ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅទិន្នន័យពី ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា ២០២១-២០២២

មរណភាពនៅកម្ពុជា

មករា
២០២៤

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ក្រសួងផែនការ
វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

Bloomberg Philanthropies
DATA FOR HEALTH INITIATIVE
Vital Strategies

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

របាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅទិន្នន័យពី ទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ឆ្នាំ ២០២១-២២

មរណភាពនៅកម្ពុជា

ខែមករា ឆ្នាំ២០២៤

Vital Strategies

National Institute of Statistics
Ministry of Planning
CAMBODIA

Bloomberg Philanthropies

DATA FOR HEALTH INITIATIVE

មាតិកា

បុព្វកថា iii
តារាង iv
រូប v
បញ្ជីអក្សរកាត់ និងពាក្យបច្ចេកទេស vi
សង្ខេប ១
១ សេចក្តីផ្តើម ២
២ ទិន្នន័យ និងវិធីសាស្ត្រ ៤
២.១ ទិន្នន័យ ៤
២.២ វិធីសាស្ត្រ និងការវិភាគ ៥
៣ លទ្ធផល ១២
៣.១ មរណភាពមនុស្សពេញវ័យ និងមាតា ១២
៣.១.១ មរណភាពមនុស្សពេញវ័យ ១២
៣.១.២ មរណភាពមាតា ១៧
៣.២ មរណភាពមាតា ២៣
សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍ ៣៤
ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៦
ឯកសារយោង ៤៥

អារម្ភកថា

របាយការណ៍នេះសិក្សាអំពីសក្តានុពលនៃ "ស្ថានភាពមរណភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា" ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានស្រាប់របស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា (CDHS)ទាំងប្រាំស៊េរី ចាប់ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២០២២។ គោលបំណងចម្បងនៃការវិភាគនេះ គឺដើម្បីសិក្សាពីនិន្នាការនៃការស្លាប់ របស់មនុស្សពេញវ័យ មាតា ទារក និងកុមារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយធ្វើការវាយតម្លៃ និងផ្ទៀងផ្ទាត់គ្នាជាមួយនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់ប្រទេសកម្ពុជា (CMDGs) និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា (CSDGs)។ ការវិភាគទិន្នន័យមានស្រាប់នេះ ធ្វើឡើងដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS) សហការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) ដែលឧបត្ថម្ភគាំទ្រពីអង្គការវ៉ាយថលស្ត្រេតជ័ជី (Vital Strategies)។

យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅបំផុតចំពោះ **ឯកឧត្តមកិត្តិសេដ្ឋាបណ្ឌិត ឆាយ ថន** អតីតទេសរដ្ឋមន្ត្រី រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងផែនការ ដែលបានគាំទ្រការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា (CDHS)ទាំងប្រាំស៊េរី ដែលជាប្រភពដល់ការបំផុសគំនិត និងលើកទឹកចិត្ត ទាំងក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់អន្តរជាតិ ព្រមទាំងអ្នកប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ។ យើងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រចំពោះសមាជិក សមាជិកាទាំងអស់នៃគណៈកម្មាធិការដឹកនាំ និងគណៈកម្មាធិការបច្ចេកទេស សម្រាប់ការរួមចែករំលែក និងផ្តល់ប្រឹក្សាណែនាំដ៏មានតម្លៃធ្វើឱ្យអង្កេតនេះទទួលបានជោគជ័យ។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះ **ឯកឧត្តម ប៊ិន ត្រាឈៃ** រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងផែនការ ដែលបានបន្តនិរន្តរភាព និងជួយសម្របសម្រួលរបាយការណ៍វិភាគស៊ីជម្រៅនេះឱ្យបានទទួលជោគជ័យ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រចំពោះមូលនិធិប្រជាជនរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ (UNFPA) ដែលបានឧបត្ថម្ភគាំទ្រទាំងផ្នែកធនធាន និងជំនាញបច្ចេកទេសដែលបានដើរតួយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការអនុវត្តន៍ការអង្កេតនេះ។ ខ្ញុំក៏សូមឆ្លៀតក្នុងឱកាសនេះ ដើម្បីថ្លែងអំណរគុណចំពោះភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (USAID) ភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិអាល្លឺម៉ង់ (GIZ) ជំនួយអូស្ត្រាលី (Australian Aids) មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់កុមារ (UNICEF) កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP) និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ (DPs) ផ្សេងទៀត បានរួមចំណែកក្នុងការធ្វើអង្កេតនេះ។ សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដែលបានគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ តាមរយៈក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ក្នុងការអនុវត្តន៍ការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០២១-២២។

ក្នុងនាមវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ នៃក្រសួងផែនការ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណ និងវាយតម្លៃខ្ពស់ចំពោះលោក **Luis Armando Ocaranza-Ordaz** ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេសជាន់ខ្ពស់ និងលោកវេជ្ជបណ្ឌិត **មាន រតនៈសម្បត្តិ** អ្នកសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា តំណាងអង្គការ វ៉ាយថល ស្ត្រេតជីជី (Vital Strategies) សម្រាប់ការគាំទ្រផ្នែក

បច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីផលិតរបាយការណ៍នេះ ដែលជាឯកសារយោងសម្រាប់អ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំសូមកោតសរសើរចំពោះកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ **ឯកឧត្តម ថី យាម** ទីប្រឹក្សាក្រសួងផែនការ និងជាប្រធាននាយកដ្ឋានស្ថិតិប្រជាសាស្ត្រ ជំរឿន និងអង្កេត នៃវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ក្រសួងផែនការ និងក្រុមការងារដែលមានការលះបង់ និងខិតខំប្រឹងប្រែងផលិតរបាយការណ៍នេះឡើង។

លទ្ធផលដែលរកឃើញពីរបាយការណ៍នេះ រំពឹងថានឹងជាជំនួយក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដល់ក្រសួង-ស្ថាប័នទីភ្នាក់ងារអន្តរជាតិ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល អ្នកធ្វើគោលនយោបាយ អ្នកអនុវត្តកម្មវិធី អ្នករៀបចំផែនការអភិវឌ្ឍន៍ និងអ្នកស្រាវជ្រាវដ៏ទៃទៀត។

យើងជឿជាក់ថារបាយការណ៍នេះ នឹងផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ ចំពោះបទអន្តរាគមន៍ កង្វល់នានា និងការធ្វើផែនការក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនាពេលអនាគត។

អគ្គនាយកវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ

ទ្រី ឫទ្ធា

តារាង

តារាង១ ការពិពណ៌នាអំពីការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា នីមួយៗ..៤
តារាង ២ សូចនាករសុខភាពមាតាបានបញ្ចូលក្នុងការវិភាគ ៦
តារាង ៣ សូចនាករសុខភាពកុមារបានបញ្ចូលក្នុងការវិភាគ ៨
តារាង ៤ ចំនួន និងអត្រាមរណភាពបុរស និងស្ត្រី ១៣
តារាង ៥ ការចែកចាយស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលមានកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត យោងតាមចរិកលក្ខណៈ CDHSឆ្នាំ ២០០០ ឆ្នាំ២០០៥ ឆ្នាំ២០១០ ឆ្នាំ២០១៤ និងឆ្នាំ២០២១-២២ ....១៧
តារាង ៦ ចំនួនមរណភាពមាតាតាមឆ្នាំ និងក្រុមអាយុ ១៩
តារាង ៧ អត្រាមរណភាពកុមារតូច CDHS ឆ្នាំ២០០០ ទៅ ២០២១-២២ ....២៥
តារាង ៨ អត្រាមរណភាពកុមារ យោងតាមចរិកលក្ខណៈ កម្រិតវប្បធម៌របស់ម្តាយ និងសន្ទស្សន៍បញ្ចូភាគទ្រព្យសម្បត្តិ តាមអង្កេតនីមួយៗ ២៨
តារាង ៩ អត្រាមរណភាពទារក និងកុមារតាមខេត្ត ៣២

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ១ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០០០ ....៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ២ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០០៥ ....៣៦
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៣ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០១០ ....៣៧
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៤ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០១៤ ....៣៨
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៥ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០២១-២២ ....៣៩
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៦ សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច ៣៩
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៧ ប្រជាសាស្ត្រ ៤០
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៨ និន្នាការនៃការសម្រាលពីឆ្នាំ ២០០៣ ដល់ឆ្នាំ ២០២១ ....៤១
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៩ ការទទួលថ្នាំបង្ការតាមប្រភពព័ត៌មាន ភាគរយកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ ដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការនៅពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត តាមប្រភពព័ត៌មាន (ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬការរាយការណ៍របស់ម្តាយ) និងភាគរយនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅអាយុ ១២ ខែនៅកម្ពុជា ២០០០-២០២១ ....៤២
ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ១០ ភាគរយនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះដំបូងរបស់កុមារដែលកើតក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេតដែលធ្លាប់បានបៅដោះម្តាយ និងចំនួនកុមារដែលធ្លាប់បៅទឹកដោះម្តាយកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០០-២០២១.......៤៤

រូប

ក្រាហ្វិចទី ១ ចំនួនមរណភាពបុរស ស្រ្តី និងការព្យាករណ៍តាមឆ្នាំ ១៥
ក្រាហ្វិចទី ២ ចំនួនមរណភាពបុរសតាមក្រុមអាយុ និងឆ្នាំ ១៦
ក្រាហ្វិចទី ៣ ចំនួនមរណភាពស្រ្តីតាមក្រុមអាយុ និងឆ្នាំ ១៦
ក្រាហ្វិចទី ៤ អនុបាទមរណភាពមាតា ធៀបទៅនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG ២០
ក្រាហ្វិចទី ៥ និន្នាការនៃអនុបាទមរណភាពមាតា ដោយចន្លោះជឿជាក់បាន ៩៥ ភាគរយ ២១
ក្រាហ្វិចទី ៦ និន្នាការ និងការព្យាករណ៍ អនុបាទមរណភាពមាតា ទៅឆ្នាំ២០៣០ ដោយប្រើប្រាស់ម៉ូដែលផ្លាស់ទីមធ្យម ២១
ក្រាហ្វិចទី ៧ អត្រាមរណភាពកុមារអេយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ធៀបនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG ២៦
ក្រាហ្វិចទី ៨ អត្រាមរណភាពទារក ធៀបនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG ២៦

បញ្ជីអក្សរកាត់ និងពាក្យបច្ចេកទេស

ANC	ការថែទាំមុនពេលសម្រាល
CDB	ទិន្នន័យព័ត៌មានឃុំ សង្កាត់
CDHS	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
CI	ចន្លោះជឿជាក់
CMDGs	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់កម្ពុជា
COVID	ជំងឺវីរុសកូរ៉ូណាឆ្នាំ ២០១៩
CSDGs	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពរបស់កម្ពុជា
EmONC	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងទារកទើបនឹងកើត
IMR	អត្រាមរណភាពទារក
MOH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MOP	ក្រសួងផែនការ
NIS	វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ
ORT	ការព្យាបាលដោយប្រើជាតិទឹក
PNC	ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល
RGC	រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
TFR	អត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូន
UNFPA	មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន
U5MR	អត្រាមរណភាពកុមារក្រោម ៥ ឆ្នាំ
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

សង្ខេប

គោលដៅប្រកបដោយចីរភាពរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ (SDG) ៣.១ មានគោលបំណងកាត់បន្ថយសមាមាត្រមរណភាពមាតាជាសកល (MMR) ឱ្យបានតិចជាង ៧០ ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់នៅត្រឹមឆ្នាំ ២០៣០។ បើតាមលទ្ធផលអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២០២២ សមាមាត្រមរណភាពមាតា គឺ ១៥៤ នាក់ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់។ វាបង្ហាញថាមិនមានការប្រែប្រួលទេ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងលទ្ធផលអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៤ ដែលបានរកឃើញមាន ១៧០ តែមិនមានការផ្លាស់ប្តូរស្ថិតិផ្នែកចន្លោះជឿជាក់ (៩៥% CI) ឡើយ ដែលលទ្ធផលនៃការធ្វើអង្កេតទាំងពីរលើកចុងក្រោយនេះ នៅតែលើសពីគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់កម្ពុជា (CDGS) ដែលបានកំណត់ត្រឹម ១៣០ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៥។ យោងតាមលទ្ធផលនៃការព្យាករណ៍តាមបម្រែបម្រួលមធ្យមនព្វន្ធ គិតត្រឹមឆ្នាំ ២០៣០ MMR នឹងមិនអាចទៅដល់គោលដៅ CSDG ដែលបានកំណត់ឲ្យបានតិចជាង ៧០ ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់បានទេ។

ចំពោះអត្រាមរណភាពទារក និងអត្រាមរណភាពកុមារក្រោម ៥ ឆ្នាំ បង្ហាញថាការធ្លាក់ចុះនៃសូចនាករទាំងពីរខាងលើ បានប្រសើរជាងគោលដៅដែលបានកំណត់ដោយ CMDG សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៥។ លើសពីនេះ អត្រាទាំងនេះបានបង្ហាញអំពីនិន្នាការធ្លាក់ចុះស្របគ្នាជាមួយនឹង CSDGs ។

១ សេចក្តីផ្តើម

ដោយសារតែមានការអវត្តមាននៃការចុះព្រឹត្តិការណ៍អត្រានុកូលដ្ឋានកម្ពុជា (តារាងទី ១) ការធ្វើជំរឿនទូទៅប្រជាជន និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព បានដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការចង្អុលបង្ហាញគោលនយោបាយសុខភាពក្នុងប្រទេសតាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៨។ ក្នុងការវាយតម្លៃនិន្នាការស្ថានភាពមរណភាពក្នុងប្រទេសកម្ពុជា រួមបញ្ចូលទាំងចំនួន អត្រា និងសមាមាត្រលើការស្លាប់របស់មនុស្សពេញវ័យ មាតា ទារក និងកុមារ តាមពេលវេលា។ ព័ត៌មាននេះគឺចាំបាច់សម្រាប់សូចនាករសុខភាពសំខាន់ៗដែលមានចែងក្នុងគោលនយោបាយថែទាំសុខភាព ការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃការអនុវត្តវិស័យសុខាភិបាល ក៏ដូចជាសម្រាប់ការតាមដានវឌ្ឍនភាពជាមួយនឹងគោលដៅដែលបានដាក់ចេញក្នុងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់កម្ពុជាឆ្នាំ ១៩៩៧-២០១៥ (CMDG ១៩៩៧-២០១៥) និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពឆ្នាំ ២០១៦-២០៣០ (SDG ២០១៦-២០៣០)។

CDHS ឆ្នាំ២០០០ គឺជាការអង្កេតគម្រូតំណាងឲ្យថ្នាក់ជាតិលើកដំបូង ដែលបានដាក់បញ្ចូលសំណួរស្តីពីមរណភាពជាទូទៅ ហើយវាត្រូវបានធ្វើ បួនលើក ជាបន្តបន្ទាប់ទៀតនៅឆ្នាំ ២០០៥ ឆ្នាំ ២០១០ ឆ្នាំ ២០១៤ និងឆ្នាំ ២០២១-២២។ ការអង្កេតទាំងនេះបានបង្ហាញថា ប្រទេសកម្ពុជាបានរីកចម្រើនលើការលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់ប្រជាជន រួមទាំងសុខភាពមាតា និងទារក ហើយលទ្ធផលសុខភាពបន្តពូជនៅកម្ពុជាបានប្រសើរឡើងយ៉ាងខ្លាំងចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០០។ នៅចុងឆ្នាំ ២០២២ កម្ពុជាសម្រេចបាននូវគោលដៅដែលពាក់ព័ន្ធសុខភាពមួយចំនួន ស្របទៅនឹងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព (SDGs) ។

ក្នុងរយៈពេលពីរទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ ប្រទេសកម្ពុជាមានកំណើនសេដ្ឋកិច្ចយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ វឌ្ឍនភាពនេះអាចធ្វើទៅបានតាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងវិនិយោគធនធានរបស់រដ្ឋាភិបាល ក៏ដូចជាការផ្តល់មូលនិធិពីរដ្ឋាភិបាល និងជំនួយអន្តរជាតិ។ ជាលទ្ធផល ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណភាពល្អបានប្រសើរឡើងជាមួយនឹងការអនុវត្តគំនិតផ្តួចផ្តើមដូចជាមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ប័ណ្ណសមធម៌ និងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍។ ភាពប្រសើរឡើងជាច្រើននៅក្នុងការថែទាំជំងឺកុមារ ជំងឺមាតា និងកាត់បន្ថយបាននូវមរណភាពដែលអាចបណ្តាលមកពីការកើនឡើងជាទូទៅនៃការផ្តល់ និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពមាតា និងទារក។ ជាងនេះទៅទៀត សូចនាករសេដ្ឋកិច្ចសង្គមផ្សេងទៀត ដូចជាការបញ្ចប់កម្រិតបឋមសិក្សាជាទូទៅ និងការលុបបំបាត់ភាពក្រីក្រខ្លាំង ក៏បានបង្ហាញពីភាពប្រសើរឡើងយ៉ាងច្រើនផងដែរ។

ព័ត៌មានស្តីពីការស្លាប់របស់ទារក និងកុមារ មិនត្រឹមតែពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការវាយតម្លៃប្រជាសាស្ត្រនៃចំនួនប្រជាជនរបស់ប្រទេសប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាក៏ជាសូចនាករសំខាន់នៃការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងគុណភាពជីវិតផងដែរ។ វិធានការទាំងនេះក៏អាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារដែលប្រឈមខ្ពស់នៃការស្លាប់ និងជូនដំណឹងអំពីយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនេះ ដូចជាការលើកកម្ពស់គម្លាតនៃកំណើត និងការដោះស្រាយកត្តាជីវសាស្ត្រ និងឥរិយាបថនៃការមានកូនដែលបង្កើនហានិភ័យនៃការស្លាប់សម្រាប់ទារក និងកុមារ។

ការប៉ាន់ប្រមាណដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ នឹងដើរតួយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាកង្វះវិធានការដែលអាចទុកចិត្តបាន ដែលត្រូវការដើម្បីផលិតការប៉ាន់ប្រមាណថ្នាក់ជាតិនៃមរណភាព។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាជាការសំខាន់ក្នុងការកត់សម្គាល់ថា មានដែនកំណត់ដែលទាក់ទងនឹងនិន្នាការ បញ្ជាក់ពីមរណភាពពីផ្នែកផ្សេងៗនៃអង្កេត។ ដូច្នេះហើយបានវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ នៃក្រសួងផែនការ កំពុងធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយក្រសួងមហាផ្ទៃ និងក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធ និងដំណើរការសម្រាប់ផលិតស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននាពេលខាងមុខ តាមរយៈប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានថ្នាក់ជាតិ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដែលកំពុងបន្តនេះមានគោលបំណងលើកកម្ពស់បន្ថែមទៀតនូវភាពត្រឹមត្រូវ និងទូលំទូលាយនៃការវាយតម្លៃមរណភាពនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

