កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរបញ្ហាមេរោគអេដស៍៖

ការពិនិត្យមើលប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមនៅកម្ពុជា សម្រាប់ការបញ្ចូលការគិតគូរបញ្ហាមេរោគអេដស៍

CARD

NATIONAL AIDS AUTHORITY

UNAIDS

U N D P

Empowered lives.
Resilient nations.

© 2013
ទស្សនៈដែលសំដែងនៅក្នុងឯកសារនេះគឺជារបស់អ្នកនិពន្ធ និងពុំសុទ្ធតែឆ្លុះបញ្ចាំងពីទស្សនៈរបស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ ឬ អ.ស.ប ឡើយ។
ផ្នែកនានានៅក្នុងឯកសារនេះអាចផលិតឡើងវិញដោយពុំចាំបាច់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនពីអ្នកបោះពុម្ពផ្សាយឡើយ ក្នុងករណីដែលមានបញ្ជាក់សេចក្តីយោងមកប្រភពដើម។

អារម្ភកថា

កិច្ចគាំពារសង្គម គឺជាសសរទ្រូងមួយក្នុងចំណោមសសរទ្រូងរបស់ក្របខណ្ឌជំនួយអភិវឌ្ឍន៍អង្គការសហប្រជាជាតិនៅកម្ពុជារយៈប្រាំឆ្នាំ (UNDAF)។ កិច្ចគាំពារសង្គមជាតំរូវការចាំបាច់សម្រាប់កាត់បន្ថយភាពងាយរងគ្រោះរបស់ប្រជាពលរដ្ឋប្រឈមទៅនឹងហានិភ័យផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងភាពក្រីក្រ ព្រមទាំងបង្កលក្ខណៈឱ្យជនក្រីក្រ និង ប្រជាជនងាយរងគ្រោះមានជីវភាព និងផលិតភាពប្រសើរឡើងនៅក្នុងរយៈពេលវែង។

អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេស៍ គឺជាក្រុមប្រជាជនមួយដែលងាយរងគ្រោះ។ របកគំហើញពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិនិងអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១០ ស្តីអំពីផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ខាងសេដ្ឋកិច្ចសង្គមមកលើក្រុមគ្រួសារនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានបង្ហាញយ៉ាងជាក់ច្បាស់ពីវិសមភាពនៃភាពលំបាកលំបិន ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសង្គមប្រឈមដោយក្រុមគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ពីមេរោគអេដស៍ ធៀបនិងក្រុមគ្រួសារដែលមិនរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។ អនុសាសន៍មួយក្នុងចំណោមអនុសាសន៍រួម បានអំពាវនាវឱ្យកិច្ចគាំពារសង្គមជួយដោះស្រាយនិងបន្ធូរបន្ថយវិសមភាពនៃផលប៉ះពាល់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសង្គមនេះ ចំពោះក្រុមគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។

ជាផ្នែកមួយនៃការគាំទ្រដើម្បីការអនុវត្ត និងអភិបាលកិច្ចយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គមប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាពដោយផ្តោតលើក្រុមមួយក្នុងចំណោមក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេស កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិបានផ្តោតទៅលើកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ វាមានសារៈសខាន់ខាន់ដែលត្រូវធានាឱ្យបានថាយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារ សង្គមបានរួមបញ្ចូលយ៉ាងពេញលេញនូវជនទាំងឡាយណាដែលងាយរងគ្រោះខ្ពស់ និងកំពុងរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ហាញពីការឆ្លើយតបគ្រប់ជ្រុងជ្រោយចំពោះបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ហើយដែលនេះនឹងផ្តល់ជាវិភាគទានដោយផ្ទាល់ ចំពោះការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ខាងសេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងមនុស្សចំពោះបុគ្គល គ្រួសារ សហគមន៍ និងសង្គម។

ខ្ញុំសង្ឃឹមថា របាយការណ៍នេះនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការបញ្ចូលការគិតគូរពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមដែលមានស្រាប់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិមានការប្តេជ្ញាក្នុងការដើរតួនាទី សំរបសំរួលដើម្បីធានាថាកិច្ចគាំពារសង្គម គឺអាចធ្វើទៅបាននិងផ្តល់ឱ្យបានចំពោះក្រុមគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។

លោក **ណាប៉ូលៀន ណាវ៉ារ៉ូ**
នាយកស្តីទីប្រចាំប្រទេស
កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិ

អារម្ភកថា

របាយការណ៍នៃការពិនិត្យមើលអំពីប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមនៅកម្ពុជាដើម្បីបញ្ចូលនូវបញ្ហាមេរោគអេដស៍នេះ បង្ហាញឱ្យឃើញនូវភាពរីកចំរើនមួយគំរិតអំពី ការវិវត្តនៃកិច្ចសន្ទនាថ្នាក់ជាតិដើម្បីកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងការពារជនក្រីក្រនិងងាយរងគ្រោះ ជៀសផុតនូវមហន្តរាយនានា។ ការសិក្សានេះធ្វើឡើងចំពេលដែលមានការប្តេជ្ញាចិត្តដ៏មោះមុតបំផុតចំពោះកិច្ចគាំពារសង្គម ហើយយើងបានដើរមកដល់ចំណុចពាក់កណ្តាលនៃដំណាក់កាលទី១នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម (NSPS)។ ការសិក្សានេះសាងបន្តពីទិន្នន័យសំខាន់បច្ចុប្បន្នស្តីពីការស្រាវជ្រាវផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ខាងសេដ្ឋកិច្ចសង្គមឆ្នាំ២០១០ និង សន្ទស្សន៍នៃការរើសអើងចំពោះអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ឆ្នាំ២០១០។ ដោយការច្របាច់បញ្ចូលគ្នារវាងគោលបំណងនៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម និងទិន្នន័យនៃផលប៉ះពាល់របស់មេរោគអេដស៍ ការពិនិត្យមើលនេះបានបង្កឱ្យមានដំណើរការនៃការយល់ដឹងថា តើកិច្ចគាំពារសង្គមនៅកម្ពុជាអាចផ្តល់ការគាំទ្រដ៏សមរម្យចំពោះអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍យ៉ាងដូម្តេច។ ការសិក្សានេះបានពង្រីកវិសាលភាពនៃការវិភាគទៅដល់ការពិចារណាអំពីថា តើកិច្ចគាំពារសង្គមអាចអនុវត្តន៍បាន ចំពោះប្រជាជនដែលប្រឈមមុខទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះដែលត្រូវផាត់ចេញយ៉ាងដូម្តេច។

ជោគជ័យដ៏ត្រចះត្រចង់ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ត្រូវបានស្តែងឡើង ជាពិសេសទាក់ទងទៅនឹងការទទួលបានការព្យាបាល និងការកាត់បន្ថយអត្រាមេរោគអេដស៍។ យន្តការកិច្ចគាំពារសង្គមផ្តល់ឱ្យយើងនូវឱកាសក្នុងការអនុវត្តសំណាញ់សុវត្ថិភាពដើម្បីធានាថាអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអដស៍មិនធ្លាក់ទៅក្រោមបន្ទាត់ភាពក្រីក្រ ហើយពិសេសជាងនេះទៅទៀត គឺដោះស្រាយកត្តាសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមនានាដែលបង្កើនភាពងាយរងគ្រោះនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍។

របាយការណ៍នេះបង្ហាញថា យន្តការកិច្ចគាំពារសង្គមគឺមានស្រេចរួចទៅហើយ ព្រមទាំងបានឆ្លើយតបដោយផ្ទាល់ទៅនឹងតំរូវការរបស់បុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែវាមានភាពលំបាកចំពោះយើងដើម្បីយល់ឱ្យបានពេញលេញអំពីវិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃកិច្ចគាំពារសង្គម និងបង្កើនការឆ្លើយតបគ្រប់ជ្រុងជ្រោយតាមរយៈ ការបែងចែកនិងកែសំរួលបន្ថែមដើម្បីឱ្យវាកាន់តែឆ្លើយតបនឹងតំរូវការរបស់ប្រជាពលរដ្ឋរស់នៅជាមួយមេរោគអដស៍និងប្រជាជនងាយរងគ្រោះ។

ដោយយើងនៅរក្សាបន្តនូវកិច្ចសន្ទនានេះ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដល់គ្រប់ដៃគូទាំងអស់ចំពោះការចូលរួមផ្តល់មតិយោបល់ ដ៏មានតំលៃក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៍នេះឡើង។ ការសហការដ៏ជិតស្និតរវាងគ្រប់ដៃគូពាក់ព័ន្ធទាំងអស់រួមមាន រាជរដ្ឋាភិបាល សង្គមស៊ីវិល ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបណ្តាញក្រុមងាយរងគ្រោះ គឺជាកត្តាគន្លឹះនៃភាពជោគជ័យរបស់កម្ពុជាឆ្លើយតបនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍រួមជាមួយការរីកចំរើនចំពោះការឆ្លើយតប កិច្ចគាំពារសង្គម។

ទេសរដ្ឋមន្ត្រី

វេជ្ជ. នុត_សុខុម

អារម្ភកថា

របាយការណ៍នេះ គឺជាកិច្ចការបន្តដោយផ្ទាល់ចេញពីកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់បច្ចេកទេសថ្នាក់ខ្ពស់ស្តីពីកិច្ចគាំពារសង្គមផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយផលប៉ះពាល់នៅក្នុងតំបន់អាស៊ី និងប៉ាស៊ីហ្វិក ដែលរៀបចំឡើង នៅខេត្តសៀមរាប ប្រទេសកម្ពុជា។

ដោយដកស្រង់នូវគោលការណ៍គន្លឹះប្រាំយ៉ាង នៃកិច្ចគាំពារសង្គមផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់បញ្ហាមេរោគអេដស៍ កិច្ចពិគ្រោះយោបល់កំណត់នូវអទិភាពជាសកលដោយបាននាំមករួមគ្នានូវអ្នកដើរតួនាទីសំខាន់ៗ ឬភ្នាក់ងារគាំពារសង្គម ឬភ្នាក់ងារផែនការជាតិ អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងអង្គការសង្គមស៊ីវិល។ បុគ្គលមួយចំនួនបានរំលឹកពីសេចក្តីយោងនេះថាជា "ម៉ូឌែលសៀមរាប"។ របាយការណ៍ខាងលើនេះ គឺជាការបន្ថែមដ៏ចម្បងមួយទៀតចំពោះការបោះទុនទៅលើវិស័យកិច្ចគាំពារ សង្គមផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដោយសារវិធីសាស្ត្រវិភាគស៊ីជម្រៅ និងរបកគំហើញនៃរបាយការណ៍នេះអាចបង្ហាញ និង ទាញអារម្មណ៍ដល់គ្រប់ដៃគូពាក់ព័ន្ធ មិនថាតែនៅកម្ពុជានោះទេ គឺទូទាំងពិភពលោកទាំងមូល។

របាយការណ៍នេះគឺជាវិភាគទានដ៏ទាន់ពេលវេលាផងដែរចំពោះកិច្ចសន្ទនាគោលនយោបាយ ចំពោះទិសដៅនៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងនៅកម្ពុជាទាក់ទិននឹងកិច្ចគាំពារសង្គម ពីព្រោះវាពាក់ព័ន្ធយ៉ាងជិតស្និតជាមួយការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម សំរាប់ប្រជាជនក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ (NSPS) បង្កើតឡើងនៅឆ្នាំ២០១១។

ទិដ្ឋភាពដែលគួរឱ្យកត់សំគាល់មួយ គឺការគ្របដណ្តប់របស់យុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គមចំពោះក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេស បន្ថែមពីលើក្រុមជនក្រីក្រ ដូចដែលចំណងជើងនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះបានបញ្ជាក់។ ក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេសដែលបានរៀបរាប់ នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គមគឺជាក្រុមទាំងឡាយណាដែលជាញឹកញាប់រងនូវការរើសអើង ការផាត់ចេញ និង ការមាក់ងាយ ដូច្នេះហើយនាំឱ្យពួកគេប្រឈមមុខទៅនឹងបញ្ហាសង្គមសេដ្ឋកិច្ចបន្ថែមទៀត។ ពួកគេរួមមានអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ អ្នកមានពិការភាព ជនចាស់ជរា និងជនជាតិភាគតិច។

របាយការណ៍នេះរំលេចអំពីសារៈសំខាន់នៃការរួមបញ្ចូលនូវតំរូវការ និងកាលៈទេសៈពិសេសរបស់អ្នករស់នៅជាមួយនឹងរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអដស៍ និងប្រឈមមុខនឹងមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធ និងគោលនយោបាយគាំពារសង្គមដែលមានស្រាប់។ គោលការណ៍គ្រឹះរបស់វាគឺពិតជាអាចអនុវត្តន៍បាន ចំពោះគ្រប់ប្រជាជនងាយរងគ្រោះគ្រប់ប្រភេទ។ ដូច្នោះហើយ វាផ្តល់នូវវិធីសាស្ត្រប្រកបដោយយុទ្ធសាស្ត្រមួយដើម្បីជួយប្រែក្លាយគុណតំលៃ និងវិញ្ញាណនៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារ សង្គមឱ្យទៅជាទង្វើប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងលទ្ធផលជានិរន្តរ៍។

ក្រុមប្រឹក្សាស្តារអភិវឌ្ឍន៍វិស័យកសិកម្ម និងជនបទ សូមសម្តែងនូវការគាំទ្រយ៉ាងខ្លាំងក្លាចំពោះកិច្ចផ្តួចផ្តើមនេះ ហើយនិងបន្តការប្តេជ្ញា ចូលរួមកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការធានាឱ្យមានការរួមបញ្ចូលនូវបញ្ហាមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមដែលមានស្រាប់។

ងី ច័ន្ទ្រផល
រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងមហាផ្ទៃ
អនុប្រធានក្រុមប្រឹក្សាស្តារអភិវឌ្ឍន៍វិស័យកសិកម្ម និងជនបទ
ប្រធានអង្គភាពសម្របសម្រួលកិច្ចគាំពារសង្គម

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

របាយការណ៍នេះបានផ្តួចផ្តើមឡើងដោយកម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិ (UNDP) និពន្ធដោយលោកស្រី ចូ ខេប្រ៊ីន មកពីក្រុមហ៊ុន Plurpol Consulting ក្រោមការពិគ្រោះយោបល់ និងជំនួយការដោយលោកស្រី ប៊ូ អមរា នៃអង្គការ UNDP នៅកម្ពុជា។ យើងសូមថ្លែងការកោតសរសើរ ចំពោះអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ (NAA) ក្រុមប្រឹក្សាស្តារ និងអភិវឌ្ឍន៍កសិកម្មនិងជនបទ(CARD) និង កម្មវិធីរួមគ្នានៃអ.ស.ប ស្តីពីមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ (UNAIDS) ដែលបានផ្តល់កិច្ចសហការ និងការគាំទ្រដល់ការសិក្សានេះ។

យើងសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់ ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត តែង គន្ធី អគ្គលេខាធិការនៃអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ដែលបានផ្តល់គោលការណ៍ណែនាំលើការផ្តួចផ្តើម និងចង្អុលបង្ហាញសម្រាប់ការសិក្សានេះ និងដែលបានដឹកនាំការប្រជុំពិគ្រោះយោបល់នៅថ្នាក់ជាតិជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា។ សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅផងដែលចំពោះលោកជំទាវ ស៊ឹម ខេងខាំ អនុប្រធានអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត ស៊ឹម គឹមសាន ប្រធាន នាយកដ្ឋានទាក់ទងនិងចលនាប្រភពធនធាន និងលោកវេជ្ជបណ្ឌិត រ៉ុង យ៉ាណាត អនុប្រធាននាយកដ្ឋានទាក់ទងនិងចលនា ប្រភពធនធាននៃអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សំរាប់ការសម្របសម្រួលដ៏មានតំលៃជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេសកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ពីមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងដំណើរការបញ្ចប់ និងអនុម័តទៅលើរបាយការណ៍នៃកិច្ចសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ដំណើរការសិក្សានេះនឹងមិនអាចប្រព្រឹត្តទៅបានទេ បើគ្មានការប្តេជ្ញាពី កញ្ញា ម៉ារីសា ហ្វ៉ាស៊ី នៃអង្គការ UNDP នៅកម្ពុជា លោក កាហ៊្សូយូគិ អ៊ុយជិ មកពីមជ្ឈមណ្ឌល UNDP ប្រចាំនៅអាស៊ី-ប៉ាស៊ីហ្វិក និង កញ្ញា ខេតធី ខៀវី នៃកម្មវិធី UNAIDS នៅកម្ពុជា។ សូមអរគុណជាពិសេសចំពោះ ឯកឧត្តម ងី ច័ន្ទ្រផល រដ្ឋលេខាធិការ នៃក្រសួងមហាផ្ទៃ និងជាអនុប្រធាន CARD និងជាប្រធានអង្គភាពសម្របសម្រួលកិច្ចគាំពារសង្គម (SPCU) ដែលបានផ្តល់ការណែនាំ ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត មាន ឈីវុន នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ សើរស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) លោកស្រី សុខ ច័ន្ទឆវី ប្រធានផ្នែកអភិបាលកិច្ចតាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៃUNDP នៅកម្ពុជា និងក្រុមការងាររួមគ្នា នៃអ.ស.ប ស្តីពីមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា និងសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេស ចំពោះលោកស្រី ម៉ារី អូឌីល អេតម៉ុន និងលោកស្រី សារីណា អ៊ុំម៉ាសារី នៃកម្មវិធី UNAIDS នៅកម្ពុជា។

យើងសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសចំពោះអ្នកខាងក្រោមនេះដែលបានផ្តល់វិភាគទាននិងការគាំទ្រសំខាន់ៗ៖ និកគី វ៉ែត មកពីក្រុមហ៊ុន Plurpol Consulting ជូលៀត រ៉ូសេឡូត មកពីមជ្ឈមណ្ឌលសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជា (CCHR) លោកស្រី ស៊ីលយ៉ា វ៉ាចានដ័រ មកពីអង្គការ UN Women លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត កាសែម កុលណារី មកពីអង្គការអប់រំ និងថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍កម្ពុជា (CHEC) វេជ្ជបណ្ឌិត ង៉ូវ ប៉ូវ៉ា នៃ NCHADS, Francesca De Ceglie និងវេជ្ជបណ្ឌិត ម៉េងឈុំ ស៊ុនតាក់ណា នៃកម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP), Anja Papenfuss មកពី Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), លាង សុភ័ក្រ, ម៉ក់ សូដាលីន, ភី ផាត់, Aphikovith និង Nur Yusyeila Yunus នៃ UNDP, Les Ong នៃកម្មវិធី UNAIDS, សុខ គន្ធី, និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនានាដទៃទៀតទាំងអស់មកពីរដ្ឋាភិបាល សង្គមស៊ីវិល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលបានផ្តល់កិច្ចសហការ និងការចូលរួមពេញលេញ នៅក្នុងការសម្ភាសនានា ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ដំណើរការសិក្សានេះ ការរៀបរៀងរបាយការណ៍នេះ និងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិដែលបានធ្វើឡើងកាលពីខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១២ នៅភ្នំពេញ។ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់នេះមានភ្ជាប់ជូននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ។

ពាក្យបំព្រួញ និងអក្សរកាត់

AFH	អង្គការសកម្មភាពដើម្បីសុខភាព
AIDS	ចង្កោមរោគសញ្ញាក្រោយប្រព័ន្ធស៊ាំនៃ រាងកាយចុះខ្សោយ
ART	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស
BC	បណ្តាញចតុមុខ
BTC	កិច្ចសហប្រតិបត្តិការបច្ចេកទេសបែលហ្ស៊ិក
CARD	ក្រុមប្រឹក្សាស្តារអភិវឌ្ឍន៍កសិកម្មនិងជនបទ
CBHI	ធានារ៉ាប់រងសុខភាពបែបសហគមន៍
CCHR	មជ្ឈមណ្ឌលសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជា
CHEC	អង្គការកម្ពុជាអប់រំ និងថែទាំ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍
CLTS	សហគមន៍ដឹកនាំបង្កើតអនាម័យគ្រប់ទីកន្លែង
CPN+	បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ ជម្ងឺអេដស៍កម្ពុជា
GIZ	ទីភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការបច្ចេកទេស អន្តរជាតិអាល្លឺម៉ង់
HEF	មូលនិធិសមធម៌ដើម្បីសុខភាព
HIV	វីរុសបង្កការបាត់បង់ប្រព័ន្ធស៊ាំលើ រាងកាយមនុស្ស
HIV-HH	គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍
IDPoor	ការកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារក្រីក្រ
ILO	អង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ
LBGT	ស្ត្រីស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា អ្នករួមភេទ ជាមួយភេទទាំងពីរ បុរសស្រលាញ់ ស្ត្រីភេទទីបី
MEF	ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ
MoE	ក្រសួងបរិស្ថាន
MoEYS	ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MoLVT	ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ
MoP	ក្រសួងផែនការ
MoSVY	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា
MRD	ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ
MSM	បុរសស្រឡាញ់បុរស
NA-HH	គ្រួសារគ្មានមេរោគអេដស៍
NCHADS	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍, សើរស្បែក និងកាមរោគ
NGO	អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
NSPS	យុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម
NSSF	មូលនិធិជាតិសន្តិសុខសង្គម
PALS	ធនធានផលិតកម្មនិងការឧបត្ថម្ភដល់ របរចិញ្ចឹមជីវិត
PMTCT	ការទប់ស្កាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូន
RGC	រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
SECLO	ការពង្រឹងឱកាសក្នុងមុខរបរនិងសេដ្ឋកិច្ច សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍
STI	ការបង្ករោគតាមការរួមភេទ
TVET	កម្មវិធីអប់រំនិងបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេស និងវិជ្ជាជីវៈ
UN Women	ទីភ្នាក់ងារអ.ស.បដើម្បីសមភាពយេនឌ័រ និងពង្រឹងភាពអង់អាចរបស់ស្ត្រី
UNAIDS	កម្មវិធីរួមគ្នានៃអ.ស.ប ស្តីពីមេរោគអេដស៍ និងជម្ងឺអេដស៍
UNDP	កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិ
UNICEF	មូលនិធិសហប្រជាជាតិដើម្បីកុមារ
URC	សាកលវិទ្យាល័យស្រាវជ្រាវនៅកម្ពុជា
USD	ដុល្លាអាមេរិក
VCCT	ផ្តល់ប្រឹក្សា ធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់
VCT	ផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តដោយស្ម័គ្រចិត្ត
WFP	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក
WNU	បណ្តាញការងារស្ត្រីរួបរួមគ្នា

មាតិកា

អារម្ភកថា ១

អារម្ភកថា ២

អារម្ភកថា ៣

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ ៤

ពាក្យបំព្រួញ និងអក្សរកាត់ ៥

១. សារតា ៨

១.១. គោលការណ៍ចំនួនប្រាំនៃកិច្ចគាំពារសង្គម ដែលផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដែលបានអនុម័តក្នុងកិច្ចប្រជុំនៅសៀមរាប ១០

១.២. គោលបំណងនៃការពិនិត្យនេះ ១១

១.៣. គោលដៅនៃការពិនិត្យនេះ ១១

១.៤. វិធីសាស្ត្រ ១១

២. បញ្ហាមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ១២

២.១. ផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គមបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ នៅកម្រិតគ្រួសារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ១៣

២.២. ស្ថានភាពនៃគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ១៣

២.៣. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើកត្តាសេដ្ឋកិច្ច ១៤

២.៤. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ មកលើការសិក្សាអប់រំ ១៥

២.៥. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើសុខភាព ១៦

២.៦. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើសន្តិសុខស្បៀង ១៦

២.៧. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើការមាក់ងាយ ការរើសអើង និងគុណភាពនៃការរស់នៅ ១៧

២.៨. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍៖ ការពិចារណាពិសេស ១៨

៣. កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ១៨

៤. បង្កើនការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍នៅក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គម ២២

៤.១. ពង្រីកសិទ្ធិទទួលផលប្រយោជន៍សម្រាប់
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ២២

៤.២. កាត់បន្ថយរបាំងក្នុងការទទួលបានកិច្ចគាំពារសង្គម ២៣

៥. អនុសាសន៍សម្រាប់បង្កើនការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍
នៅក្នុងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គម ដែលមានស្រាប់ ២៥

៥.១. តារាងអំពីប្រព័ន្ធចំបងៗ ទៅតាមគោលដៅនៃ NSPS ២៥

៥.២. ប្រព័ន្ធ/យន្តការគាំពារសង្គម និងការពាក់ព័ន្ធ
ជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៣៧

៦. អនុសាសន៍សម្រាប់ជំហានខាងមុខ ៤៩

៦.១. ក្រសួងនានានៃរាជរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកសាងគោល
នយោបាយអនុសាសន៍សម្រាប់ជំហានខាងមុខ ៤៩

៦.២. បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
និងក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ ៥១

៦.៣. ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ៥២

ឯកសារយោង ៥៣

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ ឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលវិធានការនៃយន្តការ
គាំពារសង្គមតបនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ៥៤

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៖ អ្នកចូលរួមនៅក្នុងការសម្ភាសន៍ជាលក្ខណៈបុគ្គល ៥៥

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖ អ្នកចូលរួមនៅក្នុងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិ ៥៦

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៖ ឯកសារបន្ថែមដែលបានពិនិត្យ ៥៧

១ សាវតា

ទោះបីកម្ពុជាបានទទួលជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ជារួម តាមរយៈការដឹកនាំដែលមានការប្តេជ្ញាខ្ពស់របស់រដ្ឋាភិបាល គោលនយោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាព និងការចូលរួមយ៉ាងខ្លាំងក្លារបស់សង្គមស៊ីវិលក៏ដោយ មេរោគអេដស៍នៅតែមានឥទ្ធិពលដោយផ្ទាល់មកលើប្រជាជនច្រើនជាង ៦០.០០០ គ្រួសារនៅទូទាំងប្រទេសនៅឡើយ។[1] ផ្អែកតាមចំនួនសមាជិកជាមធ្យមចំនួន ៤,៧ នាក់ក្នុងមួយគ្រួសារនៅទូទាំងប្រទេសចំនួននេះ ត្រូវជាប្រមាណ ២៨០.០០០ នាក់ ឬច្រើនជាង ២% នៃចំនួនពលរដ្ឋកម្ពុជាសរុប ដែលអាចស្ថិតនៅក្នុងក្រុមងាយរងគ្រោះបំផុតនៃសង្គម។[2]

ការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់បានក្លាយជាសមាសភាគគន្លឹះមួយនៃយុទ្ធសាស្រ្តជាតិ ឆ្លើយតបនឹងមេរោគអេដស៍នៅទូទាំងតំបន់នេះ ក៏ដូចជានៅកម្ពុជាផងដែរ។ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅថ្មីៗនេះ វិធានចំបងមួយក្នុងការកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៅក្នុងតំបន់នេះ និងតំបន់ផ្សេងទៀតលើពិភពលោក គឺការលើកកម្ពស់កិច្ចគាំពារសង្គមដោយគិតគូរបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ បច្ចុប្បន្ននេះ ការបញ្ចូលលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ទៅក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តជាតិគាំពារសង្គម ត្រូវបានចាត់ទុកជារួមថា ជាការអនុវត្តគំរូ ដើម្បីធានាឱ្យមានការទទួលស្គាល់អំពីភាពងាយរងគ្រោះ ជាក់លាក់នៃគ្រួសារ ដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើបញ្ហានេះ ដោយរួមបញ្ចូលតម្រូវការចាំបាច់របស់អ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ សិក្ខាសាលាមួយនៅក្នុងការពិគ្រោះយោបល់ជាន់ខ្ពស់ដែលចាត់ចែងឡើង ដោយ UNDP, UNICEF និងអង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ (ILO) ដែលបានចាត់ចែងឡើងក្រោម ភាពជាដៃគូជាមួយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា (RGC) កាលពីខែមេសា ឆ្នាំ ២០១១ នៅក្រុងសៀមរាប បានទទួលស្គាល់កិច្ចការនេះ។

ក្នុងនាមជាកិច្ចការបន្តដោយផ្ទាល់ពី ការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងការពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់តំបន់ UNDP នៅកម្ពុជា និងអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ (NAA) បានសម្រួលឱ្យមានការចូលរួមនៃទីប្រឹក្សាមួយរូប ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យមើលបណ្តាញគាំពារសង្គមកម្ពុជាសម្រាប់ការរួមបញ្ចូលនូវការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ ការពិនិត្យនេះ មានគោលដៅជាក់លាក់មួយគឺកំណត់អត្តសញ្ញាណចំណុចចាប់ផ្តើមដើម្បីធ្វើឱ្យបណ្តាញនេះមានការឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រឈម និងតម្រូវការចាំបាច់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដោយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ឱ្យបានច្រើនលើក្រុមពលរដ្ឋដែលរងគ្រោះ។ លំហាត់នេះបានផ្អែកលើ ការវិភាគចំណងទាក់ទងនៃបណ្តាញគាំពារសង្គមដែលមានស្រាប់ ដែលក្រុមប្រឹក្សាស្តារអភិវឌ្ឍន៍វិស័យកសិកម្មនិងជនបទ (CARD) ដែលជាស្ថាប័នជាតិទទួលបន្ទុកកិច្ចគាំពារសង្គមបានធ្វើរួចមកហើយ ដែលបានបង្ហាញពីការប្តេជ្ញាខ្ពស់ក្នុងការដោះស្រាយកិច្ចគាំពារសង្គម នៅក្នុងបរិបទនៃមេរោគអេដស៍។

របកគំហើញពីការពិនិត្យនេះ មានបំណងបង្កើតជាការសន្ទនា និងការណែនាំដល់ការពិភាក្សានានាក្នុងចំណោមស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនៃរដ្ឋាភិបាល អ.ស.ប និងអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗក្នុងសង្គមស៊ីវិល នៅក្នុងកិច្ចប្រឹងប្រែងរួមគ្នាមួយដើម្បីបញ្ចូលបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ទៅក្នុងកិច្ចប្រឹងប្រែងគាំពារសង្គមនៅកម្ពុជា។ នៅកម្ពុជាមានយន្តការសំខាន់ៗមួយចំនួន ដែលរួមទាំង ក្រុមការងារបច្ចេកទេស (TWG)

1 UN (2011). The socioeconomic impact of HIV at the household level in Cambodia. Phnom Penh. See http://www.beta.undp.org/undp/en/home/presscenter/pressreleases/2011/08/30/report-more-than-half-ofcambodia-s-hiv-affected-households-go-hungry.html

2 National Institute of Statistics (2009). General Population Census of Cambodia 2008. Phnom Penh.

និងក្រុមពិសេសនានា ដែលសមាជិកក្នុងក្រុមទាំងនោះ អាចជាគោលដៅដ៏សំខាន់សម្រាប់បន្តការសន្ទនាអំពីកិច្ចគាំពារសង្គមលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និងគៀងគរឱ្យមានការចាប់ផ្តើមលើកអនុសាសន៍សម្រាប់ជំហានបន្ត។ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសបណ្តោះអាសន្នស្តីពី កិច្ចគាំពារសង្គម ក្រុមការងារជាតិស្តីពី អន្តរាគមន៍កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ និងក្រុមការងារជាតិកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ គឺជាកិច្ចប្រឹងប្រែងរួមចំនួនបី ដែលមានជំនាញ ពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ជម្រុញរបៀបវារៈគាំពារសង្គមលើ បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ឱ្យឈានទៅមុខ។ វឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅបង្កើនការគិតគូរនៅក្នុងបណ្តាញគាំពារសង្គម ត្រូវតែមានការចូលរួមយោបល់ពីអ្នកជំនាញការមកពីបណ្តាញ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបណ្តាញក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ (ដូចជាសមាគមអ្នកប្រើប្រាស់ ART បណ្តាញចតុមុខ សហគមន៍ស្ត្រីដែលមានផ្ទុក មេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ នៅកម្ពុជា បណ្តាញកម្ពុជានៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ អង្គការកសាងនិងបណ្តាញស្ត្រីដើម្បីសាមគ្គីភាព) និងអ្នកជំនាញការសិទ្ធិមនុស្ស ដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជា។ ក្នុងចំណោមស្ថាប័នទាំងនេះ អង្គការចំនួនបី អាចផ្តល់ទស្សនទានដែលត្រូវការជាចាំបាច់ និងបទពិសោធន៍អំពីតម្រូវការចាំបាច់ដ៏ស្មុគស្មាញ និងខុសៗគ្នានៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្រួសារដែលរងគ្រោះពីមេរោគអេដស៍ ក្រុមពលរដ្ឋដែលរងគ្រោះពីមេរោគអេដស៍ និងក្រុមពលរដ្ឋទន់ខ្សោយ។ ផ្នែកសំខាន់មួយនៃការសន្ទនារវាងអ្នកជំនាញការខាងមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំនាញការគាំពារសង្គម ក៏ត្រូវតែរួមបញ្ចូលការបណ្តុះបណ្តាល និងការយល់ដឹងអំពីវិស័យនៃជំនាញរបស់គ្នាទៅវិញទៅមកផងដែរ។ ដើម្បីបញ្ជ្រាបបញ្ហាមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គម អ្នកជំនាញការខាងមេរោគអេដស៍ត្រូវតែយល់អំពីបញ្ហានៅក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គម និងផ្ទុយមកវិញក្រុមអ្នកជំនាញការខាងកិច្ចគាំពារសង្គមក៏ត្រូវតែយល់អំពីបញ្ហាអេដស៍ផងដែរ។

