី អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ និង អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥ មានគោលដៅកំណត់រកប្រជាជនខុសគ្នា ពីព្រោះតែរបៀបបង្កើតអង្កេតខុសគ្នា ។ ហើយការប្រៀបធៀបសូចនាករទាំងអស់របស់ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ អាចទទួលយកបានដោយការ

ព្យាករណ៍ក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ។ សូចនាករខាងក្រោមនេះត្រូវបានកែឆ្នៃ ដើម្បីធ្វើឱ្យអង្កេតទាំងអស់អាចប្រៀបធៀបគ្នាបាន ។

- មនុស្សមាត្រស្ត្រី
- ជម្ងឺកុមារ
- សេវាថែទាំសុខភាពរបស់កុមារ

អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ ព្យាករណ៍អំពីសូចនាករមនុស្សមាត្រស្ត្រី ដែលក្នុងនោះរួមបញ្ចូលនូវស្ត្រីគ្រប់រូបដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ។ រីឯ អ.ម.ក ឆ្នាំ២០០៨ រួមបញ្ចូលតែស្ត្រីណាដែលមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ហើយកំពុងមានកូនដែលមានអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកូនដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ ។ ដូច្នេះដើម្បីធ្វើការប្រៀបធៀបគ្នាបានរវាងអង្កេតពីរខាងលើដែលមានលក្ខណៈខុសគ្នា យើងបានកែសម្រួលខ្លះក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ នូវចំនុចមួយដ៏សំខាន់ (កំណត់យកតែស្ត្រីណាដែលមានកូនអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកូនដែលមានអាយុពី ០ ទៅ ៥៩ ខែ តែប៉ុណ្ណោះ) ។

ដោយសារតែពេលវេលាមានកាលកំណត់ នោះស្ត្រីជាម្តាយដែលមានកូនអាយុតិចជាងគេបង្អស់ត្រូវបានសួរនាំតែអំពីប្រភេទជម្ងឺ និងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ ។ សរុបមកការរកឃើញនូវលទ្ធផលថ្មីៗតាមរយៈការកែប្រែនេះ នឹងបង្ហាញនៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធរបស់របាយការណ៍ ។ លើកលែងតែសេវាថែទាំសុខភាពរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ ដែលមិនត្រូវបានដាក់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ ពីព្រោះតែមានបញ្ហាខ្លះជាមួយ នឹងរបៀបគណនាសូចនាករ ។

ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរខ្លះៗក្នុងការកំណត់ប្រជាជនដែលជាក្រុមគោលដៅរបស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ការប្រៀបធៀបសូចនាករមួយចំនួន ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ និងដាក់បញ្ចូលជាមួយគ្នាក្នុងតារាងតែមួយ ដូចជា : ការប្រៀបធៀបរកសូចនាករការផ្តល់គ្រាប់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា និងរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមជាដើម ។ ការប្រៀបធៀបសូចនាករទាំងអស់ និងភាពមិនស៊ីសង្វាក់គ្នារបស់របាយការណ៍ អ.ប្រ.ស.ក ហើយនឹងការគណនាត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងចំនុចវិភាគដែលបានបង្ហាញស្រាប់នៅក្នុងជំពូកទី ៤ ស្តីអំពី ***សេវាសុខភាពអាហារូបត្ថម្ភ*** ។

ជាចុងបញ្ចប់សូមធ្វើការកត់សម្គាល់ថា សំណួរសម្រាប់ការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអាក្រោយពេលសម្រាលកូនរបស់អង្កេតឆ្នាំ២០០៨ គឺមានលក្ខណៈខុសគ្នាបន្តិចត្រង់ថា គោលនយោបាយ

ត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ។ ពេលវេលានៃការផ្តល់បន្ថែមគ្រាប់ថ្នាំជីវជាតិអា ក្រោយពេលសម្រាលកូន បានកាត់បន្ថយពីរយៈពេល ២ ខែ មកនៅត្រឹម ៦ សប្តាហ៍ ។ ប៉ុន្តែទោះបីជាមានការកាត់បន្ថយពេលវេលាក៏ដោយ ក៏មិនបានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ លើសូចនាករផ្សេងៗដែរ ។

របាយការណ៍ក្នុង អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ២០០៥ អំពីប្រភេទអាហារដូចជា : សាច់មាន់ និងគ្រាប់ធញ្ញជាតិដែលជាផ្នែកនៃក្រុមអាហារចំរុះ ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី ក៏ប្រភេទអាហារមួយចំនួន មិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងការគណនានេះទេ ។ ដូច្នេះ ដើម្បីលើកឡើងនូវបញ្ហានេះ ហើយនឹងដើម្បីផ្តល់នូវការសិក្សាឱ្យបានស៊ីជម្រៅទៅតាមការប្រើប្រាស់ក្រុមអាហារ អង្កេតមនុស្សមាត្រកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៨ បានជ្រើសរើសយកនូវក្រុមអាហារចំនួន ១៤ ប្រភទ ដែលក្រុមអាហារទាំងអស់នេះ បានជ្រើសយកចេញពីលំនាំតាមអង្គការស្បៀងអាហារ និងកសិកម្ម ។ ការព្យាករណ៍ទិន្នន័យពី អ.ប្រ.ស.ក ឆ្នាំ ២០០៥ ក៏បានប្រើប្រាស់ផងដែរ នូវការគណនាតាមវិធីសាស្ត្រថ្មីសម្រាប់ប្រៀបធៀប ។

កុមារស្គម

Sampling error of child wasting (weight-for-height <-2 standard deviations)						
			95% Confidence Interval			
	Estimate	Standard Error	Lower	Upper	Population Size	Unweighted Count
National	8.9%	0.41%	8.1%	9.7%	7019	7043
Residence						
Urban	8.5%	0.91%	6.7%	10.3%	1217	1132
Rural	9.0%	0.45%	8.1%	9.9%	5801	5911
Domain						
Banteay Mean Chey	11.7%	1.74%	8.3%	15.1%	318	343
Kampong Cham	10.0%	1.52%	7.0%	13.0%	888	343
Kampong Chhnang	11.0%	1.73%	7.6%	14.4%	306	416
Kampong Speu	10.9%	1.60%	7.8%	14.0%	471	396
Kampong Thom	9.6%	1.54%	6.6%	12.6%	188	369
Kandal	10.8%	1.73%	7.4%	14.2%	627	352
Kratie	8.9%	1.51%	6.0%	11.9%	164	388
Phnom Penh	5.6%	1.35%	2.9%	8.2%	658	402
Prey Veng	5.4%	1.40%	2.7%	8.2%	528	348
Pursat	11.2%	1.68%	7.9%	14.5%	186	378
Siemreap	8.7%	1.28%	6.1%	11.2%	629	415
Svay Rieng	11.0%	1.71%	7.7%	14.4%	272	372
Takeo	7.1%	1.43%	4.3%	9.9%	479	362
Oddar Mean Chey	9.7%	2.14%	5.5%	13.9%	78	345
Battambang/Krong Pailin	9.3%	1.49%	6.4%	12.3%	557	370
Kampot/Krong Kep	8.2%	1.35%	5.6%	10.8%	261	358
Sihanouk Ville/Koh Kong	7.1%	1.46%	4.2%	9.9%	181	376
Preah Vihear/Stung Treng	6.7%	1.36%	4.0%	9.4%	133	355
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	6.6%	1.59%	3.5%	9.7%	96	355

កុមារក្រិន

Sampling error of child stunting (height-for-age <-2 standard deviations)						
			95% Confidence Interval			
	Estimate	**Standard Error**	**Lower**	**Upper**	**Population Size**	**Unweighted Count**
National	39.5%	0.72%	38.1%	41.0%	7019	7043
Residence						
Urban	31.9%	1.83%	28.3%	35.5%	1217	1132
Rural	41.1%	0.79%	39.6%	42.7%	5801	5911
Domain						
Banteay Mean Chey	38.4%	3.26%	32.0%	44.8%	318	343
Kampong Cham	38.0%	2.90%	32.3%	43.6%	888	343
Kampong Chhnang	45.3%	2.15%	41.1%	49.5%	306	416
Kampong Speu	37.6%	2.39%	32.9%	42.3%	471	396
Kampong Thom	47.1%	3.42%	40.4%	53.8%	188	369
Kandal	35.8%	2.85%	30.2%	41.4%	627	352
Kratie	46.1%	2.36%	41.5%	50.8%	164	388
Phnom Penh	33.6%	3.57%	26.6%	40.6%	658	402
Prey Veng	42.3%	2.06%	38.3%	46.4%	528	348
Pursat	36.3%	2.29%	31.8%	40.7%	186	378
Siemreap	46.0%	2.17%	41.7%	50.3%	629	415
Svay Rieng	36.1%	4.01%	28.2%	44.0%	272	372
Takeo	43.5%	2.13%	39.3%	47.6%	479	362
Oddar Mean Chey	40.7%	3.12%	34.6%	46.9%	78	345
Battambang/Krong Pailin	37.3%	2.17%	33.1%	41.6%	557	370
Kampot/Krong Kep	34.5%	2.09%	30.4%	38.6%	261	358
Sihanouk Ville/Koh Kong	40.1%	2.32%	35.5%	44.6%	181	376
Preah Vihear/Stung Treng	46.8%	3.87%	39.2%	54.4%	133	355
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	41.9%	3.46%	35.1%	48.7%	96	355

កុមារកង្វះទម្ងន់

Sampling error of child underweight (weight-for-age -2 standard deviations						
			95% Confidence Interval			
	Estimate	**Standard Error**	**Lower**	**Upper**	**Population Size**	**Unweighted Count**
Naitonal	28.8%	0.68%	27.5%	30.1%	7019	7043
Residence						
Urban	21.1%	1.34%	18.5%	23.7%	1217	1132
Rural	30.4%	0.77%	28.9%	31.9%	5801	5911
Domain						
Banteay Mean Chey	29.6%	2.53%	24.7%	34.6%	318	343
Kampong Cham	30.1%	2.47%	25.2%	34.9%	888	343
Kampong Chhnang	37.4%	2.64%	32.2%	42.6%	306	416
Kampong Speu	27.8%	2.43%	23.1%	32.6%	471	396
Kampong Thom	33.5%	3.56%	26.5%	40.5%	188	369
Kandal	29.6%	2.97%	23.8%	35.4%	627	352
Kratie	29.2%	2.42%	24.4%	33.9%	164	388
Phnom Penh	18.6%	2.57%	13.6%	23.7%	658	402
Prey Veng	29.8%	3.11%	23.7%	35.9%	528	348
Pursat	33.2%	2.18%	28.9%	37.5%	186	378
Siemreap	34.7%	2.20%	30.4%	39.0%	629	415
Svay Rieng	30.7%	3.25%	24.4%	37.1%	272	372
Takeo	28.9%	2.20%	24.6%	33.2%	479	362
Oddar Mean Chey	26.2%	2.24%	21.8%	30.6%	78	345
Battambang/Krong Pailin	25.1%	2.12%	20.9%	29.2%	557	370
Kampot/Krong Kep	27.2%	1.95%	23.4%	31.1%	261	358
Sihanouk Ville/Koh Kong	26.2%	1.89%	22.5%	29.9%	181	376
Preah Vihear/Stung Treng	24.0%	1.83%	20.4%	27.6%	133	355
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	27.1%	3.02%	21.2%	33.1%	96	355

ស្ត្រីជាម្តាយដែលមានកម្ពស់ទាប

Sampling error of short mothers

	Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper	Population Size	Unweighted Count
National	6.3%	0.34%	5.6%	7.0%	6888	6885
Residence						
Urban	5.3%	0.82%	3.7%	6.9%	1144	1074
Rural	6.5%	0.38%	5.8%	7.2%	5744	5811
Domain						
Banteay Mean Chey	5.0%	1.12%	2.8%	7.2%	318	338
Kampong Cham	5.2%	1.18%	2.9%	7.5%	918	346
Kampong Chhnang	6.3%	1.35%	3.6%	9.0%	278	376
Kampong Speu	6.3%	1.21%	3.9%	8.7%	439	367
Kampong Thom	7.5%	1.32%	4.9%	10.0%	194	380
Kandal	6.8%	1.63%	3.6%	10.0%	562	310
Kratie	5.6%	1.20%	3.3%	8.0%	164	380
Phnom Penh	4.5%	1.24%	2.1%	7.0%	655	397
Prey Veng	4.5%	1.11%	2.3%	6.6%	528	343
Pursat	7.4%	1.30%	4.9%	10.0%	186	373
Siemreap	6.9%	1.36%	4.2%	9.6%	572	376
Svay Rieng	8.2%	1.49%	5.2%	11.1%	258	355
Takeo	7.6%	1.45%	4.7%	10.4%	488	370
Oddar Mean Chey	6.0%	1.29%	3.4%	8.5%	85	371
Battambang/Krong Pailin	5.8%	0.91%	4.0%	7.6%	574	373
Kampot/Krong Kep	6.9%	1.39%	4.2%	9.6%	251	340
Sihanouk Ville/Koh Kong	6.4%	1.47%	3.5%	9.3%	173	356
Preah Vihear/Stung Treng	11.4%	2.36%	6.7%	16.0%	143	377
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	16.1%	1.68%	12.8%	19.4%	100	357

សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយរបស់ស្ត្រីជាមាតា

Sampling error of body mass index of mothers

	Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper	Population Size	Unweighted Count
National	21.2	0.05	21.1	21.3	6099	6109
Residence						
Urban	22.1	0.15	21.8	22.4	1048	964
Rural	21.1	0.05	21.0	21.2	5051	5145
DOMAIN						
Banteay Mean Chey	22.1	0.21	21.7	22.5	292	310
Kampong Cham	21.3	0.14	21.0	21.6	810	308
Kampong Chhnang	20.9	0.17	20.6	21.3	239	328
Kampong Speu	20.8	0.20	20.5	21.2	383	321
Kampong Thom	21.1	0.21	20.7	21.5	171	335
Kandal	21.0	0.21	20.6	21.4	492	270
Kratie	21.1	0.22	20.7	21.5	144	335
Phnom Penh	21.8	0.23	21.4	22.3	602	372
Prey Veng	20.8	0.24	20.3	21.2	482	314
Pursat	21.1	0.14	20.9	21.4	167	334
Siemreap	21.4	0.21	21.0	21.8	465	307
Svay Rieng	20.3	0.17	20.0	20.6	238	326
Takeo	20.7	0.22	20.3	21.1	439	333
Oddar Mean Chey	21.1	0.15	20.8	21.4	75	330
Battambang/Krong Pailin	21.9	0.15	21.7	22.2	516	336
Kampot/Krong Kep	21.2	0.17	20.8	21.5	220	301
Sihanouk Ville/Koh Kong	21.6	0.17	21.2	21.9	151	312
Preah Vihear/Stung Treng	21.0	0.15	20.7	21.3	126	333
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	20.9	0.15	20.6	21.2	85	304

កុមារមានរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម (តាមវិធីសាស្រ្តឆ្នាំ២០០៥)

Sampling error of child acute respiratory infection (2005 methodology)

	Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper	Population Size	Unweighted Count
National	15.6%	0.55%	14.5%	16.6%	6826	6873
Residence						
Urban	9.4%	0.85%	7.7%	11.1%	1149	1079
Rural	16.8%	0.64%	15.6%	18.1%	5677	5794
DOMAIN						
Banteay Mean Chey	22.9%	2.45%	18.1%	27.8%	318	340
Kampong Cham	20.7%	2.14%	16.5%	24.9%	897	341
Kampong Chhnang	14.3%	2.16%	10.1%	18.6%	276	376
Kampong Speu	16.7%	2.09%	12.6%	20.8%	437	367
Kampong Thom	20.5%	2.75%	15.1%	25.9%	194	382
Kandal	17.2%	2.09%	13.1%	21.3%	561	311
Kratie	14.9%	2.80%	9.4%	20.4%	162	378
Phnom Penh	3.0%	0.99%	1.1%	5.0%	665	407
Prey Veng	13.8%	1.99%	9.9%	17.7%	520	340
Pursat	12.5%	1.67%	9.3%	15.8%	185	374
Siemreap	22.4%	2.11%	18.3%	26.6%	563	373
Svay Rieng	14.6%	2.01%	10.6%	18.5%	256	354
Takeo	22.2%	2.56%	17.2%	27.2%	480	365
Oddar Mean Chey	18.2%	3.44%	11.4%	24.9%	84	367
Battambang/Krong Pailin	6.3%	1.72%	2.9%	9.7%	566	371
Kampot/Krong Kep	8.5%	2.00%	4.6%	12.5%	250	339
Sihanouk Ville/Koh Kong	23.3%	3.59%	16.2%	30.3%	172	356
Preah Vihear/Stung Treng	11.3%	2.32%	6.8%	15.9%	142	378
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	17.1%	2.01%	13.2%	21.1%	98	354

កុមារកើតជម្ងឺរាគ

Sampling error of child diarrhea

	Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper	Population Size	Unweighted Count
National	29.7%	0.74%	28.2%	31.1%	6826	6873
Residence						
Urban	20.1%	1.57%	17.0%	23.2%	1149	1079
Rural	31.6%	0.83%	30.0%	33.2%	5677	5794
Domain						
Banteay Mean Chey	33.9%	2.89%	28.2%	39.6%	318	340
Kampong Cham	33.7%	3.11%	27.6%	39.8%	897	341
Kampong Chhnang	37.5%	2.25%	33.1%	42.0%	276	376
Kampong Speu	26.8%	2.38%	22.1%	31.5%	437	367
Kampong Thom	31.0%	2.94%	25.2%	36.8%	194	382
Kandal	28.8%	2.50%	23.9%	33.8%	561	311
Kratie	38.1%	4.09%	30.1%	46.2%	162	378
Phnom Penh	13.4%	2.64%	8.2%	18.6%	665	407
Prey Veng	33.9%	2.77%	28.4%	39.3%	520	340
Pursat	32.3%	2.36%	27.6%	36.9%	185	374
Siemreap	36.8%	2.67%	31.6%	42.1%	563	373
Svay Rieng	36.3%	2.76%	30.9%	41.7%	256	354
Takeo	29.4%	2.81%	23.8%	34.9%	480	365
Oddar Mean Chey	40.9%	3.18%	34.7%	47.2%	84	367
Battambang/Krong Pailin	20.8%	2.31%	16.3%	25.3%	566	371
Kampot/Krong Kep	21.5%	2.40%	16.8%	26.2%	250	339
Sihanouk Ville/Koh Kong	31.6%	3.66%	24.4%	38.8%	172	356
Preah Vihear/Stung Treng	30.5%	2.77%	25.1%	36.0%	142	378
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	41.1%	2.40%	36.4%	45.8%	98	354

ក្មារកើតគ្រុនក្តៅ

Sampling error of child fever						
	Estimate	Standard Error	95% Confidence Interval Lower	Upper	Population Size	Unweighted Count
National	58.9%	0.87%	57.2%	60.6%	6826	6873
Residence						
Urban	45.9%	2.45%	41.1%	50.7%	1149	1079
Rural	61.5%	0.90%	59.8%	63.3%	5677	5794
Domain						
Banteay Mean Chey	51.9%	2.76%	46.4%	57.3%	318	340
Kampong Cham	57.4%	2.95%	51.7%	63.2%	897	341
Kampong Chhnang	68.4%	2.66%	63.2%	73.6%	276	376
Kampong Speu	66.7%	2.47%	61.9%	71.6%	437	367
Kampong Thom	65.9%	2.85%	60.3%	71.5%	194	382
Kandal	61.7%	3.46%	54.9%	68.5%	561	311
Kratie	51.3%	3.81%	43.8%	58.8%	162	378
Phnom Penh	39.9%	3.98%	32.1%	47.7%	665	407
Prey Veng	68.6%	3.37%	61.9%	75.2%	520	340
Pursat	64.4%	2.64%	59.2%	69.6%	185	374
Siemreap	62.1%	2.60%	57.0%	67.2%	563	373
Svay Rieng	68.8%	2.86%	63.2%	74.4%	256	354
Takeo	72.2%	2.99%	66.4%	78.1%	480	365
Oddar Mean Chey	62.6%	3.16%	56.4%	68.8%	84	367
Battambang/Krong Pailin	48.0%	3.96%	40.2%	55.7%	566	371
Kampot/Krong Kep	52.5%	2.88%	46.8%	58.1%	250	339
Sihanouk Ville/Koh Kong	57.6%	3.14%	51.5%	63.8%	172	356
Preah Vihear/Stung Treng	49.8%	3.45%	43.0%	56.6%	142	378
Mondul Kiri/Rattanak Kiri	66.7%	2.67%	61.4%	71.9%	98	354

ឯកសារយោង

ក្រសួងផែនការ. *របាយការណ៍ពាក់កណ្ដាលអាណត្តិ ឆ្នាំ២០០៨ ស្ដីពីការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ ២០០៦-២០១០* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៨ ។

ក្រសួងផែនការ. *របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅអំពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥* ។ កាលបរិច្ឆេទភោះពុម្ព : ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៧ ។

វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ និងវិទ្យាសាស្ត្រជាតិស្ថិតិ. *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០ និងឆ្នាំ២០០៥* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៦ ។

ក្រសួងផែនការ. *សន្ទស្សន៍ថ្លៃទំនិញប្រើប្រាស់ សេវាកម្ម ភ្នំពេញ* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ឆ្នាំ២០០៨

ក្រសួងផែនការ. *របាយការណ៍គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍កម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៣* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០៣ ។

ក្រសួងផែនការ. វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ : *អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច កម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៤* ។

ក្រសួងផែនការ. ក្រុមប្រឹក្សាជាតិស្ដីពីអាហារូបត្ថម្ភ : *ផែនការវិនិយោគអាហារូបត្ថម្ភកម្ពុជា ២០០៣-២០០៧* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ថ្ងៃទី ៦ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០២ ។

លោក Hess, Peter និងលោក Ross, Clark. *ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច : ទ្រឹស្ដី ភស្តុតាង និងគោលនយោបាយ* ។ ទីកន្លែងបោះពុម្ព : សហរដ្ឋអាមេរិក ។ រក្សាសិទ្ធិដោយ Harcourt Brace & Company ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ១៩៩៧ ។

លោក Conkle, Joel et all. *បញ្ហាកង្វះមីក្រូសារជាតិ និងសកម្មភាពអន្តរាគមន៍* ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែកុម្ភះ ឆ្នាំ២០០៨ ។

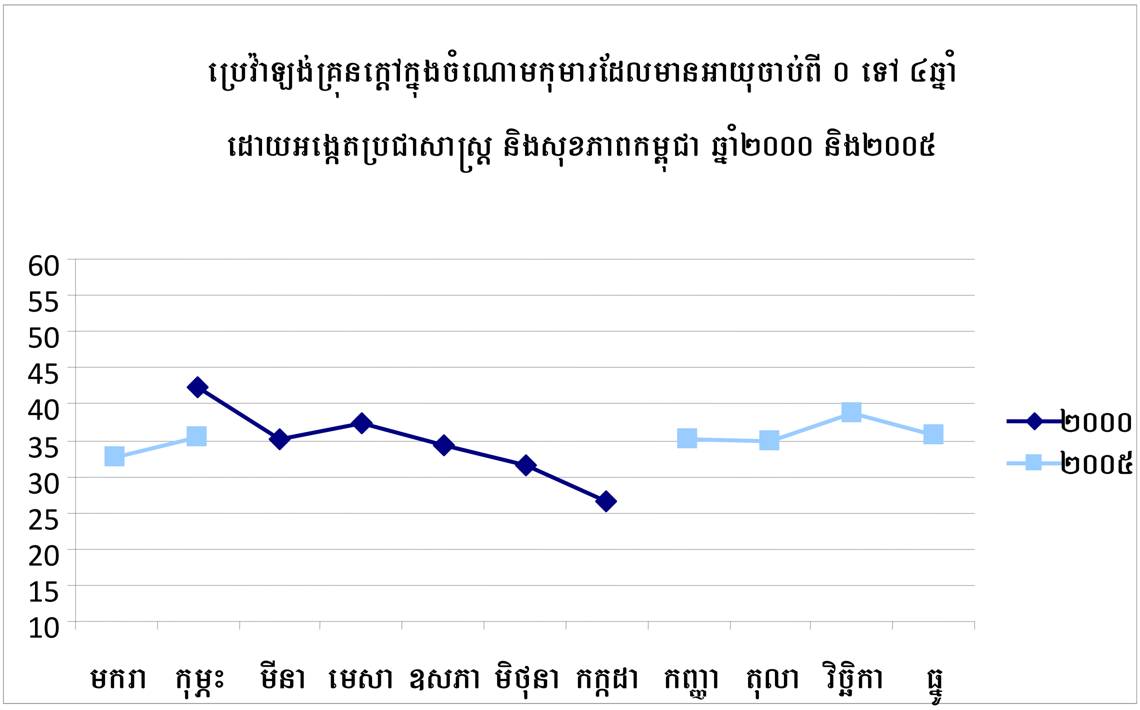
អង្គការ WFP. *កិច្ចពិភាក្សាបណ្ដាក្រសួងថ្នាក់តំបន់ ស្ដីពីអាហារូបត្ថម្ភមាតា និងកុមារក្នុងប្រទេសអាស៊ី* ។ ទីកន្លែងបោះពុម្ព : Amita Offset Works ។ រក្សាសិទ្ធិដោយ World Health Organization ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែឧសភា ឆ្នាំ២០០៦ ។

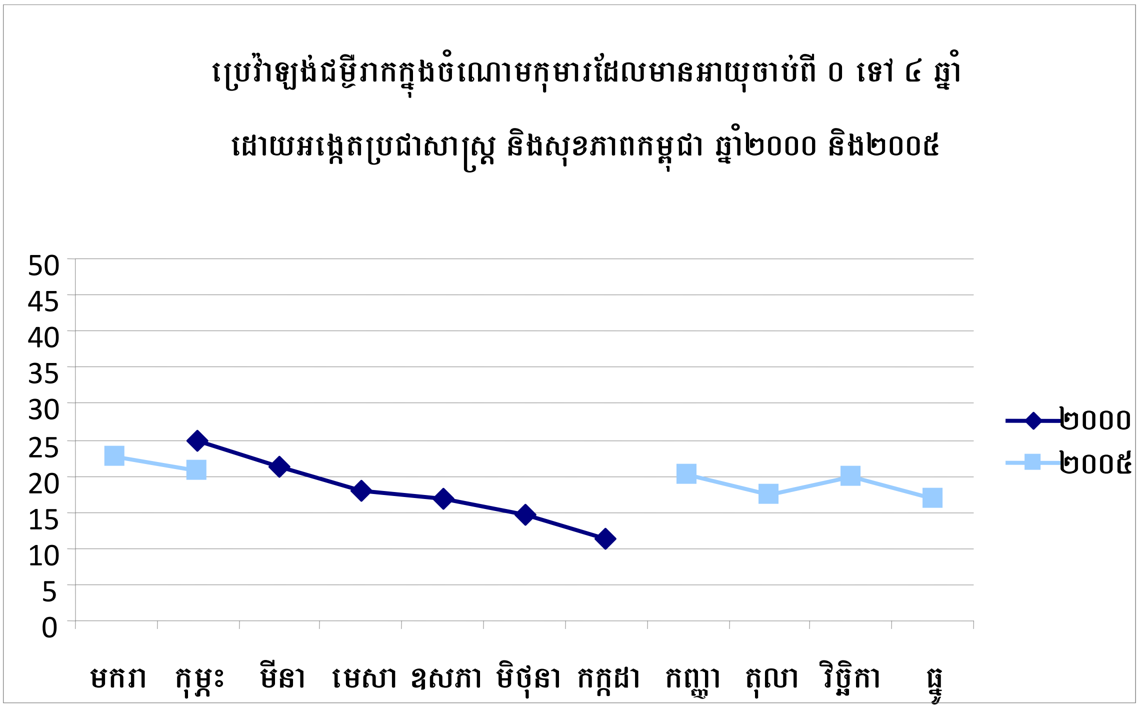
អង្គការ WFP. *សៀវភៅផែនទីសុវត្ថិភាពស្បៀងកម្ពុជា* ។ ទីកន្លែងបោះពុម្ព : ភ្នំពេញ, Phnom Penh Printing House ។ រក្សាសិទ្ធិដោយ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៥ ។