២ ទិន្នន័យ និងវិធីសាស្ត្រ

២.១ ទិន្នន័យ

ការវិភាគនេះបានប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ចំនួនប្រាំដង នៃអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ដែលធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ឆ្នាំ ២០០៥ ឆ្នាំ ២០១០ ឆ្នាំ២០១៤ និងឆ្នាំ២០២១-២២។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព រក្សាការរចនាសំណាកគម្រូ កម្រងសំណួរ បច្ចេកទេសប្រមូលទិន្នន័យ ការវាស់វែង និងវិធីសាស្ត្រក្នុងការវិភាគដែលអាចប្រៀបធៀបបានតាមពេលវេលា។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ដែលធ្វើឡើងតាំងពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២នេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ(NIS) នៃក្រសួងផែនការ និងអគ្គនាយកដ្ឋានសុខភាព (DGH) នៃក្រសួងសុខាភិបាល។ ដោយឡែក ការធ្វើអង្កេតឆ្នាំ ២០០៥ ត្រូវបានធ្វើឡើងរួមគ្នាដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ (NIPH) នៃក្រសួងសុខាភិបាល។ **តារាងទី ១** បង្ហាញអំពីព័ត៌មានកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើអង្កេត និងទំហំគម្រូគ្រួសារ និងស្ត្រីដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ធ្វើការសម្ភាសន៍ក្នុងការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនីមួយៗ។

តារាង១ ការពិពណ៌នាអំពីការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា នីមួយៗ

ឆ្នាំ	កាលបរិច្ឆេទប្រមូលទិន្នន័យ	អង្គភាព	ចំនួនគ្រួសារបានសម្ភាសន៍	ចំនួនស្រីអាយុ ១៥-៤៩ បានសម្ភាសន៍
២០០០	ខែកុម្ភៈ - ខែកក្កដា ២០០០	NIS[1] & DGH[2]	១២.២៣៦	១៥.៣៥១
២០០៥	ខែកញ្ញា ២០០៥ - ខែមីនា ២០០៦	NIS & NIPH[3]	១៤.២៤៣	១៦.៨២៣
២០១០	ខែកក្កដា ២០១០ - ខែមករា ២០១១	NIS & DGH	១៥.៦៦៧	១៨.៧៥៤
២០១៤	ខែមិថុនា - ខែធ្នូ ២០១៤	NIS & DGH	១៥.៨២៥	១៧.៥៧៨
២០២១-២២	ខែកញ្ញា ២០២១ - ខែកុម្ភៈ ២០២២	NIS & DGH	២០.៨០៦	១៩.៤៩៦

NIS: វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ នៃក្រសួងផែនការ DGH: អគ្គនាយកដ្ឋានសុខភាព នៃក្រសួងសុខាភិបាល NIPH: វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ នៃក្រសួងសុខាភិបាល

ការអង្កេតនីមួយៗនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា DHS បានប្រើការជ្រើសរើសគម្រូស្មុគស្មាញជាពីរដំណាក់។ ដំណាក់កាលដំបូងធ្វើការជ្រើសរើសមណ្ឌលអង្កេត និងគ្រួសារជាដំណាក់កាលទី២ ជាលទ្ធផលទទួលបានសំណាកគម្រូថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមទាំងតំបន់ទីក្រុង ឬជនបទ។ អ្នកសម្ភាសន៍បានប្រមូលទិន្នន័យពីសមាជិកនៃគ្រួសារដែលបានជ្រើសរើស រួមទាំងស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ដោយផ្តោតលើបញ្ហាសុខភាព អាកប្បកិរិយា និងលទ្ធផលសុខភាពរបស់ពួកគេ។ សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានសម្រាលកូនក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត សំណួរបន្ថែមត្រូវបានសួរអំពីការថែទាំដែលគាត់ និងកូន បានទទួលអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ អំឡុងពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល។ ជាងនេះទៅទៀត សំណួរអំពីសុខភាព និងការថែទាំកូនរបស់គាត់ក្នុងអំឡុងពេលនីមួយៗនៃប្រាំឆ្នាំ ត្រូវបានរួមបញ្ចូល។ របាយការណ៍នេះបានស្រង់ទិន្នន័យសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានកំណើតនៅរស់ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេតនីមួយៗ និងកូនដែលកើតក្នុងអំឡុងពេលដូចគ្នា។ CDHSឆ្នាំ ២០០០ មានស្ត្រីចំនួន ៥.៧១៤ នាក់ និងកុមារ

៨.៧១៥ នាក់ CDHSឆ្នាំ ២០០៥ មានស្ត្រីចំនួន ៥.៨៦៥ នាក់ និងកុមារចំនួន ៧.៧៨៩ នាក់ CDHSឆ្នាំ ២០១០ មានស្ត្រីចំនួន ៦.៤៧២ នាក់ និងកុមារចំនួន ៨.២០០ និងCDHSឆ្នាំ ២០១៤ មានស្ត្រីចំនួន ៥.៩៧៣ នាក់ និងកុមារចំនួន ៧.២៥៣។ ចំណែកទិន្នន័យ CDHSឆ្នាំ ២០២១-២២ មានស្ត្រីចំនួន ៣.២៥៤ នាក់ និងកុមារ ៣.៣២២ នាក់ប៉ុណ្ណោះ ដែលមានកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត។

២.២ វិធីសាស្ត្រ និងការវិភាគ

របាយការណ៍នេះ វាយតម្លៃសូចនាករផ្សេងៗដែលផ្តល់នូវរូបភាពនៃចំនួនមរណភាពមនុស្សពេញវ័យក្នុងរយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត។ ទិន្នន័យត្រូវបានវិភាគដោយចាត់ថ្នាក់ជាក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំ។ លើសពីនេះ ការវិភាគរួមបញ្ចូលសូចនាករ ស្តីពីការថែទាំសុខភាពដែលម្តាយទទួលបានអំឡុងពេលមុននិងក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះ និងកំណើត និងសម្រាប់កូនរបស់គាត់រហូតដល់អាយុ ៥ ឆ្នាំ។ **តារាងទី ២** បង្ហាញពីបញ្ជីនៃសូចនាករសុខភាពមាតា និយមន័យស្តង់ដារ ដែលប្រើដើម្បីគណនាសូចនាករសម្រាប់អង្កេត និងទំហំគម្រូនីមួយៗ។ **តារាងទី ៣** បង្ហាញព័ត៌មានសម្រាប់សូចនាករសុខភាពកុមារ។

មរណភាពទារកទើបប្រសូត៖ ជាប្រូបាប៊ីលីធីនៃការស្លាប់កំឡុងខែដំបូងនៃជីវិត។
មរណភាពក្រោយប្រសូត៖ ជាប្រូបាប៊ីលីធីនៃការស្លាប់នៅចន្លោះខែដំបូងនៃជីវិត និងគម្រប់ខួបមួយឆ្នាំ (ជាផលដករវាងមរណភាពទារក និងមរណភាពទារកទើបប្រសូត)។
មរណភាពទារក៖ ជាប្រូបាប៊ីលីធីនៃការស្លាប់ក្នុងចន្លោះរវាងពេលប្រសូត និងគម្រប់ខួបមួយឆ្នាំ។
មរណភាពកុមារ៖ ជាប្រូបាប៊ីលីធីនៃការស្លាប់ក្នុងចន្លោះខួបគម្រប់មួយឆ្នាំ និងខួបគម្រប់ខួប ៥ ឆ្នាំ។
មរណភាពកុមារអាយុក្រោម៥ ឆ្នាំ៖ ជាប្រូបាប៊ីលីធីនៃការស្លាប់ក្នុងចន្លោះរវាងពេលប្រសូត និងខួបគម្រប់ខួប ៥ ឆ្នាំ។

តារាង ២ សូចនាករសុខភាពមាតាបានបញ្ចូលក្នុងការវិភាគ

សូចនាករ	និយមន័យ	ប្រជាជន	ទំហំគម្រូ[១]				
			២០០០	២០០៥	២០១០	២០១៤	២០២១-២២
ការពិនិត្យថៃទាំមុនពេលសម្រាល៤ ដងឡើង (ANC)	ភាគរយនៃស្ត្រីបានទៅពិនិត្យថៃទាំមុនពេលសម្រាល៤ ដងឡើង សម្រាប់ផ្ទៃពោះចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៥.៧១៤	៥.៨៦៥	៦.៤៧២	៥.៩៧៣	៣.២៥៤
ការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកដំបូង	ភាគរយនៃស្ត្រីបានទៅពិនិត្យថៃទាំមុនពេលសម្រាលក្នុងកំឡុង ៤ ខែដំបូងនៃការមានផ្ទៃពោះ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៥.៧១៤	៥.៨៦៥	៦.៤៧២	៥.៩៧៣	៣.២៥៤
ម្តាយបានលេបថ្នាំគ្រាប់ឬសេរ៉ូមជាតិដែកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	ភាគរយនៃស្ត្រីត្រូវបានទទួលថ្នាំគ្រាប់ ឬសេរ៉ូមជាតិដែកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៥.៧១៤	៥.៨៦៥	៦.៤៧២	៥.៩៧៣	៣.២៥៤
ម្តាយបានលេបថ្នាំទម្លាក់សត្វល្អិតអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	ភាគរយនៃស្ត្រីត្រូវបានទទួលថ្នាំកម្ចាត់សត្វល្អិតអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៥.៧១៤	៥.៨៦៥	៦.៤៧២	៥.៩៧៣	៣.២៥៤
បានពិនិត្យសម្ពាធឈាមអំឡុងពេល ANC	ភាគរយនៃស្ត្រីបានពិនិត្យសម្ពាធឈាមអំឡុងពេលទៅពិនិត្យ ANC ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត យ៉ាងហោចណាស់បានទទួល ANC ម្តង	២.៥៤៣	៤.២១៣	៥.៨០៤	៥.៧០៤	៣.២១៦

បានជូនដំណឹងអំពីផលវិបាកនៃការមានផ្ទៃពោះអំឡុងពេល ANC	ភាគរយនៃស្ត្រីដែលត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីផលវិបាកនៃការមានផ្ទៃពោះអំឡុងពេលទៅពិនិត្យ ANC ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត យ៉ាងហោចណាស់បានទទួល ANCម្តង	២.៥៤៣	៤.២១៣	៥.៨០៤	៥.៧០៤	៣.២១៦
បានសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	ភាគរយនៃកំណើតបានសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	កុមារបានកើតក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៨.៧១៥	៧.៧៨៩	៨.២០០	៧.២៥៣	៣.៣២២
កំណើត ដែលមានអ្នកជំនាញជួយអំឡុងពេលសម្រាល SBA	ភាគរយនៃកំណើត ដែលមានអ្នកជំនាញជួយអំឡុងពេលសម្រាល SBA	កុមារបានកើតក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៨.៧១៥	៧.៧៨៩	៨.២០០	៧.២៥៣	៣.៣២២
ការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់	ភាគរយនៃកំណើត ដែលសម្រាលដោយការវះកាត់	កុមារបានកើតក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៨.៧១៥	៧.៧៨៩	៨.២០០	៧.២៥៣	៣.៣២២
ការថែទាំម្តាយក្រោយសម្រាលកូន	ភាគរយនៃស្ត្រីដែលបានទទួលការពិនិត្យក្រោយសម្រាលក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រាលកូនចុងក្រោយ	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	n/a	៣.០៨៣	៣.១៨៧	២.៩៤៤	៣.២៥៤
ការថែទាំបន្ត	ភាគរយនៃស្ត្រីដែលបានទទួលការថែទាំណាមួយនៃ ANC (ជួប ៤ ដងឡើង) អ្នកសម្រាលកូនដែលមានជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល	ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ សម្រាប់កំណើតរស់ ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	n/a	៣.០៨៣	៣.១៨៧	២.៩៤៤	៣.២៥៤

១ ទំហំគម្រូCDHSឆ្នាំ ២០០០ ទៅ ២០១៤ សម្រាប់កំណើតរស់ ៥ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត CDHSឆ្នាំ ២០២១-២២ សម្រាប់កំណើតរស់ ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត

តារាង ៣ សូចនាករសុខភាពកុមារបានបញ្ចូលក្នុងការវិភាគ

សូចនាករ	និយមន័យ	ប្រជាជន	ទំហំគម្រូ[១]				
			២០០០	២០០៥	២០១០	២០១៤	២០២១-២២
ការប៉ាន់ស្មានរបស់ម្ដាយអំពីទំហំទារកនៅពេលកើត	ភាគរយនៃការចែកចាយកំណើតក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំមុនអង្កេតដោយការប៉ាន់ស្មានរបស់ម្ដាយអំពីទំហំទារកនៅពេលកើត	កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ	៨.៧១៥	៧.៧៨៩	៨.២០០	៧.២៥៣	៣.៣២២
ការចាប់ផ្ដើមដំបូងនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ	ក្នុងចំណោមកូនចុងក្រោយដែលកើតក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត ភាគរយអ្នកដែលចាប់ផ្ដើមបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយក្នុងរយៈពេល ១ ម៉ោង	កំណើតចុងក្រោយបំផុតក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត	៧.៨២៥	៥.៧១១	៣.១៨៧	២.៩៤៤	៣.៣២២
ការចាក់ថ្នាំបង្ការពេញលេញ	ភាគរយនៃកុមារអាយុពី ១២-២៣ ខែ ដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការជាក់លាក់នៅពេលណាមួយមុនអង្កេត (យោងតាមកាតវ៉ាក់សាំង ឬការរាយការណ៍របស់ម្ដាយ)	កុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ	១.២៥៣	១.៥១៧	១.៦១៤	១.៤៦០	១.៦៤១
ការស្វែងរកការថែទាំជំងឺរាគពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬអ្នកផ្ដល់សេវាសុខភាព	ក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំដែលមានជំងឺរាគ ក្នុងរយៈពេល ២ សប្ដាហ៍មុនអង្កេត ភាគរយអ្នកទទួលបានការប្រឹក្សា ឬការព្យាបាល ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬអ្នកផ្ដល់សេវាសុខភាព	កុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំមានជំងឺរាគ ក្នុងរយៈពេល ២ សប្ដាហ៍មុនអង្កេត	១.៣៨៥	១.៤២០	១.១៦១	៩០២	៤៧៧
ORT ឬសារធាតុរាវ	ក្នុងចំនោមកុមារអាយុក្រោម ៥	កុមារអាយុក្រោម ៥	១.៣៨៥	១.៤២០	១.១៦១	៩០២	៤៧៧

កើនឡើងជាផ្នែកនៃការព្យាបាលចំពោះកុមារដែលរាគ	ឆ្នាំដែលរាគក្នុង ២សប្តាហ៍មុនអង្កេត ភាគរយដែលបានផ្តល់ ORT ឬកើនឡើងសារជាតុរាវ	ឆ្នាំមានជំងឺរាគ ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត					
ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ៖ ក្រិន	ភាគរយនៃកុមារអោយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ដែលមានគម្លាតយ៉ាងហោចណាស់ ២ ស្តង់ដារ ទាបជាងមធ្យមសម្រាប់ចំនួនប្រជាជនយោងសម្រាប់កម្ពស់និងអាយុ	កុមារអោយុក្រោម ៥ ឆ្នាំជាមួយនឹងការវាយតម្លៃ មនុស្សមាឌ	៣.៣៧២	៣.៥៨៧	៣.៩៧៥	៤.៨៩៣	៤.២៣៤

១ និយមន័យកុមារអោយុក្រោម ៥ ឆ្នាំសម្រាប់ CDHS ២០២១-២២ គឺកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេតដោយការប៉ាន់ស្មានរបស់ម្តាយអំពីទំហំទារកនៅពេលកើត

និយមន័យនៃសូចនាករសំខាន់ៗទាំងនេះបានផ្លាស់ប្តូរតាមអង្កេត។ ដើម្បីធានាបាននូវការប្រៀបធៀបរវាងការអង្កេត ដូចជានិយមន័យនៃអថេរមួយចំនួនត្រូវបានធ្វើស្តង់ដារៈ

- អង្កេតឆ្នាំ ២០០០ បានវាយតម្លៃតែការថែទាំក្រោយសម្រាល PNC ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានសម្រាលកូននៅផ្ទះ ធៀបនឹងស្ត្រីទាំងអស់នៅក្នុងការធ្វើអង្កេត។ លើសពីនេះទៀត នៅក្នុងអង្កេត សូចនាករនេះត្រូវបានសួរសម្រាប់តែស្ត្រីដែលមានកូនក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនអង្កេតប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះហើយ យើងមិនបានវិភាគ PNC សម្រាប់ស្ត្រីដែលត្រូវបានសម្ភាសក្នុង CDHS ឆ្នាំ ២០០០ ទេ ហើយសម្រាប់អ្វីដែលនៅសល់ យើងបង្ហាញលទ្ធផលតែក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានកូនក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំចុងក្រោយមុនការអង្កេតប៉ុណ្ណោះ។
- ក្នុងចំណោមសូចនាករសុខភាពកុមារ យើងពិនិត្យមើលនិន្នាការនៃការព្យាបាលដោយប្រើជាតិទឹក ORT ដែលផ្តល់ឱ្យកុមារដែលមានរោគសញ្ញារាគក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍មុនអង្កេត។ នៅក្នុងអង្កេតដំបូងបំផុត និយមន័យនេះរួមបញ្ចូលនូវដំណោះស្រាយជាតិទឹក ORS វត្ថុរាវក្នុងផ្ទះដែលបានណែនាំ RHF ទឹកអង្ករ ឬសារជាតុរាវ។ សម្រាប់អង្កេតចំនួនបួនដង ដើម្បីប្រៀបធៀបតាមពេលវេលា យើងបានកំណត់ ORT ថាជាការទទួល ORS ឬសារជាតុរាវ។
- សម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដំបូង សូចនាករត្រូវបានគណនាសម្រាប់ទារកដែលកើតចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត ដើម្បីធានាបាននូវការប្រៀបធៀបគ្នា។ នៅឆ្នាំ ២០០០ ការធ្វើអង្កេតបានរួមបញ្ចូលកុមារទាំងអស់ដែលកើតក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត ហើយនៅឆ្នាំ ២០០៥ រួមបញ្ចូលតែកុមារដែលកើតចុងក្រោយក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ រីឯឆ្នាំ ២០២១-២២ ចំនួនប្រជាជនមូលដ្ឋានសម្រាប់សូចនាករសុខភាព គឺ ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត។