ការពិនិត្យនេះ ធ្វើឡើងនៅក្នុងដំណាក់កាលសំខាន់មួយនៅក្នុងការឆ្លើយតបរបស់កម្ពុជា ទៅនឹងកិច្ចគាំពារសង្គម។ យុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម (NSPS) ត្រូវបានរៀបចំជាស្រេចនៅឆ្នាំ២០១១ហើយកម្ពុជាស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទីមួយនៃការឆ្លើយតបរបស់ខ្លួន (២០១១-២០១៥) (RCG, 2012)។នេះជាអំឡុងពេលដែលមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់សាកល្បងកិច្ចផ្តួចផ្តើមមួយចំនួន និងពិនិត្យមើលឱ្យបានជិតស្និទ្ធនូវផលប៉ះពាល់ និងប្រសិទ្ធភាពនៃកិច្ចផ្តួចផ្តើមទាំងនោះ ក្នុងន័យពង្រីកកិច្ចផ្តួចផ្តើមនានាដែលមានប្រសិទ្ធភាពទៅក្នុងដំណាក់កាលទី ២ ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ២០១៥។ ក្របខ័ណ្ឌពិនិត្យតាមដានមួយសម្រាប់ NSPS ត្រូវបានប្រកាសនៅខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១២ ដើម្បីពិនិត្យមើលវឌ្ឍនភាពគោលដៅនានានៃ NSPS ដូចតទៅៈ

១. ជនក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះទទួលបានការឧបត្ថម្ភដែលរួមទាំងស្បៀងអាហារ អនាម័យ ទឹក និងទីជម្រក។ល។ ដើម្បីបំពេញតម្រូវការចាំបាច់ជាមូលដ្ឋាន នៅក្នុងគ្រាអាសន្ន និងវិបត្តិ។

២. កុមារ និង មាតាក្រីក្រនិងងាយរងគ្រោះ បានទទួលផលប្រយោជន៍ពីបណ្តាញសុវត្ថិភាពសង្គម ដើម្បីកាត់បន្ថយ ភាពក្រីក្រ និងអសន្តិសុខស្បៀង ដែលពង្រឹងការអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពមនុស្សតាមរយៈការលើកកំពស់អាហារូបត្ថម្ភ សុខភាពមាតា និងទារក ការអប់រំ និងលុបបំបាត់ពលកម្មកុមារ ជាពិសេសទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃពលកម្ម កុមារ។

៣. ជនក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ នៅក្នុងវ័យធ្វើការទទួលផលពីឱកាសការងារ ដែលផ្តល់សន្តិសុខខាងប្រាក់ចំណូល ស្បៀងអាហារ និងការចិញ្ចឹមជីវិត ដែលជាការរួមចំណែកក្នុងការបង្កើតហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត និងសង្គមដោយនិរន្តរភាព។

៤. ជនក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ ទទួលបានការថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពដែលអាចជាវបាន និងកិច្ចគាំពារ ខាងហិរញ្ញវត្ថុនៅក្នុងករណីមានជម្ងឺ។

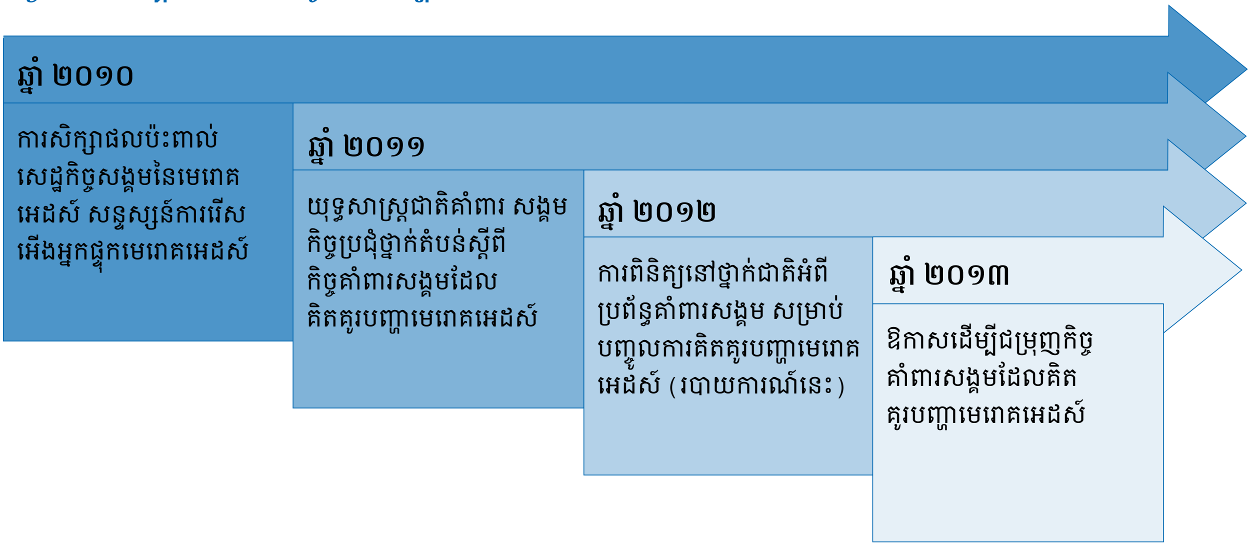
៥. ក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេស ដែលរួមទាំងកុមារកំព្រា មនុស្សចាស់ ស្ត្រីមេម៉ាយមានកូនក្នុងបន្ទុក ជនពិការ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺរបេង និងជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃដទៃទៀត។ល។ ទទួលបានប្រាក់ចំណូល ការឧបត្ថម្ភមិនមែនសាច់ប្រាក់ និងខាងស្មារតី និងការថែទាំគ្រប់គ្រាន់ខាងសង្គមកិច្ច។

ការវាយតម្លៃផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម នៃមេរោគអេដស៍នៅកម្រិតគ្រួសារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (Cercone & Pinder, 2010) បានផ្តល់ជាភស្តុតាងយ៉ាងសំខាន់ ដែលជាមូលដ្ឋានក្នុងការរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រ កាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់។ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលយកចិត្តទុកដាក់លើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គមនៃមេរោគអេដស៍ មកលើអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ភស្តុតាងថ្មីៗបន្ថែមរួមមានសន្ទស្សន៍

រើសអើង ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (CPN+, 2012) ក៏ផ្តល់ផងដែរនូវទិន្នន័យអំពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានទទួលសេវានានា។

ការពិនិត្យនេះរួមចំណែកក្នុងការអនុវត្ត NSPS របស់កម្ពុជា ដោយគូសបញ្ជាក់អំពីការពាក់ព័ន្ធក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន និងដែលអាចមានទៅអនាគត ជាមួយក្រុមងាយរងគ្រោះជាក់លាក់ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចមានចែងនៅក្នុងគោលដៅ៥ នៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។ ការពិនិត្យនេះ សង្កេតមើលការពាក់ព័ន្ធនៃយន្តការនានា ជាមួយក្រុមនេះ នៅទូទាំង គោលដៅទាំងប្រាំនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។

កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍



កម្លាំងជម្រុញឱ្យមានកិច្ចគាំពារសង្គមដែលផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍កើតចេញពីការពិគ្រោះយោបល់បច្ចេកទេសជាន់ខ្ពស់ថ្នាក់តំបន់នៅឆ្នាំ ២០១១ ស្តីពីកិច្ចគាំពារសង្គមដែលផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ ដែលបានធ្វើឡើងនៅក្រុងសៀមរាប ប្រទេសកម្ពុជា។ លទ្ធផលសំខាន់មួយនៃការពិគ្រោះយោបល់គឺកិច្ចព្រមព្រៀង ជាឯកច្ឆ័ន្ទស្តីពីគោលការណ៍គន្លឹះចំនួនប្រាំ ដែលបានចម្រាញ់ចេញពីបទបង្ហាញនានា និងការងារជាក្រុមនៅតាមប្រទេស និងដែលសិក្ខាកាមនៅក្នុងការពិគ្រោះយោបល់ជឿថា គួរតែក្លាយជាមូលដ្ឋានសម្រាប់កសាងផែនការ និងការអនុវត្ត កិច្ចគាំពារសង្គមដែលផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍នៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក (UNDP, 2011)។ សិក្ខាកាមបានសម្រេចថា ជំនួសឱ្យអនុសាសន៍នានា គោលការណ៍គន្លឹះនឹងផ្តល់តម្លៃជាក់ស្តែងបានច្រើនជាង សម្រាប់ការកសាង និងអនុវត្តន៍គោលនយោបាយ និងកម្មវិធី។

១.១. គោលការណ៍ចំនួនប្រាំនៃកិច្ចគាំពារសង្គម ដែលផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដែលបានអនុម័តក្នុងកិច្ចប្រជុំនៅសៀមរាប៖

១. ផ្តោតលើកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ជាងកិច្ចគាំពារសង្គមដោយឡែកសម្រាប់បញ្ហាមេរោគអេដស៍៖ ដោយសារតែហេតុផលខាងនិរន្តរភាព វិសាលភាពគ្របដណ្តប់ ការពាក់ព័ន្ធនៃវិស័យជាច្រើននិងឱកាសនានា សម្រាប់ការបញ្ជ្រាបបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ទៅក្នុងផែនការអភិវឌ្ឍន៍នៅថ្នាក់ជាតិ និងនៅថ្នាក់វិមជ្ឈការ។

២. ធ្វើឱ្យវិស័យ និងដៃគូជាច្រើនបានចូលរួម៖ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ទាមទារឱ្យមានការចូលរួមនៃក្រសួងខុសៗគ្នា វិស័យឯកជន សង្គមស៊ីវិល និងសហគមន៍។ ការចូលរួម និងភាពជាដៃគូជាមួយក្រុមទាំងនេះ ត្រូវតែធ្វើឡើងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលរាប់ចាប់ពីការកសាងផែនការរហូតដល់ការអនុវត្ត។ នេះជាប្រការសំខាន់ដើម្បីឱ្យមាននិរន្តរភាព។

៣. ជម្រុញបុគ្គល បណ្តាញនិងសហគមន៍រងគ្រោះ ជាពិសេស ក្រុមពលរដ្ឋរងគ្រោះសំខាន់ៗបានចូលរួម៖ ទម្រង់នៃកម្មវិធីគាំពារសង្គម ដែលគិតគូរអំពីបញ្ហា

មេរោគអេដស៍ គួរតែមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងមានបែបផែនជាការចូលរួមដើម្បីធានាថា អន្តរាគមន៍នានាដោះស្រាយតម្រូវការនិងកង្វល់ជាក់លាក់របស់ពលរដ្ឋរងគ្រោះ។

៤. **ការពារ និងពង្រឹងសិទ្ធិមនុស្ស៖** ក្នុងពេលអនុវត្តន៍បណ្តាញគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស ដើម្បីធានាថា គ្មានការរំលោភលើសិទ្ធិមនុស្សរបស់អ្នកចូលរួម និងពង្រឹងសិទ្ធិទាំងនេះ។ ចាំបាច់ត្រូវធ្វើការពិនិត្យបញ្ហាជាកង្វល់ បង្ហាញអំពីសេចក្តីពិស្តារនៃអ្នកទទួលផលការរំលោភលើសិទ្ធិរក្សាការណ៍សម្ងាត់ និងការដាក់ឃុំទុកក្នុងកន្លែងណាមួយ ដោយគ្មានការព្រមព្រៀងពីសាមីជន។

៥. **គិតបញ្ចូលអំពីនិរន្តរភាព៖** ដូចក្នុងករណីនៃការព្យាបាលដោយសេវា ART ផងដែរ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ទាមទារឱ្យមានការប្តេជ្ញាខាងនយោបាយ និងហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់រយៈពេលវែង ដូច្នេះនិរន្តរភាពគួរតែជាផ្នែករួមមួយ នៃដំណើរការកសាងផែនការ។

ការវាយតម្លៃនេះក៏ពិនិត្យមើលផងដែរនូវគោលការណ៍ទាំងប្រាំនេះ និងជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចប្រឹងប្រែងដើម្បីបម្លែងទៅជាជម្រើសគោលនយោបាយនិងចំណាត់ការជាក់ស្តែង។

១.២. គោលបំណងនៃការពិនិត្យនេះ

របាយការណ៍នេះ ពិនិត្យមើលបណ្តាញគាំពារសង្គមរបស់រដ្ឋាភិបាលនៅកម្ពុជា ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្នែកនានាដែលមានសក្តានុពល ដែលអាចរួមបញ្ចូលតម្រូវការ និងកាលៈទេសៈដោយឡែករបស់អ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ គ្រួសារដែលមានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗដោយសារមេរោគអេដស៍។

១.៣. គោលដៅនៃការពិនិត្យនេះ

១. ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ ចំណុចចាប់ផ្តើមសម្រាប់បញ្ចូល/ពង្រឹងផ្នែកនានាដែលគិតគូរអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍។

២. កំណត់អត្តសញ្ញាណឧបសគ្គ ខាងផ្នែកច្បាប់ ប្រតិបត្តិការ សង្គម និងហិរញ្ញវត្ថុ ដែលអ្នករងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍បានជួបប្រទះ នៅក្នុងការទទួលសេវាពីបណ្តាញគាំពារសង្គមរបស់រដ្ឋាភិបាល។

៣. លើកអនុសាសន៍អំពី (១) វិធីប្រសើរបំផុតដើម្បីជម្រុញកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និង (២) វិធីដើម្បីធ្វើឱ្យមានវឌ្ឍនភាពជាក់ស្តែងនៅក្នុងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ ដើម្បីធានាថា រាល់បណ្តាញ និងកិច្ចប្រឹងប្រែងគាំពារសង្គមចំបងៗ ដោះស្រាយបានគ្រប់គ្រាន់នូវតម្រូវការចាំបាច់របស់អ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

៤. ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណភាពខ្វះចន្លោះ និងបញ្ហានានាដែលត្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ និងការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត។

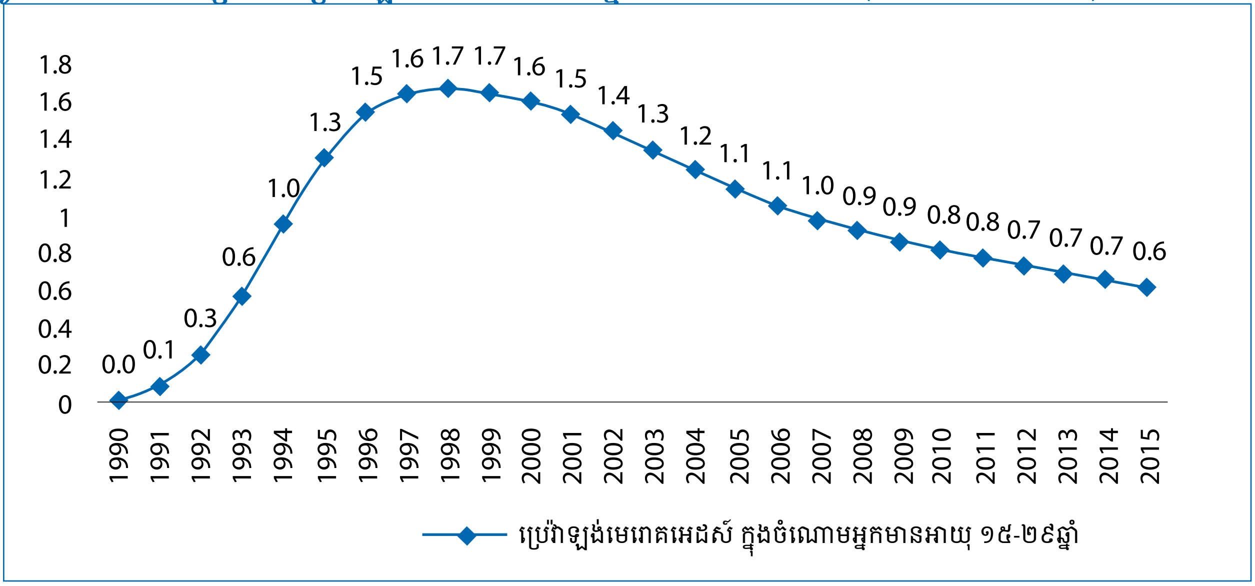
១.៤. វិធីសាស្ត្រ

ការពិនិត្យនេះបានធ្វើឡើងនៅក្នុងខែវិច្ឆិកា និងធ្នូ ឆ្នាំ២០១២។ការពិនិត្យឯកសារមានស្រាប់បានវិភាគព័ត៌មានដែលបានពីប្រភពដែលមានស្រាប់នានា ទាក់ទងនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ គ្រប់បណ្តាញគាំពារសង្គមចំបងៗរបស់រដ្ឋាភិបាលនៅកម្ពុជា និងឯកសារនានាដែលមានឧទាហរណ៍អំពីបណ្តាញគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍មកពីប្រទេសដទៃ។របកគំហើញដំបូងត្រូវបានចែករំលែកតាមអ៊ីម៉ែល ដើម្បីស្នើសុំយោបល់តបមកពីអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ ដែលរួមទាំង NAA, CARD ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា (MoSVY) ក្រសួងមហាផ្ទៃ (MoI) ក្រសួងសុខាភិបាល (MoH) ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ (MEF) ក្រុមប្រឹក្សាស្តារអភិវឌ្ឍន៍កសិកម្មនិងជនបទ អង្គការសង្គមស៊ីវិល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។ ការសម្ភាសបានធ្វើឡើងជាមួយតំណាងនានាមកពីស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនៃរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានអំពីបណ្តាញគាំពារសង្គមចំបងៗ, ព័ត៌មានអំពីបទពិសោធន៍ជាក់ស្តែងលើការអនុវត្តរបស់ស្ថាប័នទាំងនោះ និងអនុសាសន៍សម្រាប់អនាគត។ របកគំហើញត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងកិច្ចប្រជុំ ពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិស្តីពីកិច្ចគាំពារសង្គម ដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដែលបានផ្តល់ឱកាសដ៏មានតម្លៃសម្រាប់កិច្ចសន្ទនារវាងអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ។ តារាងឈ្មោះអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលបានចូលរួម មានផ្តល់ជូននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ ៣ និង៤។ តារាងឯកសារនានាដែលបានពិនិត្យ មានផ្តល់ជូននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ ៥។

២ បញ្ហាមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា

ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាបានថយចុះពី ១,១% នៅឆ្នាំ ២០០៦ មកត្រឹម ០,៧ ឬ ០,៨% នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១២ (NCHADS, 2012)។ នៅឆ្នាំ ២០១០ មានប្រជាពលរដ្ឋប្រមាណ ៧៥.៩០០ នាក់ នៅកម្ពុជាដែលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយតួលេខនេះត្រូវបានរំពឹងថានឹងថយចុះមកត្រឹម ៧០.៤០០ នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១៥ (NCHADS, 2012)។ ដោយសារកម្ពុជាមានប្រជាជនច្រើនជាង ៨០% ជាអ្នករស់នៅតាមជនបទ ក្នុងនោះច្រើនជាង ៩០% ជាអ្នកក្រីក្រ (RCG, 2010), ភាគច្រើននៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក៏ត្រូវបានរំពឹងផងដែរថា រស់នៅតាមទីជនបទ។[3] ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ បានប្រមូលផ្តុំក្នុងចំណោមក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ដែលតាមធម្មតារស់នៅក្នុងទីក្រុង ឬធ្វើចំណាកស្រុកមកទីក្រុង ដូចជាបុគ្គលិកបម្រើសេវាកំសាន្ត (៤,៦%)[4] បុរសស្រឡាញ់បុរស (MSM) (២,១-២,២%)[5] និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (២៤,៤%)[6] (NCHADS, 2012)។ តួលេខនេះគូសបញ្ជាក់អំពីភាពចាំបាច់ឱ្យមានយន្តការគាំពារសង្គម ដើម្បីផ្តល់សេវាដល់ទាំងពលរដ្ឋទូទៅ និងក្រុមពលរដ្ឋសំខាន់ៗ ក៏ដូចជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទាំងនៅតាមជនបទ និងទីក្រុង។ វិសាលភាពនៃការព្យាបាលតាមកម្មវិធី ART មានកម្រិតខ្ពស់ជាង ៨០% ដោយមានអ្នកជម្ងឺចំនួន ៤៨.៣៦២ នាក់ ជាអ្នកកំពុងទទួលថ្នាំ ART នៅចុងត្រីមាសទីបី នៃឆ្នាំ ២០១២ (NCHADS, 2012)។

រូបទី១. ការនិទស្សន៍អំពីប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ ឆ្នាំ ១៩៩៥-២០១៥ (NCHADS, 2012)



២.១. ផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គមបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ នៅកម្រិតគ្រួសារក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

ការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គមឆ្នាំ ២០១០ បានបង្ហាញអំពីផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍មកលើស្ថានភាពសុខភាព ភាពក្រីក្រ សន្តិសុខស្បៀង និងការទទួលបានសេវាសុខភាព និងការអប់រំ ក្នុងចំណោមគ្រួសារដែលមានមេរោគអេដស៍ (Cercone & Pinder, 2010)។ សម្រាប់ស្ទើរតែគ្រប់សូចនាករ គ្រួសារដែលមានមេរោគអេដស៍(HIV-HHs)មានស្ថានភាពអាក្រក់ជាងគ្រួសារដែលគ្មានមេរោគអេដស៍ (NA-HHs)។ ផលប៉ះពាល់កម្រិតវិសមភាពមកលើស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គមបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍នៅកម្រិតគ្រួសារ បង្ហាញពីហេតុផលជាក់ស្តែង ដែលត្រូវឱ្យមានយន្តការគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីតម្រូវការ និងកាលៈទេសៈដោយឡែករបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។

ការសិក្សានេះដែលចាត់ចែងឡើងដោយ UNDP គឺជាការអង្កេតប្រៀបធៀបរវាងចំណោមគ្រួសារចំនួន ២.៦២៣ ដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសារចំនួន ១.៣៤៩ ក្នុងរង្វង់ការត្រួតពិនិត្យ ឬ "គ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍" ដែលមានអ្នកចូលរួមចំនួន ១៧.៦៩៥នាក់ នៅក្នុងខេត្តចំនួន ១២ នៃប្រទេសកម្ពុជា។ តួលេខស្ថិតិដែលបានមកពីការអង្កេតសន្ទស្សន៍នៃការរើសអើង ដែលបានសម្ភាសន៍មនុស្សចំនួន៣៩៧នាក់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងខេត្តចំនួន ៥ ដើម្បីកំណត់ជាពិសេសនូវកម្រិត និងផលប៉ះពាល់នៃការរើសអើង និងការមាក់ងាយមកលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (CPN+, 2012)។

២.២. ស្ថានភាពនៃគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- មេគ្រួសារជាស្ត្រី
- ស្ត្រីគ្មានការងារធ្វើ
- ស្ត្រីមេម៉ាយ
- មានការអប់រំតិចតួច
- គ្មានផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន
- មានទ្រព្យសម្បត្តិតិចតួច

ការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់មកលើសេដ្ឋកិច្ច សង្គមបណ្តាលពីមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១០ បានកត់សំគាល់អំពីភាពខុសគ្នារវាង HIV-HH និង NA-HH, HIV-HH នៅជនបទ និងទីក្រុង និងរវាង HIV-HHs ដែលមានស្ត្រី និងបុរសជាមេគ្រួសារ (Cercone & Pinder, 2010)។ HIV-HHs មានចំនួនសមាជិកបន្តិចបន្តួច តិចជាង (៤,៤ នាក់) ធៀបនឹង NA-HHs (៤,៦ នាក់)។ មេគ្រួសារច្រើនតែជាស្ត្រី (៥៣% នៃ HIV-HHs) ធៀបនឹង ៣៥% នៃ NA-HHs។ ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃមេគ្រួសារនៃ HIV-HHs ច្រើនតែមិនស្ថិតក្នុងចំណងអាពាហ៍ពិពាហ៍ ធៀបនឹង NA-HHs។ សមាជិកក្នុង HIV-HH ពុំទំនងជាបានសិក្សាខ្លះៗនៅថ្នាក់មធ្យមសិក្សា ឬ ខ្ពស់ជាងនេះ (៣១% ទល់នឹង ៣៧% នៃសមាជិក NA-HH)។

ជារួម មានតែ ៥៣% នៃ HIV-HH មានលំនៅស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ធៀបនឹង ៨០% សម្រាប់ NA-HHs។ HIV-HH មានទ្រព្យដែលមានតម្លៃក្នុងចំនួនតិចតួចជាងយ៉ាងច្រើនបើប្រៀបធៀបនឹង NA-HHs (លើកលែងតែទូរស័ព្ទចល័ត

3 សម្រាប់ការធ្វើនិទស្សន៍អំពីប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីទូទៅ (២០១០-២០១៥) ការគណនាបានផ្អែកលើការអង្កេត HIV sentinel survey (HSS) 2010, ដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ប៉ាន់ប្រមាណចំនួនស្ត្រីកម្ពុជាក្នុងវ័យបន្តពូជ (១៥-៤៩) ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១០។ ដោយសារទិន្នន័យនៅក្នុងការអង្កេត HSS 2010 បានប្រមូលពីមណ្ឌលសុខភាពនានាទាំងនៅតាមជនបទ និងទីក្រុង ដូច្នេះមានការប្រើប្រាស់ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅឆ្នាំ ២០១០ ដែលបានកែសម្រួលសម្រាប់អត្រាទីក្រុង/ជនបទ ២០/៨០ (NCHADS, 2012)។ ការធ្វើនិទស្សន៍មុននេះ (ដូចជាសម្រាប់ឆ្នាំ ១៩៩៥-២០០៦) បានបង្ហាញទិន្នន័យ ញែកដាច់គ្នារវាងទីក្រុងនិងជនបទ៖ ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាថយចុះមកត្រឹម១,១%នៅតាមជនបទ និង១,៤ នៅទីក្រុង។ ទោះបីអត្រានៅជនបទមានទាបក៏ដោយ ប៉ុន្តែ ដោយសារពលរដ្ឋកម្ពុជា ៨០% រស់នៅជនបទ មានន័យថា ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើនគឺជាអ្នករស់នៅជនបទ ធៀបនឹងអត្រា២០% ក្នុងចំណោមអ្នករស់នៅទីក្រុង(NCHADS, 2007)។
ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើការតាមកន្លែងកំសាន្ត (n=៤៣២) ដែលបានរាយការណ៍ថាមានអតិថិជនជាបុរសច្រើនជាង ១៤នាក់ក្នុងមួយសប្តាហ៍ គឺ ១៣,៩% ចំណែកប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមអ្នកដែលបានរាយការណ៍ថាមានអតិថិជន ១៤នាក់ ឬ តិចជាងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (n=៣.៣៩០) គឺ ៤,១% (NCHADS, 2012)។ ទិន្នន័យយោងអំពីបុរសស្រឡាញ់បុរស បានមកពីការសិក្សាប្រុសខ្មែរ (Liu & Chhorvann, 2010). National Center for HIV/AIDS, 2007, Report of HIV prevalence among drug users 2007.

4 HIV prevalence among female entertainment workers (n=432) who reported having more than 14 male clients per week was 13.9%, while the prevalence among those who reported having 14 clients or less per week (n=3,390) was only 4.1% (NCHADS, 2012).