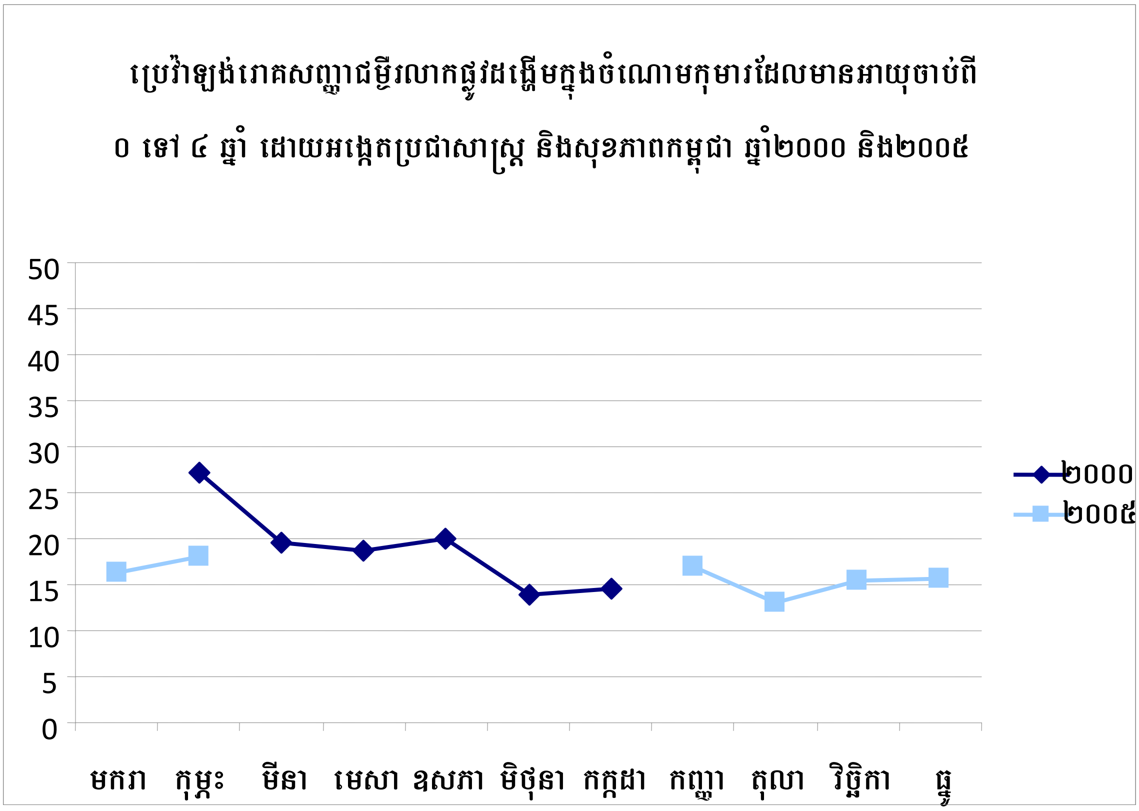
អង្គការ Helen Keller Worldwide. *ស្ថានភាពទូទៅផ្នែកសកម្មភាពអាហារូបត្ថម្ភក្នុងប្រទេសកម្ពុជា* ។ ទីកន្លែងបោះពុម្ព : ភ្នំពេញ, Helen Keller Worldwide ។ រក្សាសិទ្ធិដោយ Helen Keller Worldwide ។ កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព : ឆ្នាំ២០០២ ។

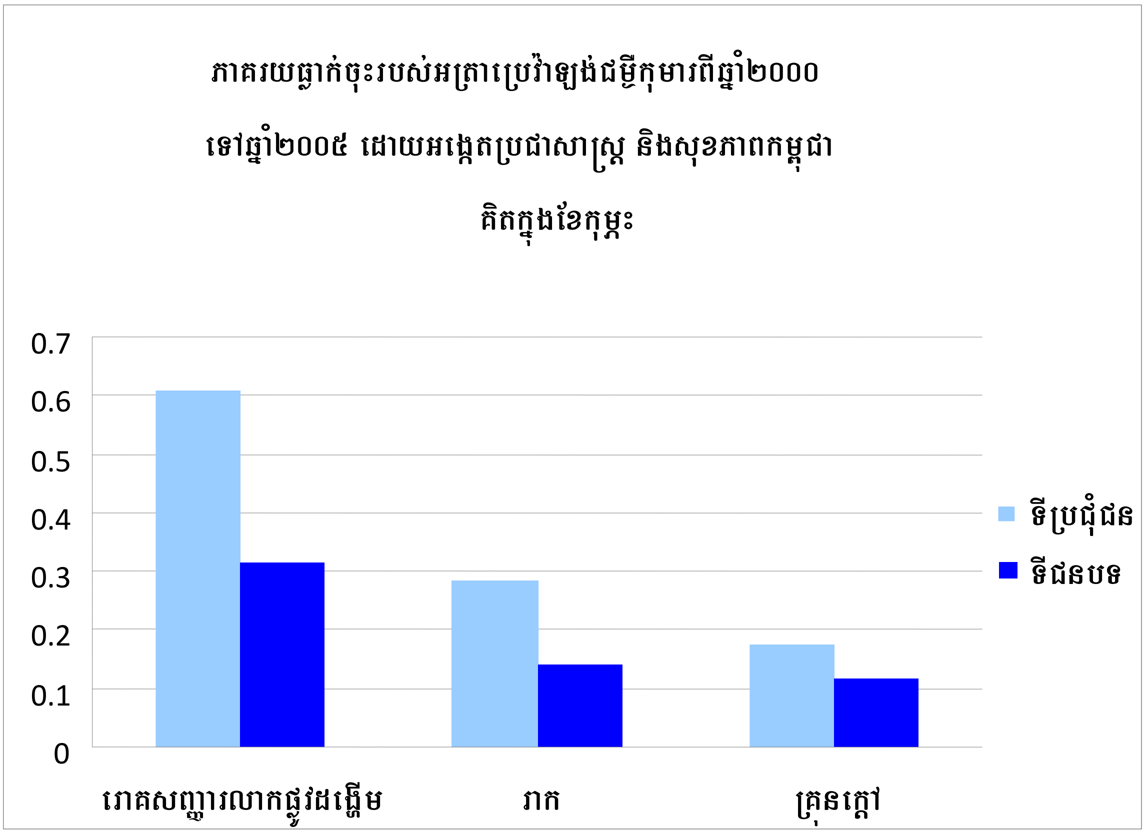
ឧបសម្ព័ន្ធ

ជម្ងឺកុមារតាមខែនិមួយៗ

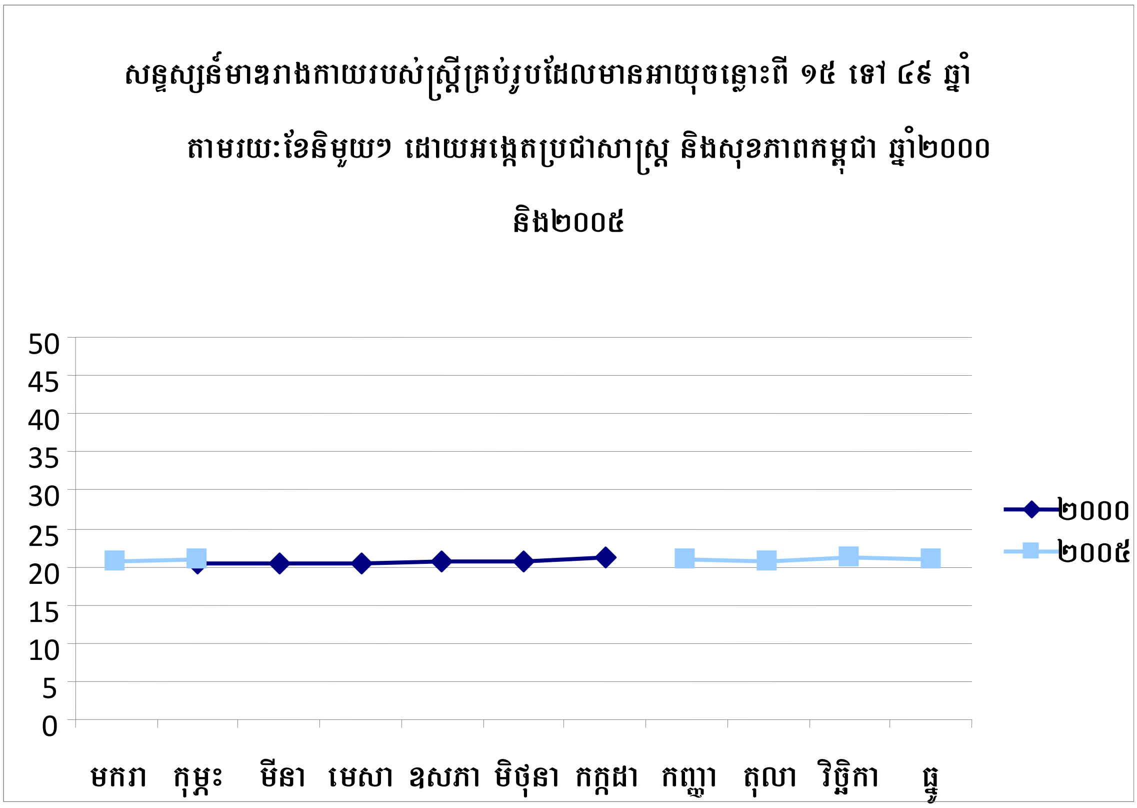


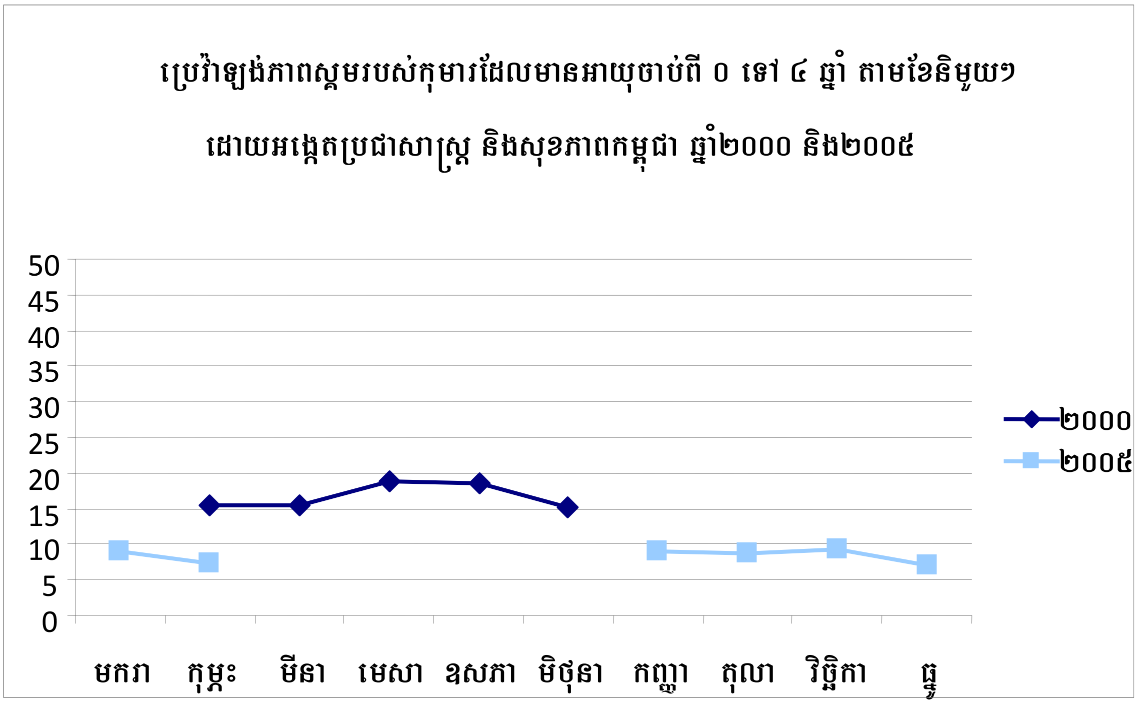


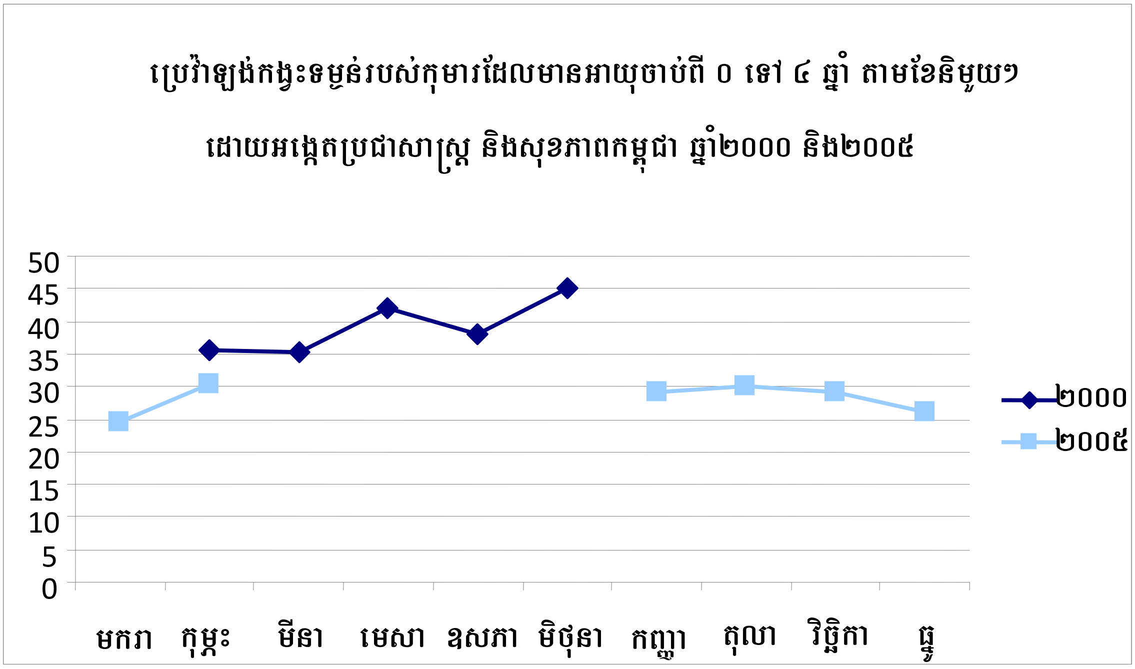

ប្រេវ៉ាឡង់រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី
០ ទៅ ៤ ឆ្នាំ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
២០០០
២០០៥
មករា
កុម្ភះ
មីនា
មេសា
ឧសភា
មិថុនា
កក្កដា
កញ្ញា
តុលា
វិច្ឆិកា
ធ្នូ