អ្នកសម្ភាសន៍ក្នុងអំឡុងពេលអង្កេតរបស់ CDHS ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២ ត្រូវបានស្នើសុំឱ្យប្រមូលទិន្នន័យអំពីបងប្អូនបង្កើតពីម្តាយតែមួយរបស់អ្នកឆ្លើយតបជាស្ត្រី។ ព័ត៌មានផ្នែកនេះត្រូវបានចងក្រងតាមលំដាប់លំដោយដោយចាប់ផ្តើមពីកូនច្បង និងរួមបញ្ចូលការរស់រានមានជីវិតរបស់បងប្អូនបង្កើតនីមួយៗ អាយុបច្ចុប្បន្ននៃបងប្អូនបង្កើតដែលនៅរស់រានមានជីវិត ឆ្នាំដែលបានស្លាប់ ឬឆ្នាំតាំងពីពេលស្លាប់របស់បងប្អូនបង្កើត និងអាយុនៅពេលស្លាប់នៃបងប្អូនបង្កើត។

ការគណនាដោយផ្ទាល់នៃមរណភាពមាតាប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអំពីអាយុរបស់បងប្អូនស្រីដែលនៅរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងការធ្វើអង្កេត អាយុនៃពេលស្លាប់របស់បងប្អូនស្រីដែលបានស្លាប់ និងចំនួនឆ្នាំចាប់តាំងពីពេលស្លាប់របស់បងប្អូនស្រី។ សម្រាប់បងប្អូនស្រីណាម្នាក់ដែលបានស្លាប់នៅអាយុ ១២ ឆ្នាំឡើងទៅ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវបានសួរសំណួរបន្ថែម ទាក់ទងនឹងមាតុភាព ដូចជាតើបងប្អូនស្រីមានផ្ទៃពោះឬទេពេលគាត់ស្លាប់? ហើយប្រសិនបើគ្មាន តើបងប្អូនស្រីស្លាប់ក្នុងពេលសម្រាលឬទេ? បើមិនដូច្នេះទេ ថាតើបងប្អូនស្រីបានស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្តល់កំណើត ឬការបញ្ចប់មាតុភាព។ ការចុះបញ្ជីបងប្អូនបង្កើតទាំងអស់តាមលំដាប់លំដោយនៃកំណើតរបស់ពួកគាត់ ត្រូវបានជឿថានាំឱ្យមានការរាយការណ៍អំពីព្រឹត្តិការណ៍កាន់តែប្រសើរ ផ្ទុយពីការស្វែងរកតែព័ត៌មានអំពីបងប្អូនស្រី។

ការវិភាគនេះរួមបញ្ចូលការប្រៀបធៀបនិន្នាការតាមពេលវេលា។ យើងបានពិនិត្យមើលនិន្នាការនៃការស្លាប់របស់ទារក និងកុមារពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២។ ការវាយតម្លៃឆ្ពោះទៅរក CMDGs និង CSDGs និងការប្រៀបធៀបដោយសេដ្ឋកិច្ច (សន្ទស្សន៍បញ្ចភាគទ្រព្យសម្បត្តិ) តាមតំបន់ ទីប្រជុំជនធៀបនឹងជនបទ តាមការអប់រំ និងអាយុរបស់ម្តាយជាដើម។

យើងបានធ្វើការសាកល្បង ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណនៃការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗរវាងអង្កេតនីមួយៗ ក៏ដូចជារវាងការធ្វើអង្កេតដំបូង (CDHS ២០០០) និងការធ្វើអង្កេតចុងក្រោយបំផុត (CDHS ២០២១-២២)។

៣ លទ្ធផល

៣.១ មរណភាពមនុស្សពេញវ័យ និងមាតា

៣.១.១ មរណភាពមនុស្សពេញវ័យ

ការគណនាដោយផ្ទាល់នៃមរណភាពមនុស្សពេញវ័យទាំងបុរស និងស្ត្រីត្រូវបានទទួលពីទិន្នន័យដែលប្រមូលបានតាមរយៈប្រវត្តិបងប្អូនបង្កើត។ អត្រាមរណភាពតាមអាយុជាក់លាក់ត្រូវបានគណនាដោយការបែងចែកចំនួននៃមរណ ក្នុងក្រុមអាយុនីមួយៗ ដោយមនុស្សសរុប-ឆ្នាំនៃការប៉ះពាល់នៅក្នុងក្រុមអាយុនោះក្នុងអំឡុងពេលវេលាយោងដែលបានបញ្ជាក់។ **តារាងទី ៤** បង្ហាញពីការគណនាដោយផ្ទាល់ ដោយរួមបញ្ចូលបុរស និងស្ត្រីដែលមានបងប្អូនបង្កើតរបស់អ្នកឆ្លើយសំណួរដែលមានការប៉ះពាល់ ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃការកើនឡើងដែលអាចកើតមានក្នុងរយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំចាប់តាំងពីឆ្នាំបញ្ចប់ត្រឹមសូន្យ និងប្រាំ ដែលគណនាដោយផ្ទាល់ត្រូវបានបង្ហាញសម្រាប់រយៈពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនពេលធ្វើអង្កេត ដែលប្រហាក់ប្រហែល[១] ចាប់ពីឆ្នាំ ១៩៩៤-២០០០ សម្រាប់ CHDS ២០០០ ចាប់ពីខែមករា ឆ្នាំ ១៩៩៩ ដល់ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ សម្រាប់ CDHS ២០០៥ ចាប់ពីខែកក្កដា ឆ្នាំ ២០០៤ ដល់ខែមករា ឆ្នាំ ២០១១ ចាប់ពីខែមិថុនា ឆ្នាំ ២០០៨ ដល់ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១៤ និងចុងឆ្នាំ ២០១៤ និងដើមឆ្នាំ ២០១៥ ដល់ចុងឆ្នាំ ២០២១ និងដើមឆ្នាំ ២០២២។ យើងបានប្រមូលទិន្នន័យដែលមានអាយុ ពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំចំនួនបុរសស្លាប់ច្រើនជាងចំនួនស្ត្រីក្នុងរយៈពេល ០-៦ ឆ្នាំគ្រប់មុនការធ្វើអង្កេត។

មរណភាពមាតា គឺជាសំណុំរងនៃមរណភាពមនុស្សពេញវ័យ ការប៉ាន់ស្មាននៃការស្លាប់របស់មនុស្សពេញវ័យត្រូវបានគណនាមុនពេលការប៉ាន់ស្មាននៃមរណភាពមាតា។ ប្រសិនបើការប៉ាន់ស្មានសម្រាប់ការស្លាប់របស់មនុស្សពេញវ័យទាំងមូល ក្នុងអំឡុងពេល ៧ ឆ្នាំនៃអង្កេតបង្ហាញគម្រូជាទូទៅ ស្ថិរភាព និងអាចជឿទុកចិត្តបាន នោះការជឿជាក់ត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យការប៉ាន់ស្មានមរណៈមាតាដែលបានមកនៅពេលនោះ។

ការវាយតម្លៃនៃភាពអាចជឿជាក់បាន និងស្ថេរភាពនៃអត្រាមរណភាពមនុស្សពេញវ័យ គឺជាមធ្យោបាយមួយដើម្បីវាយតម្លៃគុណភាពនៃទិន្នន័យដែលប្រើដើម្បីប៉ាន់ស្មានអត្រាមរណភាពមាតា។ អត្រាមិនអាចកំណត់បាននៃការស្លាប់របស់មនុស្សពេញវ័យនោះ អត្រានេះផ្អែកលើសំណុំរងនៃការស្លាប់ (ជាពិសេសការស្លាប់របស់ម្តាយ) អាចផ្តល់បញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរ។

អាយុរាយការណ៍នៅពេលស្លាប់ និងចំនួនឆ្នាំចាប់តាំងពីការស្លាប់របស់បងប្អូនប្រុសស្រីរបស់អ្នកផ្តល់ចម្លើយ ត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើការគណនាដោយផ្ទាល់នៃមរណភាពមនុស្សពេញវ័យ។ ដើម្បីគណនាការភាពខុសប្លែកគ្នានៃការស្លាប់ដោយផ្អែកលើអាយុ និងភេទ របាយការណ៍នេះត្រូវបានបង្ហាញពីអត្រាមរណភាពតាមអាយុ និងភេទ។

---

[១] រយៈពេលមិនច្បាស់លាស់ទេ ពីព្រោះដូចទៅនឹងការគណនា DHS ទាំងអស់នៃពេលវេលាប៉ះពាល់ ការប៉ះពាល់ត្រូវបានគណនាដាច់ដោយឡែកសម្រាប់អ្នកឆ្លើយតបនីមួយៗ ដោយរាប់ថយក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទនៃការសម្ភាសន៍ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការសម្ភាសន៍នៅក្នុង CDHS មានរយៈពេលប្រាំមួយខែ។

តារាង ៤ ចំនួន និងអត្រាមរណភាពបុរស និងស្ត្រី

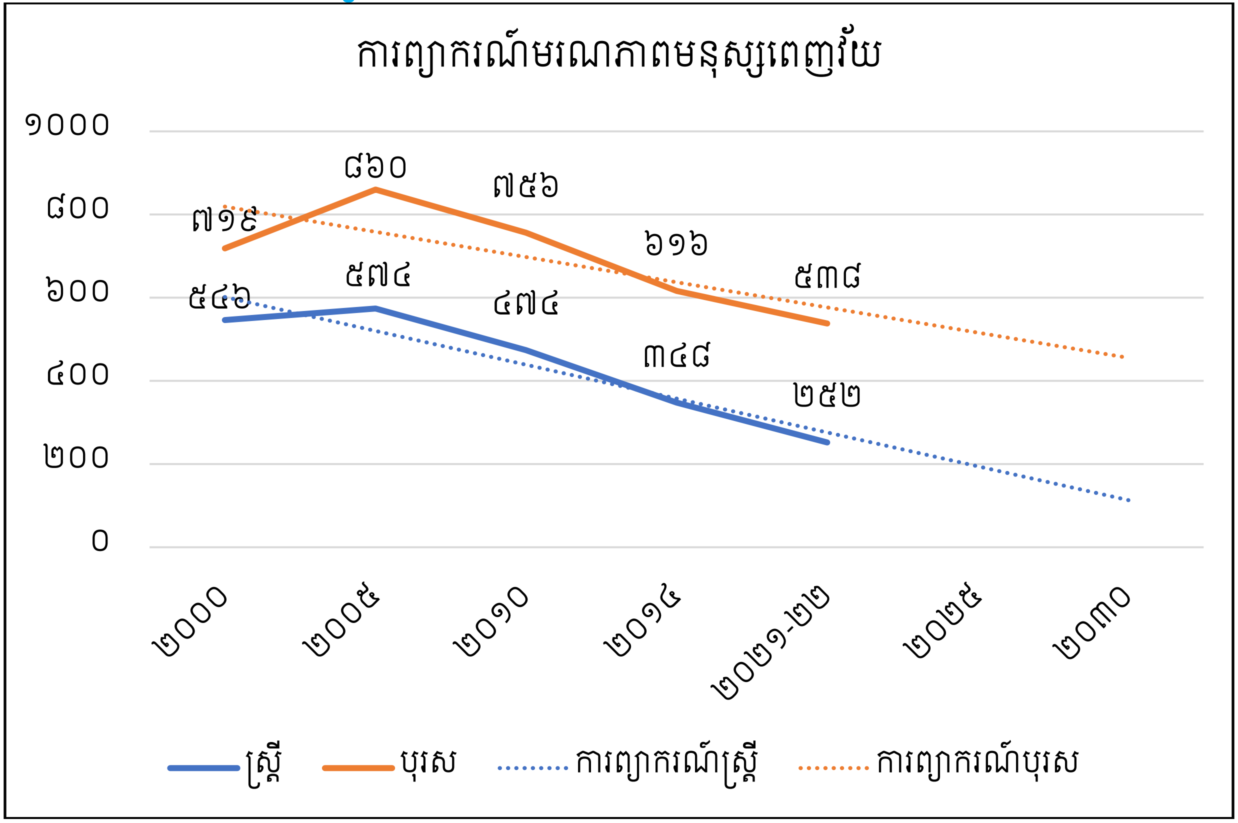
CDHS	២០០០			២០០៥			២០១០			២០១៤			២០២១-២២		
អាយុ	ចំនួនស្លាប់	ចំនួនមនុស្សពេញវ័យក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាព[១]	ចំនួនស្លាប់	ចំនួនមនុស្សពេញវ័យក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាព[១]	ចំនួនស្លាប់	ចំនួនមនុស្សពេញវ័យក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាព[១]	ចំនួនស្លាប់	ចំនួនមនុស្សពេញវ័យក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាព[១]	ចំនួនស្លាប់	ចំនួនមនុស្សពេញវ័យក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាព[១]
ស្ត្រី															
១៥-១៩	៥១	២៦.២០៤	១,៩៥	៣៨	៣៧.៧៧០	១,០២	៤១	៣៨.៦៩៥	១,១០	៣១	៣៣.១៥៩	០,៩៣	១១	២២.៥១២	០,៤៧
២០-២៤	៧៣	២៧.៩២៥	២,៦៣	៦០	៣៤.៦៣៣	១,៧៣	៤១	៤៤.៤៦០	០,៩០	៣២	៤០.៩០៩	០,៧៨	២៣	៣៣.១១៧	០,៧០
២៥-២៩	៩៤	៣០.៩១៦	៣,០៤	៧៨	២៨.៤២៨	២,៧៦	៥៧	៣៨.២៤២	១,៥០	៤០	៤០.៩០០	០,៩៨	២៨	៤០.៤២៦	០,៦៩
៣០-៣៤	៨០	២៨.៧៩២	២,៧៨	១២១	២៩.៩០៤	៤,០៥	៥៣	២៨.៦៩០	១,៩០	៤៦	៣០.៦០៦	១,៥០	៤៥	៤១.១៤៧	១,០៩
៣៥-៣៩	១០៣	២៣.៣៨៨	៤,៤៣	១០២	២៦.៤២០	៣,៨៦	៧៩	២៦.៩៩១	២,៩០	៤៧	២៣.៥៩០	១,៩៩	៥២	៣៣.៧៤១	១,៥៤
៤០-៤៤	៨៥	១៥.៧៨៤	៥,៤១	៩៩	១៩.៥០៨	៥,០៦	១០១	២១.០៦៩	៤,៨០	៧៦	១៩.៣២១	៣,៩៣	៥២	២០.៦៨៥	២,៥០
៤៥-៤៩	៥៨	៩.៣៨៥	៦,២០	៧៦	១២.៥៨៨	៦,០១	១០១	១៤.៩៩៨	៦,៧០	៧៦	១៤.០៧១	៥,៤៣	៤១	១៤.៤២៩	២,៨៧
១៥-៤៩	៥៤៦	១៦២.៣៩៤	៣,៤៧[a]	៥៧៤	១៨៩.២៥២	៣,១២a	៤៧៤	២១៣.១៤៣	២,៥[a]	៣៤៨	២០២.៥៥៧	១,៩៦[a]	២៥២	២០៦.០៥៧	១,៣០a

បុរស																
១៥-១៩	៧០	២៨.២៦៨	២,៤៩	៦២	៣៧.៦៨៧	១,៦៣	៦៤	៤០.៥៨៥	១,៦០	៤៦	៣៤.២៥៨	១,៣៦	៤១	២៤.០៨៩	១,៧១
២០-២៤	១៣៧	២៨.៩០៣	៤,៧៥	៩២	៣៦.៥៧០	២,៥១	៨៦	៤៦.៦៩៤	១,៨០	៨២	៤១.៦២៨	១,៩៨	៤៨	៣៥.៥៦៩	១,៣៥
២៥-២៩	១២២	៣០.៩៨៣	៣,៩៣	១២០	២៩.០១៧	៤,១៤	១១០	៣៩.៥៨៧	២,៨០	៧១	៤០.៥៨៦	១,៧៥	៦០	៤២.៩៩២	១,៤០
៣០-៣៤	១៤៨	២៧.៨៣៥	៥,៣៣	២០១	២៨.៩៥៣	៦,៩៣	១២៤	២៩.១៤៥	៤,៣០	៨៨	៣១.៥១៥	២,៨០	៧៩	៤២.១៧៩	១,៨៧
៣៥-៣៩	១៣៣	១៨.៦៧០	៧,១៥	១៥១	២៤.១៦៥	៦,២៥	១៣០	២៥.៥២១	៥,១០	១១៥	២២.៧០៩	៥,០៥	១២២	៣៣.៨២០	៣,៦០
៤០-៤៤	៦៦	១០.៩៣៩	៦,០៨	១៤១	១៥.៨៨១	៨,៩០	១៥៥	១៨.៨២៨	៨,២០	១២៥	១៧.៤១៨	៧,១៥	៩២	២០.៣៨៤	៤,៥១
៤៥-៤៩	៤២	៧.១១៦	៥,៨៨	៩៣	៨.៨៤៧	១០,៥២	៨៦	១០.៨៤០	៨,០០	៨៨	១១.៨៦៦	៧,៤៥	៩៦	១៣.៥៤៩	៧,០៨
១៥-៤៩	៧១៩	១៥២.៧១៤	**៤,៧៩**[a]	៨៦០	១៨១.១២១	**៥,១៨**[a]	៧៥៦	២១១.១៩៩	**៤,១**[a]	៦១៦	១៩៩.៩៧៩	**៣,៥០a**	៥៣៨	២១២.៥៧៩	**២,៨១a**