5 MSM data references from the BROS Khmer study (Liu & Chhorvann, 2010).

6 National Center for HIV/AIDS, 2007, Report of HIV prevalence among drug users 2007.

ដែលភាពខុសគ្នានេះ ពុំមានកម្រិតខ្ពស់ឡើយ)។ មានភាពខុសគ្នាជាខ្លាំងរវាងស្ថានភាពនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍រវាងបុរស និងស្ត្រី ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយស្ត្រីច្រើនតែស្ថិតក្នុងសភាពមេម៉ាយ (៤៥% ស្ត្រី, ៨% បុរស) ហើយបច្ចុប្បន្ន មិនសូវស្ថិតក្នុងចំណងអាពាហ៍ពិពាហ៍ឡើយ (៤២% ស្ត្រី, ៧៧% បុរស)។ បុរសដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការសិក្សានៅកម្រិតមធ្យមសិក្សា ធៀបនឹងស្ត្រីនៅក្នុងទីកន្លែងដូចគ្នា (ជារួម បុរស ៤២% បានទទួលការសិក្សា យ៉ាងហោចណាស់ខ្លះៗនៅកម្រិតមធ្យមសិក្សា ធៀបនឹងស្ត្រី ដែលមានត្រឹមតែ ១៩%)។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រឈមជាមួយកម្រិតខ្ពស់នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ ជាងបុរសដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (៣៧% ធៀបនឹង ២៨%)។

២.៣. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើកត្តាសេដ្ឋកិច្ច

- ប្រាក់ចំណូលទាប
- ការងារដែលផ្តល់កម្រៃទាប
- ការថយចុះនៃប្រាក់ចំណូល
- កូនច្រើនតែត្រូវធ្វើការ
- កុមារីច្រើនតែត្រូវធ្វើការ
- មិនមានសមត្ថភាពធ្វើការ
- មានបំណុលច្រើន
- កម្ចីពីម្ចាស់បំណុលឯកជន
- បំណុលក្នុងអត្រាការប្រាក់ខ្ពស់
- សមាជិកគ្រួសារផ្តល់ការថែទាំដោយគ្មានទទួលប្រាក់កម្រៃ
- ស្ត្រីជាអ្នកថែទាំអ្នកជម្ងឺ
- អ្នកថែទាំដែលបាត់បង់ទាំងស្រុង ឬខ្លះៗនូវប្រាក់ចំណូល
- ហូបចុកតិចជាងមុន (នៅជនបទ)
- ហូបអាហារដែលមិនសូវមានប្រូតេអ៊ីនកម្រិតខ្ពស់
- ចំណាយច្រើនជាងទៅលើការជួល និងប្រាក់ចំណូល
- ចំណាយតិចតួចជាង (%) លើការថែទាំសុខភាព

HIV-HH បានរាយការណ៍អំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំក្នុងម្នាក់ៗដែលមានកម្រិតទាបជាង (៥៥៤ដុល្លាអាមេរិក) ជាមធ្យម ដែលទាបជាង NA-HH (៥៤៨ដុល្លាអាមេរិក), ដោយប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរបស់ HIV-HHs ច្រើនតែជាការងារ ដែលផ្តល់កម្រៃទាប។ ទោះបីតួលេខអំពីភាពគ្មានការងារធ្វើ មានភាពប្រហែលគ្នារវាងគ្រួសាររងគ្រោះនិងគ្រួសារមិនរងគ្រោះក៏ដោយ កុមារនៅក្នុង HIV-HHs (៩,២% នៅអាយុ ១០-១៤ ឆ្នាំ) ច្រើនតែត្រូវធ្វើការ ជាពិសេសកុមារី ធៀបនឹង ៧,៣% សម្រាប់ NA-HHs។ គ្រួសារនៅជនបទបែរជាត្រូវពឹងផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលពីកុមារ ច្រើនជាងគ្រួសារនៅទីក្រុង។ អត្រាកុមារី និងកុមារានៅក្នុងពលកម្ម មានភាពខុសគ្នាជាច្រើន ដោយកុមារី ១០% នៅក្នុង HIV-HHs ត្រូវធ្វើការ (ធៀបនឹងត្រឹមតែ ៥,៥% នៅក្នុង NA-HHs) ធៀបនឹងអត្រាខុសគ្នាមិនសូវច្រើនត្រឹម ៩,២% សម្រាប់កុមារា (HIV-HHs) និង ៧,៣%(NA-HHs)។

មេរោគអេដស៍ មានឥទ្ធិពលមកលើសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងការរួមចំណែកក្នុងសកម្មភាពនៅក្នុងគ្រួសារ និងនៅក្នុងកម្លាំងពលកម្មជារួម។ ស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនតែមានស្ថានភាពជាស្ត្រីមេម៉ាយ ឬ គ្មានការងារធ្វើ ជាងបុរសដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ទាំងស្ត្រី និងបុរស បានរាយការណ៍អំពីការថយចុះយ៉ាងច្រើន (៤៧%) នៃប្រាក់ចំណូល បន្ទាប់ពីបានវិភាគឃើញមេរោគអេដស៍ ដោយបុរស ៥៤% បានពោលអំពីការថយចុះនៃប្រាក់ចំណូល។ ជាទូទៅ ១៤% នៃសមាជិកក្នុង HIV-HH បានពោលអំពីវត្តមានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលធ្វើឱ្យពួកគេមិនអាចបំពេញកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួនបាន នៅក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍មុន ធៀបនឹង ៨%នៅក្នុង NA-HHs។ ពលករនៅក្នុង HIV-HHs ច្រើនតែអវត្តមានពីការងារចំនួនមួយថ្ងៃ ដោយ ៥៧% នៃសមាជិកក្នុងគ្រួសារដែលជាអ្នកមានការងារធ្វើ ដែលបានរាយការណ៍ថា បានអវត្តមានពីការងារមួយថ្ងៃ នៅក្នុងរយៈពេលបីខែមុន ធៀបនឹងត្រឹមតិចជាង ៤៩% សម្រាប់សមាជិកនៅក្នុង NA-HHs។

ជារួម ៣៤% នៃអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលត្រូវការឱ្យមានការថែទាំមិនបានទទួលការថែទាំឡើយ ដោយភាគរយនេះកើនដល់ ៣៨% នៅជនបទ។ ក្នុងចំណោមអ្នកដែលបានទទួលការថែទាំ ភាគច្រើនបំផុត (៩០%) នៃអ្នកថែទាំ គឺជាសមាជិកគ្រួសារដែលមិនបានទទួលកម្រៃ (១០% គឺជាអ្នកមកពីក្រៅផ្ទះ និងមានត្រឹមតែបីគ្រួសារ (<0,0១%) បានជួលមនុស្សមកពីក្រៅ ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំ)។ ភាគច្រើននៃអ្នកថែទាំគឺជាស្ត្រី (៥៤%)។

ចំនួនយ៉ាងច្រើននៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំនៅក្នុង HIV-HH បានពោលថា ឬមួយត្រូវឈប់ពីការងារជាធម្មតារបស់ខ្លួន ឬមួយជួបប្រទះការថយចុះប្រាក់ចំណូល ដោយត្រូវរ៉ាប់រងការងារថែទាំអ្នកជម្ងឺ។ HIV-HHs ច្រើនតែបានទទួលការ

គាំទ្រជាហិរញ្ញវត្ថុពីរដ្ឋាភិបាល ឬ ពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងមិនសូវបានទទួលចំណូលពីសកម្មភាពកសិកម្មឡើយ។ ជារួមការបរិភោគក្នុងម្នាក់ៗមានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលគ្នារវាងគ្រួសាររងគ្រោះ និងមិនរងគ្រោះពីមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ HIV-HHs នៅជនបទ មានការបរិភោគទាបជាងយ៉ាងច្រើន ធៀបនឹង NA-HHs នៅជនបទ។

ជារួម HIV-HHs បរិភោគតិចជាងបន្តិចបន្តួច ធៀបនឹង NA-HHs។ ការចំណាយលើអាហារ (ប្រមាណ ៥៩%) និងការអប់រំ (ប្រមាណ ៤%) គឺជាសមាមាត្រនៃការចំណាយដែលប្រហាក់ប្រហែលគ្នារវាងគ្រួសារខុសៗគ្នា។ HIV-HHs ប្រើប្រាស់សមាមាត្រខ្ពស់នៃការចំណាយលើការជួល និងការចំណាយលើសេវាកម្មនានា (១៣%) ធៀបនឹង NA-HHs (១០%)។ ផ្នែកតែមួយនៃការចំណាយរបស់ HIV-HHs ដែលតិចជាងការចំណាយរបស់ NA-HHs គឺទៅលើសុខភាព (៨% សម្រាប់ HIV-HHs និង៩%សម្រាប់ NA-HHs) ដែលជាមូលហេតុនៃករណីលើកលែងធំជាងគេសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ជារួម គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍បានចំណាយតិចតួចជាង លើការបរិភោគអាហារដែលមានកម្រិតប្រូតេអ៊ីនខ្ពស់ ដូចជា ត្រី សាច់ សត្វស្លាប និងស៊ុត។ នេះជាករណីជាក់ស្តែងសម្រាប់គ្រួសារនៅជនបទ ដែលគ្រួសារមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ចំណាយច្រើន ១៣% ច្រើនជាង លើការបរិភោគអាហារដែលមានប្រូតេអ៊ីន ធៀបនឹង HIV-HHs។

កំណើនបំណុលគឺជាករណីទូទៅក្នុងចំណោម HIV-HHs (៦៥%) ធៀបនឹង NA-HHs (៥៣%)។ មូលហេតុបឋមនៃបំណុលមានដូចគ្នារវាង គ្រួសារទាំងពីរក្រុមៈ "តម្រូវការចំណាយក្នុងគ្រួសារ"។ ដូចការរំពឹងទុក តម្រូវការសម្រាប់ការព្យាបាលជម្ងឺ និងការថែទាំសុខភាពគឺជាមូលហេតុចំបងក្នុងចំណោម HIV-HHs (២១%) និងជាចំនួនដែលមានច្រើនជាងនៅក្នុង NA-HHs (ដែលមានត្រឹមតែ ១៥%)។ ទោះបី NGOs គឺជាប្រភពប្រាក់កម្ចីតែមួយគត់ក៏ដោយ សម្រាប់គ្រួសារទាំងពីរក្រុមនេះ, HIV-HHs បានពឹងផ្អែកលើម្ចាស់បំណុលឯកជន (២៦% នៃបំណុល) ច្រើនជាងNA-HHs (២១%នៃបំណុល)។ HIV-HHs ច្រើនតែនិយាយអំពីការបង់ការប្រាក់ខ្ពស់ (ការប្រាក់ ៥,៤% ជាមធ្យម) ធៀបនឹង NA-HHs (ការប្រាក់ ៤,៣% ជាមធ្យម)។

ការវិភាគអថេរដូចគ្នាបង្ហាញថា គ្រួសារមួយដែលយ៉ាងហោចណាស់សមាជិកម្នាក់មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានអត្រា ១,៧ ដងខ្ពស់ជាងគ្រួសារដែលមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ក្នុងការស្ថិតនៅក្រោមខ្សែបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រ។ ជារួម ប្រូបាប៊ីលីតេនៃ HIV-HH ដែលរស់នៅក្រោមខ្សែបន្ទាត់នៃភាពក្រីក្រគឺ ២៨%។

២.៤. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ មកលើការសិក្សាអប់រំ

- អត្រាទាបនៃការចូលរៀន ក្នុងចំណោមកុមារី និងកូនដែលមានអាយុច្រើន
- ទំនងជាអវត្តមាន ១០ថ្ងៃ ឬ ច្រើនជាងនេះ
- កុមារីនៅជនបទ រងគ្រោះច្រើនជាងគេ

កុមារី និងកូនៗដែលមានអាយុច្រើន ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានពោលអំពីអត្រាទាបនៃការចូលរៀន ជាងនៅក្នុង NA-HH។ ភាពខុសគ្នាខ្លាំងបំផុតគឺរវាងគ្រួសារដែលមានកូនស្រីអាយុច្រើន (១៥-១៧ឆ្នាំ) នៅកម្រិតមធ្យមសិក្សា ជាពិសេស នៅថ្នាក់មធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ។ អត្រាចូលរៀនពិតប្រាកដសម្រាប់យុវតីនៅក្នុងNA-HHs ទាំងនេះ មានជិតពីរដងនៃយុវតីនៅក្នុង HIV-HHs (១៦% ធៀបនឹង ៩%)។ ជារួម HIV-HHs ច្រើនតែពោលថា កូនរបស់ខ្លួនមិនបានចុះឈ្មោះចូលរៀនឡើយ ដោយសារតែបញ្ហាថវិកា (២១% ធៀបនឹង ១៥%សម្រាប់ NA-HHs) ឬ ដោយសារកុមារត្រូវរួមចំណែករកប្រាក់ចំណូលសម្រាប់គ្រួសារ (២២% ធៀបនឹង ១៨%)។ ទោះបីរងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ ឬមិនមែនក៏ដោយ នៅក្នុងគ្រួសារទាំងអស់នេះ កុមារីច្រើនជាងកុមារា មិនបានចូលរៀនទេ ដោយសារតែបញ្ហាថវិកា ឬ ដោយសារតែពួកគេត្រូវជួយធ្វើការងារផ្ទះ (២៣% សម្រាប់កុមារានៅក្នុង HIV-HHs ធៀបនឹង ៣៣% សម្រាប់កុមារីនៅក្នុង HIV-HHs)។ កុមារនៅក្នុង HIV-HHs មានអត្រាខ្ពស់ ដែលអវត្តមានច្រើនជាង ១០ ថ្ងៃ នៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ធៀបនឹងកុមារនៅក្នុង NA-HHs (១៥% ធៀបនឹង ៨%)។ នេះជាករណីជាក់ស្តែងបំផុតសម្រាប់កុមារី កុមារតូចៗ និងកុមារនៅតាមជនបទ។ កុមារីក្នុង HIV-HHs រងការប៉ះពាល់ជាងគេ ដោយមានកំណើន ៥០% នៃកុមារីនៅក្នុង HIV-HH (១៤%) ដែលអវត្តមាន ១០ថ្ងៃ ឬ ច្រើនជាងនេះ ធៀបនឹងកុមារីនៅក្នុង NA-HHs (៩%)។

កុមារកំព្រា និងងាយរងគ្រោះមានអត្រានៃការចូលរៀនដូចគ្នា ធៀបនឹងកុមារមិនស្ថិតក្នុងស្ថានភាពងាយរងគ្រោះ ប៉ុន្តែកុមារីកំព្រា និងងាយរងគ្រោះនៅជនបទ មានអត្រាចូលរៀនទាប (៩៣%) ធៀបនឹងកុមារីមិនស្ថិតក្នុងស្ថានភាពងាយរងគ្រោះនៅជនបទ (៩៧%)។

លទ្ធផលពីការវិភាគអថេរដូចគ្នាបង្ហាញថា ស្ថានភាពនៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៃគ្រួសារណាមួយ គឺជាកត្តាហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរដែលធ្វើឱ្យកុមារអវត្តមាន ១០ ថ្ងៃពីសាលារៀននៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ។ កុមារណាម្នាក់នៅក្នុង HIV-HH មានអត្រា បីដងខ្ពស់ជាងកុមារដទៃទៀត នៃករណីអវត្តមាន ១០ ថ្ងៃ ធៀបនឹងកុមារនៅក្នុង NA-HH (៤១,៨% ធៀបនឹង ១៨,៨%)។

គ្រួសារដែលចំណាយច្រើនលើការសិក្សាក្នុងមនុស្សម្នាក់ៗ មានអត្រាខ្ពស់នៃកុមារបានចូលរៀន ដែលភាគច្រើនបង្ហាញថា ការចំណាយលើការសិក្សា គឺជាការឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការប្តេជ្ញារបស់គ្រួសារ។ អាហារូបករណ៍របស់រដ្ឋាភិបាលក៏ជាកត្តាដ៏សំខាន់មួយផងដែរ ដែលជួយបង្កើនអត្រានៃកុមារចូលរៀនបានជិត ១,៥ដង។

២.៥. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើសុខភាព

- ស្ថានភាពសុខភាពកាន់តែអាក្រក់
- គ្រួសារក្រីក្រមានសុខភាពទន់ខ្សោយជាងគ្រួសារអ្នកមាន
- ច្រើនតែស្វែងរកការថែទាំសុខភាពនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ
- មានការពេញចិត្តចំពោះសេវាសុខភាពដែលខ្លួនបានទទួល
- បង់កម្រៃទាបក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាព
- មានការលើកលែងច្រើនលើសេវាថែទាំសុខភាព
- មុនដឹងរោគវិនិច្ឆ័យ លក់ដីធ្លីនិងទ្រព្យដទៃទៀត ប្រើប្រាស់ប្រាក់សន្សំ កំណើនបំណុល
- អត្រាខ្ពស់នៃការប្រើប្រាស់ ART
- ការព្យាបាលជម្ងឺឱកាសនិយមមានកម្រិតទាបនៅតាមជនបទ។

សមាជិកក្នុង HIV-HHs បានពោលអំពីសុខភាពទន់ខ្សោយជាងនៅក្នុង NA-HHs។ សមាជិកក្នុងគ្រួសារក្រីក្រ (ទាំងដែលរងគ្រោះ និងមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍) បានពោលអំពីសុខភាពទន់ខ្សោយជាងនៅក្នុងគ្រួសារអ្នកមាន។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពចល័ត និងការព្យាបាលនៅនឹងកន្លែងច្រើនជាង និងច្រើនតែស្វែងរកសេវានៅក្នុងវិស័យសាធារណៈជាងសមាជិកនៅក្នុង NA-HHs។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានការពេញចិត្តចំពោះ ការទទួលបានសេវាសុខភាព ជាងអ្នកបានសម្ភាសន៍នៅក្នុង NA-HHs។ កម្រៃលើសេវាថែទាំសុខភាពដែលសមាជិកក្នុង HIV-HHs រាយការណ៍ មានកម្រិតទាបជាខ្លាំង ធៀបនឹងកម្រៃដែលសមាជិកក្នុង NA-HHs បានរាយការណ៍, ហើយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនតែបានទទួលការលើកលែងពីកម្រៃថែទាំសុខភាពជាងសមាជិកក្នុងគ្រួសារដែលមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។

មុននឹងដឹងរោគវិនិច្ឆ័យ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរាយការណ៍អំពីការលក់ដីធ្លី និងទ្រព្យដទៃទៀត ប្រើប្រាស់ប្រាក់សន្សំនិងចងការប្រាក់ដើម្បីបំពេញថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយជម្ងឺដែលមានរយៈពេលវែង។

បុរសដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅទីជនបទ ច្រើនតែបានទទួលការវិភាគរោគសញ្ញាតាមរយៈសេវា ពិគ្រោះយោបល់ និងធ្វើតេស្តស្ម័គ្រចិត្តដោយសម្ងាត់ (VCCT) ជាងស្ត្រី ឬ ជាងបុរសមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមទីក្រុង។ ជារួម ពុំមានភាពខុសគ្នារវាងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានចាត់ទុកខ្លួនឯងថា ជាសមាជិកនៃក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ និងអ្នកដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងក្រុមនេះឡើយ ទាក់ទងនឹងការវិភាគរោគសញ្ញាតាមរយៈ VCCT។ ការប្រើប្រាស់ ART មានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។ ប៉ុន្តែ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំដើម្បីទប់ស្កាត់ ឬព្យាបាលជម្ងឺឱកាសនិយម មានកម្រិតទាប សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមជនបទ។

សមាមាត្រនៃ HIV-HHs និងNA-HHs ដែលចំណាយច្រើនលើការថែទាំសុខភាព ពុំមានភាពខុសគ្នាឡើយ។

២.៦ ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើសន្តិសុខស្បៀង

- ភាពអត់ឃ្លានធ្ងន់ធ្ងរជាងមុន
- បរិភោគអាហារតិចជាងមុន
- មានការឧបត្ថម្ភស្បៀងច្រើនជាងមុន
- មានភាពខុសគ្នាលើការឧបត្ថម្ភស្បៀង
- មានការឧបត្ថម្ភស្បៀងតិចជាង សម្រាប់អ្នកមិនមែនជាខ្មែរ

មានភាពខុសគ្នាត្រឹមតិចតួចប៉ុណ្ណោះនៃតួលេខដែលបានរាយការណ៍អំពី អាហារប្រចាំថ្ងៃ រវាងសមាជិកក្នុង HIV-HHs និង NA-HHs។ ប៉ុន្តែ សមាជិកក្នុង HIV-HHs ច្រើនតែរងភាពអត់ឃ្លាន និងមិនសូវបានបរិភោគដោយសារតែខ្វះចំណីអាហារ ជាងសមាជិកនៅក្នុង NA-HHs។

HIV-HHs បានទទួលការឧបត្ថម្ភស្បៀងនៅកំរិតច្រើនជាង NA-HHs ហើយ HIV-HHs ក្រីក្រមានអត្រាខ្ពស់ ក្នុងការទទួលបានការឧបត្ថម្ភស្បៀងច្រើនជាងគ្រួសារ ដែលធូរធារជាង។ មានសេចក្តីរាយការណ៍អំពីភាពខុសគ្នារវាងខេត្តនានានូវភាគរយនៃ HIV-HHs ដែលបានទទួលការឧបត្ថម្ភស្បៀង។ សម្រាប់ក្រុមគ្រួសារដែលមានមេគ្រួសារជាខ្មែរ ច្រើនតែទទួលបាន ការឧបត្ថម្ភស្បៀងច្រើនជាងក្រុមគ្រួសារដែលមានមេគ្រួសារមិនមែនជាខ្មែរ។

២.៧. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍មកលើការមាក់ងាយ ការរើសអើង និងគុណភាពនៃការរស់នៅ

- ការស្អប់ខ្ពើមខ្លួនឯងមានកម្រិតខ្ពស់
- ងាយរងគ្រោះពីការបៀតបៀន និងការគំរាមកំហែងជាពាក្យសំដី
- ការរើសអើងតិចតួចពីបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព
- ជាទូទៅគុណភាពជីវិតមានកម្រិតទាប

ការស្អប់ខ្ពើមខ្លួនឯងមានកម្រិតខ្ពស់ ពោលគឺ ១៦% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍រាយការណ៍អំពីការគ្រោងធ្វើអត្តឃាដ និង ៦៥% រាយការណ៍ថា មានអារម្មណ៍ថាខ្លួនឯងតូចទាប។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រមាណ ២៣% រាយការណ៍ថា បានទទួលការវាយប្រហារជាពាក្យសំដី និង ៧%បានរងការគំរាមកំហែងឬការបៀតបៀនខាងផ្លូវកាយ ដោយសារតែ ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរាយការណ៍ថា ការរើសអើងពីសំណាក់បុគ្គលិកថែទាំ សុខភាពមានកម្រិតទាបបំផុត (ទាបជាង ១%)។ នៅក្នុងការអង្កេតអំពីសន្ទស្សន៍នៃការរើសអើងឆ្នាំ ២០១០ កត់សំគាល់ថា សមាមាត្រនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានរាយការណ៍អំពីឥរិយាបថរើងអើង ពីសំណាក់បុគ្គលិក ថែទាំសុខភាពចំពោះ ការបើកបង្ហាញឱ្យដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ មានកម្រិតខ្ពស់ជាងនេះបន្តិចបន្តួច គឺត្រឹម ២,៩% (CPN+, 2012)។ ទោះជាបែបនេះក្តី បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព គឺជាអ្នកដែលមានការរើសអើងតិចតួចជាងគេបំផុត មកលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ធៀបនឹងបទពិសោធន៍អវិជ្ជមានពី៖ សមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារ (៦,៤%) សហព័ទ្ធ (៦,៨%) គ្រូបង្រៀន (៧,១%) អ្នករួមអាជីព (១០,៥%) មិត្តភក្តិ (១៣,២%) និងអ្នកជិតខាង (២៣,២%) នេះបើយោងតាមការរាយការណ៍របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានចូលរួមនៅក្នុងការអង្កេតអំពីសន្ទស្សន៍នៃការរើសអើង។ ជារួម អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើនរាយការណ៍ថា គុណភាពជីវិតរបស់ពួកគេក្រីក្រ ឬ ទីទ័លក្រខ្លាំងជាងអ្នកឆ្លើយនៅក្នុង NA-HHs។

២.៨. ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍៖ ការពិចារណាពិសេស

- មួយភាគបីនៃគ្រួសារសរុបត្រូវថែទាំកុមាកំព្រា
- ស្ត្រីមេម៉ាយម្នាក់ៗទទួលបានប្រាក់ចំណូលកម្រិតទាប
- កូនរបស់ស្ត្រីមេម៉ាយរៀនត្រួតថ្នាក់
- ស្ត្រីមេម៉ាយមិនសូវបានទទួលទ្រព្យមរតកពីប្តី
- ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយមានកម្រិតទាប
- ការធ្វើចំណាកស្រុកមានអត្រាខ្ពស់ជាងមុន
- ជារឿយៗនៅក្នុងគ្រួសារច្រើនតែមានសមាជិកម្នាក់ស្ថិតនៅក្នុងក្រុមអ្នកងាយរងគ្រោះ

ច្រើនជាងមួយភាគបីនៃ HIV-HH បានរាយការណ៍ថា បានថែទាំកុមារដែលកំព្រាដោយសារជម្ងឺអេដស៍។ មានការប៉ាន់ស្មានថា កុមារច្រើនជាង ៨៥.០០០ នាក់នៅកម្ពុជាក្លាយជាងាយរងគ្រោះដោយសារតែមេរោគអេដស៍។ HIV-HHs ដែលមានស្ត្រីមេម៉ាយជាមេគ្រួសារ មានប្រាក់ចំណូលក្នុងម្នាក់ៗកម្រិតទាប ហើយកុមារនៅក្នុងគ្រួសារទាំងនេះច្រើន តែរៀនត្រួតថ្នាក់នៅក្នុងសាលា។ ស្ត្រីមេម៉ាយនៅក្នុង HIV-HHs មិនសូវទទួលបានទ្រព្យមរតកពីប្តីដែលបាត់ជីវិតទៅហើយនោះទេ ធៀបនឹងស្ត្រីមេម៉ាយនៅក្នុង NA-HHs។

ភាគរយនៃHIV-HHsដែលបានទទួលសេវាថែទាំតាមផ្ទះនៅក្នុងរយៈពេលបីខែមុន មានភាពលំអៀងគ្នារវាងខេត្តនានា និងប្រភេទក្រុមជនជាតិ។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានផ្ទៃពោះ ដែលបានរាយការណ៍ថា បានបំបៅកូនដោយទឹកដោះមានកម្រិតទាបបំផុត។

HIV-HHs បានធ្វើចំណាកស្រុកយ៉ាងច្រើននៅក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំមុន ធៀបនឹង NA-HHs។

HIV-HH ភាគច្រើន ច្រើនតែមានសមាជិកក្នុងគ្រួសារដែលត្រូវបានចាត់ចូលក្នុងចំណោមក្រុមអ្នកងាយរងគ្រោះ។

៣ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍

កិច្ចគាំពារសង្គម កាន់តែបានការទទួលស្គាល់ច្រើនឡើងថាជាការវិនិយោគមួយលើមូលធនសង្គម រូបវន្ត ហិរញ្ញវត្ថុ និងមនុស្សនៅក្នុងប្រទេស និងជាសមាសភាគសំខាន់ជាសារវន្តមួយ ក្នុងការពង្រឹងសេដ្ឋកិច្ចជាតិ។ យុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម ឱ្យនិយមន័យកិច្ចគាំពារសង្គមថា៖

"កិច្ចគាំពារសង្គមជួយប្រជាពលរដ្ឋឱ្យពុះពារ ចំពោះប្រភពចំបងៗនៃភាពក្រីក្រ និងភាពងាយរងគ្រោះ ទន្ទឹមនឹងនោះក៏ជាការលើកកំពស់ការអភិវឌ្ឍមនុស្សផងដែរ។ កិច្ចគាំពារសង្គមផ្សំដោយការចាត់ចែង និងបរិធានទូលំទូលាយដែលបង្កើតឡើងសម្រាប់៖ ១) ការពារបុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ ទល់នឹងផលវិបាកខាងហិរញ្ញវត្ថុ សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គម ដែលបណ្ដាលមកពីហានិភ័យនានា ការប៉ះទង្គិច និងស្ថានភាព ក្រីក្រ និង ២)នាំពួកគេចាកចេញពីភាពក្រីក្រ។ អន្តរាគមន៍លើកិច្ចគាំពារសង្គមរួមមាន យ៉ាងហោចណាស់ ការធានារ៉ាប់រងសង្គម គោលនយោបាយទីផ្សារពលកម្ម បណ្ដាញសុវត្ថិភាពសង្គម និងសេវាសង្គមកិច្ច។"

នៅពេលថ្មីៗនេះ កិច្ចគាំពារសង្គមត្រូវបានចាត់ទុកថាជាកត្តាបំពេញគ្នាសំខាន់មួយនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍ ដែលរួមចំណែកទៅក្នុងការធ្វើឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ជាអតិបរមានៃការវិនិយោគ ដែលជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងបញ្ហា មេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ តាមរយៈការបង្កើតលក្ខខណ្ឌអំណោយផល (Schwartländer et al., 2011)។ នេះជាការឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការផ្លាស់ប្ដូរវិធាននៃការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ដោយផ្ដោតទៅលើការវិនិយោគ (Miller & Samson, 2012)។

កិច្ចគាំពារសង្គមអាចរួមចំណែកក្នុងការទប់ស្កាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាល ការថែទាំ និងការឧបត្ថម្ភ៖

"គោលនយោបាយ ឬ កម្មវិធីគួរតែដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ឧទា. ធានាថា ពួកគេអាចទទួលបានសេវានានា, គោលនយោបាយត្រូវមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងគ្មានការរើសអើង ហើយទម្រង់នៃកិច្ចគាំពារសង្គមត្រូវតែជួយកាត់បន្ថយឱកាសក្នុងឆ្លងមេរោគអេដស៍ របស់បុគ្គលម្នាក់ៗ (ភាពងាយឆ្លងមេរោគអេដស៍) និងការប៉ះពាល់ ជីវភាពដែលមេរោគអេដស៍នឹងបង្កឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានមកលើបុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ (ដែលងាយរងគ្រោះ)។" (Samuels, Blake & Akinrimisi, 2012)។

ភស្តុតាងអំពី ឥទ្ធិពលវិជ្ជមាននៃកិច្ចគាំពារសង្គមមកលើការទប់ស្កាត់មេរោគអេដស៍ ការថែទាំ និងការព្យាបាលកាន់តែមានច្រើនឡើង។ ការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់បានបង្ហាញថារួមចំណែកក្នុងការកាត់បន្ថយប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រី ប៉ុន្តែមិនមែនសម្រាប់គ្រប់ករណីឡើយ។ ការវាយតម្លៃមួយលើតំបន់សាកល្បងនៅហ្សំបាប្រទេសម៉ាឡាវី បានរកឃើញថា អ្នកទទួលប្រាក់ប្រចាំខែដោយគ្មានលក្ខខណ្ឌ មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ទាបជាងស្ត្រីនៅក្នុងក្រុមតាមដាន ដែលពុំបានទទួលការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ ដោយមានភស្តុតាងបន្ថែមទៀត ដែលគាំទ្រដោយការប្រែប្រួលនៃឥរិយាបថខាងផ្លូវភេទ ដែលពួកគេបានរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯង (Miller & Samson, 2012)។ ការសិក្សាមួយនៅទីជនបទក្នុងប្រទេសតង់ហ្សានីបានរកឃើញអំពី ការថយចុះយ៉ាងច្រើននៃប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺកាមរោគ ក្នុងចំណោមក្រុមនៅក្រោមការព្យាបាលដែលមានសិទ្ធិទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ២០ដុល្លាអាមេរិក ប៉ុន្តែគ្មានការកាត់បន្ថយបែបនេះឡើយសម្រាប់ក្រុមដែលទទួលបានត្រឹម ១០ ដុល្លាអាមេរិក (Miller & Samson, 2012)។ កម្មវិធីឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ Comunidades Solidarias Rurales នៅសាល់វ៉ាឌ័រ និងប្រព័ន្ធ Janani Suraksha

Yojana នៅឥណ្ឌា គឺជាឧទាហរណ៍អំពីកិច្ចផ្តួចផ្តើមដែលផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់ស្ត្រី ក្នុងការទទួលសេវាបង្កើតទារកនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពរដ្ឋាភិបាល ឬ មណ្ឌលសុខភាពឯកជនដែលមានការទទួលស្គាល់ ហើយប្រការនេះបានកាត់បន្ថយរបាំងសង្គម និងហិរញ្ញវត្ថុនៃការទទួលបានសេវា។ ដូច្នេះ ការធ្វើបែបនេះនាំឱ្យមានកំណើនការទទួលសេវាសុខភាពសម្រាប់ការទប់ស្កាត់ ដូចជា ការទប់ស្កាត់នូវការចម្លងពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) ដែលរួមចំណែកដល់ការទប់ស្កាត់នូវការចម្លងមេរោគអេដស៍ (Miller & Samson, 2012)។ ចំណងទាក់ទងរវាងនៃកម្មវិធីឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ដោយមានលក្ខខណ្ឌ និងគ្មានលក្ខខណ្ឌ ការចូលរៀន និងកត្តាហានិភ័យនានានៅប្រទេស ប៉ាគីស្ថង់ បង់ក្លាដែស ម៉ិចស៊ិកូ និងអាហ្វ្រិកខាងត្បូង បង្ហាញពីឥទ្ធិពលដែលអាចកើតមាន មកលើការថយចុះនៃភាពងាយរងគ្រោះ ដោយសារមេរោគអេដស៍ (Miller & Samson, 2012)។

ការឧបត្ថម្ភនានាខាងផ្នែកសង្គម និងការឧបត្ថម្ភជាស្បៀង មានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់នៅក្នុងការស្តារស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភនៃអ្នកជម្ងឺដែលទទួលការព្យាបាលជម្ងឺអេដស៍ក៏ដូចជា កែលម្អការទទួលសេវាធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលផងដែរ។ ក្នុងការសិក្សាមួយនៅម៉ាឡាវី ការលើកទឹកចិត្តជាប្រាក់ក្នុងចំនួនតិចតួច (មួយភាគដប់នៃប្រាក់កម្រៃប្រចាំថ្ងៃ) បាននាំឱ្យមានកំណើន ៥០% នៃចំនួនពលរដ្ឋដែលមកទទួលលទ្ធផលពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ របស់ពួកគេ ចំណែកការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់បំពេញការចំណាយលើថ្លៃធ្វើដំណើរទៅគ្លីនិកនៅតាមជនបទក្នុងប្រទេសយូហ្គាន់ដា (៥-៨ ដុល្លាអាមេរិកក្នុងមួយខែ) បាននាំឱ្យមានការទទួលសេវាព្យាបាលបានទៀងទាត់ជាងមុន (Miller & Samson, 2012)។ បទពិសោធន៍ផ្ទាល់របស់កម្ពុជា ក្នុងការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ និង ការឧបត្ថម្ភជាទម្រង់ដទៃទៀត ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីទទួលសេវា ART បានជួយរួមចំណែកដល់ ៩២% នៃវិសាលភាពគ្រប់ដណ្តប់នៃសេវា ART។

