ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

លទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងផែនការគ្រួសារ
នៅកម្ពុជា

ក្រសួងផែនការ

ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០២

មាតិកា

មាតិកា ... i

បញ្ជីតារាង ... iii

បញ្ជីដ្យាក្រាម ... iv

សទ្ទានុក្រម ... vi

អារម្ភកថា ... viii

ខ្លឹមសារសង្ខេប ... xi

ជំពូក១: និដ្ឋភាពទូទៅ ... 1

ជំពូក២: លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបែងចែកតាមជនបទ-ទីក្រុង និងខេត្ត ... 6

២.១ សេចក្តីផ្តើម ... 6

២.២ និន្នាការកន្លងមកនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត: ១៩៥៨-១៩៩០ ... 6

២.២.១ ១៩៥៨-១៩៧៥ ... 7

២.២.២ ១៩៧៥-១៩៧៩ ... 7

២.២.៣ ១៩៨០-១៩៩០ ... 8

២.៣ និន្នាការបច្ចុប្បន្ននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត: ១៩៩១ និងក្នុងឆ្នាំបន្ទាប់ ... 8

២.៣.១ អង្កេតទាំងឡាយនៅចន្លោះឆ្នាំ១៩៩១ និង ១៩៩៨: ការប៉ាន់ស្មានដែលធ្វើឡើងក្នុងដំណាក់កាលថ្មីៗ ... 9

២.៣.២ អង្កេតនានានៅចន្លោះឆ្នាំ១៩៩១និង១៩៩៨: ការប៉ាន់ស្មានដែលធ្វើឡើងក្នុងដំណាក់កាលថ្មីៗបំផុត ... 10

២.៤ ការប៉ាន់ស្មានផ្សេងៗទៀត ... 18

២.៤.១ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Rele (១៩៦២-២០០០) ... 18

២.៤.២ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children ... 22

២.៥ និន្នាការលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត ... 26

២.៥.១ ការប៉ាន់ស្មានតាមរយៈវិធីសាស្ត្រ Own-Children ... 26

២.៥.២ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ RELE ... 31

២.៥.៣ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត ... 32

២.៦ សន្និដ្ឋាន ... 32

ជំពូកទី៣: កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា 37
៣.១. សេចក្តីផ្តើម 37
៣.២. ក្របខ័ណ្ឌទ្រឹស្តី 38
៣.៣ វិធីសាស្ត្រ 41
៣.៤ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា 43
៣.៤.១ ការអនុវត្តន៍ម៉ូដែល 46
៣.៤.២ ការសាកល្បងគំរូ 51
៣.៥ សន្និដ្ឋាន 56
ជំពូក៤: តំរូវការផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជា 57
៤.១ សេចក្តីផ្តើម 57
៤.១.១ ជីវប្រវត្តិ 57
៤.១.២ យុត្តិកម្មនៃការសិក្សា 58
៤.១.៣ និយមន័យនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត
និងផែនការគ្រួសារ 60
៤.១.៤ និន្នាការនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត១៩៩៥-២០០០ 63
៤.២ ទិសដៅ 65
៤.៣ វិធីសាស្ត្រ 65
៤.៤ ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយសង្ខេបលើឯកសារដែលមានស្រាប់ 66
៤.៤.១ ការសង្ខេបលទ្ធផលនៃការសិក្សាមួយចំនួន 66
៤.៤.២ ការជ្រើសរើសអថេរសំរាប់ការសិក្សាបច្ចុប្បន្ន 69
៤.៥ ការវិភាគនិងពិភាក្សា 70
៤.៥.១ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត 70
៤.៥.២ តំរូវការផែនការគ្រួសារ 80
៤.៥.៣ ផលប៉ះពាល់នៃការបំពេញតំរូវការវិធីពន្យារកំណើតលើលទ្ធភាពបង្កកំណើត 86
៤.៦ សង្ខេប និង សន្និដ្ឋាន 90
៤.៧ ការផ្តល់សម្រាប់រៀបចំគោលនយោបាយ 92
ជំពូក ៥: សំយោគ និងអនុសាសន៍ 94

ឯកសារយោង 98

បញ្ជីតារាង

តារាង២.១ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសំរាប់កម្ពុជា បែងចែកតាម ថ្នាក់ជាតិ តំបន់ទីក្រុង និងតំបន់ជនបទ ពីប្រភពថ្មីៗបំផុត.. 12

តារាង២.២ និន្នាការក្នុងកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ១៩៩៥-២០០០............................ 16

តារាង២.៣ វិធីសាស្ត្រនំនើបនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតចំរុះបច្ចុប្បន្ន ១៩៩៥-២០០០................. 17

តារាង២.៤ ការប្រើប្រាស់ការពន្យារកំណើត និងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតៈ ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នទូទាំងពិភពលោក 19

តារាង២.៥ ការប៉ាន់ស្មាននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុបតាមវិធីសាស្ត្រ Rele ១៩៦២-២០០០............... 20

តារាង២.៦ ប៉ាន់ស្មាន TFR អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Own Children ដោយប្រើជំរឿនឆ្នាំ ១៩៩៨ៈ កម្ពុជា 25

តារាង២.៧ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុបតាមខេត្តពីទិន្នន័យជំរឿន១៩៩៨ នៅកម្ពុជា....... 28

តារាង២.៨ ការកំណត់កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត (អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា ២០០០) 29

តារាង៣.១ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា.. 43

តារាង៣.២ ភាគរយនៃអ្នកប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត.. 436

តារាង៣.៣ ប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់វីធីពន្យារកំណើត 45

តារាង៣.៤ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប........................ 47

តារាង៣.៥ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប........................ 48

តារាង៣.៦ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប........................ 48

តារាង៣.៧ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប ដោយមានលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបប៉ាន់ស្មាន ១២,០ 49

តារាង៣.៨ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប ដោយមានអត្រារំលូតកូនសរុបប៉ាន់ស្មាន ១,៤... 50

តារាង៣.៩ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនសរុប ដោយមានការប៉ាន់ស្មានអត្រារំលូតកូនសរុប ១,៤ និងលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប ១៣,៥.. 50

តារាង៣.១០ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ៣,០ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ.. 52

តារាង៣.១១ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាន TFR ២,៥ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ 52

តារាង៣.១២ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាន TFR ២,១ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ 53

តារាង៣.១៣ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ២៥ភាគរយ ... 54

តារាង៣.១៤ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើប្រេវាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៥០ភាគរយ ... 54

តារាង៣.១៥ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៧៥ភាគរយ ... 55

តារាង៣.១៦ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ដោយគ្មានការរួមចំណែកពីការរំលូតកូន... 55

តារាង៤.១ TFR និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតនៅកម្ពុជា (CPR) និងប្រទេសជិតខាង ឆ្នាំ២០០០ ... 57

តារាង៤.២ TFR សំរាប់៥ឆ្នាំមុនអង្កេតតាមបណ្តាខេត្ត អង្កេតសុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ២០០០... 58

តារាង៤.៣ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច_សង្គមកិច្ច និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០... 71

តារាង៤.៤ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០... 75

តារាង៤.៥ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរប្រជាសាស្ត្រ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ ... 78

តារាង៤.៦ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នគិតតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច_សង្គមកិច្ច និងតំរូវការផែនការគ្រួសារកម្ពុជា ២០០០... 84

តារាង៤.៧ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារកម្ពុជា ២០០០ ... 87

តារាង៤.៨ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអថេរប្រជាសាស្ត្រ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ កម្ពុជា ២០០០ ... 87

តារាង៤.៩ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអាយុនិងកម្រិតអប់រំ និងការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូនរបស់ពួកគាត់ ... 90

បញ្ជីដ្យាក្រាម

ដ្យាក្រាម២.១ និន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត១៩៨៣_១៩៩៩ ដោយប៉ាន់ស្មាន TFR តាមរយៈវិធីសាស្ត្រ Own-Children នៅកម្ពុជា... 30

ដ្យាក្រាម២.២ ការប៉ាន់ស្មាន TFR ដោយវិធីសាស្ត្រផ្សេងៗគ្នា៖ កម្ពុជា 33
ដ្យាក្រាម៤.១ គំរូការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងគំរូការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតចំពោះវិធីពន្យារកំណើត នៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ 62

សទ្ទានុក្រម

Australian National University (ANU)	សាកលវិទ្យាល័យជាតិអូស្ត្រាលី
Age–Specific Fertility Rate (ASFR)	អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់
Anti-natal	មុនសំរាលកូន
Behaviour Change Communication (BCC)	ទំនាក់ទំនងនៃបំរែបំរួលឥរិយាបថ
Index of Abortion (Ca)	សន្ទស្សន៏នៃការរំលូតកូន
Crude Birth Rate (CBR)	អត្រាកំណើតដុល
Index of Contraception (Cc)	សន្ទស្សន៏ប្រើប្រាស់ការពន្យារកំណើត
Cambodia Demographic and Health Survey (CDHS)	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា
Index of Postpartum Insusceptibility (Ci)	សន្ទស្សន៏នៃការធ្វើកុំឱ្យមានកូនក្រោយពេលឆ្លងទន្លេ
Index of Marriage (Cm)	សន្ទស្សន៏ការរៀបអាពាហ៏ពិពាហ៏
Contraceptive Prevalence Rate (CPR)	អត្រាប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត
Centre for Population Studies (CPS)	មជ្ឈមណ្ឌលសិក្សាពីប្រជាជន
Index of Sterility (Cs)	សន្ទស្សន៏នៃការធ្វើកុំឱ្យមានកូន
Cambodia Socio Economic Survey (CSES)	អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជា
Child-Women Ratio (CWR)	សមាមាត្រស្ត្រី-កុមារ
Gross Reproduction Rate (GRR)	អត្រាបន្តពូជដុល
Inter-Agency Technical Working Group / Population and Development Policy (IATWG/PDP)	ក្រុមការងារបច្ចេកទេសអន្តរស្ថាប័ន / គោលនយោបាយប្រជាជន និងការអភិវឌ្ឍន៏
Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS)	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឥណ្ឌូនេស៊ី
Information, Education and Communication (IEC)	ពត៌មាន ការអប់រំ និងទំនាក់ទំនង
Intrauterine Device (IUD)	កងដាក់ស្បូន
Knowledge, Attitude and Practice Survey of Fertility and Contraception in Cambodia 1995 (KAP)	អង្កេតពីការយល់ដឹង ឥរិយាបថ និងការអនុវត្តន៏ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងវិធីពន្យារកំណើត ១៩៩៥
Millennium Development Goals (MDGs)	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហសវត្ស
Ministry of Health (MOH)	ក្រសួងសុខាភិបាល
Ministry of Planning (MOP)	ក្រសួងផែនការ

National Health Survey (NHS)	អង្កេតសុខភាពជាតិ
National Institute of Statistics (NIS)	វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ
National Population Strategy (NPRS)	យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសំរាប់ប្រជាជន
Opinion Research Company Macro (ORC Macro)	
Parity/Age Specific Fertility (P/F ratio)	យុគភាព / លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុ
Peri-natal	ជុំវិញកំណើតកូន
Population Analysis Unit (PAU)	អង្គភាពវិភាគប្រជាជន
Post-natal	ក្រោយសំរាលកូន
Statistical Package for Social Sciences (SPSS)	កញ្ចប់ស្ថិតិសំរាប់វិទ្យាសាស្ត្រសង្គម
Total Fertility Rate (TFR)	អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប
United Nations Population Fund (UNFPA)	មូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជន

អារម្ភកថា

នៅក្នុងឯកសារមួយដែលបោះពុម្ពផ្សាយថ្មីៗដោយក្រសួងផែនការ[១] លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់ ត្រូវបានកំណត់ថាជាបញ្ហាមួយនៃបញ្ហាប្រជាជនសំខាន់ៗទាំងដប់ ដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច និងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។ ដោយសារជាសមាសភាពគន្លឹះមួយនៃអត្រាកំណើនប្រជាជនខ្ពស់ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់គឺជារបាំងមួយចំពោះការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់ ធ្វើអោយខូចផងដែរដល់សុខភាពនិងសុខុមាលភាពរបស់មាតានិងទារក។

របាយការណ៍នេះគឺជារបាយកាណ៍ទីមួយ ក្នុងចំណោមរបាយការណ៍វិភាគទាំងឡាយនៃបញ្ហាប្រជាជនសំខាន់ៗដែលអង្គភាពវិភាគប្រជាជន(PAU) នៃក្រសួងផែនការបានរៀបចំឡើងក្រោមអនុកម្មវិធីយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍និងប្រជាជននៃមូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជន ដោយមានជំនួយឧបត្ថម្ភបច្ចេកទេសពីជំនាញការរយៈពេលវែងដែលបានផ្តល់ដោយសាកលវិទ្យាល័យជាតិអូស្ត្រាលី។

របាយការណ៍វិភាគនេះមាន៣ផ្នែកដាច់ៗពីគ្នា ប៉ុន្តែការសិក្សាទាំងឡាយមានការទាក់ទងគ្នាដែលពាក់ពន្ធ័ជាមួយកំរិតនិងនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត កត្តាកំណត់ជំនួស(ផ្ទាល់) នៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ និន្នាការទាំងឡាយនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ត្រូវបានគេសិក្សាដោយមានភស្តុតាងពីប្រភពទិន្នន័យនានានិងការសិក្សាកន្លងមកជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃនិន្នាការថ្មីៗនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងភាពខុសគ្នានៃនិន្នាការទាំងនេះនៅជនបទ ទីក្រុង និងខេត្ត ត្រូវបានសិក្សាជាលំអិត ដោយធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើការប៉ាន់ស្មានអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលមានស្រាប់ រួមមានវិធីសាស្ត្រនៃការប៉ាន់ស្មាន និងដោយធ្វើការរៀបចំការប៉ាន់ស្មានជាថ្មីជាមួយនិងវិធីសាស្ត្រប៉ានស្មានផ្សេងៗទៀតដែលប្រើទិន្នន័យពីជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៩៨។ ការប៉ាន់ស្មានថ្មីទាំងនេះបង្ហាញថា ទោះបីមាននិន្នាការថយចុះពីពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាទាំងមូលនិងតាមខេត្តនានានៅតែមានកំរិតខ្ពស់ដដែល។ ការសិក្សាស្តីពីកត្តាកំណត់នៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបង្ហាញថា ការថយចុះដែលបានកើតឡើងចំពោះអត្រាលទ្ធ-ភាពផ្តល់កំណើតក្នុងកំរិតជាតិ ភាគច្រើនដោយសារមានការផ្លាស់ប្តូរទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការពុំមានលទ្ធភាពបន្តពូជបន្ទាប់ពីសំរាលកូន គឺជាអសមត្ថភាពជាបណ្តោះអាសន្ននៃស្ត្រីមិនអាចមានផ្ទៃពោះបន្ទាប់ពីសំរាលកូន ហើយបង្ហាញថាការថយចុះផ្សេងទៀតគឺអាស្រ័យដោយការប្រើប្រាស់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៃវិធីសាស្ត្រការពន្យារកំណើតទំនើប។ លទ្ធផលទាំងឡាយនៃអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ បានបង្ហាញថា ទោះបីមានតំរូវការខ្ពស់ចំពោះវិធីពន្យារកំណើតក៏ដោយ មានតែតិចជាងពាក់កណ្តាលនៃតំរូវការប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានបំពេញ។ របាយការណ៍វិភាគស្តីពីតំរូវការផែនការគ្រួសារបង្ហាញនូវកត្តានានា ដែល

[១] ក្រសួងផែនការ ២០០២ ឆ្ពោះទៅរកការរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រអភិឌ្ឍន៍ប្រជាជនមួយសំរាប់កម្ពុជា. ភ្នំពេញ

ត្រូវបានគេយល់ឃើញថាមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារ ហើយផ្តល់នូវអនុសាសន៍សំរាប់បន្ថយជាអតិបរមានូវការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងបង្កើនជាអតិបរមានូវតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

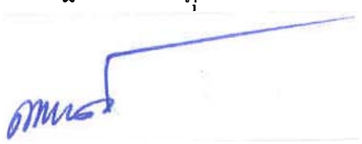
របាយការណ៍ស្តីពីនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងតំរូវការគ្រួសារ ត្រូវបានរៀបចំដោយមន្ត្រីនៃអង្គភាពវិភាគប្រជាជន ចំណែកឯរបាយការណ៍ស្តីពីកត្តាកំណត់នៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានរៀបចំដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងសហការរវាងមជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់ការសិក្សាពីប្រជាជន (CPS) នៃសាកលវិទ្យាល័យភូមិន្ទភ្នំពេញនិងអង្គភាពវិភាគប្រជាជន។ ក្នុងពេលរៀបចំរបាយការណ៍ សមាជិកនៃក្រុមស្រាវជ្រាវត្រូវបានណែនាំនិងជួយឧបត្ថម្ភដោយជំនាញការរយៈពេលវែងគឺលោកបណ្ឌិត Ricardo Neupert និង លោកបណ្ឌិត Gouranga Dasvarma នៃសាកលវិទ្យាល័យជាតិអូស្ត្រាលី។ ជំនាញការរយៈពេលវែងមិនគ្រាន់តែធ្វើការជាមួយសមាជិកនៃក្រុមស្រាវជ្រាវក្នុងការរៀបចំឯកសារនេះទេ ប៉ុន្តែពួកគាត់បានផ្តល់នូវការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការងារដល់ក្រុមស្រាវជ្រាវផងដែរ អំពីទស្សនៈមូលដ្ឋាននៃការវិភាគពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងផែនការគ្រួសារ វិធីសាស្ត្រនៃការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ការវិភាគពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យស្ថិតិដែលចាំបាច់សំរាប់ការវិភាគ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ឯកឧត្តម គឹម សយសាម៉ាឡែន លោកស្រីហ៊ាង សៀកលី លោកទួន ថាវរៈ លោកស្រីជូ ពុទ្ធានី លោកហង្ស សុវិទ្យា និង លោកជា ចាន់ទុំ និងមន្ត្រីទាំងអស់នៃអង្គភាពវិភាគ ប្រជាជន និង លោកកែន វាសនា នៃមជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់ការសិក្សាពីប្រជាជន ចំពោះការរួមចំណែកក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៍នេះ។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់លោកបណ្ឌិត Neupert និង លោកបណ្ឌិត Dasvarma ចំពោះការខិតខំប្រឹងប្រែងអស់ពីកំលាំងកាយចិត្តក្នុងការជួយឧបត្ថម្ភ និងការបណ្តុះបណ្តាលដល់សមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវក្នុងការវិភាគទិន្នន័យនិងក្នុងការរៀបរៀងរបាយការណ៍នេះ។ ខ្ញុំសូមអរគុណចំពោះការផ្តល់យោបល់ល្អៗពីក្រុមការងារបច្ចេកទេសអន្តរស្ថាប័ន/គោលនយោបាយប្រជាជននិងអភិវឌ្ឍន៍ (IATWG/PDP) ចាប់តាំងពីការចាប់ផ្តើមរៀបរៀងរបាយការណ៍។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដ៏ជ្រាលជ្រៅ ចំពោះមូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជន និងសាកលវិទ្យាល័យជាតិអូស្ត្រាលី ចំពោះការផ្តល់ឱកាសនិងធនធានក្នុងការរៀបចំរបាយ-ការណ៍នេះ។ ជាពិសេសខ្ញុំសូមវាយតំលៃខ្ពស់ចំពោះការយកចិត្តទុកដាក់ ការគាំទ្រ និងការលើកទឹកចិត្តពីលោកស្រី Yoshiko Zenda តំណាងមូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជនប្រចាំនៅកម្ពុជា លោក ស្រី Nuzhat Ehsan តំណាងមូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជន និងលោកស្រី Nathalie Williams មន្ត្រីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់មូលនិធិសហប្រជាជាតិសំរាប់ប្រជាជន ក្នុងអំឡុងពេលរៀបចំរបាយការណ៍នេះ។ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះលោក លោកស្រី ដែលបានផ្តល់យោបល់ល្អៗដើម្បីជួយកែលំអនិងធ្វើឱ្យរបាយការណ៍-មានភាពត្រឹមត្រូវ។

របាយការណ៍នេះបានបង្ហាញនូវលទ្ធផលសំខាន់ៗ និងមានប្រយោជន៍នៃស្ថានភាពរបស់លទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងផែនការគ្រួសារដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងគោលនយោបាយជាតិសំរាប់ប្រជាជន និងយុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ការប្រជាជននិងអភិវឌ្ឍន៍ ក៏ដូចជា ឯកសារផ្សេងៗទៀតដែលជាប់ពាក់ពន្ធ័ទៅនឹងការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច និងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅកម្ពុជា។ ខ្ញុំសង្ឃឹមថាឯកសារនេះនឹងមានសារៈប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកធ្វើផែនការ អ្នករៀបចំគោលនយោបាយ និងអ្នកដែលមានចំណាប់អារម្មណ៍ ចំពោះបញ្ហាផែនការគ្រួសារនិងប្រជាជនកម្ពុជា។

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងផែនការ

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា



ឆាយ ថន

ខែធ្នូ ២០០២

ខ្លឹមសារសង្ខេប

របាយការណ៍នេះគឺជារបាយការណ៍ដំបូងនៃរបាយការណ៍វិភាគនានា ពីបញ្ហាប្រជាជនសំខាន់ៗនៅកម្ពុជា ដែលអង្គភាពវិភាគប្រជាជននៃក្រសួងផែនការបានរៀបរៀងឡើង ។ របាយការណ៍នេះផ្សំឡើងដោយការសិក្សាបីដាច់ពីគ្នាប៉ុន្តែមានការទាក់ទងនឹងគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយរបាយការណ៍នេះសិក្សាពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជា ។ នៅក្នុងការសិក្សាដំបូង និន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានវិភាគទៅតាមតំបន់ជនបទ-ទីប្រជុំជននិងតាមបណ្តាខេត្ត ទន្ទឹមនឹងនេះនៅក្នុងការសិក្សាទីពីរនិងទីបីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជាត្រូវបានវិភាគនៅកំរិតជាតិ ។

ការសិក្សាពីនិន្នាការលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងតំរូវការសំរាប់រៀបចំផែនការគ្រួសារ បានរៀបចំឡើងដោយសមាជិករបស់អង្គភាពវិភាគប្រជាជននៃក្រសួងផែនការ ទន្ទឹមគ្នានឹងការសិក្សាពីកត្តា កំណត់ជំនួសដែលជាការខិតខំរួមគ្នារវាង មជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់សិក្សាពីប្រជាជននៃសាកលវិទ្យាល័យភូមិន្ទភ្នំពេញ (RUPP) និងអង្គភាពវិភាគប្រជាជន ។ នៅក្នុងដំណើរការនៃការសិក្សាទាំងអស់នេះ សមាជិកអង្គភាពវិភាគប្រជាជន និងមជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់សិក្សាពីប្រជាជន បានទទួលការជួយជ្រោមជ្រែងពីទីប្រឹក្សារយៈពេលវែងរបស់គំរោងក្នុងការវិភាគទិន្នន័យនិងរៀបចំរបាយការណ៍នេះ ។

របាយការណ៍នេះរួមមានប្រាំជំពូក ។ ជំពូកទីមួយបង្ហាញពីទិដ្ឋភាពទូទៅ ។ ជំពូកទីពីរទាក់ទងនឹងកំរិតនិងនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដែលបានបង្ហាញថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមានកំរិតខ្ពស់ក្នុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០និង១៩៦០ (អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប "TFR" ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាមាន៧.0 ហើយអត្រាកំណើតដុលនៅក្នុងឆ្នាំ១៩៦២ ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាមានប្រហែល៤៧នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.000នាក់) ។ នៅក្នុងរបបខ្មែរក្រហមពីឆ្នាំ១៩៧៥ ដល់១៩៧៩ ការប៉ាន់ស្មានដែលបានរៀបចំឡើងវិញពីទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រមិនច្បាស់លាស់ និងពីរបាយការណ៍ជនភៀសខ្លួន បានផ្តល់នូវតួលេខមិនច្បាស់លាស់ និងមិនស៊ីសង្វាក់គ្នា ប៉ុន្តែការប៉ាន់ស្មានមួយបានផ្តល់នូវអត្រាកំណើតដុលពីចន្លោះ២០ ទៅ ២៥នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន១.000នាក់ សម្រាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៧៦-១៩៧៨ ឬ TFR ប្រហែល៣.៥ ។ បន្ទាប់ពីនេះ អត្រាកំណើតដុលត្រូវបានគេជឿជាក់ថា នឹងកើនឡើងយ៉ាងរហ័សទៅដល់ប្រហែល៤៤នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១.000នាក់នៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ ទោះបីជាការប៉ាន់ស្មានផ្សេងទៀតផ្តល់តួលេខមួយទាបជាង គឺ៣៥ នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន១.000នាក់ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នា ។ នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃរបបខ្មែរក្រហម លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំង ដោយមានការធ្លាក់ចុះនៃអត្រាកំណើតដុលពី២០ទៅ២៥នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន១.000នាក់ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៧៦ដល់១៩៧៩ ។ បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់របបខ្មែរក្រហម ដែលបានធ្វើឱ្យជីវភាពរស់នៅរបស់ប្រជាជនវិលទៅកាន់ភាពប្រក្រតីវិញនោះ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់