១ គិតក្នុងចំណោម ១.០០០ នាក់

a អត្រាសម្រួលតាមអាយុ

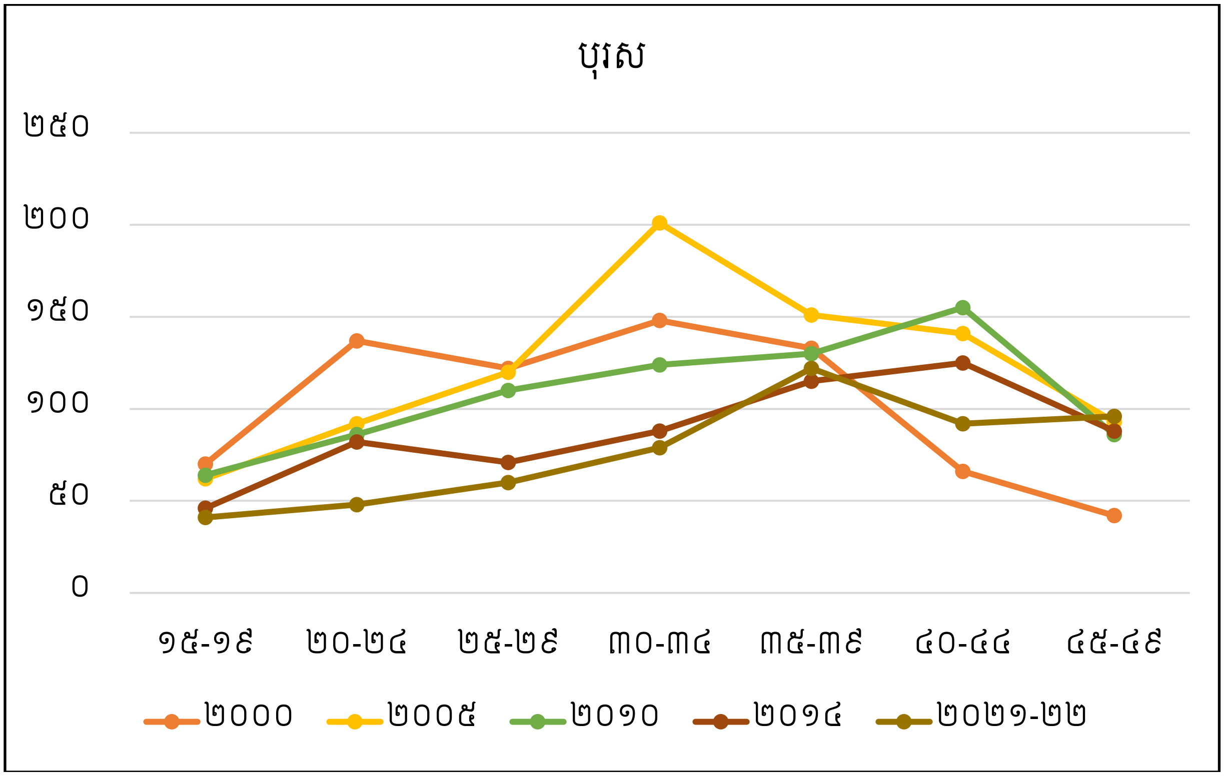
រូបទី ១ ចំនួនមរណភាពបុរស ស្ត្រី និងការព្យាករណ៍តាមឆ្នាំ



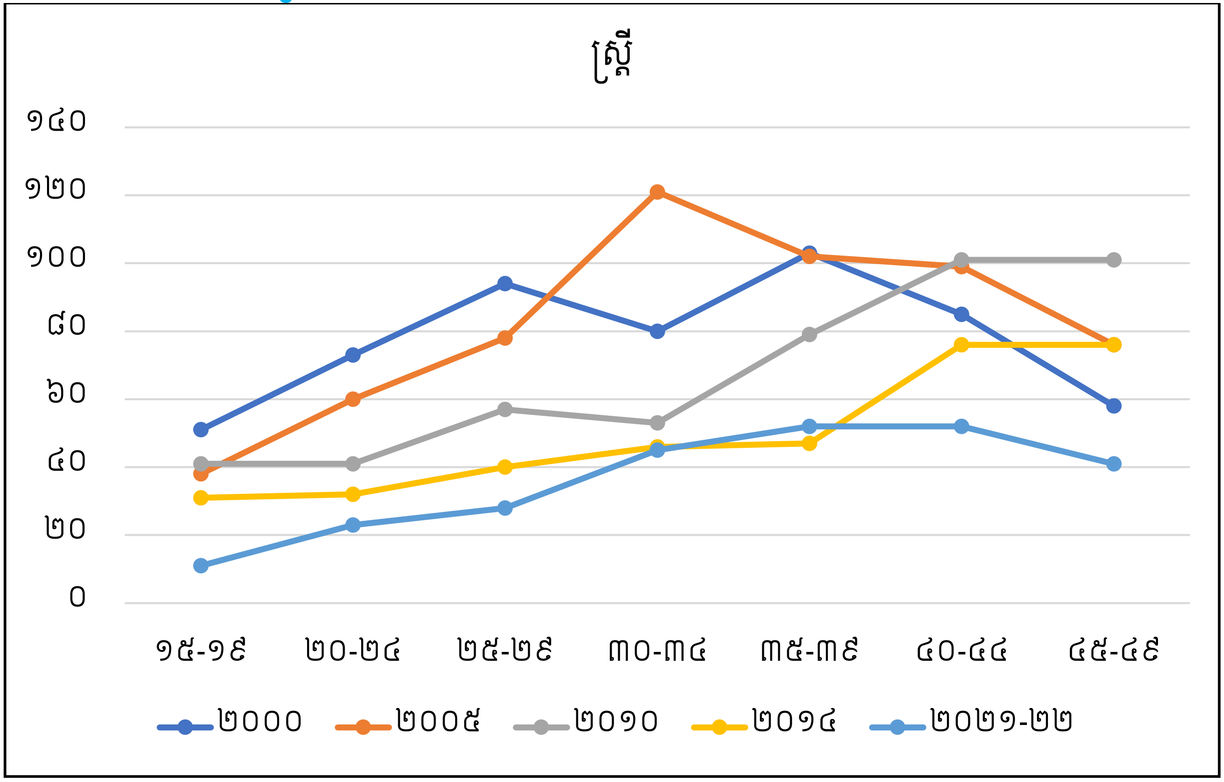
រូបទី ១ បង្ហាញពីនិន្នាការថយចុះជារួមនៃអត្រាមរណភាពមនុស្សពេញវ័យទាំងបុរស និងស្ត្រីពីឆ្នាំ ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២។ និន្នាការជារួម យើងអាចមើលឃើញថាមានការកើនឡើងនៃចំនួនអ្នកស្លាប់ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០០៥។ គួរកត់សម្គាល់ផងដែរថាអត្រាមរណភាពមនុស្សពេញវ័យរបស់បុរសខ្ពស់ជាងស្ត្រី ហើយនេះអាចជាផលវិបាកនៃការស្លាប់របស់បុរសកាន់តែខ្ពស់ក្នុងរបបខ្មែរក្រហម។

សង្គ្រាមក្រោយរបបខ្មែរក្រហមបានបន្តរហូតដល់ការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងសន្តិភាពទីក្រុងប៉ារីសឆ្នាំ ១៩៩៣ សង្គ្រាមនេះបានរួមចំណែកដល់សមាមាត្រភេទខ្ពស់នៃបងប្អូនប្រុសស្រីដែលបានស្លាប់។ ចំនួននៃការស្លាប់របស់មនុស្សពេញវ័យបានថយចុះជាបន្តបន្ទាប់ចាប់តាំងពី CDHS ២០០៥ ដល់ ២០២១-២២ ទាំងបុរស និងស្ត្រី ស្ថានភាពនេះត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបន្តរហូតដល់ឆ្នាំ ២០៣០។

រូបទី ២ ចំនួនមរណភាពបុរសតាមក្រុមអាយុ និងឆ្នាំ



រូបទី ៣ ចំនួនមរណភាពស្ត្រីតាមក្រុមអាយុ និងឆ្នាំ



រូបទី ២ និងទី ៣ បានបង្ហាញពីចំនួននៃមរណភាពទាំងបុរស និងស្ត្រីស្ថិតក្នុងក្រុមអាយុពី ៣០-៣៤ ឆ្នាំ ខ្ពស់ជាងក្រុមអាយុផ្សេងទៀតក្នុងឆ្នាំ ២០០៥។ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ និង ២០១០ ចំនួននៃមរណភាពរបស់ស្ត្រីត្រូវបានធ្លាក់ចុះនៅក្រុមអាយុ ៣០-៣៤ ដូចគ្នា។ ជាទូទៅចំនួនមរណភាពធ្លាក់ចុះបន្តិច និងនៅថេរក្នុងក្រុមអាយុ ៤០-៤៩ ទាំងបុរស និងស្ត្រីនៅគ្រប់ឆ្នាំនៃការធ្វើអង្កេត។

៣.១.២ មរណភាពមាតា

តារាង ៥ ការចែកចាយស្ត្រីដែលមានអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំដែលមានកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេត យោងតាមចរឹកលក្ខណៈ CDHSឆ្នាំ ២០០០ ឆ្នាំ២០០៥ ឆ្នាំ២០១០ ឆ្នាំ២០១៤ និងឆ្នាំ២០២១-២២

ចរឹកលក្ខណៈអង្កេត	២០០០		២០០៥		២០១០		២០១៤		២០២១-២២	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N[1]
តំបន់										
ទីប្រជុំជន	១៣,៦	៧៧៩	១៤,១	៨២៧	១៦,២	១.០៥០	១៤,៧	៨៧៦	៣៨,៥	១.២៥២
ជនបទ	៨៦,៤	៤.៩៣៥	៨៥,៩	៥.០៣៩	៨៣,៨	៥.៤២១	៨៥,៣	៥.០៩៦	៦១,៥	២.០០៣
តំបន់										
ភ្នំពេញ	៥,៩	៣៣៦	៨,១	៤៧៦	៨,៣	៥៣៨	៩	៥៣៥	១៤,២	៤៦២
ភ្នំ	៤១,៩	២.៣៩៣	៣៩,៧	២.៣២៩	៤០	២.៥៨៧	៣៦,៧	២.១៩៣	៣៤,៤	១.១២០
បឹងទន្លេសាប	៣១,៨	១.៨១៩	៣១	១.៨១៦	៣០,៣	១.៩៥៨	២៩,៩	១.៧៨៥	២៩,៦	៩៦៣
សមុទ្រ	៧,៩	៤៥១	៧,៤	៤៣៧	៦,៨	៤៤០	៦,៣	៣៧៨	៦,៥	២១១
ខ្ពង់រាប	១២,៥	៧១៥	១៣,៨	៨០៧	១៤,៧	៩៥៨	១៨,១	១.០៨១	១៥,៣	៤៩៨
សន្ទស្សន៍បញ្ញាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ										
ទាបបំផុត	២៥,១	១.៤៣៦	២៥,២	១.៤៧៧	២៤,៥	១.៥៨៥	២២,៨	១.៣៥៩	២០,៦	៦៧០
ទាប	២២,២	១.២៦៩	២២,៥	១.៣២០	២១,៣	១.៣៨០	២០,៣	១.២១៥	១៩,៦	៦៣៩
កណ្តាល	២០,២	១.១៥២	១៨,៤	១.០៧៧	១៩	១.២២៩	១៩	១.១៣៣	១៩,៧	៦៤១
ខ្ពស់	១៨,៣	១.០៤៣	១៧,១	១.០០៣	១៧,៩	១.១៥៥	១៧,៩	១.០៦៩	២១,៥	៦៩៩
ខ្ពស់បំផុត	១៤,៣	៨១៤	១៦,៩	៩៨៨	១៧,៤	១.១២៣	២០	១.១៩៦	១៨,៦	៦០៥

កម្រិតសិក្សាអប់រំ										
មិនបាន ចូលរៀន	៣២	១.៨២៧	២៣,១	១.៣៥៦	១៧,៥	១.១៣៣	១៣,៥	៨០៥	១០,៦	៣៤៦
បឋមសិក្សា	៥៣,៧	៣.០៦៩	៥៩,៤	៣.៤៨២	៥៦,២	៣.៦៣៥	៥១,៩	៣.១០០	៣៩,៣	១.២៨០
មធ្យម សិក្សាឡើង	១៤,៣	៨១៨	១៧,៥	១.០២៨	២៦,៣	១.៧០៣	៣៤,៦	២.០៦៨	៥០	១.៦២៨
អាយុពេលមានកូន										
<២០	៨,១	៤៦៥	៩,២	៥៤០	៨,៦	៥៥៥	១០,៤	៦២០	០,០៨	២៦៨
២០-៣៤	៦៨,៦	៣.៩២១	៧០,២	៤.១១៨	៧៦	៤.៩១៧	៧៩,៥	៤.៧៤៩	០,៧៧	២.៤៩១
៣៥-៤៩	២៣,៣	១.៣២៩	២០,៦	១.២០៦	១៥,៤	៩៩៩	១០,១	៦០៣	០,១៥	៤៩៥
លំដាប់កូន										
១	១៧,១	៩៧៥	២៤,៤	១.៤៣០	៣០,៦	១.៩៨០	៣៥,៣	២.១០៩	៣៣,៦	១.០៩៣
២-៣	៣៥,៩	២.០៥៣	៤០,៥	២.៣៧៨	៤៥,៣	២.៩៣១	៤៧,៤	២.៨២៨	៥៦,៧	១.៨៤៦
៤-៥	២២,៧	១.២៩៦	២០,៥	១.២០០	១៥,៥	១.០០១	១២,៧	៧៦០	៨,៣	២៦៩
៦+	២៤,៣	១.៣៩១	១៤,៦	៨៥៧	៨,៧	៥៦០	៤,៦	២៧៦	១,៤	៤៧
សរុប	១០០	៥.៧១៤	១០០	៥.៨៦៥	១០០	៦.៤៧២	១០០	៥.៩៧៣	១០០	៣.២៥៤

១ ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ មានកូនកើតរស់ក្នុងរយៈពេល ២ ឆ្នាំមុនអង្កេត សម្រាប់CDHS ២០២១-២២

ថ្មីៗនេះអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានពន្យល់ពីបញ្ហានៃការស្លាប់របស់មាតាដោយប្រើម៉ូដែលពន្យារ រួមមាការពន្យារពេលក្នុងការស្វែងរកការថែទាំសុខភាព ការពន្យារពេលក្នុងការទៅដល់កន្លែងថែទាំសុខភាព និងសេវាសុខភាពមិនល្អក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។ ម៉ូដែលនេះបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងកត្តាមនុស្ស ប្រព័ន្ធសុខភាព និងសេដ្ឋកិច្ច សង្គម ដូចជាភាពក្រីក្រ សេវាសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងជំនឿដែលបណ្តាលឲ្យស្លាប់។ បញ្ហានេះបានផ្តល់អត្រាជំងឺឆ្លង ការធ្លាក់ឈាមក្រោយឆ្លងទន្លេ ជម្ងឺលើសឈាម ការរំលូតកូនដោយមិនមានសុវត្ថិភាព និងការពន្យារការធ្វើការងារយូរដែលនាំឲ្យអត្រាមរណភាពមាតា និងមនុស្សពេញវ័យខ្ពស់។

អត្រាមរណភាពមាតាក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.000 នាក់ដែលមានអាយុពី 15-49 ឆ្នាំ និងអត្រាមរណភាពមាតាតាមក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំត្រូវបានគណនាជាផលចែកចំនួននៃការស្លាប់ទាក់ទងមរណភាពមាតាក្នុងចំណោមបងប្អូនស្រីបង្កើត-ចំនួនមាតាសរុបតាមអាយុនិមួយៗ អំឡុងពេល ៧ ឆ្នាំមុនពេលអង្កេត។

ចំនួនបងប្អូនស្រីដែលត្រូវបានរាយការណ៍ថាបានស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ៧ ឆ្នាំ មុនពេលអង្កេត រាប់បញ្ចូលអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬសម្រាលកូន ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រាល ឬបញ្ចប់មាតុភាពតាមក្រុមអាយុពេលស្លាប់ មិនរាប់បញ្ចូលការស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬអំពើហិង្សា។ ចំនួនឆ្នាំនៃរស់រានមានជីវិតតាមក្រុមអាយុនីមួយៗត្រូវបានគណនាសម្រាប់ទាំងបងប្អូនស្រីដែលនៅរស់ (ផ្អែកលើអាយុបច្ចុប្បន្នដែលបានរាយការណ៍) និងបងប្អូនស្រីដែលស្លាប់(ផ្អែកលើអាយុនៅពេលស្លាប់)។ ចំនួនគម្រូបានរួមបញ្ចូលសម្រាប់បងប្អូនស្រី ទាំងរស់និងស្លាប់ អាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល ៧ ឆ្នាំ មុនអង្កេតតាមក្រុមអាយុ ៥ ឆ្នាំ។

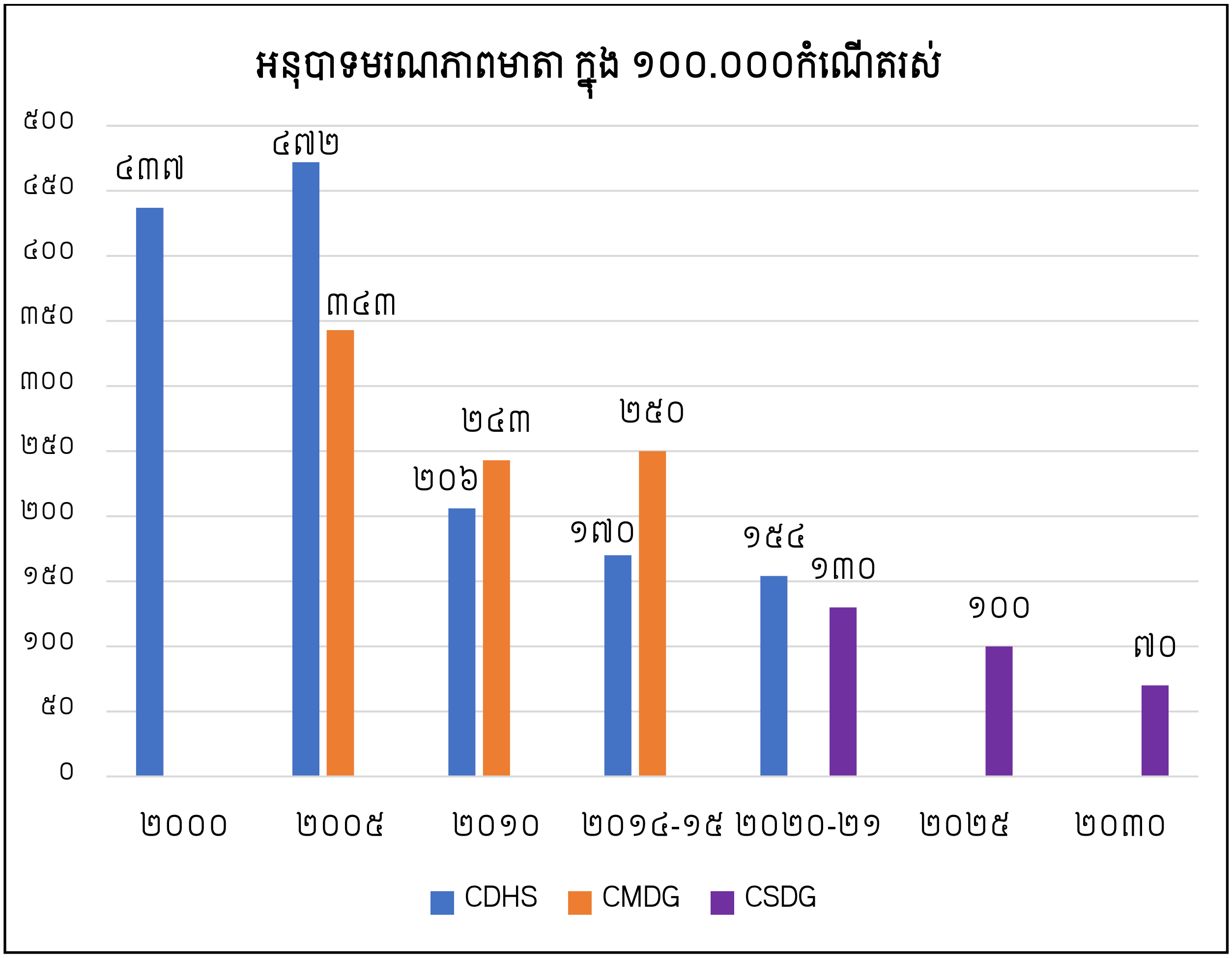
តារាង ៦ ចំនួនមរណភាពមាតាតាមឆ្នាំ និងក្រុមអាយុ