គ្រួសារនានា ដែលទទួលការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ច្រើនតែស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់កូនរបស់ខ្លួនដែលឈឺ ហើយមានសន្តិសុខស្បៀងច្រើនជាង និងមានការវិនិយោគច្រើនជាងទៅលើយុទ្ធសាស្ត្រនានា ដែលពង្រឹងមុខរបរចិញ្ចឹមជីវិតរបស់ខ្លួន និងសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ។ ដែលទាំងនេះសុទ្ធតែជួយគ្រួសារទាំងនោះ ក្នុងការទប់ទល់នឹងផលប៉ះពាល់ពី ជម្ងឺអេដស៍។ កង្វល់សំខាន់ មួយគឺការធានាថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មិនរងការរើសអើង ឬ ផ្តាច់ចេញពីប្រព័ន្ធគាំពារ សុខភាពសង្គម ដូចជា ការមិនទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Miller & Samson, 2012)។

កម្មវិធីការងារសាធារណៈ ត្រូវតែបង្កើតឡើងដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដោយពិនិត្យមើលការប្រឈមនានា ដែលអាចកើតមានជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដូចជា ការចំណាយលើឱសថ និងបន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរនៃការថែទាំសុខភាព ដែលស្ត្រីអាចត្រូវ រ៉ាប់រងរួចជាស្រេចទៅហើយ។ នៅក្នុងករណីខ្លះ កម្មវិធីនានាត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងកង្វះពលករនៅកម្រិតគ្រួសារ (Miller & Samson, 2012)។

កិច្ចគាំពារសង្គម ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយប្រជាជន និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចឬមួយផ្តោតលើមេរោគអេដស៍ ឬ បញ្ជ្រាបបញ្ហាមេរោគអេដស៍។

ផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍	បញ្ជ្រាបបញ្ហាមេរោគអេដស៍
• កិច្ចគាំពារសង្គមផ្តោតលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍៖ ផ្តោតជាក់លាក់លើអ្នកផ្ទុក និង/ឬ អ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍	• កិច្ចគាំពារសង្គមដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍៖ បង្កើតឡើងសម្រាប់សាធារណជនជាទូទៅ ប៉ុន្តែមានការពាក់ព័ន្ធសម្រាប់អ្នកផ្ទុក និង/ឬរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ • កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍៖ បង្កើតឡើងសម្រាប់សាធារណជនទូទៅ ប៉ុន្តែមានថែងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកផ្ទុក និង/ឬ អ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ក៏ដូចជា ក្រុមអ្នកមានហានិភ័យជាពិសេសនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផងដែរ។

យន្តការគាំពារសង្គម ដែលផ្តោតជាក់លាក់លើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ មានកត់សំគាល់រួចមកហើយ។ នោះគឺប្រព័ន្ធ ឬ កម្មវិធីណាមួយ ដែលផ្តោតជាក់លាក់ ឬ ធ្វើតែលើអ្នកផ្ទុក និង/ឬ អ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។ ឧទាហរណ៍ ការផ្តល់សេវាព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ការលើកទឹកចិត្តជាហិរញ្ញវត្ថុតិចតួចដល់គ្លីនិកសុខភាព ដែលលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការវិលត្រឡប់មកទទួលលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឈាមរក មេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ និងការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ដល់អ្នកមកទទួលសេវា ART ដើម្បីសម្រួលដល់ការទទួលសេវានេះឱ្យបានទៀងទាត់។ ជាទូទៅ វិធានដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ គឺជាការចង់បានជាងវិធានដែលផ្តោតជាក់លាក់តែលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ បើផ្អែកតាមទស្សនៈអំពីនិរន្តរភាពហិរញ្ញវត្ថុ និងសមធម៌ ដូចមានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍ទាំងប្រាំនៃកិច្ចគាំពារសង្គម ដែលគិតគូរអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដូចមានកត់សំគាល់ពីខាងដើម។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ក្នុងពេលដែលប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមគួរតែផ្តោតលើអ្នកក្រ និងងាយរងគ្រោះជាទូទៅ នៅក្នុងកាលៈទេសៈខ្លះ តម្រូវការជាក់លាក់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក៏អាចដោះស្រាយបានផងដែរ។ កត្តានានារួមមាន ការមាក់ងាយ និងការរើសអើងមកលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍, ដំណាក់កាលនៃជម្ងឺ, តើអ្នកជម្ងឺកំពុងទទួលសេវាព្យាបាល ART ឬទេ, និងរចនាសម្ព័ន្ធនៃការឧបត្ថម្ភ និង/ឬ គ្រួសារ ដែលជាកន្លែងពួកគេរស់នៅជាមួយ (Samuels, Blake & Akinrimisi, 2012)។

កិច្ចគាំពារសង្គម ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍ សំដៅលើប្រព័ន្ធ ឬ យន្តការណាមួយដែលបានបង្កើតឡើងសម្រាប់សាធារណជនទូទៅ ប៉ុន្តែក៏ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ខ្លះៗ) ផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍ គឺកម្មវិធីផ្តល់ប្រាក់សោធនសង្គមនៅប្រទេសឡេសូថូ (សោធនសម្រាប់មនុស្សចាស់) ដែលបានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៤ នៅពេលដែលការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅឡេសូថូ បានប៉ាន់ស្មានថាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យមាន ២៤%។ ដោយមាន អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់បែបនេះ កុមារម្នាក់ក្នុងចំណោមប្រាំនាក់ ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា បានក្លាយជាកុមារកំព្រា ដោយសារតែឪពុកម្តាយស្លាប់បណ្តាលពីជម្ងឺដែលទាក់ទងនឹងអេដស៍។ ការបាត់បង់ជីវិតនៃមនុស្សជំនាន់កណ្តាលបានបង្កើតឱ្យមានចំនួនយ៉ាងច្រើន នៃគ្រួសារ អន្តរជំនាន់ ដែលរួមមាន ជីដូនជីតា ជាអ្នកថែទាំចៅ។ សោធនសង្គម បានផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុសង្គ្រោះ ដល់អ្នកដែលមានអាយុច្រើនជាង ៦០ ឆ្នាំ ដែលអ្នកទាំងនោះជាច្រើនគឺជាអ្នកថែទាំកុមារ។ បច្ចុប្បន្ន កម្មវិធីនេះអនុវត្តន៍ជាមួយប្រជាជនចំនួន ៨០.០០០ នាក់ ឬ ត្រូវជា ៥៥% នៃចំនួនប្រជាពលដែលមានអាយុច្រើនជាង ៦០ ឆ្នាំ។ ប្រាក់សោធននេះ មិនមែនផ្តល់ឱ្យសម្រាប់តែអ្នកផ្តល់ការថែទាំ ឬសម្រាប់តែអ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះទេ។ ប៉ុន្តែ តាមរយៈការផ្តោតលើមនុស្សទាំងអស់ដែលមានអាយុ ៦០ ឆ្នាំ និងច្រើនជាងនេះ ប្រាក់សោធននេះបានរួមបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិនូវមនុស្សចាស់ជាច្រើន ដែលជាអាណាព្យាបាល ដែលជាអ្នកមើលថែចៅដែលរងគ្រោះដោយសារបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ ដូច្នេះ គឺយន្តការគាំពារសង្គមជាសកល ដែលមានការពាក់ព័ន្ធយ៉ាងច្រើនទៅនឹងក្រុមប្រជាជនដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ទាំងអាណាព្យាបាលដែលមានអាយុចំណាស់ និងកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងបន្ទុករបស់មនុស្សចាស់ទាំងនោះ។ នេះជាអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្រប ដែលមិនផ្តោតតែលើគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដោយសារការធ្វើបែបនេះអាចកាត់បន្ថយការរើសអើង ជាងការផ្សារភ្ជាប់តែជាមួយការឧបត្ថម្ភដល់សមាជិកគ្រួសារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (Schüring, 2011)។

កិច្ចគាំពារសង្គមដែលយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះ បញ្ហាមេរោគអេដស៍ សំដៅលើប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមជាទូទៅ ដែលកែសម្រួលដោយបញ្ចូលប្រការជាក់លាក់ សម្រាប់ដោះស្រាយតម្រូវការនិងកាលៈទេសៈដោយឡែករបស់អ្នកផ្ទុក អ្នករងគ្រោះដោយសារ ឬ អ្នកងាយរងគ្រោះនៅចំពោះមុខមេរោគអេដស៍។ ការធ្វើបែបនេះអាចសម្រេចទៅបាន ដូចជា តាមរយៈការកែប្រែលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ទទួលការឧបតម្ភ ដោយដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់យន្តការនានា សម្រាប់ការពារព័ត៌មានសម្ងាត់ ការបន្ថែមផលប្រយោជន៍ដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ឬដកចេញនូវប្រការដែលចែងអំពីការមិនរួមបញ្ចូលករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ មានឧទាហរណ៍មួយចំនួនអំពីការឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ និងការឧបត្ថម្ភប្រាក់សោធន នៅប្រទេសឥណ្ឌា ដែលក្នុងនោះលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ទទួលការឧបត្ថម្ភ មានការបន្ធូរបន្ថយដើម្បីអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (Nadkarni, Goel & Pongurlekar, 2011)។ នៅក្នុងករណីផ្សេងទៀត មានការកែប្រែតាមទម្រង់ផ្សេងនូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដែលអាចបើកចំហដល់អ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ក៏ដូចជា

អ្នកដទៃដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រហែលគ្នានេះ)។ ឧទាហរណ៍ ប្រាក់សោធនសម្រាប់ស្ត្រីមេម៉ាយនៅរដ្ឋរ៉ាចាស្ថាន កាលពីដំបូងបានផ្តល់សម្រាប់តែស្ត្រីដែលមានអាយុច្រើនជាង ៤០ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ព្រោះថា មានស្ត្រីជាច្រើនដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលក្លាយជាស្ត្រីមេម៉ាយ នៅមុនអាយុ ៤០ ឆ្នាំ ត្រូវបានចាត់ទុកថា ពុំមានលក្ខណៈសមស្របសម្រាប់ទទួលការឧបត្ថម្ភឡើយ។មាត្រាពិសេសមួយចំនួនត្រូវបានដាក់បញ្ចូល ដើម្បីពង្រីកវិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃប្រាក់សោធនសម្រាប់ស្ត្រីមេម៉ាយ ឱ្យដល់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានក្លាយជាស្ត្រីមេម៉ាយ ទោះនៅអាយុប៉ុន្មានក៏ដោយ។ ដូចគ្នានេះដែរ ប៉ុន្តែមានការអនុវត្តនៅរ៉ាចាស្ថាន កាលពីដំបូងបានផ្តោតតែលើជនពិការ ឬអ្នកមានរោគមហារីក ក្រោយមកត្រូវបានពង្រីកដើម្បីរួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ នៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀតនៃប្រទេសឥណ្ឌា កម្រិតអាយុអប្បបរមាសម្រាប់អ្នកដែលអាចទទួលប្រាក់សោធនសម្រាប់ស្រីមេម៉ាយ ត្រូវបានបន្ថយចុះរហូតដល់ ១៨ ឆ្នាំ សម្រាប់ស្ត្រីមេម៉ាយទាំងអស់។ ការធ្វើបែបនេះអាចឱ្យស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីដទៃទៀតទោះក្នុងអាយុប៉ុន្មានក៏ដោយ ដែលបានក្លាយជាស្ត្រីមេម៉ាយ អាចទទួលបានប្រាក់សោធននេះ។ ឧទាហរណ៍មួយផ្សេងទៀតគឺប្រព័ន្ធសេវាសុខភាពសកលនៃប្រទេសថៃ ដែលត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាគំរូល្អបំផុតមកទល់សព្វថ្ងៃនេះ។ កាលពីដំបូងប្រព័ន្ធនេះមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលរោគអេដស៍ឡើយ ប៉ុន្តែក្រោយមកមានការគិតគូរជាខ្លាំងអំពីបញ្ហាអេដស៍ ដោយមានការផ្តល់សេវា ដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ដោយមានមិនត្រឹមតែការព្យាបាលប៉ុណ្ណោះទេ។

ឧទាហរណ៍មួយមកពីកម្ពុជា អំពីការកែសម្រួលវិធានការបញ្ហាបមួយ ដើម្បីឱ្យមានការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ គឺការបន្ធូរបន្ថយលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការផ្តល់ប្រាក់កម្ចីនៅក្នុងស្ថាប័នមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ក្រោយបានទទួលញាត្តិត៉វ៉ាពីសមាជិកសហគមន៍មូលដ្ឋានរួចមក ដែលបានពន្យល់ថា ការលក់ឡាយឡុងនូវទ្រព្យសម្បត្តិរបស់គាត់គឺជាលទ្ធផលដោយផ្ទាល់នៃការផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អង្គការវីសិនហ្វាន់កម្ពុជាបានកែសម្រួលសេវាហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្លួន ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការជាក់លាក់របស់អ្នកផ្ទុកនិងអ្នករងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍។ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍បានទទួលសេវាដែលមានការប្រាក់ពិសេស ២% ធៀបនឹងអត្រាស្តង់ដារ ៣% និងពុំតម្រូវឱ្យអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានវត្ថុបញ្ចាំឡើយ នៅពេលដាក់ពាក្យសុំខ្ចីប្រាក់។

៤ បង្កើនការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គម

មានយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះចំនួនពីរ សម្រាប់បង្កើនការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍នៅក្នុងយន្តការគាំពារសង្គម។ ទីមួយគឺត្រូវពង្រីកសិទ្ធិនានា ដោយបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ទីពីរគឺកាត់បន្ថយរបាំងក្នុងការទទួលបានផលប្រយោជន៍ ដែលមានស្រាប់សម្រាប់បុគ្គល និងសមាជិកគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។

៤.១. ពង្រីកសិទ្ធិទទួលផលប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់។

គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចជាអ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប (ជាជាងក្រីក្រខាងធនធាន) ឬស្ទើរ ក្រីក្រ ដូច្នេះអាចស្ថិតនៅក្រៅលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់កិច្ចគាំពារសង្គមខ្លះៗ និងយន្តការជាគោលដៅនានា។ ដោយឡែក មូលនិធិសមធម៌ (HEF) និងការកំណត់អត្តសញ្ញាណតាមរយៈកម្មវិធីគ្រួសារក្រីក្រ (IDPoor) គឺជាកិច្ចផ្តួចផ្តើមចំបងពីរ ដែលមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងជាមួយគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ ការពង្រីកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ នៅក្នុងមូលនិធិសមធម៌ ដើម្បីរួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ អ្នកកំពុងទទួល ART អាចជួយធានាថា ប្រព័ន្ធទាំងនេះមានការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ ការបន្ថែមក្រុមនេះទៅក្នុងប្រព័ន្ធនេះ មានការជះឥទ្ធិពលទៅលើផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុព្រោះថារាល់ការពង្រីកណាមួយ ចំពោះវិធានការឆ្លើយតប សុទ្ធតែមានការជះឥទ្ធិពលបែបនេះ។ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយបន្ថែម អាចពុំមែនច្រើនហួតទាល់តែមិនអាចធ្វើបាននោះឡើយ។ បច្ចុប្បន្ននេះ គេនៅពុំទាន់ដឹងនៅឡើយទេថា តើមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រមាណ ៧៥.០០០ នាក់ ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងបញ្ជីនៃគ្រួសារក្រីក្រនៅក្នុងកម្មវិធី IDPoor។ គេមិនទំនងជាអាចកំណត់ចំនួនអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានកំណត់ថាជាគ្រួសារក្រីក្រកំរិត១ ឬកំរិត២ តាមរយៈការប្រមូលទិន្នន័យ IDPoor នេះឡើយ។ ប៉ុន្តែ ការអង្កេតមួយបែបអំពីការរួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងបញ្ជីគ្រួសារក្រីក្ររបស់កម្មវិធី IDPoor អាចធ្វើបាននៅតាមរយៈកន្លែងផ្តល់ART និងកន្លែងផ្តល់សេវាមេរោគអេដស៍។ តាមរយៈទិន្នន័យនេះ គេនឹងអាចគណនាបានចំពោះថ្លៃចំណាយបន្ថែមសម្រាប់ ការបញ្ចូលទៅក្នុងមូលនិធិសមធម៌ និង ប្រព័ន្ធដទៃទៀតដែលផ្តោតលើអ្នក (ទ័ល)ក្រ ដែលមានការពាក់ព័ន្ធជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍ (CBHI) មានសក្តានុពលក្នុងការបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងសមាជិក ក្រុមគ្រួសារនៃក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗនៅក្នុងទីក្រុង ដែលកំពុងតែប្រកបមុខរបរ។ បុគ្គលិកបម្រើការតាមកន្លែងកំសាន្ត និងបុរសស្រឡាញ់បុរស ដែលមានការងារធ្វើ (រួមទាំងអ្នកធ្វើជំនួញផ្ទាល់ខ្លួន) ប្រហែលជាអាចមានលទ្ធភាពបង់ថ្លៃសេវាធានារ៉ាប់រងសេវា សុខភាពសហគមន៍ សម្រាប់បំពេញតំរូវការចំណាយខ្ពស់លើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្លួន។ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍បានអនុវត្តន៍ដោយជោគជ័យមួយរយៈ រួចមកហើយនៅកម្ពុជា ដែលរួមមាន នៅតាមទីប្រជុំជន ដូចជានៅភ្នំពេញជាដើម (Annear, 2007)។ ការពង្រីក CBHI ដែលមានស្រាប់នៅតាមទីក្រុង ឱ្យដល់ក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗដែលធ្វើការនៅក្នុងវិស័យមិនផ្លូវការ អាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនសម្រាប់បុគ្គលិក ផ្តល់សេវាតាមកន្លែងកំសាន្តមនុស្សភេទទីបី និងបុរសស្រឡាញ់បុរស។ ការផ្តល់សេវាឱ្យដល់ក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បង ទាំងនេះតាមរយៈ CBHI អាចមានប្រសិទ្ធភាព និងសមស្របបំផុត តាមរយៈសេវាកម្មនានា ដែលមានស្រាប់សម្រាប់ក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បងទាំងនេះ និងបណ្តាញនានា ដូចជា បណ្តាញស្ត្រីដើម្បីរួបរួម (WNU) និងបណ្តាញចតុមុខ (BC)។

ឧទាហរណ៍អំពីការកែសម្រួលមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយបន្ធូរបន្ថយលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការខ្ចីប្រាក់និងការផ្តល់អត្រាការប្រាក់ទាបមានអធិប្បាយខាងលើរួចហើយ។ ក្រៅពីនេះ ក៏មានសក្តានុពលសម្រាប់ស្ថាប័នមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុនៅតាមទីក្រុង ដើម្បីចូលរួមជាដៃគូជាមួយបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងពីរខាងលើ និងបណ្តាញនានានៃក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បង ដើម្បីចរចាអំពីសម្បទានសម្រាប់សមាជិកនានាក្នុងការទទួលបានប្រាក់កម្ចី។

ដំណើរការ IDPoor មានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលគួរតែត្រូវចាត់ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។ យុទ្ធជាតិគាំពារសង្គមកត់សំគាល់ថា IDPoor នឹងក្លាយជាវិធីសាស្ត្រគោលដៅដ៏សំខាន់ដែលផ្តោតលើគ្រួសារក្រីក្រ និងតំបន់ភូមិសាស្ត្រសំរាប់គោលដៅនានានៅទូទាំងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមទាំងអស់ ទន្ទឹមនឹងអាចអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្របំពេញបន្ថែម នៅក្នុងករណីដែលមានហេតុផលសមស្រប និងចាំបាច់។ ដូច្នេះ ការអនុវត្តទៅអនាគត នូវប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមណាមួយ ដូចជា HEFs (និងប្រព័ន្ធដទៃដែលប្រើប្រាស់ IDPoor ជាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ) អាចពិចារណា អំពីការដាក់បញ្ចូលក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បង ដូចមានកំណត់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍។ (ក្រុមងាយរងគ្រោះដទៃទៀតរួមមាន ជនជាតិដើមភាគតិច ជនពិការ ឬ អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ជនអនាថា និងមនុស្សចាស់ក្នុងចំណោមក្រុមដទៃទៀត)។

៤.២. កាត់បន្ថយរបាំងក្នុងការទទួលបានកិច្ចគាំពារសង្គម

កាត់បន្ថយ និងលុបបំបាត់ការមាក់ងាយ និងការរើសអើង

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមទាំងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បងបន្តប្រឈមនឹងការមាក់ងាយ និងការរើសអើង ដោយសារតែស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ និង/ឬដោយសារភាពលំអៀងចំពោះអ្នកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាមិនគោរពតាមក្រិត្យក្រមសង្គម។ ទាំងការរើសអើង និងការភ័យខ្លាចអំពីការរើសអើង គឺជាការរាំខានដ៏ខ្លាំងក្លា ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងសមាជិកនៃក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បង ក្នុងការទៅទទួលយកការងារធ្វើ និងសេវានានា។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរាយការណ៍ថា ការមាក់ងាយ និងការរើសអើងក្នុងចំណោមបុគ្គលិកផ្តល់សេវាថែទាំ សុខភាព មានកម្រិតទាប ទាំងនៅក្នុងការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម និង ការអង្កេតសន្ទស្សន៍ការរើសអើង ដែលនេះបានបង្ហាញឱ្យឃើញថាកិច្ចប្រឹងប្រែងរួម ដើម្បីបង្កើនការយកចិត្តទុកដាក់នៅក្នុងវិស័យនានា អាចផ្តល់លទ្ធផល ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ប៉ុន្តែ ក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បងៗ ដែលរួមមានក្រុមស្ត្រីស្រលាញ់ស្ត្រី បុរសស្រលាញ់បុរស មនុស្សរួមភេទជាមួយភេទទាំងពីរ និងក្រុមស្រីស្រស់ (LGBT) បន្តរាយការណ៍ថាបានរងនូវការរើសអើងនៅក្នុងមជ្ឈដ្ឋាន អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (CCHR, 2012)។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើន និងជាពិសេសក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បង បន្តរងការមាក់ងាយ និងការរើសអើងពីក្រុមគ្រួសារ សហគមន៍ និយោជក មន្ត្រីអនុវត្តន៍ច្បាប់ និងក្នុងវិស័យសិក្សាអប់រំ។ ការលុបបំបាត់អំពើមាក់ងាយ និងការរើសអើង នៅក្នុងគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់នៃសង្គម នឹងអាចកាត់បន្ថយបានយ៉ាងច្រើននូវភាពងាយរងគ្រោះរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះចម្បងៗ ដែលបច្ចុប្បន្នកត្តាទាំងនោះនាំឱ្យពួកគេ មិនអាចទទួលបានសេវាកម្មនានា រួមទាំងឱកាសការងារ ឬត្រូវបានប្រមាថដែលនាំឱ្យពួកគេបដិសេធឱកាសទាំងនោះដោយខ្លួនឯង។

លុបបំបាត់ការបដិសេធអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានរាយការណ៍ថាសមាជិកខ្លះនៃក្រុមរបស់ពួកគេនៅតែពុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយសារតែមានមាត្រាបដិសេធចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយប្រហែលជាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជឿជាក់ថាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាអ្នកដែលនឹងមានការទូទាត់ច្រើនចំពោះធានារ៉ាប់រងនេះ។ បើទោះបីជាគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍អាចនឹងមានការទាមទារការទូទាត់ច្រើន ឬ ញឹកញាប់ជាងគេក៏ដោយ ក៏ការធានា រ៉ាប់រងសុខភាពមិនគួរមានការរើសអើងជាលក្ខណៈជាប្រព័ន្ធមកលើពួកគេឡើយ។ ក្រៅពីភាពចាំបាច់ក្នុងការគោរពតាមគោលការណ៍គ្មានការរើសអើង ប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងសុខភាពគួរតែកត់សំគាល់ថា ថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ គ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ មានកម្រិតទាបជាងអ្នកដែលមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ នេះក៏ព្រោះតែថ្លៃចំណាយមួយចំនួនដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានគ្របដណ្តប់នៅដោយប្រព័ន្ធដទៃ រួចទៅហើយ (ដូចជាការផ្តល់ ART ដោយឥតគិតថ្លៃ ការថែទាំសុខភាពបឋមដោយ

ឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍)។ តាមការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គមបានរកឃើញថា គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍មានការចំណាយតិចតួចចំពោះការទៅទទួលសេវាថែទាំ សុខភាព នៅមន្ទីរពេទ្យធៀបនឹងគ្រួសារ ដែលមិនរងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ ដោយសារថ្លៃចំណាយជាច្រើនត្រូវបានចេញជំនួសដោយរដ្ឋាភិបាល និងប្រព័ន្ធរបស់ម្ចាស់ជំនួយផ្សេងៗរួចទៅហើយ។

ការបំពេញបន្ថែមលើប្រព័ន្ធអត្តសញ្ញាណកម្មដែលមានស្រាប់តាមរយៈការចូលរួមក្នុងការវាយតម្លៃដោយស្ម័គ្រចិត្ត

ឱកាសទទួលបាន ក្នុងការចាត់បញ្ចូលក្នុងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អត្តសញ្ញាណកម្ម IDPoor និងមូលនិធិសមធម៌ មានកំរិតទាបជាង សម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលចល័ត ជាពិសេស អ្នកធ្វើចំណាកស្រុក និងជនអនាថា ដោយសារ ពួកគេភាគច្រើនមិនសូវរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងដំណើរការវាយតម្លៃ។ បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានគូសបញ្ជាក់អំពីប្រការដែលថា សមាជិកពួកគេជាច្រើន ដែលរួមទាំងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន, LGBT, បុរសស្រឡាញ់ បុរស និងអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ ធ្លាប់ជួបប្រទះការកាត់កាលចេញពីគ្រួសារ និងអតីតសហគមន៍របស់ពួកគេ (CCHR, 2012)។ ការរស់នៅដាច់ចេញពីគ្រួសារ និង/ឬ កង្វះលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ចំពោះអ្នកដែលត្រូវទាត់ចេញពីផ្ទះ ធ្វើឱ្យពួកគេកាន់តែលំបាក ក្នុងការចូលរួមនៅក្នុងយន្តការកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្មបឋម និង/ឬ ក្រោយកំណត់អត្តសញ្ញាណ។ ការប៉ាន់ប្រមាណ ដោយផ្អែកយកគ្រួសារជាគោល គឺជាឧបសគ្គមួយសម្រាប់សេវាកម្មដែលទាក់ទិននឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះទាំងអ្នកនៅលីវ និងប្រជាជនចល័ត តែវាអាចបំពេញបន្ថែមបានតាមរយៈការចូលរួមការប៉ាន់ប្រមាណដោយស្ម័គ្រចិត្តជាបុគ្គល និងដោយយោងតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធនានា នៅតាមទីតាំងជួបគ្នាជារួមរបស់ក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ។ សមាជិកនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើចូលរួមកម្មវិធីតាមរយៈការិយាល័យបណ្តាញរបស់ពួកគេ និងនៅតាម ទីតាំងគោលដៅសំរាប់សេវាសុខភាព និងសេវានានា។

ផ្សារភ្ជាប់ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ការប្រើប្រាស់ទីផ្សារ និងមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ

ជម្រើសបច្ចុប្បន្ននៃការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ដែលបានផ្តល់នៅតាមគ្រឹះស្ថាននានា មានលក្ខណៈឯកទេសបច្ចេកទេសជាបង្គួរ ដែលតម្រូវឱ្យមានលក្ខខណ្ឌអប្បបរមានៃការសិក្សា និងការបង់ថ្លៃ ដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាច្រើន និងក្រុមងាយរងគ្រោះនានា មិនអាចបំពេញបាន។ សម្រាប់ករណីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលអាចបំពេញលក្ខខណ្ឌអប្បបរមានៃការសិក្សាបាន គួរតែត្រូវបានបញ្ចុះតំលៃក្នុងការបង់ថ្លៃ ឬ ផ្តល់ជាអាហារូបករណ៍ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល។

បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានរកឃើញថា សមាជិករបស់ខ្លួនដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ តាមជម្រើសផ្សេងៗ ប្រឈមនឹងឧបសគ្គក្នុងការប្រើប្រាស់ជំនាញរបស់ពួកគេ។ ពួកគេខ្វះគំនិត និងបទពិសោធន៍សម្រាប់ការចូលប្រឡូកក្នុងទីផ្សារ និងខ្វះដើមទុនសម្រាប់ចាប់ផ្តើមជំនួញរបស់ខ្លួន។ ការច្របាច់បញ្ចូលគ្នារវាងការបណ្តុះបណ្តាល ជំនាញវិជ្ជាជីវៈ ការចូលប្រឡូកក្នុងទីផ្សារ និងការផ្សារភ្ជាប់កិច្ចផ្តួចផ្តើមនានាជាមួយសេវាប្រាក់កម្ចីពីស្ថាប័នមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ អាចជួយកាត់បន្ថយឧបសគ្គនានា ដែលរាំងស្ទះដល់អ្នករងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ ក្នុងការប្រើប្រាស់ជំនាញដែលពួកគេបានរៀន ដើម្បីរកប្រាក់ចំណូល។

៥ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្កើនការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងប្រព័ន្ធគាំពារសង្គម ដែលមានស្រាប់

ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមចំបង ៗនៅកម្ពុជាមានសង្ខេបជូននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ នៅក្រោមគោលដៅទាំងប្រាំនៃយុទ្ធសាស្ត្រ ជាតិគាំពារសង្គម។ ក្នុងនេះផងដែរក៏មានបង្ហាញអំពីសំណូមពរការ កែសម្រួលដើម្បីធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធទាំងនោះគិតគូរបន្ថែមអំពី បញ្ហាមេរោគអេដស៍ និង/ឬ ក្រុមងាយរងគ្រោះដទៃទៀតផងដែរ។

៥.១. តារាងអំពីប្រព័ន្ធចំបង។ ទៅតាមគោលដៅនៃ NSPS

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
១. បំពេញតម្រូវការជាមូលដ្ឋាននៅក្នុងពេលមានវិបត្តិ និងគ្រោះអាសន្ន					
មនុស្សពេញវ័យ/ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារគ្រោះអាសន្ននៅក្នុងឃុំចំនួន ២០០ ស្រុកចំនួន៥០ ក្នុងខេត្តចំនួន ៧[7]	អាហារូបករណ៍ជាប្រាក់សម្រាប់ថ្នាក់ទី ៥-៦ & ៨-៩ ការចែកអង្ករ ប័ណ្ណទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភស្បៀងពលកម្ម ប្រាក់ពលកម្ម	គម្រោងផ្តល់ស្បៀងសង្គ្រោះបន្ទាន់	ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ		កម្មវិធីការងារសាធារណៈ: ✗ បង្កើនចំណេះដឹងដល់មន្ត្រីគម្រោងផ្តល់ស្បៀងសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឱ្យយល់ អំពីបញ្ហារបស់អ្នកផ្ទុក/ អ្នករងគ្រោះ ដោយសារមេរោគអេដស៍ ✗ ផ្តល់ការងារស្រាលៗសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និង/ជនពិការ ✗ ក្នុងករណីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍គ្មាន"ការងារស្រាលៗ" សម្រាប់ធ្វើ ត្រូវផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំថ្ងៃ ✗ "ការងារស្រាលៗ" គួរត្រូវបាន កំណត់ដោយពិគ្រោះយោបល់ ជាមួយអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍ និងបណ្តាញអ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ ✗ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរទទួលបានសិទ្ធិអាទិភាពក្នុងការទទួលបាន ការងារធ្វើដើម្បី ឱ្យមានប្រាក់ចំណូលជាប្រចាំ ✗ អ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ គួរឱ្យមានពេលសម្រាកខ្លីៗ នៅចន្លោះម៉ោងធ្វើការ ប្រសិនបើ ចាំបាច់ រួមទាំងការឈប់សម្រាក (ដោយនៅតែទទួលបានប្រាក់កំរៃ) ដើម្បីទៅពិនិត្យសុខភាពជាទៀងទាត់ និងការទទួលឱសថជាប្រចាំ ✗ ផ្តល់ជម្រើសការងារដែលអាចបត់បែនបានសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលរង គ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និង/ឬ ជនពិការ។