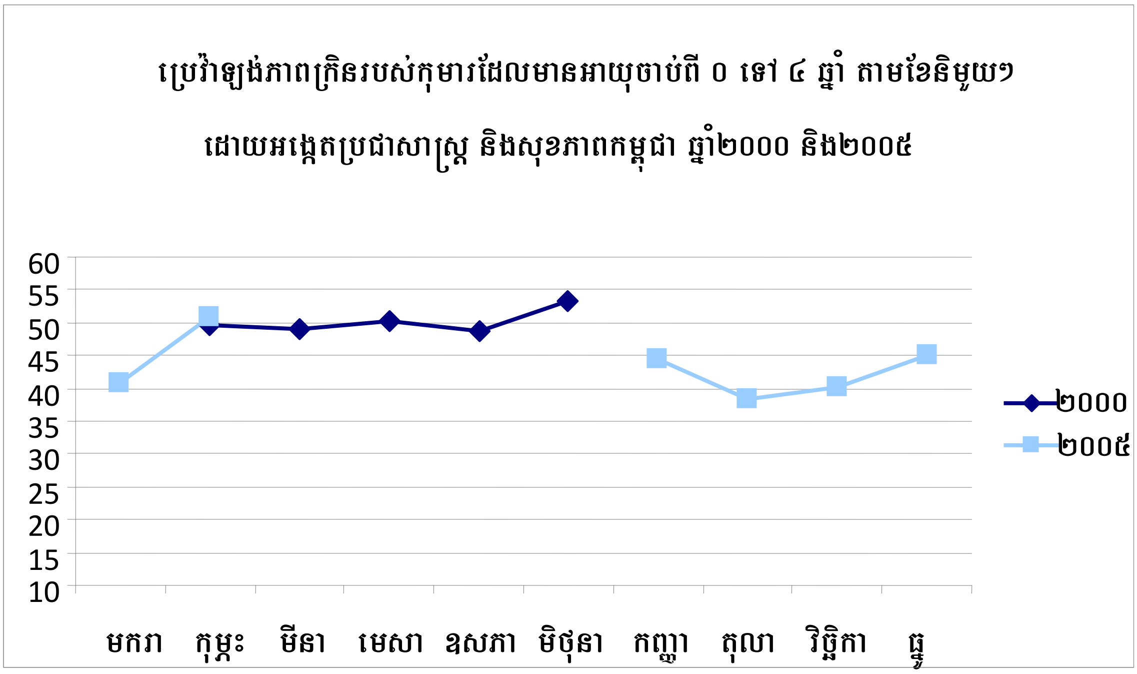

ភាគរយធ្លាក់ចុះរបស់អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជម្ងឺកុមារពីឆ្នាំ២០០០
ទៅឆ្នាំ២០០៥ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
គិតក្នុងខែកុម្ភះ
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0
ទីប្រជុំជន
ទីជនបទ
រោគសញ្ញារលាកផ្លូវដង្ហើម
រាក
គ្រុនក្តៅ

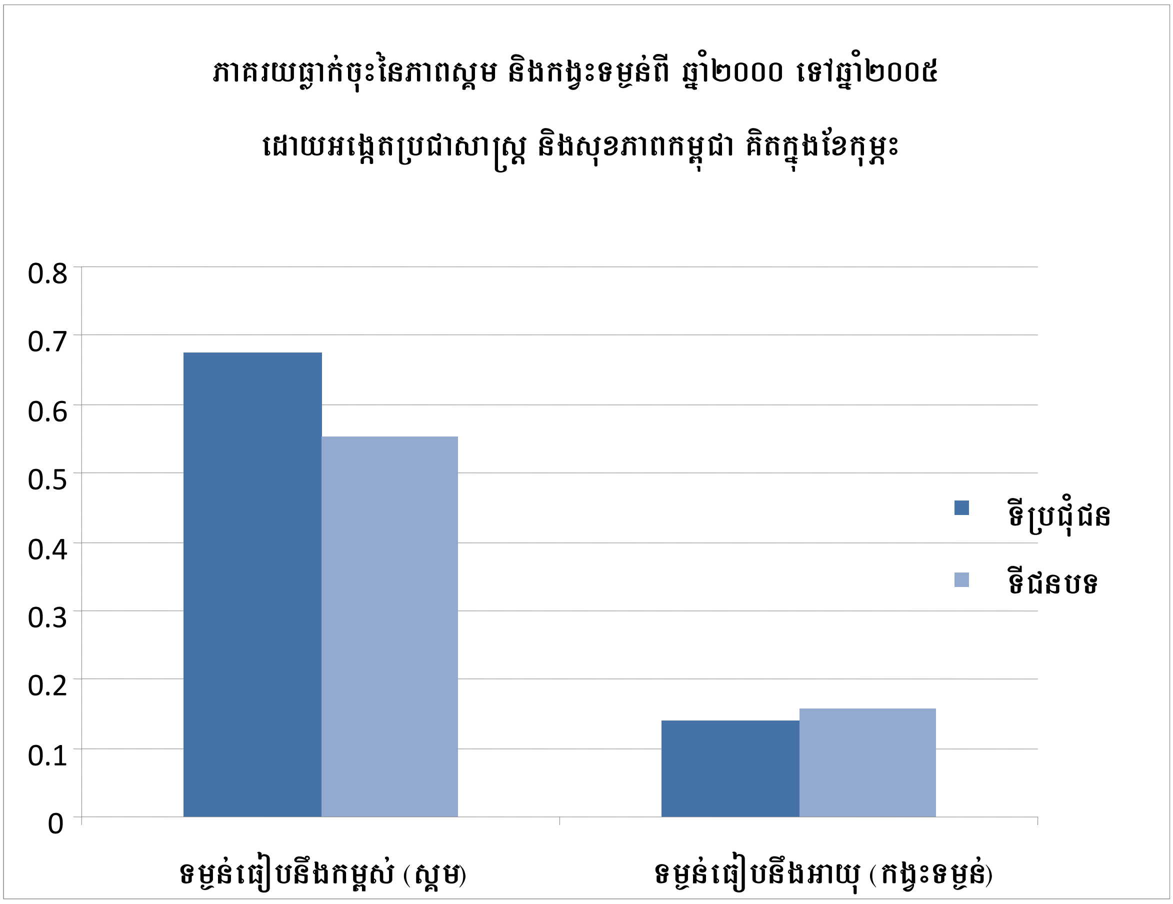
មនុស្សមាត្រកុមារ និងស្ត្រី តាមខែនិមួយៗ






ប្រេវ៉ាឡង់កង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៤ ឆ្នាំ តាមខែនិមួយៗ
ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
មករា
កុម្ភះ
មីនា
មេសា
ឧសភា
មិថុនា
កញ្ញា
តុលា
វិច្ឆិកា
ធ្នូ
២០០០
២០០៥


ប្រេវ៉ាឡង់ភាពក្រិនរបស់កុមារដែលមានអាយុចាប់ពី ០ ទៅ ៤ ឆ្នាំ តាមខែនិមួយៗ
ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០ និង២០០៥
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
មករា
កុម្ភះ
មីនា
មេសា
ឧសភា
មិថុនា
កញ្ញា
តុលា
វិច្ឆិកា
ធ្នូ
២០០០
២០០៥


ភាគរយធ្លាក់ចុះនៃភាពស្គម និងកង្វះទម្ងន់ពី ឆ្នាំ២០០០ ទៅឆ្នាំ២០០៥
ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា គិតក្នុងខែកុម្ភះ
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0
ទីប្រជុំជន
ទីជនបទ
ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ (ស្គម)
ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ (កង្វះទម្ងន់)

មនុស្សមាត្រកុមារ ឆ្នាំ២000

- កង្វះទម្ងន់

ភាគរយកុមារកង្វះទម្ងន់ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២000				
អាយុកុមារ		ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ		
គិតជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	6.2	18.6	-0.9	1.3
6 - 11	9.1	25.3	-1.3	1.2
12 - 23	11.2	35.9	-1.6	1.1
24 - 35	14.5	42.7	-1.9	1.1
36 - 47	16.7	46.6	-1.9	1.2
48 - 59	13.1	45.4	-1.9	1.0
សរុប	12.6	38.4	-1.7	1.2
ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax www.who.int/childgrowth/software/en/index.html				

- ភាពក្រិន

ភាគរយកុមារកង្វះក្រិនដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២000				
អាយុកុមារ		កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ		
គិតជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	9.9	24.4	-0.6	2.0
6 - 11	16.7	33.7	-1.3	1.8
12 - 23	22.9	46.4	-1.7	1.8
24 - 35	32.6	58.3	-2.2	1.7
36 - 47	29.7	59	-2.3	1.5
48 - 59	27.2	57	-2.3	1.3
សរុប	25	49.7	-1.9	1.7
ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax www.who.int/childgrowth/software/en/index.html				

- ភាពស្គម

ភាគរយកុមារស្គមដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០

អាយុកុមារ គិតជាខែ	<u>ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់</u> < - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	10.9	20.9	-0.5	1.9
6 - 11	7.5	17.7	-0.6	1.8
12 - 23	8.5	19.0	-1.0	1.3
24 - 35	6.6	17.7	-0.9	1.4
36 - 47	7.0	15.3	-0.8	1.4
48 - 59	4.9	12.8	-0.8	1.2
សរុប	**7.3**	**16.8**	**-0.8**	**1.5**

ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax
www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

សូចនាករនាំខបីរបស់មនុស្សមាត្រកុមារ ឆ្នាំ២000

ភាគរយកង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍មនុស្សមាត្រកុមារទាំងបីរបស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ : កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ និងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ទៅតាមតំបន់ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០

	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ Below -2SD	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ Below -2SD	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ Below -2SD	ចំនួនកុមារ
ឈ្មោះខេត្ត				
បន្ទាយមានជ័យ	34.4	18.5	34.4	157
កំពង់ចាម	51.9	16.1	34.8	443
កំពង់ឆ្នាំង	56.4	9.0	41.7	156
កំពង់ស្ពឺ	49.8	18.9	37.6	229
កំពង់ធំ	48.6	28.1	41.1	146
កណ្ដាល	56.6	11.8	40.7	297
កោះកុង	56.4	15.4	35.9	39
ភ្នំពេញ	30.4	24.1	28.8	191
ព្រៃវែង	58.8	15.9	47.5	238
ពោធិសាត់	52.0	14.4	40.8	125
ស្វាយរៀង	55.0	16.3	43.4	129
តាកែវ	43.3	22.5	37.8	209
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	43.3	23.7	32.9	240
កំពត/កែប	-	-	-	-
ព្រះសីហនុ	46.5	12.0	33.8	216
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	-	-	-	-
ក្រចេះ	55.4	12.7	39.9	158
មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី	61.2	16.3	46.9	49
សៀមរាប/ឧត្តរមានជ័យ	53.3	11.0	43.9	255
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	41.7	16.3	32.8	472
ទីជនបទ	51.1	16.9	39.3	2808
សរុប	**49.7**	**16.7**	**38.4**	**3277**

Note: Caculations made usig WHO syntax from www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

មនុស្សមាត្រកុមារឆ្នាំ២០០៥

- កង្វះទម្ងន់

ភាគរយកុមារកង្វះទម្ងន់ដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥				
អាយុកុមារ		ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ		
គិតជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	4.3	12	-0.8	1.2
6 - 11	6.7	18.6	-1.0	1.2
12 - 23	5.8	27.9	-1.4	1.0
24 - 35	7.0	28.2	-1.5	1.0
36 - 47	9.2	35.2	-1.7	1.0
48 - 59	6.4	34.4	-1.7	0.9
សរុប	**6.8**	**28.2**	**-1.5**	**1.1**

ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax
www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

