ឯកសារស្រាវជ្រាវ

គណៈកម្មការទី៨ ព្រឹទ្ធសភា ទទួលបន្ទុកសុខាភិបាល សង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន យុវនីតិសម្បទា ការងារ បណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងកិច្ចការនារី

"សុខភាពសាធារណៈ និងជម្ងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា"

អ្នកស្រាវជ្រាវ៖ ជនឡរ៉េន
ជា ម៉ាលីកា
អាប់ចូរិនស៊ិន សេប៉ាស្ទៀន

ខែមីនា ឆ្នាំ២០១៤

វិទ្យាស្ថានសភាកម្ពុជា

មាតិកា

បញ្ជីអក្សរកាត់.....1

ខ្លឹមសារសង្ខេប.....2

I. សេចក្តីផ្តើម.....3

II. ស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈ និងជម្ងឺអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា.....5

១ -ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជា.....5

២ -ជម្ងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីព្យាបាលដែលមានស្រាប់.....7

៣ -បញ្ហាប្រឈមបច្ចុប្បន្នពាក់ព័ន្ធទៅនឹងជម្ងឺអេដស៍.....9

III. តើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍មានលក្ខណៈខុសគ្នាយ៉ាងណានៅកម្ពុជា?.....10

១-ការមិនមានទិន្នន័យប្រៀបធៀបសម្រាប់អត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវនៅតាមបណ្តាខេត្ត.....10

២-ហានិភ័យរបស់ជម្ងឺអេដស៍សម្រាប់ក្រុមដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់បំផុត) MARPs).....11

IV. គោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈនៅកម្ពុជាចំពោះជម្ងឺអេដស៍.....15

១មូលនិធិនៃកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍-.....15

២កម្ពុជានៅនិរន្តភាពហិរញ្ញវត្ថុលើកម្មវិធីជម្ងឺអេដស៍-.....18

V. តើមានបទពិសោធន៍ល្អៗណាខ្លះនៅថ្នាក់តំបន់ និងលើសកលលោក ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមជម្ងឺអេដស៍? 19

១-បទពិសោធន៍ល្អៗជាសកលស្តីពីវិធីសាស្ត្រសុខភាពសាធារណៈលើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍.....19

២-បទពិសោធន៍ល្អៗថ្នាក់តំបន់ស្តីពីវិធីសាស្ត្រសុខភាពសាធារណៈលើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍.....20

VI. តើកម្ពុជាគួរប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្របែបណាដើម្បីទទួលបានភាពជោគជ័យក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាអេដស៍?.....21

បទពិសោធន៍កន្លងមក.....21

១ការរីករាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យថ្នាក់ពិភពលោកក្នុងការកាត់បន្ថយ.រាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍។ ប៉ុន្តែ យោងតាមរបាយការណ៍របស់ UNAIDS ឆ្នាំ២០១៣ស្តីពីជម្ងឺអេដស៍នៅតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក ទីក្រុងហ្សឺណែវ ដើម្បីបន្ត នូវភាពជោគជ័យនេះ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែមានវិធានការណ៏ទៅលើក្រុមដែលងាយរងគ្រោះបំផុត។.....21

VII. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន.....22

ឯកសារយោង.....23

បញ្ជីអក្សរកាត់

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

ANC – Antenatal Care

ART – Antiretroviral Therapy

CVD – Cardio Vascular Disease

FEW – Female Entertainment Workers

GFAMT – Global Fund for AIDS, Malaria, and Tuberculosis

HACC – HIV/AIDS Committee of Cambodia

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HSP – Health Strategic Plan

MARP – Most At Risk Population

MDG – Millennium Development Goals

MoH – Ministry of Health

MSM – Men Who have with Sex

NAA – National AIDS Authority

NASA – National AIDS Spending Assessment

NCHADS – National Centre for HIV/AIDS, Dermatology, and STDs

NDC – Non-Communicable Disease

NGO – Non-Governmental Organization

NSP – National Strategic Plan

PLHIV – People Living with HIV

RGC – Royal Government of Cambodia

RH – Regional Hospital

TB - Tuberculosis

UN – United Nations

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

WHO – World Health Organization

ខ្លឹមសារសង្ខេប

ប្រទេសកម្ពុជាទទួលបានជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍ ក្នុងនោះអត្រាជម្ងឺអេដស៍បានធ្លាក់ចុះពី២%(ឆ្នាំ១៩៩៨) រហូតដល់០.៩% (ឆ្នាំ២០០៦)គិតក្នុងយុវវ័យកម្ពុជា ។ កម្ពុជាត្រូវបានទទួលស្គាល់ថាជាប្រទេសដែលនាំមុខគេក្នុងការកាត់បន្ថយជម្ងឺអេដស៍ទាំងថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់សកល ។

យុទ្ធសាស្ត្រ៣.០ បច្ចុប្បន្នរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលមានគោលដៅលុបបំបាត់ទាំងស្រុងនៃការចម្លងថ្មីនៅឆ្នាំ២០២០ តាមរយៈការអនុវត្តន៍“វិធីសាស្ត្រផ្សារភ្ជាប់” ដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ថាជាការអនុវត្តន៍ដែលល្អបំផុតនៅក្នុងលំដាប់អន្តរជាតិ ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះបានណែនាំបង្ហាញអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវការអប់រំការព្យាបាលនិងការប្រឹក្សាក៏ដូចជាដំណើរការប្រចាំថ្ងៃក្នុងការថែរក្សាគាំពារសុខភាពមាតា ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះផ្តល់នូវគុណសម្បត្តិពីរ ទីមួយគឺការពារការឆ្លងពីម្តាយទៅកូនដែលតែងតែកើតមានឡើងជាញឹកញាប់កត្តានេះជួយដល់ការកាត់បន្ថយអត្រាអ្នកជម្ងឺផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ និងទីពីរធ្វើការត្រួតពិនិត្យស្វែងរកមេរោគហ៊ីវនៅក្នុងខ្លួនម្តាយ និងទារក និងផ្តល់នូវការព្យាបាលក្នុងករណីចាំបាច់ ព្រោះកម្ពុជាក៏កំពុងពង្រីកនូវសេវាគាំពារសុខភាពមាតាផងដែរ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យោងតាមបទពិសោធន៍របស់ប្រទេសដ៏ទៃដើម្បីបន្តនូវភាពជោគជ័យនេះ កម្ពុជាត្រូវយកចិត្តទុកដាក់លើការកាត់បន្ថយនូវការចម្លងមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមជនដែលងាយរងគ្រោះដូចជាអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មផ្លូវភេទ និងអ្នកប្រើប្រាស់ការចាក់ថ្នាំញៀនជាដើម ។ នេះគឺជាបញ្ហាសំខាន់ ដោយសារតែបុគ្គលដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ទាំងនេះអាចចម្លងមេរោគហ៊ីវទៅបុគ្គលដែលយើងគិតថាមានហានិភ័យទាបដូចជាបុរសដែលបានឆ្លងមេរោគហ៊ីវជម្ងឺពីស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ ហើយបានចម្លងបន្តទៅប្រពន្ធរបស់គាត់ជាដើម។ ការដោះស្រាយបញ្ហានេះបានជួបប្រទះនូវការលំបាកកាន់តែខ្លាំងចាប់តាំងពីពេលដែលផ្ទះបនត្រូវបានបិទ ដោយសារតែមានការពិបាកក្នុងការស្វែងរកស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទអោយទទួលបានសេវាសុខភាពសំខាន់ៗ និងព័ត៌មានពីយុទ្ធនាការអប់រំផ្សេងៗ។

ឯកសារស្រាវជ្រាវនេះនឹងបង្ហាញពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាអំពីហេតុផលនៃភាពខុសគ្នារបស់ជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាអំពីគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈនៅកម្ពុជាទាក់ទងនឹងបញ្ហាទាំងនេះ អំពីបទពិសោធន៍ល្អៗក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ និងអ្វីដែលកម្ពុជាអាចធ្វើបានដើម្បីបន្តនូវជោគជ័យរបស់ខ្លួនក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍។

I. សេចក្តីផ្តើម

សុខភាពសាធារណៈ គឺជាការប្រមើលមើលទៅលើសុខភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋទូទៅមិនមែនរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗនោះទេ។ស្តែងចេញពីទស្សនៈវិស័យនេះ បញ្ហាសុខភាពត្រូវបានត្រួតពិនិត្យលើការចំណាយ និងប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់មនុស្សទាំងអស់។ ដោយសារតែប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃការចំណាយមានសារៈសំខាន់ចំពោះសុខភាពសាធារណៈ កត្តាទាំងនេះនឹងកំណត់ថាតើគោលការណ៍ជាក់លាក់ណាមួយអាចជះឥទ្ធិពលទៅលើចំនួនប្រជាជនប៉ុន្មាន[1]?

គោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈមានគោលបំណងធ្វើអោយសុខភាពគ្រួសារ និងសហគមន៍កាន់តែប្រសើរឡើងតាមរយៈការលើកកម្ពស់ជីវភាពរស់នៅដែលប្រកបដោយជាសុខភាព កម្មវិធីបង្ការជម្ងឺ និងគ្រោះថ្នាក់នានានិងតាមរយៈការការពារ និងត្រួតពិនិត្យនូវជម្ងឺឆ្លងផ្សេងៗ។ ជារួម សុខភាពសាធារណៈទាក់ទងនឹងការការពារសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ។ ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងន័យនេះ អាចសំដៅទៅលើប្រជាពលរដ្ឋនៅក្នុងថ្នាក់មូលដ្ឋានតំបន់ ប្រទេស ឬកម្រិតពិភពលោក[2]។

សុខភាពជះឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងទៅលើដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍ ។ ប្រសិនបើប្រជាពលរដ្ឋមួយភាគធំមានសុខភាពទន់ខ្សោយ កត្តានេះអាចបណ្តាលអោយមានបញ្ហាដូចជា៖ សមត្ថភាពធ្វើការងារចុះអន់ថយ សមាជិកក្រុមគ្រួសារខកខានពេលវេលាលើការមើលថែទាំពួកគេ ហើយការចំណាយនៅក្នុងគ្រួសារក៏កាន់តែច្រើនឡើងថែមទៀត។ ការងារសុខភាពសាធារណៈផ្តោតសំខាន់ទៅលើសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងការដោះស្រាយនូវបញ្ហាសុខភាពសំខាន់ៗដែលអាចប៉ះពាល់ទៅដល់ការរស់នៅពួកគេ។ តាមរយៈការកាត់បន្ថយជម្ងឺដង្កាត់ក្នុងក្នុងប្រទេសពួកគេអាចទៅធ្វើការ ទៅសិក្សា វិនិយោគ និងចូលរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គមរបស់ប្រទេស។

សហគមន៍អន្តរជាតិបានទទួលស្គាល់ភាពជោគជ័យរបស់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការកាត់បន្ថយនូវអត្រាចម្លងមេរោគហ៊ីវ។ ប្រទេសកម្ពុជាអាចកាត់បន្ថយអត្រាអ្នកឆ្លងមេរោគហ៊ីវ លើសពីពាក់កណ្តាល ដោយគិតចាប់ពីអត្រាខ្ពស់បំផុតគឺ ២% នៃស្ថិតិរបស់មនុស្សពេញវ័យនាឆ្នាំ១៩៩៨ ដល់ត្រឹម ០,៩% នាឆ្នាំ២០០៦[3]។ រាជរដ្ឋាភិបាលបានកំណត់ទិសដៅមិនអោយមានការឆ្លងជម្ងឺមេរោគហ៊ីវថ្មីទៀត នៅត្រឹមឆ្នាំ២០២០[4] ហើយបច្ចុប្បន្ននេះ កម្ពុជាជាប្រទេសដែលនាំមុខគេក្នុងតំបន់ក្នុងការផ្តល់ឲ្យនូវកម្មវិធីទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៍។

ស្របពេលជាមួយគ្នានោះផងដែរ ប្រទេសកម្ពុជាក៏កំពុងប្រឈមមុខក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍សម្រាប់បុគ្គលដែល "ប្រឈម" រួមមាន អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ បុរសស្រលាញ់បុរស និងអ្នកដែលចាក់ថ្នាំញៀនជាដើម។

---

[1] CDC Foundation. "What is Public Health?" Accessed: July 10, 2013.http://www.cdcfoundation.org/content/what-public-health
[2] Ibid.
[3] WHO, "THE WORK OF WHO IN THE WESTERN PACIFIC REGION, 2007–2008" (Geneva: WHO, 2008), http://www2.wpro.who.int/NR/rdonlyres/69F4E71F-9705-446B-8578-CD51AC11B71A/0/04dcc.pdf.p. 15.
[4] National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS), "Conceptual Framework on Virtual Elimination of New HIV Infections in Cambodia by 2020 Cambodia 3.0" (Phnom Penh: NCHADS, 2010), http://www.nchads.org/Events/000184/planning_workshop_for_2013/nchads/Cambodia%203%200%20by%202020%20-September%202012.pdf. p. 22.