7 http://www.efap.org.kh/page2.php?key1=aboutus

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	ការកែសម្រួល យោបល់
១. បំពេញតម្រូវការជាមូលដ្ឋាននៅក្នុងពេលមានវិបត្តិ និងគ្រោះអាសន្ន					
មនុស្សពេញវ័យ/ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារគ្រោះអាសន្ន	កញ្ចប់ស្បៀងសម្រាប់ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់	កញ្ចប់ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់អ្នកងាយរងគ្រោះ និងជនរងគ្រោះដោយគ្រោះអាសន្ននានា	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		✗ ចាត់គ្រួសារនិងបុគ្គលដែលរងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ជាអាទិភាព ✗ ផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមដល់ គ្រួសារ ទាំងឡាយណាមានអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍
មនុស្សពេញវ័យ/ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារគ្រោះអាសន្ន	ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់ - ជាសាច់ប្រាក់ និង មិនមែនសាច់ប្រាក់ ដល់ឃុំ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការសម្រេចគោលដៅ CMDGs	ជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមរយះរចនាសម្ព័ន្ធឃុំ	ក្រសួងមហាផ្ទៃ		✗ ចាត់គ្រួសារនិងបុគ្គលដែលរងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ជាអាទិភាព ✗ ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមដល់ គ្រួសារនានា ដែលរួមទាំងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ អំពីបញ្ហាអ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍
២. កាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងភាពងាយរងគ្រោះនៃម្តាយ និងកុមារក្រីក្រ					
សិស្សថ្នាក់បឋមសិក្សាក្នុងខេត្តចំនួន ១២	អាហារតាមសាលារៀនសម្រាប់សិស្សថ្នាក់ទី ១-៦ អាហារូបករណ៍ជាស្បៀង (អង្ករ១០គ.ក្រ) សម្រាប់អ្នកក្រ ១, អាហារូបករណ៍ជាប្រាក់ សម្រាប់សិស្សថ្នាក់ទី ៤-៦	កម្មវិធីផ្តល់អាហារតាមសាលារៀន	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោកនិង ក្រសួងអប់រំ		✗ បញ្ចូលកុមាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ ទៅក្នុងលក្ខតិកៈ សំរាប់ក្រុមដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការឧបត្ថម្ភ ✗ ផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (សំបូរជាតិដែកនិងប្រូតេអ៊ីន) ដល់កុមារ ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍
ក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ	ឧបត្ថម្ភជាសាច់ប្រាក់ដល់ឃុំ ដើម្បីសម្រួលឱ្យគ្រួសារនានាមានសេវាអនាម័យ	សហគមន៍ទាំងមូលមានអនាម័យ (CLTS)	ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ		✗ រួមបញ្ចូលគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារជម្ងឺអេដស៍ ទៅក្នុងក្រុមអ្នកមានសិទ្ធិទទួលការឧបត្ថម្ភ ✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ អំពីបញ្ហារបស់អ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
២. កាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងភាពងាយរងគ្រោះនៃម្តាយ និងកុមារក្រីក្រ					
មាតា និងកុមារ	កែលម្អសុខភាពមាតា និងទារក លើកកំពស់សុខភាព និងទម្លាប់ផ្តល់ អាហារូបត្ថម្ភសំខាន់ៗ	កម្មវិធីសុខភាពកុមារ (Child Survival)	ក្រសួងសុខាភិបាល	- ការទំនាក់ទំនង និងកិច្ចសហការរវាង នាយកដ្ឋាននានា ដើម្បីជំរុញការមកទទួលសេវាពិនិត្យ ផ្ទៃពោះ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានអនុវត្តន៍តាមរយៈកម្មវិធីជាតិកាត់បន្ថយការចម្លងពីម្តាយទៅទារក។ - យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ ដែលមកទទួលសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះនឹងទទួល បានការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់ធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត - បុគ្គលិកសុខាភិបាលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលអំពីបញ្ហារបស់ស្ត្រី មានផ្ទៃពោះដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានផ្ទៃពោះ និងបំបៅដោះកូន	- ផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងទៅលើ ការបង្កើន ការយល់ដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី សុខភាពកុមារ និងវិធីសាស្ត្រទទួលសេវាពីកម្មវិធីនេះ - លើកកំពស់ការចូលរួមរបស់ស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងដំណើរការ បង្កើត និងអនុវត្តន៍កម្មវិធីនេះ

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
២. កាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងភាពងាយរងគ្រោះនៃម្តាយ និងកុមារក្រីក្រ					
គ្រួសារដែលមានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងបំបៅដោះកូន រួមទាំងកុមារដែលមានអាយុតិចជាង២ឆ្នាំ	កញ្ចប់ស្បៀងប្រចាំខែ	កម្មវិធីសុខភាពនិងអាហារអាហារូបត្ថម្ភមាតានិងទារក	ក្រសួងសុខាភិបាល និងកម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក		✗ ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម(សំបូរជាតិ ដែកនិងប្រូតេអ៊ីន)ដល់កុមារីនិងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ✗ ផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងលើការបង្កើនការយល់ដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមាន ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីក្នុងក្រុម ងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ អំពី អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី សុខភាព និង អាហារអាហារូបត្ថម្ភមាតា និងទារក និងវិធីទទួលសេវាពីកម្មវិធីនេះ
ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ IDPoor	ប័ណ្ណទទួលសេវា	ប័ណ្ណសម្រាប់ទទួលសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជ	ក្រសួងសុខាភិបាល		✗ រួមបញ្ចូលស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្ត្រីក្នុងក្រុមងាយរងគ្រោះទៅក្នុងក្រុមស្ត្រីមានសិទ្ធិទទួលបានការឧបត្ថម្ភ ✗ ផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងលើការបង្កើនការយល់ដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្ត្រីក្នុងក្រុមងាយរងគ្រោះអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃប័ណ្ណសេវាសុខភាពនិងរបៀបទទួលបានសេវានេះ
គ្រួសារកុមារដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការមិនចូលរៀន	អាហារូបត្ថម្ភជាប្រាក់ (សម្រាប់ថ្នាក់ទី ៤-១២)	កម្មវិធីគាំទ្រវិស័យអប់រំះ កិច្ចផ្ត ចផ្តើមផ្តល់ផលរហ័ស (ថ្នាក់ទី ៤-៦), គម្រោងគាំទ្រវិស័យអប់ រំនៅកម្ពុជា (ថ្នាក់ទី៧-៩),មូលនិធិជប៉ុនសម្រាប់ការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ(ថ្នាក់ទី៧-៩),ការពង្រឹងគុណភាពអប់រំ (ថ្នាក់ទី១០-១២), អន្តេវាសិដ្ឋាន (ថ្នាក់ទី១០-១១), គម្រោងនានា (ថ្នាក់ទី ៧-៩)	ក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា		✗ រួមបញ្ចូលកុមារនៃគ្រួសារងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ឬដែលមានឪពុកម្តាយជាជនងាយរងគ្រោះ នៅក្នុងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ទទួលការ ឧបត្ថម្ភ ✗ បញ្ចូលកុមារមានផ្ទុកឬរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ឬមានឪពុក ម្តាយជាជនងាយរងគ្រោះ ទៅក្នុងក្រុមពិសេសដែលទទួលការឧបត្ថម្ភ លើកម្រៃសិក្សា សៀវភៅ សម្លៀកបំពាក់សិស្ស។ល។ ✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់អាជ្ញាធរសាលា និងសហគមន៍នៅជុំវិញ សាលាអំពីបញ្ហាកុមាររងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍។ កិច្ចប្រឹងប្រែងគួរធ្វើឡើងតាមរយៈប្រព័ន្ធដើម្បីប្រយុទ្ធប្រឆាំងការមាក់ងាយ និងរើសអើងមកលើកុមារមានផ្ទុកឬរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
៣. កាត់បន្ថយភាពគ្មានការងារធ្វើប្រចាំរដូវ និងផ្តល់ឱកាសសម្រាប់របរចិញ្ចឹមជីវិត					
ធ្វើការក្នុងរបរផ្ទាល់ខ្លួន	ឥណទានខ្នាតតូច	មូលនិធិជាតិកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ	ក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ		✗ ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តោតលើការកសាងជំនាញដើម្បីផ្តួចផ្តើមសកម្មភាពរកប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬជនពិការ ដោយគិតគូរជាពិសេសអំពីលក្ខខណ្ឌនៃរាងកាយនិងសុខភាព។ ឧទាហរណ៍ដូចជាការផ្តោតលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែល មកគ្លីនិក ART។ ហើយត្រូវធានាឱ្យមានទីតាំង និងពេលវេលាស្របគ្នាដោយសម្រួលឱ្យមានវគ្គបណ្តុះ បណ្តាលខ្លីៗនៅជិតគ្លីនិកART នៅថ្ងៃ អ្នកជម្ងឺមកទទួលART របស់ខ្លួនដើម្បី ឱ្យពួកគេងាយចូលរួមនៅក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់មន្ត្រីក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ អំពីបញ្ហានិងតម្រូវការនៃគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ✗ អនុញ្ញាតឱ្យទទួលសេវាពីកម្មវិធីដោយគ្មានកាលកំណត់ ✗ លើកលែងលក្ខខណ្ឌវត្ថុបញ្ចាំសម្រាប់គ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសគ្រួសារដែលមានស្ត្រីជាមេគ្រួសារ ✗ ផ្តល់អត្រាការប្រាក់បញ្ចុះថ្លៃសម្រាប់គ្រួសាររងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ និងអ្នកងាយរងគ្រោះដទៃទៀត

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
៣. កាត់បន្ថយភាពគ្មានការងារធ្វើប្រចាំរដូវ និងផ្តល់ឱកាសសម្រាប់របរចិញ្ចឹមជីវិត					
អ្នកដែលគ្មានការងារធ្វើ	សេវាកម្មការងារសាធារណៈ	ទីភ្នាក់ងារជាតិស្វែងរកការងារធ្វើ	ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ		• បង្កើតទំនាក់ទំនងរវាងបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ក្រុមងាយរងគ្រោះ និងមណ្ឌលសេវាការងារ ដើម្បីឱ្យបណ្តាញ និងអង្គការនានាអាចបញ្ជូន សមាជិករបស់ខ្លួនទៅមណ្ឌលសេវាកម្មការងារ ហើយមណ្ឌលសេវាកម្មការងារ ក៏អាចងាយស្រួលជូនដំណឹងទៅបណ្តាញ និងអង្គការនានាវិញ នៅពេលមាន ឱកាសការងារណាមួយមកដល់។ • បង្កើនការយល់ដឹងដល់បុគ្គលិកសេវាកម្មការងារសាធារណៈ ដើម្បីកាត់បន្ថយការមាក់ងាយ និងរើសអើងចំពោះអ្នកផ្ទុក ឬអ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះផ្សេងៗ ដើម្បីបុគ្គលិកទាំងនោះអាចលើកកំពស់ការមិនរើសអើងក្នុងចំណោមនិយោជក • បង្កើនការយល់ដឹងដល់បុគ្គលិកសេវាការងារ អំពីតម្រូវការជាក់លាក់ និងបញ្ហាដែលមានឥទ្ធិពលមកលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងក្រុមងាយរងគ្រោះ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចកំណត់ សក្តានុពលឱកាសការងារដែលពាក់ព័ន្ធបានល្អជាងមុន (ដូចជាការងារ ដែលមានភាពបត់បែននៃម៉ោងធ្វើការ ឬ ម៉ោងធ្វើការខ្លី, ការងារដែល មិនប្រើ កំលាំង ឬ ធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេសសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬអ្នកទទួលបន្ទុកថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
អ្នកក្រដែលគ្មានការងារធ្វើ	សាកល្បងការអប់រំនិងបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេសនិងវិជ្ជាជីវៈ (TVET)	កម្មវិធីអប់រំនិងបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេសនិងវិជ្ជាជីវៈ (TVET)	ក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ		• បង្កើនការយល់ដឹងដល់មន្ត្រីក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ដើម្បីលុបបំបាត់ការមាក់ងាយ និងការរើសអើងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ។ • បង្កើតទំនាក់ទំនងរវាងក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ជាមួយ បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ ដើម្បីស្វែងរកឱកាសចូលរួមក្នុង TVET ដល់សមាជិក។ • បន្ធូរបន្ថយលក្ខខណ្ឌអប្បបរមាដើម្បីចូលសិក្សាសម្រាប់អ្នកមានផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះ ដែលបង្ហាញពីសមត្ថភាពលើឯកទេសវិជ្ជាជីវៈ និងបច្ចេកទេសជាក់លាក់ណាមួយ។

គ្រួសាររបស់កុមារដែលធ្វើការ	អន្តរាគមន៍ផ្ទាល់ និងការកែលម្អរបរចិញ្ចឹមជីវិត	គម្រោងគាំទ្រដល់ផែនការសកម្មភាពជាតិ ស្តីពីការលុបបំបាត់ទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃពលកម្មកុមារ	ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ		✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់មន្ត្រីក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ អំពីតម្រូវការ និងបញ្ហារបស់គ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ (ដូចជា ផ្អែកតាមការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម) ដើម្បីធានាថាគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលមាន កុមារកំពុងស្ថិតនៅក្នុងពលកម្ម ត្រូវបានចាត់ជាអាទិភាពដើម្បីទទួល អន្តរាគមន៍ដោយផ្ទាល់។
ជនក្រីក្រដែលគ្មានការងារធ្វើ	ការងារកសាង និងជួសជុលផ្លូវថ្នល់ ប្រឡាយ ស្រះទំនប់ និងមូលដ្ឋានផលិតកម្មដទៃទៀតនៅក្នុងឃុំរបស់ពួកគេ	កម្មវិធីស្បៀងសម្រាប់ធនធាន និងការគាំទ្រដល់មូលដ្ឋានផលិតកម្ម និងរបរចិញ្ចឹមជីវិត(PALS)	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក, ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ, គណៈកម្មាធិការជាតិដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍តាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ		សូមអានយោបល់អំពីកម្មវិធីការងារសាធារណៈក្នុងគម្រោងជំនួយស្បៀងសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ខាងលើ
៤. លើកកំពស់វិធីថែទាំសុខភាពដែលអាចជាវបាន សម្រាប់អ្នកក្រ និងងាយរងគ្រោះ					
ក្រីក្រ និង "ជិតក្រ"	កញ្ចប់ប្រាក់បំណាច់ដែលបានកំណត់ទុកជាមុន សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ដើម្បីបំពេញថ្លៃចំណាយ បន្ថែម	កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍ (CBHI)	កម្មវិធីធានារ៉ាប់រង សុខភាពសហគមន៍ ចំនួន១៣ បានដំណើរការដោយ អង្គការជាតិ និងអន្តរជាតិផ្សេងៗគ្នា។ ដោយស្ថិត ក្រោមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល		✗ ការបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិនូវអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាអ្នកទទួលផល មាន ឬ គ្មានIDPoor ក៏ដោយ ✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាអំពីភាពចាំបាច់ក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់ និងកាត់បន្ថយការមាក់ងាយនិងការរើសអើង ✗ បង្កើតគោលការណ៍ដើម្បីធានារក្សា ការសម្ងាត់នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ✗ រួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាក្រុមពិសេសមួយដែលមានសិទ្ធិ ពេញលេញទទួលបានកម្មវិធីនេះ
អ្នកជម្ងឺក្រីក្រដែលកំណត់ដោយ IDPoor និងកំណត់ក្រោយការចេញ IDPoor នៅតាមក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៥០កន្លែង	បើកប្រាក់សម្រាប់ទូទាត់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព, ផ្តល់អាហារក្នុងពេលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ, និងសងថ្លៃចំណាយលើការធ្វើដំណើរដល់មន្ទីរពេទ្យប្រសិនបើចាំបាច់។ បើចាំបាច់ ត្រូវផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនតាម រថយន្តពេទ្យពីផ្ទះមកមន្ទីរ ពេទ្យ ឬ ពីមន្ទីរពេទ្យទៅមន្ទីរពេទ្យនៅភ្នំពេញដោយឥតគិតថ្លៃ។ ថ្លៃចំណាយលើបុណ្យសពក្នុងករណីអ្នកជម្ងឺបាត់បង់ជីវិត។ មូលនិធិសមធម៌ ក៏ជួយដល់ការចំណាយសម្រាប់ការសំរាលកូន និងពន្ធកកូនផងដែរ។ ការព្យាបាលជម្ងឺមហារីកក៏ត្រូវ បានទូទាត់ផងដែរ ប្រសិនបើ មន្ទីរពេទ្យមានសមត្ថភាពព្យាបាល។	HEF	ក្រសួង សុខាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍		
ក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ	ការលើកលែងកម្រៃសេវា	កិច្ចគាំពារសុខភាពសង្គម	ក្រសួង សុខាភិបាល		

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
៥. កែលម្អកិច្ចគាំពារសង្គមសម្រាប់ក្រុមអ្នកក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះជាក់លាក់					
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ និងកុមារកំព្រា និងងាយរងគ្រោះ (ទៅតាមចំនួនបុគ្គលនៅក្នុងខេត្តចំនួន ១០)	សម្រាប់កុមារ៖ ការឧបត្ថម្ភប្រាក់ និងមិនមែនសាច់ប្រាក់, ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីវត្ត សម្រាប់ការគាំទ្រផ្នែកស្មារតីពីសំណាក់ព្រះសង្ឃ, ប្រាក់សម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនកុមារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅទទួល ART។ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ៖ ការឧបត្ថម្ភប្រាក់ និងមិនមែនសាច់ប្រាក់, ប្រាក់សម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនទៅ និងមកពីវត្ត សម្រាប់ការគាំទ្រខាងស្មារតីពីសំណាក់ព្រះសង្ឃ, និងការប្រជុំក្រុមជួយខ្លួន ឯង។	កិច្ចផ្តួចផ្តើមមេដឹកនាំសាសនាព្រះពុទ្ធ (BLI)	ក្រសួងធម្មការ និងសាសនា	មាន - ប្រព័ន្ធដោយឡែកសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍	✗ គួរពង្រីកឱ្យដល់ ២៤ ខេត្ត-រាជធានី ✗ រួមបញ្ចូលបន្ថែមអ្នកជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃ និង/ឬ ជនពិការ
មនុស្សចាស់	សមាគមគាំទ្រ និងផ្តល់សេវាកម្មជូនជនចាស់ជរា	សមាគមមនុស្សចាស់	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ		✗ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលចង់ចូលរួមក្នុងសមាគមមនុស្សចាស់,[8] បន្ទូរបន្ថយអាយុអប្បបរមា ៦០ឆ្នាំ ដែលចាត់ថាជា "មនុស្សចាស់"។
ជនអនាថា	បណ្តាញសង្គមនៅក្នុងឃុំ/សង្កាត់, ការទទួលនិងគ្រប់គ្រងជនអនាថា នៅតាម ទីតាំងគ្រប់គ្រង, ទីជម្រកបណ្តោះអាសន្ន ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងការធ្វើសមាហរណកម្ម ជនអនាថាទៅក្នុងសហគមន៍ឡើងវិញ	សេវាកម្មថែទាំសម្រាប់ជនអនាថា	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		✗ ត្រូវបង្កើនការយល់ដឹងដល់បុគ្គលិកនិងអ្នកស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីអំពីបញ្ហា ដែលទាក់ទងនឹងការរក្សាការ សម្ងាត់ ការថែទាំ និងគាំទ្រដើម្បី ធានាឱ្យបាននូវបរិយាកាសគ្មានការរើសអើង ✗ ការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីប្រព័ន្ធ និងសេវានានាដែលត្រូវបានផ្តល់ គឺជាតម្រូវការចាំបាច់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជនងាយរងគ្រោះ ✗ ណែនាំអំពីសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងផ្សារភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជា មួយសេវា ART សម្រាប់អ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍

8 ការអង្កេតមនុស្សចាស់នៅឆ្នាំ ២០០៤ បានរួមបញ្ចូល "ការអង្កេតតំណាងមនុស្សចាស់ ដែលមានអាយុ ៦០ឆ្នាំ និងច្រើនជាង" (Knodel, Kim, Zimmer & Puch, 2005)

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
៥. កែលម្អកិច្ចគាំពារសង្គមសម្រាប់ក្រុមអ្នកក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះជាក់លាក់					
កុមារកំព្រា	ការថែទាំក្នុងមណ្ឌល និងផ្តល់ស្បៀងអាហារ	មូលនិធិសម្រាប់កុមារកំព្រា	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា, មន្ទីរសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា, NGOs		✗ បង្កើនការយល់ដឹងដែលទាក់ទងនឹងការរក្សាការណ៍សម្ងាត់ និងលុបបំបាត់ការមាក់ងាយ ការរើសអើង ហើយធានាថា ពួកគេអាចផ្តល់ បរិយាកាសគ្មានការរើសអើងតាម រយៈការផ្តល់ចំណេះដឹងដល់កុមារ ទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌល នេះ ✗ ធានាថាបុគ្គលិកទាំងអស់បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញថែទាំនិង ពិគ្រោះយោបល់អំពីបញ្ហាជាក់លាក់ដែលទាក់ទងនឹងកុមារផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ដូចជាការបើកបង្ហាញពីស្ថានភាពផ្ទាល់ខ្លួន បញ្ហាសុខភាព រួមទាំងអាហារូបត្ថម្ភ ការឆ្លងជម្ងឺស្ទួន និងទំនាក់ទំនងខាងផ្លូវភេទ រួមទាំង សុវត្ថិភាពនៃការរួមភេទ ✗ ធានាផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម សម្រាប់កុមារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ✗ ធានាឱ្យមានការទទួលបាននូវសេវា OI និង ART ចំពោះកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងផ្សារភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយគ្លីនិក ART
កុមាររងគ្រោះពីការជួញដូរ, ការកេងប្រវ័ញ្ចខាងផ្លូវភេទ និងការបៀតបៀន, កុមារដែលមានទំនាស់ ជាមួយច្បាប់, កុមារញៀនថ្នាំ	ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ការថែទាំតាមវិធី ជំនួស, សេវាថែទាំតាមមណ្ឌល៖ មណ្ឌលទទួលជនរងគ្រោះពីការជួញដូរ, ផ្តល់ការអប់រំ, ការថែទាំសុខភាព និងការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ដល់ស្ត្រីរងគ្រោះពីការជួញដូរ, ផ្តល់ការឧបត្ថម្ភដល់ការធ្វើមាតុភូមិនិវត្តន៍, មណ្ឌលទទួលជនរងគ្រោះពីការជួញដូរមនុស្សដែលមកដោយខ្លួនឯង	សុខុមាលភាពកុមារ, ការសង្គ្រោះ និងស្តារនីតិសម្បទា, និងសេវាកម្មសមាហរណកម្មឡើងវិញ	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		
អ្នកជម្ងឺគ្រុនចាញ់ អេដស៍ របេង ឬ កុមារ (សម្រាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ)	ការផ្តល់ឱសថដោយឥតគិតថ្លៃ, ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការឥតគិតថ្លៃដល់កុមារ	មូលនិធិសកល	ក្រសួងសុខាភិបាល	មាន - អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងសេវា ដូចមានចែងបញ្ជាក់ក្នុងប្រព័ន្ធនេះ	
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍, របេង និងកុមារងាយរងគ្រោះដទៃទៀត	របបអង្ករ២៥គ.ក្រ/ខែសម្រាប់គ្រួសារនានា (ការផ្តល់ប្រាក់ចំណូលបណ្តោះអាសន្ន)	កម្មវិធីស្បៀងជំនួយ	ក្រសួងសុខាភិបាល, ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា, NGOs	មាន - អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងសេវា ដូចមានចែងបញ្ជាក់ ក្នុងប្រព័ន្ធនេះ	
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍	ជំនួយស្បៀង	គ្រួសារទទួលផលប្រយោជន៍ពីការធ្វើការក្នុងវិស័យកសិកម្ម/កម្មករចំការដំណាំធំៗ	ក្រសួងសុខាភិបាល, ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា	មាន - ប្រព័ន្ធដោយឡែកសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍	

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
៥. កែលម្អកិច្ចគាំពារសង្គមសម្រាប់ក្រុមអ្នកក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះជាក់លាក់					
ជនពិការ	មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា/សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទាដែលផ្អែកលើសហគមន៍		ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់ក្រសួង សង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទាអំពីភាពងាយរងគ្រោះជាក់លាក់ (ដែលរួមទាំង កុមារ) ចំពោះអំពើហិង្សាខាងផ្លូវភេទ និងទប់ស្កាត់ការបៀតបៀន និងអំពើហិង្សាខាងផ្លូវភេទ និងបំពេញតម្រូវការរបស់ជនពិការ ដែលរងអំពើហិង្សាខាងផ្លូវភេទ។ ចំណុចនេះរាប់បញ្ចូលទាំងតម្រូវការដើម្បីសម្រួលការទទួលសេវា VCT និង ART ទៅតាមករណីសមស្រប
អ្នកគ្មានដីធ្លី, គ្មានផ្ទះសំបែង ដែលរងគ្រោះដោយគ្រោះអាសន្ន, យុទ្ធជនរំសាយ, គ្រួសារយុទ្ធជនពលី	ដីសម្បទានសង្គមកិច្ច	លំនៅស្ថានសម្រាប់ជនក្រីក្រ និងងាយរងគ្រោះ	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		✗ កសិករគ្មានដីធ្លីដែលមានផ្ទុក/រងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬដែលជាស្ត្រីមេម៉ាយ ត្រូវចាត់ជាអាទិភាព ក្នុងការទទួលដីសម្បទានសង្គមកិច្ច
វិស័យមិនផ្លូវការ (ប្រព័ន្ធបន្ថែម)					
និយោជិត ក្នុងក្រុមហ៊ុនឯកជន ដែលមាននិយោជិតច្រើនជាង ៨នាក់ (លើកលែងតែពលករ បម្រើការតាមផ្ទះ)	(i) ធានាគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការងារ:[9] ការឧបត្ថម្ភប្រាក់បណ្តោះអាសន្ន សម្រាប់អំឡុងពេលពិការភាពបណ្តោះអាសន្ននៅថ្ងៃទីរបន្ទាប់ពីគ្រោះថ្នាក់ តាមអត្រា ៧០% នៃប្រាក់កម្រៃប្រចាំថ្ងៃជាបន្ថែមសម្រាប់រយៈពេលអតិបរមា ១៨០ថ្ងៃ។ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកថែទាំគឺ៥០% នៃចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភបណ្តោះអាសន្ន។	NSSF: ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (គ្រោងទុក)	ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ, ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		✗ ការអនុគ្រោះលើអាយុចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងការទៅទទួលយកសេវានេះ ✗ រួមបញ្ចូលការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ជាលក្ខខណ្ឌគំរាមកំហែងដល់ជីវិត

[9] http://www.nssf.gov.kh/

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
វិស័យមិនផ្លូវការ (ប្រព័ន្ធបន្ថែម)					
	ក្នុងករណីពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍ សោធននិវត្តអស់មួយជីវិត ដោយ ផ្អែកលើការបាត់បង់សមត្ថភាពរកប្រាក់ចំណូល។ ប្រសិនបើការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលមានតិចជាង ២០% និយោជិតត្រូវទទួលការបង់ថ្លៃសរុបមួយលើកជំនួសសោធននិវត្តន៍។ ប្រសិនបើការរងរបួសនាំដល់ការបាត់បង់ជីវិតមនុស្សក្នុងបន្ទុករបស់និយោជិត ដែលរួមទាំងសហព័ទ្ធស្របច្បាប់ កូនបង្កើត កូនចិញ្ចឹម ឬ កូនចុង និងឪពុកម្តាយ ត្រូវទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នក នៅរស់។ ឪពុកម្តាយទទួលប្រាក់ចំណាច់អស់មួយជីវិត ចំណែកអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវផ្តល់ឱ្យសហព័ទ្ធរហូតអស់មួយជីវិត ឬ ដល់ពេលរៀបការជាថ្មី, និងដល់កូន រហូត មានអាយុ ១៨ឆ្នាំ (ឬ ២១ឆ្នាំ ប្រសិនបើពួកគេបន្តការសិក្សាទៅថ្នាក់ឧត្តម) ឬ រហូតដល់រៀបការ។ កុមារពិការទទួលប្រាក់បំណាច់អស់មួយជីវិត ក្នុងករណីដែលពួកគេនៅតែមានពិការភាពខាងស្មារតី ឬ រាងកាយ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ពិធីបុណ្យសព ១.០០០.០០០រៀល ក៏ត្រូវផ្តល់ឱ្យផងដែរ; (ii) ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិង (iii) ប្រាក់សោធននិវត្តន៍។				✗ បង្កើនការយល់ដឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាសំខាន់ៗពីភាពចាំបាច់នៃការ រក្សាការណ៍សម្ងាត់ និងបង្កើតគោលការណ៍ដើម្បីធានាឱ្យមានការរក្សាការណ៍សម្ងាត់ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ✗ ពន្យាររយៈពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់កុមារកំព្រា ដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍

ក្រុមគោលដៅ	សិទ្ធិក្នុងការបានទទួល	ឈ្មោះប្រព័ន្ធ	ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តន៍	ការកែសម្រួល	
				បានអនុវត្តន៍រួច (ពិស្តារ)	យោបល់
វិស័យមិនផ្លូវការ (ប្រព័ន្ធបន្ថែម)					
បុគ្គលិកស៊ីវិល	ប្រាក់បំណាច់សម្រាប់ករណីមានជម្ងឺ, ប្រាក់បំណាច់គ្រោះថ្នាក់ក្នុងការងារ, ប្រាក់បំណាច់សម្រាក មាតុភាព (៩០ថ្ងៃ ដោយមានប្រាក់បៀវត្សរ៍ ជាធម្មតា), ប្រាក់បំណាច់ សោធននិវត្តន៍, ប្រាក់បំណាច់ បាត់បង់លទ្ធភាពពលកម្ម, ប្រាក់បំណាច់ មរណភាព, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសហព័ទ្ធ, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន	NSSFc	ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ, ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		
អតីតយុទ្ធជន	ប្រាក់បំណាច់សម្រាប់ករណីមានជម្ងឺ, ប្រាក់បំណាច់គ្រោះថ្នាក់ក្នុងការងារ, ប្រាក់បំណាច់សម្រាកមាតុភាព (៩០ថ្ងៃ ដោយមានប្រាក់បៀវត្សរ៍ជាធម្មតា), ប្រាក់បំណាច់សោធននិវត្តន៍, ប្រាក់បំណាច់អតីតភាពការងារ, ប្រាក់បំណាច់មរណភាព, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអាពាហ៍ពិពាហ៍	NSSFv	ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតយុទ្ធជន និងយុវនីតិសម្បទា		

៥.២. ប្រព័ន្ធ/យន្តការគាំពារសង្គម និងការពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

នៅក្នុងករណីជាច្រើន ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមមានភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសប្រសិនបើ ពួកគេជាអ្នកក្រីក្រ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមជាច្រើនមិនមានការគ្រប់ដណ្តប់ជាសកលនោះទេ ហើយនៅពេលដែលក្រុមប្រជាជនដទៃអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នោះអ្នករស់នៅជាមួយ ឬរងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ត្រូវជួបប្រទះនូវឧបសគ្គក្នុងការទៅទទួលសេវាទាំងនោះ។ ឧបសគ្គមួយចំនួនកើតឡើងផ្ទាល់ចំពោះតែអ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ ដូចជាការស្អប់ខ្ពើម និងរើសអើងចំពោះមេរោគអេដស៍ ហើយឧបសគ្គផ្សេងទៀត ដូចជាការមិនមានលទ្ធភាពធ្វើការងារប្រភេទធ្ងន់ៗ (ឧទាហរណ៍ កម្មវិធីការងារសាធារណៈ) កើតមានចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ជនពិការ និងចាស់ជរា។ឧបសគ្គមួយចំនួនផ្សេងទៀតដែលកើតឡើងចំពោះ អ្នករស់នៅជាមួយ ឬរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ បានរំលេចឱ្យឃើញពីផលប៉ះពាល់ទៅដល់សហគមន៍ជារួម ដូចជាឪពុកម្តាយដែលមេម៉ាយ ឬពោះម៉ាយដោយសារតែមូលហេតុមេរោគអេដស៍ មិនមានលទ្ធភាពចូលរួមក្នុងកម្មវិធីការងារសាធារណៈបានទេ ពីព្រោះតែពួកគាត់ជាប់រវល់ភារៈកិច្ច នៅថែទាំកូនៗ។ ស្ត្រីមេម៉ាយ បុរសពោះម៉ាយដោយសារមូលហេតុដទៃទៀត ក៏ប្រហែលជាជួបឧបសគ្គស្រដៀងគ្នានេះដែរ។

ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមចម្បងៗមួយចំនួន ដែលជ្រើសចេញពីតារាងខាងលើ(រួមទាំងយន្តការកំណត់អត្តសញ្ញាណភាពក្រីក្រ) ត្រូវបានរៀបរាប់លំអិតបន្ថែមនៅក្នុងផ្នែកនេះ។ ការជាប់ពាក់ព័ន្ធរបស់ប្រព័ន្ធទាំងនោះ ជាមួយអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានពិភាក្សាដោយពិនិត្យមើលជាក់លាក់នូវភាពរាំងស្ទះចំពោះបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ក្នុងការទៅទទួលបានសេវាគាំពារសង្គម និងប្រសិទ្ធភាពរបស់សេវាទាំងនោះចំពោះពួកគេ។ សេចក្តីពណ៌នានេះកត់សំគាល់អំពីថា តើសេវាគាំពារសង្គមបានកែតម្រូវឱ្យសមស្របនឹងតម្រូវការរបស់អ្នករស់នៅ និងរងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ឬទេ ព្រមទាំងផ្តល់ជាសំណូមពរអំពីវិធីកែតម្រូវ ឬផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធ ដើម្បីបង្កើនការទៅទទួលយកសេវា និងប្រសិទ្ធិភាពរបស់សេវា។

៥.២.១. ការថែទាំសុខភាពបឋម និងសេវា ART ដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

(ការផ្តោតចំពោះបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

ប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមចំបងៗ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺការថែទាំសុខភាពបឋម និងផ្តល់សេវា ART ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវា ART បានទទួលមូលនិធិគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយពីខាងក្រៅដែលរួមទាំងមូលនិធិសកល ហើយកម្ពុជាបានផ្តល់សេវា ក្នុងវិសាលភាពគ្របដណ្តប់ធំទូលាយ ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវការឱ្យមានការព្យាបាល។ ការថែទាំសុខភាព បឋមសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាកាតព្វកិច្ចដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យដោយឥតគិតថ្លៃ ដូចមានចែងក្នុងច្បាប់ស្តីពីការទប់ស្កាត់ និងត្រួតពិនិត្យមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ (RCG, 2002)។ កម្រិតខ្ពស់ខាងវិសាលភាពគ្របដណ្តប់នៃ ART ក្នុងចំណោម មនុស្សពេញវ័យត្រូវបានគណនាថា បានបញ្ចៀសការបាត់បង់ជីវិតកម្លាំងពលកម្មចំនួន២១.៤៩៧នាក់និងកាត់បន្ថយការបាត់បង់ផលិតផលក្នុងស្រុកសរុប (GDP) បានច្រើនជាង ១០០ លានដុល្លាអាមេរិក/ឆ្នាំ សម្រាប់អំឡុងឆ្នាំ ២០០៣-២០០៩ (Cercone & Pinder, 2010)។

ការថែទាំសុខភាពបឋមសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កាន់តែមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ ដោយសារតែវាមិនចាំបាច់ ក្នុងការកំនត់និយមន័យពីកញ្ចប់អប្បបរមានៃសេវានោះទេ ដូច្នេះអ្នកជម្ងឺអាចទទួលបានការផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅបញ្ជី។ លើសពីនេះទៅទៀត ការផ្តល់សេវាដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនចាំបាច់តែត្រូវយកប្រភពមូលនិធិពីខាងក្រៅឡើយ នេះមានន័យថាសេវាកម្មសុខភាពត្រូវគេរំពឹងថានឹងផ្តល់សេវានានាដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយរ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយទាំងអស់ ដោយថវិកាផ្ទាល់របស់សេវានោះ។ ជាក់ស្តែងប្រការនេះបាននាំឱ្យមានការទារយកកម្រៃមិនផ្លូវការក្នុងការផ្តល់សេវា។ ការផ្តល់មូលនិធិដែលរួមទាំងការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែមលើប្រាក់បៀវត្សរ៍ក្នុងរយៈពេលកំណត់ ត្រូវបានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍ ដែលជាផ្នែកមួយនៃអភិក្រមទូទាំងវិស័យសុខាភិបាល (SWAp) ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយការបង់ថ្លៃសេវាក្រៅផ្លូវការ។

បើទោះជាមានការរាំងស្ទះតាមវិស័យបែបនេះក្តី ដែលការរាំងស្ទះខ្លះ មានឥទ្ធិពលមកលើគ្រប់វិស័យនៃការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈ (មិនត្រឹមតែសេវាដែលទាក់

ទងនឹងមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះទេ) សេវាសុខភាពសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតែមាន និងត្រូវបានពង្រីក ដើម្បីរួមបញ្ចូលការឧបត្ថម្ភប្រាក់ ថ្លៃចំណាយលើការធ្វើដំណើរ និងការទូទាត់សងថ្លៃចំណាយនានា ស្បៀងសម្រាប់អ្នកជម្ងឺ និងអ្នកថែទាំ និងអត្ថប្រយោជន៍ដទៃទៀត ដែលទាំងនេះជួយកាត់បន្ថយ ថ្លៃចំណាយដែលទាក់ទងជាមួយការទទួលបាន ART និងសេវាសុខភាពដទៃទៀត។ ការសិក្សាអំពីផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម បានរកឃើញថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ច្រើនតែមានការអនុគ្រោះ លើការបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពជាងសមាជិកនៃគ្រួសារ ដែលមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ហើយពុំមានភាពខុសគ្នារវាងសមាមាត្រនៃ HIV-HHs និង NA-HHs ដែលមានការចំណាយយ៉ាងច្រើនលើការថែទាំសុខភាពឡើយ នៅក្នុងរយៈពេល ១២ខែកន្លងទៅ (Cercone & Pinder, 2010)។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- ផ្តោតតែលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងមានការពាក់ព័ន្ធកម្រិតខ្ពស់ ដោយសារអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើននឹងទទួលសេវា ART និងការថែទាំសុខភាពបឋម។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- បើគ្មានការកំណត់ច្បាស់លាស់អំពីកញ្ចប់អប្បរមានៃសេវាទេ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងទទួលសេវាមិនបានស្មើគ្នា ដោយអាស្រ័យលើថា តើពួកគេរស់នៅតំបន់ណា ហើយសេវាកម្មណាដែលពួកគេទៅរក។
- ការទាមទារឱ្យបង់ថ្លៃក្រៅផ្លូវការ បន្តជះឥទ្ធិពលមកលើឥរិយាបថរបស់ពលរដ្ឋ ក្នុងការស្វែងរកការសេវាសុខភាពជាពិសេសជនក្រីក្រ។
- ថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត ដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការ ទៅទទួលសេវាថែទាំសុខភាពបឋម និង ART នៅតែចោទជាបញ្ហានៅឡើយ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើពុំមានការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាប្រាក់ ឬជាការទូទាត់សងថ្លៃចំណាយ។
- ប្រព័ន្ធសេវាសុខាភិបាលតាមខ្សែបណ្តោយធ្វើឱ្យរាំងស្ទះដល់ប្រសិទ្ធភាពនៃការបញ្ជូនរវាង សេវា/នាយកដ្ឋានមួយទៅ សេវា/នាយកដ្ឋានមួយទៀតដូចជារវាងសេវាជម្ងឺកាមរោគ និងសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្ត (VCT), សេវាផ្នែកមេរោគអេដស៍, សេវាថែទាំសុខភាពបឋម, PMTCT និងសេវាផ្នែកជម្ងឺមិនឆ្លង។
- ថ្លៃចំណាយលើសេវាដែលមានការពាក់ព័ន្ធខ្លាំងជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនសុទ្ធតែមានការលើកលែងការបង់ថ្លៃនោះឡើយ ដូចជា PAP smears[10] តេស្តមហារីកស្បូន សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

អនុសាសន៍

- កំណត់អំពីកញ្ចប់អប្បបរមានៃការថែទាំសុខភាពបឋមសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធានាឱ្យមានសង្គតិភាពនៃការផ្តល់សេវា។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គួរតែបានទទួលដោយស្វ័យប្រវត្តិនូវប័ណ្ណសមធម៌សុខភាព បើទោះជាពួកគេស្ថិតក្នុងចំណោម អ្នកមានប័ណ្ណក្រីក្រ ឬ គ្មានប័ណ្ណនេះក៏ដោយ។
- បង្កើនកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ និងការបញ្ជូនទៅមករវាងសេវាកម្មនានា និងបង្កើនការយល់ដឹងដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីលើកកំពស់ការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាការពារ និងជម្ងឺមិនឆ្លង (ដូចជា PAP smears សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៥.២.២. កិច្ចផ្តួចផ្តើមមេដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា (ការផ្តោតចំពោះបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

កិច្ចផ្តួចផ្តើមមេដឹកនាំព្រះពុទ្ធសាសនា បានកៀងគរព្រះសង្ឃនៅក្នុងខេត្តចំនួន ១០ ឱ្យចូលរួមផ្តល់ការឧបត្ថម្ភប្រាក់ និងមិនមែនសាច់ប្រាក់ និងការគាំទ្រខាងស្មារតីដល់មនុស្សពេញវ័យដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដល់កុមារកំព្រា និងងាយរងគ្រោះ។ ការឧបត្ថម្ភនេះរួមមានប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃធ្វើដំណើរទៅទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងសម្រួលដល់ការចូលរួមនៅក្នុងវគ្គបង្កើនការយល់ដឹង និងក្រុមជួយខ្លួនឯង ដែលវគ្គទាំងនេះខ្លះក៏មានបង្ហាញអំពីយន្តការមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុសកម្មផងដែរ។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- កិច្ចគាំពារសង្គមផ្តោតចំពោះតែអ្នកជួបបញ្ហា មេរោគអេដស៍

10 ការធ្វើតេស្ត Papanicolaou ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ពិនិត្យមើលដំណើរការនៃរោគមហារីកនៅដំណាក់កាលដំបូង និងដំណាក់កាលក្រោយមក

- ផ្ដោតចំពោះតែអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងដោយសារកម្មវិធីនេះ កាត់បន្ថយការមាក់ងាយ និង ការរើសអើង និងផ្ដល់ការគាំទ្រជាក់ស្ដែងជាទម្រង់នៃការឧបត្ថម្ភប្រាក់ និងមិនមែនសាច់ប្រាក់។ កម្មវិធីនេះក៏ជួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងការទទួលសេវាព្យាបាលផងដែរ ដោយផ្ដល់ការគាំទ្រខាងផ្លូវកាយ និងខាងស្មារតី។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- សមត្ថភាពនៃការគ្របដណ្ដប់នៃកិច្ចផ្ដួចផ្ដើមនេះ នៅមានកម្រិតក្នុងការបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់នៅក្នុងតំបន់គ្របដណ្ដប់របស់ពួកគេ។ នេះមានន័យថា ការចូលរួមកំហិតត្រឹមមនុស្សមួយចំនួនតូច និងកុមាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ។
- សមាជិកក្នុងសហគមន៍ខ្លះ ជាពិសេសអ្នកមានជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃដទៃទៀតដូចជាទឹកនោមផ្អែម មិនគាំទ្រចំពោះ ការផ្ដោតតែទៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយយល់ថាកិច្ចផ្ដួចផ្ដើមនេះ គ្មានភាពយុត្តិធម៌ ដែលបានចាត់គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ជាអាទិភាពខ្ពស់ជាងគ្រួសារដទៃទៀតដែលងាយរងផលប៉ះពាល់ដោយសារបញ្ហាសុខភាពដែរ។
- ការផ្ដោតតែលើបញ្ហាមេរោគអេដស៍ អាចនាំឱ្យមានការបើកបង្ហាញព័ត៌មានដោយអចេតនាអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ក្រុមគោលដៅ ជាពិសេសនៅក្នុងអំឡុងពេលសួរសុខទុក្ខតាមផ្ទះ។

អនុសាសន៍

- ពង្រីកកម្មវិធីនេះឱ្យដល់ ២៤ ខេត្ត-រាជធានី
- រួមបញ្ចូលជាបន្ថែមអ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និង/ឬ ជនពិការ។

៥.២.៣. យន្តការផ្ដោតចំគោលដៅ៖ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារក្រីក្រ

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

យន្តការចំបងៗសម្រាប់កំណត់ក្រុមគោលដៅគឺកម្មវិធី IDPoor ដែលបានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍ នៅឆ្នាំ ២០០៦។ យន្តការ នេះផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណអំពីកម្រិតធនធាន និងសូចនាករជំនួស នៃភាពក្រីក្ររបស់គ្រួសារណាមួយ។ ក្រៅពីនេះ មានសំណួរបន្ថែមមួយចំនួនមិនទាក់ទងការដាក់ពិន្ទុ ដើម្បីរិះរកថាតើមានបញ្ហាពិសេសណាមួយដែលជះឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានមកលើគ្រួសារដែរឬទេ។ សំនួរនេះមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងជាមួយពលរដ្ឋទាំងឡាយដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។ ឧទាហរណ៍ បញ្ជីសំណួរលើកឡើងថា តើក្រុមគ្រួសារដែលបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល ក្សត់ចំណីអាហារ លក់ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬ ជំពាក់បំណុល តើដោយសារតែមូលហេតុជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬ ពិការភាពដែលមិនអាចឱ្យពួកគេទៅប្រកបការងារបាន (MoP, 2008)។ នៅក្នុងនោះក៏មានសួរថា តើកុមារបានទៅរៀនដែរឬទេនៅក្នុងខែកន្លងទៅ, ថាតើមេគ្រួសារលែងលះ ឬជាស្ត្រីមេម៉ាយ (ដោយមានកូនបី ឬច្រើនជាងនេះនៅក្នុងបន្ទុកដែរឬទេ) និងថា តើគ្រួសារនេះ មានកូនជាអ្នករកចំណូលឬទេ (គ្មានសមាជិកណាម្នាក់ ដែលមានអាយុ ១៨ ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ)។ គ្រួសារណាមួយដែលឆ្លើយថា "មែន" ចំពោះសំណួរណាមួយក្នុងចំណោមសំណួរ មិនទាក់ទិនការដាក់ពិន្ទុទាំងនេះ នឹងត្រូវចាត់ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងបញ្ជីគ្រួសារក្រីក្រ ដោយក្រុមអ្នកតំណាងនៅក្នុងភូមិ។ បន្ទាប់មកក្រុមអ្នកតំណាងនៅក្នុងភូមិសម្រេចជាក្រុម (ដោយផ្អែកលើពិន្ទុ ស្ថានភាពពិសេស របស់គ្រួសារ និងការសង្កេតរបស់ពួកគេ) ថាតើ ត្រូវបញ្ចូលគ្រួសារនោះទៅក្នុងតារាងបណ្ដោះអាសន្នមួយអំពីគ្រួសារក្រីក្រ ដែលនឹងត្រូវបង្ហាញជូន សម្រាប់ការពិនិត្យនិងសម្រេចដោយសហគមន៍។ IDPoor បាននិងកំពុងអនុវត្តន៍នៅស្ទើរគ្រប់ទីជនបទទាំងអស់ ហើយបញ្ជីគ្រួសារដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន IDPoor នឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរៀងរាល់បីឆ្នាំម្ដង។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- ដូចដែលបានពិភាក្សារួចមកហើយ ផ្អែកលើភស្តុតាងដែលបានពីការសិក្សាផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ច សង្គមនៃមេរោគអេដស៍ ការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល ការបាត់បង់ជីវិតសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារ ការលក់ទ្រព្យ និងកុមារមិនទៅសាលារៀន អាចជាសំណុំលក្ខណៈនៃគ្រួសារ ដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ជាងអ្នកដែលមិនរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍។ ដោយពលរដ្ឋកម្ពុជា ភាគច្រើនរស់នៅជនបទពិសេសអ្នកក្រីក្រ ដូច្នេះយន្តការ IDPoor គួរតែអាចស្រង់យកគ្រួសារក្រីក្រ (ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនេះ) ដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះសម្រួលដល់ការទទួលបានសេវាសំខាន់ៗ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- ការយកចិត្តទុកដាក់បច្ចុប្បន្ននៃកម្មវិធីនេះ មកលើទីជនបទ មានន័យថា គ្រួសារ និងជនក្រីក្រដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍នៅតាមទីក្រុង មិនបានរួមបញ្ចូលទេ។ ដំណើរការមួយ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារក្រីក្រ នៅតាមទីក្រុង នឹងត្រូវអនុវត្តន៍សាកល្បងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០១៣។
- កម្រិតប្រាក់ចំណូលមិនមែនជាផ្នែកមួយ នៃការប៉ាន់ប្រមាណនេះទេ។ ទោះបីសូចនាករជំនួស និងសំណួរមិនផ្តល់ពិន្ទុ បានផ្តល់ឱកាសសម្រាប់កំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារនានា ដែលងាយរងគ្រោះក៏ដោយ ដោយសារសំណួរទាំងនោះ រួមបញ្ចូលបញ្ហានៅជុំវិញសកម្មភាពរកប្រាក់ចំណូល និងការខ្ចីបុល គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ជាងមានធនធានតិច (ដែលក្នុងនោះ អ្នករកប្រាក់ចំណូលចំបង បានបាត់បង់ការងារនៅក្នុងពេលថ្មីៗនេះ ឬ បាត់បង់សមត្ថភាពធ្វើការ) អាចមើលឃើញថា ពួកគេមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលឡើយ។
- កម្មវិធីនេះបានបង្កើតឡើងសម្រាប់កំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកទ័លក្រ ដូច្នេះអ្នកដែលជិតធ្លាក់ខ្លួនក្រ និងដែលអាចប្រឈមហានិភ័យ ក្នុងការធ្លាក់ខ្លួនក្រខ្លាំងនៅក្នុងអនាគតខ្លីខាងមុខ ដោយសារតែការប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងរខាងសុខភាព ឬ ភាពគ្មានការងារធ្វើ មិនទំនងជាបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់នេះទេ។
- អ្នកដែលកំណត់ថា ជាក្រុមពលរដ្ឋរងគ្រោះសំខាន់ៗ ឬ ក្រុមទន់ខ្សោយ ទំនងជារស់នៅក្នុងទីក្រុង ដែលប្រព័ន្ធកំណត់អត្តសញ្ញាណ នៅពុំទាន់បានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍នៅឡើយទេ។
- ក្រុមពលរដ្ឋរងគ្រោះសំខាន់ៗ ដែលមានការងារធ្វើ និងមានប្រាក់ចំណូល មិនអាចចាត់បញ្ចូលក្នុង IDPoor ឡើយ។
- ក្រុមពលរដ្ឋរងគ្រោះសំខាន់ៗជាច្រើន ទោះបីមានការងារធ្វើ ឬគ្មានក៏ដោយ ក៏មិនទំនងជារាប់បញ្ចូលនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ IDPoor ឡើយ ដោយសារពួកគេមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសារ (ដូចជា បុគ្គលិកបម្រើការកំសាន្ត ដែលស្នាក់នៅកន្លែងធ្វើការរបស់ពួកគេ, អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដែលពុំមានកន្លែងស្នាក់នៅស្ថិតស្ថេរ និងបុរសស្រឡាញ់បុរស ដែលត្រូវគ្រួសារបដិសេធ)។ នៅក្នុងករណីខ្លះ បុគ្គលម្នាក់គឺជាសមាជិកនៃក្រុមរងគ្រោះសំខាន់ៗ អាចរក្សាទំនាក់ទំនងល្អជាមួយគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលរស់នៅឯជនបទ ដែលនៅក្នុងករណីនេះ ពួកគេអាចនឹងត្រូវរួមបញ្ចូលនៅក្នុងបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារ។ ប៉ុន្តែ មនុស្សជាច្រើនដែលជាអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ (ដូចដែលបានកត់សំគាល់រួចមកហើយ) និងជា LGBT ផងដែរ ទំនងជាត្រូវបណ្តេញចេញពីគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដោយសារតែរបៀបរស់នៅរបស់ពួកគេ។ នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សមាជិកគ្រួសារដែលរងការបណ្តេញចេញ មិនទំនងជាបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុង តារាងសមាជិកគ្រួសារដែលចាត់ទុកថាជាអ្នកក្រនៅក្នុង IDPoor ឡើយ។
- ដោយសារការវាយតម្លៃ IDPoor ធ្វើឡើងវិញរៀងរាល់បីឆ្នាំម្តង គ្រួសារ និងបុគ្គលខ្លះ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិសមស្របនៅក្នុងចន្លោះពេលនៃការវាយតម្លៃ អាចត្រូវរង់ចាំមុននឹងអាចបញ្ចូលទៅក្នុងបញ្ជី។ លើកលែងតែករណីនៃការប្រើប្រាស់មូលនិធិ HEFs ដែលការកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្ម តាមក្រោយអាចធ្វើបាន។ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្មតាមក្រោយ គឺជាយន្តការខុសគ្នាមួយនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ដែលបានបង្កើតឡើងដោយក្រសួងសុខាភិបាល។
- ការសម្រេចអំពីការបញ្ចូល ធ្វើឡើងនៅថ្នាក់ឃុំ ហើយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្លះ ដែលនៅពុំទាន់បានបញ្ចូលនៅឡើយ អាចពុំមានស្ថាប័នណាមួយជំទាស់ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះបានទេ។ ដើម្បីអះអាងចំពោះករណីរបស់ខ្លួន ពួកគេទំនងជា ត្រូវតែបង្ហាញអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ដែលអ្នកខ្លះពុំចង់ធ្វើបែបនេះឡើយ។ ក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ដែលរួមទាំង LGBT អាចមើលឃើញថា ខ្លួនរងការរើសអើង និងមានជម្រើសតិចតួច ឬ គ្មានសោះសម្រាប់គាំ។
- ដើម្បីរក្សាព័ត៌មានឯកជនរបស់បុគ្គលនានា កម្មវិធី IDPoor មិនបានតម្រូវឱ្យគ្រួសារ ឬ បុគ្គលនានាបង្ហាញពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួនឡើយ និងមិនគួរសួរបែបនេះឡើយ។ ប៉ុន្តែ នេះមិនមានន័យថាតាមរយៈកម្មវិធី IDPoor គេមិនអាចប៉ាន់ប្រមាណថាតើមនុស្សប៉ុន្មាននាក់មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង/ឬគ្រួសារប៉ុន្មានដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលមានបញ្ចូលនៅក្នុង IDPoor នោះឡើយ។ មានវិធីផ្សេងនៃការអង្កេតប្រជាពលរដ្ឋ ដូចជា នៅកន្លែងផ្តល់ ART ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណអំពីចំនួនពលរដ្ឋដែល

មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានលក្ខណៈសមស្រប សម្រាប់ IDPoor។

នៅក្នុងការពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមជនបទ បុគ្គលនានាបានបង្ហាញនូវកង្វះការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធី IDPoor ហើយអ្នកខ្លះយោងការមិនរាប់បញ្ចូលខ្លួនទៅក្នុងកម្មវិធីនេះ ទៅយន្តការណាមួយនៃកិច្ចគាំពារសង្គមផ្សេងទៀត ដែលមានន័យថា ពួកគេជឿថា ការឧបត្ថម្ភពីខាងក្រៅដែលពួកគេបានទទួល គឺដោយសារពួកគេ មិនមានលក្ខណៈសមស្របក្នុងការចាត់បញ្ចូលក្នុងក្រុមណាមួយនៃ IDPoor ឡើយ (Kaybryn, forthcoming)។ ដូចគ្នានេះដែរ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកដែលបានចាត់បញ្ចូលនៅក្នុង IDPoor បានរាយការណ៍អំពីការមិនរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងធនធានថ្នាក់ឃុំ។ ពួកគេក៏ចាត់ទុកថាបញ្ហានេះ ទាក់ទងជាមួយការទទួលការឧបត្ថម្ភប្រាក់ ឬសេវាដទៃទៀតផងដែរ។ គេពុំមានភស្តុតាងដែលអាចផ្ទៀងផ្ទាត់បានអំពីហេតុផលពិតប្រាកដដែលនាំឱ្យមានការមិនរាប់បញ្ចូលអ្នកទាំងនោះទៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ IDPoor ឬកម្មវិធីដទៃទៀតឡើយ ហើយក៏នៅពុំទាន់មានការស្រាវជ្រាវបានពេញលេញនៅឡើយដែរ។ ប៉ុន្តែ វាបានបង្កឱ្យមានបញ្ហាដែលថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្លះអាចមិនបានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងអត្តសញ្ញាណ IDPoor គឺដោយសារតែអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចនៅក្នុងមូលដ្ឋានយល់ឃើញថា អ្នកទាំងនោះបានទទួលគ្រប់គ្រាន់រួចមកហើយនូវការឧបត្ថម្ភពីខាងក្រៅ។ នៅក្នុងបរិបទបច្ចុប្បន្ននៃវិធានការឆ្លើយតបក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គមរបស់កម្ពុជា មានប្រព័ន្ធមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះដែលមានវត្តមានអចិន្ត្រៃយ៍។ ប្រព័ន្ធទាំងនោះទំនងជាមានអត្ថិភាពតែក្នុងរយៈពេលកំណត់ និង/ឬ តែនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្រខ្លះតែប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះ ប្រការដែលថា អ្នកខ្លះបានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬ ស្បៀងឧបត្ថម្ភ អាចបកស្រាយបានថាជាសូចនាករមួយនៃភាពងាយរងគ្រោះរបស់ពួកគេ ជាងជាភាពធន់របស់ពួកគេ អាស្រ័យលើសេចក្តីពិស្តារជាក់លាក់នៃការគាំទ្រពីខាងក្រៅ។

ការបន្សាំដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍

កម្មវិធី IDPoor មិនបានបង្កើតឡើងសម្រាប់បរិបទនៃមេរោគអេដស៍ឡើយ។ ប៉ុន្តែ យ៉ាងហោចណាស់មានមណ្ឌល ចំនួនពីរនៅទីក្រុងសម្រាប់ព្យាបាលបញ្ហាមេរោគអេដស៍ កំពុងស្ថិតក្នុងការប្រើប្រាស់ជាចំណុចចាប់ផ្តើមសម្រាប់កំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារនានា ដែលចាត់ទុកថា ក្រីក្រ តាមរយៈការអនុវត្តយន្តការក្រោយការកំណត់អត្តសញ្ញាណ។ មានព័ត៌មាន ពីប្រភពមិនច្បាស់លាស់ដែលថា អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពខ្លះ បានប៉ាន់ស្មានថា ៨០% នៃដែលពួកគេសម្រេចថា ធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណ (មិនមែន ៨០% នៃអ្នកជម្ងឺទាំងអស់ទេ) អាចចាត់ទុកថា ជាអ្នកក្រ។

អនុសាសន៍

- ផ្តល់ដោយស្វ័យប្រវត្តិឱ្យអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នូវផលប្រយោជន៍នៃការចាត់ចូលក្នុងក្រុម IDPoor ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពក្រីក្រ
- បង្កើនការយល់ដឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវា អំពីភាពចាំបាច់ដើម្បីរក្សាការសម្ងាត់
- បង្កើតគោលការណ៍ ដើម្បីធានារក្សាការណ៍សម្ងាត់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៥.២.៤. មូលនិធិសមធម៌សុខភាព

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

មូលនិធិសមធម៌សុខភាព គឺជាប្រព័ន្ធហិរញ្ញប្បទានដែលជួយអ្នកក្រឱ្យទទួលបាន សេវាសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាលបានប្រសើរជាងមុន។ មូលនិធិនេះបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលអ្នកក្រប្រើប្រាស់ នៅតាមសម្បទានានា ដែលជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់ អប្បបរមាដែលបានកំណត់ជាមុន ដើម្បីធានាឱ្យមានសង្គតិភាព (MoH, 2012)។ កញ្ចប់នេះរួមមាន ថ្លៃដឹកជញ្ជូនស្បៀង ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកថែទាំ និងថ្លៃចំណាយខ្លះៗផ្សេងទៀត ដូចជាថ្លៃចំណាយលើបុណ្យសព។ អ្នកដែលបានកំណត់ជាមុនថា ជាជនក្រីក្រ តាមរយៈ IDPoor មានសិទ្ធិប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនេះបាន។ ការវាយតម្លៃភាពក្រីក្រអាចធ្វើបានដោយផ្ទាល់ នៅតាមស្ថាប័នសុខភាព សម្រាប់អ្នកដែលមិនទាន់បានទទួលនូវប័ណ្ណសមធម៌ ដែលចេញដោយកម្មវិធី IDPoor។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយគ្រួសាររងគ្រោះ ដោយសារមេរោគអេដស៍

មូលនិធិសមធម៌សុខភាព មានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្រួសារក្រីក្រដែលរងផលប៉ះពាល់ ដោយសារមេរោគអេដស៍ ដោយអាចប្រើប្រាស់ទាំងសេវានិងការព្យាបាល ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយ បញ្ហាអេដស៍ និងដែលមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយអេដស៍។ សេវា ART ត្រូវបានផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃរួចទៅហើយ ដែលជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំសុខភាពបឋម (សូមអានផ្នែកខាងលើ

ស្តីពីប្រព័ន្ធផ្តោតចំពោះតែបញ្ហាអេដស៍)។ ប៉ុន្តែក្នុងការអនុវត្តជាក់ស្តែង "ការថែទាំសុខភាពបឋម" អាចមានត្រឹមតែសម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់បន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះ ដោយសារគ្មានការកំណត់ជាមុន អំពីកញ្ចប់អប្បបរមាសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមមិនសុទ្ធតែផ្តល់ឱ្យអ្នកជម្ងឺ ដោយឥតគិតថ្លៃនោះឡើយ នេះបើយោងតាមព័ត៌មានត្រលប់ពីបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ នៅក្រោមមូលនិធិសមធម៌សុខភាព គ្រួសារក្រីក្រដែលរងផលប៉ះពាល់ ដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពបឋមដោយឥតគិតថ្លៃក៏ដូចជាសេវាឯកទេស (ក្រោមការបញ្ជូនពី អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពនៅតាមមូលដ្ឋានរបស់ពួកគេ)។ លើសពីនេះ សុពលភាពនៃការទទួលសេវាពីមូលនិធិសមធម៌សុខភាព អាចប្រើប្រាស់បានគ្រប់ទីកន្លែង ហើយសមាជិកក្នុងគ្រួសារនីមួយៗអាចប្រើប្រាស់សេវាណាមួយដែលគាំទ្រ ដោយមូលនិធិ សមធម៌សុខភាព បើទោះជាពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងទីលំនៅដើមរបស់ខ្លួនក៏ដោយ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