- ភាពក្រិន

ភាគរយកុមារក្រិនដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥				
អាយុកុមារ		កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ		
គិតជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	5.2	14.9	-0.6	1.4
6 - 11	7.1	17.8	-1.0	1.3
12 - 23	18.5	48	-1.9	1.2
24 - 35	20.6	47.5	-2.0	1.3
36 - 47	21.4	53.7	-2.1	1.2
48 - 59	19.1	50.5	-2.1	1.1
សរុប	**17.1**	**43.2**	**-1.8**	**1.3**

ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax
www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

- ភាពស្គម

ភាគរយកុមារស្គមដែលមានអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ តាមបទដ្ឋានវាស់វែងការលូតលាស់របស់ WHO ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥				
អាយុកុមារ		ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់		
គិតជាខែ	< - 3 SD	< - 2 SD	មធ្យម	កម្រិតលំអៀង
0 - 5	6.2	13.8	-0.5	1.6
6 - 11	2.3	13.1	-0.6	1.3
12 - 23	1.4	8.2	-0.7	1.0
24 - 35	0.5	6.9	-0.6	0.9
36 - 47	1.3	7.6	-0.6	1.4
48 - 59	1.2	5.3	-0.7	0.9
សរុប	**1.7**	**6.4**	**-0.6**	**1.1**

ចំណាំ : វិធីសាស្ត្រនៃការគណនា គឺតាមរយៈ WHO Syntax
www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

សូចនាករនាំខបីរបស់មនុស្សមាត្រកុមារ ឆ្នាំ២០០៥

ភាគរយកង្វះទម្ងន់របស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ តាមរយៈសន្ទស្សន៍មនុស្សមាត្រកុមារទាំងបីរបស់ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ : កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ និងទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ ទៅតាមតំបន់ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥

	កម្ពស់ធៀបនឹងអាយុ Below -2SD	ទម្ងន់ធៀបនឹងកម្ពស់ Below -2SD	ទម្ងន់ធៀបនឹងអាយុ Below -2SD	ចំនួនកុមារ
ឈ្មោះខេត្ត				
បន្ទាយមានជ័យ	40.7	5.2	23.0	135
កំពង់ចាម	41.9	8.6	28.3	370
កំពង់ឆ្នាំង	46.0	8.0	28.5	137
កំពង់ស្ពឺ	40.6	6.6	23.9	197
កំពង់ធំ	46.8	5.9	30.9	188
កណ្ដាល	31.2	11.0	28.9	301
ក្រចេះ	44.1	5.4	26.9	93
ភ្នំពេញ	24.8	7.1	14.3	266
ព្រៃវែង	41.7	12.3	29.4	235
ពោធិសាត់	65.5	17.0	34.5	88
សៀមរាប	59.7	7.9	37.4	305
ស្វាយរៀង	44.2	11.5	28.8	104
តាកែវ	44.2	6.7	31.4	224
ឧត្តរមានជ័យ	50.0	7.5	26.8	40
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	45.8	7.6	22.7	251
កំពត/កែប	37.1	4.0	24.6	175
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	42.0	8.0	28.7	88
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	52.3	13.6	40.9	88
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	60.3	10.3	45.6	68
តំបន់រស់នៅ				
ទីប្រជុំជន	35.3	8.7	27.2	460
ទីជនបទ	44.5	8.3	28.4	2893
សរុប	**43.2**	**8.4**	**28.2**	**3353**

Note: Caculations made usig WHO syntax from www.who.int/childgrowth/software/en/index.html

ស្ត្រីគ្រប់រូបមានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ដែលមានកូនអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ រួមមាន ភាគរយរបស់ស្ត្រីដែលមាន កម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ សន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយជាមធ្យម និងកម្រិតភាគរយសន្ទស្សន៍មាឌរាងកាយនិមួយៗ ទៅតាមលក្ខណៈប្រវត្តិ ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨

	កម្ពស់		**សន្ទស្សន៍**	**ភាពស្គម**		**ភាពធាត់**	**ចំនួន**
	ភាគរយកម្ពស់ក្រោម ១៤៥ សង់ទីម៉ែត្រ	ចំនួនស្ត្រី	**សមាសភាពរាងកាយ**	សរុប <18.5	ល្មម/ខ្លាំង ≤17.0	≥ 30.0	**ស្ត្រីសរុប**
អាយុម្តាយ							
15-19	6.7	82	20.0	22.2	4.5	0.0	71
20-29	7.4	1298	20.1	19.0	3.6	0.2	1105
30-39	6.2	1038	21.1	18.7	6.9	1.6	953
40-49	9.8	333	21.1	20.4	6.0	1.2	325
ឈ្មោះខេត្ត							
បន្ទាយមានជ័យ	5.9	124	21.4	12.3	3.1	1.9	109
កំពង់ចាម	4.2	328	20.7	19.3	8.1	0.0	274
កំពង់ឆ្នាំង	6.5	97	20.6	17.8	4.5	4.0	84
កំពង់ស្ពឺ	7.3	156	20.2	19.5	4.6	0.0	142
កំពង់ធំ	9.8	152	20.6	16.7	6.6	0.0	132
កណ្តាល	9.8	252	20.7	25.4	6.5	2.0	237
ក្រចេះ	4.8	68	21.0	19.5	4.9	0.7	59
ភ្នំពេញ	5.1	222	21.6	15.8	3.2	3.3	206
ព្រៃវែង	6.9	210	20.3	22.3	6.3	0.8	194
ពោធិសាត់	6.0	81	20.7	16.6	3.5	0.9	69
សៀមរាប	9.6	242	21.2	17.8	3.3	0.6	207
ស្វាយរៀង	8.1	89	20.3	24.2	7.4	0.0	80
តាកែវ	5.1	172	20.5	23.8	6.4	0.0	159
ឧត្តរមានជ័យ	6.3	33	20.2	20.4	4.7	0.8	29
បាត់ដំបង/ប៉ៃលិន	7.3	202	21.5	12.5	4.6	0.4	190
កំពត/កែប	5.7	130	20.9	19.6	3.4	1.8	119
ព្រះសីហនុ/កោះកុង	4.3	73	21.5	12.7	2.4	1.4	66
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង	12.3	67	20.0	30.8	8.1	0.0	53
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	23.0	52	20.6	17.5	1.7	0.0	44
តំបន់រស់នៅ							
ទីប្រជុំជន	4.9	392	21.5	15.8	3.4	1.9	363
ទីជនបទ	7.6	2360	20.7	19.7	5.5	0.7	2092
សរុប	**7.2**	**2752**	**20.9**	**20.4**	**6.1**	**1.2**	**7799**

ជម្ងឺកុមារ

ភាគរយកុមារអាយុតិចជាងគេបង្អស់ក្នុងចំណោមកុមារដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ បានកើតជម្ងឺរាក គ្រុនក្តៅ និងរោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ក្នុងអំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍ មិនអង្កេត ដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៥			
	ភាគរយ	**កម្រិតលំអៀង**	**ចំនួនកុមារ**
រាក			
អាយុជាខែ			
0 - 5	17.8	2.1	741
6 - 11	31.9	1.7	767
12 - 23	28.2	1.4	1453
24 - 35	21.4	1.4	1121
36 - 47	13.1	1.4	872
48 - 59	11.5	1.7	670
តំបន់រស់នៅ			
ទីប្រជុំជន	16.8	1.1	803
ទីជនបទ	22.5	0.7	4821
សរុប	**21.6**	**0.6**	**5623**
គ្រុនក្តៅ			
អាយុជាខែ			
0 - 5	30.0	2.2	741
6 - 11	45.8	2.2	767
12 - 23	42.4	1.6	1453
24 - 35	36.3	1.7	1121
36 - 47	31.9	1.8	872
48 - 59	31.5	2.3	670
តំបន់រស់នៅ			
ទីប្រជុំជន	34.1	1.5	802
ទីជនបទ	37.6	0.9	4821
សរុប	**37.1**	**0.8**	**5624**
រោគសញ្ញាជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម			
អាយុជាខែ			
0 - 5	8.7	1.4	739
6 - 11	11.0	1.4	767
12 - 23	10.7	0.9	1453
24 - 35	9.2	1.0	1120
36 - 47	6.6	0.9	872
48 - 59	5.8	1.0	670
តំបន់រស់នៅ			
ទីប្រជុំជន	5.5	0.8	803
ទីជនបទ	9.5	0.5	4819
សរុប	**8.9**	**0.5**	**5622**

ក្រុមមន្រ្តីបច្ចេកទេស

លោក ហោ ដារិទ្ធ	នាយកអង្កេត
លោក ខៀវ សារី	ជំនួយការ នាយកអង្កេត
លោក ទិត វង្ស	អ្នកសម្របសម្រួលអង្កេត
លោក ម៉ិច កន្ទុល	អ្នកសម្របសម្រួលអង្កេត
លោក ពេជ ពោធី	អ្នកវិភាគ
លោក ប៉ូ ម៉ៅ	អ្នកវិភាគ
លោក ឃឹម ហ្វាដាណេ	អ្នកវិភាគ និងផលិតរបាយការណ៍
លោក ម៉ម បូរ៉ាត់	អ្នកវិភាគ
លោក ផន ចិន្តា	អ្នកវិភាគ និងអ្នកសម្របសម្រួលជ្រើសរើសគំរូ
លោក ម៉ក់ សុវិទ្យា	ជំនួយការ ជ្រើសរើសគំរូ
លោក អ៊ុក ចាយបញ្ញារ៉ា	អ្នកសម្របសម្រួលការវាយបញ្ចូលទិន្នន័យក្នុងកំព្យូទ័រ
កញ្ញា តុង ផៃរីន	អ្នកសម្របសម្រួលកែច្នៃទិន្នន័យ
លោក ឃិន សុវលក្ខ័ណ	គណនេយ្យ និងរដ្ឋបាល
លោក ខៀន រ៉ូលីន	អ្នកបើកបរ

មន្រ្តីវាយបញ្ចូលទិន្នន័យក្នុងកំព្យូទ័រ

លាក សំ សុខសុធាវុទ្ធ	លោក សេង ចិន្តា
លោក សុង ធារី	លោក ឈុន ឈឹម
លោក សុខ ណារិន	លោកស្រី ស្រួយ ធារី
លោក ងួន សុវណ្ណ	លោក និត សារ៉ុន
កញ្ញា ច័ន្ទ លក្ខណា	កញ្ញា រិន ស៊ីនួន
លោក អ៊ូ សុផែន	លោក អ៊ុកចាយ បញ្ញារិទ្ធិ
លោក ថុន រិទ្ធី	លោក ប៊ុន ថា
លោក ប៉ែន សោភ័ណ្ឌ	កញ្ញា ស៊ុយ សុធារ៉ា
លោក ហម សុគន្ធ	លោក នូ ភិរុន
លោក ជា សុទ្ធារ៉ា	លោក ឃឹម ចន័រិទ្ធី

មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ

ឯកឧត្តម វី ហៀង	មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ
លោក អឿ សុផល	មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ
លោក សូ តូនៃ	មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ
កញ្ញា ហង់ ផល្លី	មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ
លោក សុខ បូរិទ្ធិ	មន្ត្រីកែច្នៃទិន្នន័យ

មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ

លោក យឹម កុសល	លោក អ៊ិន វ៉ាណុរិន
លោក ឯក វ៉ាន់ផាន់ណារ៉ា	លោក ផល បុណ្យ
លោក អ៊ុំ ដេត	លោក នួន ស៊ីលូត
កញ្ញា ហង់ ផល្លី	លោក កា ដែន
លោក អៀត វណ្ណា	លោក អ៊ិន គីមស៊ា
លោក ម៉ែន នរិន្ទទិវង្គ័	លោក ដោ ចាន់ គួ
លោក អ៊ុក អ៊ាម	លោក ស៊ឹង សារ៉ាត
លោក ជាវ វឌ្ឍនា	លោក អ៊ុក ទី
លោក ញ៉ែម សូលីវណ្ណ	កញ្ញា ម៉ក់ ចាន្ទណារី
លោក សេង ប៊ុនរឿន	លោក យិន វិន

មន្ត្រីសំភាសន៍

លោក ឡាយ បូរិន្ទ	លោក ស៊ឹម សុភក្រ្ត័
លោក ហង្ស វាសនា	លោក តាន់ វេងធៀន
លោក អ៊ឹង ស៊ីគ្រី	លោក ស៊ឹម វណ្ណេត
លោក កែវ ប៊ុនធាវ	លោក លី វុឌ្ឍី
លោក អ៊ឹង យ៉ាន	លោក មឿង គង្គា
កញ្ញា ភួង វេជ្ជនី	លោកស្រី អ៊ូ ស៊ីណៃ
លោក ណេន ជូនណាត	លោក យឹម សៅនិត

លោក អ៊ុយ សារ៉ែន
លោក រីន សុធា
លោក សាមុត សុទ្ធថា
លោក យិន វឌ្ឍនិទ្ទដា
កញ្ញា អ៊ុំ ផានី
លោក លីវ សម្បត្តិ
លោក ណុប ឡៃ
លោកស្រី ភោគ គីមលី
លោក នុត ជា
លោក ថោង វណ្ណដេត
លោក ផៃ ពិសិដ្ឋ
លោក ម៉ៅ បូ
លោក យ៉ាន់ ជំនិត
លោក មុំ ឧត្តម
លោក ហ៊ត់ ធានី
លោក ហុក ភីរុណ
លោកស្រី សុខ ចាន់ថេត
លោកស្រី ផង់ វលក្ខ័
លោក ចឹក ភក្តី
លោក សេង ចិន្តា
លោក វង្ស សុខនី
លោក អឿន សំអុល
លោក ណៃ សីហា
លោក ពៅ សំអុល
លោក ទិត្យ សុភ័ក្រ
លោក សា ជីវន្ត
លោក ឃួន សុគន្ធា
កញ្ញា មុំ សុធីតា