ស្ត្រី	មរណភាពមាតា				
អាយុ	**២០០០**	**២០០៥**	**២០១០**	**២០១៤**	**២០២១-២២**
១៥-១៩	៣	៥	៣	០	០
២០-២៤	១១	៩	៣	៤	៣
២៥-២៩	២៦	១៤	៩	១១	១
៣០-៣៤	២៣	២៨	៨	៥	១០
៣៥-៣៩	២៨	២២	៤	៨	១២
៤០-៤៤	៧	១៦	១១	២	០
៤៥-៤៩	២	៥	២	២	២
១៥-៤៩	**១០០**	**៩៩**	**៤០**	**៣២**	**២៨**

អនុបាទមរណភាពមាតា

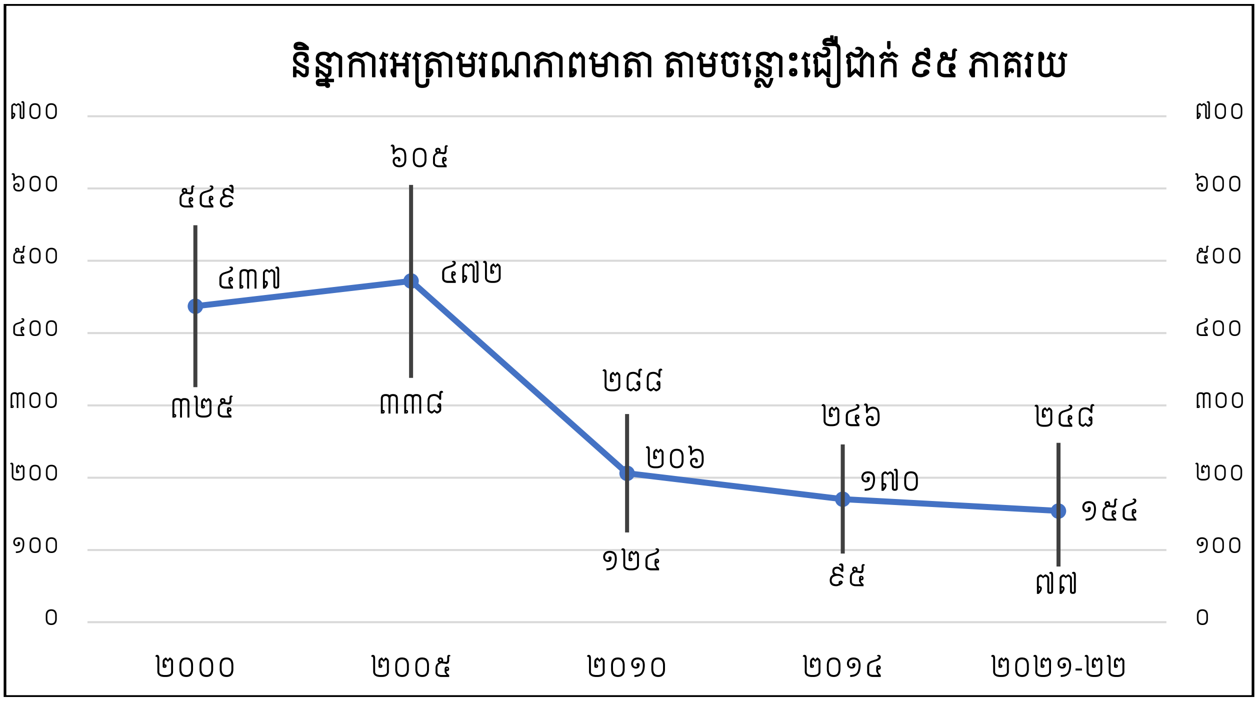
អនុបាទមរណភាពមាតា ជាផលធៀបនៃការស្លាប់របស់មាតាក្នុងចំណោម ១០០.០០០ កំណើតរស់។ អនុបាទមរណភាពមាតាត្រូវបានគណនាជាផលចែកបទដ្ឋានរវាងអត្រាមរណភាពមាតាតាមក្រុមអាយុស្ត្រី ១៥-៤៩ ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេតទៅនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR) សម្រាប់រយៈពេលដូចគ្នា។

រូបទី ៤ អនុបាតមរណភាពមាតា ធៀបទៅនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG

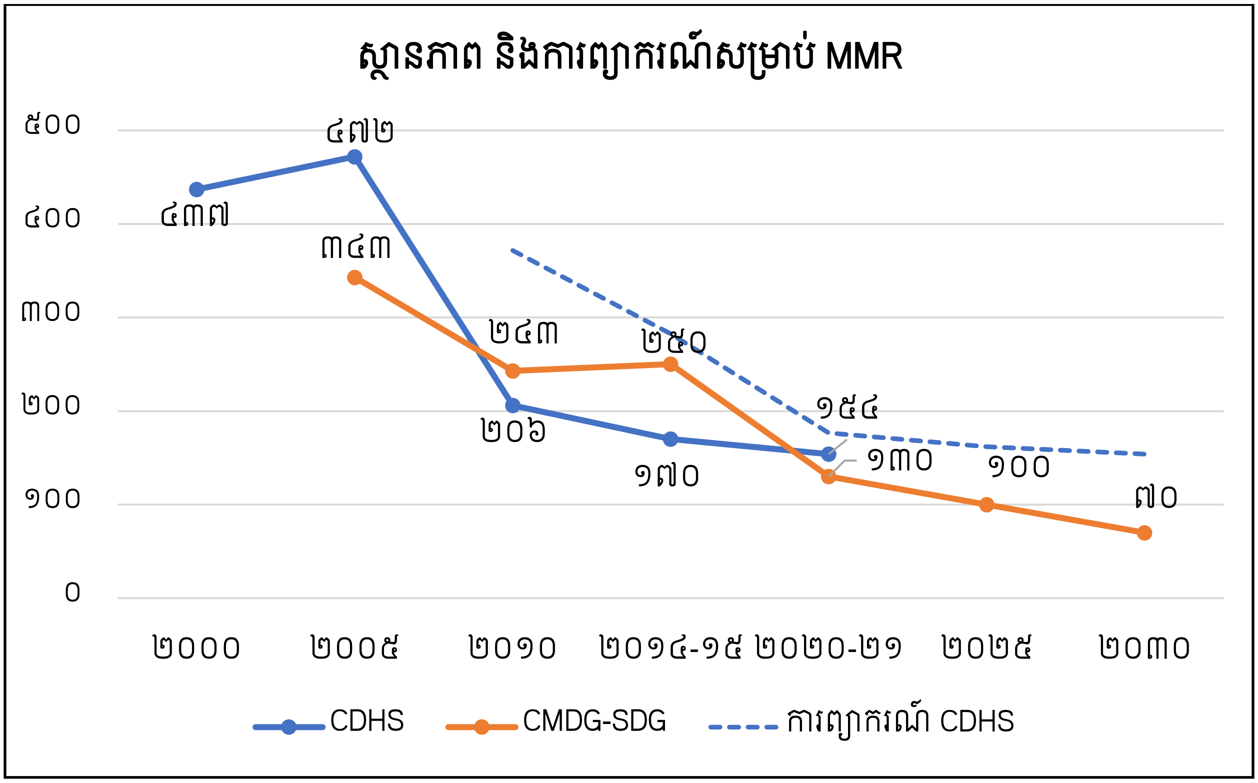


ដូចនៅក្នុងរូបទី ៤ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាបង្ហាញពីវឌ្ឍនភាពគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងការកាត់បន្ថយ MMR ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២។ ជាមួយនឹងទិន្នន័យឆ្នាំ ២០១០ និង ២០១៤ លើសពីគោលដៅ CMDG បើទោះជាយ៉ាងណា កម្ពុជាមានរយៈពេលតែ ៦ ឆ្នាំទៀតប៉ុណ្ណោះចាប់ពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជាលើកចុងក្រោយនេះ ដើម្បីឲ្យឈានដល់គោលដៅ SDG ដែលបានកំណត់ MMR ឲ្យទាបជាង ៧០ សម្រាប់ ១០០.០០០ កំណើតរស់ត្រឹមឆ្នាំ ២០៣០។

រូបទី ៥ និន្នាការនៃអនុបាតមរណភាពមាតា ដោយចន្លោះជឿជាក់បាន ៩៥ ភាគរយ



រូបទី ៦ និន្នាការ និងការព្យាករណ៍ អនុបាតមរណភាពមាតា ទៅឆ្នាំ២០៣០ ដោយប្រើប្រាស់ម៉ូដែលផ្លាស់ទីមធ្យម



រូបទី ៥ បង្ហាញពីនិន្នាការរបស់ MMR ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ ការប្រែប្រួលគួរឱ្យកត់សម្គាល់បានកើតឡើង។ ទោះបីជាមានការកើនឡើង MMR ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០០៥ ក៏ដោយ វាមិនបានបង្ហាញថា MMR មានការប្រែប្រួលស្ថិតិទេ ដោយសារតែចន្លោះជឿជាក់ ៩៥ ភាគរយ ត្រួតស៊ីគ្នាដែលបង្ហាញថា MMR មិនបានប្រែប្រួលរវាងអង្កេតទាំងពីរនេះ។

ប៉ុន្តែបើពិនិត្យមើល CDHS ២០០៥ ដល់ ២០១០ ការថយចុះនៃ MMR ក្លាយជាភស្តុតាង និងបានពណ៌នាពីការថយចុះគួរឱ្យកត់សម្គាល់។ ផ្ទុយទៅវិញ តួលេខឆ្នាំ ២០១០ ឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០២១-២២ នៅតែមិនមានការប្រែប្រួល ហើយមិនបង្ហាញពីការថយចុះនោះទេ ព្រោះតែមានការត្រួតស៊ីគ្នានៃចន្លោះជឿជាក់ ៩៥ ភាគរយ។

សូចនាករជាច្រើនបានបង្ហាញពីភាពប្រសើរឡើងនៃសុខភាពមាតា។ ជាឧទាហរណ៍ និន្នាការនៃការសម្រាលកូនឆ្នាំ ២០១៧-២០២១ បានបង្ហាញថា ជិត ៩០ ភាគរយនៃកំណើតទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាឥឡូវនេះ បានសម្រាលជាមួយគ្រូពេទ្យមានជំនាញ នេះបើយោងតាមទិន្នន័យរបស់ CDHS។ **រូបទី ៦** បង្ហាញពីការធ្លាក់ចុះនៃ MMR និងឆ្លុះបញ្ចាំងពីការកើនឡើងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជា ជាមួយនឹងកត្តាជាច្រើនដែលអាចរួមចំណែកដល់វឌ្ឍនភាពនេះមានដូចជា៖ ១) សមាមាត្រទាំងពីរនៃការសម្រាលជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល និងការសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល បានកើនឡើងយ៉ាងច្រើនក្នុងកំឡុងឆ្នាំ ២០០៥-២០១០។ ២) មានការប្រសើរឡើងក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំផ្នែកសម្ភព និងទារកទើបនឹងកើត (EmONC) បានទូលំទូលាយ ដែលជាមូលដ្ឋានអាចជួយអាយុជីវិតរបស់ម្តាយបាន។ ៣) មានការលើកទឹកចិត្តដល់ឆ្មបសម្រាប់ក្នុងការជួយសម្រាលកូន ដែលបានណែនាំដោយក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) ក្នុងឆ្នាំ ២០០៦។ ៤) កម្រិតអប់រំរបស់ម្តាយមានការប្រសើរឡើង។

រដ្ឋាភិបាលបានអនុវត្តនូវកម្មវិធីចំនួន ១០ ចំណុច ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពមាតា ធ្វើការរំលឹកឡើងវិញនូវការលើកកម្ពស់គុណភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃសេវាថែទាំសុខភាពមាតា និងទារក-កុមារ រួមទាំងអន្តរាគមន៍ផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភ តាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់លើការសម្រាលកូនដោយគ្រូពេទ្យទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល គ្រូពេទ្យ និងផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត (EmONC) និងសេវាពិគ្រោះយោបល់លើគម្លាតនៃកំណើត។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅតំបន់ដាច់ស្រយាលមួយចំនួន ត្រូវបានផ្តល់អាទិភាពដោយរាជរដ្ឋាភិបាល ដូចជា ខេត្តស្ទឹងត្រែង កោះកុង រតនគិរី និងមណ្ឌលគិរី នៅតែបន្តជួបប្រទះនូវ MMR ខ្ពស់ជាងមធ្យមភាគថ្នាក់ជាតិ បើយោងតាមទិន្នន័យព័ត៌មានឃុំ/សង្កាត់ (CDB)។

ការវិភាគស៊ីជម្រៅនៃ MMR មានកំណត់ ដោយសារតែមិនមានទិន្នន័យនៅកម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិ ឬដោយទ្រព្យសម្បត្តិ/ស្តង់ដារនៃការរស់នៅ។

មានកត្តាមិនផ្ទាល់ជាច្រើនទៀតដែលបានជះឥទ្ធិពលជាវិជ្ជមានដល់ MMR រួមមានកម្រិតនៃភាពក្រីក្រ កំណើនផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប (GDP) កើនឡើងជាមធ្យមនៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់គ្រួសារ និងអាយុសង្ឃឹមរស់របស់ស្ត្រីជាដើម។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងមើលអត្រានៃភាពក្រីក្រដែលបានធ្លាក់ចុះពី ៤៧,៨% នៅដើមឆ្នាំ ២០០៧ ដល់ ១៣,៥% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ ជាមួយនឹងការកើនឡើងដល់ ១៧,៨% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៩ ដោយសារតែមានការផ្លាស់ប្តូរឆ្នាំគោលនៃភាពក្រីក្រ កំណើន (GDP) ១៣% ចន្លោះឆ្នាំ ២០០៤ ដល់ ២០០៨ ស្របគ្នាទៅនឹងការថយចុះនៃ MMR។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កំណើន (GDP) ជាមធ្យម ៨,៤៤% ចន្លោះឆ្នាំ ២០១៤ ដល់ឆ្នាំ ២០១៩ អំឡុងពេលដែល MMR នៅតែមានភាពដដែល។ ម្យ៉ាងវិញទៀត អាយុសង្ឃឹមជាមធ្យមរបស់ស្ត្រីជាទូទៅមានការកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំចាប់ពីឆ្នាំ ១៩៩៨ ដល់ឆ្នាំ ២០២០ ពី ៦៣.១ ឆ្នាំក្នុងឆ្នាំ ១៩៩៨ ដល់ ៧៦.៩ ឆ្នាំក្នុងឆ្នាំ ២០២០ រៀងគ្នា។ ផលប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់បន្ថែមទៀតចំពោះ MMR គឺហានិភ័យនៃការស្លាប់របស់ម្តាយ ដោយ CDHS ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២ ដែលថយចុះតិចតួចនៅឆ្នាំ ២០០០ (0,0២) ឆ្នាំ ២០០៥ (0,0១៧) ឆ្នាំ ២០១០ (0,00៦) ឆ្នាំ ២០១៤ (0,00៥) ឆ្នាំ ២០២១-២២ (0,00៤) បង្ហាញពីនិន្នាការស្របគ្នាទៅនឹង MMR។

បន្ថែមពីលើនេះរូបទី ៦ ក៏បង្ហាញពីការព្យាករណ៍ដោយប្រើម៉ូដែលផ្លាស់ទីមធ្យមសម្រាប់ MMR ដោយផ្អែកលើទិន្នន័យជាក់ស្តែងពី CDHS ដើម្បីអាចប្រៀបធៀបជាមួយ MMR គោលដៅ CSDG ឆ្នាំ ២០៣០ ដែលបានកំណត់ឲ្យមានមរណភាពមាតាតិចជាង ៧០ នាក់ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ផងដែរ។ ការព្យាករណ៍បានបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថា កម្ពុជានឹងមិនអាចសម្រេចបានតាមគោលដៅ CSDGs នៅឆ្នាំ ២០៣០ ឡើយ។ មានកត្តាជាច្រើនដែលនឹងជះឥទ្ធិពលលើការព្យាករណ៍ចាប់ពីពេលនេះរហូតដល់ឆ្នាំ ២០៣០ រួមមានផលប៉ះពាល់នៃជំងឺ COVID-១៩ ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនៅកន្លែងថែទាំសុខភាព និងកត្តាសេដ្ឋកិច្ចសង្គមមាន កម្រិតអប់រំរបស់មាតា ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់ កត្តាភូមិសាស្ត្រ របៀបរស់នៅបែបប្រពៃណី និងដំណើការសេដ្ឋកិច្ច។

៣.២ មរណភាពមាតា

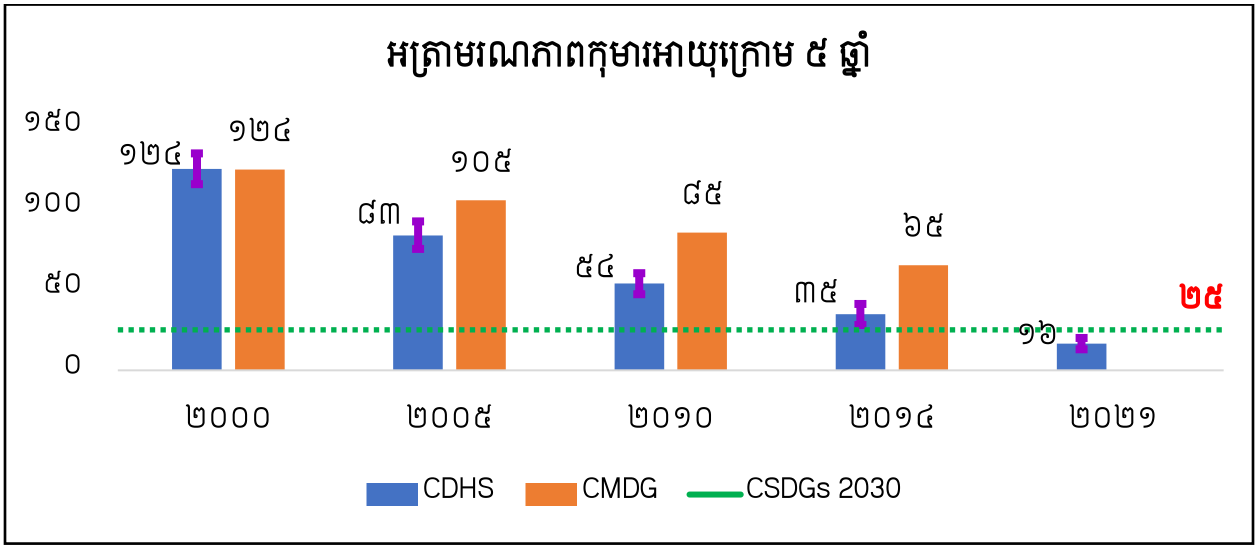
អត្រាមរណភាពរបស់ទារក និងកុមារត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាសូចនាករនៃស្ថានភាពសុខភាពនៅក្នុងសង្គម ដែលបានវាស់វែងនៃការសម្រេចបានកម្មវិធីសុខភាព និងគោលនយោបាយសុខភាព ដែលផ្តោតលើការអប់រំរបស់ពួកគេ។ ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារក និងកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ។ អត្រាមរណភាពរបស់ទារកទើបនឹងកើត បានធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំងពី ៣៧ នាក់ក្នុង ១.000 កំណើតរស់ក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ទៅ ៨ នាក់ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់នៅឆ្នាំ ២០២១-២២ ដែលអត្រាមរណភាពរបស់ទារក (IMR) ធ្លាក់ចុះពី ៩៥ នាក់ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់ក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ទៅ ១២ នាក់ ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់នៅឆ្នាំ ២០២១-២២ និងអត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ (U5MR) ពី ១២៤ នាក់ ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់ទៅ ១៦ នាក់ ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២ **តារាងទី ៨**។ នេះបញ្ជាក់បានថា ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានការកាត់បន្ថយ IMR ត្រឹម ១២ នាក់ ក្នុងចំណោម ១.000 កំណើតរស់ បាន ១០ ឆ្នាំមុនគោលដៅ។ ការកាត់បន្ថយ U5MR មានភាពគួរឱ្យកត់សម្គាល់ផងដែរ ដែលបានឈានដល់គោលដៅ CMDG មុន ១០ ឆ្នាំ