របស់ ដោយមានអត្រាកំណើតដុលដែលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាកើនឡើងដល់កំរិតខ្ពស់ គឺ៤៨នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន១.000នាក់ នៅក្នុងពាក់កណ្ដាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៨0។ បន្ទាប់ពីនេះ លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតបានធ្លាក់ចុះយឺត១មកដល់ប្រហែល៣៨នាក់ក្នុងឆ្នាំ១៩៩0។ TFR សំរាប់ឆ្នាំ១៩៩0ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាមានប្រហែល ៦។ ដូចបានពណ៌នាពីខាងដើម លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតបានកើនឡើងនៅក្នុងចន្លោះពេលពីចុងទសវត្សរ៍ឆ្នាំ១៩៥0និងដើមទសវត្សរ៍ឆ្នាំ១៩៧0 បានថយចុះនៅចន្លោះពីពាក់កណ្ដាលនិងចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៧0 ហើយស្ថានភាពនេះបានកើនឡើងវិញដោយសារ" *ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក*" (Baby Boom) នៅក្នុងទសវត្សរ៍ឆ្នាំ១៩៨0 មុននឹងចាប់ផ្ដើមធ្លាក់ចុះជាថ្មីម្ដងទៀត ។

ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ (TFR=៥,៣) ដែលទទួលបានតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានប្រយោលដោយផ្អែកលើការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រអត្រា P/F បានផ្ដល់នូវការប៉ាន់ស្មានខ្ពស់ហួស ដូច្នេះការប៉ាន់ស្មាន TFR ដែលស្មើនឹង៤,0 ដែលទទួលបានតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់ពីការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២000 បានបង្ហាញឱ្យឃើញនូវការធ្លាក់ចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើត។ ទោះដូច្នេះក្ដី ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រអត្រា P/F មិនមានលក្ខណៈសមស្របទៅនឹងល័ក្ខខ័ណ្ឌប្រជាសាស្ត្ររបស់កម្ពុជាដែលគេអាចកត់សម្គាល់បានតាមរយៈការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើត។ របៀបគណនាប្រយោលដែលមានលក្ខណៈសមស្របជាងនេះទៀតមាន ដូចជាវិធីសាស្ត្រ Own Children និងវិធីសាស្ត្រ Rele បានផ្ដល់នូវការព្យាករណ៍សមស្របទាំងក្នុងកំរិតជាតិនិងកំរិតខេត្ត ដែលវិធីសាស្ត្រទាំងពីរនេះបង្ហាញឱ្យឃើញពីការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតនៅកម្ពុជានិងនៅតាមខេត្តទាំងអស់ ចាប់ពីពាក់កណ្ដាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩0។

ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតថយចុះ និន្នាការប្រែប្រួលនៃអថេរជំនួសមួយចំនួនត្រូវបានគេធ្វើការស្រាវជ្រាវ (Bongaarts 1978)។ ក្នុងចំណោមអថេរទាំងនោះ ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះ សមាមាត្រនៃការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ឬការពន្លូតកូន ជាកត្តាដែលគេបានរកឃើញថា មិនមានការរួមចំណែកច្រើនក្នុងការធ្វើឱ្យលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតថយចុះឡើយ។ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត ដែលមានឥទ្ធិពលខ្លាំងទៅលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតនៅក្នុងបណ្ដាប្រទេសដទៃទៀតនោះ មិនមានការកើនឡើងទេនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

ជាការពិត លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានការថយចុះ ហើយការចាប់ផ្ដើមនៃការថយចុះនេះគឺកើតឡើងនៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៩0 (ដ្យាក្រាម ២.១)។ ត្រង់ចំណុចនេះ អាចមិនមែនជាអាទិភាពក្នុងការកំណត់ល្បឿនឬទំហំនៃការថយចុះរបស់លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតទេ ប៉ុន្តែជាក់ស្ដែងការខិតខំប្រឹងប្រែងត្រូវធ្វើឡើងដើម្បីស្វែងយល់និងវិភាគអំពីកត្តាកំណត់ការថយចុះនេះ។ បញ្ហាចំបងមួយគឺជាការខិតខំប្រឹងប្រែងរកឱ្យឃើញថាតើការថយចុះនេះអាចកើតមានឡើងយ៉ាងដូចម្ដេចជាមួយនឹងភាពមានកំរិតនៃ ការប្រើប្រាស់

វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមចំណង់របស់ស្ត្រី អាចផ្តល់នូវតំរុយមួយចំនួនចំពោះបញ្ហានេះ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកូនមធ្យមប្រសើរបំផុតសំរាប់ក្រុមស្ត្រីកម្ពុជា អាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ គឺ ៣,៦នាក់ (NIS et al, 2001:109)។ ចំពោះក្រុមស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់មានគភ៌លើកដំបូង (បានន័យថា គិតចាប់ពីអាយុ ១៥-១៩ឆ្នាំ) ចំនួនកូនមធ្យមប្រសើរបំផុតគឺ ៣,១។ ប៉ុន្តែ ថាតើស្ត្រីទាំងនោះត្រូវប្រឹងប្រែងយ៉ាងដូចម្តេចដើម្បីធ្វើឱ្យសំរេចបាននូវចំនួនកូនប្រសើរបំផុត គឺជាបញ្ហាដែលត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត។

ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី នៅក្នុងការខិតខំបកស្រាយអំពីកំរិតទាបនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលបានធ្វើការសង្កេតនៅកម្ពុជា មានហេតុផលមួយចំនួនអាចលើកយកមកបង្ហាញនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ ដូចជា:

(ក) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍អោយបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ អំពីការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតរបស់ពួកគាត់ (ទាំងវិធីសាស្ត្រទំនើប និងបុរាណ)

(ខ) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍ឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីការរំលូតកូន និង

(ឃ) ការថយចុះនៃលទ្ធភាពបង្កកំណើតរបស់ក្រុមស្ត្រី នៅក្នុងវ័យបន្តពូជដំបូងរបស់ពួកគាត់ពីអាយុ ២០-២៩ឆ្នាំ ដែលជាក្រុមស្ត្រីដែលមានវ័យក្មេងពេកឬបានកើតនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃរបបខ្មែរក្រហមពីឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ ហើយបានរងគ្រោះដោយសារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចធ្វើឱ្យចុះខ្សោយជាប្រចាំនូវសមត្ថភាពបន្តពូជរបស់ពួកគាត់[២]។

ហេតុផលដំបូងពីរដែលលើកឡើងខាងលើ មានលក្ខណៈសមហេតុសមផល និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយការសិក្សាអំពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ យើងពុំទាន់រកបាននូវលទ្ធផលសមស្របណាមួយទាក់ទងទៅនឹងហេតុផលទីបីទេ។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកស្រាវជ្រាវមួយចំនួនអះអាងថាស្ត្រីម្នាក់ដែលស្រកទំងន់ពី១០ទៅ១៥% នឹងបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ក្នុងខ្លួនប្រហែល១/៣ ហើយបណ្តាលឱ្យគាត់រាំងរដូវ (Frisch 1978: 91) ហើយដូច្នេះអាចបណ្តាលឱ្យគាត់មានលទ្ធភាពបង្កកំណើតទាប ដែលតាមរយៈនេះ គេអាចសន្និដ្ឋានថា ស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនឡើងទំងន់តាមធម្មតាវិញ នឹងអាចនៅតែមានលទ្ធភាពបង្កកំណើតទាបដដែល។ ទន្ទឹមនឹងនេះ Bongaarts និង Cain (1982: 48) បានលើកឡើងថា អត្រាបង្កកំណើតត្រឡប់មកស្ថានភាពដើមវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយមានការផ្គត់ផ្គង់អាហារគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញ។ ឧទាហរណ៍មួយសំរាប់ករណីខាងលើ គឺការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត នៅក្នុងអំឡុងរបបខ្មែរក្រហម និង "*ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក*" (Baby Boom) ដែលកើតមានឡើងបន្ទាប់ពីលក្ខខណ្ឌនៃជីវភាពរស់នៅបាន

---

[២] ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតា អាចមានឥទ្ធិពលលើលទ្ធភាពបង្កកំណើត (Figueroa និង Rodriguez-Garcia 2002:1)។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលមកពីការអត់ឃ្លាន អាចធ្វើឱ្យមានការថយចុះនូវលទ្ធភាពបង្កកំណើត តាមរយៈការថយចុះនៃសមាមាត្រស្ត្រីដែលមានរដូវនិងបង្កើតអូវុល (Bongaarts និង Cain 1982:48)។

ត្រឡប់មកស្ថានភាពធម្មតាវិញ។ ទោះបីជាមានទស្សនៈខុសគ្នាចំពោះហេតុផលទីបីក៏ដោយ ហេតុផលនេះនឹងមិនត្រូវបានលើកយកមកពិភាក្សាក្នុងរបាយការណ៍នេះទេ ទោះបីជាហេតុផលនេះមានសារៈសំខាន់ដែល គួរតែលើកយកមកសិក្សានៅទីនេះក៏ដោយ ។

សំនួរដែលទាក់ទងនឹងកត្តាកំណត់ជំនួស (Proximate determinant) ដែលមានឥទ្ធិពលទៅលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានសិក្សានៅក្នុងជំពូកទី៣: *កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងប្រទេសកម្ពុជា*។ ដូចបានពណ៌នាពីខាងដើម លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបានធ្លាក់ចុះគួរឱ្យកត់សំគាល់ ប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើបនៅមានកំណត់ ដោយមានតែ ១៨,៥% នៃស្ត្រីដែលបានរៀបការក្នុងវ័យបន្តពូជកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រមួយនៃការពន្យារណើត (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ អគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាល និង ORC Macro, 2001) ។

កត្តាចំបងដែលរួមចំណែកក្នុងការកាត់បន្ថយ TFR ពីកំរិតខ្ពស់បំផុតពីធម្មជាតិ ១៣,៥ គឺទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន។ អថេរទាំងពីរនេះបានកាត់បន្ថយកំរិតលទ្ធភាពបង្កកំណើតពីកូន ១៣,៥ ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ មក TFR ៥,៧។ ការរួមចំណែករបស់អថេរផ្សេងទៀតក្នុងការធ្វើឱ្យថយចុះកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺមិនបានស្តែងចេញច្បាស់លាស់ដូចអថេរទាំងពីរដែលបានរៀបរាប់ពីខាងលើទេ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ក្នុងចំណោមអថេរទាំងអស់ក្រៅពីអថេរទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន ការរំលូតកូន និងការពន្យារកំណើតមានការរួមចំណែកធ្វើឱ្យលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតថយចុះមានកំរិតខ្លាំងជាងអថេរនៃភាពពុំអាចមានកូន ។

ការវិភាគបង្ហាញថា ការថយចុះណាមួយនៅក្នុង TFR ពីកំរិតកូន៥,0 ក្នុងស្ត្រីម្នាក់នឹងអាស្រ័យជាចំបងទៅលើការប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត។ កត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងទៀត ដូចជា ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន អាចមានការលំបាកក្នុងការធ្វើឱ្យមានការប្រែប្រួលឥទ្ធិពលជាក់លាក់ណាមួយទៅលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយដោយផ្អែកលើការអនុវត្តជាក់ស្តែងដើម្បីកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត អាចជាការជំរុញឱ្យមានការប្រើប្រាស់ផែនការ គ្រួសារ និងការពន្យារកំណើត។ ជាឧទាហរណ៍ ការសាកល្បងគំរូដែលបានធ្វើនៅក្នុងការវិភាគបង្ហាញថា ដើម្បីសំរេចឱ្យបាន TFR នៅក្នុងកំរិតមួយដែលស្មើនឹងកូន៣ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតគួរតែបង្កើនដល់ ៤០,២ ភាគរយ។ ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៥១,២ភាគរយ នោះ TFR នឹងមានកំរិតស្មើ២,៥ ហើយដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ក្នុងកំរិតជំនួស២,១ ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតគួរតែបង្កើនដល់ ៦0,0ភាគរយ។ ចំណុចសំខាន់គួរឱ្យកត់សំគាល់ គឺរាល់តួលេខទាំងអស់ត្រូវបានប៉ាន់ស្មាន ដោយចាត់ទុកថាអថេរជំនួសផ្សេងទៀតមិនមានការប្រែប្រួលទេ។

ទោះបីជា ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានកំរិតទាប (ដូចនៅក្នុងឆ្នាំ២០០០ ប្រេ-វ៉ាឡង់ស្មើនឹង២៣.៨ភាគរយសំរាប់ស្ត្រីដែលបានប្រើប្រាស់វិធីណាមួយ និង១៨.៥ភាគរយសំរាប់ស្ត្រីដែលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទំនើប) ៣២.៨ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការមានតំរូវការការពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមិនបានប្រើវិធីណាមួយឡើយ។ ការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនេះ គួបផ្សំនឹងការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ន ធ្វើឱ្យតំរូវការផែនការគ្រួសារកើនខ្ពស់ដល់៥៦.៤ភាគរយ (ដូចបានបញ្ជាក់មកពីខាងដើម) ហើយមានតែ ៤២ភាគរយនៃតំរូវការប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានបំពេញ។ បណ្តាកត្តាដែលទាក់ទងទៅនឹងការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានវិភាគនៅក្នុងជំពូកទី៤: *តំរូវការផែនការគ្រួសារនៅប្រទេសកម្ពុជា*។ អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួន ត្រូវបានរកឃើញថាមានទំនាក់ទំនងទៅនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ការទទួលបានសេវាកម្មអប់រំរបស់ស្ត្រីនិងស្វាមី ប្រភេទនៃទីកន្លែងដែលគ្រួសារប្តីប្រពន្ធស្នាក់នៅ(ជនបទ-ទីប្រជុំជន ទីក្រុង ទីក្រុងតូចៗ តំបន់ជនបទ) និងប្រភេទមុខរបរ(កសិកម្មឬមិនកសិកម្ម) សុទ្ធតែមានទំនាក់ទំនងជាមួយការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

សំយោគ និងអនុសាសន៍

របាយការណ៍វិភាគនេះ រួមមានការសិក្សាលើប្រធានបទបីដាច់ពីគ្នា ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងគ្នាទៅវិញទៅមក ដែលមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ ប្រជាជននិងការអភិវឌ្ឍន៍ ការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនិងកម្មវិធីជាតិពន្យារកំណើត។ នៅក្នុងប្រធានបទទីមួយ និន្នាការនិងភាពខុសគ្នានៅក្នុងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជានិងបណ្តាខេត្តទាំងអស់ត្រូវបានសិក្សា ហើយការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតត្រូវបានគិតគូរ។ ការប៉ាន់ស្មានចុងក្រោយទាំងនេះបង្ហាញថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងក្នុងខេត្តស្ទើរតែទាំងអស់ មានការថយចុះតាំងពីប្រហែលពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០មកម្ល៉េះ។ ទោះបីជាមាននិន្នាការថយចុះដូច្នេះក្តី លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅតែមានកំរិតខ្ពស់ ដោយTFR មានប្រហែល៤.០ នៅទូទាំងប្រទេសក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ១៩៨៦ ដល់ ២០០០។ គេអាចពិនិត្យឃើញមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងនៃ TFR រវាងតំបន់ជនបទ-ទីប្រជុំជន និងរវាងខេត្តនិងខេត្ត។ TFR នៅតំបន់ជនបទមាន ៤.២ និងនៅទីប្រជុំជនមាន ៣.១។ ចំពោះភាពខុសគ្នានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងចំណោមខេត្ត-ក្រុង ភ្នំពេញមានកំរិតទាបជាងគេ ដោយមាន TFR ក្នុងកំរិតជំនួស២.១ ហើយខេត្តមណ្ឌលគិរីនិងរតនគិរី មានកំរិតខ្ពស់ជាងគេ ដោយមាន TFR ៦.៣។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមិនបានថយចុះ ក្នុងអត្រាដូចគ្នានៃការកើតឡើងរបស់ប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតទេ ហើយដូច្នេះគេបានសន្និដ្ឋានថា ការពន្យារកំណើតនិងអត្រារំលូតកូន អាចត្រូវបានរាយការណ៍ទាបជាងកំរិតជាក់ស្តែង នៅក្នុងអង្កេតនានា។

ការសិក្សាទីពីរ ពិនិត្យទៅលើតួនាទីនៃកត្តាកំណត់ជំនួស (ផ្ទាល់) ក្នុងការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់កម្ពុជា ពីកំរិតអតិបរមាធម្មជាតិ មកត្រឹមកំរិតបច្ចុប្បន្នដែលមានកំរិតទាបជាងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិ។ កត្តាកំណត់ជំនួសរួមមាន ការរំលូតកូន ភាពពុំអាចមានកូន ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពមិនអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន (គឺមានន័យថា ឱកាស ទាបបំផុតឬស្ទើរតែមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីការសម្រាលកូន) និងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើប។ ការវិភាគនេះត្រូវបានធ្វើឡើងសំរាប់កំរិតជាតិតែប៉ុណ្ណោះ។ ការសិក្សាបង្ហាញថា កត្តារួមចំណែកច្រើនជាងគេបង្អស់ក្នុងការបន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិនៅកម្ពុជាគឺ ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពពុំអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន។ ការរួមចំណែកនៃកត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងទៀតគឺមានកំរិតតិចតួច ប៉ុន្តែក្នុងចំណោមកត្តាទាំងនោះ តួនាទីរបស់ការរំលូតកូន និងការពន្យារកំណើតមានកំរិតខ្លាំងជាងភាពពុំអាចមានកូនបាន។ គួរកត់សំគាល់ផងដែរថា ការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅពេលអនាគត នឹងអាស្រ័យជាសំខាន់ទៅលើការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត (ដោយហេតុថាការរំលូតកូនមិនគួរត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ធ្វើជាមធ្យោបាយមួយសំរាប់ការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត)។

ដូចបានឃើញនៅក្នុងបរិបទនៃលទ្ធផលពីការវិភាគលើកត្តាកំណត់ជំនួស ការសិក្សាអំពីការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានសន្មតថាជាបញ្ហាយ៉ាងសំខាន់។ ការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានកំណត់ជាសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលត្រូវការវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីពន្យារឬកំណត់ការសម្រាលកូន ប៉ុន្តែមិនបានប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយឡើយ។ តំរូវការផែនការគ្រួសារគឺ ជាផលបូកនៃការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងការប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ (គឺមានន័យថាជាសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមានតំរូវការពន្យារកំណើត និងស្ត្រីដែលកំពុងប្រើវិធីនេះ)។ អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួនបានរកឃើញថា មានការពាក់ពន្ធ័យ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ការសិក្សាពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត បង្ហាញឱ្យឃើញពីនិន្នាការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា និងក្នុងបណ្តាខេត្តនានា ហើយទោះបីជាការសិក្សាអាចបង្ហាញពីនិន្នាការនេះតាមរយៈ ការវិភាគទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ក៏ដោយ អនុសាសន៍ចំបងពីការសិក្សានេះគឺសំដៅធ្វើឱ្យការប្រមូលទិន្នន័យបានល្អជាងមុននៅក្នុងការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនានាក្នុងពេលអនាគត ដែលក្នុងនោះការអង្កេតបន្ទាន់មួយចំពោះមុខគឺ អង្កេតអន្តរជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ២០០៣។ ប្រភេទទិន្នន័យដែលគួរប្រមូលមានដូចតទៅៈ

(ក) ទិន្នន័យដែលអាចមានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ទៅនឹងកុមារអាយុក្រោយ ១៥ឆ្នាំ រស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារជាមួយនឹងម្តាយ ហើយ

(ខ) ទិន្នន័យដែលផ្តល់ពត៌មានអំពីរបាយអាយុរបស់ស្ត្រី ដែលបែងចែកតាមឆ្នាំនៃកំណើតកូនចុងក្រោយ (មានន័យថា កំណើតកូនថ្មីៗបំផុត)។

ប៉ុន្តែ ចំពោះការគណនាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងនិន្នាការរបស់វា គ្មានអ្វីប្រសើរជាងប្រព័ន្ធកត់ត្រាកំណើតមួយពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវ ដែលអាចគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេស។ ដូច្នេះនៅពេលដែលការប្រមូលទិន្នន័យតាមរយៈការធ្វើជំរឿននិងអង្កេតត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសំរាប់ការវាយតំលៃមួយល្អជាងមុន ទៅលើកំរិតនិងនិន្នាការនានានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ការខិតខំប្រឹងប្រែងគួរត្រូវបានធ្វើដើម្បីកែលំអប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាននៅក្នុងប្រទេស។

អនុសាសន៏ដែលមានលក្ខណៈប្រាកដនិយមបំផុត ពីការសិក្សាលើកត្តាកំណត់ជំនួសសំរាប់ការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺដើម្បីជំរុញការអនុវត្តន៏ផែនការគ្រួសារ ឬការពន្យារកំណើត។ ការសិក្សាក៏បានផ្តល់អនុសាសន៏ដែរថា ការវិភាគមួយនៃកត្តាកំណត់ជំនួសគួរតែអនុវត្តនៅកំរិតខេត្ត ដើម្បីកំណត់អនុសាសន៏គោលនយោបាយជាក់លាក់នៅថ្នាក់ខេត្តអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និង ផែនការគ្រួសារ។

ការសិក្សាពីការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារបង្ហាញថាអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារមួយចំនួន មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមកត្តាទាំងនេះ ភាពញឹកញាប់នៃទំនាក់ទំនងរវាងប្តីប្រពន្ធអំពីផែនការគ្រួសារ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបង-ប្អូនស្រី ឬមិត្តភ័ក្តិ/អ្នកជិតខាង ការយល់ព្រមរបស់ប្តី-ប្រពន្ធពីផែនការគ្រួសារ និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ស្ត្រីចំពោះការមានកូនច្រើនថែមទៀត មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី អថេរមួយចំនួនក្នុងចំណោមអថេរទាំងនេះ មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែមិនមានទំនាក់ទំនាក់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារទេ ឬ បញ្រ្ចាសមកវិញ។ ជាឧទាហរណ៏ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីមានទំនាក់ទំនងខ្សោយនិងគ្មានឥទ្ធិពលទៅលើការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែ មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងនិងមានឥទ្ធិពលទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ផ្តើមចេញពីទស្សនៈសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច នៅពេលដែលគេពិនិត្យឃើញថា ការបង្កើនការអប់រំអាចកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ ការខិតខំប្រឹង

ប្រែងបន្ថែមទៀតត្រូវធ្វើឡើងតាមរយៈកម្មវិធីសិក្សា ដើម្បីផ្ដល់ពត៌មាននិងការអប់រំដល់ស្ត្រីដែលមានការអប់រំតិចតួចអំពីសារៈសំខាន់នៃគ្រួសារតូច និងអំពីរបៀបដែលធ្វើឱ្យសំរេចឱ្យបានគ្រួសារតូចតាមរយៈផែនការគ្រួសារ ។

បើគិតតាមអថេរផែនការគ្រួសារ/សុខភាព កម្មវិធីពន្យារកំណើតនិងផែនការគ្រួសារគួរតែបង្កើនឱ្យបានកាន់តែខ្លាំងថែមទៀតនៅក្នុងតំបន់ជនបទនិងតំបន់ក្រៅទីក្រុង ដែលជាកន្លែងដែលការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារមានកំរិតខ្ពស់ ហើយតំរូវការផែនការគ្រួសារមានកំរិតទាប ។ ដូចគ្នានេះដែរ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកាត់បន្ថយ ការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រី និងស្វាមីដែលធ្វើការនៅក្នុងមុខរបរកសិកម្ម ។

ជាងនេះទៅទៀត ប្រពន្ធ័ផ្ដល់សេវាសុខភាពនិងផែនការគ្រួសារ ចាំបាច់ត្រូវតែកែលំអដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្ដល់កម្មវិធី ដែលជាមធ្យោបាយដើម្បីការកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដើម្បីបង្កើនការតំរូវការផែនការគ្រួសារ ហើយសំខាន់បំផុតនោះគឺដើម្បីលើកកំពស់ការបំពេញតំរូវការ ។

ការប្រស្រ័យទាក់ទងគ្នារវាងស្ត្រីនិងបងប្អូនស្រីគាត់ ឬមិត្តភ័ក្តិ/អ្នកជិតខាង ត្រូវបានគេពិនិត្យឃើញថាមានឥទ្ធិពលទៅលើការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ រូបភាពនៃទំនាក់ទំនងទាំងនេះគួរតែត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដើម្បីបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។

ស្ត្រីទាំងឡាយនៅក្នុងវ័យបន្តពូជដំបូង ស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានចន្លោះកំណើតខ្លី និងស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានគ្រួសារទំហំធំ ចាំបាច់ត្រូវតែបានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀត ក្នុងការកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងការបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសាររបស់ពួកគាត់ ។