លោក ញឹប ភុំរុណ
លោក ជិន ឱណា
លោក ហ៊ុន ផានី
លោក សូ សុឃឹម
លោក នេត វិសាល
លោក ទិត្យ ប៉ូលីន
លោក សៅ ព្រំវុទ្ធី
លោក ហ៊ាន ញញែម
លោក ស៊ុយ សុវត្ថារ៉ា
លោក ស៊ុំ នាង
លោក លាង ហួរ
លោក កែវ ចាន់ណារ៉េត
លោក ផា អេងស្រ៊ុ
លោក ស៊ន វណ្ណា
លោក សូ វណ្ណរិទ្ធ
លោក នង ចាំង
កញ្ញា ស សុភា
លោក ហម សុគន្ធ
លោក ជា អេង
លោក រស់ វណ្ណទ្រី
លោក មិន សាម៉េត
លោក ស៊ឹង ចន្ថា
លោក ហូ ដាលីណា
លោក ស៊ិន សុធី
លោក សេង វណ្ណា
លោក មុំ សុទ្ធ
លោក យិន ធារ៉ា
លោក អ៊ុក វិចិត្រ

លោក មឿង រ៉ាដូ	លោក តេក ហាច
លោក វឿន ប៊ុនស្រេង	លោក ទឹម ប៊ុនថន
លោក ឆាំង ជីវ៉ា	លោក សេង សុវណ្ណាង
លោក ជាម គឹមអ៊ីម	កញ្ញា ផន ចាន់ធីតា
កញ្ញា ជន ផល្លី	លោក ប្រាក់ សាខន

សំខាន់
ពត៌មានទាំងអស់ដែលប្រមូលបានពីអង្កេតនេះ ត្រូវបានរក្សាជាសំងាត់បំផុត និងត្រូវបានប្រើប្រាស់សំរាប់តែក្នុងគោលដៅស្ថិតិប៉ុណ្ណោះ

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
ក្រសួងផែនការ
វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

លេខសំគាល់គ្រួសារ						

ការអង្កេតមនុស្សមាត្រ កម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៨

A. ត្រូវបំពេញដោយមន្ត្រីសម្ភាសន៍			
ខេត្ត/ ក្រុង			
ស្រុក/ខណ្ឌ			
ឃុំ/សង្កាត់			
ភូមិ/មណ្ឌលគិរី			
តំបន់			
ផ្នែក (ទីប្រជុំជន =1 ជនបទ =2)			
លេខយោងសំណាកគ្រួសារ			

B. ត្រូវបំពេញដោយមន្ត្រីសម្ភាសន៍									
ឈ្មោះមេគ្រួសារ		ទូរស័ព្ទលេខ:							
អាស័យដ្ឋាន: លេខផ្ទះ ផ្លូវ ឬ កំណត់សំគាល់ ផ្សេងទៀត									
ថ្ងៃ ខែ ចុះសំភាសន៍	ថ្ងៃ			ខែ			ឆ្នាំ		
លេខសំគាល់ក្រុម			លេខសំគាល់មន្ត្រីសំភាសន៍						
ឈ្មោះមន្ត្រីសំភាសន៍		ហត្ថលេខាមន្ត្រីសំភាសន៍							

ការទទួល							ការរៀបចំ							ការបញ្ចូលទិន្នន័យ						
Id:			កាលបរិច្ឆេទ				Id:			កាលបរិច្ឆេទ				Id:			កាលបរិច្ឆេទ			

កូដលទ្ធផល	លទ្ធផលការអង្កេត	សរុបចំនួនម្តាយ និងអ្នកមើលថៃ
1 បានបំពេញចប់ទាំងស្រុង 2 គ្រួសារទាំងមូលអវត្តមានមួយរយ: 3 បដិសេធ 4 លំនៅដ្ឋានទំនេរ ឬអាស័យដ្ឋានពុំមែនលំនៅដ្ឋាន លំនៅដ្ឋានបាក់បែក ពុំមានលំនៅដ្ឋាន 9 ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់)	☐ កត់ត្រាក្រោយពេលសំភាសន៍ចប់	☐ កត់ត្រាម្តាយទាំងអស់បន្ទាប់ពីចុះបញ្ជីគ្រួសារហើយ

Anthropometrics Survey 2008

ការអង្កេតមនុស្សមាត្រ កម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៨

ផ្នែកទី ១ គ្រួសារ

ចូរកត់ត្រាស្ត្រីទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារហើយមានកូនអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ (០ - ៥៩ ខែ) នៅពេលបច្ចុប្បន្ន
ចូរកត់ត្រាស្ត្រីអ្នកមើលថែ នៅសំណួរ ១០១ ១០២ និង ១០៣ចំពោះម្តាយស្លាប់ ឬរស់នៅកន្លែងផ្សេង

101 ឈ្មោះ ម្តាយ ឬអ្នកមើលថែ	102 ទំនាក់ទំនងជា មួយមេគ្រួសារ	103 អាយុ ពេញ	104 ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	105 កំពស់ (សង់ទីម៉ែត្រ)	106 ការវាស់ដើមដៃ (សង់ទីម៉ែត្រ)
No. 1	☐☐	☐☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐.☐
No. 2	☐☐	☐☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐.☐
No. 3	☐☐	☐☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐.☐
No. 4	☐☐	☐☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐.☐

លេខកូដទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ

01	មេគ្រួសារ	06	ឪពុកម្តាយ	11	ឪពុកម្តាយក្មេក
02	ប្រពន្ធឬប្តី	07	បងប្អូនប្រុស,ស្រី	12	សាច់ញាតិដទៃទៀត
03	កូនប្រុសឬកូនស្រី	08	ចៅ	13	អ្នកបំរើ
04	កូនចុង	09	ក្មួយស្រី	14	មិនមែនសាច់ញាតិ
05	កូនចិញ្ចឹម/កូនធម៌	10	បងប្អូនថ្លៃស្រី		

បើសិនមានម្តាយ ក្មេងលើសពី៤នាក់ ត្រូវប្រើតារាងសំណួរ ពីរហើយត្រូវប្តូរ លេខរៀង

"ប្រសិនបើ គ្មានម្តាយដែលត្រូវធ្វើការសម្ភាសន៍ " សំរាប់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ ដែលម្តាយស្លាប់ ឬមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសារ សូមសួរផ្នែកទី១ ទាំងអស់ រួចសួរផ្នែកទី២ ដោយអនុវត្តទៅតាមការណែនាំដែលមាននៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រ។

បើសិនម្តាយមានកូនខ្លួនឯង និងជាអ្នកមើលថៃកូនរបស់អ្នកផ្សេងទៀត យើងត្រូវកត់ត្រាទាំងពីរ (មួយម្តាយបង្កើត និងមួយជាអ្នកមើលថៃ) ធ្វើការសំភាសន៍ ទាំងពីរដែរ

ផ្នែកទី ១ គ្រួសារ (ត)

107	តើគ្រួសារអ្នកមាន :		មាន	គ្មាន	
	អគ្គិសនីទេ?	អគ្គិសនី	1	2	
	វិទ្យុ /ម៉ាញ៉េទេ?	វិទ្យុ / ម៉ាញ៉េ	1	2	
	ទូរទស្សន៍ទេ?	ទូរទស្សន៍	1	2	
	ទូរសព្ទ័ចល័តទេ?	ទូរសព្ទ័ចល័ត	1	2	
	ទូរទឹកកកទេ?	ទូរទឹកកក	1	2	
	ទូរដាក់ខោអាវទេ?	ទូរដាក់ខោអាវ	1	2	
	ម៉ាស៊ីនដេរឬកីតម្បាញទេ?	ម៉ាស៊ីនដេរឬកីតម្បាញ	1	2	
108	សំភារៈដំបូលចំបង:	**ដំបូលធម្មជាតិ**			
		គ្មានដំបូល		11	
	សូមកត់ត្រាដោយសង្កេតមើល	ស្លឹកត្នោត/ឬស្សី/ស្បូវ		12	
		ដំបូលធម្មតា			
		ផ្ទាស្អិច		21	
		បន្ទះក្តារ		22	
		ដំបូលប្រណិត			
		លោហៈ សង្កសី		31	
		ហ្វីប្រូស៊ីម៉ង់		32	
		ក្បឿងសេរ៉ាមិក		33	
		ក្បឿងធម្មតា		34	
		ស៊ីម៉ង់សុទ្ធ		35	
		ផ្សេងៗ ______________ (បញ្ជាក់)		96	
109	តើមានសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសារមាន :		មាន	គ្មាន	
	កង់ ឬ ស៊ីក្លូ ?	កង់/ស៊ីក្លូ	1	2	
	ម៉ូតូ ឬ វេស្ប៉ា ?	ម៉ូតូ/វេស្ប៉ា	1	2	
	ឡានទេសចរណ៍ ឬ ដឹកទំនិញ ?	ឡានទេសចរណ៍/ដឹកទំនិញ	1	2	
	ទូកមានម៉ាស៊ីន ?	ទូកមានម៉ាស៊ីន	1	2	
	ទូកគ្មានម៉ាស៊ីន ?	ទូកគ្មានម៉ាស៊ីន	1	2	
	រទេះគោ ឬ រទេះសេះ ?	រទេះគោ ឬទេះសេះ	1	2	
110	តើមានសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារនេះ មានដីសំរាប់ធ្វើកសិកម្មឬទេ ?	មាន		1	
		គ្មាន		2	→ 112

111	តើដីកសិកម្មប៉ុន្មានម៉ែត្រការ៉េ ដែលសមាជិកក្នុងគ្រួសារនេះទាំងអស់មាន?	☐☐☐☐☐☐.☐ ម៉ែត្រការ៉េ	
112	តើគ្រួសារនេះមាន សត្វចិញ្ចឹម ឬទេ?	មាន .... 1 គ្មាន 2	 → 114
113	តើគ្រួសារនេះមានសត្វចិញ្ចឹមដូចខាងក្រោមចំនួនប៉ុន្មាន? ក្របី ? គោ ? សេះ ? ពពែ ? ជ្រូក ? មាន់ ឬ ទា ? បើគ្មាន សូមចុះ "00" បើច្រើនជាង 97 សូមចុះ '97' បើមិនដឹង សូមចុះ '98'	 ក្របី ☐☐ គោ ☐☐ សេះ ☐☐ ពពែ ☐☐ ជ្រូក ☐☐ មាន់ ឬ ទា ☐☐	
114	តើក្នុងកំឡុងពេល ១២ ខែ កន្លងមកគ្រួសាររបស់អ្នក មានទិញអង្ករ ឬខ្ចីអង្ករពីអ្នកដទៃដែរ ឬទេ?	មាន .... 1 គ្មាន 2	 → 116
115	តើក្នុងកំឡុងពេល ១២ ខែ កន្លងមកគ្រួសាររបស់អ្នក ទិញអង្ករ ឬខ្ចីអង្ករពីអ្នកដទៃ ប៉ុន្មានខែ?	ចំនួនខែ ☐☐ (តិចជាង១ខែ ចុះ00)	
116	ក្នុងកំឡុងពេលមួយខែកន្លងទៅ គ្រួសាររបស់អ្នក មានដែលខ្វះប្រាក់សំរាប់ទិញអាហារ ឬចំណាយផ្សេងៗទៀត? (សុខភាព ប្រេងឆា សាលារៀន....)	មាន .... 1 គ្មាន 2	

117	តើក្នុងរយៈពេល ៣០ថ្ងៃកន្លងមក សមាជិកគ្រួសារអ្នកបានធ្វើអ្វីដូចខាងក្រោមនេះទេ ?	1 រៀងរាល់ថ្ងៃ 2 ញឹកញាប់ 3 ម្ដងម្កាល 4 កម្រមាន 5 មិនដែលសោះ	
a	ពឹងលើការបរិភោគម្ហូបអាហារដែលមិនចូលចិត្ត និងម្ហូបអាហារដែលថោកជាងមុន	a ☐	
b	ខ្ចីម្ហូបអាហារពីគេ ឬពឹងលើការជួយពីសាច់ញាតិ ឬមិត្តភ័ក្ត្រ	b ☐	
c	ទិញម្ហូបអាហារជឿគេ /ជំពាក់បំណុលគេ	c ☐	
d	កាត់បន្ថយបរិមាណម្ហូបអាហារក្នុងថ្ងៃនិមួយៗ	d ☐	
e	កាត់បន្ថយការបរិភោគ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីទុកម្ហូបអាហារសំរាប់កូនតូចៗ	e ☐	
f	ម្ដាយ ឬស្ត្រី បន្ថយម្ហូបអាហារដើម្បីទុកឱ្យសមាជិកគ្រួសារ	f ☐	
g	បរិភោគគ្រាប់ពូជដែលទុកសំរាប់រដូវក្រោយ	g ☐	
h	កាត់បន្ថយចំណាយលើ ជីគីមី ថ្នាំសំលាប់សត្វល្អិត ចំណីសត្វ ។ល។	h ☐	
i	លក់ទ្រព្យសម្បត្តិប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ (វិទ្យុ គ្រឿងសង្ហារឹម)	i ☐	
j	លក់ទ្រព្យសម្បត្តិផលិតកម្ម (ឧបករណ៍កសិកម្ម ម៉ាស៊ីនដេរ ម៉ូតូ ។ល។)	j ☐	
k	លក់ដី	k ☐	
l	លក់គ្រឿងអលង្ការ	l ☐	
m	លក់សត្វច្រើនជាងមុន	m ☐	
n	កាត់បន្ថយចំណាយថ្លៃសុខភាព	n ☐	
o	អត់ឱ្យកូនទៅរៀន	o ☐	
p	ស្វែងរកការងារផ្សេងទៀត/បន្ថែមទៀត	p ☐	
q	បង្កើនចំនួនសមាជិកចំណាកស្រុក ដើម្បីរកការងារ ឬរកចំណីអាហារ	q ☐	
r	បង្កើនន្ធូវការទាញយកផលពីធនធានរួម (នេសាទ រុករានព្រៃ.....)	r ☐	
s	បង្កើនការដាំដំណាំ ឬ ដាំដំណាំថ្មីៗ	s ☐	
118	សុំអំបិលមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ សំរាប់ធ្វើតេស្តរកជាតិអ៊ីយូត	មានជាតិអ៊ីយូត .... 1 គ្មានជាតិអ៊ីយូត .... 2 គ្មានអំបិល .... 3 មិនបានធ្វើតេស្ត ________ 6 (បញ្ជាក់)	