ប្រទេសកម្ពុជាគួរតែបន្តពង្រឹងការវិវត្តន៍លើការថែទាំនិងការដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈដែលកើតមានឡើង ដើម្បីបន្តបង្កើននូវការអភិវឌ្ឍន៍ និងសម្រេចបាននូវគោលដៅដែលពាក់ព័ន្ធផ្នែកសុខភាព[5]។

ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់កម្ពុជាបានឆ្លងកាត់នូវការផ្លាស់ប្តូរជាច្រើន។ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលបច្ចុប្បន្នបានចាប់ផ្តើមអភិវឌ្ឍនៅឆ្នាំ១៩៩៣ ក្រោមការជួយគាំទ្រពីអ្នកផ្តល់ជំនួយឯកជន និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ជម្ងឺរបេង និងជម្ងឺរាគរូសត្រូវបានចាត់ទុកជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈចំបងៗជាងគេនាដើមទសវត្សរ៍៩០[6]។ នៅក្នុងទសវត្សរ៍ចុងក្រោយនេះ ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនិងការដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានការរីកចំរើនគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ បញ្ហាសុខភាពទាំងអស់របស់កម្ពុជាត្រូវបានគេមើលឃើញថាអាចនឹងសម្រេចបានឬសម្រេចបានលើសពីគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍(MDGs) ទៅទៀត[7]។ ការរីកចំរើនដែលគួរឲ្យកត់សម្គាល់ជាងគេគឺក្នុងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ទី៤(MDG4) ទាក់ទងនឹងមរណភាពកុមារ និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ទី៦(MDG6) ទាក់ទងជម្ងឺអេដស៍និងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ជម្ងឺគ្រុនឈាមនិងជម្ងឺរបេង[8]។

ទោះបីជាមានការរីកចម្រើនទាំងនេះក៏ដោយ ប្រទេសកម្ពុជានៅតែបន្តជួបប្រទះនូវបញ្ហាប្រឈមនៅក្នុងវិស័យសុខភាពសាធារណៈ។ ថ្វីត្បិតសូចនាករសុខភាពកម្ពុជានាំមុខគេក្នុងបណ្តាប្រទេសដទៃទៀតដែលមានចំណូលទាបក៏ដោយ កម្ពុជានៅតែស្ថិតនៅពីក្រោយបណ្តាដៃគូរក្នុងតំបន់ជាច្រើនទៀត[9]។ ឧទាហរណ៍ កម្ពុជាមានអត្រាមរណភាពរបស់មាតាខ្ពស់ជាងគេនៅក្នុងតំបន់ ហើយអត្រាមរណភាពរបស់ទារកគឺស្ថិតនៅដដែលក្នុងអំឡុងពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយ[10]។

ឯកសារស្រាវជ្រាវនេះនឹងរៀបរាប់អំពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៍ និងបទពិសោធន៍ពីអន្តរជាតិដែលគួរយកមកសិក្សា និងអនុវត្តតាម។ ផ្នែកទីII នឹងរៀបរាប់ពីប្រវត្តិ និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នទូទៅនៃជម្ងឺអេដស៍ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ផ្នែកនេះក៏ផ្តល់នូវខ្លឹមសារសង្ខេបនៃបញ្ហាសុខភាពចំបងដែលពាក់ព័ន្ធមួយចំនួននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដូចជា៖ ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ជម្ងឺគ្រុនឈាម ជម្ងឺរបេង និងជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម។ ផ្នែកទីIII នឹងកំនត់ថាតើបញ្ហារបស់ជម្ងឺអេដស៏មានភាពខុសគ្នាបែបណាខ្លះរវាងផ្នែកផ្សេងៗនៃសហគមន៍កម្ពុជា និងថាតើសុខភាពសាធារណៈត្រូវធ្វើការឆ្លើយតបបែបណាដើម្បីឲ្យស្របទៅតាមតម្រូវការនៃស្ថានភាពជាក់ស្តែង។ ផ្នែកទីIV នឹងធ្វើការអង្កេតលើការឆ្លើយតបចំពោះបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៍។ ផ្នែកទីV នឹងធ្វើការរៀបរាប់លំអិតអំពីគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈស្តីពីជម្ងឺអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងតំបន់ និងជាសកល។ ជាចុងក្រោយ ផ្នែកទីVI

[5]UNAIDS Efficient and sustainable HIV responses: Case studies on country progress." (Switzerland, January 2013).

[6]McGrew, Laura, "Health Care in Cambodia," Cultural Survival Quarterly, 14(3): 1990, accessed September 3, 2013.http://www.culturalsurvival.org/publications/cultural-survival-quarterly/cambodia/health-care-cambodia

[7]Royal Government of Cambodia, Ministry of Planning, "Achieving Cambodia's Millennium Development Goals," (Phnom Penh, Cambodia, 2010), 7.

[8]Ibid.

[9]National Institute of Public Health, "Literature Review of the Cambodian Health Care System: Strengths, weaknesses, and future research opportunities," September 23, 2012, accessed: June 15, 2013, www.niph.org.kh/niph/images/publications/sep-2012/literaturereview-of-healthcaresystem-in-cambodia.pdf. pp. 15-6.

[10]USAID and CDC Foundation, "Cambodia Global Health Initiative Strategy," (Phnom Penh, Cambodia, September 9, 2011), accessed: August 13, 2013, http://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/CambodiaStrategy.pdf, 2.

នឹងធ្វើការបញ្ចូលនូវសេចក្តីណែនាំនានាដើម្បីធ្វើឲ្យគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈស្តីពីជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាកាន់តែប្រសើរឡើង។

II. ស្ថានភាពសុខភាពសាធារណៈ និងជម្ងឺអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

១ -ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជា

ប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជាកំពុងបន្តរីកចំរើននិងវិវត្តន៍ក្រោមការបណ្តាក់ទុនពីរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងអ្នកផ្តល់ជំនួយបរទេស។ ប៉ុន្តែ ប្រព័ន្ធនេះនៅតែមានភាពស្មុគស្មាញ និងច្របូកច្របល់នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ហើយភាពខុសគ្នានៃគុណភាពសេវាអាចជាបញ្ហាប្រឈមសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងការសម្រេចចិត្តនិងប្រើប្រាស់សេវាដែលគេត្រូវការ។

ការផ្តល់សេវា និងហិរញ្ញប្បទានថែទាំសុខភាពនៅកម្ពុជាធ្វើឡើងតាមរយៈបណ្តាញធំៗចំនួនបីគឺរដ្ឋាភិបាល, អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ,និងវិស័យឯកជន (គ្លីនិកឯកជន ហាង និងឱសថស្ថានឯកជន ព្រមទាំងអ្នកព្យាបាលជម្ងឺបែបបុរាណ)។ ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពដោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាមានចំនួន ៥.៩%នៃផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប[11]។ ការទទួលបានសេវាសុខាភិបាលមានលក្ខណៈល្អប្រសើរតាំងពីចុងទសវត្សរ៍ឆ្នាំ៩០ តាមរយៈការបង្កើនចំនួនគ្លីនិកសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យការពង្រឹងទំនាក់ទំនងរវាងគ្លីនិកនិងមន្ទីរពេទ្យ និងការបង្កើនចំនួនអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល (គ្រូពេទ្យ គិលានុប្បដ្ឋាយិការ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តផ្នែកអប់រំសុខភាពក្នុងសហគមន៍)[12]។ ប៉ុន្តែ បច្ចុប្បន្ននេះមានតែ២១.៣% ប៉ុណ្ណោះដែលរដ្ឋាភិបាលបានចំណាយទៅលើវិស័យសុខភាព[13]គឺតិចជាងនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៤ ដែលមានចំនួន៣២%[14]។ ចំនែកឯការចំណាយរបស់អ្នកជម្ងឺទៅលើវិស័យសុខភាពនេះមានរហូតដល់ទៅ៧៣.៣%[15]។ កង្វះខាតនូវបុគ្គលិកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលថែទាំផ្នែកសុខភាពក៏ជាបញ្ហាប្រឈមនាពេលបច្ចុប្បន្នដែរ។ កម្ពុជាមានគ្រូពេទ្យតែ0.២៣នាក់សម្រាប់ប្រជាជន១០,០០០ នាក់ ដែលស្ថិតក្នុងលំដាប់ទី១៤៨ នៃ១៩២ ប្រទេស[16]។

បញ្ហាគន្លឹះដែលនៅតែមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពកម្ពុជាបណ្តាលមកពីបញ្ហាប្រឈមដូចជា៖ការធ្វើសមាហរណកម្មដែលមានប្រសិទ្ធភាពនូវជម្រើសសេវាសុខភាពជាច្រើននិងមានលក្ខណៈខុសៗគ្នាទៅតាមតំបន់ផ្សេងៗគ្នា ការចេញនូវច្បាប់គ្រប់គ្រងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពនៅគ្រប់កម្រិត និងភាពខុសគ្នាក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាពដែលមានគុណភាពនៅក្នុងប្រទេសដែលមានប្រជាជនរស់នៅតាមជនបទច្រើន។
ទោះបីជាការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសាធារណៈមានការកើនឡើងយឺត (ចន្លោះឆ្នាំ ២០០៥-២០១០ ប្រជាជនកម្ពុជាដែលប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពរដ្ឋសម្រាប់ការព្យាបាលបឋម មានការកើនឡើង៧,៣%) ក៏អង្គការក្រៅរដ្ឋា

[11] National Institute of Public Health, “Literature Review of the Cambodian Health Care System: Strengths, weaknesses, and future research opportunities,” September 23, 2012, accessed: www.niph.org.kh/niph/images/publications/sep-2012/literaturereview-of-healthcaresystem-in-cambodia.pdf, 3.
[12] Ibid.
[13] Ibid.
[14] World Bank, “World Bank Data Bank,” 2014, http://databank.worldbank.org/data/home.aspx.
[15] Ibid.
[16] ibid., 4.

ភិបាល និងគ្រូពេទ្យឯកជននៅតែដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបន្ដដោះស្រាយបញ្ហាដែលកំពុងប្រឈមមុខ[17]។ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងអ្នកផ្ដល់ជំនួយជាអើយៗផ្ដោតកម្មវិធីរបស់ខ្លួននិងផ្ដល់មូលនិធិពាក់ព័ន្ធនឹងជម្ងឺ និងបញ្ហាសុខភាពជាក់លាក់ដែលធ្វើអោយមានផលលំបាកក្នុងបញ្ចូលកម្មវិធីទាំងនេះទៅក្នុងប្រព័ន្ធរួមធំមួយឲ្យមានលក្ខណៈស៊ីសង្វាក់គ្នា។បច្ចុប្បន្ន មានអ្នកផ្ដល់ជំនួយនិងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលប្រមាណ១០០ដែលកំពុងឧបត្ថម្ភសេវាសុខាភិបាលក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទាំងតាមរយៈការអនុវត្តន៍កម្មវិធីដោយផ្ទាល់ឬតាមរយៈសហប្រតិបត្តិការផ្នែកបច្ចេកទេស[18]។

តារាងទី១ខាងក្រោមរបស់ឯកសារការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា (DHS)ឆ្នាំ២០១០ បង្ហាញថាមានតែប្រជាជន ២៨.៩% ប៉ុណ្ណោះដែលស្វែងរកការព្យាបាលបឋមនៅកន្លែងផ្ដល់សេវាសាធារណៈខណៈដែល ៥៦.៨%ប្រើប្រាស់សេវាឯកជន និង៥.៤% ប្រើប្រាស់សេវាពុំមែនវេជ្ជសាស្ត្រដូចជានៅតាមបណ្ដាហាងឬផ្សារ ជាដើម[19]។ នេះគឺជាការផ្លាស់ប្ដូរមួយគួរឲ្យកត់សម្គាល់ពីការអង្កេតឆ្នាំ២០០៥ ដែលមានតែប្រជាជន ២១.៦% តែប៉ុណ្ណោះដែលស្វែងរកការព្យាបាលបឋមនៅកន្លែងផ្ដល់សេវាសាធារណៈ ៤៨.២%ប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពឯកជន និង២០.៨%ប្រើប្រាស់នូវសេវាពុំមែនវេជ្ជសាស្ត្រ[20]។ នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈប្រជាពលរដ្ឋដែលរស់នៅជនបទប្រើប្រាស់មណ្ឌលសុខភាពនិងគ្លីនិកជាចំបង(១៨%នៃចំនួនសរុប)[21]ខណៈដែលប្រជាពលរដ្ឋនៅទីក្រុងតែងតែទៅរកការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ(១២%នៃចំនួនសរុប)។ ចំពោះវិស័យឯកជន គ្លីនិកឯកជនគឺជាសេវាដែលគេប្រើប្រាស់ញឹកញាប់បំផុតសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងទីក្រុងនិងជនបទ[22]។

---

[17]The provision of know-how in the form of personnel, training, research and associated costs… covering contributions to development primarily through the medium of education and training… whose primary purpose is to augment the level of knowledge, skills, technical know-how or productive aptitudes of the population (Land, p4); Land, Anthony M., “Developing Health Sector Capacity in Cambodia: The Contribution of Technical Cooperation - Patterns, Challenges and Lessons,” Council for the Development of Cambodia, May 2008,12.

[18]The provision of know-how in the form of personnel, training, research and associated costs… covering contributions to development primarily through the medium of education and training… whose primary purpose is to augment the level of knowledge, skills, technical know-how or productive aptitudes of the population (Land, p4); Land, Anthony M., “Developing Health Sector Capacity in Cambodia: The Contribution of Technical Cooperation - Patterns, Challenges and Lessons,” Council for the Development of Cambodia, May 2008,12.