ជំពូក១៖ ទិដ្ឋភាពទូទៅ

របាយការណ៍នេះគឺជារបាយការណ៍ទី១ ក្នុងចំណោមរបាយការណ៍វិភាគទាំងឡាយដែលកំពុងរៀបចំដោយអង្គភាពវិភាគប្រជាជននៃក្រសួងផែនការ លើបញ្ហាគន្លឹះរបស់ប្រជាជនដែលបានកំណត់នៅក្នុងឯកសារ *ឆ្ពោះទៅរកយុទ្ធសាស្ត្រស្តីពីប្រជាជននិងការអភិវឌ្ឍន៍មួយនៅកម្ពុជា* (រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ២០០២: ៧-៣០)[៣]។ របាយការណ៍នេះផ្សំឡើងដោយការសិក្សាបីដាច់ពីគ្នាប៉ុន្តែមានការទាក់ទងនឹងគ្នាទៅវិញ ទៅមក ហើយរបាយការណ៍នេះសិក្សាពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងផែនការគ្រួសារ៖

(ក) និន្នាការលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបែងចែកតាមតំបន់ទីក្រុង-ជនបទ និងខេត្ត

(ខ) កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា និង

(គ) តំរូវការផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជា

ការសិក្សាដែលបានចែងនៅក្នុងចំណុច (ក) និង (គ) ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយសមាជិកនៃអង្គ-ភាពវិភាគប្រជាជនរបស់ក្រសួងផែនការ ចំណែកការសិក្សាដែលបានចែងនៅក្នុងចំណុច (ខ) ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយការប្រឹងប្រែងរួមគ្នារវាងមជ្ឈមណ្ឌលសិក្សាពីប្រជាជននៃសាកលវិទ្យាល័យភូមិន្ទភ្នំពេញ និងអង្គភាពវិភាគប្រជាជន។ នៅក្នុងដំណើរការនៃការសិក្សាទាំងអស់នេះ សមាជិកអង្គភាពវិភាគប្រជាជន និងមជ្ឈ-មណ្ឌលសំរាប់សិក្សាពីប្រជាជន បានទទួលការជួយជ្រោមជ្រែងពីទីប្រឹក្សារយៈពេលវែងរបស់គំរោងក្នុងការវិភាគទិន្នន័យនិងរៀបចំរបាយការណ៍នេះ។ មុនពេលចាប់ផ្តើមរៀបចំរបាយការណ៍វិភាគនេះ សមាជិកនៃអង្គ-ភាពទាំងពីរខាងលើ ត្រូវបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពីទ្រឹស្តី និងបច្ចេកទេសនៃការវិភាគប្រជាសាស្ត្រ ដែលចាំបាច់សំរាប់ការសិក្សាទាំងនេះ។ លើសពីនេះទៀត សមាជិកនៃអង្គភាពទាំងពីរនេះ បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការងារជាបន្តបន្ទាប់ នៅពេលធ្វើការជាមួយទីប្រឹក្សារយៈពេលវែង។

របាយការណ៍នេះចែកចេញជា ៥ ជំពូក។ ជំពូកទី១ បង្ហាញពីទិដ្ឋភាពរួមនៃលទ្ធផលទាំងឡាយរបស់ការវិភាគ។ ជំពូកទី២ លើកឡើងអំពីកំរិត និងនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាដោយបែងចែកតាមតំបន់ទីក្រុង-ជនបទ និងខេត្ត។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសទាំងមូលមានកំរិតខ្ពស់ខ្លាំងក្នុងទសវត្សឆ្នាំ ១៩៥០ និង ១៩៦០ ដោយមានតួលេខប៉ាន់ស្មាននៃអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR) ៧,០ និងអត្រាកំណើតដុលប្រហែល ៤៧/១.០០០ ក្នុងឆ្នាំ ១៩៦២។ នៅក្នុងរយៈពេលនៃរបបខ្មែរក្រហម ពីឆ្នាំ ១៩៧៥-

[៣] បញ្ហាទាំងឡាយរបស់ប្រជាជនមាន៖ អត្រាកំណើនប្រជាជនខ្ពស់ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់ មរណភាពខ្ពស់ ករណីពិសេសនៃហ៊ីវ/អេដស៍ ការធ្វើបំលាស់ទីលំនៅខ្ពស់ អតុល្យភាពក្នុងរចនាសម្ព័ន្ធអាយុ-ភេទ ភាពក្រីក្រខ្ពស់ កំរិតអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្សទាប វិសមភាពយេនឌ័រ សម្ពាធប្រជាជនទៅលើធនធានធម្មជាតិ។

១៩៧៩ ទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រមិនមានលក្ខណៈច្បាស់លាស់ ហើយតួលេខទាំងឡាយដែលបានរៀបចំចងក្រងឡើងវិញពីរបាយការណ៍ស្តីពីជនភៀសខ្លួន គឺមានការប្រែប្រួលនិងមិនត្រូវគ្នា ប៉ុន្តែការប៉ាន់ស្មានមួយដែលបានមកពីការរួមបញ្ចូលនូវការប៉ាន់ស្មានផ្សេងៗទៀតនិងលក្ខខណ្ឌដែលកើតមានជាទូទៅនៅកម្ពុជា ធ្វើឱ្យអត្រាកំណើតដុលស្ថិតនៅចន្លោះពី២០-២៥/១.០០០ សំរាប់រយៈពេល ១៩៧៦-១៩៧៨ ឬ TFR ប្រហែល ៣.៥ (Desbarats ១៩៩៥: ៨៧-៨៨)។ បន្ទាប់មក អត្រាកំណើតដុលបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់ក្នុងរង្វង់ ៤៤/១.០០០ នៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ ទោះបីជាការប៉ាន់ស្មានផ្សេងទៀតបង្ហាញនូវតួលេខមួយទាបជាងគឺ ៣៩/១.០០០ សំរាប់រយៈពេលដូចគ្នា។ ការធ្លាក់ចុះមួយយ៉ាងខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានកើតឡើងនៅក្នុងរយៈពេលនៃរបបខ្មែរក្រហម ១៩៧៥-១៩៧៩ ដោយមានអត្រាកំណើតដុលធ្លាក់ចុះមករវាង ២០ និង ២៥/១.០០០ ក្នុងរយៈពេល ១៩៧៦-១៩៧៩។ ការត្រឡប់មករកប្រក្រតីភាពក្នុងជីវភាពនិងលក្ខខណ្ឌរស់នៅក្រោយការបញ្ចប់នៃរបបខ្មែរក្រហម ធ្វើឱ្យមានការឡើងមួយយ៉ាងខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដោយមានអត្រាកំណើតដុលដែលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានកើនឡើងយ៉ាងខ្ពស់រហូតដល់ ៤៤/១.០០០ នៅពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ ហើយបន្ទាប់ពីនោះមកបានថយចុះយឺតៗមកប្រហែល ៤០ ក្នុងឆ្នាំ១៩៨៨ និង ៣៨ ក្នុងឆ្នាំ១៩៩០។ TFR ដែលបានប៉ាន់ស្មានសំរាប់ឆ្នាំ១៩៩០ គឺ ៦,០។ ដូចបានជំរាបជូនខាងដើម លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានកើនរវាងចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០ និងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ រួចបានធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំងចាប់ពីពាក់កណ្តាលដល់ចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ ហើយត្រូវបានកើនឡើងវិញដោយ*ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក* (baby boom) ក្នុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ មុននឹងចាប់ផ្តើមធ្លាក់ចុះជាថ្មីម្តងទៀត។

ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ (TFR=៥,៣) ដែលទទួលបានតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានប្រយោលដោយផ្អែកលើការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រអត្រា P/F បានផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មានខ្ពស់ហួស ដូច្នេះការប៉ាន់ស្មាន TFR ដែលស្មើនឹង៤,០ ដែលទទួលបានតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់ពីការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ បានបង្ហាញឱ្យឃើញនូវការធ្លាក់ចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ទោះដូច្នេះក្តី ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រអត្រា P/F មិនមានលក្ខណៈសមស្របទៅនឹងល័ក្ខខ័ណ្ឌប្រជាសាស្ត្ររបស់កម្ពុជាដែលគេអាចកត់សម្គាល់បានតាមរយៈការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ របៀបគណនាប្រយោលដែលមានលក្ខណៈសមស្របជាងនេះទៀតមាន ដូចជាវិធីសាស្ត្រ Own Children និងវិធីសាស្ត្រ Rele បានផ្តល់នូវការព្យាករណ៍សមស្របទាំងក្នុងក៏រិតជាតិនិងក៏រិតខេត្ត ដែលវិធីសាស្ត្រទាំងពីនេះបង្ហាញឱ្យឃើញពីការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជានិងនៅតាមខេត្តទាំងអស់ ចាប់ពីពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០។

ដោយពិនិត្យរកមើលមូលហេតុនៃការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និន្នាការទាំងឡាយនៃអថេរជំនួសមួយចំនួន ត្រូវបានលើកយកមកសិក្សា (Bongaarts)។ ក្នុងចំណោមអថេរទាំងនោះ ការចិញ្ចឹមកូន

ដោយទឹកដោះម្ដាយ សមាមាត្រនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការរំលូតកូន ហាក់ដូចជាមិនបានរួមចំណែកខ្លាំងក្លាក្នុងការធ្វើឱ្យធ្លាក់ចុះនូវលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតទេ។ ប្រវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើត ដែលមានផលប៉ះពាល់ខ្លាំងលើការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតក្នុងប្រទេសផ្សេងៗទៀត មិនបានកើនឡើងសមស្របទៅនឹងការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតនៅកម្ពុជាទេ។

ជាការពិត លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតនៅកម្ពុជាបាននិងកំពុងធ្លាក់ចុះ ហើយចំណុចចាប់ផ្ដើមនៃការធ្លាក់ចុះនេះអាចកើតឡើងនៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ (សូមអានតារាងលេខ ២.១)។ នៅត្រង់ចំណុចនេះ បញ្ហាអាទិភាពដែលត្រូវលើកយកមកពិភាក្សានោះ មិនមែនជាការវាស់វែងល្បឿនឬទំហំនៃការថយចុះនោះទេ ប៉ុន្តែជាការពិត ចំណុចដែលគួរលើកយកមកសិក្សានៅទីនេះគឺ ការរកឱ្យឃើញនិងការវិភាគអំពីកត្តាកំណត់ទាំងឡាយនៃការធ្លាក់ចុះនេះ។ បញ្ហាចំបងមួយគឺត្រូវរកឱ្យឃើញថាតើ ការធ្លាក់ចុះនេះអាចកើតឡើងយ៉ាងដូចម្ដេច ជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតដ៏មានកំរិតបែបនេះ។ ចំណង់ចំណូលចិត្តចំពោះលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតរបស់ស្ត្រីអាចផ្ដល់តំរុយខ្លះៗចំពោះបញ្ហានេះ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុតនៃស្ត្រីអាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ គឺ៣.៦ (NIS et al, 2001: 109)។ សំរាប់ស្ត្រីទាំងឡាយដែលស្ថិតក្នុងពេលចាប់ផ្ដើមនៃដំណាក់កាលអាចមានផ្ទៃពោះ (មានន័យថាស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានអាយុពី ១៥-១៩ឆ្នាំ) ចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុតគឺ៣.១។ ប៉ុន្តែ ថាតើស្ត្រីទាំងនេះត្រូវខ្នះខ្នែងយ៉ាងដូចម្ដេចដើម្បីឱ្យសំរេចបាននូវចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុត គឺជាបញ្ហាមួយដែលត្រូវការការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាបន្តទៀត។

ទោះជាយ៉ាងនេះក្ដី យើងមានលទ្ធភាពតិចតួចដែលអាចលើកឡើងនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ ដើម្បីសាកល្បងធ្វើការពន្យល់អំពីកំរិតទាបនៃលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតដែលបានពិនិត្យឃើញនៅកម្ពុជា:

(ក) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍អោយបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ អំពីការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតរបស់ពួកគាត់ (ទាំងវិធីសាស្ត្រទំនើប និងបុរាណ)

(ខ) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍ឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីការរំលូតកូន និង

(គ) ការថយចុះនៃលទ្ធភាពបង្កកំណើត នៃក្រុមស្ត្រីនៅក្នុងវ័យបន្តពូជដំបូងរបស់ពួកគាត់ពីអាយុ ២០-២៩ឆ្នាំ ដែលជាក្រុមស្ត្រីដែលមានវ័យក្មេងពេកឬបានកើតនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃរបបខ្មែរក្រហមពីឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ ហើយបានរងគ្រោះដោយសារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចធ្វើឱ្យចុះខ្សោយជាប្រចាំនូវសមត្ថភាពបន្តពូជរបស់ពួកគាត់[៤]។

---

[៤] ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតាអាចមានផលប៉ះពាល់ទៅលើលទ្ធភាពបង្កកំណើត (Figueroa and Rodriguez-Garcia 2002:1) កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្ដាលមកពីការអត់បាយអាចកាត់បន្ថយលទ្ធភាពបង្កកំណើតតាមរយៈការថយចុះយ៉ាង

ហេតុផលដំបូងពីរដែលលើកឡើងខាងលើ មានលក្ខណៈសមហេតុសមផល និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយការសិក្សាអំពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ យើងពុំទាន់រកបាននូវលទ្ធផលសមស្របណាមួយទាក់ទងទៅនឹងហេតុផលទីបីទេ។ម្យ៉ាងទៀត អ្នកស្រាវជ្រាវមួយចំនួនអះអាងថាស្ត្រីម្នាក់ដែលស្រកទំងន់ពី១០ទៅ១៥% នឹងបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ក្នុងខ្លួនប្រហែល១/៣ ហើយបណ្តាលឱ្យគាត់រាំងរដូវ (Frisch 1978: 91) ហើយដូច្នេះអាចបណ្តាលឱ្យគាត់មានលទ្ធភាពបង្កកំណើតទាប ដែលតាមរយៈនេះ គេអាចសន្និដ្ឋានថា ស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនឡើងទំងន់តាមធម្មតាវិញ នឹងអាចនៅតែមានលទ្ធភាពបង្កកំណើតទាបដដែល។ ទន្ទឹមនឹងនេះ Bongaarts និង Cain (1982: 48) បានលើកឡើងថា អត្រាបង្កកំណើតត្រឡប់មកស្ថានភាពដើមវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយមានការផ្គត់ផ្គង់អាហារគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញ។ ឧទាហរណ៍មួយសំរាប់ករណីខាងលើគឺការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងអំឡុងរបបខ្មែរក្រហមនិង"ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក" ដែលកើតមានឡើងបន្ទាប់ពីលក្ខខណ្ឌនៃជីវភាពរស់នៅបានត្រឡប់មកស្ថានភាពធម្មតាវិញ។ ទោះបីជាមានទស្សនៈខុសគ្នាចំពោះហេតុផលទីបីក៏ដោយ ហេតុផលនេះនឹងមិនត្រូវបានលើកយកមកពិភាក្សាក្នុងរបាយការណ៍នេះទេ ទោះបីជាហេតុផលនេះមានសារៈសំខាន់ដែលគួរតែលើកយកមកសិក្សានៅទីនេះក៏ដោយ។

សំនួរដែលទាក់ទងនឹងកត្តាកំណត់ជំនួស (Proximate determinant) ដែលមានឥទ្ធិពលទៅលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនឹងសិក្សានៅក្នុងជំពូកទី៣: *កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា*។ ដូចបានពណ៌នាពីខាងដើម លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបានធ្លាក់ចុះគួរឱ្យកត់សំគាល់ ប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតទំនើបនៅមានកំណត់ ដោយមានតែ ១៨,៥% នៃស្ត្រីដែលបានរៀបការក្នុងវ័យបន្តពូជកំពុងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រមួយនៃការពន្យារកំណើត (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ អគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាល និង ORC Macro, 2001)។

កត្តាចំបងដែលរួមចំណែកក្នុងការកាត់បន្ថយ TFR ពីកំរិតខ្ពស់បំផុតពីធម្មជាតិ ១៣,៥ គឺទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន។ អថេរទាំងពីរនេះបានកាត់បន្ថយកំរិតលទ្ធភាពបង្កកំណើតពីកូន ១៣,៥ ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ មក TFR ៥,៧។ ការរួមចំណែករបស់អថេរផ្សេងទៀតក្នុងការធ្វើឱ្យថយចុះកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺមិនបានស្តែងចេញច្បាស់លាស់ដូចអថេរទាំងពីរដែលបានរៀបរាប់ពីខាងលើទេ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ក្នុងចំណោមអថេរទាំងអស់ក្រៅពីអថេរទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាព

សំខាន់ក្នុងសមាមាត្រនៃការផ្តល់អូវុលកំណើត (ovulating) និងរដូវរបស់ស្ត្រី (menstruating) (Bongaarts and Cain 1982:48)

មិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន ការរំលូតកូន និងការពន្យារកំណើតមានការរួមចំណែកធ្វើឱ្យលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតថយចុះមានកំរិតខ្លាំងជាងអថេរនៃភាពពុំអាចមានកូន ។

ការវិភាគបង្ហាញថា ការថយចុះណាមួយនៅក្នុង TFR ពីកំរិតកូន ៤,0 ក្នុងស្ត្រីម្នាក់នឹងអាស្រ័យជាចំបងទៅលើការប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើត។ កត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងទៀត ដូចជា ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចមានកូនបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន អាចមានការលំបាកក្នុងការធ្វើឱ្យមានការប្រែប្រួលឥទ្ធិពលជាក់លាក់ណាមួយទៅលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយដោយផ្អែកលើការអនុវត្តជាក់ស្តែងដើម្បីកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត អាចជាការជំរុញឱ្យមានការប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារ និងការពន្យារកំណើត។ ជាឧទាហរណ៍ ការសាកល្បងគំរូដែលបានធ្វើនៅក្នុងការវិភាគបង្ហាញថាដើម្បីសំរេចឱ្យបាន TFR នៅក្នុងកំរិតមួយដែលស្មើនឹងកូន៣ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ ប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតគួរតែបង្កើនដល់៤០,២ភាគរយ។ ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៥១,២ ភាគរយ នោះ TFR នឹងមានកំរិតស្មើ២,៥ ហើយដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ក្នុងកំរិតជំនួស ២,១ ប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតគួរតែបង្កើនដល់ ៦០,0 ភាគរយ។ ចំណុចសំខាន់គួរឱ្យកត់សំគាល់គឺរាល់តួលេខទាំងអស់ត្រូវបានប៉ាន់ស្មាន ដោយចាត់ទុកថាអថេរជំនួសផ្សេងទៀតមិនមានការប្រែប្រួលទេ។

ទោះបីជាប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានកំរិតទាប (ដូចនៅក្នុងឆ្នាំ២000 ប្រេវ៉ាឡង់ស្មើនឹង ២៣.៨ ភាគរយសំរាប់ស្ត្រីដែលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រណាមួយ និង១៨,៥ ភាគរយដែលបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទំនើប) ៣២,៨ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការមានតំរូវការការពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមិនបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រណាមួយឡើយ។ ការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនេះ គួបផ្សំនឹងការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ន ធ្វើឱ្យតំរូវការផែនការគ្រួសារកើនខ្ពស់ដល់៥៦,៤ភាគរយ (ដូចបានបញ្ជាក់មកពីខាងដើម) ហើយមានតែ ៤២ ភាគរយនៃតំរូវការប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានបំពេញ។ បណ្តាកត្តាដែលទាក់ទងទៅនឹងការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានវិភាគនៅក្នុងជំពូកទី៤: *តំរូវការផែនការគ្រួសារនៅប្រទេសកម្ពុជា*។ អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួន ត្រូវបានរកឃើញថាមានទំនាក់ទំនងទៅនឹងការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ការទទួលបានសេវាកម្មអប់រំរបស់ស្ត្រីនិងស្វាមី ប្រភេទនៃទីកន្លែងដែលគ្រួសារប្តីប្រពន្ធស្នាក់នៅ (ជនបទ-ទីប្រជុំជន ទីក្រុង ទីក្រុងតូចៗ តំបន់ជនបទ) និងប្រភេទមុខរបរ (កសិកម្ម ឬមិនកសិកម្ម) សុទ្ធតែមានទំនាក់ទំនងជាមួយការមិនប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ជំពូក២: លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបែងចែកតាមជនបទ-ទីក្រុង និងខេត្ត

២.១ សេចក្តីផ្តើម

ក្នុងពេលកន្លងទៅថ្មីៗនេះមានអង្កេតប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួនតូចបានផលិតនូវការប៉ាន់ស្មានអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងមរណភាពនៅកម្ពុជា។ ទិន្នន័យស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាអាចរកបានដោយងាយស្រួលចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩០មក ប៉ុន្តែមុនពេលនោះទិន្នន័យនេះមានតិចតួចណាស់។

ដោយសារប្រព័ន្ធអត្រានុកូលដ្ឋាននៅកម្ពុជាពុំមានលក្ខណៈល្អគ្រប់គ្រាន់ វិធីសាស្ត្រប្រយោលត្រូវបានប្រើសំរាប់ប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងមរណៈនៅក្នុងប្រទេស។ តួលេខប៉ាន់ស្មានថ្មីៗ អំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា គឺ TFR ដែលស្ថិតនៅចន្លោះរវាង ៥,៣ ក្នុងឆ្នាំ ១៩៩៣-១៩៩៨ (NIS 1999a) និង ៤,0 ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៥-២000 (NIS et.al 2001)។ ស្ថានភាពនេះបង្ហាញពីការធ្លាក់ចុះជាង២៤%ក្នុងរយៈពេលប្រហែល២ឆ្នាំ។ សំនួរទាំងឡាយដែលចោទថា តើការធ្លាក់ចុះក្នុងទ្រង់ទ្រាយធំមួយបែបនេះពិតជាបានកើតឡើងមែនឬទេ ជាពិសេសនៅពេលប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីរៀបការ បានកើនឡើងពី ១៦,១% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨ (NIS 1996) ទៅ ១៨,៥ % ក្នុងឆ្នាំ២000 (NIS et.al 2001)។ តើ TFR ៥,៣ នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩៣-១៩៩៨ ជាការប៉ាន់ស្មានលើស ឬក៏ TFR ៤,0 នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ១៩៩៥- ២000 ជាការប៉ាន់ស្មានទាប ឬក៏ទាំងពីរ ?