ដូចគ្នា (ក្រាហ្វិច ៧ និង រូបទី ៨)។ មានការកែលម្អគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការថែទាំសុខភាពមុន និងក្រោយពេលសម្រាល ដែលជាហេតុផលសំខាន់សម្រាប់ការកាត់បន្ថយ IMR និង U5MR។

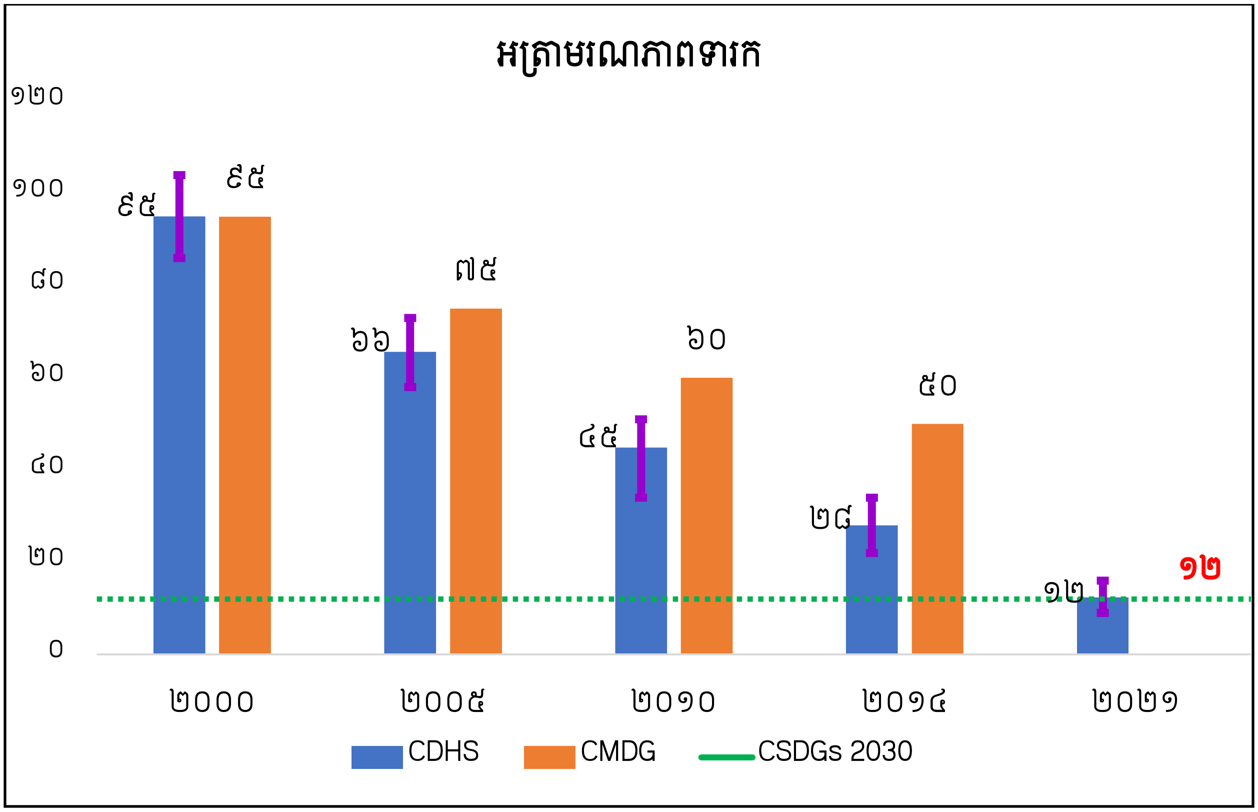
តារាង ៧ អត្រាមរណភាពកុមារតូច CDHS ឆ្នាំ២០០០ ទៅ ២០២១-២២

	២០០០				២០០៥				២០១០				២០១៤				២០២១-២២			
អាយុ	មរណភាពទារក ទើបប្រសូត	មរណភាពទារក	មរណភាពកុមារ	មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ	មរណភាពទារក ទើបប្រសូត	មរណភាពទារក	មរណភាពកុមារ	មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ	មរណភាពទារក ទើបប្រសូត	មរណភាពទារក	មរណភាពកុមារ	មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ	មរណភាពទារក ទើបប្រសូត	មរណភាពទារក	មរណភាពកុមារ	មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ	មរណភាពទារក ទើបប្រសូត	មរណភាពទារក	មរណភាពកុមារ	មរណភាពកុមារ អាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ
០-៤	៣៧,៣	៩៥	៣២,៥	១២៤,៤	២៨	៦៦	១៩	៨៣	៣៨	៤៥	៩	៥៤	១៨	២៨	៧	៣៥	៨	១២	៤	១៦
៥-៩	៤០,៥	៩១	៣១,៣	១១៩,៤	៤៣	១០៩	២១	១២៧	២៨	៧១	១៣	៨៣	២៤	៤៩	១២	៦០	១០	១៨	៤	២២
១០-១៤	៤៤,២	៧៨,៨	៣៩,១	១១៤,៧	៤៤	៩៣	៣៤	១២៤	៤៣	៩៥	២៣	១១៦	២៤	៦៣	១៧	៧៩	១៥	២៥	៥	៣០

រូបទី ៧ អត្រាមរណភាពកុមារអេយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ ធៀបនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG



រូបទី ៨ អត្រាមរណភាពទារក ធៀបនឹងគោលដៅ CMDG និង CSDG



នៅប្រទេសកម្ពុជាសុខភាពកុមារមានភាពប្រសើរឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០០។ គោលបំណងនៃគោលនយោបាយប្រជាជនថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ ២០១៦-២០២៣ របស់កម្ពុជា គឺដើម្បីរួមចំណែកសក្តានុពលចំនួនប្រជាជនទៅ ទៅក្នុងផែនការអភិវឌ្ឍន៍សង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច។ លើសពីនេះ គោលនយោបាយប្រជាជនថ្នាក់ជាតិ គឺត្រូវស្របតាម SDGs ដើម្បីពន្លឿនក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងអត្រាមរណភាពទារក និងកុមារនៅឆ្នាំ

២០៣០។ កម្ពុជាមិនត្រឹមតែមានវឌ្ឍនភាពពិសេសលើគោលដៅទាំងនេះប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងសម្រេចបាននូវគោលដៅចម្បងពីរមុនកាលកំណត់ គឺការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារក និងកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ។ ទន្ទឹមនឹងនេះ គោលដៅបន្ទាប់បន្សំ ដូចជាការចាក់វ៉ាក់សាំងកុមារ និងសមាមាត្រនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយ បង្ហាញពីប្រសិទ្ធភាពខ្លាំងផងដែរ។ ភាពជោគជ័យនេះ ត្រូវបានជះឥទ្ធិពលដោយការកែលម្អទាំងការកើនឡើងនៃសេវាថែទាំសុខភាពមុន និងក្រោយសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការផ្លាស់ប្ដូរផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសង្គមកាន់តែទូលំទូលាយនូវការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងបង្កើនអាហារូបត្ថម្ភ។

នៅក្នុងការវិភាគដែលរួមមានចន្លោះជឿជាក់ ៩៥ ភាគរយ ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២ ក្នុងរូបទី **៧ និងទី ៨** បានបង្ហាញថាចន្លោះជឿជាក់សម្រាប់គោលដៅប៉ាន់ស្មាននៃអង្កេតផ្សេងគ្នា មិនបានត្រួតស៊ីគ្នាទេ ទាំងមរណភាពរបស់ទារក និងមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ មានន័យថាមានការថយចុះពិតប្រាកដតាមផ្នែកស្ថិតិ ក្នុងពីរទសវត្សន៍ និងអង្កេតកន្លងមក។ នេះឆ្លុះបញ្ចាំងពីការពង្រឹកប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជា ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ដែលត្រូវបានផ្ដល់អាទិភាពដោយរាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការគ្រប់ដណ្ដប់លើជំងឺគ្រុនចាញ់ ការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការបន្តចាក់វ៉ាក់សាំងប្រឆាំងនឹងជំងឺស្វិតដៃជើង (លើកទី ២ និងលើកទី ៣) និងជំងឺខាន់ស្លាក់ តេតាណូស ក្អកមាន់ (លើកទី ៣)។ ប្រទេសកម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យ និងផ្ដោតលើកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងលើការចាក់ថ្នាំបង្ការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដែលរួមចំណែកកាត់បន្ថយនៃការស្លាប់របស់កុមារ និងកាត់បន្ថយចំនួនករណីឆ្លងដែលអាចរាយការណ៍បាន។ ដោយភ្ជាប់ជាមួយនឹងទំនាក់ទំនងយុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណជាមួយផែនការយុទ្ធសាស្ត្រទាំងប្រាំពីររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាលរក្សាការអនុវត្តនៅទូទាំងយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានលើកឡើង ដែលនឹងឆ្លុះបញ្ចាំងនៅឆ្នាំ ២០៣០ សម្រាប់និន្នាការនៃមរណភាពទារក និងកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ។

តារាងទី ៨ បង្ហាញពីចរិកលក្ខណៈ នៃមរណភាពទារក និងកុមារក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានសម្ភាសន៍នៅក្នុងកម្រងសំណួរស្ត្រី។ បើតាមអង្កេតប្រាំដងកន្លងមក មរណភាពកុមារភាគច្រើនបានកើតឡើងនៅតំបន់ជនបទ។ មរណភាពកុមារភាគច្រើនកើតមានលើម្ដាយដែលមិនបានទទួលការសិក្សា ស្ត្រីអាយុ ៣០-៣៩ ឆ្នាំ និងស្ត្រីដែលមានកូនចំនួនបីនាក់ ឬតិចជាងនេះ។ តារាងនេះក៏បង្ហាញពីអត្រានៃមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំតាមសន្ទស្សន៍បញ្ចូភាគទ្រព្យសម្បត្តិ។

គួរកត់សម្គាល់ថា ការប្រែប្រួលបានកើតឡើងតាមពេលវេលា ដោយអត្រាមរណភាពកុមារបង្ហាញពីការថយចុះជាប់គ្នាក្នុងរយៈពេលដប់ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ជាមួយនឹងការកើនឡើងនៃកម្រិតអប់រំរបស់មាតាក្នុងរយៈពេលដូចគ្នានេះ។

ការវិភាគតាមខេត្ត **តារាងទី ៩** រួមបញ្ចូលអត្រាមរណភាពទារក និងកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំសម្រាប់ខេត្តមួយចំនួនទៅជាទិន្នន័យកម្រិតតំបន់សម្រាប់ CDHS ២០២១-២២ ។ វិធីសាស្ត្រនេះជានាបាននូវភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាសម្រាប់អង្កេតចាប់ពីឆ្នាំ ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ ២០១៤។ ក្នុងទសវត្សន៍កន្លងមក អត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំមានការថយចុះចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៥។ គួរកត់សម្គាល់ថានៅក្នុង CDHS ចុងក្រោយ ជាពិសេសពីឆ្នាំ ២០០៥ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២ មរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ នាក់ក្នុងចំណោម ១.០០០ កំណើតរស់ មានការថយចុះគួរឱ្យកត់

សម្គាល់នៅកម្រិតទាបបំផុត និងខ្ពស់បំផុត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គួរកត់សម្គាល់ថា នៅពេលពិនិត្យអត្រាមរណៈតាមតំបន់ មានការខ្វះចន្លោះ ដោយតំបន់មួយចំនួន ដូចជារាជធានីភ្នំពេញ បង្ហាញអត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំទាបបំផុតក្រោម ខណៈតំបន់ផ្សេងទៀតដូចជាខេត្តរតនគិរី និងមណ្ឌលគិរី បន្តមានអត្រាមរណភាពខ្ពស់បំផុត។

តារាង ៨ អត្រាមរណភាពកុមារ យោងតាមចរិកលក្ខណៈ កម្រិតវប្បធម៌របស់ម្តាយ និងសន្ទស្សន៍បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ តាមអង្កេតនីមួយៗ

CDHS	ចរឹកលក្ខណៈ	អត្រាមរណភាពទារកទើបប្រសូត (NN)	អត្រាមរណភាពទារកក្រោយប្រសូត (PNN)1	អត្រាមរណភាពទារក (1q0)	អត្រាមរណភាពកុមារ (4q1)	អត្រាមរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ (5q0)
២០២១-២២	**អាយុពេលមានកូន**					
	<២០	១២	៤	១៦	២	១៨
	២០-២៩	៨	៤	១២	៤	១៧
	៣០-៣៩	១១	៨	១៩	៥	២៤
	៤០-៤៩	(៩)	(១៦)	(២៥)	*	*
	ភេទរបស់កុមារ					
	ប្រុស	១០	៦	១៥	៤	២០
	ស្រី	៧	៣	៩	៤	១៣
	តំបន់					
	ទីប្រជុំជន	៦	២	៨	៣	១១
	ជនបទ	១០	៥	១៥	៥	២០
	កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
	មិនបានចូលរៀន	១៧	១៦	៣៣	៧	៤០
	បឋមសិក្សា	៨	៥	១៣	៤	១៧
	មធ្យមសិក្សា	៩	៤	១៣	៣	១៦
	ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	០	២	២	២	៥
	សន្ទស្សន៍បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
	ទាបបំផុត	១២	១០	២២	៣	២៨

	ទាប	៨	៦	១៤	៣	១៧
	កណ្តាល	១២	៨	១៩	៦	២៥
	ខ្ពស់	១០	៤	១៤	៥	១៨
	ខ្ពស់បំផុត	៥	១	៦	១	៧
២០១៤	**អាយុពេលមានកូន**					
	<២០	២០	១០	៣១	១៣	៤៤
	២០-២៩	១៧	១៤	៣១	៧	៣៨
	៣០-៣៩	២៧	២៣	៥០	១៤	៦៤
	៤០-៤៩	៦០	៦៨	១២៨	*	*
	ភេទរបស់កុមារ					
	ប្រុស	២២	២២	៤៤	១០	៥៤
	ស្រី	២០	១៣	៣៣	១	៤១
	តំបន់					
	ទីប្រជុំជន	១០	៤	១៣	៥	១៨
	ជនបទ	២៣	២០	៤២	១០	៥២
	កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
	មិនបានចូលរៀន	២២	៤២	៦៣	១៨	៧៩
	បឋមសិក្សា	២២	១៥	៣៧	៩	៤៦
	មធ្យមសិក្សា	១៩	៦	២៦	៥	៣០
	ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា					
	សន្ទស្សន៏បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
	ទាបបំផុត	២៧	៣៥	៦២	១៥	៧៦
	ទាប	២៣	២២	៤៤	១៣	៥៦
	កណ្តាល	២៤	៩	៣៣	៨	៤១
	ខ្ពស់	១៨	៩	២៧	៦	៣៣
	ខ្ពស់បំផុត	១២	៤	១៦	៣	១៩
២០១០	**អាយុពេលមានកូន**					
	<២០	៥០	១៩	៦៩	៨	៧៧
	២០-២៩	២៣	២១	៤៤	៩	៥៣
	៣០-៣៩	៣៨	៣៦	៧៤	១៤	៨៧
	៤០-៤៩	៦១	៦៤	១២៦	២១	១៤៤

	ភេទរបស់កុមារ					
	ប្រុស	៣៦	៣១	៦៦	១១	៧៦
	ស្រី	២៧	២២	៤៩	១១	៥៩
	តំបន់					
	ទីប្រជុំជន	១១	១១	២២	៧	២៩
	ជនបទ	៣៥	២៩	៦៤	១២	៧៥
	កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
	មិនបានចូលរៀន	៣៥	៣២	៧២	១៦	៨៧
	បឋមសិក្សា	៣៤	២៨	៦២	១១	៧៣
	មធ្យមសិក្សា	២០	១១	៣១	៤	៣៥
	ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា					
	សន្ទស្សន៍បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
	ទាបបំផុត	៣៩	៣៨	៧៧	១៥	៩០
	ទាប	៣៤	៣៧	៧១	១៣	៨៣
	កណ្តាល	៣៥	២៧	៦២	៧	៦៨
	ខ្ពស់	២៦	១៣	៣៩	១០	៤៩
	ខ្ពស់បំផុត	១៦	៦	២៣	៨	៣០
២០០៥	**អាយុពេលមានកូន**					
	<២០	៤៨	៣៧	៨៥	១៣	៩៨
	២០-២៩	៣៤	៤៥	៧៩	១៦	៩៤
	៣០-៣៩	៣៣	៦២	៩៥	២៥	១១៨
	៤០-៤៩	៥៣	៨៥	១៣៨	៤០	១៧២
	ភេទរបស់កុមារ					
	ប្រុស	៤២	៥៥	៩៧	២០	១១៥
	ស្រី	៣០	៤៩	៧៩	២០	៩៧
	តំបន់					
	ទីប្រជុំជន	២៩	៣៦	៦៥	១២	៧៦
	ជនបទ	៣៧	៥៤	៩២	២១	១១១
	កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
	មិនបានចូលរៀន	៤១	៦៩	១១១	២៨	១៣៦
	បឋមសិក្សា	៣៧	៥២	៩០	១៩	១០៧