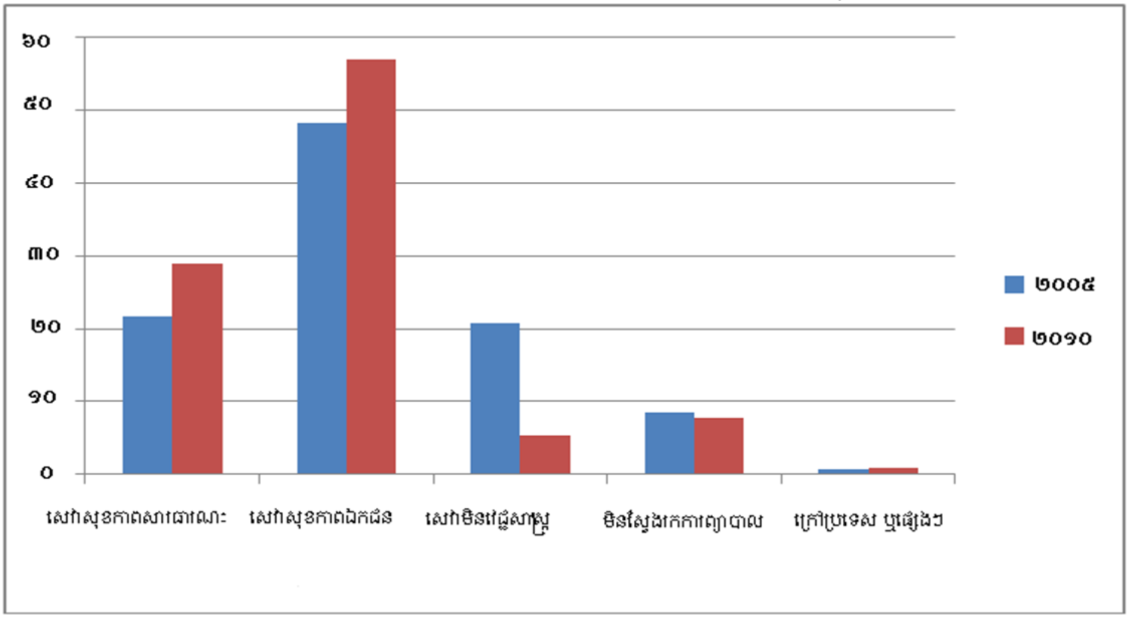
[19]National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, “Cambodia Demographic and Health Survey 2010,” Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland. USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, 2011, 32.

[20]National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, “Cambodia Demographic and Health Survey 2010,” Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, 2011, 34.

[21]Health centres are primarily responsible for delivering primary care, and work closely with Village Health Volunteers who are responsible for outreach activities and supporting access to primary care services. Health centres also provide referrals to higher-level health service facilities, such as Regional Hospitals (RH) that offer more comprehensive and complex health services. The HSP2 also aims to more fully integrate private health care providers into the local and national systems. This effort is focused on ensuring that these providers meet consistent and reliable clinical service delivery standards. See National Institute of Public Health, 22.

[22]National Institute of Public Health, op. cit. p 25.

តារាងទី១ ភាគរយនៃអ្នកទទួលបានការព្យាបាលជម្ងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់[23]



ដើម្បីចូលរួមចំណែកក្នុងការងារវិមជ្ឈការរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាលមានតួនាទីទទួលខុសត្រូវក្នុងការកំណត់ទិសដៅយុទ្ធសាស្ត្រនិងអាទិភាពទាំងអស់នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងផ្តល់នូវការទទួលខុសត្រូវបន្ថែមសម្រាប់សេវាសុខភាពរួមទាំងការលើកកម្ពស់សុខភាព ការអប់រំ និងការផ្តល់សេវាសុខភាពទៅដល់ដៃគូថ្នាក់ឃុំ និងថ្នាក់ខេត្ត។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលទី២ បានពន្យល់អំពីអាទិភាពក្នុងវិស័យសុខាភិបាលទាំងមូលសម្រាប់ផ្តល់ការបង្ការ ការព្យាបាល និងការលើកកម្ពស់សុខភាពដែលស្របទៅនឹង "គោលការណ៍បទដ្ឋាននិងសេចក្តីណែនាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចទទួលយកបានទូទាំងប្រទេស"[24]។ មានសេវាមួយចំនួនត្រូវបានផ្តល់ឲ្យនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានតាមរយៈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានប្រជាពលរដ្ឋចាប់ពី៨,០០០ ដល់១២,០០០ នាក់[25]។

២ -ជម្ងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីព្យាបាលដែលមានស្រាប់

មេរោគហ៊ីវ (មេរោគដែលធ្វើអោយប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គចុះខ្សោយ)នឹងចូលទៅចំលងមេរោគដល់កោសិកានៃប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គ បំផ្លាញឬធ្វើឲ្យតួនាទីរបស់កោសិកាទាំងនោះចុះទន់ខ្សោយ។ ការឆ្លងដោយមេរោគនេះ នាំឲ្យមានការបំផ្លាញប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គជាបន្តបន្ទាប់ ដែលនឹងឈានទៅដល់"កង្វះភាពស៊ាំទៅនឹងប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គ"។ កង្វះភាពស៊ាំនៃប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គកើតមានឡើងនៅពេលដែលប្រព័ន្ធការពារនេះមិនអាចបំពេញតួនាទីរបស់ខ្លួនក្នុងការប្រឆាំងជាមួយមេរោគនិងជម្ងឺ។ ការចម្លងដែលពាក់ពន្ធ័នឹងការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គធ្ងន់ធ្ងរត្រូវបានស្គាល់ថាជា"ការបង្ករោគដោយពពួកមេរោគឆ្លៀតឱកាស" ដោយហេតុថាជម្ងឺនឹងត្រូវបានបង្កឡើងពេលដែលប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គកាយចុះអន់ខ្សោយ។ ថ្វីត្បិតតែមេរោគហ៊ីវពុំអាចព្យាបាលបានតែ

[23]National Institute of Statistics, Cambodia Demographic and Health Survey 2010.
[24]Health Strategic Plan, xi.
[25]National Institute of Public Health, 22.

វាអាចគ្រប់គ្រងបានដោយមានប្រសិទ្ធភាពតាមរយៈការព្យាបាលរយៈពេលវែងដោយប្រើថ្នាំដើម្បីប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ Antiretroviral Therapy(ART)[26]។

ជាធម្មតា អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវត្រូវព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងនឹងជម្ងឺអេដស៍ART ដែលអាចរារាំងការវិវត្តន៍និងការរីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ។ ARTមានប្រសិទ្ធភាពកាន់តែខ្លាំងប្រសិនជាការព្យាបាលត្រូវបានចាប់ផ្តើមឡើងភ្លាមៗបន្ទាប់ពីការវិនិច្ឆ័យរោគ។ ការព្យាបាលនេះត្រូវការប្រើប្រាស់ការលាយបញ្ចូលគ្នានូវថ្នាំពីរឬបីមុខ។ ការទទួលបានការព្យាបាលដោយយកចិត្តទុកដាក់តាមរយៈការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ARTធ្វើអោយអ្នកជម្ងឺអាចរស់នៅបានយូរព្រមទាំងមានសុខភាពល្អ ហើយដែលសំខាន់ជាងនេះទៅទៀតគឺសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងការបង្ការកុំអោយមានការចម្លងមេរោគហ៊ីវទៅទារកដែលនៅក្នុងផ្ទៃ។ ការព្យាបាលជម្ងឺដែលផ្ទុកមេរោគហ៊ីវអោយបានត្រឹមត្រូវគឺត្រូវព្យាបាលអោយខ្លាំងដូចទៅនឹងជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ទិន្នន័យប្រទេសកម្ពុជាបានបង្ហាញថា៩៥%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ និងអ្នកជម្ងឺអេដស៍ទទួលបានថ្នាំប្រឆាំងមេរោគហ៊ីវ(ART)[27]។ ការអនុវត្តន៍នេះបានជួយកាត់បន្ថយនូវអត្រាចម្លង ជាពិសេសពីម្តាយទៅកូនដោយសារការរួមបញ្ចូលគ្នានូវការពិនិត្យរកមេរោគហ៊ីវនិងការព្យាបាលART នៅក្នុងគ្លីនិកថែរក្សាសុខភាពស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ(ANC)[28]។

ការថយចុះនៃអត្រារីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យរហូតដល់តិចជាង១%[29]នេះដោយសារតែរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានខិតខំយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការដោះស្រាយនូវបញ្ហារាតត្បាតនៃមេរោគហ៊ីវនៅកម្ពុជា។ គុណភាពនៃការថែទាំ និងការទទួលបាននូវសេវាថែទាំមានភាពប្រសើរឡើង ហើយប្រជាជនកម្ពុជាមានការយល់ដឹងច្រើនឡើងទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ និងរបៀបការពារការចម្លងបានច្បាស់លាស់ជាងកាលពី១០ឆ្នាំមុន[30]។ មានស្ថាប័នជាច្រើនត្រូវបានបង្កើតឡើងក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដើម្បីធ្វើអោយបានប្រសើរឡើងនូវការយល់ដឹងអំពីមេរោគហ៊ីវ និងជម្ងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា រួមមានអាជ្ញាធរជាតិយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគជាដើម ។ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលក៏ដើរតួនាទីដ៏សំខាន់ផងដែរក្នុងការផ្តល់ការថែទាំនិងតាមដានការរីករាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា។ អ្នកផ្តល់ជំនួយ និងតួអង្គដ៏សំខាន់ផ្សេងទៀតរួមមាន អង្គការសុខភាពពិភពលោក មូលនិធិសកលមជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យជម្ងឺអាមេរិក (ACDC)និងកម្មវិធីរួមរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីជម្ងឺអេដស៍(UNAIDS)។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់រាជរដ្ឋាភិបាល បានកំណត់នូវគោលដៅដែលទាក់ទងនឹងមេរោគហ៊ីវដូចខាងក្រោម៖

- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៧៥%ដែលផ្ទុកមេរោគហ៊ីវត្រូវទទួលបាន ARTឲ្យត្រឹមឆ្នាំ ២០១៥[31] និង
- អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវច្រើនជាង៨៥%ត្រូវទទួលបាន ARTត្រឹមឆ្នាំ២០១៥[32]។

---

[26]"WHO | 10 Facts on HIV/AIDS," *WHO*, accessed January 21, 2014, http://www.who.int/features/factfiles/hiv/en/index.html.
[27]WHO, "Data on the HIV/AIDS Response: Antiretroviral Therapy Coverage by Country" (Genva: WHO, 2013), http://apps.who.int/gho/data/node.main.574?lang=en.
[28]UNAIDS. 2013. UNAIDS Report 2013 : HIV in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013 from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/2013_HIV-Asia-Pacific_en.pdf. p. 85.
[29]WHO, "THE WORK OF WHO 2007-2008." p. 15.
[30]OumSopheap, interview by MalikaChea, Khana Offices, Phnom Penh, August 14, 2013.
[31]Ministry of Health. 2009. "Health Strategic Plan: 2008-15," Ministry of Health, Phnom Penh, Cambodia, 2008. p.24.
[32]ibid, 25.

៣ -បញ្ហាប្រឈមបច្ចុប្បន្នពាក់ព័ន្ធទៅនឹងជម្ងឺអេដស៍

ប្រទេសកម្ពុជាបានជួបប្រទះនូវបញ្ហាប្រឈមជាច្រើនក្នុងកំឡុងពេលកាត់បន្ថយអត្រារីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ និងកាត់បន្ថយអត្រាមរណៈ ដើម្បីអោយឈានទៅដល់ទិសដៅរបស់ខ្លួនក្នុងការបង្ការមិនឲ្យមានការចម្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីៗទៀតនាឆ្នាំ២០២០[33]។ បញ្ហាប្រឈមទាំងនោះរួមមាន៖ បញ្ហាសុខភាព និងឧបសគ្គនៃសង្គមនិងសេដ្ឋកិច្ចដែលអ្នកជម្ងឺ និងក្រុមគ្រួសារកំពុងជួបប្រទះ ព្រមទាំងកង្វះខាតនូវការកាត់បន្ថយមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាពលរដ្ឋដែលមានហានិភ័យខ្ពស់។

បញ្ហាប្រឈមដ៏ចម្បងក្នុងការគ្រប់គ្រងជម្ងឺមេរោគហ៊ីវគឺដោយសារតែអ្នកជម្ងឺរបេងមានចំនួនច្រើន ។ ជាធម្មតាអ្នកដែលមានផ្ទុកមេរោគហ៊ីវជាអ្នកដែលងាយនឹងឆ្លងជម្ងឺបន្ថែម។ អ្នកដែលផ្ទុកមេរោគហ៊ីវពី២០%-៣៧%ភាគច្រើនអាចនឹងងាយឆ្លងជម្ងឺរបេងជាងប្រជាពលរដ្ឋទូទៅ[34]។ ជម្ងឺរបេងគឺជាមូលហេតុសំខាន់ដែលបណ្តាលអោយអ្នកជម្ងឺអេដស៍ស្លាប់ជម្ងឺ មួយភាគបួននៃការស្លាប់ទាំងអស់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវបណ្តាលមកពីឆ្លងជម្ងឺរបេងបន្ថែមទៀត។ ទិន្នន័យឆ្នាំ២០១១ បានបង្ហាញថាប្រជាជនកម្ពុជា ៣២.៧%ដែលផ្ទុកជម្ងឺទាំងពីរនេះបានទទួលការព្យាបាលទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៃជម្ងឺ[35]។ ការបង្កើនការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើបញ្ហានេះបានផ្តល់នូវលទ្ធផលជាវិជ្ជមាន ដោយនៅក្នុងឆ្នាំ២០០៩ មានប្រជាជន៦.១% ដែលផ្ទុកជម្ងឺរបេងផង និងជម្ងឺមេរោគហ៊ីវផង បានកាត់បន្ថយពី១០%ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ និង៧.៨% ក្នុងឆ្នាំ២០០៧[36]។ បញ្ហាដែលនៅតែបន្តកើតឡើងសម្រាប់អ្នកដែលផ្ទុកជម្ងឺពីរឺច្រើនក្នុងពេលតែមួយនេះគឺជាភាពសុាំញ៉ាំទាក់ទងនឹងរបបក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ នៅពេលដែលរបបនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំកាន់តែស្មុគស្មាញអត្រានៃអ្នកដែលមិនអាចអនុវត្តបានក៏កាន់តែខ្ពស់ ដែលនាំឲ្យកាន់តែពិបាកក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហានេះ (ឧទាហរណ៍ អ្នកជម្ងឺដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំច្រើននៅក្នុងលក្ខខណ្ឌខុសៗគ្នាមានការលំបាកកាន់តែខ្លាំងក្នុងការប្រកាន់អោយបានខ្ជាប់ខ្ជួននៃរបបថ្នាំទាំងនោះ)[37]។

អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដូចជា គ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន(Médecins Sans Frontières) គឺជាអង្គការដែលនាំមុខគេនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍កម្មវិធីដើម្បីជួយដល់អ្នកជម្ងឺទាំងនេះ តាមរយៈការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលផលប៉ះពាល់នៃភាពសុាំរបស់មេរោគចំពោះថ្នាំ ព្រមទាំងនាំអោយគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវផង និងជម្ងឺរបេងផងដែលមិនបានទទួលរបបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ។

បន្ថែមពីលើបញ្ហាទាំងនោះ បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចក៏ត្រូវបានចោទឡើងផងដែរ ចំពោះដោយគ្រួសារដែលមានសមាជិកជាអ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ។ តាមរយៈការសិក្សាស្រាវជ្រាវឆ្នាំ២០១០ នៅក្នុងខេត្តព្រះសីហនុបានបង្ហាញថាគ្រួសារដែលមានសមាជិកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវមានចំណូលទាបជាងគ្រួសារដែលគ្មានសមាជិកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ(៤១%) ការចំណាយក៏ទាបជាង(៣៣%) ហើយទ្រព្យសម្បត្តិ និងការចំណាយលើការសិក្សាក៏ទាបជាងដែរគឺ(៤២%)[38]។ការផ្ត

[33] OumSopheap.
[34] Reuben Granich et al., “Prevention of Tuberculosis in People Living with HIV,” *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 50 Suppl 3 (May 15, 2010): S215–222, doi:10.1086/651494.
[35] Cambodia Country Progress Report, 33.
[36] ibid.
[37] Martin, Leslie R. et al. “The challenge of patient adherence,” Therapeutics and Clinical Risk Management 1(3), 2005, 189-199, 190.
[38] Nomoto, Marino, et al., “Socioeconomic Impact of HIV/AIDS on Households under Free Antiretroviral Therapy in Preah Sihanouk Province, Cambodia,” Journal of Antiviral & Antiretroviral 5(1), 2013, 3.

ល់ថ្នាំពន្យារជីវិតនិងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធសុខភាពដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវដោយឥតគិតថ្លៃបានមានន័យថា ទោះបីជាគ្រួសារដែលមានសមាជិកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវមានជីវភាពក្រីក្រក៏ដោយក៏ការចំណាយទៅលើការទិញថ្នាំផ្សេងៗទៀតរបស់ពួកគេមានកម្រិតទាបដែរ។ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយគ្រួសារដែលមានសមាជិកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវត្រូវការចំណាយខ្ពស់លើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាព និងចំណាយលើពិធីបុណ្យសព[39]។ សូម្បីតែនៅពេលមានការផ្តល់ឲ្យនូវថ្នាំARTដោយឥតគិតថ្លៃក៏ដោយ ក៏ក្រុមអ្នកជម្ងឺនេះនៅតែជួបប្រទះបញ្ហាផ្នែកថវិកាកាន់តែលំបាក ជាងគ្រួសារគ្មានសមាជិកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវ។ នេះអាចដោយសារតែមេរោគហ៊ីវ បានធ្វើអោយស្ថានភាពសុខភាព និងការងាររបស់ពួកគាត់ចុះអន់ថយ។ មានអនុសាសន៍មួយចំនួនជូនទៅរាជរដ្ឋាភិបាលនិងស្ថាប័នដែលពាក់ព័ន្ធដើម្បីផ្តល់ជំនួយលើថ្លៃពិនិត្យព្យាបាលដល់អ្នកជម្ងឺអេដស៍ និង"ផ្តល់ជំនួយទៅដល់ជីវភាពរស់នៅបន្ថែមក្រៅពីជំនួយផ្នែកសុខភាព"[40](ឧទាហរណ៍ៈ គ្រួសារត្រូវទទួលបាននូវការគាំទ្រលើការអប់រំ និងឱកាសការងារល្អប្រសើរជាងមុន)។ ជាងនេះទៅទៀត អ្នកជម្ងឺដែលផ្ទុកមេរោគហ៊ីវមើលទៅមានកម្រិតអប់រំទាបជាងប្រជាពលរដ្ឋធម្មតាដែលអាចនឹងធ្វើឲ្យពួកគេកាន់តែមានជីវភាពក្រីក្រ និងមានការលំបាកច្រើនក្នុងការទទួលបានការព្យាបាល[41]។

III. តើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍មានលក្ខណៈខុសគ្នាយ៉ាងណានៅកម្ពុជា?

១-ការមិនមានទិន្នន័យប្រៀបធៀបសម្រាប់អត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវនៅតាមបណ្តាខេត្ត

ទិន្នន័យដែលអាចទុកចិត្តបាននិងទិន្នន័យប្រៀបធៀបនៃអត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវសម្រាប់ខេត្តនីមួយៗមិនទាន់ត្រូវបានប្រមូលអស់រយៈពេលជាងប្រាំឆ្នាំមកហើយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ព្រោះវិធីសាស្ត្រគំរូនាពេលបច្ចុប្បន្នគឺផ្តោតតែទៅលើអត្រាផ្ទុកមេរោគហ៊ីវនៅតាមវិស័យនីមួយៗនៅក្នុងសង្គមជាជាងនៅតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ។ការស្រាវជ្រាវរយៈពេលជាង២០ឆ្នាំចុងក្រោយបានរកឃើញថាស្ថានភាពសង្គមមនុស្សដូចជាកម្រិតនៃការអប់រំ ការងារការធ្វើចំណាកស្រុក ឬកម្រិតនៃភាពក្រីក្ររបស់ពួកគេ គឺជាកត្តាមួយធ្វើឱ្យពួកគេប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ[42]។

ដោយសារតែមូលហេតុនេះហើយទើបការស្ទាបស្ទង់មតិពីអត្រាមេរោគហ៊ីវនៅតាមខេត្តមិនបានធ្វើទៅដល់គោលដៅពិតប្រាកដ។ គួរតែប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានទៅលើក្រុមដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទឬស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលដើម្បីការពារមេរោគហ៊ីវកុំឲ្យឆ្លងដល់ទារកនៅក្នុងផ្ទៃ។

ដូចបានរៀបរាប់រួចមកហើយថា ការប្រកបរបរមួយចំនួនដូចជាអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទនិងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតែងតែប្រមូលផ្តុំគ្នានៅក្នុងទីក្រុងនេះជាករណីដែលកើតមានឡើងញឹកញាប់នៅក្នុងទីក្រុងធំៗដែលជាទីកន្លែងដែលមានបញ្ហាអេដស៍ច្រើនជាងទីកន្លែងដ៏ទៃទៀត[43]។

---

[39] Ibid.
[40] Nomoto, 5.
[41] Ibid 2.
[42] UNAIDS. 2013. UNAIDS Report 2013 : HIV in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013 from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/2013_HIV-Asia-Pacific_en.pdf. p. 13-15
[43] Ibid.

២-ហានិភ័យរបស់ជម្ងឺអេដស៍សម្រាប់ក្រុមដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់បំផុត) MARPs)

ខណៈពេលដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រារីករាលដាលជាទូទៅនៃមេរោគហ៊ីវ និងអត្រាឆ្លងក្នុងចំណោមប្រជាពលរដ្ឋទូទៅ ក្រុមដែលសង្គមមិនសូវយកចិត្តទុកដាក់ និងក្រុមដែលមានការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់នៅតែចោទជាបញ្ហា។មិនទាន់មានការប្រៀបធៀបណាមួយទាក់ទងនឹងការកាត់បន្ថយនូវអត្រារបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានការប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់ទាំងអស់ដែលក្នុងនោះមានអត្រា២៤.៤%នៃក្រុមដែលចាក់គ្រឿងញៀន និង១៣.៩%អ្នកដែលធ្វើការផ្នែកកំសាន្តដែលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់(ទិន្នន័យបោះពុម្ពក្នុងឆ្នាំ២០១១) [44]។

ក្រុមដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់បំផុត(MARPs)គឺជាបុគ្គលនិងក្រុមទាំងឡាយដែលមានអាកប្បកិរិយា និងការប្រព្រឹត្តដែលងាយទទួលរងគ្រោះខ្លាំងដោយសារជម្ងឺអេដស៍។ក្រុមទាំងនេះក៏ទទួលបានការថែទាំ និងចំណេះដឹងស្តីពីជម្ងឺអេដស៍តិចតួចដែរ។ ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះទាំងនេះមានដូចជា អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ បុរសស្រលាញ់បុរស (MSM) និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះទាំងនេះកើតមាននៅគ្រប់សង្គមទាំងអស់ ហើយដោយសារតែការសកម្មភាពរបស់ពួកគេបានធ្វើអោយពួកគេរឹតតែងាយរងគ្រោះកាន់តែខ្លាំងឡើងមិនត្រឹមតែងាយរងការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ និងចម្លងមេរោគហ៊ីវទៅអ្នកដ៏ទៃប៉ុណ្ណោះទេ ពួកគាត់ថែមទាំងងាយនឹងរងគ្រោះដោយជម្ងឺផ្សេងៗទៀតដូចជាជម្ងឺរលាកថ្លើមនិងជម្ងឺកាមរោគជាដើម។នារីដែលធ្វើការផ្នែកកំសាន្ត(រួមមានស្ត្រីខារ៉ាអូខេ និងស្ត្រីឃោសនាស្រាបៀរ)ភាគច្រើនត្រូវបានគេចាត់ទុកជា"អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដោយប្រយោល"ព្រោះការងាររបស់ពួកគាត់ជម្រុញអោយមានការធ្វើអាជីវកម្មផ្លូវភេទជាមួយនឹងអតិថិជនដែលមានលក្ខណៈដូចជាការលក់នូវផលិតផល ឬសេវាផង និងថែមទាំងផ្តល់នូវសេវាផ្លូវភេទ។[45]។សំពាធនៅក្នុងការងារបានជម្រុញអោយពួកគេពាក់ព័ន្ធទៅនឹងសកម្មភាពផ្លូវភេទ និងអត្រាខ្ពស់បំផុតនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងហើយអ្នកដែលមានដៃគូរួមផ្លូវភេទច្រើនដោយមិនបានអនុវត្តវិធានការសុវត្ថិភាពក្នុងពេលរួមភេទ(ឧ.ប្រើស្រោមអនាម័យ) គឺអ្នកទាំងនោះហើយដែលបានបង្កើនអោយមានការឆ្លងរីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ។ អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់សំដៅលើស្ត្រីពេស្យាចារ គឺជាអ្នកដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើនដែលអាចបង្កើននូវការរីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ។ ក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរសក៏ចាត់ចូលក្នុងក្រុមអ្នកដែលផ្ទុកមេរោគហ៊ីវដែលមានអត្រាខ្ពស់បំផុតដែលជាញឹកញាប់ពួកគាត់ជាក្រុមដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើន និងមានការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យតិចតួចបំផុត។ ក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរសក៏បានអោយដឹងផងដែរថា ពួកគាត់ទទួលបានចំណេះដឹងតិចតួចទាក់ទងនឹងមេរោគហ៊ីវ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ។អ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន ជាពិសេសអ្នកចាក់ថ្នាំញៀន មានការប្រឈមខ្ពស់នឹងមេរោគហ៊ីវតាមរយៈសកម្មភាពផ្លូវភេទដោយគ្មានការប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលដែលពួកគាត់ស្ថិតនៅក្រោមឥទ្ធិពលថ្នាំញៀន ឬនៅពេលដែលប្រើម្ជុលចាក់ថ្នាំញៀនរួមគ្នា។ អ្នកដែលនៅក្នុងស្រទាប់ប្រជាជនប្រភេទនេះគឺមិនត្រូវបានផ្តល់តម្លៃនៅក្នុងសង្គមឡើយ។ ការមើលងាយពីសង្គម និងវិសមភាពប្រាក់ចំណូលធ្វើឲ្យពួកគេមានលទ្ធភាព

[44] Ibid. p, 15.

[45] UNAIDS. Efficient and sustainable HIV responses: Case studies on country progress. Switzerland, January 2013, 4. Accessed March 27, 2014.http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2450_case-studies-country-progress_en.pdf. Also see: **National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs (NCHADS)** *HIV Sentinel Surveillance Survey.* s.l. :Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, 2011.