របាយការណ៍នេះមានបំណងសិក្សាអំពីនិន្នាការទាំងឡាយនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ដោយផ្អែកលើតួលេខប៉ាន់ស្មានដែលមាន និងផ្តល់យោបល់លើវិធីសាស្ត្រទាំងឡាយនៃការប៉ាន់ស្មាន ដោយយោងជាពិសេសទៅលើតួលេខប៉ាន់ស្មានថ្មីៗ។ ភាពស៊ីសង្វាក់គ្នានៃការប៉ាន់ស្មានថ្មីៗពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ជាមួយនឹងកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ក៏ត្រូវបានពិភាក្សាផងដែរ។ ជាចុងក្រោយ ការប៉ាន់ស្មានផ្សេងៗទៀតដែលផ្អែកលើវិធីសាស្ត្រប្រយោលសមស្របជាងត្រូវបានបង្ហាញ និងពិភាក្សាសំរាប់ដំណាក់កាលថ្មីៗ។ ប៉ុន្តែ ភស្តុតាងដែលមានអំពីនិន្នាការកន្លងមកនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៃប្រជាជនកម្ពុជាត្រូវបានលើកយកមកបង្ហាញមុនគេ ដើម្បីជាពតិមានមូលដ្ឋាន។

២.២ និន្នាការកន្លងមកនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត: ១៩៥៨-១៩៩០

យោងទៅលើដំណាក់កាលនយោបាយសំខាន់ៗក្នុងប្រវត្តិសាស្ត្រថ្មីៗរបស់កម្ពុជា យើងនឹងពណ៌នាពីនិន្នាការកន្លងមកនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសំរាប់ដំណាក់កាលដូចតទៅ: (ក) ១៩៥៨-១៩៧៤, (ខ) ១៩៧៥-១៩៧៩ (គ) ១៩៨0-១៩៩0។

២.២.១ ១៩៥៨-១៩៧៥

ក្នុងដំណាក់កាលនេះ កម្ពុជាមានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់ ដោយមានអត្រាកំណើតដុល (CBR) ប្រហែល៤០/១.០០០។ Desbarats (១៩៩៥: ៨៥-៨៦) បានប្រាប់ពីតួលេខនៃអត្រាកំណើតដុលក្នុងចន្លោះពី ៤២ និង ៤៧/១.០០០ ដែលបានផ្អែកលើការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ១៩៥៨ និងជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ ហើយ TFR ស្មើនឹង ៧ ក្នុងឆ្នាំ១៩៦២។ អត្រាកំណើតត្រូវបានគេរាយការណ៍ថា បានកើនឡើង ១ ឬ ២ ក៏រិតនៅក្នុងអំឡុងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ មុននឹងចាប់ផ្តើមថយចុះនៅឆ្នាំ១៩៧៣។ កំរិតនៃ TFR ទាំងនេះ គឺជាតួយ៉ាងដែលកើតមាននៅក្នុងសង្គមតំបន់ជនបទមួយ។ ទស្សនៈមួយចំនួនយល់ឃើញថា ការពាក់ពន្ធ័បន្តមកទៀតនៃកម្ពុជាក្នុងសង្គ្រាមឥណ្ឌូចិនក្នុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ មានផលប៉ះពាល់តិចតួចលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ប្រទេស (អៀ ម៉េងទ្រី ១៩៨១ បានរៀបរាប់នៅក្នុង Desbarats ១៩៩៥)។ Siampos (១៩៧០) បានប៉ាន់ស្មានថា TFR របស់កម្ពុជាគឺ ៧,០៧ ដោយផ្អែកលើការកែតំរូវចំនួនកំណើតរស់ក្នុងឆ្នាំមុនជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ តាមក្រុមអាយុរបស់ស្ត្រី។ Hauvaline (១៩៩៨) បានប្រើប្រាស់វិធី Brass P/F ratio នៅក្នុងតារាងរបស់ Siampos ស្តីពីចំនួនកុមារដែលបានកើតតាមក្រុមអាយុនៃស្ត្រីនៅក្នុងជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ និងបានទទួលនូវតួលេខប៉ាន់ស្មាននៃ TFR នៅកម្ពុជាសំរាប់ដំណាក់កាលមុនជំរឿនដែលស្មើនឹង ៦,៧ និង ៧,១។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាក្នុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ ត្រូវបានគេយល់ឃើញថា បានកើនឡើងដោយសារការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាព និងគោលនយោបាយគាំទ្រកំណើត (Pro-Natalist Policy) (Martin ១៩៨៩ បានរាយការណ៍ក្នុង Heuveline ១៩៩៨)។

២.២.២ ១៩៧៥-១៩៧៩

យោងទៅតាម Desbarats (១៩៩៥: ៨៦-៨៨) យើងពុំមានពតិមានច្បាស់លាស់អំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងកម្ពុជាប្រជាធិបតេយ្យក្រោមរបបខ្មែរក្រហម (១៩៧៥-១៩៧៩)ទេ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី លក្ខខណ្ឌរស់នៅដ៏លំបាកនៅក្នុងដំណាក់កាលនោះត្រូវបានគេជឿជាក់ថា បានធ្វើឱ្យមានការថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេស។ យោងទៅតាមការវាយតំលៃរបស់*ទីភ្នាក់ងារចារកម្មរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក* (United States Central Intelligence Agency) ដែលត្រូវបានដកស្រង់ដោយ Desbarats (១៩៧៥) លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ត្រូវបានគេជឿជាក់ថាមានការធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំងក្នុងដំណាក់កាលនោះ។ អត្រាកំណើតដុលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា មានការថយចុះពី ៤៣/១.០០០ នៅខែមេសា ឆ្នាំ១៩៧៥ ទៅ ៣០/១.០០០ នៅចុងឆ្នាំ១៩៧៥ ហើយមានស្ថេរភាពនៅកំរិត ២៨/១.០០០ នៅចុងឆ្នាំ១៩៧៨ សំរាប់ក្រុមប្រជាជនដែលគេស្គាល់ថាជា "*ប្រជាជន១៨មីនា*" (*ឬ* "*ប្រជាជនចាស់*") ដែលភាគច្រើនជាអ្នករស់នៅជនបទ។

សំរាប់ក្រុមមួយផ្សេងទៀតដែលគេស្គាល់ថាជា "*ប្រជាជន១៧មេសា*" (*ឬ* "*ប្រជាជនថ្មី*") អត្រាកំណើតដុលបានថយចុះពី ៣២/១.០០០ នៅខែមេសា ឆ្នាំ១៩៧៥ ទៅ ១៥/១.០០០ នៅចុងឆ្នាំ១៩៧៥ ហើយមានស្ថេរភាពនៅកំរិត ១០/១.០០០ នៅចុងឆ្នាំ១៩៧៨។ ទោះជាដូច្នេះក្តី តួលេខប៉ាន់ស្មានទាំងនេះត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាតួលេខប៉ាន់ស្មានដែលទាបជាងការពិត។ម្យ៉ាងវិញទៀត ការប៉ាន់ស្មាន "តាមហេតុផលនយោបាយ" ពីអត្រាកំណើតដុលដែលមានកំរិត ៥០/១.០០០ សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៧៨-១៩៧៩ ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាការប៉ាន់ស្មានមួយខ្ពស់ជាងការពិត។ ការប៉ាន់ស្មានមួយដែលស្ថិតនៅចន្លោះការប៉ាន់ស្មានទាំងពីរខាងលើមានលក្ខណៈសមហេតុសមផលជាង ដោយបង្ហាញឱ្យឃើញថា អត្រាកំណើតដុលស្ថិតនៅចន្លោះពី ២០ ទៅ ២៥/១.០០០ សំរាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៧៦-១៩៧៨ ដែលរកឃើញដោយ អៀ ម៉េងទ្រី (Desbarats ១៩៩៥: ៨៨)។

២.២.៣ ១៩៨០-១៩៩០

ក្នុងដំណាក់កាលនេះ ការផ្តល់លក្ខខណ្ឌដែលមានលក្ខណៈស្ថេរភាពដែលអនុគ្រោះដល់ជីវភាពរស់នៅរបស់គ្រួសារ បានបង្ហាញឱ្យឃើញនូវការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងនូវប្រតិកម្មចំពោះលក្ខខណ្ឌដ៏សែនលំបាករបស់គ្រួសារកម្ពុជានៅក្នុងដំណាក់កាលនៃរបបខ្មែរក្រហម។ ដោយផ្អែកលើការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារកនៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ អត្រាកំណើតដុលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថា ស្ថិតនៅចន្លោះពី ៣៥/១.០០០ ទៅ ៤៨/១.០០០ អាស្រ័យទៅតាមប្រភព និងវិធីសាស្ត្រនៃការប៉ាន់ស្មាន។ ការឯកភាពគ្នាក្នុងចំណោមអង្គការអន្តរជាតិដែលធ្វើការងារនៅកម្ពុជាគឺថា កម្ពុជាមានអត្រាកំណើតដុលប្រមាណ ៤៤/១.០០០ នៅក្នុងពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានរាយការណ៍ថាបានការចាប់ផ្តើមថយចុះបន្ទាប់ពីពេលនោះមក ដោយមានអត្រាកំណើតដុលស្មើ ៤០,៤ ក្នុងឆ្នាំ១៩៨៧ ៤០ ក្នុងឆ្នាំ១៩៨៨ និង ៣៨ ក្នុងឆ្នាំ១៩៩០។ TFR ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពខាងលើសំរាប់ឆ្នាំ១៩៩០ គឺស្ថិតក្នុងរង្វង់ ៦ (Desbarats ១៩៩៥: ៨៨-៩)។

សរុបមក និន្នាការនានាកន្លងមកនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបង្ហាញឱ្យឃើញនូវនិន្នាការកើនឡើងមួយ នៅក្នុងចន្លោះចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០ និងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ ឱ្យឃើញពីការថយចុះខ្លាំងពីពាក់កណ្តាលដល់ចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ និងការកើនឡើងវិញដោយសារការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារកក្នុងឆ្នាំ ១៩៨០។

២.៣ និន្នាការបច្ចុប្បន្ននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត: ១៩៩១ និងក្នុងឆ្នាំបន្ទាប់

ភាពញឹកញាប់ និងចំនួននៃការធ្វើអង្កេតប្រជាជននៅកម្ពុជា បានកើនឡើងចាប់តាំងពីឆ្នាំ១៩៩១ ដោយបានផ្តល់ពត៌មានច្រើនជាងមុន សំរាប់ការវាយតំលៃនិន្នាការប្រជាសាស្ត្រទាំងឡាយក្នុងប្រទេស។

ជំរឿនពេញលេញលើកទី១នៅកម្ពុជា បន្ទាប់ពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅឆ្នាំ១៩៩៨។ អង្កេតសុខភាពជាតិ ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅឆ្នាំជាមួយគ្នានោះ ក៏បានធ្វើការប៉ាន់ស្មានផងដែរពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ជំរឿននិងអង្កេតខាងលើនេះ ត្រូវបានបន្តដោយការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅឆ្នាំ២000។ អាស្រ័យហេតុនេះ ឆ្នាំ១៩៩៨ បានគូសបញ្ជាក់ពីពេលវេលាមួយ ដែលកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យខ្នាតធំពីរត្រូវបានធ្វើឡើង។ យើងនឹងបែងចែកដំណាក់កាលបន្ទាប់ពីឆ្នាំ១៩៩១ជាពីរផ្នែកៈ (ក) រយៈពេលចន្លោះឆ្នាំ១៩៩១ និង ១៩៩៨ ឬដំណាក់កាលថ្មីៗ និង (ខ) ដំណាក់កាលបន្ទាប់ពីឆ្នាំ១៩៩៨ ឬដំណាក់កាលថ្មីៗបំផុត។

២.៣.១ អង្កេតផ្សេងៗនៅចន្លោះឆ្នាំ១៩៩១ និង ១៩៩៨: ការប៉ាន់ស្មានដែលធ្វើឡើងក្នុងដំណាក់កាលថ្មីៗ

ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារកលើកទី២ បានកើតមានឡើងក្រោយកិច្ចព្រមព្រៀងសន្តិភាពនៅទីក្រុងប៉ារីសឆ្នាំ១៩៩១ (Desbarats ១៩៩៥: ៩0) ដែលធ្វើឱ្យអត្រាកំណើតដុលស្ថិតនៅចន្លោះ ៤៨ និង ៤៩/១.000 ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩២-១៩៩៣។ ការប៉ាន់ស្មានពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមួយផ្សេងទៀត ដែលធ្វើឡើងដោយធនាគារពិភពលោក បង្ហាញថា TFR ស្មើនឹង៤.២ នៅក្នុងឆ្នាំ១៩៩២។

អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចមួយក្នុងឆ្នាំ១៩៩៣-១៩៩៤ ត្រូវបានធ្វើឡើងជា ៤ជុំ ដើម្បីក្តោបឱ្យបាននូវលក្ខណៈរដូវកាល។ ទំហំនៃសំណាកគំរូសរុបសំរាប់ទាំងបួនជុំមានចំនួន ៥,៥៧៨គ្រួសារ ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសពីខេត្ត-ក្រុងចំនួន ១៥ ក្នុងចំណោមខេត្ត-ក្រុង ២១ រួមទាំងភ្នំពេញផង។ ការដកចេញនូវខេត្តចំនួន ៦ និងភូមិមួយចំនួនពីខេត្តដែលបានជ្រើសរើស ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយសារបញ្ហាសន្តិសុខ និងដោយសារហេតុផលចំណាយនិងភស្តុភារ (រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ១៩៩៥)។ នៅពេលដែលពុំមានទិន្នន័យណាមួយស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងមរណៈភាព ត្រូវបានប្រមូលនៅក្នុងការធ្វើអង្កេតនេះ ពត៌មានស្តីពីសមាមាត្រកុមារធៀបនឹងស្ត្រី ដែលបានមកពីការបែងចែកប្រជាជនតាមអាយុ-ភេទ អាចត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើការប៉ាន់-ស្មានពី TFR ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ Rele (សូមអានផ្នែកទី ២.៥.១ ខាងក្រោម)។

អង្កេតពីចំណេះដឹង ឥរិយាបថ និងការអនុវត្តន៍ (KAP) ស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងការពន្យារកំណើតនៅកម្ពុជា ដែលបានធ្វើនៅឆ្នាំ១៩៩៤-១៩៩៥ (Chhun Long et al., 1995) បានផ្តល់ការប៉ាន់ស្មានមួយពី TFR ស្មើនឹង ៤.៩ សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៤.១ សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៥.១ សំរាប់តំបន់ជនបទនៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩0-១៩៩៤។ ចំណុចកណ្តាលនៃដំណាក់កាលគោលគឺ ថ្ងៃទី៣0 ខែមិថុនា ឆ្នាំ១៩៩៣។ ការប៉ាន់ស្មានពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើប្រវត្តិនៃកំណើតក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំចុង

ក្រោយ ហើយអាស្រ័យហេតុនេះ វាអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់។ ដោយសារមូលហេតុសន្តិសុខ សំណាកគំរូសំរាប់ការធ្វើអង្កេតពីចំណេះដឹង ឥរិយាបថ និងការអនុវត្តន៍ ត្រូវបានគ្រោងធ្វើឡើងនៅក្នុងឃុំ/សង្កាត់ទាំងឡាយដែលមានសុវត្ថិភាពនៃខេត្តចំនួន១០និងទីក្រុងភ្នំពេញ។ ពត៌មានស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងការពន្យារកំណើត ត្រូវបានទទួលពីការធ្វើសំភាសន៍ជាមួយស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នចំនួន ៤.៥៤៤នាក់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារចំនួន៦.000 ដែលបានជ្រើសរើសនៅក្នុងសំណាកគំរូ។ ខេត្តទាំងឡាយដែលបានជ្រើសរើសសំរាប់សំណាកគំរូគ្របដណ្តប់៦៧% នៃប្រជាជនកម្ពុជា (Chhun Long et al., 1995:6)។ ប៉ុន្តែសំណាកគំរូអាចមិនតំណាងឱ្យប្រទេសទាំងមូលទេ (MOH 1999:1)។

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ១៩៩៦ (DSC 1996) ផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មានមួយពី TFR ស្មើនឹង ៥.២ សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៤.២ សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៥.៣ សំរាប់តំបន់ជនបទ។ ដូចគ្នានេះដែរអត្រាកំណើតដុលគឺ ៣៨,0/១.000 សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៣១,៨/១.000 សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៣៨,៨/១.000 សំរាប់តំបន់ជនបទ។ វិធីសាស្ត្រប្រយោលដែលបានប្រើប្រាស់សំរាប់ធ្វើការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះគឺ: Arriaga Variant របស់វិធីសាស្ត្រ Brass P/F Ratio (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៦:៩)។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះមានរយៈពេលគោល៥ឆ្នាំ មុនពេលប្រមូលទិន្នន័យ។ ពេលវេលាគោលនៃការធ្វើអង្កេតនេះ គឺពាក់កណ្តាលយប់នៃថ្ងៃទី២០ ខែមីនា ឆ្នាំ១៩៩៦ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៦: xiv)។ ដូច្នេះ ចំណុចគោលនៃការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺត្រូវនឹងថ្ងៃទី២០ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ១៩៩៣។ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការអង្កេត KAP ឆ្នាំ១៩៩៥ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ១៩៩៦ គឺជាការអង្កេតមួយមានទ្រង់ទ្រាយធំជាង ទាំងទំហំនិងការគ្របដណ្តប់។ ទិន្នន័យត្រូវបានប្រមូលពី ២0.000 គ្រួសារ ក្នុងខេត្តចំនួន២១ នៃខេត្តសរុបទាំង២៣ (ខេត្តព្រះវិហារ និងខេត្តឧត្តរមានជ័យពុំត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសំណាកគំរូ ដោយសារមូលហេតុសន្តិសុខ)។ បន្ថែមទៅលើការមិនបានដាក់បញ្ចូលនូវភូមិទាំងអស់នៅក្នុងខេត្តទាំងពីរនេះ ភូមិមួយចំនួននៅក្នុងខេត្តផ្សេងទៀត ក៏ពុំត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសំណាកគំរូផងដែរដោយសារមូលហេតុសន្តិសុខ។ ដូច្នេះ ចំនួនភូមិសរុបដែលមិនបានដាក់បញ្ចូលក្នុងសំណាកគំរូមានចំនួន ១,៦៤៥ភូមិ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៦: ១-៥)។

២.៣.២ អង្កេតនានានៅចន្លោះឆ្នាំ១៩៩៦និង១៩៩៨: ការប៉ាន់ស្មានដែលធ្វើឡើងក្នុងដំណាក់កាលថ្មីៗបំផុត

ការប៉ាន់ស្មានថ្មីៗបំផុតពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា គឺជាការប៉ាន់ស្មានទាំងឡាយដែលផ្អែកលើជំរឿនប្រជាជនកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៨ ការអង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២000។ ការប៉ាន់ស្មានដែលផ្អែកលើជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ បានផ្តល់នូវតួលេខ TFRs ស្មើនឹង ៥,៣

សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៤.៤ សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៥.៥ សំរាប់តំបន់ជនបទ (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩a: ១៣២)។ វិធីសាស្ត្រប្រយោលដែលបានប្រើប្រាស់សំរាប់ធ្វើការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះគឺ: Arriaga Variant របស់វិធីសាស្ត្រ Brass P/F Ratio (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៦:៩)។ ដូច្នេះ រយៈពេលគោលនៃការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះនឹងត្រូវមានរយៈពេល៥ឆ្នាំមុនពេលប្រមូលទិន្នន័យ ដែលក្នុងករណីនេះ គឺពាក់កណ្តាលយប់ថ្ងៃទី៣ ខែមីនា ឆ្នាំ១៩៩៨ (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩ª: ២) ឬចំណុចគោលមួយនៃថ្ងៃទី៣ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ១៩៩៥។

ការប៉ាន់ស្មាន TFR ដែលបានមកពីការអង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ គឺមាន ៤.១ សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៣.៣ សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៤.៣ សំរាប់តំបន់ជនបទ។ អង្កេតនេះត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើសំណាកគំរូ ៦.២១៩គ្រួសារ ដែលតំណាងឱ្យប្រទេសទាំងមូល និងស្ត្រីដែលសមស្របនឹងលក្ខខណ្ឌរបស់អង្កេត ចំនួន៧.៦៥៤នាក់ ពីខេត្ត-ក្រុងចំនួន២១ នៃខេត្ត-ក្រុងចំនួន២៣។ ខេត្តពីរគឺ ព្រះវិហារ និងឧត្តរមានជ័យ ត្រូវបានដកចេញពីការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៦។ ការប៉ាន់ស្មានពី TFR ត្រូវបានផ្អែកទៅលើប្រវត្តិកំណើត ហើយអាស្រ័យហេតុនេះវាអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់។ ការប៉ាន់-ស្មានទាំងនេះយោងទៅលើរយៈពេលពី ១ ទៅ ៣៦ខែមុនការសំភាសន៍ ដែលត្រូវបញ្ចប់នៅចន្លោះពេលពីពាក់កណ្តាលខែឧសភា និងពាក់កណ្តាលខែកក្កដា ឆ្នាំ១៩៩៨ (ក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩៩: ៦និង៧៩ A9-A១០)។ ដូច្នេះចំណុចគោលសំរាប់ការប៉ានស្មានទាំងឡាយគឺ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ១៩៩៦។

អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៩ ក៏ដូចជាការអង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចឆ្នាំ១៩៩៣-១៩៩៤ដែរគឺ ពុំបានប្រមូលទិន្នន័យស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងមរណភាពទេ ប៉ុន្តែពតិមានពីសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រីដែលទទួលបានពីការបែងចែកតាមភេទ-អាយុនៃប្រជាជនដែលត្រូវបានធ្វើអង្កេត អាចត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់សំរាប់ប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ Rele (សូមអានផ្អែក ៥.១)។ អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៩ មានទំហំសំណាកគំរូ ៦.000គ្រួសារ ពីក្នុងភូមិជ្រើសរើសចំនួន៦00 នៃខេត្ត-ក្រុងទាំង២៤ ដែលមាននៅកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ២000a: ១-២)។

តំលៃ TFR ដែលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 គឺ ៤.0 សំរាប់ទូទាំងប្រទេស ៣.១ សំរាប់តំបន់ទីក្រុង និង ៤.២ សំរាប់តំបន់ជនបទ (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ et. al., ២00១: ៥៨)។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះ ត្រូវបានផ្អែកលើចំនួនកំណើតកើតមានលើស្ត្រីក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំមុន ដែលទទួលបានមកពីប្រវត្តិកំណើតជ្រើសរើសក្នុងរយៈពេលធ្វើអង្កេត។ ដូច្នេះ ការប៉ាន់ស្មាននេះអាចត្រូវបានចាត់ទុកជាការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់។ រយៈពេលគោលសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះគឺ៥ឆ្នាំមុនការធ្វើអង្កេត គឺមានន័យថាមានចំណុចគោលមួយស្ថិតនៅ២ឆ្នាំកន្លះមុនពេលធ្វើអង្កេត។ ផ្អែកលើស្ថានភាពនេះ ការប្រមូលទិន្នន័យត្រូវបានធ្វើឡើង

ក្នុងរយៈពេល៦ខែពេញ គិតចាប់ពីខែកុម្ភៈដល់ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០០០ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ២០០១: ៦) ចំណុចកណ្តាលនៃការប្រមូលទិន្នន័យ ត្រូវគ្នានឹងចុងខែមេសា ឆ្នាំ២០០០។ ដូច្នេះ ចំណុចគោលសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវគ្នានឹងចុងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ១៩៩៧។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើសំណាកគំរូស្ត្រីចំនួន ១៥.៣០០នាក់ ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសពីបណ្តាខេត្ត-ក្រុងទាំងអស់។ សំណាកគំរូនេះ គឺជាការសាកសួរលំអិតបំផុតពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ផែនការគ្រួសារ និងមរណភាពទារក កុមារ និងមាតានៅកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ន។ ការប៉ាន់ស្មានពី TFR ដែលបានពីប្រភពថ្មីៗបំផុត៥ ត្រូវបង្ហាញជូនក្នុងតារាងលេខ ២.១។

តួលេខប៉ាន់ស្មានដែលបង្ហាញនៅក្នុងជួរទីមួយ(ផ្នែកស្រមោល-shaded portion) នៃតារាង២.១ ត្រូវបានគណនាដោយប្រើ Arriaga Variation នៃវិធីសាស្ត្រ P/F ratio។ ចំណែកតួលេខប៉ាន់ស្មាននៅផ្នែកដែលមិនមានស្រមោល (un-shaded protion) គឺជាការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់ ដោយផ្អែកលើប្រវត្តិកំណើតនៃស្ត្រីដែលបានសំភាសន៍។ យោងតាមតារាង២.១ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ហាក់ដូចជាពុំមានការប្រែប្រួលក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩៣-១៩៩៥ និង១៩៩៦-១៩៩៧។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការប្រៀបធៀបមួយពីការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់ទាំងឡាយដែលផ្អែកលើអង្កេត KAP នៅឆ្នាំ១៩៩៥ និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ ២០០០ បង្ហាញថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានថយចុះប្រហែលកូន១ នៅចន្លោះខែមិថុនា ឆ្នាំ១៩៩៣ និងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ១៩៩៧ ដែលក្នុងករណីនេះស្មើនឹងការថយចុះ ១៨% ក្នុងរយៈពេល ៤ឆ្នាំកន្លះ។

តារាង២.១ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសំរាប់កម្ពុជា បែងចែកតាម ថ្នាក់ជាតិ តំបន់ទីក្រុង និងតំបន់ជនបទ ពីប្រភពថ្មីៗបំផុត

អង្កេត/ជំរឿន	អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត			ចំណុចគោល
	ថ្នាក់ជាតិ	ទីក្រុង	ជនបទ	
១. អង្កេត KAP ១៩៩៥	៤.៩	៤.១[ក]	៥.១[ក]	៣០ មិថុនា ១៩៩៣
២. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ ១៩៩៦	៥.២	៤.២	៥.៣	២០ កញ្ញា ១៩៩៣
៣. ជំរឿនប្រជាជន ១៩៩៨	៥.៣	៤.៤	៥.៥	៣ កញ្ញា ១៩៩៥
៤. អង្កេតសុខភាពជាតិ ១៩៩៨	៤.១	៣.៣	៤.២	៣១ ធ្នូ ១៩៩៦
៥. អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០	៤.០	៣.១	៤.២	៣០ វិច្ឆិកា ១៩៩៧

ក. តំលៃទាំងនេះត្រូវបានប៉ាន់ស្មានពីអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុបនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ដោយប្រើប្រាស់សមាមាត្រអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅក្នុងសំណាកគំរូទាំងមូល ។

ប្រភព: ១. ឈុន ឡុង et..al.(១៩៩៥) ២. វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (១៩៩៦) ៣. វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (១៩៩៨a) ៤. ក្រសួងសុខាភិបាល (១៩៩៩), ៥. វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (២០០១)។

លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានប៉ាន់ស្មាននៅក្នុងអង្កេតឆ្នាំ១៩៩៦ និងក្នុងជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ ដោយវិធី-សាស្រ្តប្រយោល។ ដូចបានជំរាបជូនខាងដើម វិធីសាស្រ្តប្រយោល ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងករណីនេះគឺ Arriaga Variation នៃវិធីសាស្រ្ត Brass P/F ratio ។ បើសិនជានិន្នាការទាំងឡាយ ដែលទទួលបានពីការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់របស់អង្កេត KAP ការអង្កេតសុខភាពជាតិ និងការអង្កេតសុខភាពនិងប្រជាសាស្រ្ត គឺជាការត្រឹមត្រូវនោះ វិធីសាស្រ្ត P/F ratio អាចធ្វើការប៉ាន់ស្មានពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតលើសពីភាពជាក់ស្តែងនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្រ្ត និងក្នុងជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨។