201	បើសិនម្តាយនៅមើលថែ កត់ត្រាលេខរៀងម្តាយពីបង្គោល 101 → ☐	បើមានអ្នកមើលថែកត់ត្រាកូដ ម្តាយស្លាប់ 7 ម្តាយរស់នៅកន្លែងផ្សេង 8	→ បើសិនជាគ្មានម្តាយសំរាប់ធ្វើការសំភាសន៍ទេ ។ សូមសួរតែសំណួរ 204, 205, 207, 208, 211,212,213,214, 215, ហើយបញ្ចប់ការសំភាសន៍	

ឥឡូវខ្ញុំសូមកត់ឈ្មោះកូនរបស់អ្នក ទាំងរស់ ទាំងស្លាប់ ដែលកើតក្នុងរយៈពេល៥ ឆ្នាំ កន្លងមក គឺចាប់ពីខែ វិច្ឆិកា២០០៣ ។ កត់កូនភ្លោះ និងកូនកើតម្តងបីនាក់ក្នុងបន្ទាត់ផ្សេងគ្នា ។

202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215
តើកូនទី១/ កូនបន្ទាប់ ឈ្មោះអ្វី ? (ឈ្មោះ)	តើកូនទាំងនេះមាន ភ្លោះ ឬទេ?	តើ (ឈ្មោះ) នេះប្រុស ឬ ស្រី ?	តើ (ឈ្មោះ) កើតខែណា ឆ្នាំណា ? សួរយោងរកថ្ងៃខួបកំណើតរបស់គេបើមិនចាំខែសកលសួររកខែឆ្នាំខ្មែរ រួចបំលែង ។	តើ (ឈ្មោះ) នៅរស់ ឬ ស្លាប់ ?	បើនៅរស់ : តើ(ឈ្មោះ) អាយុប៉ុន្មានឥឡូវនេះ? (កត់ត្រាអាយុជាឆ្នាំពេញ)	បើនៅរស់ : តើ (ឈ្មោះ) រស់នៅជាមួយអ្នក ឬ ទេ ?	បើស្លាប់ : តើ (ឈ្មោះ) ស្លាប់ នៅអាយុប៉ុន្មាន? បើស្លាប់នៅអាយុ1 ឆ្នាំ សួរយោង: តើ (ឈ្មោះ) ស្លាប់នៅអាយុប៉ុន្មានខែ? កត់ត្រាជាថ្ងៃ បើអាយុតិចជាង1 ខែ កត់ជាខែ បើអាយុតិចជាង 2ឆ្នាំ កត់ជាឆ្នាំ បើអាយុចាប់ពី 2ឆ្នាំឡើង	តើមានកូនកើតរស់ផងទៀតចន្លោះ (ឈ្មោះកូនមុន) និង (ឈ្មោះ) រាប់បញ្ចូលទាំងកូនស្លាប់ក្រោយកើត	ទម្ងន់ (គីឡូក្រាម)	កំពស់ (សង់ទីម៉ែត្រ)	វាស់ដេក ឬ ឈរ	ការវាស់ជើងដៃ មិនត្រូវវាស់ក្មេងដែលមានអាយុក្រោម ៣ ខែទេ	លទ្ធផល 1 បានវាស់ 2 អវត្តមាន 3 បដិសេធ 6 ផ្សេងទៀត
01	ម្នាក់ 1 ច្រើននាក់ 2	ប្រុស 1 ស្រី 2	ថ្ងៃ ☐☐ ខែ ☐☐ ឆ្នាំ ☐☐	រស់ ... 1 ស្លាប់ ... 2 → 209	អាយុជាឆ្នាំពេញ ☐☐	នៅជាមួយ ..... 1 ទេ 2	ថ្ងៃ .... 1 ខែ .... 2 ឆ្នាំ .... 3 ☐☐		☐☐.☐	☐☐☐.☐	ដេក ឈរ 1 2	☐☐.☐	☐
02	ម្នាក់ 1 ច្រើននាក់ 2	ប្រុស 1 ស្រី 2	ថ្ងៃ ☐☐ ខែ ☐☐ ឆ្នាំ ☐☐	រស់ ... 1 ស្លាប់ ... 2 → 209	អាយុជាឆ្នាំពេញ ☐☐	នៅជាមួយ ..... 1 ទេ 2	ថ្ងៃ .... 1 ខែ .... 2 ឆ្នាំ .... 3 ☐☐	មាន 1 គ្មាន 2 អ្នកបន្ទាប់	☐☐.☐	☐☐☐.☐	ដេក ឈរ 1 2	☐☐.☐	☐
03	ម្នាក់ 1 ច្រើននាក់ 2	ប្រុស 1 ស្រី 2	ថ្ងៃ ☐☐ ខែ ☐☐ ឆ្នាំ ☐☐	រស់ ... 1 ស្លាប់ ... 2 → 209	អាយុជាឆ្នាំពេញ ☐☐	នៅជាមួយ ..... 1 ទេ 2	ថ្ងៃ .... 1 ខែ .... 2 ឆ្នាំ .... 3 ☐☐	មាន 1 គ្មាន 2 អ្នកបន្ទាប់	☐☐.☐	☐☐☐.☐	ដេក ឈរ 1 2	☐☐.☐	☐
04	ម្នាក់ 1 ច្រើននាក់ 2	ប្រុស 1 ស្រី 2	ថ្ងៃ ☐☐ ខែ ☐☐ ឆ្នាំ ☐☐	រស់ ... 1 ស្លាប់ ... 2 → 209	អាយុជាឆ្នាំពេញ ☐☐	នៅជាមួយ ..... 1 ទេ 2	ថ្ងៃ .... 1 ខែ .... 2 ឆ្នាំ .... 3 ☐☐	មាន 1 គ្មាន 2 អ្នកបន្ទាប់	☐☐.☐	☐☐☐.☐	ដេក ឈរ 1 2	☐☐.☐	☐
05	ម្នាក់ 1 ច្រើននាក់ 2	ប្រុស 1 ស្រី 2	ថ្ងៃ ☐☐ ខែ ☐☐ ឆ្នាំ ☐☐	រស់ ... 1 ស្លាប់ ... 2 → 209	អាយុជាឆ្នាំពេញ ☐☐	នៅជាមួយ ..... 1 ទេ 2	ថ្ងៃ .... 1 ខែ .... 2 ឆ្នាំ .... 3 ☐☐	មាន 1 គ្មាន 2 អ្នកបន្ទាប់	☐☐.☐	☐☐☐.☐	ដេក ឈរ 1 2	☐☐.☐	☐

ផ្នែកទី ២ ពត៌មានម្តាយកុមារ (ត)

216	តើអ្នកកើតនៅខែណា ឆ្នាំណា ?	ខែសកល .... [ ][ ] ឆ្នាំសកល .... [ ][ ][ ][ ]	
217	តើអ្នកមានអាយុពេញប៉ុន្មានឆ្នាំ មកដល់ខួបកំណើតចុងក្រោយបង្អស់? បើខែឆ្នាំសកលមានកត់ត្រាក្នុងសំនួរ 216 ចូរប្រៀបធៀបអាយុ និងឆ្នាំកំណើតហើយកែចំលើយក្នុងសំនួរ 216 និងឬ 217 បើមិនស៊ីគ្នា ។ បើអ្នកឆ្លើយតបមិនចាំអាយុ ត្រូវសួររកខែ និងឆ្នាំកំណើតជា ខែ ឆ្នាំខ្មែរ ____________________ (បញ្ជាក់ ខែ និង ឆ្នាំកំណើត ខ្មែរ) បន្ទាប់មកប្រើតារាងបង្វែរ អាយុ ដើម្បីរក ខែ ឆ្នាំសកល	អាយុគិតជាឆ្នាំពេញលេញ .... [ ][ ]	
218	តើអ្នកធ្លាប់ចូលសាលារៀនទេ?	ចាស់ .... 1 ទេ 2	 → 221
219	តើអ្នកបានរៀនខ្ពស់បំផុតកំរិតណា ? បឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ វិទ្យាល័យឬក៏លើវិទ្យាល័យ ?	បឋមសិក្សា .... 1 អនុវិទ្យាល័យ .... 2 វិទ្យាល័យ .... 3 លើវិទ្យាល័យ .... 4 មិនដឹង 8	
220	តើអ្នកបានរៀនបញ្ចប់ថ្នាក់ខ្ពស់បំផុត ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន នៅកំរិតសិក្សាខាងលើ ?	ថ្នាក់ឬ ឆ្នាំ .... [ ][ ] មិនដឹង 98	
221	សុំសួរអ្នកពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្ន ?	បច្ចុប្បន្នរៀបការ/រស់នៅជាមួយគ្នា 1 លែងលះ 2 មេម៉ាយ 3 មិនដែលរៀបការ, មិនដែលមានដៃគូរ 4	 → 225
222	តើប្តី /ដៃគូរ(ចុងក្រោយ)ធ្លាប់ចូលសាលារៀនទេ?	ចាស់ .... 1 ទេ .... 2 មិនដឹង 8	 → 224 (2, 8)

223	តើគាត់បានរៀនខ្ពស់បំផុតកំរិតណា ? បឋមសិក្សា អនុវិទ្យាល័យ វិទ្យាល័យ ឬក៏ លើវិទ្យាល័យ ?	បឋមសិក្សា .... 1 អនុវិទ្យាល័យ .... 2 វិទ្យាល័យ .... 3 លើវិទ្យាល័យ .... 4 មិនដឹង 8	
224	តើប្ដី/ដៃគូរបស់អ្នកធ្វើការអ្វី ? តើប្រភេទការងារចំបងរបស់គាត់ធ្វើអ្វី ? (ត្រូវសួរទាំងប្ដីស្លាប់ និងប្ដីលែងលះ)	____________________	
225	ក្រៅពីការងារផ្ទះ តើអ្នកមានការងារអ្វីទៀតទេ ក្នុងរយៈពេល ៧ថ្ងៃកន្លងមក ?	ចាស់ .... 1 ទេ 2	→227
226	ដូចអ្នកជ្រាបហើយ ស្ត្រីខ្លះធ្វើការងារដោយទទួលជាប្រាក់ ឬជាវត្ថុ។ អ្នកខ្លះលក់ដូរផ្សេងៗ,អ្នកខ្លះរកស៊ីជួញដូរតូចតាច ឬធ្វើការនៅគ្រួសារដែលមានកសិដ្ឋានឬ ជំនួញ តើក្នុងរយៈពេល 7ថ្ងៃកន្លងមក អ្នកមានការងារណាមួយក្នុងចំណោមការងារទាំងនេះទេ ? ឬការងារផ្សេងទៀត ?	ចាស់ .... 1 ទេ 2	→ 228
227	តើអ្នកមានមុខរបរចំបងជាអ្វី ? (កត់ត្រាចំលើយតែមួយដែលជាការងារចំបង)	____________________	
228	ត្រួតពិនិត្យ 224 **និង** 227 បើសិនសំណួរធ្វើការផ្នែកកសិកម្ម ☐	បើសំណួរទាំងពីរ មិនធ្វើការផ្នែកកសិកម្ម ☐	→ 230
229	តើអ្នកធ្វើការជាចំបងនៅលើដីកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួន ឬ ដីរបស់គ្រួសារ ឬ ដីជួលពីគេ ឬក៏ ដីរបស់អ្នកផ្សេងទៀត ?	ដីផ្ទាល់ខ្លួន .... 1 ដីរបស់គ្រួសារ .... 2 ដីជួលពីគេ .... 3 ដីរបស់អ្នកផ្សេងទៀត 4	

230	តើឥឡូវនេះអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនប្រាកដ 3	

ខ្ញុំសូមសួរអ្នកអំពីការមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយ (កូនឈ្មោះ ....)