	មធ្យមសិក្សា	២៣	២១	៤៥	៩	៥៣
	ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា					
	សន្ទស្សន៍បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
	ទាបបំផុត	៣៤	៦៦	១០១	២៩	១២៧
	ទាប	៤៥	៦៤	១០៩	២៣	១២៩
	កណ្តាល	៣៨	៦០	៩៨	១៨	១១៤
	ខ្ពស់	៣៨	៣៩	៧៨	១៥	៩២
	ខ្ពស់បំផុត	៣២	១២	៣៤	៩	៤៣
២០០០	**អាយុពេលមានកូន**					
	<២០	៤៥,២	៥៦,០	១០១,១	២៨,០	១២៦,៣
	២០-២៩	៣៦,៣	៥២,០	៨៨,៣	៣០,៤	១១៦,០
	៣០-៣៩	៤១,៥	៥២,៨	៩៤,៣	៣៤,៤	១២៥,៥
	៤០-៤៩	៤០,៨	៧៦,៥	១១៧,៣	៤៣,៤	១៥៥,៦
	ភេទរបស់កុមារ					
	ប្រុស	៤៤	៥៨,៨	១០២,៨	៣៣,៥	១៣២,៨
	ស្រី	៣៤,១	៤៨,១	៨២,២	៣០,៤	១១០,១
	តំបន់					
	ទីប្រជុំជន	២៧	៧២,៣	២១,៨	២១,៨	៩២,៦
	ជនបទ	៤០,៩	៩៥,៧	៣៣,៥	៣៣,៥	១២៦
	កម្រិតសិក្សាអប់រំ					
	មិនបានចូលរៀន	៤២,២	៦០,២	១០២,៥	៣៦,៨	១៣៥,៥
	បឋមសិក្សា	៣៩,៩	៥៣,៧	៩៣,៦	៣១,៦	១២២,២
	មធ្យមសិក្សា	២៦,៧	៣៣,៥	៦០,៣	១៦,៧	៧៥,៩
	ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	NA	NA	NA	NA	NA
	សន្ទស្សន៍បញ្ជាភាគទ្រព្យសម្បត្តិ					
	ទាបបំផុត	NA	NA	NA	NA	NA
	ទាប	NA	NA	NA	NA	NA
	កណ្តាល	NA	NA	NA	NA	NA
	ខ្ពស់	NA	NA	NA	NA	NA
	ខ្ពស់បំផុត	NA	NA	NA	NA	NA

** ការប៉ាន់ស្មានមិនអាចអនុវត្តបានទេ*

តារាង ៩ អត្រាមរណភាពទារក និងកុមារតាមខេត្ត

	មរណភាពទារក				មរណភាពកុមារ				មរណភាពកុមារអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំ			
ខេត្ត/ឆ្នាំ	២០០៥	២០១០	២០១៤	២០២១-២២	២០០៥	២០១០	២០១៤	២០២១-២២	២០០៥	២០១០	២០១៤	២០២១-២២
បន្ទាយមានជ័យ	៧៥,៩	៦០,៩	២៩	៩,៥	២២	១៥,៦	២,៩	៨,១	៩៦,៣	៧៥,៥	៣១,៨	១៧,៥
បាត់ដំបង+ប៉ៃលិន	៩៧,១	៤៤,៧	២៨,០	២៥,៩	២១	៩,៦	៩,២	១	១១៦,០	៥៣,៩	៣៧	២៧,៧
កំពង់ចាម	៩៤,៤	៥៣,៩	៣៩,៣	២២,២	១៨,២	៣,៩	៨,៧	៦,១	១១០,៩	៥៧,៥	៤៧,៧	២៨,២
កំពង់ឆ្នាំង	៨៧,១	៧៧,៦	៤៩,៧	៣០,២	១៥,៣	២០,៥	៦	៦,៥	១០១	៩៦,៥	៥៥,៤	៣៦,៥
កំពង់ស្ពឺ	១០៧,០	៦៥,២	២៦,២	១៥,២	១៦,៧	៨,៨	៤,៥	៤,៥	១២២	៧៣,៤	៣០,៦	១៩,៦
កំពង់ធំ	៨៧,១	៥៦,៦	៤០,៧	៩,៩	២០,៤	១១,៣	២០,២	០	១០៥,៧	៦៧,៣	៦០,១	៩,៩
កំពត+កែប	៦៧,៥	៦០,១	៣៧,៧	១៦,៣	១៦,៩	១៣,៨	០	១២,៣	៨៣,៣	៧៣	៤៣,៥	៣០,១
កណ្ដាល	៨៤,៧	៦០,៩	៣០,២	១០,៤	១៧,៨	៨,២	១០,១	១,៧	១០១,០	៦៨,៦	៤០	១២,១
កោះកុង+ព្រះសីហនុ	៨៧,៦	៥០	៣៥	១៣,៨	១៧,៧	១៣,៩	៧,៤	១,៤	១០៣,៧	៦៣,២	៤២,១	១៥,១
ក្រចេះ	៨៤,៣	៧៦,៥	៦០,៨	១២,២	៣៤	១០,៤	២០,៣	១,៨	១១៥,៥	៨៦,១	៧៩,៩	១៤
មណ្ឌលគិរី+រតនគិរី	១២១,៧	៨២,២	៧២,២	៣៦,៩	៤៩,៧	២៦	៨,៩	៤,៩	១៦៥,៤	១០៦,១	៨១	៤២,៣
ភ្នំពេញ	៤២	១២,៩	១៧	៥,២	១០,៣	៥,៥	៦,៣	០	៥១,៩	១៨,៣	២៣,២	៥,២
ព្រះវិហារ+ស្ទឹងត្រែង	១១៣,៤	៩៤,៥	៧០	៤២	៣៨,៧	២៥,៧	៩,៥	៣,៥	១៤៥,៨	១១៧,៨	៧៨,៨	២៧,៥
ព្រៃវែង	១២១	៦៣,៨	៦៤,៤	១២,៥	២៥	១០,៤	១១,៣	១៣,៥	១៤៣	៧៣,៦	៧៥	២៥,៨
សៀមរាប	៦៦,៨	៥០	៤០,៥	១០,៣	២៨,៦	១០,៤	១៦,៥	១,៣	៩៣,៥	៥៩,៩	៥៦,២	១១,៦

ស្វាយរៀង	៩២,៣	៧៧,៧	៤៦,១	២៧,៥	១៩,៨	១៦,៤	១៧,៦	៧,១	១១០,២	៩២,៩	៦២,៩	៣៤,៤
តាកែវ	៩៥,៦	៦៧,៧	២៧,៨	១០,១	៧,២	១៧,៣	៣,៧	៣,៧	១០២,១	៨៣,៨	៣១,៣	១៣,៨
ឧត្តរមានជ័យ	៨៩,៧	៤២,១	៣២,២	២០,៣	២២,៦	៤,៩	៩,៣	១,៨	១១០,៣	៤៦,៨	៤១,២	២២

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន និងអនុសាសន៍

មានចំណុចខ្វះខាតនៅក្នុងទិន្នន័យដែលទាក់ទងនឹងមរណភាពមនុស្សពេញវ័យ ដែលជាលទ្ធផលនៃ CDHS មិនបានផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ នៃមូលហេតុលម្អិតនៃការស្លាប់ ដែលត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ដោយ ICD-10 ដូចដែលបានណែនាំដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក។ ក្រសួងសុខាភិបាលត្រូវមានគ្រឿងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអនុវត្តស្របតាមលិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព (MCCD) សម្រាប់វិស័យសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន ម្យ៉ាងទៀត CDHS នាពេលក្រោយគួរតែបន្ថែមកូដអំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់ផ្សេងៗទៀត ជាជាងកូដនៃការស្លាប់ដោយសារតែអំពើហិង្សា និងគ្រោះថ្នាក់។

ដោយសារតែអវត្តមាននៃស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជាធ្វើឱ្យមានការលំបាកដល់ការត្រួតពិនិត្យ និងវាយតម្លៃអត្រានៃមរណភាព។ ក្រសួងចំនួនបី រួមមានក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផែនការ ដែលជាសេនាធិការរបស់រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ត្រូវបន្តពង្រឹង និងកែលម្អប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រនុកូលដ្ឋាន (CRVS) ដែលទិន្នន័យប្រមូលដោយប្រព័ន្ធនេះរួមមានចំនួនកំណើតរស់ ចំនួនមរណភាព ចំនួនទារកស្លាប់កើត និងមូលហេតុនៃការស្លាប់។ បន្ថែមពីនេះ កម្រិតព័ត៌មានលម្អិតដែលទទួលបាន មានដល់កម្រិតទាបនៃតំបន់ភូមិសាស្ត្រ រដ្ឋបាលរបស់រដ្ឋាភិបាលមានសិទ្ធក្នុងការជូនដំណឹង និងចាត់វិធានការលើកិច្ចអន្តរាគមន៍លើកម្មវិធីពីថ្នាក់ជាតិ ដល់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ កម្រិតជាតិ និងអន្តរជាតិ ក៏ដូចជាក្នុងការវាយតម្លៃលើលទ្ធផលរបស់ជំរឿន និងអង្កេតនានា។

នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល បញ្ហាភាសា ការរស់នៅបែបបុរាណ និងកម្រិតអប់រំទាបក្នុងចំណោមក្រុមជនជាតិដើមភាគតិចជាច្រើន ពិនិត្យឡើងវិញលើការអនុវត្តរបៀបរស់នៅបែបប្រពៃណី ដូចជាការមានសហព័ទ្ធនៅវ័យក្មេង និងការសម្រាលកូននៅផ្ទះ ដែលនៅតែជាឧបសគ្គសម្រាប់កាត់បន្ថយមរណភាពមាតា។ ម៉្យាងវិញទៀត ភាពខុសគ្នានៃអន្តរខេត្តទៅលើសូចនាករសុខភាពកុមារភាព បានឆ្លុះបញ្ចាំងពីស្តង់ដារនៃការរស់នៅមិនស្មើគ្នា និងការផ្តល់សេវាសាធារណៈមិនស្មើគ្នា។ ដូចដែលបានបង្ហាញក្នុងទិន្នន័យរបស់ CDHS ពីឆ្នាំ ២០០០ ដល់ឆ្នាំ ២០២១-២២ អត្រាមរណភាពកុមារនៅខេត្តមណ្ឌលគិរី និងរតនគិរី នៅតែខ្ពស់ជាងខេត្តដទៃទៀត។ នេះបង្ហាញឲ្យឃើញថា អន្តរាគមន៍លើមរណភាពកុមារនៅមិនទាន់ល្អប្រសើរ ឬមិនសមស្របនឹងលក្ខខណ្ឌរស់នៅក្នុងខេត្តទាំងនេះ។ វាក៏អាចបង្ហាញពីបញ្ហាប្រឈមធំនៅក្នុងតំបន់នោះ មានដូចជាវប្បធម៌ និងជំនឿខុសៗគ្នារបស់ក្រុមជនជាតិភាគតិចជាច្រើនទៀត។ គោលនយោបាយសុខភាព និងកម្មវិធីអន្តរាគមន៍របស់រដ្ឋាភិបាល ទាមទារឱ្យមានការពិចារណាច្រើនជាងមុនចំពោះតំបន់ភូមិសាស្ត្រដាច់ស្រយាល ព្រមទាំងការអង្កេត CDHS ត្រូវតែមានការពិចារណាខ្ពស់ លើចំនួនសំណាកគម្រូដែលអាចទុកចិត្តបានថាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការប៉ាន់ស្មានចំនួនក្រុមជនជាតិភាគតិច និងងាយរងគ្រោះ។

យល់ឃើញការកំណត់គោលដៅ MMR នៅក្នុង CSDG ពុំទាន់មានព័ត៌មានមូលដ្ឋានសំខាន់គ្រាប់គ្រាន់ទេ។ នេះគឺដោយសារតែគោលដៅបានបង្ហាញនៅឆ្ងាយពីការចាប់ផ្តើមនៃអាណត្តិ CMDG រហូតដល់ CSDG ។ ម៉្យាងវិញទៀត ការវិភាគរបាយការណ៍វឌ្ឍនភាពរបស់ CMDG ត្រូវបានគេធ្វើឡើងវិញយ៉ាងច្រើននូវគោលដៅ MMR ជាឧទាហរណ៍

ក្នុងឆ្នាំ ២០១៥ បានកំណត់ ១៤០ នាក់ក្នុងចំណោម ១០០.០០០ កំណើតរស់ ដោយផ្អែកលើការសន្មត់មួយ ហើយក៏បានផ្លាស់ប្តូរទៅ ២៥០ នាក់ក្នុងចំណោម ១០០.០០០ កំណើតរស់ ដោយផ្អែកលើការព្យាករណ៍មួយផ្សេងទៀត។ អ្នកបង្កើតគោលនយោបាយសុខភាព ត្រូវតែកែលម្អការយល់ដឹងអំពីមូលហេតុឫសគល់ទាំងអស់នៃមរណភាពមាតា ដូចជាការធ្លាក់ឈាម និងជំងឺក្រឡាភ្លើង មូលហេតុផ្ទាល់ផ្សេងទៀតនៃការឆ្លងជំងឺបេះដូង ការរំលូតកូន ភាពស្លេកស្លាំង rupture uterine anemia និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ក៏ដូចជាការប្រើប្រាស់តក្កវិជ្ជានៃការគណនាលើ MMR ដែលបានរំពឹងទុក។

ការប៉ាន់ស្មាននាពេលអនាគតនៅឆ្នាំ ២០៣០ MMR នឹងមិនសម្រេចដល់គោលដៅទេ ចាប់តាំងពីលទ្ធផលនៃការអង្កេត ៣ ដងលើកចុងក្រោយ (CDHS ២០១០ ដល់ ២០២១-២២) ក្នុងរយៈពេលដប់ឆ្នាំចុងក្រោយនេះបង្ហាញថា ស្ថានភាពនៅតែមានការផ្លាស់ប្តូរតិចតួច ហើយ MMR នៅតែឆ្ងាយពីគោលដៅដែលបានកំណត់។ ការព្យាករណ៍ដោយប្រើប្រាស់ម៉ូដែលផ្លាស់ទីមធ្យម បានបង្ហាញថានៅសមាមាត្របច្ចុប្បន្ន គោលដៅនោះនឹងមិនអាចសម្រេចបានឡើយនៅឆ្នាំ ២០៣០។ ដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលដៅ MMR ឆ្នាំ ២០៣០ ឲ្យនៅតិចជាង ៧០ នាក់ក្នុងចំណោម ១០០.០០០ រស់នោះ អ្នកបង្កើតគោលនយោបាយសុខភាពកំណើត គួរតែពិនិត្យ និងធ្វើការវិភាគរបាយការណ៍មានស្រាប់នៃគោលនយោបាយសុខភាព និងអន្តរាគមន៍កម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងឫសគល់មូលហេតុនៃមរណភាពមាតា ក៏ដូចជាការវិនិយោគថវិកាឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទប់ស្កាត់ MMR ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ បើមិនដូច្នេះទេ ការកែប្រែគោលនយោបាយ និងកម្មវិធីទាំងនោះឱ្យសមស្របតាមការផ្លាស់ប្តូរគោលដៅដែលបានគំណត់។

ការសិក្សាអំពីមរណភាពមាតាគួរតែធ្វើឡើងដាច់ដោយឡែកមួយផ្សេងទៀយ ក៏ព្រោះតែអង្កេតបីដងកន្លងមកនៃការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា បានរកឃើញថាមិនមានការផ្លាស់ប្តូរផ្អែកស្ថិតិនោះទេ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ១ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០០០

អត្រាមរណភាពមាតាតាមវិធីសាស្ត្រគណនាដោយផ្ទាល់សម្រាប់អំឡុងពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០០០

ក្រុមអាយុ	មរណភាពមាតា	ចំនួនស្ត្រីក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាពមាតា[១]	ភាគរយមរណភាពមាតា
១៥-១៩	៣	២៦.២០៤	០,១២	៦,១
២០-២៤	១១	២៧.៩២៥	០,៤១	១៥,៦
២៥-២៩	២៦	៣០.៩១៦	០,៨៦	២៨,១
៣០-៣៤	២៣	២៨.៧៩២	០,៨០	២៨,៧
៣៥-៣៩	២៨	២៣.៣៨៨	១,១៨	២៦,៧
៤០-៤៤	៧	១៥.៧៨៤	០,៤៣	៧,៩
៤៥-៤៩	២	៩.៣៨៥	០,២៤	៣,៩
១៥-៤៩	**១០០**	**១៦២.៣៩៤**	**០,៥៥[a]**	**១៨,៤**

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR)	១២៧[a]
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[២]	៤៣៧
ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា[៣]	០,០២

[១] ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ

[២] ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ គណនាអត្រាមរណភាពមាតា ចែកនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ

[៣] ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតាគណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត

[a] អាយុកែតម្រូវជាអត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ២ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០០៥

អត្រាមរណភាពមាតាតាមវិធីសាស្ត្រគណនាដោយផ្ទាល់សម្រាប់អំឡុងពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០០៥

ក្រុមអាយុ	មរណភាពមាតា	ចំនួនស្ត្រីក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាពមាតា[១]	ភាគរយមរណភាពមាតា
១៥-១៩	៥	៣៧.៧៧០	០,១៣	១២,៨
២០-២៤	៩	៣៤.៦៣៣	០,២៧	១៥,៦

២៥-២៩	១៤	២៨.៤២៨	០,៤៨	១៧,៥
៣០-៣៤	២៨	២៩.៩០៤	០,៩៤	២៣,៣
៣៥-៣៩	២២	២៦.៤២០	០,៨១	២១,១
៤០-៤៤	១៦	១៩.៥០៨	០,៨១	១៦,០
៤៥-៤៩	៥	១២.៥៨៨	០,៣៨	៦,៣
១៥-៤៩	**៩៩**	**១៨៩.២៥១**	**០,៥០[a]**	**១៧,១**

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR) ១០៦[a]
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[២] ៤៧២
ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា[៣] ០,០១៧

[១] ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ
[២] ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ គណនាអត្រាមរណភាពមាតា ចែកនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ
[៣] ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតាគណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត
[a] អាយុកែតម្រូវជាអត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៣ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០១០

អត្រាមរណភាពមាតាតាមវិធីសាស្ត្រគណនាដោយផ្ទាល់សម្រាប់អំឡុងពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១០