វិធីសាស្រ្ត P/F ratio ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ២ប្រភេទៈ (ក) ចំនួនកុមារបង្កើតដោយស្រ្តីនៃក្រុមអាយុនីមួយៗ ក្នុងរយៈពេល១២ខែមុនការធ្វើអង្កេត ដែលផ្តល់នូវទំរង់គំរូអាយុនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបច្ចុប្បន្ន និង (ខ) ចំនួនកុមារដែលបានកើតមក ដែលបែងចែកតាមក្រុមអាយុនៃស្រ្តី។ ដោយសារទិន្នន័យនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបច្ចុប្បន្នដែលត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងទិន្នន័យប្រភេទទី១ខាងលើ ត្រូវបានចាត់ទុកជារួមថាជាការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិត ពត៌មានស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលបូកបន្តគ្នា ដូចដែលត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងទិន្នន័យប្រភេទទី២ ត្រូវបានប្រើជាមូលដ្ឋានសំរាប់ការជ្រើសរើសមេគុណ ដើម្បីបង្កើនតម្លៃលេខរបស់ទិន្នន័យស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបច្ចុប្បន្ន។

ការសន្និដ្ឋានសំខាន់មួយនៃវិធីសាស្រ្តនេះ គឺថាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមិនប្រែប្រួលក្នុងរយៈពេល១០ទៅ ១៥ឆ្នាំកន្លងមក (Arriaga ១៩៩៤: ២០៧)។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី បើសិនលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបាននិងកំពុងថយចុះ នោះវិធីសាស្រ្ត P/F ratio នឹងផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មានពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបច្ចុប្បន្នលើសពីការពិត។ ប្រទេសទាំងឡាយដែលត្រូវការវិធីសាស្រ្តប្រយោលសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺភាគច្រើនតែងតែមានប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានមិនពេញលេញ។ ក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ គឺជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវជ្រើសរើសបច្ចេកទេសប្រយោលសមស្របបំផុត សំរាប់ធ្វើការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតពីប្រភេទផ្សេងៗនៃវិធីសាស្រ្តដែលមានស្រាប់។

មានហេតុផលជាច្រើនដែលបញ្ជាក់ថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបាននិងកំពុងថយចុះ។ ការប្រើប្រាស់ Trussell Variant នៃវិធីសាស្រ្ត P/F ratio ក្នុងប្រទេសផ្សេងទៀតដូចជា ប៉ារ៉ាហ្គាយ ម៉ុងហ្គោលី និងម៉ូហ្សំប៊ិក បានបង្កើតយ៉ាងច្បាស់នូវលទ្ធផលមិនច្បាស់លាស់ជាច្រើន។ នៅកម្ពុជា TFR ៥,៣ ដែលបានមកពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ (តារាង២.១) មានកំរិតខ្ពស់ល្មម ដោយគិតពិចារណាជាមួយនឹងលទ្ធផលនៃអង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ និងអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 (តារាង២.១)។ ជាការពិត គេមិនអាចរំពឹង

ថានឹងទទួលបានការប៉ាន់ស្មានដូចគ្នានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ពីជំរឿននិងអង្កេតណាមួយទេ ប៉ុន្តែភាពខុសគ្នាក្នុងករណីនេះមានទំហំធំពេក។

ការគណនាដែលផ្អែកលើទិន្នន័យពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et. al., ២00១) បង្ហាញពីនិន្នាការទាំងឡាយនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសំរាប់រយៈពេល៥ឆ្នាំ 0-៤ ៥-៩ ១0-១៤ និង ១៥-១៩ឆ្នាំ មុនការធ្វើអង្កេត ដែលត្រូវបានធ្វើការប៉ាន់ស្មានដោយប្រើតួលេខប្រវត្តិកំណើតនៃស្ត្រីអាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ។ Huguet (២00១) បានប៉ាន់ស្មាន TFRs ពីទិន្នន័យសំរាប់រយៈពេល៥ឆ្នាំដែលបានជំរាបជូនខាងលើ។ TFRs ទាំងនេះគឺ ៣.៩៩ សំរាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៩៦-២000 ៥.៧ សំរាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៩១-១៩៩៥ ៥.៩ សំរាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៨៦-១៩៩0 និង ៦.៥ សំរាប់អំឡុងឆ្នាំ១៩៨១-១៩៨៥ ដោយបង្ហាញឱ្យឃើញថា ទារកបានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សក្រោយពីការបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលខ្មែរក្រហម ដែលបានធ្វើឱ្យ TFR មានកំរិតលើស៥ រហូតដល់ឆ្នាំ១៩៩៥ (Huguet ២00១)។ ប៉ុន្តែ តួលេខទាំងនេះផ្តល់ភស្តុតាងផងដែរនៃការថយចុះច្បាស់លាស់មួយក្នុងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាំងពីឆ្នាំ១៩៨៥ ដែលជាលក្ខខណ្ឌមួយផ្ទុយនិងការសន្និដ្ឋានជាមូលដ្ឋាននៃវិធីសាស្ត្រ P/F ratio។

Huguet (២00១) ស្នើឱ្យមានការប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងការប្រើប្រាស់និន្នាការទាំងនេះ ពីព្រោះវាមានលក្ខណៈទូទៅសំរាប់ការអង្កេតពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដើម្បីរាយការណ៍ពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតទាបជាងកំរិតបច្ចុប្បន្នសំរាប់ដំណាក់កាលថ្មីៗបំផុត ទោះជា១ឆ្នាំ ឬ ៥ឆ្នាំកន្លងមកក៏ដោយ ហើយប្រហែលជាដោយសារការផ្លាស់ប្តូរកាលបរិច្ឆេទកំណើតនៅពេលដែលមាតាទាំងឡាយឆ្លើយទៅនឹងកម្រងសំនួរ។ បើសិនជាកុមារកើតឡើងមានចំនួនក្នុងរយៈពេល ៤ ទៅ ៥ ឆ្នាំកន្លងមកមុនពេលធ្វើអង្កេត ត្រូវបានរាយការណ៍ថាបានកើតជាង៥ឆ្នាំកន្លងមកនោះ TFR សំរាប់ក្មេងពីអាយុ 0-៤ឆ្នាំមុនពេលធ្វើអង្កេតនឹងមាននិន្នាការដែលធ្លាក់ចុះ ហើយ TFR សំរាប់រយៈពេល ៥-៩ ឆ្នាំមុនពេលធ្វើអង្កេតនឹងមាននិន្នាការកើតឡើង។

ប៉ុន្តែបើសិនជាមានការផ្លាស់ប្តូរកាលបរិច្ឆេទកំណើត ដោយមានលក្ខណៈដែលមានការរៀបចំត្រឹមត្រូវ នោះលើកលែងតែចំពោះអំឡុងពេលថ្មីៗបំផុតនេះ TFRs នៃដំណាក់កាលផ្សេងៗទៀត នឹងនៅតែរក្សាភាពមិនប្រែប្រួល ពីព្រោះការទទួលបានពីរយៈពេលមុននឹងត្រូវធ្វើអោយមានតុល្យភាពចំពោះការបាត់បង់នៅរយៈពេលបន្ទាប់។

ដូចបានបញ្ជាក់ពីខាងលើ TFR ៥.៣ ដែលទទួលបានពីវិធីសាស្ត្រ P/F ratio អាចបង្ហាញពីកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់កម្ពុជានៅក្នុងចុងទស្សវត្សឆ្នាំ១៩៨0។ Huguet (២00១) បានសិក្សាឃើញថាកំណើននិន្នាការក្នុងប្រវាំឡង់ពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានរៀបការបច្ចុប្បន្ន និងសមាមាត្រដែល

មានស្ថេរភាពរបស់ស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់ ប៉ុន្តែមិនអាចរកឃើញភស្តុតាងជាក់លាក់ណាមួយអំពីទំហំនៃការថយចុះលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលថ្មីៗកន្លងមកទេ។ ដោយប្រើប្រាស់ Arriaga Variation នៃវិធីសាស្ត្រ P/F ratio សម្រាប់ការគណនាទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (ជាថ្មីម្តងទៀត ដោយបំពានលើការសន្និដ្ឋានរបស់វិធីសាស្ត្រនេះ) Huguet (២០០១) បានរកឃើញ TFR នៅចន្លោះ ៤,៥ និង ៤,៦ ដែលយោងទៅលើរយៈពេល៥ ឆ្នាំមុនពេលធ្វើអង្កេត។ បើប្រៀបធៀបទៅនឹង TFR ៤,០ ដែលបានផ្ទាល់មកពីប្រវត្តិកំណើតសំរាប់រយៈពេលដូចគ្នា បញ្ហានេះបញ្ជាក់ថា P/F ratio បានប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតលើសពីការពិតជាក់ស្តែង។

លើសពីនេះទៀត នៅពេលដែលប្រៀបធៀបជាមួយ TFR ៥,៣ ដែលទទួលបានពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ Arriaga TFR ៤,៦ ដែលទទួលបានទិន្នន័យអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រដូចគ្នា បង្ហាញថាមានការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតជិត ២៥% ក្នុងរយៈពេលតែ ២ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ។

កត្តាកំណត់ជំនួសសំខាន់បំផុតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមានជាអាទិ៍ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានរៀបការបច្ចុប្បន្ន បានកើនឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទំនើបមួយពី៦,៩% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៥ ដល់ ១៦,១% ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៨ ទៅដល់ ១៨,៥% ក្នុងឆ្នាំ២០០០ ហើយក្នុងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រមួយផ្សេងទៀត បានកើនឡើងទៀតពី ១២,៦% ដល់ ២១,៨% ទៅដល់ ២៣,៨% ក្នុងរយៈពេលដូចគ្នា (សូមអានតារាង ២.២)។

សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលបានរៀបការបច្ចុប្បន្ន ស្ទើរតែមានកំរិតថេរប្រហែល ៦១% នៅចន្លោះពេលធ្វើអង្កេត KAP ឆ្នាំ១៩៩៥ និងការអង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ ប៉ុន្តែសមាមាត្រនេះបានបង្ហាញពីនិន្នាការថយចុះយ៉ាងតិចតួច នៅចន្លោះពេលជំរឿន ឆ្នាំ១៩៩៨ និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (តារាង ២.២)។

ភាគរយនៃស្ត្រីដែលបានចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះនៅក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងមក ស្ថិតក្នុងកំរិតខ្ពស់ ៩៦% ដោយបញ្ជាក់ឱ្យឃើញពី សាកលភាពនៃការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះនៅកម្ពុជា ទោះបីជាអង្កេតប្រជា-សាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ បង្ហាញពីនិន្នាការថយចុះតិចតួចនៃការអនុវត្តន៍បែបនេះ។

ទិន្នន័យស្តីពីការរំលូតកូនអាចរកបានតែពីអង្កេត KAP ឆ្នាំ១៩៩៥ និងពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ដែលបង្ហាញពីប្រេវ៉ាឡង់រួមនៃការរំលូតកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ មានស្ថេរភាព

ក្នុងកំរិត ៥% ទោះបីជាស្ត្រីក្នុងអាយុពី ៣០ ទៅ ៤៩ឆ្នាំ ហាក់ដូចជាមានការប្រើប្រាស់ការរំលូតកូនច្រើនក្នុងរយៈពេលថ្មីៗនេះក៏ដោយ ទន្ទឹមនឹងពេលដែលស្ត្រីក្នុងក្រុមអាយុផ្សេងទៀតហាក់ដូចជាបានបន្ថយការអនុវត្តន៍បែបនេះ (តារាង ២.២) ។

តារាង ២.២ និន្នាការនៃកត្តាកំណត់ជំនួសរបស់លទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ១៩៩៥-២០០០

I. ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានរៀបការបច្ចុប្បន្ន អាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ

ឆ្នាំ/អង្កេត	**វិធីសាស្ត្រមួយ (%)**	**វិធីសាស្ត្រទំនើបមួយ (%)**
អង្កេត KAP ឆ្នាំ១៩៩៥ (ស្ត្រីអាយុ១៥-៤៤ឆ្នាំ)	១២,៦	៦,៩
អង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ (NHS)	២១,៨	១៦,១
អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 (DHS)	២៣,៨	១៨,៥

II. ភាគរយដែលបានរៀបការបច្ចុប្បន្ន ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុបន្តបន្ទាប់

ក្រុមអាយុ	**KAP ១៩៩៥**	**DSC ១៩៩៦**	**NHS ១៩៩៨**	**Census ១៩៩៨**	**DHS ២០០០**
១៥-១៩	៦,៦	៣,៨	១៣,៧	១១,៧	១២,១
២០-២៤	៥៦,៨	៥៥,៦	៥៨,៤	៥៦,៧	៥០,៩
២៥-២៩	៧៥,0	៧៤,២	៧៧,៥	៧៧,0	៧៦,១
៣០-៣៤	៨១,២	៧៦,៨	៨០,៩	៨១,២	៨១,៩
៣៥-៣៩	៨៥,២	៧៩,២	៨១,0	៨១,៥	៨១,៤
៤០-៤៤	៧៧,៦	៧៤,៩	៧៨,៩	៧៨,៤	៧៧,៣
៤៥-៤៩	-	៧១,៩	៧២,៥	៧៣,២	៧១,៨
សរុប	**៦០,៦**	**-**	**៦០,៦**	**៥៩,៧**	**៥៩,១**

III. ភាគរយនៃកុមារដែលមានម្តាយអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះក្នុង៥ឆ្នាំកន្លងមក

	KAP	**DSC**	**NHS**	**Census**	**DHS**
	៩៦,២ (+១៥ឆ្នាំ)	-	**៩៦,៦**	-	**៩៥,៧**

IV. ភាគរយនៃស្ត្រីដែលធ្លាប់បានរំលូតកូន

	KAP	**DSC**	**NHS**	**Census**	**DHS**
១៥-១៩	0,៣	-	-	-	0
២០-២៤	១,៧	-	-	-	១,៦
២៥-២៩	៤,៦	-	-	-	៤,២

៣០-៣៤	៤.៤	-	-	-	៧.២
៣៥-៣៩	៧.១	-	-	-	៩.១
៤០-៤៤	៨.៥	-	-	-	៩.០
៤៥-៤៩	-	-	-	-	៨.៧
សរុប	**៥,១**	**-**	**-**	**-**	**៥,០**

ប្រភព: KAP ១៩៩៥. ឈុន ឡុង et. al., (១៩៩៥) អង្កេតប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៦ វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ (១៩៩៦) អង្កេតសុខភាពជាតិ (១៩៩៨) ក្រសួងសុខាភិបាល (១៩៩៩) ជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៩៨ វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ (១៩៩៩a) អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ et. al., (២០០១)។

គួរអោយស្តាយ ពតិមានស្តីពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ផ្តល់នូវទស្សនះតិចតួចពីនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា។ មានតែនិន្នាការច្បាស់លាស់ប៉ុណ្ណោះគឺ ការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត ដែលអាចមើលឃើញថាមានការពាក់ពន្ធ័ជាមួយការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ប៉ុន្តែ ការកើនឡើងនៃប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត មានទំនាក់ទំនងជាមួយការកើនឡើងនៃវិធីសាស្ត្រពន្យារក្នុងរយៈពេលខ្លី ដូចជាការចាក់ថ្នាំ ថ្នាំគ្រាប់ ថ្នាំគ្រាប់ប្រចាំខែ ការប្រើប្រាស់នូវវិធីពន្យារកំណើតជាប្រចាំ ដូចជាការដាក់កង (IUD) និងការធ្វើកុំឱ្យមានការបង្កកំណើត មានការថយចុះ ឬស្ថិតនៅគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ (តារាង ២.៣)។

តារាង២.៣ វិធីសាស្ត្រទំនើបនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតចំរុះបច្ចុប្បន្ន ១៩៩៥-២០០០

ការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ននៃវិធីសាស្ត្រទំនើប (%)

វិធីសាស្ត្រ	**KAP ១៩៩៥**	**NHS ១៩៩៨**	**DHS ២០០០**
ការចាក់ថ្នាំ	២.៣	៧.០	៧.៤
ថ្នាំគ្រាប់	១.១	៤.០	៤.៥
ថ្នាំគ្រាប់ប្រចាំខែ	០.២	១.៨	២.៧
ការដាក់កង	១.៦	១.៨	១.៣
ការធ្វើកុំឱ្យមានការបង្កកំណើត	១.៣	០.៩	១.៥
ស្រោមអនាម័យ	០.៣	០.៦	០.៩
ផ្សេងៗ	០.១	-	០.២
សរុប	**៦,៩**	**១៦,១**	**១៨,៥**

ប្រភព: ដូចក្នុងតារាង ២.២ដែរ

ការប្រៀបធៀបកំរិតនៃTFR និងកំរិតនានាដែលទាក់ទងគ្នានៃប្រវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតក្នុងផ្នែកផ្សេងៗនៃពិភពលោក (តារាង ២.៤) បង្ហាញថាប្រវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្នគឺ ២៣.៨% សំរាប់វិធីសាស្រ្តណាមួយនៅកម្ពុជា ដែលដាក់កម្ពុជាក្នុងក្រុមអនុតំបន់សាហារ៉ានៃទ្វីបអាហ្វ្រិក ដែលជាតំបន់មានប្រវ៉ាឡង់ ពន្យារកំណើតស្មើនឹង ២៣% ហើយ TFR ស្មើនឹង៥.៧។ ប៉ុន្តែ ប្រវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតដែលបានរាយការណ៍ អាចមិនមែនគ្រាន់តែជាសូចនាករ ឬកត្តាកំណត់នៃ TFR ហើយកត្តាកំណត់មួយចំនួនផ្សេងទៀតត្រូវបានពិនិត្យមើល ដើម្បីឈានទៅរកការសំរេចយកលេខជាក់លាក់ណាមួយអំពីកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ប្រទេសមួយ។

២.៤ ការប៉ាន់ស្មានផ្សេងៗទៀត

ដោយសារតែគោលបំណងមួយក្នុងចំណោមគោលបំណងជាច្រើនគឺ ដើម្បីទទួលបាននូវការប៉ាន់ស្មានមួយពីនិន្នាការនានានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ការសាកល្បងមួយត្រូវបានធ្វើនៅទីនេះ ដើម្បីអនុវត្តនូវវិធីសាស្រ្តឯកភាពគ្នាមួយចំពោះទិន្នន័យទាំងអស់ដែលមានក្នុងការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ វិធីសាស្រ្តប្រយោលមួយចំនួនអាចត្រូវបានយកមកអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពនានា ដែលទិន្នន័យនៃការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានពុំអាចរកបានទៅតាមទំហំនិងភាពប្រាកដប្រជាក្នុងកំរិតដែលយើងចង់បាន ដូចករណីនៅក្នុងកម្ពុជាជាដើម។ វិធីសាស្រ្តបែបនេះពីរ ត្រូវបានអនុវត្តនៅទីនេះ គឺវិធីសាស្រ្ត Rele (Arriaga 1994:204, Rele 1967) ដែលអនុវត្តចំពោះទិន្នន័យដែលបានមកពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ តាមរយៈការអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 និងវិធីសាស្រ្ត Own Children (Arriaga 1994, Cho 1973) ដែលអនុវត្តចំពោះទិន្នន័យដែលបានពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ ។

២.៤.១ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្រ្ត Rele (១៩៦២-២000)

លោក Rele (១៩៦៧) បានរកឃើញថាក្នុងប្រជាជននៃប្រទេសណាមួយ សមាមាត្រកុមារ-ស្រ្តី (CWR) និងអត្រាបន្តពូជដុល (GRR) មានទំនាក់ទំនងលីនេអ៊ែរចំពោះកំរិតនៃអាយុសង្ឃឹមរស់ពីកំណើត (e_0^0)។ ដូចនេះ ការប៉ាន់ស្មានមួយនៃអត្រាបន្តពូជដុល អាចទទួលបានពត៌មានអំពីសមាមាត្រកុមារ-ស្រ្តី និងពត៌មានពី e_0^0។ TFR អាចប៉ាន់ស្មានបានពីអត្រាបន្តពូជដុល ជាមួយពត៌មានស្តីពីអត្រាភេទនៅពេលកើត ដែលត្រូវបានសន្មត់ជាទូទៅថាមាន ១0៥កំណើតប្រុស ធៀបនឹង ១00កំណើតស្រ្តី។ ពត៌មានស្តីពីរបាយប្រជាជនតាមអាយុ ដែលជាមូលដ្ឋានសំរាប់ការគណនាសមាមាត្រកុមារ-ស្រ្តី អាចងាយរកបានជាងពត៌មានជាក់លាក់នៃអថេរលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ នៅក្នុងវិធីសាស្រ្ត Rele ប្រភេទពីរនៃសមាមាត្រកុមារ-ស្រ្តីត្រូវបានគេយកមកប្រើប្រាស់ គឺ (i) សមាមាត្រនៃចំនួនកុមារ (ទាំងពីរភេទ) អាយុពី0-៤ឆ្នាំ ធៀបនឹងចំនួនស្រ្តី

តារាង២.៤ ការប្រើប្រាស់ការពន្យារកំណើត និងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតៈ ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នទូទាំងពិភពលោក

តំបន់	ប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើត	អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប
អនុតំបន់សាហារ៉ាអាហ្វ្រិក	២៣	៥,៧
មជ្ឈឹមបូព៌ា/អាហ្វ្រិកខាងជើង	៥៤	៣,៧
អាស៊ីខាងត្បូង	៤៨	៣,៥
អាស៊ីខាងកើត/ប៉ាស៊ីភិច	៨៤	២,០
អាមេរិកឡាទីន/ការ៉ាអ៊ីប	៧២	២,៦
CEE/CISនិងប្រទេសតំបន់បាល់ទិក	៦៦	១,៦
បណ្តាប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍ	៦៥	៣,០
បណ្តាប្រទេសអភិវឌ្ឍតិចតួចបំផុត	៣២	៥,៤
បណ្តាប្រទេសអភិវឌ្ឍ	៧៨	១,៦
ពិភពលោក	**៦៧**	**២,៧**

ក. ភាគរយនៃស្ត្រីក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទអាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលកំពុងប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត

ប្រភពៈ មូលដ្ឋានទិន្នន័យរបស់នាយកដ្ឋានប្រជាជននៃអង្គការសហប្រជាជាតិ២០០១/ការប៉ាន់ស្មាននិងការធ្វើចំណោលប្រជាជន២០០០

ចំនួនកុមារ(ទាំងពីរភេទ) អាយុពី៥-៩ឆ្នាំ ធៀបនឹងចំនួនស្ត្រីដែលមានអាយុពី២០-៤៩ ឬ ២០-៥៤ឆ្នាំ មានន័យថាសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី(៥-៩)។ កំរិតកំណត់អាយុខ្ពស់ជាងរបស់ស្ត្រី គឺអាស្រ័យទៅលើលទ្ធភាពដែលស្ត្រីអាចមានកូននៅក្នុងក្រុមអាយុបន្តពូជចាស់បំផុត(២០-៥៤ឆ្នាំ)។ ប្រភេទទីមួយនៃសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី ផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មានពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំនៃអង្កេត ឬជំរឿននៅពេលដែលប្រភេទទី២នៃសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី បានផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មាននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងអំឡុងពេល៥-៩ឆ្នាំ កន្លងទៅមុនពេលអង្កេត។ ក្នុងចំណោមប៉ារ៉ាម៉ែត្រចំនួនពីរ គឺសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី និង e_0^0 សមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រីមានឥទ្ធិពលទៅលើភាពសុក្រឹតនៃការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ជាងប៉ារ៉ាម៉ែត្រ e_0^0។ គេចាំបាច់ត្រូវដឹងពីពតិមានស្តីពីតំលៃជាក់ស្តែងនៃ e_0^0 ក្នុងចន្លោះពេល៥ឆ្នាំ។ ដូច្នេះ យើងឃើញថាវិធីសាស្ត្រ Rele ពុំមានការសន្មត់តែចំពោះភាពមិនប្រែប្រួលនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតឬមរណភាពនោះទេ។ ក្នុងន័យម្យ៉ាងទៀតថា ភាពសុក្រឹតឬភាពដែលគួរឱ្យជឿបាននៃ TFR ដែលត្រូវបានប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រនេះ ផ្អែកយ៉ាងខ្លាំងទៅលើភាពសុក្រឹតនៃអាយុដែលបានរាយការណ៍ ជាពិសេសកុមារក្នុងក្រុមអាយុ០-៤ និង ៥-៩ ឆ្នាំ។ ក្នុងស្ថានភាពជាច្រើន កុមារដែលនៅក្នុងក្រុមអាយុ០-៤ឆ្នាំត្រូវបានចាត់ទុកថាមានការរាយការណ៍ទាបជាងអាយុជាក់ស្តែង ផ្ទុយមកវិញកុមារក្នុងក្រុមអាយុ(៥-៩)មានការរាយការណ៍ខ្ពស់ជាងអាយុជាក់ស្តែង។ ដូច្នេះ TFR ដែលផ្អែក

លើសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី(០-៤) អាចមានតំលៃប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតជាក់ស្តែង ចំណែកឯ TFR ដែលផ្អែកលើសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី(៥-៩) អាចមានតំលៃប៉ាន់ស្មានខ្ពស់ជាងការពិតជាក់ស្តែង។ វិធីសាស្ត្រនេះផ្តល់លទ្ធផលដែលងាយនឹងប្រែប្រួលទៅតាមភាពខុសគ្នានៃការរាប់ខ្វះចំនួនកុមារនិងស្ត្រី ប៉ុន្តែវាផ្តល់លទ្ធផលដែលមិនងាយនឹងប្រែប្រួលទៅតាមកំរិតលំអៀងនៃតំលៃ e_0^0 (Arriaga 1994: 205) TFR ដែលបានប៉ាន់ស្មាន ត្រូវបានលើកយកមកបង្ហាញក្នុងតារាង ២.៥។

តារាង២.៥ ការប៉ាន់ស្មាននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុបតាមវិធីសាស្ត្រ Rele ១៩៦២-២០០០ (ផ្អែកលើការបែងចែកអាយុដែលបានកែតំរូវ)

ជំរឿន/អង្កេត	TFR[ក] CWR1	ពេលវេលាយោង	TFR[ខ] CWR2	ពេលវេលាយោង	TFR[ខ] មធ្យម	ពេលវេលាយោង
ជំរឿន១៩៦២	៥,២៨	១៩៥៨-៦២	៦,៥៣	១៩៥៣-៥៧	៥,៩១	១៩៥៣-៦២
អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ១៩៩៣-៩៤	៣,៨៩	១៩៩០-៩៤	៥,៧៦	១៩៨៦-៩០	៤,៨២	១៩៨៦-៩៤
អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ ១៩៩៦	៤,១១	១៩៩២-៩៦	៥,៦៥	១៩៨៧-៩១	៤,៨៨	១៩៨៧-៩៦
អង្កេតសុខភាពជាតិ ១៩៩៦	៤,៣៧	១៩៩៤-៩៨	៦,២៥	១៩៨៩-៩៣	៥,៣១	១៩៨៩-៩៨
ជំរឿន ១៩៩៨	៣,៨៩	១៩៩៤-៩៨	៥,៧៩	១៩៨៩-៩៣	៤,៨៤	១៩៨៩-៩៨
អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ១៩៩៩	៣,១៤	១៩៩៦-៩៩	៥,២០	១៩៩០-៩៤	៤,១៧	១៩៩០-៩៩
អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព ២០០០	៣,៥៤	១៩៩៦-០០	៥,៩៣	១៩៩១-៩៥	៤,៧៣	១៩៩១-០០

ក. CWR1= សមាមាត្រកុមារអាយុ ០-៤ ធៀបនឹងស្ត្រីអាយុ ១៥-៤៩
ខ. CWR2= សមាមាត្រកុមារអាយុ ៥-៩ ធៀបនឹងស្ត្រីអាយុ ២០-៥៤
ប្រភព: គណនាពីទិន្នន័យរបាយតាមភេទ-អាយុ ដែលទទួលបានពីអង្កេតរៀងគ្នា

ការប៉ាន់ស្មាន TFR ពីរក្រុមត្រូវបានគណនាចេញពីពត៌មានស្តីពីសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង២.៥។ ការប៉ាន់ស្មានដែលផ្អែកលើកុមារក្នុងក្រុមអាយុ០-៤ឆ្នាំ យោងទៅរយៈពេលពី១ទៅ៥ឆ្នាំ មុនអង្កេត/ជំរឿន ចំណែកឯការប៉ាន់ស្មានដែលផ្អែកលើកុមារក្នុងក្រុមអាយុ៥-៩ឆ្នាំ យោងទៅរយៈពេលពី៥ ទៅ១០ឆ្នាំ មុនអង្កេត/ជំរឿន។ TFRs ដែលបានប៉ាន់ស្មានតួលេខពីកុមារអាយុ០-៤ឆ្នាំ នៅក្នុងតារាង២.៥ បង្ហាញពីនិន្នាការថយចុះជាទូទៅនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាពីចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០ ពីកំរិតមួយធំជាង៥ នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៥៨-១៩៦២ មក ៣,៥ ក្នុងអំឡុង ឆ្នាំ១៩៩៦-២០០០។ មានភាពមិនស្របគ្នាតិចតួចពីរយ៉ាងចំពោះនិន្នាការនេះគឺ ការកើនឡើងនៃ TFR ដែលត្រូវបានគណនាដោយប្រើទិន្នន័យពីអង្កេត

ប្រជាសាស្ត្រឆ្នាំ១៩៩៦ និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០។ ដូចគ្នានេះដែរ TFRs ដែលផ្អែកលើក្រុមកុមារអាយុ៥-៩ឆ្នាំ ដែលយោងទៅរយៈពេល៥ឆ្នាំមុន TFRs ដែលផ្អែកលើក្រុមកុមារអាយុ០-៤ឆ្នាំ ហើយក៏បង្ហាញផងដែរពីនិន្នាការថយចុះជាទូទៅមួយនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ប៉ុន្តែដោយមានការប្រែប្រួលឡើងចុះដូចគ្នានឹងពេលមុនដែរ។ ប្រសិនបើតែទិន្នន័យដែលតំណាងឱ្យជាតិទាំងមូល ដែលបានមកពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ ជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់សំរាប់ធ្វើការប៉ាន់ស្មាន នោះយើងនឹងឃើញច្បាស់ពីនិន្នាការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។

ទោះជាយ៉ាងនេះក៏ដោយ ដូចដែលបានពិភាក្សាពីខាងដើម TFR ដែលប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Rele ងាយនឹងប្រែប្រួលទៅតាមការរាយការណ៍ខុសពីអាយុរបស់កុមារនិងស្ត្រី ហើយពិសេសជាងនេះទៀត ងាយនឹងប្រែប្រួលទៅតាមភាពផ្សេងគ្នានៃការរាយការណ៍ខុសពីអាយុកុមារនិងស្ត្រី។ ជាងនេះទៅទៀត ការរៀបចំសំណាកគំរូនិងទំហំសំណាកគំរូនៃអង្កេតនានា ដែលជាមូលដ្ឋាននៃការគណនា TFR ក៏អាចមានផលប៉ះពាល់ទៅលើការប៉ាន់ស្មាននេះផងដែរ។ ការរាយការណ៍ខុសពីអាយុត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា គឺជាបញ្ហាមួយនៅក្នុងជំរឿននិងអង្កេតនានានៅកម្ពុជា។

ការរាយការណ៍ទាបជាងការិតជាក់ស្តែងចំពោះកុមារអាយុ០-៤ឆ្នាំ ហាក់ដូចជាបានកើតឡើងជាប្រចាំនៅក្នុងជំរឿននិងអង្កេតនៅកម្ពុជា។ ក្នុងប្រពៃណីកម្ពុជា ទារកត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានអាយុមួយឆ្នាំនៅពេលកើតមកភ្លាម ហើយនៅពេលចូលឆ្នាំខ្មែរបន្ទាប់ ទារកនោះត្រូវមានអាយុ២ឆ្នាំដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយនឹងបន្តរាប់បន្ថែមមួយឆ្នាំៗទៀតនៅពេលចូលឆ្នាំខ្មែរឆ្នាំក្រោយៗទៀត (Siampos 1970)។

ការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុនមួយចំនួនត្រូវបានធ្វើឡើង ដើម្បីកត់ត្រាអាយុឱ្យបានត្រឹមត្រូវនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនៅកម្ពុជា ពិសេសអាយុកុមារតូចៗ។ ការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុនទាំងនេះរួមមាន ការកត់ត្រាថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត និងការប្តូរអាយុគិតតាមខែ ឆ្នាំសត្វជាប្រពៃណី ទៅជាអាយុគិតតាមឆ្នាំសកល។ ជាងនេះទៅទៀត មន្ត្រីជំរឿន/អង្កេតត្រូវបានគេជំរុញឱ្យយកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះការកត់ត្រាអាយុ ហើយត្រូវបានគេដាស់តឿនកុំឱ្យលុបអាយុទារកនិងកុមារ (NIS 1996:14)។ ទោះបីជាមានការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុន ក៏ដោយក៏ការរាយការណ៍អាយុខុសនៅតែកើតមានជាបន្តនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជា។ នៅក្នុងអង្កេតប្រជាជនភាគច្រើនបំផុតនៅកម្ពុជា ប្រជាជនដែលបានរាប់នៅក្នុងក្រុមអាយុ០-៤ឆ្នាំ ត្រូវបានបង្ហាញរកឃើញថាមានចំនួនតិចជាងក្រុមអាយុ៥-៩ឆ្នាំ។ ឧទាហរណ៍ ជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៦២ (Siampos, 1970) អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៣/៩៤ (NIS 1995) អង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ (MOH 1999) អង្កេតប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៦ (NIS 1996) ជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៩៨ (NIS 1999) អង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-

សង្គមកិច្ចកម្ពុជាឆ្នាំ១៩៩៩ (NIS 2000a) និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (NIS et al, 2001) ទាំងអស់នេះបានបង្កើតពីរ៉ាមីតអាយុ ដែលបាតក្រោមនៃពីរ៉ាមីតនោះ (គឺថារបាអាយុ ០-៤ឆ្នាំ) មានលក្ខណៈខ្លីជាងរបាអាយុ ៥-៩ឆ្នាំ ។ ការរួញចុះនៃរបារអាយុ០-៤ឆ្នាំ អាចជាបាតុភូតជាក់ស្តែងមួយ ដោយសារការធ្លាក់ចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងរយៈពេលថ្មីៗកន្លងទៅនេះ (និង/ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃមរណភាពខ្ពស់របស់កុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ) ឬអាចជាការលុបចោល ឬការបំផ្លើសចំពោះកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ។ របាយ-ការណ៍ស្តីពីការអង្កេតសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចឆ្នាំ១៩៩៩ បានបង្ហាញថា បាតខ្លីរបស់ពីរ៉ាមីតអាយុឆ្លុះបញ្ចាំងពីការរាប់ខ្វះនិងការប្រាប់អាយុខុសក្នុង ចំណោមកុមារ០-៤ឆ្នាំ ជាជាងឆ្លុះបញ្ចាំងពីការថយចុះខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត (NIS 2000a, 8)។ ការរាយការណ៍អាយុខុស អាចជះឥទ្ធិពលទៅលើរបារអាយុផ្សេងៗ ទៀតនៃប្រជាជនទាំងអស់ ដូចជាស្ត្រីក្នុងអាយុ ១៥-៥៤ឆ្នាំ ដែលរួមជាមួយកំរិតលំអៀងនៃកុមារក្នុងអាយុ០-៤ឆ្នាំ ឬ ៥-៩ឆ្នាំ អាចបង្កើតនូវតំលៃពុំត្រឹមត្រូវនៃសមាមាត្រកុមារ-ស្ត្រី ហើយដែលបន្តនាំឱ្យបង្កើតនូវការប៉ាន់ស្មាន TFR លើសឬខ្វះដោយវិធីសាស្ត្រ Rele។ វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ (1999b:14) បានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យមានការពិនិត្យបន្ថែមទៀតអំពីបាតុភូតនៃការរាយកាណ៍ទាបជាងការពិតនៃកុមារអាយុពី០-៤ ឆ្នាំ។

មធ្យោបាយមួយដើម្បីជំនះបញ្ហារាយការណ៍ទាបជាងការពិតនៃកុមារ គឺត្រូវប្រើប្រាស់របាយអាយុដែលត្រូវបានកែតំរូវចំពោះការរាយការណ៍ខុសនិងការមិនបានរាប់បញ្ចូល។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ទិន្នន័យអាយុកែតំរូវទាំងអស់ដែលមាន បានប្រើប្រាស់វិធីវិធីសាស្ត្រមួយ ដែលជាមួយនេះ របារអាយុ០-៤ឆ្នាំ ត្រូវបានពង្រីកជាលើកទីមួយ តាមរយៈការប៉ាន់ស្មានចំនួនកំណើតក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងមក ដោយសន្មត់ថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតកន្លងមក និងការរស់រានមានជីវិតរហូតដល់អាយុ៥ឆ្នាំ មានកំរិតខ្ពស់ជាងមុន (Sianpos 1970, NIS 2000b, 6)។ ដូច្នេះ របាយអាយុកែតំរូវដែលមានបច្ចុប្បន្ន ពុំមានលក្ខណៈសមស្របសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Rele ឡើយ។

២.៤.២ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children

វិធីសាស្ត្រប្រយោលនានានៃប្រភេទ Brass គឺផ្អែកលើការសន្មត់ថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងមរណភាពមិនប្រែប្រួល ដែលជាការសន្មត់មួយក្នុងចំណោមការសន្មត់ផ្សេងៗទៀត។ ទោះបីជាការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតលើស ឬទាបជាងការពិតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចកើតឡើងនៅពេលដែលការសន្មត់នេះត្រូវបានបំពានក៏ដោយ ក៏ការប៉ាន់ស្មានទាំងនោះត្រូវបានគេយកមកប្រើប្រាស់ដោយសេរីនៅក្នុងប្រទេសភាគច្រើនបំផុតដែលនៅទីនោះ កង្វះទិន្នន័យមិនអាចបង្កលក្ខណៈឱ្យមានការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្ទាល់ ដោយមិនគិតពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ពួកគេដែលកំពុងតែថយចុះនោះទេ។ មូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់និងការប្រើប្រាស់ខុសនៃ

ប្រភេទទាំងនេះរបស់វិធីសាស្ត្រមិនផ្ទាល់ គឺថាប្រភេទនៃវិធីសាស្ត្រទាំងនេះកំពុងតែមានលក្ខណៈពេញនិយម ផ្នែកស្ថិតិ។ ប៉ុន្តែ វិធីសាស្ត្រទាំងនេះត្រូវបានគេ បានបញ្ជាក់ថាមានលក្ខណៈខ្សោយបង្គួរក្នុងការប៉ាន់ស្មានដែលអាចផ្តល់នូវកំរិតឬនិន្នាការ នៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលគួរអោយជឿបាន។ វិធីសាស្ត្រប្រយោលមួយដែលមិនត្រូវការការសន្មត់ថាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមិនប្រែប្រួលនោះគឺ វិធីសាស្ត្រ Own-Children ។ លើសពីនេះទៀត វិធីសាស្ត្រប្រយោលនេះផ្តល់នូវតួលេខស្តីពី TFR ជាសេរីសំរាប់រយៈពេល១៥ឆ្នាំ។ ម្យ៉ាងទៀតថា វិធីសាស្ត្រនេះមានសារប្រយោជន៍ជាពិសេសសំរាប់ការប៉ាន់ស្មាននិន្នាការនិងទំរង់គំរូនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត (សំរាប់ការពណ៌នាសង្ខេបអំពីវិធីសាស្ត្រសូមមើល Cho, 1973; United Nations, 1983, Arriaga, 1994)។

វិធីសាស្ត្រ Own-children ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យជំរឿនស្តីពីស្ត្រីនិងកុមារតាមអាយុតាមឆ្នាំនីមួយៗ។ វិធីសាស្ត្រនេះត្រូវបានប្រើសំរាប់ជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨។ វិធីសាស្ត្រនេះគឺផ្អែកលើការបង្កើនសមាមាត្រប្រជាជនវ័យក្មេងនៃស្ត្រីនិងកុមារ។ ប្រសិនជាអាយុបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយនិងកូនរបស់គាត់ត្រូវបានគេដឹងគេអាចគណនាឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារម្នាក់ៗនិងអាយុរបស់ម្តាយនៅពេលដែលកូននោះបានកើតផងដែរ។ ជាមួយនឹងពត៌មាននេះ ចំនួនកំណើតតាមឆ្នាំនីមួយៗមុនជំរឿននិងរបាយកំណើតតាមអាយុរបស់ម្តាយត្រូវបានគេគណនា។ ចំនួនស្ត្រីសរុបតាមអាយុឆ្នាំនីមួយៗ អាចត្រូវបានដាក់ក្នុងសមាមាត្រប្រជាជនវ័យក្មេង ក្នុងពេលជាច្រើនឆ្នាំមុនពេលជំរឿន។ ដូច្នេះ អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងក្រុមអាយុជាក់លាក់ អាចត្រូវបានប៉ាន់ស្មានលំដាប់លំដោយរយៈពេល១៥ឆ្នាំ មុនជំរឿនជាមួយទិន្នន័យអំពីកុមារដែលមានអាយុ 0-១៤ឆ្នាំ ដោយអាយុនៃមាតារបស់ពួកគេ និងស្ត្រីអាយុតាមឆ្នាំនីមួយៗ។ វិធីសាស្ត្រនេះបញ្ចូលនូវមរណភាពស្ត្រីនិងកុមារ ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅវ័យក្មេង។

ជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៩៨ បានបញ្ចូលនូវសំណួរមូលដ្ឋានចាំបាច់ៗដើម្បីប្រើវិធីសាស្ត្រនេះ ទោះបីជាតារាងពិសេសៗត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីទទួលបាននូវទិន្នន័យចាំបាច់ទាំងនោះក៏ដោយ។ តារាងទាំងនោះត្រូវបានរៀបចំឡើង ដោយប្រើប្រាស់នូវសំណុំទិន្នន័យពិសេសមួយ ដែលបង្កើតឡើងដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៅក្នុងទំរង់ Win R^+ ។ ផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃពត៌មានដើម្បីយកមកប្រើក្នុងវិធីសាស្ត្រនេះ គឺចំនួនក្មេងអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយម្តាយបង្កើតរបស់ពួកគេ បានត្រូវបែងចែកទៅតាមអាយុរបស់ខ្លួន និងម្តាយបង្កើតនីមួយៗ។ នៅក្នុងវិធីសាស្ត្រនេះ ក្រុមក្មេងនេះត្រូវបានគេហៅថា*កូនផ្ទាល់* (matched Children) ។

ពត៌មានដែលផ្សារភ្ជាប់ផ្ទាល់រវាងកូនជាមួយនឹងម្តាយរបស់ពួកគេ មិនមាននៅក្នុងជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ ដែលករណីនេះក៏កើតមាននៅក្នុងជំរឿនដទៃទៀតជាច្រើនដែរ។ ដូច្នេះ វិធីដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជ្រើសរើសពត៌មានអំពីកូនផ្ទាល់ មានដូចតទៅ: កុមារទាំងអស់ (ប្រជាជនអាយុ១៤ឆ្នាំ និងតិចជាង១៤ឆ្នាំ)

ដែលជាកូនស្រីឬប្រុសនៃបុរសជាមេគ្រួសារ ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាកូនរបស់ភរិយានៃមេគ្រួសារនេះ ហើយជាប់សាច់ឈាមជាកូនបង្កើតរបស់គាត់។ កុមារទាំងនោះក៏ត្រូវបានចាត់ទុកផងដែរថាជា *កូនផ្ទាល់* គឺថាជាកូនប្រុសនិងកូនស្រីរបស់ស្ត្រីដែលជាមេគ្រួសារ។ ក្រៅពីនោះ ប្រជាជនដែលនៅសល់ក្រោមអាយុ១៥ឆ្នាំ ត្រូវបានចាត់ទុកជា *កូនមិនផ្ទាល់* ដែលបែងចែកតាមអាយុរបស់ម្តាយយោងតាមទំរង់គំរូ ដែលមានសំរាប់*កូនផ្ទាល់* ។

ពត៌មានចាំបាច់ដទៃទៀតសំរាប់ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រនេះ គឺចំនួនសរុបនៃស្ត្រីតាមអាយុតាមឆ្នាំនីមួយៗ និងសមាមាត្រនៃភាពមានជីវិតរស់នៅក្នុងតារាងអាយុ សំរាប់រហូតដល់១៥ឆ្នាំមុនពេលធ្វើជំរឿន។ ចំពោះការសិក្សាបច្ចុប្បន្ននេះ ពត៌មានអំពីសមាមាត្រនៃភាពមានជីវិតរស់ ត្រូវបានទទួលយកពីតារាងអាយុ ដែលបានរៀបចំឡើងសំរាប់កម្ពុជានាពេលថ្មីៗនេះ (Neupert, 2002)។

មានការសន្មត់សំខាន់ៗពីរទៀតនៅក្នុងវិធីសាស្ត្រនេះ។ ទីមួយ ទំហំជំរឿនគឺត្រូវតែដូចគ្នាសំរាប់កុមារក៏ដូចជាស្ត្រី ហើយទីពីរ ការបែងចែកអាយុម្តាយរបស់កូនមិនផ្ទាល់ គឺដូចគ្នាជាមួយនឹងការបែងចែកអាយុរបស់ម្តាយសំរាប់កូនផ្ទាល់។ ជាញឹកញាប់ ការសន្មត់ទាំងនេះមិនត្រូវបានគេគោរព។ គេដឹងច្បាស់ថា ការរាប់ខ្វះនៅក្នុងជំរឿន ជាធម្មតាមានកំរិតខ្ពស់នៅក្នុងចំណោមអនីតិជន ជាពិសេសទារក ជាងនៅក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ។ ជាលទ្ធផល អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត អាចត្រូវបានប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិត។ ជាងនេះទៀត ក្នុងគ្រប់សង្គមជាតិទាំងអស់ មានកូននិងម្តាយដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារផ្សេងពីគ្នា។ កូនទាំងនេះ គឺជា កូនមិនផ្ទាល់។ ទោះបីជាគេសន្មត់ថា អាយុមាតារបស់កូនមិនផ្ទាល់ ដូចអាយុម្តាយកូនផ្ទាល់ក៏ដោយជាញឹកញាប់នេះគឺមិនមែនជាករណីពិតនោះទេ។ ប្រការសំខាន់ គឺត្រូវលើកផងដែរនូវបញ្ហាមួយនៃវិធីពិសេស ដែលប្រើសំរាប់ការផ្គូរផ្គងកូនជាមួយនឹងម្តាយរបស់ពួកគេៈ កូនផ្ទាល់អាចមិនមែន ជាកូននៃប្រពន្ធនៃឪពុករបស់ខ្លួន។ ផលវិបាកនៃបញ្ហាទាំងនេះគឺជាបញ្ហាដ៏លំបាកក្នុងការវាយតំលៃពីព្រោះ ក្នុងពេលជាមួយគ្នា បញ្ហាទាំងនោះពឹងផ្អែកលើការបែងចែកអាយុនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត នៃស្ត្រី មាតា និងកុមារ។ ប៉ុន្តែជាទូទៅនៅក្នុងករណីជាច្រើន វិធីសាស្ត្រនេះផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មានទាបជាងជាក់ស្តែងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ជាពិសេសចំពោះឆ្នាំដែលនៅកៀកជិតឆ្នាំមុនធ្វើជំរឿន។

តារាង២.៦ ប៉ាន់ស្មាន TFR អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Own Children ដោយប្រើជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨: កម្ពុជា

ឆ្នាំ/ប្រាំឆ្នាំ	TFR
១៩៨៤	៥,៧២
១៩៨៥	៦,០០
១៩៨៦	៦,៣៣
១៩៨៧	៥,០៩
១៩៨៨	៦,៦៩
១៩៨៩	៤,៨៧
១៩៩០	៥,៨៨
១៩៩១	៥,៧២
១៩៩២	៥,៥៦
១៩៩៣	៥,៦៩
១៩៩៤	៥,០១
១៩៩៥	៤,៧៥
១៩៩៦	៣,៩៤
១៩៩៧	៣,៧៩
១៩៩៨	៣,០១
១៩៨៤-១៩៨៨	៥,៩៧
១៩៨៩-១៩៩៣	៥,៥៥
១៩៩៤-១៩៩៨	៤,០៨

ប្រភព: គណនាពីទិន្នន័យឆ្នាំ១៩៩៨

តារាង២.៦ និងក្រាហ្វិក២.១ បង្ហាញអំពីលទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រនេះជាមួយនឹងតួលេខជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨។ លើកលែងឆ្នាំ១៩៨៧ និង ១៩៨៩ ដែលទិន្នាការភាពរលូនល្អ ហើយអ្វីដែលសំខាន់ជាងនេះទៅទៀតនោះគឺ និន្នាការនោះបង្ហាញពីការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ប្រការដែលសំខាន់គឺចង្អុលបង្ហាញថា យោងទៅតាមការពិភាក្សាដែលបានបង្ហាញខាងលើ អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានប៉ាន់ស្មានទាបជាង