- ភាគច្រើននៃការលំបាក ក្នុងការចាត់ចំណាត់ថ្នាក់ភាពក្រីក្រ គឺមានការពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការទទួលបានមូលនិធិ សមធម៌សុខភាព។ ភាពងាយរងគ្រោះមិនសុទ្ធតែមានថាក្រីក្រធ្ងន់ធ្ងរឡើយ ដូច្នេះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលនៅពុំទាន់ធ្លាក់ក្នុងភាពទីទ័លក្រ នឹងមិនបានបញ្ចូល នៅក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់អត្តសញ្ញាណភាពក្រីក្រឡើយ ដូច្នេះនឹងមិនបានទទួលប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌ឡើយ។ គេអាចមានលទ្ធភាពក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណតាមក្រោយបាន នៅតាមស្ថាប័នសុខភាពនានា ដែលជួយបង្កើនឱកាសសម្រាប់សមាជិកនៃគ្រួសារក្រីក្រនានា ដែលរងផលប៉ះដោយសារមេរោគអេដស៍ អាចទទួលបានសេវាពីមូលនិធិសមធម៌សុខភាព។ ប៉ុន្តែ ដូចគ្នានឹងកម្មវិធីកំណត់អត្តសញ្ញាណភាពក្រីក្រីដែរ ដែលការប៉ាន់ប្រមាណនេះគឺធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើទ្រព្យធន ជាជាងលើកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្ទើរក្រីក្រ និង ដែលនៅពុំទាន់ចំណាយទ្រព្យអស់ពីខ្លួនប៉ុន្តែបានបាត់បង់ការងារ ឬសមត្ថភាពធ្វើការងារ នៅតែមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល។
- នៅកម្រិតនៃការផ្តល់សេវាផ្ទាល់ ទោះបីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានរាយការណ៍ថាគេមានអំពើរើសអើងត្រឹមតិចតួចពីសំណាក់បុគ្គលិកសុខាភិបាលក៏ដោយ ប៉ុន្តែនៅក្នុងការអង្កេតសន្ទស្សន៍ការរើសអើងមានភស្តុតាងខ្លះៗបានបង្ហាញថា អ្នកជម្ងឺដែលបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង ត្រូវបានចាត់ជាអាទិភាពក្នុងការទទួលសេវាជាងអ្នកកាន់ប័ណ្ណសមធម៌ដែលចេញដោយកម្មវិធី ID-Poor។ ចំពោះបុគ្គលដែលមានជំងឺ រួមទាំងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ផងដែរ ការរង់ចាំយូរនៅតាមស្ថាប័នសុខភាព អាចផ្តល់ភាពតានតឹងធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់ពួកគេ ហើយចំពោះអ្នកដែលមិនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ការរង់ចាំយូរនាំឱ្យពួកគេបាត់បង់ឱកាសក្នុងការរកប្រាក់ចំណូល។
- ទោះបីការរើសអើងទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ បានកាត់បន្ថយយ៉ាងច្រើនហើយក៏ដោយ ក្រុមអ្នករងផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ ដូចជា បុគ្គលិកបម្រើការតាមសេវាកំសាន្ត បុរសស្រឡាញ់បុរស អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង LGBT នៅក្នុងស្ថានភាពទន់ខ្សោយ អាចបន្តប្រឈមនឹងការរើសអើង ដែលទាក់ទងនឹងឥរិយាបថ និង/ឬ អាកប្បកិរិយាខាងផ្លូវភេទ របស់ពួកគេនៅឡើយ។

អនុសាសន៍

- រួមបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិនូវអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យជាអ្នកទទួលផល បើទោះជាពួកគេមានស្ថានភាព IDPoor បែបណាក៏ដោយ
- បង្កើនការយល់ដឹង សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសំខាន់ៗ អំពីភាពចាំបាច់ក្នុងការរក្សាភាពសម្ងាត់
- បង្កើតគោលការណ៍ដើម្បីធានាឱ្យរក្សាការណ៍សម្ងាត់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- រួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាក្រុមពិសេសមួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវានៃប្រព័ន្ធនេះ។

៥.២.៥. ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍ (ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

CBHI គឺជាប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រងវិភាគទានស្ម័គ្រចិត្តដោយមានការចូលរួមឧបត្ថម្ភធនធាន ដែលតម្រូវឱ្យមានការបង់វិភាគទានតិចតួច ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការចំណាយនៅក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាពសាធារណៈ។ តាមធម្មតានេះ ជាការបង់វិភាគទានទៅតាមកំរិតនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចទទួលបានពីការធានារ៉ាប់រងនេះ។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

CBHI មានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ បើទោះជាពួកគេត្រូវបានចាត់បញ្ចូល ឬមិនបញ្ចូលនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ ID-Poor ក៏ដោយ ឬ ពុំមានមូលនិធិសមធម៌សុខភាព នៅក្នុងតំបន់ដែលពួក គេរស់នៅក៏ដោយ។ ចំពោះអ្នកស្ទើរក្រីក្រដែលនៅមានប្រាក់ចំណូល ការធានារ៉ាបរងនេះមាននាទីជាការបង់វិភាគទានទុកមុន សម្រាប់ការទទួលបានសេវាសុខភាព។ តាមធម្មតារយៈពេលសុពលភាពគឺចាប់ពីបីខែឡើង។ សម្រាប់រយៈពេលវែងជាងនេះ ការបង់វិភាគទាននឹងមានបញ្ចុះតំលៃបន្ថែមទៀត ហើយការបង់ថ្លៃអាចធ្វើជាដំណាក់កាលដែលជៀសវាងការបង់ប្រាក់ទាំងអស់ នៅក្នុងពេលតែមួយ។ នៅក្នុងប្រព័ន្ធខ្លះរាល់កុមារអាយុក្រោមពីរឆ្នាំ ប្រសិនបើមានមនុស្សពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារទិញធានា រ៉ាប់រងកម្រិតខ្ពស់មួយ កុមារទាំងនោះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលជាស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងធានារ៉ាប់រងនោះសម្រាប់អំឡុងពេលដូចគ្នា។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- លទ្ធភាពក្នុងការបង់ថ្លៃ នៅតែជាបញ្ហាចោទចំបងសម្រាប់អ្នកស្ទើរក្រីក្រ ដែលនៅសល់ទ្រព្យធនហើយមិនរាប់បញ្ចូល ទៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់នៃកម្មវិធីកំណត់អត្តសញ្ញាណភាពក្រីក្រ ឬ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណនៅពេលក្រោយនៅតាមស្ថាប័នសុខភាព ប៉ុន្តែបានប្រទះនឹងបញ្ហាការធ្លាក់ចុះនៃប្រាក់ចំណូល ឬ បាត់បង់ការងារ។
- ប្រព័ន្ធនេះច្រើនតែអនុវត្តន៍នៅតាមជនបទ ដែលធ្វើឱ្យក្រុមអ្នករងផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៅតាមទីក្រុងមិនអាចប្រើប្រាស់សេវានេះបានឡើយ។

អនុសាសន៍

- រួមបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិនូវអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យជាអ្នកទទួលផល បើទោះជាពួកគេមានស្ថានភាព IDPoor បែបណាក៏ដោយ
- បង្កើនការយល់ដឹង សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសំខាន់ៗអំពីភាពចាំបាច់ក្នុងការរក្សាភាពសម្ងាត់
- បង្កើតគោលការណ៍ដើម្បីធានា ឱ្យរក្សាកាណ៍សម្ងាត់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- រួមបញ្ចូលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាក្រុមពិសេសមួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវានៃប្រព័ន្ធនេះ។

៥.២.៦. ជំនួយបន្ទាន់អាហារូបករណ៍សម្រាប់ការសិក្សាកម្មវិធីអាហារតាមសាលារៀន ប័ណ្ណសុខភាពសុខភាព មាតានិងកុមារ

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

កិច្ចផ្តួចផ្តើមភាគច្រើន ផ្តោតលើគ្រួសារក្រីក្របំផុតដោយសារគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន អាចចាត់ចូលជាក្រុមអ្នកក្រីក្រ ដូច្នេះកម្មវិធីទាំងនេះទំនងជាមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់ពួកគេ។ ជំនួយបន្ទាន់អាចផ្តល់ តាមទម្រង់ជាស្បៀង ប្រាក់កាក់ អាហារូបករណ៍សម្រាប់ការសិក្សា និងកម្មវិធីការងារ។ កម្មវិធីគាំទ្រវិស័យអប់រំរួមបញ្ចូល អាហារូបករណ៍សម្រាប់គ្រួសារនានារបស់កុមារដែលមានការប្រឈមខ្ពស់នៃការមិនចូលរៀន។ កម្មវិធីផ្តល់អាហារតាមសាលារៀន គឺជាការឧបត្ថម្ភមួយ (មានកំណត់លក្ខខណ្ឌវត្តមាន) ដែលរួមបញ្ចូលការផ្តល់របបបាយប្រចាំថ្ងៃ (១១៥ក្រ) ប្រេងឆា (៥ក្រ) អំបិល (៩៣ក្រ) និង ត្រី (១៥ក្រ) សម្រាប់កុមារ។ កុមារខ្លះបានទទួលរបបអាហារសម្រាប់យកទៅផ្ទះ ដូចជា ការឧបត្ថម្ភសាច់ប្រាក់ផងដែរ។ ប័ណ្ណសុខភាពសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ បានផ្តោតលើស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ ក៏ដូចជា ស្ត្រី ដែលស្ថិតក្នុងគ្រួសារជាប់ក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ក្រីក្រក្នុងតារាង IDPoor ។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- ប័ណ្ណសុខភាពសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ អាចរួមចំណែកបង្កើនលទ្ធភាពរបស់គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ក្នុងការទទួលសេវា។ ការអង្កេតសន្ទស្សន៍នៃការរើសអើងឆ្នាំ ២០១០ បានរកឃើញថា ៧,៦% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរាយការណ៍ថា ខ្លួនត្រូវគេបដិសេធមិនផ្តល់សេវាពន្យារកំណើត និង ៨,៤%បានរាយការណ៍ថា ត្រូវបានបដិសេធមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជនៅក្នុងរយៈពេល ១២ខែមុន ដោយសារតែស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ។
- ការសិក្សាអំពី ផលប៉ះពាល់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម បានកំណត់អត្រាបោះបង់ចោលសាលារៀន ជាពិសេសក្នុងចំណោមកុមារី គឺជាផលវិបាកចំបងមួយសម្រាប់គ្រួ

សារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។

- គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ច្រើនតែបញ្ឈប់កូនពីសាលា ដើម្បីកាត់បន្ថយការចំណាយលើការសិក្សា និងដើម្បីឱ្យកូនធ្វើការរកប្រាក់។ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ក៏មានកម្រិតសន្តិសុខ ស្បៀងថយចុះផងដែរ ធៀបនឹងគ្រួសារដែលមិនរងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍។កម្មវិធីផ្តល់អាហារតាម សាលារៀនផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់គ្រួសារនានា ក្នុងការបញ្ជូនកូនទៅរៀន ក៏ដូចជាបំពេញតម្រូវការខាងអាហារូបត្ថម្ភរបស់កុមារផងដែរ។
- កុមារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចត្រូវការអាហារថាមពលច្រើនជាង កុមារមិនមានមេរោគ អេដស៍ (រហូតដល់ ១០%) ជាពិសេស នៅពេលពួកគេមានជម្ងឺឱកាសនិយម (រហូតដល់ ៣០%)។ ជារួម កត្តាសំខាន់បំផុតនៅក្នុងរបបអាហាររបស់ពួកគេគឺត្រូវឱ្យមានគុណភាព (Willumsen, 2012) ដែលជាគោលដៅសម្រាប់កម្មវិធីផ្តល់អាហារនៅតាមសាលារៀន។
- ប្រព័ន្ធការងារដើម្បីទ្រព្យធន (ស្បៀង និងប្រាក់) មានការពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាជន និងគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ ដោយសារមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើពួកគេពុំមានការងារធ្វើ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- ប្រព័ន្ធខ្លះមានលក្ខណៈសកល ដូច្នេះកុមារទាំងអស់នៅតាមសាលារៀនត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុងកម្មវិធីផ្តល់អាហារ ប៉ុន្តែចំពោះអាហារូបករណ៍សម្រាប់ការសិក្សា (ប្រាក់ និងស្បៀង) ជាគោលដៅសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រប្រភេទទី១ (IDPoor 1) ដូច្នេះគ្រប់ការលំបាកទាំងអស់របស់គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលបានកត់សំគាល់ខាងលើពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការទទួលបាន IDPoor ត្រូវបានទាក់ទិនផងដែរចំពោះករណីនេះ។ ពោលគឺ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលពុំបានចាត់បញ្ចូលនៅក្នុងកម្មវិធី IDPoor នឹងមិនបានទទួលអាហារូបករណ៍ឡើយ។
- ការគ្របដណ្តប់របស់កម្មវិធីភាគច្រើន កំណត់ទៅតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ ដូច្នេះវាធ្វើឱ្យកម្មវិធីទាំងនោះ លែងពាក់ព័ន្ធដោយសារតែអ្នករងផលប៉ះដោយសារមេរោគអេដស៍ រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្សេងទៀតមិនអាចមកទទួលសេវានេះបាន។
- របបអាហាររួមចំណែកធ្វើឱ្យមានគុណភាពនៃអាហារដែលបរិភោគ ប៉ុន្តែកម្មវិធីជាទូទៅ មិនសុទ្ធតែឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមសម្រាប់កុមារខ្លះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ មានជម្ងឺឱកាសនិយមឡើយ។
- កម្មវិធីការងារអាចមិនធ្វើទៅបានឡើយសម្រាប់គ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពុំមានថាមពលគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់បំពេញការងារដោយដៃ ឬ អាចបន្តធ្វើការជាទៀងទាត់។ ដូចគ្នានេះដែរសមាជិកក្នុងគ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍អាចមានបន្ទុកក្នុងការមើលថែអ្នកជំងឺ (ដែលអាចជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ កុមារ) ដែលរារាំងពួកគេមិនអាចទៅធ្វើការដែលមានរយៈពេលច្រើនម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬ ការងាររយៈពេលវែង។

អនុសាសន៍

ជំនួយបន្ទាន់	អាហារូបករណ៍សម្រាប់សិក្សា	កម្មវិធីផ្តល់អាហារតាមសាលារៀន	ប័ណ្ណសុខភាព, សុខភាពមាតា និងកុមារ
- ចាត់គ្រួសារនិងបុគ្គលដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ជាអាទិភាព - គាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមដល់គ្រួសារនានារួមទាំងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ - បង្កើនការយល់ដឹងដល់ ក្រុមប្រឹក្សាឃុំអំពីបញ្ហារបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងជម្ងឺអេដស៍ PWP: - បង្កើនការយល់ដឹងដល់មន្ត្រី EFAP អំពីបញ្ហារបស់អ្នកផ្ទុក/អ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ - ផ្តល់ការងារប្រភេទស្រាល (ស្រាលៗ) ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍, អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និង/ឬ ជនពិការ - ក្នុងករណីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ពុំមានការងារស្រាលធ្វើ ពួកគេគួរតែបានទទួលប្រាក់បំណាច់គ្មានការងារ - គួរពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ NAA និងបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដើម្បីកំណត់ប្រភេទការងារស្រាល - ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍គួរតែទទួលការអនុគ្រោះក្នុងការផ្តល់ឱ្យនូវការងារដែលផ្តល់ប្រាក់ចំណូលជាប្រចាំ - អ្នកទទួល ART គួរតែអនុញ្ញាតឱ្យមានការសម្រាកខ្លីៗជាទៀងទាត់នៅចន្លោះពេលធ្វើការ ប្រសិនបើចាំបាច់ - ផ្តល់ជម្រើសការងារដែលអាចបត់បែនបានសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ រោគរ៉ាំរ៉ៃ និង/ឬ ពិការ	- រួមបញ្ចូលកុមារនៃគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ឬ ដែលឪពុកម្តាយជាអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗទៅក្នុងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ - កុមារមានមេរោគអេដស៍ ឬ រងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ឬមានឪពុកម្តាយនៅក្នុងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗត្រូវរួមបញ្ចូលទៅក្នុងក្រុមពិសេសដែលទទួលការឧបត្ថម្ភជាកម្រៃសម្រាប់ចូលរៀន សៀវភៅសម្លៀកបំពាក់សិស្ស។ល។ - បង្កើនការយល់ដឹងដល់អាជ្ញាធរសាលារៀនក៏ដូចជាសហគមន៍ នៅជុំវិញសាលាអំពីបញ្ហាកុមាររងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍។ គួរមាន កិច្ចប្រឹងប្រែងតាមរយៈយន្តការប្រយុទ្ធប្រឆាំងការមាក់ងាយ និងរើសអើងមកលើកុមារដែលផ្ទុក ឬដែលរងគ្រោះ ដោយសារមេរោគអេដស៍។	- រួមបញ្ចូលកុមាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ និងជម្ងឺ អេដស៍ជាលក្ខខណ្ឌមានសិទ្ធិទទួលការឧបត្ថម្ភ - ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (សំបូរជាតិដែក និងប្រូតេអ៊ីន) ដល់កុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍	- ផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងលើការបង្កើនការយល់ដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍អំពីកម្មវិធីនានានិងវិធីប្រើប្រាស់កម្មវិធីទាំងនោះ - ទំនាក់ទំនងនិងកិច្ចសហការរវាងនាយកដ្ឋាន ដើម្បីលើកកំពស់ការចុះឈ្មោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឱ្យបានក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃផ្ទៃពោះ។ ការចុះឈ្មោះក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃផ្ទៃពោះ នឹងជួយធានា ឱ្យមានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងពីម្តាយទៅកូន - ធ្វើឱ្យស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានចូលរួមនៅក្នុងការបង្កើតនិងអនុវត្តន៍ប្រព័ន្ធនេះ - បង្កើនការយល់ដឹងដល់បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពអំពីបញ្ហាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានមេរោគអេដស៍និងស្ត្រីបំបៅដោះកូន - ផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (ដែលសំបូរជាតិដែកនិងប្រូតេអ៊ីន)ដល់កុមារី និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ - បញ្ចូលស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីដែលជាអ្នករងផលប៉ះពាល់ពិសេសជាលក្ខខណ្ឌដែលមានសិទ្ធិទទួលការឧបត្ថម្ភ។

៥.២.៧. មីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

មានការផ្តល់មីក្រូឥណទាន ដល់អ្នកដែលមានរបរផ្ទាល់ខ្លួន តាមរយៈមូលនិធិជាតិកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ ដែលជាមូលនិធិពិសេសសម្តេចនាយករដ្ឋមន្ត្រី រួមទាំងគ្រឹះស្ថានមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ និងកម្មវិធីបរចិញ្ចឹមជីវិតជាច្រើនរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- ឥណទានមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំង ដល់គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលទំនងជាបានបាត់បង់ការងារ ដូច្នេះត្រូវបង្កើតរបរដោយខ្លួនឯង ដោយមានការគាំទ្រជាដើមទុនតិចតួច។
- ប្រាក់កម្ចីដែលមានការប្រាក់ទាប មានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលទំនងជាប្រើប្រាស់ឥណទានការប្រាក់ខ្ពស់ពីអ្នកចងការប្រាក់ឯកជន ដែលបង្កឱ្យពួកគេមានបំណុលកាន់តែច្រើន ប្រសិនបើពួកគេមិនអាចសងវិញទាន់ពេលវេលា។
- មីក្រូហិរញ្ញវត្ថុមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលមិនអាចទទួលឥណទានពីធនាគារ ស្ត្រីមេម៉ាយត្រូវលក់ដីធ្លី ដែលជាធម្មតាគឺជាលក្ខខណ្ឌនៃវត្ថុបញ្ចាំសម្រាប់គ្រឹះស្ថានផ្តល់ប្រាក់ កម្ចីផ្លូវការ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងសមាជិកគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ពុំមានធនធានមនុស្ស ដើម្បីបង្កើតផលចំណូលពីដើមទុនហិរញ្ញវត្ថុឡើយ ដូច្នេះទំនងជាត្រូវខ្ចីបុលសម្រាប់ការបរិភោគ។ នេះមានន័យថា សំណើប្រាក់កម្ចីរបស់ពួកគេ ទំនងជាត្រូវបដិសេធពីសំណាក់គ្រឹះស្ថានមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ ហើយពួកគេអាចមិនយល់បានពេញលេញពីមូលហេតុ។
- យន្តការមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ ច្រើនតែនៅតម្រូវឱ្យមានទ្រព្យក្នុងកម្រិតអប្បបរមា ដើម្បីផ្តល់ជាការធានាសម្រាប់ការខ្ចីប្រាក់ ដែលគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍មិនអាចរកបានឡើយ ប្រសិនបើពួកគេលក់ដីធ្លី និងទ្រព្យដទៃទៀត អស់ទៅហើយ។
- វិសាលភាពភូមិសាស្ត្រដែលកិច្ចផ្តួចផ្តើមមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុជាច្រើនប្រតិបត្តិការ ច្រើនតែមានដែនកំណត់ ដូច្នេះមិនសុទ្ធតែមានសម្រាប់គ្រួសាររង ផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ឡើយ។

អនុសាសន៍

- ការកែលម្អលទ្ធភាពទទួលបានឥណទាន សម្រាប់អ្នកផ្ទុក/រងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ ដែលមានរបរខ្លួនឯង និងសម្រាប់អ្នកដែលស្ថិតក្នុងក្រុមរងគ្រោះសំខាន់ៗ ការធានាភាពសម្ងាត់ និងគ្មានការរើសអើង។
- ការបណ្តុះបណ្តាលផ្តោតចំគោលដៅ និងការគាំទ្រដល់ការកសាងជំនាញ សម្រាប់ផ្តួចផ្តើមសកម្មភាពរកប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកមានរោគរុំរ៉ៃ ឬ ពិការភាព ដោយមានការគិតគូរជាពិសេសអំពីលក្ខខណ្ឌសុខភាពខាងរាងកាយ និងលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។
- បង្កើនការយល់ដឹងដល់ក្រសួង MoLVT និងគ្រឹះស្ថានមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុ អំពីបញ្ហា និងតម្រូវការរបស់គ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ ដោយសារមេរោគអេដស៍។
- លើកលែងអំឡុងពេលអប្បបរមា សម្រាប់ការទទួលបានការគាំទ្រពីប្រព័ន្ធនេះ។
- បន្ធូរបន្ថយលក្ខខណ្ឌឱ្យមានវត្ថុបញ្ចាំសម្រាប់គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ ជាពិសេសចំពោះគ្រួសារដែលមានស្ត្រីជាមេគ្រួសារ។

ការកែសម្រួលដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍

- គ្រឹះស្ថានមីក្រូហិរញ្ញវត្ថុខ្លះៗ បានដាក់ឱ្យអនុវត្តន៍សម្បទាននានា ជាពិសេសសម្រាប់គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍ ដូចជាលើកលែងលក្ខខណ្ឌវត្ថុបញ្ចាំ ឬ បន្ធូរបន្ថយអត្រាការប្រាក់សម្រាប់ការផ្តល់ប្រាក់កម្ចីទៅអ្នកទាំងនោះ។

៥.២.៨. កម្មវិធីអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេស និងវិជ្ជាជីវៈ

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

គ្រឹះស្ថាន TVET សារធារណៈឯកជន និង NGO ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលលើជំនាញឯកទេសជាច្រើន ដែលរួមទាំងកសិកម្ម (បច្ចេកទេសស្រោចស្រព។ល។) វិស្វកម្មមេកានិក ការគ្រប់គ្រងធុរកិច្ច និងបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន។ វិទ្យាស្ថានជាតិបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេស ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិស្វកម្មស៊ីវិល, វិស្វកម្មអគ្គិសនី, អេឡិចត្រូនិក, ស្ថាបត្យកម្ម និងបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារ មេរោគអេដស៍

ការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញ និងបច្ចេកទេស ដែលបានផ្តល់តាមរយៈ TVET មានសក្តានុពលក្នុងការបង្កើនសមត្ថភាពរបស់គ្រួសាររងផលប៉ះដោយសារមេរោគអេដស៍ ក្នុងការរកប្រាក់ចំណូល ក្នុងករណីដែលពួកគេបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌ អប្បបរមា ក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ និងអាចបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គទាំងនោះ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះដោយសារមេរោគអេដស៍

- កម្រៃសម្រាប់វគ្គនានា ទំនងជាធ្វើឱ្យគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ មិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ទាំងនេះបានឡើយ ជាពិសេស គ្រួសារនៅតាមជនបទ។
- សូម្បីក្នុងករណីមានអាហារូបករណ៍ក៏ដោយ សមាជិកភាគច្រើននៃគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ នៅតាមជនបទមានកម្រិតសិក្សាទាប និងអាចមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ អប្បបរមានៃការអប់រំ ដើម្បីចូលរួមក្នុងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលជំនាញ ឯកទេស ឬជំនាញជាន់ខ្ពស់ឡើយ។

អនុសាសន៍

- គួរផ្តល់ការអនុគ្រោះដល់បុរស និងស្ត្រីដែលរងផលប៉ះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងជម្ងឺអេដស៍។
- លើកលែងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអំពីម្រិតសិក្សាអប្បបរមាសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ រងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងជម្ងឺអេដស៍។

៥.២.៩ សន្តិសុខសង្គមដែលជាវិភាគទានពីវិស័យផ្លូវការ

(ពាក់ព័ន្ធជាមួយបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

ប្រាក់បំណាច់ដែលទាក់ទងនឹងការងារ ដែលមានលក្ខណៈទូលំទូលាយជាបង្គួរមួយកញ្ចប់ ត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈមូលនិធិជាតិសន្តិសុខសង្គម (NSSF) សម្រាប់បុគ្គលិកក្នុងវិស័យផ្លូវការ, មូលនិធិជាតិសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អតីតយុទ្ធជន (NSSFv) និងមូលនិធិជាតិសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់មន្ត្រីស៊ីវិល (NSSFc)។ ប្រាក់សោធននិវត្តការទូទាត់សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ក្នុងការងារ ប្រាក់បំណាច់សម្រាប់អ្នកមានជម្ងឺ ប្រាក់បំណាច់បញ្ឈប់ពីការងារ ការឈប់សម្រាកមាតុភាព ប្រាក់បំណាច់សម្រាប់ការបាត់បង់ជីវិត និងការឧបត្ថម្ភដទៃទៀត មានផ្តល់សម្រាប់សមាជិកនៃមូលនិធិទាំងនេះដែលបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអប្បបរមា។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍

សម្រាប់បុគ្គលិកក្នុងវិស័យផ្លូវការ ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មូលនិធិ NSSF, NSSFv និង NSSFc ផ្តល់ប្រាក់បំណាច់ (ដោយគ្មានប្រការចែងដោយឡែកសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍) ដល់បុគ្គលិក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធនេះមានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់ពួកគេ។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- បុគ្គលិកមួយចំនួនតូចមានការងារជាផ្លូវការ ដូច្នេះមានតែមនុស្សមួយចំនួនតូច ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទំនងជាមានលក្ខណៈសមស្របសម្រាប់ប្រព័ន្ធសន្តិសុខសង្គមដែលជាវិភាគទានពីវិស័យផ្លូវការ។

អនុសាសន៍

- ការបន្ធូរបន្ថយកម្រិតអាយុ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងការទទួលប្រយោជន៍ពីប្រព័ន្ធនេះ
- រួមបញ្ចូលបញ្ហាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាលក្ខខណ្ឌគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- បង្កើនការយល់ដឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវា អំពីតម្រូវការក្នុងការរក្សាភាពសម្ងាត់ និងបង្កើតគោលការណ៍

សម្រាប់ធានារក្សាការសម្ងាត់របស់ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ពង្រីកអំឡុងពេលទទួលប្រាក់បំណាច់ សម្រាប់កុមារកំព្រាដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍ និងជម្ងឺអេដស៍។

៥.២.១០. កម្មវិធីសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភមាតា និងកុមារ

(ដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍)

កម្មវិធីសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភមាតា និងកុមារ គឺជាឧទាហរណ៍មួយអំពីកិច្ចផ្តួចផ្តើមធំទូលាយមួយ ដែលរួមបញ្ចូល មាត្រាជាក់លាក់មួយសម្រាប់គ្រួសារដែលរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឱ្យកម្មវិធីនេះមានការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍។ កម្មវិធីនេះផ្តល់របបអាហារប្រចាំថ្ងៃ ដែលមាន ៧៧% នៃតម្រូវការថាមពលសម្រាប់កុមារម្នាក់ៗ (និង មីក្រូសារធាតុចិញ្ចឹមភាគច្រើន) និងយ៉ាងហោចណាស់ មួយភាគបីនៃតម្រូវការទាំងនេះសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះកូន។ សមាសភាគជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារកំព្រា និងកុមារងាយរងគ្រោះ ផ្សំដោយជំនួយស្បៀងអាហារជាអង្ករ ២៥គ.ក្រ ប្រចាំខែ ដល់គ្រួសារនានាដែលជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់សេវាថែទាំនៅតាមផ្ទះ។ របបអាហារមាននាទីជា ការឧបត្ថម្ភសម្រាប់ជាប្រាក់ចំណូលបណ្តោះអាសន្ន ដើម្បីធ្វើឱ្យមានស្ថិរភាពរបបអាហារបរិភោគក្នុងគ្រួសារនៅក្នុងអំឡុងពេលមានវិបត្តិ ដើម្បីទប់ស្កាត់យន្តការដោះស្រាយដែលអាចបង្កមហន្តរាយ និងដើម្បីការពារទ្រព្យសម្រាប់ផលិតកម្ម (WFP Cambodia, 2010)។

ការពាក់ព័ន្ធជាមួយ គ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- កម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ មានការពាក់ព័ន្ធជាខ្លាំងសម្រាប់គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ ដោយហេតុថា គ្រួសារទាំងនេះច្រើនតែគ្មានសន្តិសុខស្បៀងជាងគ្រួសារ ដែលមិនរងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍។ តាមរយៈការទទួលបានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ ដែលជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់ថែទាំតាមផ្ទះ គ្រួសារនានាអាចកាត់បន្ថយចំនួនថ្ងៃដែលកូន អវត្តមានពីសាលា ចងការប្រាក់តិចជាងមុន បង្កើនភាពចម្រុះនៃរបបអាហារ ហើយច្រើនចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការចិញ្ចឹមជីវិត និងជួបប្រទះការរើសអើងតិចជាងមុន (WFP Cambodia, 2006)។

បញ្ហា និងការប្រឈមរបស់បុគ្គល និងគ្រួសាររងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍

- ការប្រឈមចំបង សម្រាប់ពលរដ្ឋ និងគ្រួសារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺថា កម្មវិធីនេះនឹងត្រូវបញ្ចប់នៅចុងឆ្នាំ ២០១២។ ការបញ្ឈប់ត្រូវបានគ្រោងចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១០ មកម្ល៉េះ ក្រោមការពិគ្រោះយោបល់ជិតស្និទ្ធជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និង NGOs។ ទោះបីការឧបត្ថម្ភស្បៀងនៅក្រោមកម្មវិធីនេះ នឹងត្រូវបញ្ឈប់ក៏ដោយ សកម្មភាពគាំទ្រដល់ការរកប្រាក់ចំណូល/របរចិញ្ចឹមជីវិត ពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដទៃ ជាច្រើន នឹងនៅតែបន្ត។ កម្មវិធីផ្សេងទៀត ដែលគាំទ្រដោយWFP (អាហារតាមសាលារៀនអាហារូបករណ៍ជាប្រាក់ និងជាស្បៀង ទ្រព្យសម្រាប់ផលិតកម្ម និងការគាំទ្រដល់របរចិញ្ចឹមជីវិត និង សុខភាពមាតា និងទារក និងកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ) សុទ្ធតែមានការគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និង មានរួមបញ្ចូលមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារកំព្រា និងងាយរងគ្រោះ។ លើសពីនេះ អង្គការ WFP នឹងផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងរបស់ខ្លួនលើការបង្កើតប្រព័ន្ធដែលមាននិរន្តរភាព សម្រាប់ការគាំទ្រលើអាហារូបត្ថម្ភ (ការវាយតម្លៃអំពីអាហារូបត្ថម្ភ, ការអប់រំ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា) ដល់អ្នកមកទទួល ART លើការថែទាំ និងការព្យាបាល ដែលជាផ្នែកមួយនៃកញ្ចប់ស្តង់ដារនៃសេវារបស់ជាតិ សម្រាប់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ ការរួមបញ្ចូលនូវបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និងអាហារូបត្ថម្ភ ទៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌស្ថាប័នទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពសាធារណៈ (មណ្ឌល ART) ត្រូវបាន NCHADS កំណត់ឃើញថាជាភាពខ្វះចន្លោះ។

អនុសាសន៍

- ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភជាបន្ថែម (ដែលសំបូរជាតិដែក និងប្រូតេអ៊ីន) ដល់កុមារី និងកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ផ្តោតកិច្ចប្រឹងប្រែងលើ ការបង្កើនការយល់ដឹងក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងចំណោមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី MCHN និងអំពីរបៀបទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីនេះ។