ក្រុមអាយុ	មរណភាពមាតា	ចំនួនស្ត្រីក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាពមាតា[១]	ភាគរយមរណភាពមាតា
១៥-១៩	៣	៣៨.៦៩៥	០,១	៧,៣
២០-២៤	៣	៤៤.៤៦០	០,១	៧,៦
២៥-២៩	៩	៣៨.២៤២	០,២	១៥,៥
៣០-៣៤	៨	២៨.៦៩០	០,៣	១៤,២
៣៥-៣៩	៤	២៦.៩៩១	០,២	៥,៥
៤០-៤៤	១១	២១.០៦៩	០,៥	១១,១
៤៥-៤៩	២	១៤.៩៩៨	០,១	២,២
១៥-៤៩	**៤០**	**២១៣.១៤៥**	**០,២[a]**	**៨,៥**

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR) ៩៥[a]
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[២] ២០៦

ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា[៣]	០,០០៦

[១] ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ
[២] ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ គណនាអត្រាមរណភាពមាតា ចែកនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ
[៣] ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតាគណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត
[a] អាយុកែតម្រូវជាអត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៤ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០១៤

អត្រាមរណភាពមាតាតាមវិធីសាស្ត្រគណនាដោយផ្ទាល់សម្រាប់អំឡុងពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៤

ក្រុមអាយុ	ភាគរយមរណភាពមាតា	មរណភាពមាតា	ចំនួនស្ត្រីក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាពមាតា[១]
១៥-១៩	០,០	០	៣៣.១៥៩	០,០០
២០-២៤	១៣,២	៤	៤០.៩០៩	០,១០
២៥-២៩	២៧,១	១១	៤០.៩០១	០,២៧
៣០-៣៤	១០,៥	៥	៣០.៦០៦	០,១៦
៣៥-៣៩	១៦,១	៨	២៣.៥៩០	០,៣២
៤០-៤៤	២,៨	២	១៩.៣២១	០,១១
៤៥-៤៩	៣,០	២	១៤.០៧១	០,១៦
១៥-៤៩	**៩,១**	**៣២**	**២០២.៥៥៧**	**០,១៥[a]**

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR)[២]	៨៩
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[៣]	១៧០ (±២ SE; CI = ៩៥,២៤៦)
ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា[៤]	០,០០៥

CI = ចន្លោះជឿជាក់
[១] ក្នុងចំណោមស្ត្រី ១.០០០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ
[២] ក្នុង ១.០០០ នាក់ស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩
[៣] ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ គណនាអត្រាមរណភាពមាតា ចែកនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ
[៤] ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតាគណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត
[a] អាយុកែតម្រូវជាអត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៥ វិធីសាស្ត្រគណនាផ្ទាល់មរណភាពមាតា CDHS ២០២១-២២

អត្រាមរណភាពមាតាតាមវិធីសាស្ត្រគណនាដោយផ្ទាល់សម្រាប់អំឡុងពេល ០-៦ ឆ្នាំមុនអង្កេត។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២១-២២

ក្រុមអាយុ	ភាគរយមរណភាពមាតា	មរណភាពមាតា[១]	ចំនួនស្ត្រីក្នុងឆ្នាំ	អត្រាមរណភាពមាតា[២]
១៥-១៩	០,០	០	២២.៥១២	០,០០
២០-២៤	១២,២	៣	៣៣.១១៧	០,០៩
២៥-២៩	២,៥	១	៤០.៤២៦	០,០២
៣០-៣៤	២១,៣	១០	៤១.១៤៧	០,២៣
៣៥-៣៩	២៣,០	១២	៣៣.៧៤១	០,៣៦
៤០-៤៤	០,០	០	២០.៦៨៥	០,០០
៤៥-៤៩	៤,២	២	១៤.៤២៩	០,១២
១៥-៤៩	**១០,៧**	**២៨**	**២០៦.០៥៧**	**០,១២a**

អត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ (GFR)[៣]	៨១
អនុបាទមរណភាពមាតា (MMR)[៤]	១៥៤ (CI: ៦៩–២៣៩)
ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា[៥]	០,០០៤

CI = ចន្លោះជឿជាក់

[១] មរណភាពមាតាកំណត់ដោយការស្លាប់អំឡុងពេលពរពោះ ឬ ៤២ ថ្ងៃក្រោយការបញ្ចប់មាតុភាពមាតា លើកលែងតែគ្រោះថ្នាក់ ឬហិង្សា។
[២] គិតក្នុងចំនួនស្ត្រី ១.០០០ នាក់ក្នុងឆ្នាំ
[៣] ក្នុង ១.០០០ នាក់ស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩
[៤] ក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ គណនាអត្រាមរណភាពមាតា ចែកនឹងអត្រាលទ្ធភាពមានកូនទូទៅ
[៥] ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតាគណនាជា ១-(១-MMR) ដែល TFR សម្រាប់រយៈពេល ៧ ឆ្នាំមុនអង្កេត
[a] អាយុកែតម្រូវជាអត្រា

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៦ សេដ្ឋកិច្ច សង្គមកិច្ច

ឆ្នាំ	អត្រាកំណើនប្រចាំឆ្នាំនៃផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប (GDP)	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារជាមធ្យមប្រចាំឆ្នាំគិតជាដុល្លារ	អត្រាភាពក្រីក្រ
១៩៩៤	៨,១១	១,៣៧៤.១១	៣៩
១៩៩៥	២០,០១	-	-

១៩៩៦	-០,៨	-	-
១៩៩៧	-៤,៧១	-	៣៦,១
១៩៩៨	-៩,២៣	-	-
១៩៩៩	១១,៩៦	១,៧៣៩.១១	៣៥,៩
២០០០	៣,១៦	-	-
២០០១	៨,២៤	-	-
២០០២	៦,៥	-	-
២០០៣	៨,០២	-	-
២០០៤	១៣,៥២	-	៣៤,៦៨
២០០៥	១៦,៨៧	-	-
២០០៦	១៤,៦១	-	-
២០០៧	១៧,៦៣	-	៤៧,៨
២០០៨	១៥,៨	-	២៩,៩
២០០៩	-០,៩២	២,១០៤.១១	២២,៩
២០១០	១០,១៨	២,៤៦៩.១១	២១,១
២០១១	៩,៨៥	២,៨៣៤.១១	១៩,៨
២០១២	៦,៧១	៣,១៩៩.១១	១៨,៩
២០១៣	៧,១៣	៣,៥៦៤.១១	១៦
២០១៤	៨,៥៦	៣,៩២៩.១១	១៣,៥
២០១៥	៧,៧	៤,២៩៤.១១	-
២០១៦	៩,១៨	៤,៦៥៩.១១	-
២០១៧	៧,៤៧	៥,០២៤.១១	-
២០១៨	៨,៨៣	-	-
២០១៩	៨,៩	-	១៧,៨
២០២០	-៥,២	៥,៣៨៩.១១	-

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៧ ប្រជាសាស្ត្រ

ឆ្នាំ	អាយុសង្ឃឹមរស់របស់ស្ត្រី	ហានិភ័យការស្លាប់របស់មាតា
១៩៩៨	៦៣.១	-
១៩៩៩	៦៣.៦	-
២០០០	៦៤.៣	០,០២០

២០០១	៦៤.៩	-
២០០២	៦៥.៦	-
២០០៣	៦៦.២	-
២០០៤	៦៦.៨	-
២០០៥	៦៧.៥	០,០១៧
២០០៦	៦៨.១	-
២០០៧	៦៨.៧	-
២០០៨	៦៩.៤	-
២០០៩	៧០	-
២០១០	៧០.៦	០,០០៦
២០១១	៧១.២	-
២០១២	៧១.៩	-
២០១៣	៧២.៥	-
២០១៤	៧៣.១	០,០០៥
២០១៥	៧៣.៧	-
២០១៦	៧៤.៤	-
២០១៧	៧៥	-
២០១៨	៧៥.៦	-
២០១៩	៧៦.២	-
២០២០	៧៦.៩	-
២០២១	-	០,០០៤

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៨ និន្នាការនៃការសម្រាលពីឆ្នាំ ២០០៣ ដល់ឆ្នាំ ២០២១

ឆ្នាំ	ភាគរយនៃកំណើតដែលជួយសម្រាលដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល	ភាគរយនៃការសម្រាលកូននៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលសាធារណៈ
២០០៣	២២,០០	-
២០០៤	៣៣,០០	១៦,៣០
២០០៥	៤១,០០	២៤,១០
២០០៦	៣៩,០០	១៩,៣០
២០០៧	៤៦,០០	២៥,៥០
២០០៨	៥៨,០០	៣៩,០០

២០០៩	៦៣,០០	៤៤,០០
២០១០	៦៩,២០	៥២,១០
២០១១	៧១,៦៦	៦១,៣៩
២០១២	៧៤,៦៨	៦៦,៣៣
២០១៣	៨៤,០០	៨០,០០
២០១៤	៨៥,០០	៨០,០០
២០១៥	៨៥,៥២	៨០,៣៥
២០១៦	៨៥,០២	៨០,៥២
២០១៧	៨៨,៩៩	៨៥,៣៧
២០១៨	៨៧,២៩	៨៤,០៥
២០១៩	៨៩,៤៨	៨៦,៧៥
២០២០	៩១,៨១	៨៩,១៦
២០២១	៨៤,៣៦	៨១,៣៩

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ៩ ការទទួលថ្នាំបង្ការតាមប្រភពព័ត៌មាន ភាគរយកុមារអាយុ ១២-២៣ ខែ ដែលបានទទួលថ្នាំបង្ការនៅពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត តាមប្រភពព័ត៌មាន (ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬការរាយការណ៍របស់ម្តាយ) និងភាគរយនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅអាយុ ១២ ខែនៅកម្ពុជា ២០០០-២០២១

ឆ្នាំ	ប្រភព ព័ត៌មាន	BGC	ភាគរយកុមារបានទទួល										
			DPT			Polio[1]				កញ្ជ្រឹល	សរុប[2]	មិនបាន	ចំនួន
			១	២	៣	០	១	២	៣				
២០០០	បានចាក់ថ្នាំបង្ការពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត												
	ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ	៤៥,៩	៤៥,៦	៤០,០	៣៥,៨	២៥,៣	៤៥,៦	៤០,១	៣៥,៨	៣៦,៤	៣១,៦	០	៥៩៦
	ម្តាយរាយការណ៍	២៥,៥	២២,៤	១៨,២	១២,៧	៤,៥	២៩,១	២៤	១៥,៦	១៨,៩	៨,៣	២១,៧	៦៥៧
	ប្រភពផ្សេងទៀត	៧១,៤	៦៨	៥៨,២	៤៨,៥	២៩,៨	៧៤,៧	៦៤,១	៥១,៥	៥៥,៤	៣៩,៩	២១,៧	១.២៥៣
	អាយុ ១២ខែ[៣]	៦៦,១	៦៣,៤	៥៣,១	៤២,៧	២៨,៦	៦៩,១	៥៨,៦	៤៥,៣	៤១,៤	៣១,៣	២៩	១.២៥៣
	បានចាក់ថ្នាំបង្ការពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត												

២០០៥	ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ	៦៥,៩	៦៦,៣	៦៤,៤	៦១,៣	៥	៦៦,២	៦៤,៥	៥៩,៨	៥៦,៣	៥២,៧	០,២	១.០១២
	ម្ដាយរាយការណ៍	២៥,៥	២៤,៣	២០,៧	១៧	៣,២	២៤,៤	២១,២	១៧,១	២០,៦	១៣,៩	៦,៨	៥០៥
	ប្រភពផ្សេងទៀត	៩១,៤	៩០,៦	៨៥,១	៧៨,៣	៨,២	៩០,៦	៨៥,៧	៧៦,៩	៧៦,៩	៦៦,៦	៧	១.៥១៧
	អាយុ ១២ខែ[៣]	៩១	៨៩,៧	៨៣,៧	៧៥,៥	៨,២	៨៩,៨	៨៤,៤	៧៤,២	៧០,២	៥៩,៩	៧,៦	១.៥១៧
២០១០	**បានចាក់ថ្នាំបង្ការពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត**												
	ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ	៧៧.១	៧៥.៦	៧៤.១	៧០.៩	៦០.៩	៧៥.៦	៧៤.៣	៧០.៨	៦៦.៨	៦៦.១	០	១.២៤៩
	ម្ដាយរាយការណ៍	១៧.៣	១៧.៦	១៦.១	១៤	១២	១៧.៩	១៦.៤	១៤.២	១៥	១២.៧	៣.៩	៣៦៤
	ប្រភពផ្សេងទៀត	៩៤.៣	៩៣.១	៩០.២	៨៤.៨	៧៣	៩៣.៦	៩០.៦	៨៥	៨១.៩	៧៨.៨	៣.៩	១.៦១៤
	អាយុ ១២ខែ[៣]	៩៤.២	៩២.៦	៨៩.២	៨៣.៦	៧៣	៩៣	៨៩.៦	៨៣.៨	៧៧	៧៣.៦	៣.៩	១.៦១៤
២០១៤	**បានចាក់ថ្នាំបង្ការពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត**												
	ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ	៧៦,៤	៧៥,៤	៧២,៨	៦៨,៦	៦៥,១	៧៥,៩	៧២	៦៧,២	៦៣,៤	៦០	០	១.១២៩
	ម្ដាយរាយការណ៍	១៩,៧	១៨,៦	១៧,៦	១៥,១	១៧,៧	១៨,៩	១៧,៦	១៥,១	១៥,២	១៣,៥	២,៤	៣៣២
	ប្រភពផ្សេងទៀត	៩៦,១	៩៤	៩០,៤	៨៣,៧	៨២,៨	៩៤,៨	៨៩,៥	៨២,៣	៧៨,៦	៧៣,៤	២,៤	១.៤៦០
	អាយុ ១២ខែ[៣]	៩៥,៩	៩៣,៦	៨៩,៧	៨១,៩	៨២,៦	៩៤,៥	៨៨,៨	៨០,២	៧០,៣	៦៥,៣	២,៦	១.៤៦០
២០២១-២២	**បានចាក់ថ្នាំបង្ការពេលណាមួយមុនពេលអង្កេត**												
	ប័ណ្ណចាក់ថ្នាំបង្ការ	៧៩,៦	៧៨,៥	៧៦,៧	៧៣,៨	៦៤,៥	៨០	៧៧,៩	៧៥,១	៧០,២			
	ម្ដាយរាយការណ៍	១៤,៨	១៣,៨	១២,៥	១០,៣	១៣,៧	១៤,៥	១៣,២	១០,៩	១២,៩			

	ប្រភព ផ្សេង ទៀត	៩៤,៤	៩២,៣	៨៩,២	៨៤,១	៧៨,១	៩៤,៥	៩១,១	៨៦	៨៣,១			
	អាយុ ១២ខែ[៣]	៩៤	៩២	៨៨,៧	៨៣,៦	៧៧,៨	៩៤,៣	៩០,៧	៨៧,៦	៨០,៤			

[១] Polio 0 គឺជាវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើងដែលផ្តល់ឲ្យនៅពេលកើត។

[២] កុមារដែលត្រូវបានចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញ គឺ. អ្នកដែលទទួលបាន BCG កញ្ជ្រឹល និងចាក់វ៉ាក់សាំង DPT និង Polio ចំនួនបីដង (មិនរាប់បញ្ចូលវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើងដែលផ្តល់ឲ្យនៅពេលកើត)

[៣] សម្រាប់កុមារដែលមានព័ត៌មានផ្អែកតាមការរាយការណ៍របស់ម្តាយ សមាមាត្រនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការក្នុងឆ្នាំដំបូងនៃជីវិតត្រូវបានគេសន្មត់ថាដូចគ្នាទៅនឹងកុមារដែលមានកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលមានប័ណ្ណ។

ឧបសម្ព័ន្ធ តារាងទី ១០ ភាគរយនៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះដំបូងរបស់កុមារដែលកើតក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំមុនអង្កេតដែលធ្លាប់បានបៅដោះម្តាយ និងចំនួនកុមារដែលធ្លាប់បៅទឹកដោះម្តាយកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០០-២០២១

	ចរិតលក្ខណៈ	**ភាគរយធ្លាប់បាន បៅដោះម្តាយ**	**ចំនួនកុមារ**	**ចំនួនកុមារធ្លាប់ បានបៅដោះម្តាយ**
ឆ្នាំ	ភេទ			
២០០០	ប្រុស	៩៥,១	៤.១៦១	៣.៩៥៧
	ស្រី	៩៦,៤	៤.០១៤	៣.៨៦៨
២០០៥	ប្រុស	៩៦,៦	៣.៩០១	២.៨៦៨
	ស្រី	៩៧,១	៣.៨៨៧	២.៨៤៤
២០១០	ប្រុស	៩៦,៤	១.៦៣៣	១.៥៧៤
	ស្រី	៩៦,២	១.៥៥៤	១.៤៩៥
២០១៤	ប្រុស	៩៦,៨	១.៤៧១	១.៤២៥
	ស្រី	៩៥,៦	១.៤៧៣	១.៤០៩
២០២១-២២	ប្រុស	៨២,៧	១.៧៣១ *	
	ស្រី	៨០,៩	១.៥៩៩ *	

ឯកសារយោង

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (ខែមីនា ឆ្នាំ២០២៣) របាយការណ៍ចុងក្រោយ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០២១-២២

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៥) របាយការណ៍ចុងក្រោយ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៤

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១១) របាយការណ៍ចុងក្រោយ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១០

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៦) របាយការណ៍ចុងក្រោយ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០៥

វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០១) របាយការណ៍ចុងក្រោយ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០០០

របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពឆ្នាំ ២០១៣ ការសម្រេចបាននូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់កម្ពុជា (CMDGs) ក្រសួងផែនការ រាជធានីភ្នំពេញ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១៤

គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពកម្ពុជា (CSDGs) ក្របខណ្ឌ(ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០) វគ្គទី១៖ ការពិនិត្យឡើងវិញនូវលទ្ធផលមុន និងជំហានបន្ទាប់ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១៨

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៧ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១៨ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១៨

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៦ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១៧

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៥ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១៦ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១៦

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៤ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១៥

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៣ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១៤ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១៤

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១២ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១៣ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១៣

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១១ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១២ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១២

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១០ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១១ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១១

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៩ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០១០ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១០

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០០៨ និងផែនការការងារឆ្នាំ២០០៩-២០១១ ខែមីនា ឆ្នាំ២០០៩

របាយការណ៍សង្ខេបស្តីពីសមិទ្ធិផលសុខាភិបាលរយៈពេល ៥ ឆ្នាំ (២០១៧-២០២១) នៃការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណដំណាក់កាលទី ៤ នីតិកាលទី ៦ នៃរដ្ឋសភា

ចំណោលប្រជាជន និងជំរឿនប្រជាជន ឆ្នាំ១៩៩៨-២០២០

គណនេយ្យជាតិ ឆ្នាំ ២០១០-២០១៩

តាមរយៈគេហទំព័រ
https://mop.gov.kh/en-us/Home/Home/
https://www.nis.gov.kh/index.php/km/
https://camstat.nis.gov.kh/
https://www.unfpa.org/news/cambodia-push-end-maternal-deaths-remote-areas