តិចតួចក្នុងការទទួលបានការអប់រំ ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលមេរោគហ៊ីវ។ លើសពីនេះទៅទៀតតាមការពិនិត្យទៅលើទិន្នន័យសុខភាពក្នុងចំណោមប្រជាជនទាំងនេះមានបញ្ហាប្រឈមជាច្រើនដោយសារតែមានភាពលំបាកក្នុងការស្វែងរកពួកគេ។ ជាងនេះទៅទៀតភាពអៀនខ្មាស់ទាក់ទងនឹងរបៀបរស់នៅរបស់ពួកគេអាចធ្វើអោយរបាយការណ៍នៃការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានភាពមិនត្រឹមត្រូវ[46]។

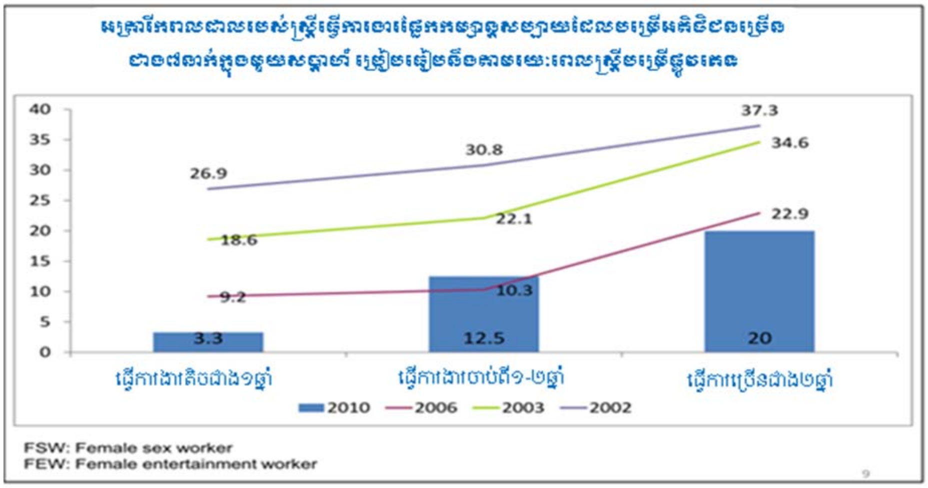
ក្រុមអ្នកដែលងាយរងគ្រោះដោយមេរោគហ៊ីវគឺជាឧបសគ្គរបស់កម្ពុជាក្នុងការរក្សានូវភាពជោគជ័យកន្លងមកទាំងការកាត់បន្ថយអត្រានៃការឆ្លង និងអត្រាមរណភាព ព្រមទាំងការសម្រេចអោយបាននូវគោលដៅលុបបំបាត់ទាំងស្រុងនៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីនិងមិនអោយមានអ្នកស្លាប់ដោយសារមេរោគហ៊ីវអោយបាននៅឆ្នាំ២០២០[47]។ ការបន្តកើនឡើងនូវទំលាប់ដែលប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ក្នុងចំណោមអ្នកដែលងាយរងគ្រោះគួបផ្សំនឹងការផ្លាស់ប្តូរថ្មីនៅក្នុងច្បាប់ប្រទេសកម្ពុជាដែលធ្វើអោយបុគ្គលិកកម្មវិធីជម្ងឺអេដស៍មានការលំបាកក្នុងការស្វែងរកគោលដៅ និងកង្វះកម្មវិធីអប់រំជម្ងឺអេដស៍ដោយផ្ទាល់ ការកាត់បន្ថយ និងការព្យាបាលទាំងនេះធ្វើអោយអត្រាមេរោគហ៊ីវមានការកើនឡើងនៅក្នុងក្រុមទាំងនេះ។ចាប់តាំងពីការបិទផ្ទះបននៅឆ្នាំ២០០៨មក អ្នកដែលប្រកបមុខរបរផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ត្រូវបានជម្រុញអោយរស់នៅ និងប្រកបរបរផ្លូវភេទដោយលួចលាក់។ ក្រោយពីមានការអនុម័តច្បាប់របស់កម្ពុជា ស្តីពីការបង្ក្រាបការជួញដូរមនុស្សនិងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទអង្គការដែលផ្តល់សេវាលើបញ្ហាមេរោគហ៊ីវមួយចំនួន បានរាយការណ៍ពីការធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងប្រើប្រាស់សេវាកម្មនេះដោយនារីបម្រើផ្លូវភេទ[48]។ ការប្រើប្រាស់សេវាកម្មនេះមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យអត្រាឆ្លងមេរោគហ៊ីវ។អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជម្ងឺអដស៍របស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានលើកឡើងថាការផ្តោតគោលដៅទៅលើអ្នកបម្រើការងារផ្នែកកម្សាន្តតាមរយៈការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ និងការផ្តល់ស្រោមអនាម័យនិងទឹករំអិល គឺជាការចំណាយបន្ថែមទៀត ដែលនេះជាវិធានការដ៏មានប្រសិទ្ធភាពតែមួយគត់ដើម្បីកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ[49]។ការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាពមានគោលបំណងកាត់បន្ថយបទឧក្រិដ្ឋនៅក្នុងសហគមន៏ប៉ុន្តែវិធានការនេះក៏បានជះឥទ្ធិពលដល់ដំណើរការស្វែងរកអ្នកដែលអាចផ្ទុកមេរោគហ៊ីវដែរ ដូចជាអ្នកចាក់ថ្នាំញៀនជាដើម។ការភ័យខ្លាចនៃការរំខានឬការចាប់ខ្លួនធ្វើឱ្យអ្នកទាំងនោះកាន់តែប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគហ៊ីវព្រោះពួកគាត់បានប្តូរទៅទីតាំងថ្មីដែលគេអាចមិនស្គាល់រួមទាំងសេវាកម្មព្យាបាលជម្ងឺអេដស៏មានចំនួនតិចតួច[50]។ការមិនបន្តកម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរម្ជុលចាក់ថ្នាំ[51]នៅឆ្នាំ២០១១ធ្វើអោយមូលនិធិអន្តរជាតិសម្រាប់កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរម្ជុលចាក់ថ្នាំ និងកម្មវិធីស្រដៀងគ្នាផ្សេងៗទៀតលើការកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់ថ្នាំញៀនមានការធ្លាក់ចុះ[52]។

---

[46]UNAIDS, "Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic of 2013" (Geneva: UNAIDS), accessed January 21, 2014, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
[47]National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS), *No New HIV Infections in Cambodia by 2020*.p. 28.
[48]PREPFAR *Cambodia Operational Plan Report FY 2012* (Washington DC, 2013), http://www.pepfar.gov/documents/organization/212133.pdf. pp. 2-3.
[49] The National AIDS Authority, "Cambodia Country Progress Report." p. 40.
[50]PEPFAR, 8.
[51]Cambodia previously had 2 needle exchange programmes that targeted roughly 1,200 of the country's estimated 2,000 injection drug users. Needle exchange programmes enable injection drug users to trade in their used needles for new and clean ones, while also accessing counseling and support services. The use and sharing of dirty needles is a major contributor to the spread of HIV among injection drug users.
[52] PEPRAF, 8

ទិន្នន័យពីអត្រាប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យចំពោះស្ត្រីធ្វើការផ្នែកកំសាន្តមានលក្ខណៈខុសគ្នា។របាយការណ៍របស់អង្គការសហប្រជាតិកាលពីឆ្នាំ២០១០បានបង្ហាញថា អត្រាអ្នកប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យក្នុងប្រទេសក្នុងចំណោមបុរសគឺមានប្រហែល៦% និងឈានដល់អត្រាខ្ពស់១៥%នៅរាជធានីភ្នំពេញ[53] ប៉ុន្តែរបាយការណ៍មួយរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិធ្វើការលើការងារស្ត្រី (UNW) ឆ្នាំ២០១៣បានបង្ហាញថាអត្រាអ្នកប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានខ្ពស់រហូតដល់៥០%[54]។បញ្ហានេះកាន់តែស្មុគស្មាញបន្ថែមទៀតដោយសារភាពខុសគ្នាដែលបានមកពីនារីដែលបម្រើការងារផ្នែកកម្សាន្ត និងនារីធ្វើការបម្រើផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់(ពេស្យាចារ) និងនារីដែលបម្រើផ្លូវភេទដោយប្រយោល(នារីផ្សព្វផ្សាយស្រាបៀរ នារីខារ៉ាអូខេ)។អត្រាមេរោគអេដស៍របស់ក្រុមទាំងពីរនេះនឹងបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី៣ខាងក្រោមនេះ។នៅពេលដែលផ្ទះបននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានហាមឃាត់ការកំណត់ទីតាំងនិងផ្តល់សេវាសុខភាពទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៏ដល់អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់កាន់តែមានការលំបាកឡើងព្រោះក្រុមនេះប្រឈមមុខនឹងហានិភ័យគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់បំផុតព្រោះពួកគេអាចចម្លងមេរោគហ៊ីវនិងជម្ងឺកាមរោគផ្សេងទៀតទៅភ្ញៀវរបស់ពួកគេ[55]។ នារីដែលបម្រើការងារផ្នែកកម្សាន្តដោយប្រយោលមិនត្រូវបានដាក់ជាបទព្រហ្មទណ្ឌ ហើយកន្លែងការងាររបស់ពួកគេក៏មិនបានបិទទ្វារដែរ ដូច្នេះពួកគេនៅតែមានលទ្ធភាពទទួលបានការអប់រំពីជម្ងឺអេដស៏និងសេវាសុខភាពនានា[56]។ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយអ្នកបម្រើផ្លូវភេទដោយប្រយោលជាមធ្យមទទួលអតិថិជនតិចតួចក្នុងមួយសប្តាហ៍ហើយដូច្នេះអត្រាមេរោគអេដស៍និងជម្ងឺកាមរោគមានកម្រិតទាប[57]។កម្រិតអតិថិជនពីប្រាំពីរនាក់ឡើងទៅក្នុងមួយសប្តាហ៍ អាចជម្រុញអោយអត្រានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍មានការកើនឡើង[58]។

តារាងទី២ អត្រាមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើការងារផ្នែកកំសាន្ត(FEW) និងនារីបម្រើផ្លូវភេទ (FSW)[59]



[53]UNAIDS, Sex Work and HIV.Accessed: www.aidsdatahub.org/dmdocuments/sex_work_hiv_cambodia.pdf.

[54]Henderson, Simon, "UN Report Says 1 in 5 Cambodian Men Have Raped, Cambodia Daily," September 11, 2013, accessed: http://www.cambodiadaily.com/archive/un-report-says-1-in-5-cambodian-men-have-raped-42122/?utm_source=rss%utm_medium=rss%utm_campaign=un-report-says-1-in-5-cambodian-men-have-raped.

[55]OumSopheap.

[56] ibid.

[57]National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD, 7.

[58]Ibid.

[59] PEPRAF, UNAIDS, Sex Work and HIV.

វាជាការគ្រោះថ្នាក់ខ្លាំងណាស់ដែលអ្នកធ្វើការបម្រើផ្លូវភេទដោយប្រយោលមិនសូវបានរាយការណ៍ពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ហើយមានកត្តាជាច្រើនទៀតដែលងាយនឹងធ្វើពួកគាត់កាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ដូចជាពេលដែលអតិថិជនចំណាយប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការរួមភេទដោយមិនមានការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យនិងនៅពេលដែលពួកគាត់សេពគ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនក្នុងពេលដែលកំពុងធ្វើការងារ[60]។ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងនិងគ្រឿងញៀនមានការរីករាលដាលចំពោះអ្នកធ្វើការងារបម្រើផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ និងដោយប្រយោលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ ព័ត៌មានទាំងនេះត្រូវបានគេបញ្ចូលនៅក្នុងសំណួរនៅក្នុងរបាយការណ៍ដែលទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ[61]។ជាងនេះទៅទៀតអត្រាមានផ្ទៃពោះក្នុងចំណោមអ្នកធ្វើការបម្រើផ្លូវភេទមានអត្រាខ្ពស់ដល់ទៅ៣១%[62]មានន័យថា៩៨%ប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យក្នុងចំណោមនារីបម្រើផ្លូវភេទ[63] គឺមានភាពត្រឹមត្រូវ។

ក្រុមដែលប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់បំផុត(MARPs) គឺអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននិងក្រុមបុរសស្រលាញ់បុរសគឺជា"អ្នកដែលបង្កើននូវការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគហ៊ីវ"[64]។យោងទៅតាមការវិភាគរបស់កម្មវិធីរួមរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍(UNAIDS)ប្រទេសកម្ពុជានឹងមិនអាចសម្រេចបានតាមគោលដៅក្នុងការកាត់បន្ថយមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ២០២០ឡើយប្រសិនបើកម្មវិធីសម្រាប់ក្រុមអ្នកងាយរងគ្រោះមិនត្រូវបានអនុវត្តយ៉ាងខ្លាំងក្លានោះទេហើយមេរោគនេះនឹងនៅតែបន្តរីករាលដាលទៅប្រជាជនដ៏ទៃទៀត[65]។

បុរសដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ទីក្រុងមានអត្រាគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ ដូចជាក្រុមបុរសដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើន ហើយក៏ជាក្រុមមួយដែលអាចបង្កើនការរីករាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍ផងដែរ ព្រោះពួកគេគឺជា"ស្ពាន"សម្រាប់ការចម្លងមេរោគអេដស៍រវាងអ្នកធ្វើការងារផ្នែកកម្សាន្តនិងស្ត្រីដែលប្រឈមមុខនឹងការរងគ្រោះទាប (ដូចជាស្ត្រីជាប្រពន្ធជាដើម)។ បុរសត្រូវបានទទួលស្គាល់ថាអ្នកបង្កគ្រោះថ្នាក់តាមរយៈការប្រើប្រាស់សេវារួមភេទនៅផ្ទះបន។ ដោយសារតែផ្ទះបនត្រូវបានហាមឃាត់ បុរសទាំងនោះបានស្វែងរកការរួមភេទជាមួយក្រុមនារីបម្រើការងារផ្នែកកម្សាន្តដែលធ្វើអោយនារីដែលធ្វើការក្នុងផ្នែកនេះមានការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងរូបភាពផ្សេងៗដូចជា-ហាងម៉ាស្សាក្លឹបខារ៉ាអូខេហាងស៊ីផឹកនិងនៅតាមដងផ្លូវជាដើម[66]។

ការចម្លងមេរោគហ៊ីវក៏មានការកើនឡើងផងដែរទៅលើមនុស្សពីរក្រុមគឺក្រុមយុវវ័យ និងដៃគូស្រលាញ់ភេទដូចគ្នារយៈពេលវែង។ ប៉ុន្តែពួកគេមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជា "ក្រុមងាយរងគ្រោះ"ឡើយ។របាយការណ៍នៅឆ្នាំ២០១៣របស់អង្គការKHANAដែលជាអង្គការអចិន្ត្រៃយ៍មួយដែលផ្តល់នូវសេវាកម្មមេរោគអេដស៍(KHANA)[67] បានបង្ហាញផងដែរថា ថ្មីៗនេះបានកត់សម្គាល់ពីការកើនឡើងនៃការចម្លងមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមយុវវ័យនៅកម្ពុជា[68]។កត្តាផ្សេងៗជាច្រើនដែលបណ្តាលឲ្យអត្រាមេរោគហ៊ីវក្នុងចំណោមយុវវ័យកើនឡើង រួមមានការប្រើប្រាស់

[60]Oum Sopheap.
[61]Weinhard, Lance, et al. “Reliability and Validity of Self-Report Measures of HIV-Related Sexual Behavior,” Archives of Sexual Behavior, 27(2): 1998, 155–180.
[62]OumSopheap.
[63]Ministry of Health (MoH). 2011. Evaluation of the STI Management Protocol for Female Sex Workers in Cambodia. Accessed 27/02/2014 from: https://www.nchads.org/Publication/Others/STI%20validation%20study%20report%20en-v3.pdf
[64] UNAIDS, “Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic of 2013.” p. 43.
[65]Ibid.
[66]PEPFAR, 3.
[67]http://www.khana.org.kh/page.php?mainid=26
[68]OumSopheap.

គ្រឿងស្រវឹង និងគ្រឿងញៀន[69]។ ជាងនេះទៅទៀត នៅក្នុងខណៈពេលដែលប្រទេសកម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យក្នុងការលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យពីសំណាក់អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ/អ្នកធ្វើការផ្នែកកម្សាន្ត និងអ្នកដែលទទួលសេវាកម្ម(៨៧%[70]) រវាងមនុស្សស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានប្រហែល ៥០%ដែលនឹងបង្ហាញក្នុងតារាងទី៣ខាងក្រោម។ ការចម្លងមេរោគហ៊ីវរវាងក្រុមស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា នៅតែមានបន្តការកើនឡើង[71]។សម្គាល់អត្រាស្ត្រីដែលរាយការណ៍ពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យមានប្រហែល៨០% គឺទ្វេរដងប្រៀបធៀបនឹងបុរសដែលមានត្រឹមតែ៣៩%[72]។

តារាងតួលេខទី៣ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគឆ្នាំ២០១១[73]

IV. គោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈនៅកម្ពុជាចំពោះជម្ងឺអេដស៍

១-មូលនិធិនៃកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍

ក្រោមការណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ប្រទេសកម្ពុជាមានតួអង្គសំខាន់ជាច្រើនដែលធ្វើការជម្ងឺពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគហ៊ីវ។ ទាំងនោះរួមមាន អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋាភិបាល និង មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS)។ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុកដែលរួមមាន អង្គការសម្ព័ន្ធភាពខ្មែរប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍(Khana) និងគណៈកម្មាធិការសម្របសម្រួលប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍(HACC)។ លើសពីនេះទៅទៀត មូលធិនិ និងកម្មវិធីដែលសំខាន់គឺត្រូវបានផ្តល់ឲ្យដោយអង្គការអន្តរជាតិដូចជាកម្មវិធីរួមរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិស្តីពីបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍(UNAIDS) មូលនិធិសកល

[69]ibid.
[70]ibid.
[71]National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD. p. 17.
[72]AnastasiyaNitsoy, “National AIDS Spending Assessment: 2011-2012.” National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs, National AIDS Authority, and UNAIDS, (Phnom Penh, Cambodia, April 8, 2013). p. 5.
[73]National AIDS Authority.

(Global Funds)និងអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO)។ សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា ទឹកប្រាក់ចំនួន ៥៨,០៥៩,៤៦៩ដុល្លាអាមេរិកត្រូវបានចំណាយទៅលើការដោះស្រាយបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍ក្នុងឆ្នាំ២០១០[74]។

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ គឺជាស្ថាប័នចម្បងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការដឹកនាំ និងអនុវត្តកម្មវិធីបង្ការ សម្រាប់ការទប់ស្កាត់ និងគ្រប់គ្រងជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា។ អាជ្ញាធរនេះទទួលបន្ទុកអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិទាំងអស់ និងគោលការណ៍ណែនាំស្ដីពីជម្ងឺអេដស៍អភិវឌ្ឍផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់ជម្ងឺអេដស៍ និងធ្វើការសម្របសម្រួលក្នុងចំណោមបណ្ដាក្រសួង និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធអង្គការអន្តរជាតិក្រៅរដ្ឋាភិបាលនិងម្ចាស់ជំនួយទាំងអស់[75]។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) គឺជាអង្គភាពប្រតិបត្តិការនៃក្រសួងសុខាភិបាលដែលបានផ្ដល់នូវការអភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយលើវិស័យសុខភាពសម្រាប់ការប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ និងជម្ងឺកាមរោគ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនេះក៏ទទួលបន្ទុកក្នុងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីគាំទ្រថ្នាក់ខេត្ត និងសម្របសម្រួលជាមួយនឹងដៃគូផ្សេងទៀតក្នុងវិស័យសុខាភិបាល អភិវឌ្ឍគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់សមាសភាពមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍រៀបចំផែនការអភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងការវាយតម្លៃអំពីរោគរាតត្បាត (អេពីដេមីសាស្រ្ត) តរិយាបទ និងប្រសិទ្ធភាពការបង្ការ និងការថែទាំជម្ងឺកាមរោគ/មេរោគអេដស៍/ ជម្ងឺអេដស៍[76]។

រាជរដ្ឋាភិបាលគឺជាអ្នកគ្រប់គ្រងមូលនិធិធំជាងគេលើបណ្ដាសេវាដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាតាមរយៈយន្តការនៃការវាយតម្លៃការចំណាយទៅលើជម្ងឺអេដស៍ថ្នាក់ជាតិ(NASA)។នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ រាជរដ្ឋាភិបាលបានធ្វើការសម្រេចចិត្តបែងចែកមូលនិធិចំនួនបួនហើយការចំណាយសរុបទៅលើជម្ងឺអេដស៍មានប្រហែល ៥០%[77]។ មូលនិធិសម្រាប់ជម្ងឺអេដស៍របស់រាជរដ្ឋាភិបាលបានកើនឡើងពី១.៧លានដុល្លារអាមេរិកក្នុងឆ្នាំ ២០០៩ ដល់៥.៦លានដុល្លារអាមេរិកក្នុងឆ្នាំ ២០១១ និង២០១២។ ៤៥% នៃការរួមចំណែករបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគឺផ្ដល់ជាប្រាក់ខែដល់បុគ្គលិកដែលផ្ដល់សេវាថែទាំសុខភាព[78]។ ទោះបីជាមានមានការកើនឡើងបែបនេះក្ដី ប្រទេសកម្ពុជានៅតែពឹងផ្អែកទៅលើម្ចាស់ជំនួយអន្តរជាតិដែលមាន៨៩%នៃចំនួនមូលនិធិសរុប។ ព័ត៌មានពីមូលនិធិលើកម្មវិធី និងការចំណាយលើជម្ងឺអេដស៍របស់កម្ពុជា នឹងមានការពន្យល់យ៉ាងក្បោះក្បាយនៅក្នុងតារាងទី៥ និង៦ខាងក្រោម ដោយយោងទៅតាមទិន្នន័យរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS)[79]។

[74]AnastasiyaNitsoy, "National AIDS Spending Assessment: 2011-2012." National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs, National AIDS Authority, and UNAIDS, (Phnom Penh, Cambodia, April 8, 2013). p. 5.
[75]National AIDS Authority, accessed: http://www.naa.org.kh/.
[76]National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs, "Missions, Functions and Structure," accessed at: http://www.nchads.org/index.php?id=25.
[77]National AIDS Spending Assessment, 11.
[78] Ibid. 12
[79]National AIDS Spending Assessment, 12

មូលនិធិដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកម្មវិធីជម្ងឺអេដស៍

ការចំណាយទៅលើជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាបានឈានដល់ចំណុចខ្ពស់ក្នុងឆ្នាំ២០១១ ដែលមានចំនួន សរុបលើសពី៥៨លានដុល្លារអាមេរិក-- ជាគិតជាមធ្យម ប្រហែល៤.១០ដុល្លារសម្រាប់ប្រជាជនទូទៅម្នាក់ៗ និង ៧៤៦ដុល្លារសម្រាប់មនុស្សដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ម្នាក់។ នៅក្នុងមូលនិធិជម្ងឺអេដស៍ឆ្នាំ ២០១២ ការផ្តល់មូលនិធិត្រូវបានកាត់បន្ថយមកត្រឹម៥០.៩លានដុល្លារអាមេរិក តែចំនួននេះនៅតែខ្ពស់ជាងគេសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ បើធៀបនឹងប្រទេសដទៃទៀតនៅក្នុងតំបន់[80]។

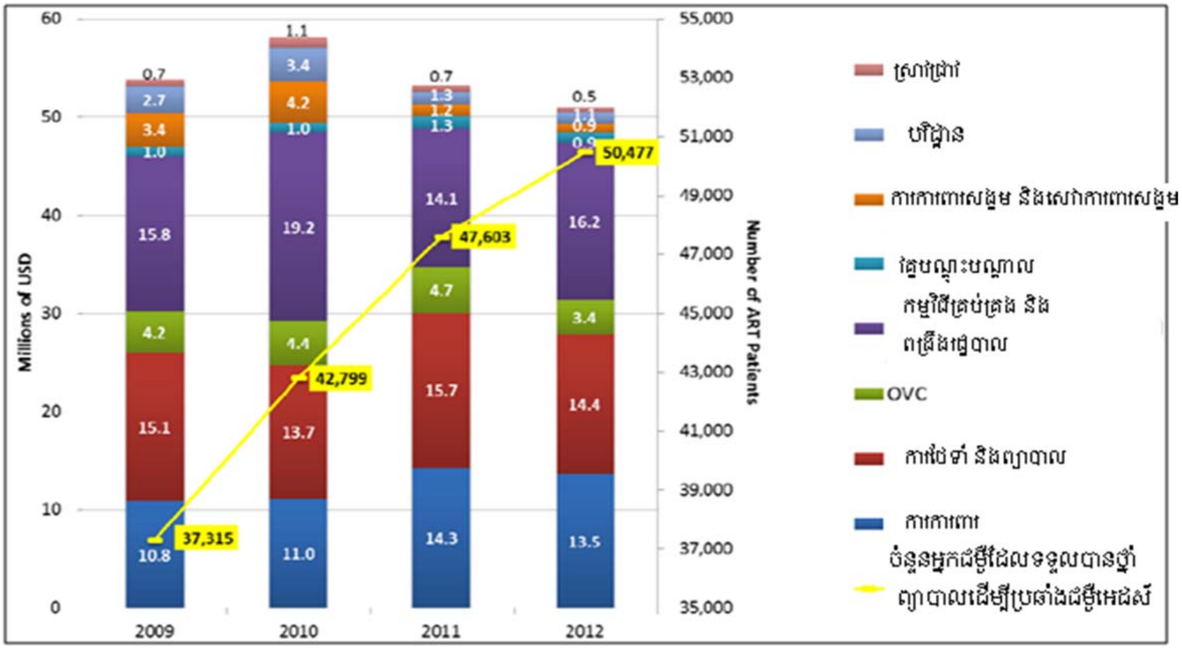
តារាងទី៤ ការវាយតម្លៃការចំណាយលើជម្ងឺអេដស៍ឆ្នាំ២០១២[81]

	២០០៩		២០១០		២០១១		២០១២	
ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា	$១,៧០៣,៤០៣	៣%	$២,៤៣៦,៨៣២	៤%	$៥,៦៤៤,៩៤៧	១១%	$៥,៦៧១,៨៦២	១១%
ស្ថាប័នឯកជន	$៣៦,៩៥៥	<១%	$៥១,៥៤០	<១%	$៩៦៣,៩៥២	<២%	$៩៥៦,៨៣៧	<២%
អង្គការទ្វេភាគី	$១៥,៥៦៥,១៣៧	២៩%	$១៥,៦៦២,៥២៧	២៧%	$១៥,៧១៣,៧៩៥	២៩%	$១៥,៨៧២,៤៧៤	៣១%
អង្គការអន្តរជាតិ	$៩,១១៩,២៩៥	១៧%	$៧,៥១៦,៣៣១	១៣%	$៣,៧៣៦,២២៤	៧%	$២,៨៥៥,៨៨២	៦%
GRATM	$១៩,០២៣,៣៧៧	៣៥%	$២២,៧១១,២៤៥	៣៩%	$១៨,០៣០,៥៩៥	៣៤%	$២០,០២៧,១៣២	៣៩%
ទីភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ	$៧,៥៤៧,៤៣៧	១៤%	$៨,៣៨២,៦៥២	១៤%	$៧,១២៨,៨៥៧	១៣%	$៤,៣២០,៣៥២	៨%
ស្ថាបន័ចំរុះផ្សេងៗទៀត (លើកលែងតែ GRATM និង អង្គការសហប្រជាជាតិ)	$៦១២,៣០៧	១%	$១,០៤៣,១៦៨	២%	$១,៧៤៥,៦២១	៣%	$១,១៦៥,២៤៣	២%
ដំណោះស្រាយអន្តរជាតិនៅក្នុងពិភពលោក	$១២៧,២៨៦	<១%	$២៥៥,១៧៥	<១%	$២៥៤,៦៥៤	<1%	$៥៧,៦១៩	<១%

[80]Ibid. 9.