៦ អនុសាសន៍សម្រាប់ជំហានខាងមុខ

យុទ្ធជាតិគាំពារសង្គម និងគោលការណ៍ទាំងប្រាំនៃកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ផ្តល់ជាគោលនយោបាយសំខាន់មួយ និងកត្តាជម្រុញសម្រាប់អ្នកអនុវត្តកិច្ចគាំពារសង្គម ដើម្បីធានាថាវិធានការឆ្លើយតបនានាមានការឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការ និងកាលៈទេសៈដោយឡែករបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នករងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និងអ្នកងាយរងគ្រោះចំពោះមេរោគអេដស៍។ ការប្រកាសនៅឆ្នាំ ២០១២ នូវក្របខ័ណ្ឌពិនិត្យតាមដានសម្រាប់យុទ្ធជាតិគាំពារ សង្គមផ្តល់នូវការជម្រុញសម្រាប់ប្រមូលទិន្នន័យពាក់ព័ន្ធជាមួយឥទ្ធិពលនៃកិច្ចគាំពារសង្គម សម្រាប់អ្នករងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍។ កិច្ចគាំពារសង្គម ដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នឹងជួយកម្តជាក្នុងការសម្រេចគោលដៅទាំងប្រាំនៃយុទ្ធសាស្រ្តជាតិគាំពារសង្គម។

លើសពីនេះ កិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ផ្តល់ជាមាគ៌ា សម្រាប់បង្ហាញ និងតស៊ូមតិគាំទ្រអំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមទូទៅ មានការគិតគូរអំពីតម្រូវការជាក់លាក់ របស់ក្រុមអ្នកងាយរងគ្រោះពិសេសផ្សេងទៀត ដូចមានកំណត់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តជាតិគាំពារសង្គម ដូចជា ក្រុមជនជាតិដើមភាគតិច និងជនពិការ (PwD)។ ការសិក្សាវាយតម្លៃប្រហែលគ្នានេះ អាចផ្តួចផ្តើមឡើង ដើម្បីសម្រេចគោលដៅនេះ ដូចជា កិច្ចគាំពារសង្គម "ដែលគិតគូរអំពីជនពិការ"។ ការវាយតម្លៃ ឬ ការពិនិត្យមើលការអនុវត្តសាកល្បង និងគោលនយោបាយគាំពារសង្គមសំខាន់ៗ ក៏អាចយកមកប្រើប្រាស់ជាឱកាស សម្រាប់ប៉ាន់ប្រមាណអំពីការពាក់ព័ន្ធ និងការឆ្លើយតបទៅនឹងក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេស នានានៅក្នុង យុទ្ធជាតិគាំពារសង្គម ផងដែរ។ កិច្ចប្រឹងប្រែងគាំពារសង្គមបែបនេះ ដែលមានការសង្កត់ធ្ងន់លើក្រុមអ្នកងាយ រងគ្រោះបំផុត និងអ្នកត្រូវគេបដិសេធ អាចរួមចំណែកដល់ការអភិវឌ្ឍជាតិសម្រាប់ទាំងអស់គ្នា ដែលឈរលើមូលដ្ឋាននៃគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស សមធម៌ និងភាពថ្លៃថ្នូរ។

អនុសាសន៍ដូចខាងក្រោមនេះផ្តោតលើចំណាត់ការរយៈពេលខ្លី ដែលត្រូវការជាចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើឱ្យអ្នកពាក់ព័ន្ធនានាចូលរួមពេញលេញនៅក្នុងការពិភាក្សាកម្រិតជាតិ អំពីកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ (និងកិច្ចគាំពារសង្គម ដែលគិតគូរអំពីក្រុមងាយរងគ្រោះជាពិសេស ដទៃទៀតផងដែរ នៅក្នុងករណីផ្សេងទៀត) និងបង្កើតភស្តុតាងដែលចាំបាច់ សម្រាប់ជាមូលដ្ឋាននៃការសម្រេចខាងគោលនយោបាយ និងកម្មវិធីនានា។

៦.១. ក្រសួងនានានៃរាជរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកសាងគោលនយោបាយ

1

បង្កើតឱកាសសម្រាប់ការពិភាក្សាអំពីកិច្ចគាំពារសង្គមដែលគិតគូរអំពីបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នៅកម្រិតក្រុមការងារ បច្ចេកទេសទាំងឡាយ, ដែលរួមទាំងក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីផលប៉ះពាល់ និងកាត់បន្ថយបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និងក្រុមការងារបណ្តោះអាសន្ន ស្តីពីកិច្ចគាំពារសង្គម។

2

ពិចារណាការប្រជុំរួមគ្នាមួយរវាងក្រុមពីរ និងអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ ដូចជា តំណាងនានានៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង ក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងលើលទ្ធផលពីការពិនិត្យនេះ និងកំណត់អត្តសញ្ញាណឱកាសនានាបន្ថែមទៀត សម្រាប់បង្កើនការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នៅទូទាំងដំណាក់កាលទី ១ នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម នេះ។

3

ប្រើប្រាស់គ្រប់ឱកាសដែលមាននៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គមដំណាក់កាលទី១ (ឆ្នាំ ២០១១-២០១៥) ដែលទាក់ទងនឹងការកសាងគោលនយោបាយ (និងការបង្កើត និងអនុវត្តន៍កម្មវិធី និងការពិនិត្យតាមដាន/ការវាយតម្លៃ) ដើម្បីពិចារណាអំពីការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍នៃវិធានការឆ្លើយតបក្នុងកិច្ចគាំពារសង្គមនិងយន្តការនានា ដែលផ្តោតចំគោលដៅ និងកែសម្រួលយន្តការទាំងនោះ ឬ បង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រមួយ សម្រាប់កែតម្រូវយន្តការទាំងនោះ ឱ្យបានសមស្រប។

4

ពិចារណាអំពីថាតើឱកាសទាំងនេះ អាចបង្កើនការឆ្លើយតបបែបណានៃកិច្ចគាំពារសង្គម ទៅនឹងក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេសនានាដទៃទៀត។

5

ប្រើប្រាស់ភស្តុតាងអំពីការទទួលបានសេវា និងរបាំងនៃកិច្ចគាំពារសង្គម សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ជាមូលដ្ឋាននៃការធ្វើសេចក្តីសម្រេច ការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយបណ្តាញនានានៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តការងារស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដើម្បីបង្កើនភស្តុតាងសម្រាប់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេច។

៦.២. បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់។

1

ធ្វើការសិក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណអំពីកម្រិត និងរបាំង នៃការទទួលបានសេវាគាំពារសង្គម ពីសំណាក់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្រួសាររងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ ក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ និងក្រុមពលរដ្ឋទន់ខ្សោយ ដើម្បីបង្កើតភស្តុតាងសម្រាប់បង្កើតគោលនយោបាយ និងកម្មវិធី និងដំណើរការអនុវត្តន៍។

2

បង្កើតសមត្ថភាពចាក់ថៃង និងសមាជិកភាព និងចំណេះដឹងអំពីវិធានការឆ្លើយតបនៃកិច្ចគាំពារសង្គម និងយន្តការដែលផ្តោតចំទិសដៅ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៃការចូលរួមរបស់បណ្តាញនានានៅក្នុងការពិភាក្សានៅថ្នាក់ជាតិ។

3

សិក្សាអំពីសក្តានុពលជាមួយស្ថាប័នសំខាន់ៗក្នុងរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីបង្កើតយន្តការសម្រាប់បណ្តាញ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ដើម្បីពិនិត្យតាមដានកម្រិត និងរបាំង នៃការប្រើប្រាស់កិច្ចគាំពារសង្គម ដើម្បីកត់ត្រា និងស្វែងយល់អំពីការប្រែប្រួលលើកម្រិតនៃការប្រើប្រាស់ តាមរយៈទិន្នន័យទៅតាមពេលវេលា និងភស្តុតាង។

៦.៣. ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍

1

គាំទ្រឱ្យមានការពិភាក្សានៅថ្នាក់ជាតិ ជាមួយរដ្ឋាភិបាល និងសហគមន៍ពាក់ព័ន្ធ ដោយផ្តល់ធនធានបច្ចេកទេស និងការណែនាំ។

2

ប្រើប្រាស់ការពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ នៅក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធី និងការសាកល្បងកិច្ចគាំពារសង្គម ជាឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលការឆ្លើយតបនៃកម្មវិធីទាំងនោះ ទៅនឹងក្រុមងាយរងគ្រោះពិសេសនានាដូចមានចែងក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តជាតិគាំពារ សង្គម។

3

គាំទ្រដល់បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមងាយរងគ្រោះសំខាន់ៗ ដើម្បីបង្កើត និងអនុវត្តន៍ការសិក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលការទទួលបានសេវាគាំពារសង្គម ពីសំណាក់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយផ្តល់ធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងបច្ចេកទេស។

4

គាំទ្រដល់ការបង្កើតឧបករណ៍ ដើម្បីវិភាគកម្រិតឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ នៃកិច្ចគាំពារសង្គម និងធនធានដទៃទៀត ដូចជា តារាងពិនិត្យ ឧបករណ៍កំណត់ថ្លៃ និងឧទាហរណ៍នានាអំពីការប្រែប្រួលសមស្រប ដើម្បីបង្កើនការឆ្លើយតបនៃកិច្ចគាំពារសង្គមតបនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍។

ឯកសារយោង

Annear, P. L. (2007). *Study of financial access to health services for the poor in Cambodia. Phase 2: In-depth analysis of selected case studies.* Ministry of Health, WHO, AusAID and RMIT University.

CCHR (2012). *Rainbow Khmer: From Prejudice to Pride.* Phnom Penh: Cambodian Center for Human Rights.

Cercone, J. and Pinder, É. (2010). *The socioeconomic impact of HIV at the household level in Cambodia.* Phnom Penh: UNDP and NAA.

CPN+ (2012). *People Living with HIV Stigma Index: Cambodia, 2010.* Phnom Penh: Cambodian People Living with HIV Network (CPN+).

Kaybryn, J. (Forthcoming). *Assessment of the Buddhist Leadership Initiative in Cambodia.* Phnom Penh: UNICEF.

Knodel, J., Kim, S. K., Zimmer, Z. and Puch, S. (2005). Older Persons in Cambodia: A Profile from the 2004 Survey of Elderly. Population Studies Center, University of Michigan.

Liu, K.-L., and Chhorvann, C. (2010). *BROS Khmer 2010 (Behavioral Risks On-Site Serosurvey among At-Risk Urban Men in Cambodia).* Phnom Penh: FHI360.

Miller, E. and Samson, M. (2012). *HIV-Sensitive Social Protection: State of the Evidence 2012 in Sub-Saharan Africa.* UNICEF.

MoH (2012). *Standard Benefit Package and Provider Payment Mechanism for Health Equity Funds.* Phnom Penh: Ministry of Health.

MoP (2008). *Form 4: Household Questionnaire For Identification Of Poor Households.* Phnom Penh: Ministry of Planning.

Nadkarni, V., Goel, S. and Pongurlekar, S. (2011). *HIV-Sensitive Social Protection: A four state utilization study.* UNDP.

NCHADS (2007). *HIV Estimates and Projections for Cambodia 2006-2012.* Phnom Penh: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD.

NCHADS (2012). *Estimates and Projections of HIV/AIDS in Cambodia 2010-2015.* Phnom Penh: National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD.

NCHADS (2012). *Facility ART report.* Phnom Penh: National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD.

RCG (2002). *Law on the Prevention and Control of HIV/AIDS, No. NS/RKM/0702/015.* Phnom Penh: Royal Government of Cambodia.

RCG (2010). *Cambodia Millennium Development Goals* Report 2010. Phnom Penh: Ministry of Planning.

RCG (2012). *National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable.* Phnom Penh: Royal Government of Cambodia.

Samuels, F., Blake, C. and Akinrimisi, B. (2012). *HIV vulnerabilities and the potential for strengthening social protection responses in the context of HIV in Nigeria.* ODI.

Schwartländer, B., Stover, J., Hallett, T., Atun, R., Avila, C., Gouws, E. et al. (2011, June). Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet, 377*, 2031-40.

UNDP (2011). *HIV-Sensitive Social Protection for Impact Mitigation in Asia and the Pacific, Report on the High-level Technical Consultation, Siem Reap, Cambodia, 27–29 April 2011.* Phnom Penh: UNDP.

WFP Cambodia (2006). *Evaluation and Baseline Survey: Food support to PLHIV and OVC with Home-based Care.* Phnom Penh: World Food Programme, Cambodia.

WFP Cambodia (2010). *Nutrition Factsheet.* Phnom Penh: World Food Programme.

Willumsen, J. F. (2012). *Nutrition recommendations for HIV-infected children.* Retrieved November 20, 2012, from WHO: http://www.who.int/elena/titles/bbc/nutrition_hiv_children/en/

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ ឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលវិធានការនៃយន្តការគាំពារសង្គមតបនឹងបញ្ហាមេរោគអេដស៍

នៅទូទាំងដំណាក់កាលទី ១ (២០១១-២០១៥) នៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំពារសង្គម មានឱកាសជាច្រើនសម្រាប់ការពិនិត្យ និងពិចារណាកែសម្រួលដើម្បីបន្សុីគ្នាជាមួយប្រព័ន្ធគាំពារសង្គមដែលមានស្រាប់ ដែលរួមទាំងគម្រោងសាកល្បងមួយ ចំនួនដែលកំពុងអនុវត្តន៍ផងដែរ។ ដំណើរការវាយតម្លៃក៏ផ្តល់ឱកាសយ៉ាងសំខាន់ ដើម្បីប្រមូលទិន្នន័យដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយ កម្រិត នៃការយល់ដឹងអំពីការទទួលបានកិច្ចគាំពារសង្គម ពីសំណាក់អ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍ និងគ្រួសាររងគ្រោះដោយសារ មេរោគអេដស៍ផងដែរ។

តារាងខាងក្រោមនេះ បង្ហាញពីអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗមួយចំនួន និងអាចរំពឹងថាពង្រីកជាបន្ថែមទៀត នៅពេលដែលអ្នកពាក់ព័ន្ធនានារួមចំណែកផ្តល់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការពាក់ព័ន្ធរបស់ពួកគេ ដែលអនុវត្តន៍រវាងបច្ចុប្បន្ន និងឆ្នាំ ២០១៥។

ការសាកល្បងកំណត់អត្តសញ្ញាណជនក្រីក្រក្នុងទីក្រុង (២០១៣) និងការអនុវត្ត (២០១៤)	កម្មវិធី MoP-IDPoor
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គមរបស់វិស័យឯកជន (២០១៣)	NSSF
កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលជំនាញសហគ្រាសខ្នាតតូច(ផ្នែកមួយនៃSTVET) អនុវត្តន៍សាកល្បង(២០១៣)	ក្រសួងការងារ (MoLVT)
សោធននិវត្តន៍វិស័យឯកជន (២០១៥)	NSSF
ការបង្កើតកម្រងទិន្នន័យពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ BHS (២០១៣)	URC
ការពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃមូលនិធិ HEFs (២០១៣-២០១៥)	MoH, AFH, URC, BTC។ល។
ការសាកល្បង(ឧបត្ថម្ភប្រាក់)សម្រាប់ថែទាំសុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភដល់មាតានិងកុមារ(២០១៣)	MoH, UNICEF, WB, CARD
សាកល្បងសេវាកម្មច្រកចេញចូលតែមួយ (ព័ត៌មានអំពីវិធីទទួលសេវាគាំពារសង្គម)(២០១៣)	ILO
ការវាយតម្លៃអំពីវិធានការឆ្លើយតបនឹងទឹកជំនន់ឆ្នាំ ២០១១	គ្មានទីភ្នាក់ងារជាក់លាក់ណាមួយបានកំណត់នៅឡើយទេថាតើអ្នកណាបានអនុវត្តន៍ ឬ ផែនការអនុវត្តន៍ M&E នៅក្រោយមានវិធានការឆ្លើយតប
ការពង្រីកកម្មវិធីអាហារូបករណ៍ និងកម្មវិធីផ្តល់អាហារនៅតាមសាលារៀន	MoEYS, WFP
ការវាយតម្លៃកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហាររបស់ WFP ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍	WFP, NGO ជាដៃគូ (KHANA)
ការបង្កើតកម្មវិធីជាតិការងារចម្រុះសាធារណៈដើម្បីដោះស្រាយភាពគ្មានការងារ(តាមរដូវកាល) នៅជនបទ	
ការពិនិត្យតាមដាននិងពិនិត្យឡើងវិញនូវកម្មវិធីដែលមានស្រាប់ស្តីពីការងារដើម្បីសម្ភារៈផលិតកម្ម	MEF, MRD, WFP
ការសាកល្បងកម្មវិធីគាំទ្រមូលដ្ឋានផលិតកម្មនិងរបរចិញ្ចឹមជីវិត (PALS)	WFP, MRD, NCDD
ការពង្រីកកម្មវិធី CBHI (រង់ចាំការបញ្ជាក់ជាក្រោយ)	MoH
ការបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្ររយៈពេលវែងដើម្បីបង្កើនកិច្ចគាំពារសង្គមសម្រាប់អ្នកក្រ មនុស្សចាស់ និងជនពិការ (ដូចជា តាមរយៈការឧបត្ថម្ភប្រាក់ ឬសោធនសង្គម)	MoSVY
ការបែងចែកស្បៀងឱ្យដល់ក្រុមអ្នកងាយរងគ្រោះជាក់លាក់ (រង់ចាំការបញ្ជាក់)	MoH
ការបង្កើតសេវាសុខុមាលភាពសង្គម ដែលរួមទាំង សុខុមាលភាពកុមារ និងយុវនីតិសម្បទា សម្រាប់ជនពិការ ជនអនាថា សុខុមាលភាពសម្រាប់មនុស្សចាស់ និងអតីតយុទ្ធជន	MoSVY
ការសិក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណអំពីកម្រិតដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ ប្រើប្រាស់សេវាគាំពារសង្គម (អនុសាសន៍ពីការសិក្សានេះ)	UNDP, បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមអ្នករងគ្រោះសំខាន់ៗ
ការពង្រឹងឱកាសសេដ្ឋកិច្ចនៃរបរចិញ្ចឹមជីវិតសម្រាប់ស្ត្រីមានប្រាក់ចំណូលទាប និងផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (SECLO) របាយការណ៍គោលអំពីភាពក្រីក្រត្រូវបានរៀបចំរួចរាល់, ការអង្កេតនៅចុងខ្សែកំពុងរៀបចំ ការវាយតម្លៃគម្រោងនៅក្នុងខែធ្នូ ២០១២/មករា ២០១៣	CHEC

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៖
អ្នកចូលរួមនៅក្នុងការសម្ភាសន៍ជាលក្ខណៈបុគ្គល

ការសម្ភាសបានធ្វើឡើងជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធនានាដូចខាងក្រោម៖

	ឈ្មោះ	ស្ថាប័ន
1.	ហេង ឈាង គឹម	សមាគមអ្នកប្រើប្រាស់ ART (AUA)
2.	Brett Ballard (Dr)	កម្មវិធីជំនួយក្រៅប្រទេសនៃរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី(AusAID) នៅកម្ពុជា
3.	សួស ប្រឹមប្រីយ៍	កម្មវិធីជំនួយក្រៅប្រទេសនៃរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី(AusAID) នៅកម្ពុជា
4.	យ៉ា សេដ្ឋាដារុធ	បណ្តាញចតុមុខ (BC)
5.	សៅ សុភាព	បណ្តាញចតុមុខ (BC)
6.	សន សុទ្ធារិទ្ធ	បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍កម្ពុជា (CPN+)
7.	ព្រំ ដាលីស	សហគមន៍ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍កម្ពុជា (CCW)
8.	ឯ.ឧ ងី ច័ន្ទផល	ក្រុមប្រឹក្សាស្តារនិងអភិវឌ្ឍន៍កសិកម្មជនបទ (CARD)
9.	Anja Papenfuss	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) Cambodia
10.	ឱក ម៉ាលីកា	អង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ (ILO) នៅកម្ពុជា
11.	ជួប សុខចំរើន	KHANA
12.	តាំង គៀក	អង្គការកសាង
13.	ឯ.ឧ. វេជ្ជ. តេង គន្ធី	អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ (NAA)
14.	ឯ.ឧ. វេជ្ជ. មាន ឈីវុន	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់មេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ រោគសើរស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS)
15.	Usha Mishra	មូលនិធិអ.ស.ប ដើម្បីកុមារ (UNICEF) នៅកម្ពុជា
16.	Penny Campbell	មូលនិធិអ.ស.ប ដើម្បីកុមារ (UNICEF) នៅកម្ពុជា
17.	Tapley Jordanwood	សកលវិទ្យាល័យស្រាវជ្រាវ Co., LLC (URC)
18.	ប៉េង វន្នី	ធនាគារពិភពលោក
19.	Francesca de Ceglie	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP) នៅកម្ពុជា
20.	ឈុំ ម៉េងស៊ុនតាក់ណា (វេជ្ជ.)	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP) នៅកម្ពុជា
21.	អេង ដានី	អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) នៅកម្ពុជា
22.	Masami Fujita (Dr)	អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) នៅកម្ពុជា

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖
អ្នកចូលរួមនៅក្នុងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ថ្នាក់ជាតិ

1.	ហេង ឈាងគឹម	អ្នកសម្របសម្រួល	សមាគមអ្នកប្រើប្រាស់ ART (AUA)
2.	សៅ សុភាព	អ្នកសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ	បណ្តាញចតុមុខ (BC)
3.	យ៉ា សេដ្ឋាដារុផ	អ្នកសម្របសម្រួល	
4.	អ៊ាត សុភ័ក្ត្រ	អ្នកបណ្តុះបណ្តាលជាន់ខ្ពស់	សម្ព័ន្ធភាពធុរកិច្ចកម្ពុជាស្តីពីជម្ងឺអេដស៍ (CBCA)
5.	Juliette Rousselot	ទីប្រឹក្សា	មជ្ឈមណ្ឌលសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជា (CCHR)
6.	សន សុទ្ធារិទ្ធ	អ្នកសម្របសម្រួល	បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កម្ពុជា (CPN+)
7.	កាសែម កុលណារី (វេជ្ជ.)	ប្រធាន	ការអប់រំនិងថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍កម្ពុជា (CHEC)
8.	Piroska Bisits Bullen	ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស	
9.	សយ អ៊ឹង (វេជ្ជ.)	អនុប្រធាន CARD-SPCU	ក្រុមប្រឹក្សាស្តារនិងអភិវឌ្ឍន៍កសិកម្មជនបទ - អង្គភាពសម្របសម្រួលកិច្ចគាំពារសង្គម (CARD-SPCU)
10.	គង់ ចន្ទី	មន្ត្រី CARD-SPCU	
11.	ហេង សារិទ្ធ	មន្ត្រីទំនាក់ទំនង	
12.	អួម លក្ខិណា	មន្ត្រីទំនាក់ទំនង	
13.	ម៉េង ដានីន	ជំនួយការ M&E	
14.	ទឹម វ៉ា	នាយកប្រតិបត្តិ	គណៈកម្មាធិការសម្របសម្រួលផ្នែកមេរោគអេដស៍/ជម្ងឺអេដស៍ (HACC)
15.	សុខ គន្ធី	អ្នកបកប្រែឯករាជ្យ	
16.	លី ចាន់សុផល (វេជ្ជ.)	អ្នកសម្របសម្រួលការបណ្តុះបណ្តាល	KHANA
17.	អ៊ុក ផាវ៉ា	អ្នកយកព័ត៌មាន	KKN
18.	តាំង គឿក	នាយកប្រតិបត្តិ	អង្គការកសាង
19.	ជា សុខនី	នាយករង	MoLVT
20.	ឯ.ឧ. វេជ្ជ. តេង គន្ធី	អគ្គលេខាធិការ	អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងជម្ងឺអេដស៍ (NAA)
21.	រស់ សីឡាវ៉ា (វេជ្ជ.)	អគ្គលេខាធិការរង	
22.	វឿន យ៉ាណាត (វេជ្ជ.)	អនុប្រធាន	
23.	ភង ចាន់ថន	ជំនួយការ MARP	
24.	សានេត វឌ្ឍនា	ប្រធាន	វិទ្យាស្ថានជាតិកិច្ចការសង្គម (NISA)
25.	ខួង ពិចិត្រ	អ្នកសម្របសម្រួលកម្មវិធី	ក្រុមការងារថ្នាក់ជាតិទទួលបន្ទុកកុមារកំព្រានិងកុមារងាយរងគ្រោះ (NOVCTF)
26.	ស៊ុំ សុផន (វេជ្ជ.)	អនុប្រធាន	មូលនិធិជាតិសន្តិសុខសង្គម (NSSF)
27.	គិត ម៉ូរ៉ានី	នាយកកម្មវិធី	អង្គការសង្គ្រោះកុមារ
28.	Marie-Odile Emond	អ្នកសម្របសម្រួលប្រចាំនៅកម្ពុជា	កម្មវិធី UNAIDS នៅកម្ពុជា
29.	សុខ ច័ន្ទធរី	ប្រធានផ្នែកអភិបាលកិច្ច	UNDP នៅកម្ពុជា
30.	ប៊ូ អមរា	អ្នកវិភាគកម្មវិធី	
31.	Jo Kaybryn	ទីប្រឹក្សាកិច្ចគាំពារសង្គម	
32.	Marisa Foraci	ជនបង្គោលកិច្ចគាំពារសង្គម	
33.	ទេព គន្ធាវ៉ា	អ្នកវិភាគកម្មវិធី	
34.	ភី ផាត	សហការីកម្មវិធី	
35.	ម៉ក់ សូដាលីន	គណនេយ្យករកម្មវិធី	
36.	លាង សុភ័ត្រ	កម្មសិក្សាការីក្រុមអភិបាលកិច្ច	
37.	Nur Yunus	កម្មសិក្សាការីក្រុមអភិបាលកិច្ច	
38.	ប៉េង វន្ធី	ទីប្រឹក្សាកិច្ចគាំពារសង្គម	ធនាគារពិភពលោក
39.	ឈុំ ម៉េងស៊ុនគាក់ណា(វេជ្ជ.)	មន្ត្រីកម្មវិធី	កម្មវិធីស្បៀងអាហារពិភពលោក (WFP)

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៖ ឯកសារបន្ថែមដែលបានពិនិត្យ

ADB, Case Study 4. Mitigating HIV Risks in Cambodia, ADB Study Series: Technical Report Number 1 (2007)

Adésínà, Jìmí O. Rethinking the Social Protection Paradigm: Social Policy in Africa's Development, Commissioned Background Paper for the European Report on Development, European University Institute, Florence, Italy, 2010

Alkenbrack, S., Chettra, T. and Forsythe, S. The Social and Economic Impact of HIV/AIDS on Families with Adolescents and Children in Cambodia, USAID, 2004

Braithwaite, J., Bruni, L., Conway, T., Larrison, J. and Rigolini, J. Cambodia Safety Net Review, Draft Policy Note, Council for Agriculture and Rural Development (CARD), World Food Programme (WFP), World Bank East Asia Human Development Unit (WB), May 25, 2009

CARD, Presentation "SSN inventory Cambodia, safety net gaps and challenges", National Forum on Food Security and Nutrition under the theme of Social Safety Nets in Cambodia, Organized by the Council for Agricultural and Rural Development (CARD), Supported by the World Bank, 6–7 July, 2009, Intercontinental Hotel, Phnom Penh, Cambodia

CARD, Overview of the National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable, no date

CARD, 2011-2015 Work Plan of Social Protection Coordination Unit, Secretariat of Social Protection Coordination Unit, Council for Agricultural and Rural Development, 2011

Chan, S. and Ear, S. Towards Understanding Social Protection in Cambodia, Cambodia Development Review, Volume 8, Issue 4, October-December 2004

DARA, WFP Cambodia School Feeding 2000-2010: A Mixed Method Impact Evaluation, WFP, 2010

Economist Intelligence Unit, Mapping of social protection measures for children affected by AIDS in Asia-Pacific, UNICEF, 2011

Gill, G. J., Luttrell, C. and Conway, T. Annex 3: Food Security in Cambodia, ODI, 2003

Godwin, J. Legal protections against HIV-related human rights violations: Experiences and lessons learned from Asia and the Pacific, Consultation Draft, UNDP, 7 August 2012

Heng, B. and Moul, V. HIV/AIDS Home-based Care Project Report Submitted to NCHADS, Action for Health Development (AHEAD), 2008

Hennicot, J.- C. Presentation "Cambodia: Social Protection Expenditure and Performance Review (SPER) Findings", ILO. c.2012

Hennicot, J.-C. Social Protection Expenditure and Performance Review, EU/ILO Project on Improving Social Protection and Promoting Employment, ILO, 2012

Holzmann, R. and Jørgensen, S. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond, Social Protection Discussion Paper Series, No. 0006, The World Bank, 2000

ILO, A Public Works Programme as Part of Social Protection: A Background Note, ILO and CARD, 2010

ILO, A Public Works Programme as part of

the National Social Protection Strategy: A Framework for Implementation, ILO and CARD, 2010

ILO, Sharing Innovative Experiences: Successful Social Protection Floor Experiences, UNDP, 2011

Indigenous Peoples Planning Framework (IPPF), Cambodia, Second Health Sector Support Project (HSSP2), no date

Meessen, B., Pei, X., Criel, B. and Bloom, G. (eds), Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR, Studies in Health Services Organization & Policy, 23, 2008

Mirchandani, M. Mapping of social protection measures for children affected by HIV/AIDS in Asia-Pacific: Key observations, Research commissioned by UNICEF Asia-Pacific, Economist Intelligence Unit, 2011

MoH, MoLVT and MoSVY, Cambodia Country Report: Follow up of the 9th ASEAN & Japan High Level Officials' Meeting on Caring Societies "Human Resource Development in the sectors of Welfare and Health – with a focus on capacity building of service providers and employability promotion of vulnerable people", 23-25 October 2012, Tokyo, Japan

NAA, National Strategic Plan for Comprehensive and Multi-sectoral Response to HIV and AIDS III (2011-2015) in Cambodia, National AIDS Authority, 2010

Nolan, A. Social Protection in the Context of HIV and AIDS, Irish Aid, 2009

Platt, A. Health care for vulnerable groups in Cambodia, GTZ, 2010

Por, I., Jacobs, B., Meessen, B. and Damme, W. Toward a typology of health-related informal credit: an exploration of borrowing practices for paying for health care by the poor in Cambodia, BMC Health Services Research 2012, 12:383

Ros, Chhun Eang. Roadmap to Universal Coverage in Cambodia, 4th TMR Health Policy & Financing, NOSSAL, Bureau of Health Economics and Financing, DPHI, MoH, 11th October 2011

Royal Government of Cambodia, Achieving Cambodia's Millennium Development Goals, Update, Ministry of Planning, 2010

Royal Government of Cambodia, Master Plan on Social Health Protection, 2009

Sann, V. Chapter 11: Social Protection in Cambodia: Toward Effective and Affordable Social Protection for the Poor and Vulnerable, pp316-345, 2009

Sok, K., (Dr.) Social Health Protection Mechanisms in Cambodia, Department of Planning and Health Information, Ministry of Health, no date

Taïeb, D., Kong C., Ok, M. and Schmitt, V. Assessment of Social Protection and Employment Related Programs in Siem Reap and Banteay Meanchey, Cambodia, Draft 2.0, Phnom Penh, ILO, 22 March 2012

Thwin, A. Cambodia Food Support to PLHA and OVC with Home-based Care, Evaluation and Baseline Survey, KHANA, 2006

UNAIDS, HIV-Sensitive Social Protection. What does the evidence say? UNAIDS, 2010

UNDP, Social Protection that Works for PLHIV (India) UNDP, 2011

UNICEF, Enhancing Social Protection for HIV Prevention, Treatment, Care & Support. The State of the Evidence, UNICEF, 2010

United Nations, Beyond the crises: Long-term perspectives on social protection and development in Asia and the Pacific, Note by the secretariat, E/ESCAP/67/20, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, sixty-seventh session, Bangkok, 19-25 May 2011

WAPN+, Positive and Pregnant: How Dare You; A study on access to reproductive and maternal
health care for women living with HIV in Asia, WAPN+, 2012

Empowered lives.
Resilient nations.

កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សហប្រជាជាតិ

វិថី ប៉ាស្ទ័រ សង្កាត់ បឹងកេងកង
ប្រអប់សំបុត្រលេខ ៨៧៧ ភ្នំពេញ កម្ពុជា
ទូរស័ព្ទ ៖ +855 (0)23 216 167 ឬ 214 371
ទូរសារ ៖ +855 (0)23 216 257 ឬ 721 042
អ៊ីម៉ែល ៖ registry.kh@undp.org
www.kh.undp.org