231	នៅពេលមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះតើអ្នកមានទៅរកអ្នកណាឱ្យពិនិត្យផ្ទៃពោះដែរឬទេ? បើមាន: តើអ្នកទៅរកអ្នកណា? មានអ្នកផ្សេងទៀតទេ? សួរយោងរកប្រភេទបុគ្គលិកនិងកត់ត្រារាល់បុគ្គលិកដែលបានជួប។ * ចំលើយមានច្រើន	**បុគ្គលិកពេទ្យ** វេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យមធ្យម. 1 គិលានុបដ្ឋាក ...... 2 ឆ្មប .... 3 **បុគ្គលិកផ្សេងទៀត** ឆ្មបបុរាណ .... 4 អ្នកផ្សេង ________ 8 (បញ្ជាក់) មិនបានពិនិត្យ 9	→ 233 (9)
232	តើអ្នកបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះនេះប៉ុន្មានដង (នៅកំឡុងពេលអ្នកមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះ)?	ចំនួនដង [ ][ ] មិនដឹង 98	
233	ក្នុងរយៈពេលមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានបានទទួលឬបានទិញថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែកដែរឬទេ? (បង្ហាញថ្នាំគ្រាប់)	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	→ 235 (2, 8)
234	ក្នុងរយៈពេលមានផ្ទៃពោះ តើអ្នកប្រើថ្នាំនេះប៉ុន្មានថ្ងៃ? បើចំលើយមិនមែនជាលេខ សួរយោងរកចំនួនថ្ងៃប្រហាក់ប្រហែល	ចំនួនថ្ងៃ [ ][ ][ ] មិនដឹង 998	
235	ក្នុងរយៈពេលមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានប្រើថ្នាំបញ្ចុះសត្វល្អិតក្នុងពោះវៀន ដែរឬទេ? (បង្ហាញថ្នាំគ្រាប់)	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	
236	នៅពេលមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានស្រវាំងភ្នែកពេលថ្ងៃដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	

237	នៅពេលមានផ្ទៃពោះកូនចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមាន ជំងឺខ្វាក់មាន់ដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	
238	ចន្លោះពេល 8អាទិត្យ ក្រោយសំរាលកូន តើអ្នកមានបាន ទទួលវីតាមីន A ប្រភេទដូចនេះដែរឬទេ ? (បង្ហាញវីតាមីន)	មាន .... 1 គ្មាន 2	
239	ចន្លោះពេល 2ខែ បន្ទាប់ពីសំរាលកូនចុងក្រោយតើអ្នកមាន បានទទួលថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែកដែរឬទេ? (បង្ហាញថ្នាំគ្រាប់)	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	
ខ្ញុំសូមសួរអ្នកអំពីកូនកើតចុងក្រោយ (កូនឈ្មោះ ....)			
240	តើកូនកើតចុងក្រោយមានបានថ្លឹងទេនៅ ពេលកើតដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	2, 8 → 242
241	តើកូនកើតចុងក្រោយទំងន់ប៉ុន្មាន? កត់ត្រាទំងន់ជាគីឡូក្រាមពីប័ណ្ណសុខភាពបើមាន	គីឡូក្រាមពីប័ណ្ណ 1. [ ] [ ][ ] គីឡូក្រាមពីការចាំ 2 [ ].[ ][ ]	
242	កាលពី២អាទិត្យ កន្លងមកកូនកើតចុងក្រោយមានរាគ ដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 3	2, 3 → 245
243	នៅពេលរាគ តើមានឈាមនៅ ក្នុងលាមកទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	
244	តើ កូនកើតចុងក្រោយនៅរាគឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	

245	កាលពី 2 អាទិត្យ កន្លងមក កូនកើតចុងក្រោយមានគ្រុនក្តៅ ដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	
246	កាលពី 2 អាទិត្យ កន្លងមកកូនកើតចុងក្រោយមានក្អក ដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 (រំលងទៅ 249) មិនដឹង 8	
247	នៅពេលដែល កូនកើតចុងក្រោយក្អក តើវាដកដង្ហើមខ្លីៗ ញាប់ជាងធម្មតា ឬមានការពិបាកដកដង្ហើមដែរឬទេ ?	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	2, 8 → 249
248	នៅពេលដែលកូនកើតចុងក្រោយមានជំងឺនេះ (ក្អក) តើវាមានបញ្ហាក្នុងទ្រូង ស្ទះទ្រូង ឬហៀរសំបោរដែរឬទេ ?	បញ្ហាទ្រូងតែប៉ុណ្ណោះ 1 បញ្ហាច្រមុះតែប៉ុណ្ណោះ 2 បញ្ហាទាំងពីរ .... 3 ផ្សេងទៀត ______ 6 (បញ្ជាក់) មិនដឹង 8	
249	តើកូនកើតចុងក្រោយធ្លាប់បានទទួលវីតាមីន A ដូចនេះ ដែរឬទេ ? (បង្ហាញវីតាមីន A)	មាន .... 1 គ្មាន .... 2 មិនដឹង 8	2, 8 → 251
250	តើរយៈពេលប៉ុន្មានខែកន្លងទៅហើយដែល កូនកើតចុងក្រោយបានទទួល វីតាមីន A លើកចុងក្រោយ?	ខែកន្លងទៅ [ ][ ] មិនដឹង 98	
251	តើកូនកើតចុងក្រោយមានៃ បញ្ចុះសត្វល្អិតក្នុងពោះវៀន ដែរឬទេកាលពី 6 ខែមុន? (បង្ហាញថ្នាំគ្រាប់)	មាន 1 គ្មាន 2 មិនដឹង 8	
252	តើអ្នកនៅបំបៅកូនដោយទឹកដោះដែរឬទេ?	ចាស់ .... 1 ទេ 2	2 → 255

253	តើយប់ម្សិលមិញអ្នកមានបានបំបៅកូនដោយទឹកដោះ ចាប់ពីពេលព្រលប់ដល់ព្រលឹមឡើងប៉ុន្មានដង ? បើចំលើយមិនបានបញ្ជាក់ចំនួនដងច្បាស់លាស់ សួររកចំនួនប្រហាក់ប្រហែល	ចំនួនដងបំបៅដោះពេលយប់ [ ][ ]	
254	តើម្សិលមិញអ្នកបំបៅកូនដោយទឹកដោះ ប៉ុន្មានដងនៅពេលថ្ងៃ? បើចំលើយមិនបានបញ្ជាក់ចំនួនដងច្បាស់លាស់ សួររកចំនួនប្រហាក់ប្រហែល	ចំនួនដងបំបៅដោះពេលថ្ងៃ [ ][ ]	
255	ឥឡូវនេះខ្ញុំសូមសួរអ្នកអំពីទឹកផ្សេងៗដែល កូនរបស់អ្នក បានផឹកកាលពីម្សិលមិញនៅពេល ថ្ងៃ រហូតដល់ពេលយប់។ តើ កូនរបស់អ្នក បានផឹក : ទឹកពម្មតា ? ទឹកដោះគោម្សៅ ? ទឹកដោះគោកំប៉ុង (ទឹកដោះគោខាប់) ឬទឹកដោះគោស្រស់ៗ ? ទឹកផ្លែឈើ ដូចជាទឹកដូង? តែ ឬកាហ្វេ ? ទឹកផ្សេងៗ ដូចជាទឹកស្ករ ទឹកក្រូច ឬទឹកស៊ុប?	មាន គ្មាន មិនដឹង ទឹកពម្មតា .... 1 2 8 ទឹកដោះគោម្សៅ .... 1 2 8 ទឹកដោះគោកំប៉ុង .... 1 2 8 ទឹកផ្លែឈើ .... 1 2 8 តែ ឬកាហ្វេ .... 1 2 8 ទឹកផ្សេងទៀត 1 2 8	

No.	Question		មាន	គ្មាន	មិនដឹង
256	ឥឡូវនេះខ្ញុំសូមសួរអ្នកអំពីអាហារ កូនរបស់អ្នក បានញ៉ាំកាលពីម្សិលមិញនៅពេលថ្ងៃ ឬ ពេលយប់ ? តើ កូនរបស់អ្នក បានញ៉ាំ:				
	a. បបរ ?	a	1	2	8
	b. អាហារកែច្នៃសំរាប់ក្មេង ?	b	1	2	8
	c. នំប៉័ង បាយ នំបញ្ចុក/ មី នំប្រៃ ឬអាហារធ្វើពីគ្រាប់ធញ្ញជាតិ ?	c	1	2	8
	d. ល្ពៅ ការ៉ុត ល្ហោក ដំឡូងផ្អែម ដែលមានសាច់ពណ៌លឿង ?	d	1	2	8
	e. ដំឡូងស ត្រាវ ដំឡូងមី ឆៃថាវ...?	e	1	2	8
	f. បន្លែបៃតងចាស់ បន្លែមានស្លឹកច្រើន ...?	f	1	2	8
	g. ស្វាយទុំ ល្ហុងទុំ ?	g	1	2	8
	h. ផ្លែឈើ ឬបន្លែផ្សេងទៀត ?	h	1	2	8
	i. ថ្លើម គ្រលៀន បេះដូង ឬគ្រឿងក្នុងផ្សេងទៀត ?	i	1	2	8
	j. សាច់គោ សាច់ជ្រូក សាច់ចៀម ពពែ ទន្សាយ ក្តាន់ ?	j	1	2	8
	k. មាន់ ទា បក្សី ?	k	1	2	8
	l. ស៊ុតនានា ?	l	1	2	8
	m. ត្រីស្រស់ ត្រីងៀត ផ្អើរ ឬខ្យង ខ្ចៅ ?	m.........................	1	2	8
	n. អាហារធ្វើពីសណ្តែកបាយ សណ្តែកសៀង ?	n	1	2	8
	o. សណ្តែកដី ?	o	1	2	8
	p. ប្រហុក ផ្អក ?	p	1	2	8
	q. អាហារមានជាតិប្រេង ខ្លាញ់ ឬប៊ឺរ ?	q	1	2	8
	r. ពស់ កង្កែប កណ្តុរ ឬសត្វល្អិត ?	r	1	2	8
	s. អាហារមានជាតិផ្អែម ដូចជា ស្ករសូកូឡា, ស្ករគ្រាប់, នំផ្អែមផ្សេងៗ	s	1	2	8
	t. អាហាររឹង ឬ អាហារជ្រាយល្មម ផ្សេងទៀត ?	t	1	2	8

ត្រួតពិនិត្យ 256 យ៉ាងហោចមានចំលើយមួយ" មាន" ↓ (→ 257)   គ្មានមួយសោះ → 258

257	កាលពីម្សិលមិញ នៅពេលថ្ងៃ ឬ ពេលយប់ តើ (ឈ្មោះ) បានញ៉ាំអាហាររឹងអាហារជ្រាយល្មម ឬ អាហារទន់ៗ ប៉ុន្មានដង ? បើ 7ដង ឬច្រើនជាង 7ដង ត្រូវកត់លេខ ' 7 '	ចំនួនដង [ ] មិនដឹង........ 8

			មាន	ទេ	មិនដឹង
258	ឥឡូវខ្ញុំសូមសួរអ្នកអំពីអាហារ និង ទឹកផ្សេងៗ ដែលអ្នក បានទទួល(ហូប)កាលពីម្សិលមិញនៅពេលថ្ងៃ ឬ ពេលយប់ ? តើអ្នកមានទទួលទានអាហារ ឬទឹកនានាដូចខាងក្រោមនេះ:				
	a នំបុ័ង បាយ នំបញ្ចុក/មី ឬ អាហារធ្វើពីគ្រាប់ធញ្ញជាតិផ្សេងទៀត ?	a	1	2	8
	b ល្ពៅ ការ៉ុត ឃ្លោក ននោង ឬ ដំឡូងដែលមានបណ្តូលពណ៌លឿង ?	b	1	2	8
	c ដំឡូងជ្វា/ដំឡូងមី ត្រាវ សាគូ (អាហារនានាដែលធ្វើពីមើមរុក្ខជាតិ) ?	c	1	2	8
	d បន្លែបៃតង ឬបន្លែដែលមានស្លឹកច្រើន ?	d	1	2	8
	e ស្វាយទុំ ល្ហុងទុំ?	e	1	2	8
	f បន្លែឬផ្លែឈើផ្សេងៗទៀត ?	f	1	2	8
	g ថ្លើម គ្រលៀន បេះដូងឬគ្រឿងក្នុងសត្វផ្សេងៗ ?	g	1	2	8
	h សាច់គោ សាច់ជ្រូក សាច់ចៀម-ពពែ ទន្សាយ ក្តាន់ ?	h	1	2	8
	i សាច់មាន់ សាច់ទា ឬសាច់បក្សីផ្សេងៗទៀត ?	i	1	2	8
	j ស៊ុត ?	j	1	2	8
	k ត្រីស្រស់ ត្រីងៀត ឬខ្យង ងាវ ?	k	1	2	8
	l អាហារធ្វើពីសណ្តែកបាយ សណ្តែកសៀង ?	l	1	2	8
	m គ្រាប់ធញ្ញជាតិផ្សេងៗទៀត ?	m	1	2	8
	n ប្រហុក ផ្អក ?	n	1	2	8
	o ទឹកដោះគោស្រស់ ទឹកដោះគោ ?	o	1	2	8
	p អាហារផ្សំពីជាតិប្រេង ខ្លាញ់ ឬប័រ ?	p	1	2	8
	q ពស់ កង្កែប កណ្តុរ ឬសត្វល្អិត ?	q	1	2	8
	r តែ ឬកាហ្វេ ?	r	1	2	8
	s អាហារមានជាតិផ្អែម(ស្ករ)ឬភេសជ្ជៈ នំសុក្កូឡា ស្ករគ្រាប់ ?	s	1	2	8
	t ភេសជ្ជៈមានជាតិផ្អែម ដូចជា ទឹកសូដា, ទឹកក្រូច ឬ ទឹកផ្លែឈើផ្សេងទៀត?	t	1	2	8
259	កាលពីម្សិលមិញ នៅពេលថ្ងៃ ឬ ពេលយប់ តើ អ្នក បានញុំាអាហាររឹងអាហារជ្រាយល្មម ឬ អាហារទន់ៗ ប៉ុន្មានដង ? បើ 7ដង ឬច្រើនជាង 7ដង ត្រូវកត់លេខ ' 7 '	ចំនួនដង [ ] មិនដឹង 8			

<u>ការអង្កេតមើលរបស់មន្ត្រីសំភាសន៍</u>

ត្រូវបំពេញបន្ទាប់ពីសំភាសន៍ចប់

មតិអំពីអ្នកឆ្លើយ :

មតិលើសំនួរពិសេសផ្សេងៗ :

មតិផ្សេងៗទៀត :

<u>ការអង្កេតមើលរបស់មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ</u>

ឈ្មោះមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យ : ______________ កាលបរិច្ឆេទ : ______________

<u>ការអង្កេតមើលរបស់អ្នកកែដៃ</u>

ឈ្មោះអ្នកកែដៃ : ______________ កាលបរិច្ឆេទ : ______________