[81]Nitsoy, *National AIDS Spending Assessment*. p. 5

តារាងទី៥ ការបែងចែកមូលនិធិជម្ងឺអេដស៍ប្រចាំឆ្នាំនៅប្រទេសកម្ពុជា[82]



២-និរន្តភាពហិរញ្ញវត្ថុលើកម្មវិធីជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា

យើងឃើញថា បច្ចុប្បន្ននេះកម្ពុជាហាក់បីដូចជាគ្មាននិរន្តរភាពផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ព្រោះដូចដែលបានបង្ហាញខាងលើនៅក្នុងតារាងលេខ៥រាជរដ្ឋាភិបាលរួមចំណែកត្រឹមតែ១១%នៃការផ្តល់មូលនិធិដោយមួយចំនួនធំគឺបានមកពីសហគមន៍អន្តរជាតិនិងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល។ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិដូចជាទីភ្នាក់ងារកាតូលិករបស់ចក្រភពអង់គ្លេសសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ក្រៅប្រទេស(UK Based Catholic Agency for Overseas Development)កំពុងធ្វើការទៅលើការងារជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា ហើយបច្ចុប្បន្ននេះមូលនិធិសកលប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍របេង និងគ្រុនចាញ់ក៏នឹងត្រូវបញ្ចប់នៅឆ្នាំ២០១៥ដែរ[83]។ជាងនេះទៅទៀតនៅឆ្នាំ២០១០ ការវាយតម្លៃបានព្យាករណ៍ថានឹងមានគម្លាតធនធានគឺ២៤.៣លានដុល្លារសហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំ ចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ ២០១៥ទៅ[84]។គម្លាតនៃការផ្តល់មូលនិធិនេះអាចនឹងប្រសើរឡើង ប្រសិនបើរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាអាចសម្រេចបានតាមគោលដៅរបស់ខ្លួនក្នុងការដែលមិនអោយមានអត្រាឆ្លងមេរោគហ៊ីវថ្មីអោយបាននៅឆ្នាំ ២០២០។

---

[83]Lauren Donaldson, CAFOD, in email message to author, Nov. 7, 2013.

[84]National AIDS Authority, National Spending Assessment III: The financial resources for the comprehensive% multi-sectoral response to HIV/AIDS (2011-2015) in Cambodia, (Phnom Penh, Cambodia, 2010).

V. តើមានបទពិសោធន៍ល្អៗណាខ្លះនៅថ្នាក់តំបន់ និងលើសកលលោក ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមជម្ងឺអេដស៍?

១-បទពិសោធន៍ល្អៗជាសកលស្តីពីវិធីសាស្ត្រសុខភាពសាធារណៈលើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍

បទពិសោធន៍ល្អៗជាសកលចំពោះការដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមនៃជម្ងឺអេដស៍គឺធ្វើឡើងតាមរយៈស្វែងរកការគាំទ្រលើការគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈ ដោយផ្សារភ្ជាប់កម្មវិធីជម្ងឺអេដស៍ទៅនឹងកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ[85]។អង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់អនុសាសន៍ទៅលើការប្រើវិធីសាស្ត្រនេះ ព្រោះថាហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដែលចាំបាច់លើកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជកាន់តែច្រើនក៏អាចត្រូវបានគេប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើឲ្យលទ្ធផលការងារជម្ងឺអេដស៍កាន់តែល្អប្រសើរទាំងតម្លៃ និងលទ្ធផលជារួម ។ ជាទូទៅ ជម្ងឺអេដស៍ត្រូវបានគេរួមបញ្ចូលទៅក្នុងវិធានការកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ដែលបានធ្វើជាមួយក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ[86]។ជាឧទាហរណ៍ អង្គការជាច្រើនដូចជាUNAIDS បានគាំទ្រលើវិធីសាស្ត្រផ្សារភ្ជាប់នៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជដែលគាំទ្រទៅលើការបញ្ជ្រាប និងប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយការពារក្នុងកំឡុងពេលរួមភេទ[87]។ UNAIDS ទទួលស្គាល់ថាវិធីសាស្ត្រនេះគឺជាបទពិសោធន៍ដ៏ល្អសម្រាប់ពិភពលោក។ ដោយសារតែប្រើប្រាស់ថវិកាតិចតាមរយៈការប្រើប្រាស់កម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជដែលមានស្រាប់ និងអាចឈានចូលទៅដល់ក្រុមគោលដៅជម្ងឺអេដស៍ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព[88]។ ស្រដៀងគ្នានេះផងដែរ ការថែទាំមាតានិងទារក ឬផែនការគ្រួសារ អាចនឹងត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ក្នុងការកំណត់ស្ថានភាពរបស់អ្នកកើតជម្ងឺអេដស៍ បន្ទាប់មកផ្តល់ការព្យាបាលជម្ងឺ និងទប់ស្កាត់ការឆ្លងបន្ថែមទៀត[89]។ របាយការណ៍របស់ UNAIDSថ្មីៗនេះ បានគាំទ្រទៅលើវិធីសាស្ត្រដែលផ្តោតសំខាន់លើស្ត្រីដែលប្រឈមនឹងជម្ងឺអេដស៍។ ស្ត្រីនិងក្មេងស្រីដែលជាអ្នកប្រឈមនឹងជម្ងឺអេដស៍បំផុត មិនមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការព្យាបាល ហើយដោយសារតែការមានផ្ទៃពោះ និងការងាររកស៊ីផ្លូវភេទ គឺជាចំណុចគោលដៅដ៏សំខាន់ក្នុងការឆ្លងជម្ងឺអេដស៍[90]។ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះUNAIDSគាំទ្រនូវជំហានទូទៅដូចខាងក្រោម[91]៖

១. បញ្ឈប់ការប្រើអំពើហឹង្សា និងបញ្ហាវិសមភាពទៅលើស្ត្រីជាទូទៅ
២. បង្កើនការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាល និងការគាំទ្រដល់ស្ត្រី
៣. លើកកម្ពស់ការអប់រំ ការយល់ដឹង និងការទទួលបានព័ត៌មានស្តីពីជម្ងឺអេដស៍
៤. បង្កើនស្វ័យភាពសេដ្ឋកិច្ចដល់ស្ត្រី និង
៥. ផ្តល់អំណាចដល់ស្ត្រីដើម្បីប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជម្ងឺអេដស៍។

---

[85]World Health Organisation. 2005. *Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages*. Geneva: World Health Organisation. Accessed 17/12/2013 from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HIV_2005.05_eng.pdf
[86]Ibid.
[87]Ibid.
[88]Ibid.
[89]Ibid.
[90]UNAIDS (ONUSIDA).2013. *5 Mesures en Faveur des Femmes dans le Cadre de la Lutte Contre le VIH dans l'Espace Francophone.* Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013 from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/styleassets/images/microsite/JC2477_Fracophonie_fr.pdf
[91]Ibid.

២-បទពិសោធន៍ល្អៗថ្នាក់តំបន់ស្តីពីវិធីសាស្ត្រសុខភាពសាធារណៈលើបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍

យោងទៅតាមរបាយការណ៍របស់ UNAIDS ឆ្នាំ២០១៣បានអោយដឹងថា ចាប់ពីឆ្នាំ២០០១មកដល់២០១២ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍បានធ្លាក់ចុះអស់២៦% សម្រាប់តំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក[92]។របាយការណ៍នេះបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពជាក់ស្តែងថា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមរបស់ជម្ងឺអេដស៍នៅក្នុងតំបន់ គឺត្រូវផ្តោតសំខាន់ទៅលើក្រុមដែលងាយរងគ្រោះជាជាងគិតទៅលើតំបន់ភូមិសាស្ត្រ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិកបានបង្ហាញថា កម្រិតស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដែលមានជម្ងឺអេដស៍ គឺមានរហូតដល់ ២៩ដង បើប្រៀបធៀបទៅនឹងស្ត្រីទូទៅ។ ដោយសារតែអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទភាគច្រើនប្រមូលផ្តុំគ្នានៅក្នុងទីក្រុង ដែលជាហេតុធ្វើអោយទីក្រុងបានក្លាយជាកន្លែងក្តៅគគុកមួយសម្រាប់ជម្ងឺអេដស៍[93]។ របាយការណ៍ឆ្នាំ២០១៣របស់ UNAIDSក៏បានកំណត់ពីអត្តសញ្ញាណនៃក្រុមអ្នកដែលងាយរងគ្រោះចំបងៗនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក ដូចតទៅៈ

១. អ្នកចាក់ថ្នាំញៀន
២. អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទទាំងបុរស និងស្ត្រី និងអតិថិជនរបស់ពួកគេ
៣. ភរិយារបស់បុរសដែលទៅរកសេវាកម្មផ្លូវភេទ
៤. បុរសស្រលាញ់បុរស និងងអ្នកកែភេទ
៥. ជនចំណាកស្រុក និង
៦. អ្នកជាប់ពន្ធនាគារ ។

ផ្អែកលើភាពជោគជ័យក្នុងតំបន់រយៈពេលមួយទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ របាយការណ៍ឆ្នាំ២០១៣របស់UNAIDS បានបង្ហាញថា បទពិសោធន៍ល្អៗលើវិធីសាស្ត្រក្នុងការបន្តកាត់បន្ថយហានិភ័យ និងការខូចខាតដែលកើតពីជម្ងឺអេដស៍នឹងកាន់តែមានភាពកាន់តែប្រសើរឡើងតាមរយៈការជួយក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ ការទទួលបាននូវវិធានការការពារដូចជា ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ និងម្ជុលចាក់ថ្នាំថ្មីៗ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគហ៊ីវ និងការព្យាបាល និងការគាំទ្រលើកទឹកចិត្តដល់អ្នកកើតជម្ងឺអេដស៍[94]។

ទោះបីជាការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគហ៊ីវ/ជម្ងឺអេដស៍ ការថែទាំនិងការព្យាបាលដល់ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះទាំងនេះនៅមិនទាន់បានពេញលេញ ក៏ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានចាត់ទុកថាជាប្រទេសគំរូក្នុងតំបន់ចំពោះបទពិសោធន៍ដ៏ល្អក្នុងកម្រិតមួយគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ នាដើមឆ្នាំ២០០០ ប្រទេសកម្ពុជាបានទទួលការកោតសរសើរទៅលើភាពជោគជ័យក្នុងការសម្រេចបាននូវគោលដៅទាក់ទងនឹងជម្ងឺអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ តាមរយៈការអប់រំដែលធ្វើអោយមានការកើនឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ[95]ដែលអាចធ្វើអោយពួកគេចៀសផុតពីជម្ងឺឆ្លងផ្សេងៗទៀត[96]។ បន្ថែមពីលើនេះ ស្របជាមួយនឹងអនុសាសន៍UNAIDS ដូចបានលើកឡើងនៅក្នុងផ្នែកស្តីពីបទពិសោធន៍ល្អៗលើពិភពលោកខាងលើ ប្រទេសកម្ពុជាគឺជាប្រទេសគំរូក្នុងតំបន់ក្នុងការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រនៃការផ្សារភ្ជាប់រវាងកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ និងកម្មវិធីផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍។ ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ប្រទេសកម្ពុជាបានបង្កើតកម្មវិធីសុខភាពដែលមានការផ្សារភ្ជាប់គ្នារវាងសុខភាពបន្តពូជ

---

[92]UNAIDS. 2013. UNAIDS Report 2013 : HIV in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013 from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/2013_HIV-Asia-Pacific_en.pdf . p. 10.
[93]Ibid. pp. 13-15.
[94]Ibid. p. 17.
[95]Ibid.
[96]Ibid. p. 43.