ការពិត ពិសេសសំរាប់ឆ្នាំដែលជិតដល់ពេលធ្វើជំរឿន (ឧទាហរណ៍ ចាប់ពីឆ្នាំ១៩៩៥ រហូតដល់ឆ្នាំ១៩៩៨) ហើយទិន្នាការថយចុះ មិនលឿនខ្លាំងដូចដែលទិន្នន័យបានបង្ហាញនោះទេ។ ប៉ុន្តែ គឺជាការចំលែកដែលថា និន្នាការថយចុះមិនបានចាប់ផ្តើមក្នុងពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ទេ តែបែរជាចាប់ផ្តើមនៅមុនពេលនោះទៅវិញ។ នៅផ្នែកខាងក្រោមតារាង២.៦ លទ្ធផលត្រូវបានបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈរយៈពេលប្រាំឆ្នាំ។ អត្រាទាំងនេះត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នាពីអត្រាតាមឆ្នាំនីមួយៗ ទៅក្នុងអត្រាដែលស្របគ្នាទៅនឹងក្រុមអាយុអាយុ៥ឆ្នាំរបស់ស្ត្រី។ វិធីសាស្ត្រនេះ អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជួយបន្ថយនូវបញ្ហានានាដោយសារការរាយការខុសនៃអាយុ។ លទ្ធផលដែលបានបង្ហាញតាមរបៀបនេះគឺស្រដៀងគ្នាទៅនឹងលទ្ធផលនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព។

ជាសង្ខេប វិធីសាស្ត្រ Own-Children ផ្តល់ភស្តុតាងបន្ថែមទៀតនៃការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា។ ទំហំនិងល្បឿននៃការថយចុះនេះអាចត្រូវបានប៉ាន់ស្មានលើស ប៉ុន្តែទិសនៃទិន្នាការនេះគួរឱ្យទុកចិត្តបាន។ ក្រាហ្វិក២.២ បង្ហាញពីការប៉ាន់ស្មានជាសង្ខេបនៃ TFR ដែលបានមកពីការសិក្សាមុនៗ និងត្រូវបានគណនានៅក្នុងឯកសារនេះ។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងអស់បានបង្ហាញនូវនិន្នាការថយចុះស្របនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដែលអាចបង្ហាញពីការថយចុះយឺត ប៉ុន្តែមាននិរន្តរភាព។

២.៥ និន្នាការលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត

ពត៌មានពីនិន្នាការ ឬភាពខុសគ្នានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តនៅកម្ពុជា គឺមានកំរិតចាប់ពីជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ១៩៩៨ និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០។ ពុំមានពត៌មានពីមុនស្តីអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តនៅកម្ពុជាទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ Own-Children ចំពោះការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត (ដោយប្រើទិន្នន័យពីជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨) អនុញ្ញាតឱ្យយើងប៉ាន់ស្មាននិន្នាការលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តសំរាប់រយៈពេល១៥ឆ្នាំមុនជំរឿន។ ម្យ៉ាងទៀត គេអាចតាមដានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តនានាផងដែរ នៅដំណាក់កាលដំបូងនៃ"ការស្តារឡើងវិញពីភាពមហន្តរាយ" (Huguet 2001) និងអ្វីដែលនិន្នាការទាំងនេះបានបង្ហាញនៅឆ្នាំ១៩៩៤-១៩៩៨។ ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រប៉ាន់ស្មានប្រយោលមួយទៀត មានឈ្មោះថាវិធីសាស្ត្រ Rele ក៏អនុញ្ញាតឱ្យយើងអាចតាមដានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តនានាសំរាប់រយៈពេល១០ឆ្នាំមុនជំរឿនផងដែរ។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង២.៧ ។

២.៥.១ ការប៉ាន់ស្មានតាមរយៈវិធីសាស្ត្រ Own-Children

ដូចបានលើកឡើងនៅក្នុងផ្នែក២.៥រួចមកហើយ វិធីសាស្ត្រ Own-Children ពុំផ្អែកទៅលើការសន្មត់អំពីភាពស្ថេរនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ឬមរណភាពនៅអតីតកាលឡើយ។ វិធីសាស្ត្រនេះពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការ

ផ្សារភ្ជាប់នៃកុមារ (អាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ) ទៅនឹងលក្ខណៈជីវសាស្ត្រម្ដាយរបស់ពួកគេ (អាយុ ១៥-៦៤ឆ្នាំ)។ នៅក្នុងការធ្វើអង្កេតឬជំរឿននានាក្នុងបណ្ដាប្រទេសជាច្រើន សំនួរជាក់លាក់ដែលបានសួរទៅស្ត្រី ដើម្បីកំណត់កូនបង្កើតរបស់ពួកគេ (ពោលគឺ កូនដែលពួកបានផ្ដល់កំណើតហើយរស់នៅក្នុងគ្រួសារតែមួយ)។ ចំពោះអវត្តមាននៃសំណួរជាក់លាក់ទាំងនេះ កូនបង្កើតបានផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងម្ដាយរបស់ពួកនៅក្នុងកំរងសំណួរគ្រួសារដែលក្នុងនោះ ទំនាក់ទំនងនៃសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលបានរាប់ជាមួយមេគ្រួសារ ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់រកឱ្យឃើញម្ដាយរបស់ក្មេង។ ឧទាហរណ៏ ប្រសិនបើបន្ទាត់ទី១នៃកំរងសំណួរគ្រួសារបង្ហាញអំពីមេគ្រួសារ បន្ទាត់ទី២បង្ហាញពីភរិយានៃមេគ្រួសារ បន្ទាត់ទី៣បង្ហាញអំពីកូនប្រុសនៃមេគ្រួសារ ហើយបន្ទាត់ទី៣នេះ គឺជាកូនបង្កើតនៃបន្ទាត់ទី២។ ប្រសិនបើកូនប្រុសអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំនោះ គាត់ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងរូបមន្តសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើត។ បញ្ហានាអាចកើតឡើងនៅក្នុងការកំណត់ស្ត្រីចំពោះកូនបង្កើតប្រសិនបើគ្រួសារនោះមានស្ត្រីលើសពីម្នាក់ក្នុងអាយុ១៥-៦៤ឆ្នាំ ជាពិសេសនៅពេលដែលកូនប្រុសពីរឬច្រើននាក់បានរៀបការ ហើយប្រពន្ធនិងកូនៗរបស់ពួកគេរស់នៅក្នុងគ្រួសារតែមួយ ជាមួយនឹងឪពុករបស់ពួកគេដែលជាមេគ្រួសារ។ នៅក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ កុមារទាំងអស់អាចជាចៅរបស់មេគ្រួសារ ហើយគេមិនអាចបានកំណត់ថាតើអ្នកណាជាម្ដាយបង្កើតរបស់កុមារទាំងអស់នោះទេ។

តារាង២.៧: ការប៉ាន់ស្មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុបតាមខេត្តពីទិន្នន័យជំរឿន១៩៩៨នៅកម្ពុជា

ខេត្ត-ក្រុង	ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ *Own Children* [១]			ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ ***Rele*** [១]			ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ ***P/F ratio*** [២]	ការប៉ាន់ស្មាន(ផ្ទាល់)តាម CDHS ២០០០ ជាមធ្យម [៣]
	១៩៨៤-៨៨	**១៩៩៤-៩៨**	**១៩៩៤-៩៨**	**១៩៩៤-៩៨**	**១៩៨៩-៩៣**	**១៩៨៩-៩៣**	**១៩៨៩-៩៨**	**១៩៩៥-២០០០**
បន្ទាយមានជ័យ	៦.១	៥.៦	៤.២	៦.១	៤.១	៥.១	៥.៥	៤.៣
បាត់ដំបង	៦.៣	៥.៩	៤.៤	៦.៦	៤.២	៥.៤	៥.៧	៤.៥[៤]
កំពង់ឆ្នាំង	៥.៧	៥.៩	៤.៧	៦.៧	៤.៦	៥.៧	៥.៥	៥.២
កំពង់ចាម	៥.៩	៥.៦	៤.០	៦.០	៣.៩	៥.០	៥.២	៤.២
កំពង់ស្ពឺ	៦.១	៦.០	៤.៤	៦.៥	៤.៣	៥.៤	៦.០	៤.៦
កំពង់ធំ	៦.០	៥.៨	៤.៣	៦.១	៤.១	៥.១	៥.៩	៤.៣
កំពត	៦.៣	៥.៩	៤.៤	៦.៤	៤.៣	៥.៤	៥.៣	៤.១[៥]
កណ្តាល	៥.៧	៥.៤	៤.០	៥.៩	៣.៨	៤.៩	៥.១	៣.៨
កោះកុង	៥.០	៤.៨	៤.១	៥.៣	៤.២	៤.៨	៥.៧	៤.៣
ក្រចេះ	៥.៩	៤.៨	៤.៦	៥.៣	៤.១	៤.៧	៥.៦	៤.៦[៦]
ក្រុងកែប	៦.០	៥.៨	៤.៤	៧.១	៤.៥	៥.៨	៧.០	៤.១[៥]
ក្រុងព្រះសីហនុ	៦.០	៥.៥	៤.២	៥.៨	៣.៩	៤.៩	៥.៦	៤.១[៥]
ក្រុងប៉ៃលិន	៤.៥	៥.៣	៤.២	៦.៦	៤.៥	៥.៦	៦.៣	៤.៥[៤]
មណ្ឌលគិរី	៥.៦	៥.៥	៥.៩	៥.៦	៥.៧	៥.៧	៧.៤	៦.៣[៧]
ឧត្តរមានជ័យ	៦.៤	៦.៦	៥.៣	៧.៦	៥.៥	៣.១	៣.៧	២.១
ពោធិសាត់	៦.៧	៦.៧	៤.៩	៧.១	៤.៣	៥.៧	៦.៦	៤.៩
ព្រះវិហារ	៥.៦	៥.៩	៥.៤	៦.៦	៥.៤	៦.០	៧.៣	៤.៦[៦]
ព្រៃវែង	៦.០	៥.៤	៣.៨	៥.៨	៣.៦	៤.៧	៤.៧	៣.៥
រតនគិរី	៥.៧	៦.០	៥.៥	៥.៥	៤.៧	៥.១	៨.២	៦.៣[៧]
សៀមរាប	៦.០	៥.៩	៤.៧	៦.៩	៤.៧	៥.៨	៥.៨	៤.៦[៨]
ស្ទឹងត្រែង	៥.៤	៥.៦	៤.៨	៦.៥	៤.៩	៥.៧	៧.១	៤.៦[៦]
ស្វាយរៀង	៦.២	៥.៧	៣.៨	៧.០	៤.២	៥.៦	៤.៦	៣.៥
តាកែវ	៦.០	៥.៨	៤.១	៦.០	៤.២	៥.២	៥.១	៤.១

១. គណនា ពីទិន្នន័យជំរឿន១៩៩៨ ; ២. ទទួលបានពីឯកសារជំរឿន(វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩a); ៣. ទទួលបានពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. (២០០១); ៤. ការប៉ាន់ស្មានរួមគ្នាសំរាប់ខេត្តបាត់ដំបងនិងក្រុងប៉ៃលិន; ៥. ការប៉ាន់ស្មានរួមគ្នាសំរាប់ខេត្តកំពត ក្រុងកែប និងក្រុងព្រះសីហនុ; ៦. ការប៉ាន់ស្មានរួមគ្នាសំរាប់ខេត្តព្រះវិហារ ស្ទឹងត្រែង និងក្រចេះ; ៧. ការប៉ាន់ស្មានរួមគ្នាសំរាប់ខេត្តមណ្ឌលគិរី និងរតនគិរី; ៨. ការប៉ាន់ស្មានរួមគ្នាសំរាប់ខេត្តឧត្តរមានជ័យ និងសៀមរាប

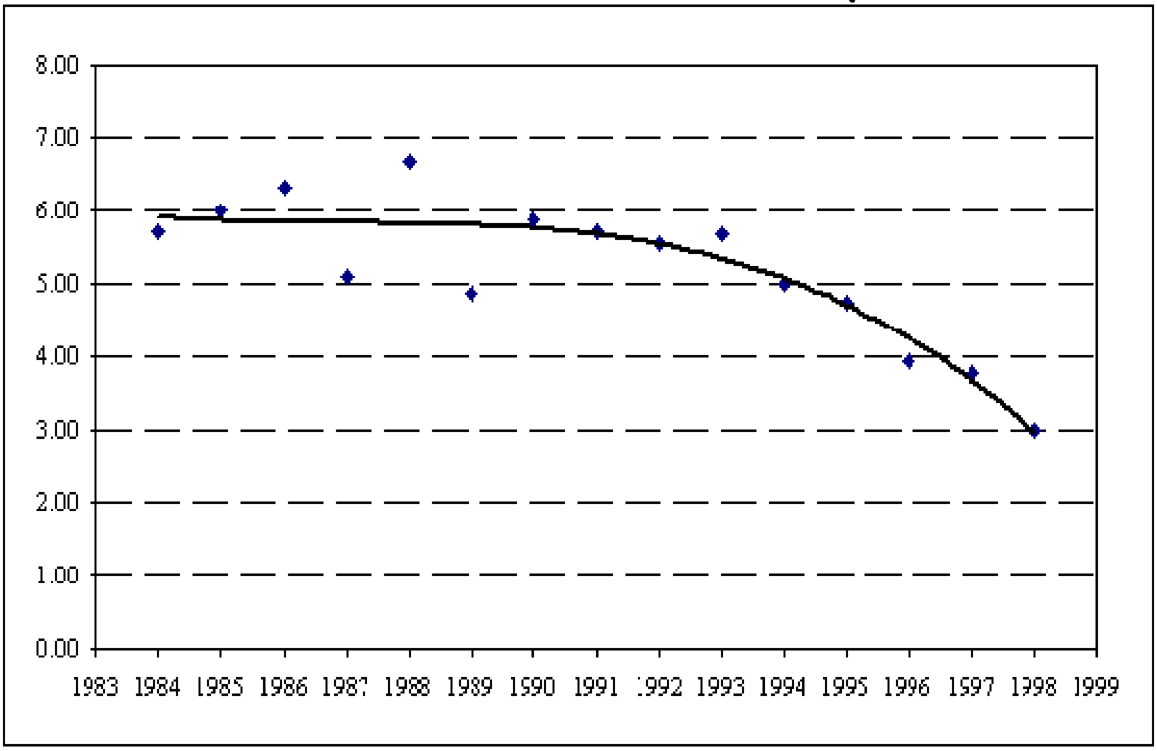
តារាង ២.៤: ការកំណត់កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត (អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា ២០០០)

ខេត្ត-ក្រុង	ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមានអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ		ស្ត្រីទាំងអស់ដែលមានអាយុ ២៥-៤៩ឆ្នាំ	ស្ត្រីរៀបការទាំងអស់ដែលមានអាយុ ១៥-៤៩ %នៃអ្នកប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតពេលបច្ចុប្បន្ន	
	%នៃអ្នកដែលធ្លាប់បានរំលូតកូន	%នៃកុមារបានបៅទឹកដោះម្តាយ ហើយបានកើត ៥ឆ្នាំចុងក្រោយ	មេដ្យានអាយុដែលបានរួមភេទលើកដំបូង	វិធីសាស្ត្រណាមួយ	វិធីសាស្ត្រទំនើបណាមួយ
បន្ទាយមានជ័យ	៤,៧	៩៥,៣	១៩,៥	៣៦,១	២៨,៩
កំពង់ឆ្នាំង	២,៦	៩៦,១	២០,២	១៧,០	១៤,៥
កំពង់ចាម	៦,២	៩៤,៩	២០,០	១៨,៦	១៣,៦
កំពង់ស្ពឺ	០,៧	៩៧,៥	១៩,៨	១០,៩	១០,១
កំពង់ធំ	១,២	៩៧,៥	១៩,៩	១៩,៥	១៧,៨
កណ្តាល	៤,៧	៩៦,៩	២០,១	២៨,២	១៦,៥
កោះកុង	៤,០	៩០,៨	១៩,៥	១៦,៧	១៤,៨
ភ្នំពេញ	៦,៧	៩០,៤	២០,៧	៤៣,៣	២៧,៤
ព្រៃវែង	៣,៩	៩៨,០	១៩,១	១៦,៩	១៥,៥
ពោធិសាត់	៤,៨	៩៦,៧	២០,១	១៧,៦	១៥,១
ស្វាយរៀង	១០,៣	៩៥,៨	១៩,៤	២៦,៥	២២,១
តាកែវ	៣,៣	៩៦,៣	២០,១	២២,៥	២០,១
បាត់ដំបង/ក្រុងប៉ៃលិន	១០,០	៩៥,១	២០,២	៣៥,០	២៩,០
កំពត/ក្រុងកែប/ក្រុងព្រះសីហនុ	៤,៣	៩១,៧	១៩,៥	២៥,០	២០,៦
ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង/ក្រចេះ	៥,១	៩៧,៨	១៩,៩	១៤,៣	១២,១
មណ្ឌលគីរី/រតនគីរី	២,០	៩៥,២	១៩,២	១០,៣	៩,២
សៀមរាប/ឧត្តរមានជ័យ	៣,៤	៩៧,៥	២០,៣	១៦,៧	១៤,០

ប្រភព: វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ និងប្រភពផ្សេងទៀត (២០០១)

ប៉ុន្តែ សមាមាត្រនៃក្រុមគ្រួសារដែលមានគ្រួសារពីររស់នៅក្នុងជាមួយគ្នា វាមិនធំពេករហូតដល់បណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាលំបាកក្នុងការផ្សារភ្ជាប់មាតាទៅនឹងកូនបង្កើតរបស់ខ្លួន។

ដ្យាក្រាម២.១ និន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត១៩៨៣-១៩៩៩ ដោយប៉ាន់ស្មាន TFR តាមរយៈវិធីសាស្ត្រ Own-Children: នៅកម្ពុជា



ប្រភព: តារាង២.៦

ការប៉ាន់ស្មាននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children ដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង២.៧ បានបង្ហាញពីនិន្នាការនៃពេលវេលារយៈពេលបីបញ្ចូវត្សគឺ ១៩៨៤-១៩៨៨ ១៩៨៩-១៩៩៣ និង ១៩៩៤-១៩៩៨។ TFR ទាំងនេះ បង្ហាញថាបណ្តាខេត្តទាំងអស់ លើកលែងតែមណ្ឌលគិរី បានជួបប្រទះនូវការថយចុះTFRពីឆ្នាំ១៩៨៤ ដល់ ១៩៩៨ ។

ក្នុងរយៈពេល១៩៨៤-១៩៩៣ TFR ហាក់បីដូចជានៅថេរក្នុងកំរិតមួយខ្ពស់សំរាប់ខេត្តភាគច្រើន ដោយមានកាលើកលែងខ្លះៗ ដូចជាកំពង់ឆ្នាំង ប៉ៃលិន ព្រះវិហារ រតនគិរី និងស្ទឹងត្រែង (តារាង២.៧)។ ការកើនឡើងដ៏ច្បាស់ទាំងនេះមានកំរិតតិចតួច ហើយសំរាប់អ្វីដែលយើងដឹងនោះគឺ ការកើនឡើងទាំងនេះអាចឆ្លុះបញ្ចាំងពីការមិនប្រែប្រួលនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅខេត្តទាំងនោះ នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៨៤-១៩៩៣ (រយៈពេល១៩៨៤-១៩៩៨ សំរាប់មណ្ឌលគិរី)។ គេគួរតែពិនិត្យមើលថាតើ ការកើនឡើងដ៏ច្បាស់ទាំងនេះមានលក្ខណៈពិតប្រាកដ ឬក៏ដោយសារភាពមានកំរិតនៃទិន្នន័យ។ ប៉ុន្តែ ប្រការដែលជាក់ច្បាស់នោះគឺថា

ខេត្តស្ទើរ តែទាំងអស់ជួបប្រទះនឹងការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត(ដូចជានៅក្នុងកំរិតជាតិទាំងមូលដែរ) នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៨៩-១៩៩៨។

TFRទាំងឡាយប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children សំរាប់ឆ្នាំ១៩៩៤-១៩៩៨ សំរាប់ខេត្តភាគច្រើន គឺប្រហាក់ប្រហែលទៅនឹងTFRប៉ាន់ស្មានដោយអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា២០០០ សំរាប់រយៈពេល១៩៩៥-២០០០ (ក៏មានបង្ហាញក្នុងតារាង២.៧) ដូច្នេះតាមរយៈនេះ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children មានលក្ខណៈជឿទុកចិត្តបាន។

TFRs ខ្ពស់ជាងដែលគណនាតាមវិធីសាស្ត្រ P/F ratio ចំពោះទិន្នន័យជំរឿន (ដែលបានបោះពុម្ពស្របជាមួយគ្នានឹងរបាយការណ៍ជំរឿន) ត្រូវបានពន្យល់ថានៅក្នុងករណីនៃការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត វិធីសាស្ត្រ P/F ratio ហាក់ដូចជាប៉ាន់ស្មានលើសពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ទាំងនេះត្រូវបានពន្យល់ពីខាងលើរួចមកហើយ។

២.៥.២ ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ RELE

ដូចជាការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children ដែរ វិធីសាស្ត្រ Releពុំបានផ្អែកទៅលើការសន្មតលើភាពថេរនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងមរណភាពក្នុងអតីតកាលឡើយ(មើលការពន្យល់ក្នុងផ្នែកទី ៥.១)។ ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Rele បង្ហាញពីនិន្នាការនៃពេលវេលាសំរាប់បញ្ជូវត្សពីរគឺ ១៩៨៩-១៩៩៣និង១៩៩៤-១៩៩៨។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះបង្ហាញនូវភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាក្នុងកំរិតមួយខ្ពស់រវាងការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ជាមួយនឹងការការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children និងការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់ពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ (តារាង ២.៧)។ TFR សំរាប់បញ្ជូវត្សថ្មីបំផុត១៩៩៤-១៩៩៨ គឺផ្អែកលើសមាមាត្រកុមារ-ម្តាយ (០-៤) ដែលជាសមាមាត្រនៃចំនួនកុមារអាយុពី០-៤ឆ្នាំធៀបនឹងស្ត្រីដែលមានអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ។ ដោយហេតុថា ចំនួនកុមារក្នុងក្រុមអាយុនេះ ជាទូទៅត្រូវបានរាយការណ៍ទាបជាងការពិត (ប្រហែលជាដោយសារការបំផ្លើសអាយុរបស់ពួក គេ) នោះ TFR ដែលបានទាញយកពីសមាមាត្រកុមារ-ម្តាយ (០-៤) នឹងមានទំនោរទៅរកការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិត។ម្យ៉ាងទៀត TFR សំរាប់បញ្ជូវត្ស១៩៨៩-១៩៩៣ ត្រូវបានមកពីសមាមាត្រកុមារ-ម្តាយ (៥-៩) ពោលគឺ សមាមាត្រកុមារក្នុងក្រុមអាយុ ៥-៩ឆ្នាំធៀបទៅនឹងស្ត្រីអាយុ២០-៥៤ឆ្នាំ។ ការបំផ្លើសអាយុកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ (និងការរាយការណ៍នៅក្នុងក្រុមអាយុ៥-៩ឆ្នាំ) អាចធ្វើឱ្យឡើងចំនួនកុមារក្នុងក្រុមអាយុ ៥-៩ឆ្នាំ។ ដូច្នេះ TFR ដែលទាញយកពីសមាមាត្រកុមារ-ម្តាយ (៥-៩) អាចនឹងមានទំនោរទៅរកការប៉ាន់ស្មានខ្ពស់ជាងការពិត។ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីហេតុផលនៃការប៉ាន់ស្មានTFRខ្ពស់ឬទាបជាងការពិត ដែលកើត

ឡើងដោយសារកត្តាទាំងនេះ កំរិតមធ្យមនៃTFRsសំរាប់ពីរបញ្ជូវត្សត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងតារាង២.៧ ដែលបង្ហាញពី TFRសំរាប់រយៈពេល១០ឆ្នាំ ១៩៨៩-១៩៩៩។

ការប៉ាន់ស្មាន TFR តាមវិធីសាស្ត្រ P/F ratio សំរាប់១៩៩៤-១៩៩៨ មានភាពស្រដៀងគ្នាខ្លាំងនឹងការប៉ាន់ស្មាន TFRs សំរាប់១៩៨៩-១៩៩៣ ដែលបានពីការគណនាតាមវិធីសាស្ត្រទាំងពីរ Own-Children និងវិធីសាស្ត្រ Rele។ ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះបង្ហាញថា ក្រោមលក្ខខណ្ឌថយនៃការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ការប៉ាន់ស្មាននានាតាមវិធីសាស្ត្រ P/F ratio ជាក់ស្តែង ឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងអតីតកាល (មានកំរិតខ្ពស់ជាង)។