ទៅនិងវិធានការនានានៃជម្ងឺអេដស៍ ដែលធ្វើអោយមានការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ បានចំនួន៨០%ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនាកំឡុងឆ្នាំដំបូងនៃប្រតិបត្តិការនេះនៅក្នុងស្រុកចំនួនប្រាំ។ កម្មវិធីត្រូវបានដាក់ចេញឲ្យប្រើប្រាស់នៅទូទាំងប្រទេសតាំងពីឆ្នាំ២០០៩[97]។ លើសពីនេះទៀត ប្រទេសកម្ពុជាក៏ជាប្រទេសនាំមុខគេក្នុងតំបន់ពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជម្ងឺអេដស៍ ដោយធ្វើការផ្តោតសំខាន់ទៅលើជនដែលងាយរងគ្រោះ ដើម្បីកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍[98] ហើយក៏ត្រូវបានចាត់ទុកជាប្រទេសនាំមុខគេក្នុងតំបន់ក្នុងការដែលសម្រេចបានជាង៥០%លើវិធានការការពារប្រឆាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកុមារ[99]។

ការដាក់បញ្ចូលបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអោយបានទូលំទូលាយ ក៏ដូចជាការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងសេវាសុខភាពបន្តពូជអាចជាវិធីសាស្ត្រដ៏ល្អសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហាជម្ងឺអេដស៍ ដោយផ្អែកលើទស្សនៈសុខភាពសាធារណៈ[100]។ ទស្សនៈនេះមានលក្ខណៈសមហេតុផលព្រោះថាវិធានការធានានូវនិរន្តភាពហិរញ្ញវត្ថុក៏ដូចជាការពង្រីកនៃកម្មវិធីនេះនឹងបន្តបង្ហាញពីអត្ថប្រយោជន៍ដល់ជនដែលងាយរងគ្រោះ។

VI. តើកម្ពុជាគួរប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្របែបណាដើម្បីទទួលបានភាពជោគជ័យក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាអេដស៍?

បទពិសោធន៍កន្លងមក

១.រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យថ្នាក់ពិភពលោកក្នុងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃជម្ងឺអេដស៍។ ប៉ុន្តែ យោងតាមរបាយការណ៍របស់ UNAIDS ឆ្នាំ២០១៣ស្តីពីជម្ងឺអេដស៍នៅតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក ទីក្រុងហ្សឺណែវ ដើម្បីបន្តនូវភាពជោគជ័យនេះ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែមានវិធានការណ៍ទៅលើក្រុមដែលងាយរងគ្រោះបំផុត[101]។

២ .បែបបទនៃការផ្តល់ថ្នាំសម្រាប់ជម្ងឺអេដស៍មានភាពស្មុគស្មាញដោយសារតែថ្នាំដែលត្រូវប្រើ មានចំនួនច្រើន។ របបថ្នាំកាន់តែមានភាពស្មុគស្មាញជាងនេះទៅទៀតប្រសិនបើអ្នកជម្ងឺអេដស៍មានជម្ងឺផ្សេងទៀតនៅក្នុងខ្លួនដូចជា ជម្ងឺរបេងជាដើម ។ របបថ្នាំកាន់តែស្មុគស្មាញ ធ្វើអោយអត្រាអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំបានទៀតទាត់កាន់តែតិច ។ ក្រុមមួយចំនួនដូចជាយុវវ័យជនចំណាកស្រុក និងអ្នកដែលមិនបានប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពជាប្រចាំ គឺជាក្រុមដែលងាយរងគ្រោះក្នុងការប្រើប្រាស់ថ្នាំអោយបានទៀងទាត់។

បញ្ហានេះបង្ហាញពីហានិភ័យនៅក្នុងសង្កាត់ចំនួន២មិនមែនសម្រាប់តែអ្នកជម្ងឺតែប៉ុណ្ណោះទេគឺសម្រាប់សហគមន៍ដែលពួកគេរស់នៅ ។ ជាដំបូងការដែលពួកគេមិនទទួលថ្នាំអោយបានទៀតទាត់ធ្វើអោយមានការវិវត្តន៍នៃវីរុស ។ នេះជាបញ្ហាដែលកើតឡើងដ៏ឆាប់រហ័សនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។ ប្រទេសមីយ៉ាន់ម៉ាហ្វីលីពីន, ឥណ្ឌូនេស៊ី និង វៀតណាម ត្រូវបានអង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់ចំណាត់ថ្នាក់ជាប្រទេសដែលមានមេរោគ

[97]Ibid. p. 85

[98]Ibid. p22.

[99]Ibid. p. 52.

[100]Ibid. p. 84.

[101]UNAIDS. 2013. UNAIDS Report 2013 : HIV in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013 from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/2013_HIV-Asia-Pacific_en.pdf . p. 10.

របេងសុាំនឹងជាតិថ្នាំភាគច្រើន[102]។ បន្ថែមពីលើនេះ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវនឹងធ្វើអោយការរីករាលដាលនៃមេរោគកាន់តែខ្លាំង ដែលធ្វើអោយកាន់តែងាយចម្លងទៅអ្នកដ៏ទៃ ។ ហេតុដូចនេះ ហានិភ័យនៃការឆ្លងជម្ងឺអេដស៏កាន់តែកើនឡើងចំពោះអ្នករួមភេទ ឬការចាក់ថ្នាំញៀនអ្នកជម្ងឺអេដស៍ដែលមិនបានប្រើប្រាស់ថ្នាំទៀងទាត់ ជាពិសេសនៅពេលដែលពួកគាត់មិនយកចិត្តទុកដាក់លើហានិភ័យខ្ពស់ដែលខ្លួនកំពុងតែប្រឈម ។

មានវិធីសាស្រ្តមួយចំនួនដែលអាចដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះបានដូចជា ៖

- ការប្រើប្រាស់កម្មវិធីទូរស័ព្ទដៃដើម្បីរំលឹកអ្នកជម្ងឺអោយទទួលទានថ្នាំ រឺរំលឹកពីការណាត់ជួបពិនិត្យសុខភាព

- កម្មវិធីផ្សព្វផ្សាយការលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យតាមរយៈការផ្ញើរសារផ្តល់ព័ត៌មានអប់រំផ្នែកសុខភាព និងការរួមភេទដោយសុវត្ថិភាព ។

៣ .កញ្ចប់ថវិកាបន្ថែមសម្រាប់និរន្តភាពលើការគ្រប់គ្រងបញ្ហាអេដស៏មានសារៈសំខាន់ណាស់ព្រោះ៧០%នៃថវិកាប្រចាំឆ្នាំបច្ចុប្បន្នគឺផ្អែកទាំងស្រុងលើម្ចាស់ជំនួយ។ បច្ចុប្បន្ននេះ ម្ចាស់ជំនួយបានចាប់ផ្តើមដកខ្លួនពីកម្ពុជាហើយកម្ពុជានឹងប្រឈមមុខនូវបញ្ហាគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអេដស៏ ដែលជាឧបសគ្គក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាអ្នកកើតជម្ងឺអេដស៏ និងមរណភាព[103] ។

VII. សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

កម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យច្រើនក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈដែលបានជះឥទ្ធិពលបំផុតក្នុងកំឡុងពេលស្ថាបនាប្រទេសនៅឆ្នាំ១៩៩០ ។ ជាមួយគ្នានោះផងដែរកម្ពុជាគឺជាប្រទេសនាំមុខគេនៅក្នុងតំបន់ចំពោះដោះស្រាយបញ្ហាអេដស៏ ។ សុខភាពសាធារណៈនៅតែជាអាទិភាពសម្រាប់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និងគួរតែបន្តការងារនេះដើម្បីពង្រឹងការអភិវឌ្ឍន៍ជាតិបន្ថែមទៀត។

ដើម្បីសម្រេចអោយបាននូវគោលដៅរាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាព និងលុបបំបាត់អោយបាននូវការចម្លងជម្ងឺអេដស៍ថ្មីអោយបានត្រឹមឆ្នាំ២០២០អោយកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព រាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀតលើក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ។ ដើម្បីសម្រេចបានការងារនេះមធ្យោបាយដ៏សមរម្យមួយសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាព និងសង្គម ក្នុងការប្រឈមមុខទៅនឹងក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់គឺវិធីសាស្រ្តរយៈពេលវែងដោយប្រើយុទ្ធសាស្រ្ត "ការឆ្លើយតបដែលផ្សារភ្ជាប់គ្នា" របស់កម្ពុជា ៕

---

[102] World Health Organisation

[103] Voice of America – Khmer, Cambodia Risks Losing Funding, Gains Against HIV: Doctors, Phnom Penh, 22 December 2010, accessed: http://www.voacambodia.com/content/cambodia-risks-losing-funding-gains-against-hiv-doctors-112326939/1357646.html.

ឯកសារយោង

1. CDC Foundation. "What is Public Health?" Accessed: July 10, 2013. http://www.cdcfoundation.org/content/what-public-health.
2. Cambodia Global Health Initiative Strategy 2011.
3. Henderson, Simon. "UN Report Says 1 in 5 Cambodian Men Have Raped." Cambodia Daily. September 11, 2013. Accessed October 1, 2013. http://www.cambodiadaily.com/archive/un-report-says-1-in-5-cambodian-men-have-raped-42122/?utm_source=rss%utm_medium=rss%utm_campaign=un-report-says-1-in-5-cambodian-men-have-raped.
4. Investment Framework for an Effective and Efficient Response to HIV/AIDS in Cambodia, 2012.
5. Land, Anthony M., "Developing Health Sector Capacity in Cambodia: The Contribution of Technical Cooperation - Patterns, Challenges and Lessons," Council for the Development of Cambodia, May 2008.
6. Martin, Leslie R. et al. "The challenge of patient adherence," *Therapeutics and Clinical Risk Management* 1(3), 2005, 189-199.
7. McGrew, Laura, "Health Care in Cambodia," Cultural Survival Quarterly, 14(3): 1990, accessed September 3, 2013. http://www.culturalsurvival.org/publications/cultural-survival-quarterly/cambodia/health-care-cambodia
8. Men, C. et al. "I wish I had Diabetes: A Qualitative Study in Access to Health Care Service for HIV/AIDS and Diabetic Patients in Cambodia." *Health, Culture and Society*, 1(2), 2012.
9. Milton, Joseph, "Fake Medicines: Illegal, immoral and liable to increase drug resistance", Financial Times, April 22, 2010. Accessed: July 20, 2013. http://www.ft.com/cms/s/0/7ae20f3e-4ce6-11df-9977-00144feab49a.html#axzz2ibgdUDkg.
10. Ministry of Health. "Health Strategic Plan: 2008-15," (Phnom Penh, Cambodia, 2008).
11. National AIDS Authority. "Cambodia Country Progress Report: Monitoring the Progress Toward the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV and AIDS." (Phnom Penh, 2011).
12. National AIDS Authority. "National Spending Assessment III: The financial resources for the comprehensive% multi-sectoral response to HIV/AIDS (2011-2015) in Cambodia." (Phnom Penh, Cambodia, 2010).
13. National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STD. "Estimation of the HIV Prevalence among General Population in Cambodia, 2010." (Phnom Penh, Cambodia, 2011).
14. National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs. "Missions, Functions and Structure." Accessed July 1, 2013. http://www.nchads.org/index.php?id=25.
15. National Institute of Public Health. "Literature Review of the Cambodian Health Care System: Strengths, weaknesses, and future research opportunities." September 23, 2012. Accessed: www.niph.org.kh/niph/images/publications/sep-2012/literaturereview-of-healthcaresystem-in-cambodia.pdf.
16. National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro. "Cambodia Demographic and Health Survey 2005." Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland. USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, 2006.
17. National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro. "Cambodia Demographic and Health Survey 2010." Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland. USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, 2011.
18. Nitsoy, Anastasiya. "National AIDS Spending Assessment: 2011-2012." National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs, National AIDS Authority, and UNAIDS. (Phnom Penh, Cambodia, April 8, 2013).
19. Nomoto, Marino, et al. "Socioeconomic Impact of HIV/AIDS on Households under Free Antiretroviral Therapy in Preah Sihanouk Province, Cambodia." *Journal of Antiviral% Antiretroviral* 5(1), 2013.
20. OumSopheap, interview by MalikaChea, Khana Offices, Phnom Penh, August 14, 2013.
21. Royal Government of Cambodia, Ministry of Planning. "Achieving Cambodia's Millennium Development Goals." (Phnom Penh, Cambodia, 2010).
22. UNAIDS. "Efficient and sustainable HIV responses: Case studies on country progress." (Switzerland, January 2013).
23. UNAIDS. "Sex Work% HIV – Cambodia." Accessed: August 2010. www.aidsdatahub.org/dmdocuments/sex_work_hiv_cambodia.pdf.
24. U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. "Cambodia: Operational Plan Report – 2012." (Phnom Penh, Cambodia, May 23, 2013).
25. Voice of America – Khmer. "Cambodia Risks Losing Funding, Gains Against HIV Doctors." Phnom Penh, 22 December 2010. Accessed: August 13, 2013. http://www.voacambodia.com/content/cambodia-risks-losing-funding-gains-against-hiv-doctors-112326939/1357646.html.
26. Weinhard, Lance, et al. "Reliability and Validity of Self-Report Measures of HIV-Related Sexual Behavior." *Archives of Sexual Behavior*, 27(2): 1998, 155–180.
27. World Health Organisation, 2005. *Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages*. Geneva: World Health Organisation. Accessed 17/12/2013. http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HIV_2005.05_eng.pdf
28. World Health Organization. Country Profiles: Cambodia, 2011. Accessed July 12, 2013. http://www.wpro.who.int/countries/khm/4cam_pro2011_finaldraft.pdf

29. UNAIDS, 2013. UNAIDS Report 2013 : HIV in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013.
30. UNAIDS (ONUSIDA), 2013*. 5 Mesures en Faveur des Femmes dans le Cadre de la Lutte Contre le VIH dans l'Espace Francophone.* Geneva: UNAIDS. Accessed 17/12/2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/styleassets/images/microsite/JC2477_Fracophonie_fr.pdf