២.៥.៣ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត

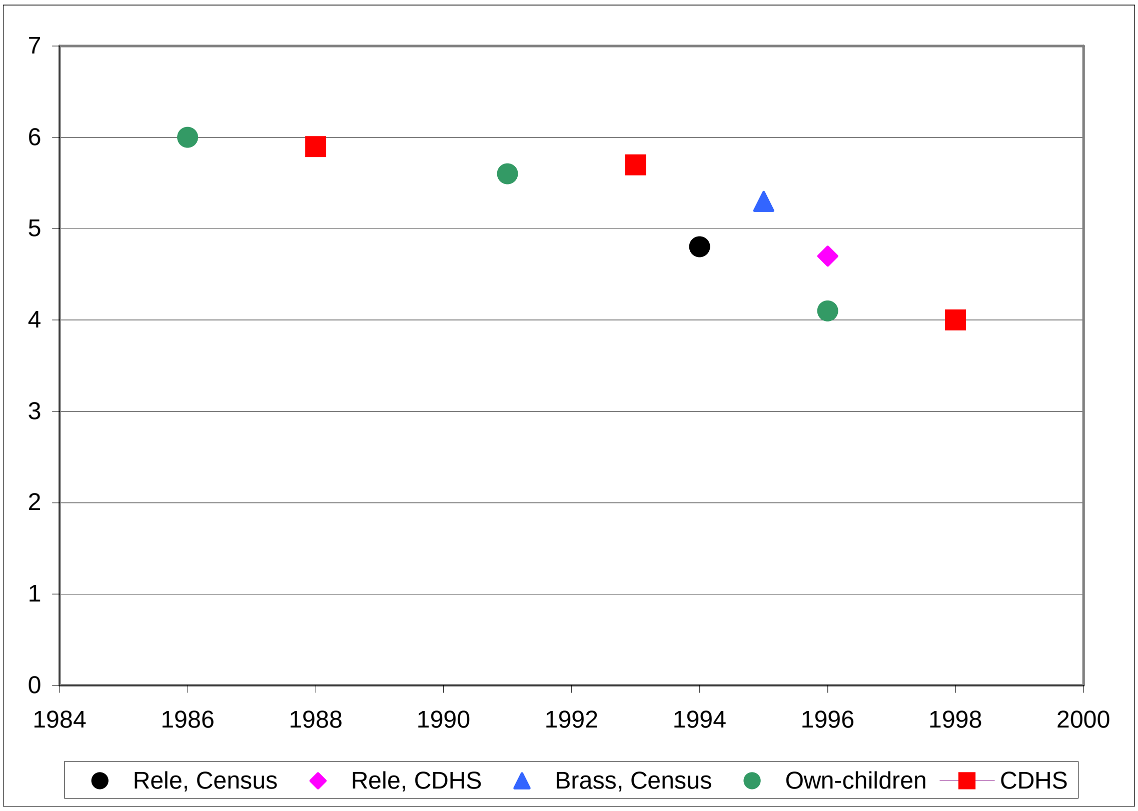
ពតិមានអំពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត ត្រូវបានលើកយកមកបង្ហាញក្នុងតារាង ២.៨។ ពតិមានទាំងនេះ រាប់បញ្ចូលនូវពតិមានអំពី ភាគរយនៃស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំដែលធ្លាប់បានរំលូតកូន ភាគរយនៃកុមារដែលបានកើតក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំចុងក្រោយក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលត្រូវបានចិញ្ចឹមដោយទឹកដោះម្តាយ អាយុមធ្យមនៃការរួមភេទជាលើកដំបូងក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ២៥-៤៩ឆ្នាំ និងភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នអាយុ១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលបានប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតមួយ (វិធីទាំងអស់ និងវិធីទំនើប)។ ដោយសារតែមានការកែប្រែប្រួលនៃលទ្ធផលផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត បានជាមានការប្រែប្រួលនៅក្នុងកត្តាកំណត់ជំនួសតាមខេត្ត។ គោលបំណងនៅទីនេះ ពុំមែនដើម្បីវិភាគអំពីឥទ្ធិពលនៃភាពខុសៗគ្នាក្នុងកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្តឡើយ ពីព្រោះការវិភាគនេះត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងរបាយ-ការណ៍ស្តីពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ។

២.៦ សន្និដ្ឋាន

ប្រវត្តិប្រជាសាស្ត្ររបស់កម្ពុជាដែលបានកត់ត្រាទុកមានរយៈពេលខ្លី។ ពតិមានប្រជាសាស្ត្រដំបូងបំផុតអំពីកម្ពុជា ទើបតែចាប់ផ្តើមពីចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០ និងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ប៉ុណ្ណោះ។ ផ្តើមចេញពីការវាយតំលៃខាងលើ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាមានកំរិតខ្ពស់នៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ ដោយមានអត្រាកំណើតដុល ៤០/១.០០០ និង TFR ប្រមាណ ៧។ នៅក្នុងរបបខ្មែរក្រហមឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានធ្លាក់ចុះយ៉ាងខ្លាំង ដោយមានអត្រាកំណើតដុលធ្លាក់ចុះក្នុងចន្លោះពី ២០និង ២៥/១.០០០ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៧៦-១៩៧៩។ ការវិលត្រឡប់មករកភាពធម្មតានៃជីវិត និងជីវភាពរស់នៅបន្ទាប់ពីការបញ្ចប់នៃរបបខ្មែរក្រហម បានធ្វើឱ្យលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័ស ដោយមានអត្រាកំណើតដុលប៉ាន់ស្មានកើនឡើងខ្ពស់រហូតដល់ ៤៤/១.០០០ នៅពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ ដែល

បន្ទាប់មកបានថយចុះបន្តិចម្តងៗមកនៅកំរិតប្រហែល ៤០/១.០០០នៅឆ្នាំ១៩៨៨ និង ៣៨/១.០០០ នៅឆ្នាំ១៩៩០។ TFR ប៉ាន់ស្មានសំរាប់ឆ្នាំ១៩៩០ មានប្រហែលជា៦។ ដូចបានបញ្ជាក់ពីខាងដើម លទ្ធភាពផ្តល់កំណើត បានកើនឡើងនៅរវាងពីចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០និងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ បានធ្លាក់ចុះគួរឱ្យកត់សំគាល់នៅរវាងពីពាក់កណ្តាលរហូតដល់ចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៧០ ហើយបានចាប់ផ្តើមកើនឡើងឡើងវិញដោយ "ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក" នៅទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ មុននឹងចាប់ផ្តើមថយចុះម្តងទៀត។

ដ្យាក្រាម២.២ ការប៉ាន់ស្មាន TFR ដោយវិធីសាស្ត្រផ្សេងៗគ្នាៈ កម្ពុជា



ចំណាំៈ ● វិធីសាស្ត្រ *Rele* និងជំរឿន ◆ វិធីសាស្ត្រ *Rele* និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា ▲ វិធីសាស្ត្រ *Brass* និងជំរឿន ● វិធីសាស្ត្រ *Rele* និងជំរឿន —■— អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា

សំរាប់រយៈពេលថ្មីៗកន្លងទៅនេះ ការប៉ាន់ស្មានពី TFR ដែលមាននៅក្នុងតារាង២.១ បង្ហាញពីការថយចុះជាទូទៅនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងរវាងពាក់កណ្តាលឆ្នាំ១៩៩៣ រហូតដល់ចុងឆ្នាំ១៩៩៧ ដោយមានការប្រែប្រួលឡើងចុះនៅចន្លោះបណ្តាឆ្នាំទាំងនេះ។ បញ្ហាចំបងនៃភាពមិនស៊ីសង្វាក់គ្នានេះគឺភាពខុសគ្នានៃវិធីសាស្ត្រទាំងឡាយដែលយកមកធ្វើការប៉ាន់ស្មាន។ នៅពេលដែលការប៉ាន់ស្មានទាំងឡាយសំរាប់ ខែមិថុនា ឆ្នាំ១៩៩៣ ខែធ្នូ ឆ្នាំ១៩៩៦ និងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ១៩៩៧ បានផ្អែកទៅលើប្រវត្តិកំណើត (ដូច្នេះវាមានភាពប្រហាក់ប្រហែលទៅនឹងការប៉ាន់ស្មានផ្ទាល់) ការប៉ាន់ស្មានទាំងឡាយសំរាប់រយៈពេលផ្សេងទៀត គឺត្រូវបានគណនាដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ P/F ratio ដែលបង្កើតនូវការប៉ាន់ស្មាន TFR មានកំរិតខ្ពស់ជាង នៅពេលដែលលទ្ធភាព

ផ្តល់កំណើតកំពុងថយចុះ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើការប៉ាន់ស្មានពី TFR ដែលទទួលបានពីប្រវត្តិកំណើតត្រូវបានធ្វើការប្រៀបធៀប នោះមាននិន្នាការថយចុះមួយយ៉ាងច្បាស់នៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ទោះបីជាការប៉ាន់ស្មាននានាបានពីអង្កេត KAP ១៩៩៥មិនបានតំណាងឱ្យក៏រិតជាតិក៏ដោយ។

ការប៉ាន់ស្មានពី TFR សំរាប់ប្រទេសទាំងមូល ដែលបានមកពីការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ Rele ចំពោះទិន្នន័យជំរឿននិងទិន្នន័យអង្កេតជាច្រើននៅកម្ពុជា ក៏បង្ហាញផងដែរនូវទិដ្ឋភាពនៃការថយចុះជាទូទៅមួយ ប៉ុន្តែ មានការប្រែប្រួលឡើងចុះមួយចំនួន (តារាង២.៥)។ គេមិនអាចធានាបានថាតើការប្រែប្រួលឡើងចុះទាំងនេះ កើតមានដោយបណ្តាលមកពីការកើនឡើងពិតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតទេ ពីព្រោះការអង្កេតនានាដែលបានបង្កើតទិន្នន័យសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះ ពុំបានគ្របដណ្តប់លើទូទាំងប្រទេស ដូច្នេះការអង្កេតទាំងនោះប្រហែលជាមិនអាចតំណាងឱ្យប្រទេសទាំងមូលបានឡើយ។ ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអង្កេតនិងជំរឿននានាដែលមិនបានគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេស មានជាអាទិ៍ ជំរឿនឆ្នាំ១៩៦២ ជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ និង អង្កេតប្រជា-សាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ត្រូវបានគេចាត់ថាជាប្រភពទិន្នន័យសំខាន់សំរាប់ការប៉ាន់ស្មាន នោះការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតអាចចាត់ទុកថាជាការពិត។ ការប៉ាន់ស្មាន TFR តាមវិធីសាស្ត្រ Rele ដែលផ្អែកលើកុមារក្នុងក្រុមអាយុ០-៤ឆ្នាំ ហាក់ដូចជាបានបង្កើតឡើងនូវការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ជាពិសេសដោយសារតែការរាប់មិនអស់នូវចំនួនកុមារនៅក្នុងក្រុមអាយុនេះ។ ម្យ៉ាងទៀត TFR សំរាប់កុមារក្នុងក្រុមអាយុ៥-៩ឆ្នាំ ហាក់ដូចជាត្រូវបានប៉ាន់ស្មានលើសពីការពិត។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងមួយត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីជំនះលើបញ្ហានេះ ដោយធ្វើមធ្យមភាគពីលទ្ធផលប៉ាន់ស្មាន TFR ចំពោះកុមារក្នុងក្រុមអាយុទាំងពីរខាងលើ ហើយការប៉ាន់ស្មានទាំងនេះក៏បានបង្ហាញឱ្យឃើញផងដែរនូវនិន្នាការថយចុះមួយនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ទោះជាដូច្នេះក្តី ការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Rele សំរាប់ខេត្តនានា (តារាង២.៧) បង្ហាញពីទំរង់គំរូនៃការថយចុះរបស់លទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដែលស្របគ្នាទៅនឹងការថយចុះដែលបានបង្ហាញតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានតាមវិធីសាស្ត្រ Own-Children។

តារាង២.៦ និងដ្យាក្រាម២.១ បង្ហាញពីលទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ Own-Children ចំពោះទិន្នន័យជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨។ វិធីសាស្ត្រនេះផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មាននានាសំរាប់១៥ឆ្នាំមុនពេលជំរឿន។ និន្នាការនៃ TFRs ដែលទទួលបានពីវិធីសាស្ត្រនេះមានភាពរលូន លើកលែងតែចំពោះឆ្នាំ១៩៨៧ និង១៩៨៩។ ប៉ុន្តែសំខាន់ជាងនេះទៀត និន្នាការ TFRs នេះបង្ហាញពីនិន្នាការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ប្រការដែលគួរឱ្យកត់សំគាល់នោះគឺថា TFRs ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិត ជាពិសេស សំរាប់បណ្តាឆ្នាំដែលនៅកៀកជិតឆ្នាំដែលធ្វើជំរឿន។ លើសពីនេះទៀត និន្នាការថយចុះមិនមានល្បឿនលឿនដូចជាទិន្នន័យដែលបង្ហាញឱ្យឃើញនោះទេ។ ប្រការដែលគួរឱ្យកត់សំគាល់ផងដែរនោះគឺថា ការថយចុះនេះបានចាប់ផ្តើមនៅក្នុងពាក់

កណ្តាលទីមួយនៃទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០។ TFRs សំរាប់រយៈពេល៥ឆ្នាំមុនពេលជំរឿន ដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងពាក់កណ្តាលខាងក្រោមនៃតារាង២.៦ បង្ហាញពីនិន្នាការនានាដែលប្រហាក់ប្រហែលទៅនឹងនិន្នាការដែលបានទទួលពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al., ២០០១)។ វិធីសាស្ត្រ Own Children ផ្តល់នូវភស្តុតាងបន្ថែមពីការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា។ ទំហំនិងល្បឿននៃការថយចុះនេះអាចត្រូវបានប៉ាន់ស្មានលើសពីការពិត ប៉ុន្តែទិសដៅនៃនិន្នាការនេះពិតជាអាចគួរឱ្យជឿបាន។ តារាង២.៧បង្ហាញថា និន្នាការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលត្រូវបានធ្វើការសង្កេតនៅទូទាំងប្រទេស ក៏គឺជាការពិតសំរាប់បណ្តាខេត្ត លើកលែងតែចំពោះខេត្តមណ្ឌលគិរី ព្រះវិហារ និងរតនគិរី។

សរុបមក ជាការពិត លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបាននិងកំពុងធ្លាក់ចុះ ហើយចំណុចចាប់ផ្តើមនៃការធ្លាក់ចុះនេះអាចកើតឡើងនៅដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ (សូមអានតារាងលេខ ២.១)។ នៅត្រង់ចំណុចនេះបញ្ហាអាទិភាពដែលត្រូវលើកយកមកពិភាក្សានោះ មិនមែនជាការវាស់វែងល្បឿនឬទំហំនៃការថយចុះនោះទេ ប៉ុន្តែ ជាការពិត ចំណុចដែលគួរលើកយកមកសិក្សានៅទីនេះគឺ ការរកឱ្យឃើញនិងការវិភាគអំពីកត្តាកំណត់ទាំងឡាយនៃការធ្លាក់ចុះនេះ។ បញ្ហាចំបងមួយគឺត្រូវរកឱ្យឃើញថា តើការធ្លាក់ចុះនេះអាចកើតឡើងយ៉ាងដូចម្តេចបានជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតដ៏មានកំរិតបែបនេះ។ ចំណង់ចំណូលចិត្តចំពោះលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ស្ត្រីអាចផ្តល់តំរុយខ្លះៗចំពោះបញ្ហានេះ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុតនៃស្ត្រីអាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំគឺ ៣.៦ (NIS et al, 2001: 109)។ សំរាប់ស្ត្រីទាំងឡាយដែលស្ថិតក្នុងពេលចាប់ផ្តើមនៃដំណាក់កាលអាចមានផ្ទៃពោះ (មានន័យថាស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានអាយុពី ១៥-១៩ឆ្នាំ) ចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុតគឺ ៣.១។ ប៉ុន្តែ ថាតើស្ត្រីទាំងនេះត្រូវខ្នះខ្នែងយ៉ាងដូចម្តេចដើម្បីឱ្យសំរេចបាននូវចំនួនកូនមធ្យមដែលល្អបំផុតគឺជាបញ្ហាមួយដែលត្រូវការការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាបន្តទៀត។

ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី យើងមានលទ្ធភាពតិចតួចដែលអាចលើកឡើងនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ គឺ

(ក) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍អោយបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ អំពីការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតរបស់ពួកគាត់ (ទាំងវិធីសាស្ត្រទំនើប និងបុរាណ)

(ខ) ស្ត្រីពុំបានរាយការណ៍ឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីការរំលូតកូន និង

(គ) ការថយចុះនៃលទ្ធភាពបង្កកំណើតរបស់ក្រុមស្ត្រី នៅក្នុងវ័យបន្តពូជដំបូងរបស់ពួកគាត់ពីអាយុ២០-២៩ឆ្នាំ ដែលជាក្រុមស្ត្រីដែលមានវ័យក្មេងពេកឬបានកើតនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃរបបខ្មែរក្រហមពីឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ ហើយបានរងគ្រោះដោយសារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចធ្វើឱ្យចុះខ្សោយជាប្រចាំនូវសមត្ថភាពបន្តពូជរបស់ពួកគាត់។

នៅពេលដែលហេតុផលដំបូងពីរដែលលើកឡើងខាងលើមានលក្ខណៈសមហេតុសមផល និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយការសិក្សាអំពីកត្តាកំណត់ជំនួលនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា យើងពុំទាន់រកឃើញថា ហេតុផលទីបីមានលក្ខណៈសមហេតុសមផលទៅតាមទស្សនៈវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ ផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមាននៃកង្វះអាហារូបត្ថម្ភដ៏ធ្ងន់ធ្ងរទៅលើលទ្ធភាពបង្កកំណើត មិនកើតមានជាប្រចាំទេ ហើយស្ត្រីទាំង-ឡាយអាចស្តារសមត្ថភាពបន្តពូជរបស់ពួកគាត់ នៅពេលដែលលក្ខខណ្ឌអាហារូបត្ថម្ភត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង។ បញ្ហាទាំងនេះត្រូវបានបង្ហាញឱ្យឃើញតាមរយៈ ការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងរបបខ្មែរក្រហម និង "*ការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៃទារក*" បានកើតមានបន្ទាប់ពីលក្ខខណ្ឌនៃការរស់នៅបានវិលត្រឡប់មករកភាពប្រក្រតីវិញ ។

នៅពេលដែលទិន្នន័យពីការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋានពុំអាចរកបាន ប៉ារ៉ាមែត្រប្រជាសាស្ត្រត្រូវបានប៉ាន់ស្មានដោយប្រើវិធីសាស្ត្រប្រយោល។ ជាងនេះទៀត វិធីសាស្ត្រប្រយោលមួយចំនួនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការប៉ាន់ស្មាន។ ឧទាហរណ៍ នៅក្នុងជំរឿនឬអង្កេតប្រជាសាស្ត្ររបស់ឥណ្ឌូណេស៊ី វិធីសាស្ត្រចំបងសំរាប់ការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនោះគឺ វិធីសាស្ត្រ Own Children ប៉ុន្តែជាធម្មតា ការប៉ាន់ស្មានផ្សេងៗទៀតត្រូវបានធ្វើឡើងតាមវិធីសាស្ត្រ Rele និងវិធីសាស្ត្រ Last Live Birth (Dasvama and Hull, 1984)។ វិធីសាស្ត្រចុងក្រោយគឺផ្អែកលើពត៌មានស្តីពីកំណើតថ្មីៗបំផុតរបស់ស្ត្រីដែលត្រូវបានធ្វើការសំភាសន៍។ ក្នុងករណីនៅកម្ពុជា កង្វះពត៌មាន និងគុណភាពក៏រិតទាបរបស់ទិន្នន័យ បានធ្វើឱ្យយើងមិនអាចប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតបាន។ ដូច្នេះ យើងសុំផ្តល់នូវអនុសាសន៍ថា នៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនាពេលអនាគតដែលក្នុងនោះគឺអង្កេតចន្លោះជំរឿនឆ្នាំ២០០៣ ប្រភេទទិន្នន័យដូចខាងក្រោមនេះ គួរតែត្រូវបានប្រមូលៈ

(ក) ទិន្នន័យដែលអាចមានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ទៅនឹងកុមារអាយុក្រោយ ១៥ឆ្នាំ រស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារជាមួយនឹងម្តាយ ហើយ

(ខ) ទិន្នន័យដែលផ្តល់ពត៌មានអំពីរបាយអាយុរបស់ស្ត្រី ដែលបែងចែកតាមឆ្នាំនៃកំណើតកូនចុងក្រោយ (មានន័យថា កំណើតកូនថ្មីៗបំផុត)។

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងជាច្រើន គួរតែត្រូវបានធ្វើឡើងផងដែរ ដើម្បីលើកកំពស់ទិន្នន័យអាយុ ជាពិសេសទិន្នន័យ អាយុកុមារនិងស្ត្រី។

សំគាល់:

១. មាន២៤ខេត្ត-ក្រុង ទៅតាមជំរឿនឆ្នាំ១៩៩៨ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩b:xi ៣)

ជំពូកទី៣: កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា[៥]

៣.១. សេចក្តីផ្តើម

កម្ពុជាបានជួបប្រទះនូវការថយចុះជាទូទៅនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ពីទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ ទៅទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០។ ពី TFR ប្រមាណ៧នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់នៅទសវត្សឆ្នាំ១៩៦០ (Siampos, ១៩៧០) អត្រានេះបានធ្លាក់ចុះមកកូន៤នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់នៅចុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២០០១)។ ប៉ុន្តែការធ្លាក់ចុះនេះមិនមានលក្ខណៈរលូនទេ។ គេសង្កេតឃើញថា មានការប្រែប្រួលឡើងចុះមួយចំនួននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា ដោយចាប់ផ្តើមពីការធ្លាក់ចុះខ្លាំងនៅក្នុងរបបខ្មែរក្រហមឆ្នាំ១៩៧៥-១៩៧៩ មកកើតស្តារឡើងវិញមួយនៅទសវត្សឆ្នាំ១៩៨០ និងដើមទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ ហើយបន្ទាប់មក បានចាប់ផ្តើមធ្លាក់ចុះម្តងទៀតពីពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩០ (អង្គភាពវិភាគប្រជាជន ២០០២)។

គេទទួលស្គាល់ជាទូទៅថា កត្តាសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចមានឥទ្ធិពលទៅលើកំរិត និងនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ បន្ថែមទៅលើអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច គេអាចយល់ដឹងបានកាន់តែស៊ីជំរៅ ប្រសិនបើកត្តាដែលមានឥទ្ធិពលផ្ទាល់ទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតត្រូវបានកំណត់ច្បាស់លាស់។ ឧទាហរណ៍ កំរិតអប់រំរបស់ស្ត្រីគឺជាសូចនាករសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ដែលមានទំនាក់ទំនងផ្ទុយគ្នាជាមួយនឹងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ប៉ុន្តែប្រការដែលសំខាន់ផងដែរនោះគឺ ត្រូវពិនិត្យមើលពីយន្តការនានា ដែលតាមរយៈនេះ ស្ត្រីដែលមានចំណេះដឹងអាចត្រួតពិនិត្យនូវលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ខ្លួន។ យន្តការមួយក្នុងចំណោមយន្តការទាំងនេះ គឺការប្រើប្រាស់នូវវិធីពន្យារកំណើតដែលមានឥទ្ធិពលផ្ទាល់ទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ កត្តាជីវសាស្ត្រនិងឥរិយាបថ ដែលតាមរយៈនោះ អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចមានឥទ្ធិពលទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ត្រូវបានហៅថា *អថេរអន្តរការី ឬកត្តាកំណត់ជំនួស* (Davis និង Blake ១៩៥៦; Bongaarts ១៩៧៥, ១៩៧៨)។

គោលបំណងសំខាន់ៗនៃការវិភាគនេះគឺ:

ក. វិភាគកត្តាកំណត់ជំនួសសំខាន់ៗនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា និងជាពិសេស ការរួមចំណែករបស់កត្តានីមួយៗ ចំពោះកំរិតបច្ចុប្បន្ននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។

---

[៥] របាយការណ៍នេះគឺជាលទ្ធផលនៃកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាង មជ្ឈមណ្ឌលសិក្សាអំពីប្រជាជននៃសាកលវិទ្យាល័យភូមិន្ទភ្នំពេញ និងអង្គភាពវិភាគប្រជាជននៃក្រសួងផែនការ។ មន្ត្រីសមាជិកដែលបានចូលរួមក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៍គឺ: លោក កែន វាសនា នៃមជ្ឈមណ្ឌលសិក្សាអំពីប្រជាជន លោក ទូន ថាវរៈ និង លោក ជា ចាន់ទុំ នៃអង្គភាពវិភាគប្រជាជន។ មន្ត្រីទាំងនេះបានទទួលការជួយឧបត្ថម្ភ និងណែនាំពីទីប្រឹក្សា គឺលោក Dr. Ricardo Neupert ។

ខ. ពិនិត្យមើលអំពីឥទ្ធិពលនៃការប្រែប្រួល ដែលអាចកើតមាននៃកត្តាកំណត់ជំនួសនៅក្នុងកំរិតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនាពេលអនាគតនៅកម្ពុជា។

គេរំពឹងថា លទ្ធផលនៃការសិក្សានេះ នឹងជួយឱ្យយើងយល់ដឹងអំពីដំណើរការនៃការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលត្រូវបានឆ្លងកាត់ដោយប្រជាជនកម្ពុជា ក៏ដូចជា ផ្តល់នូវពត៌មានដ៏មានប្រយោជន៍ដល់អ្នកធ្វើគោលនយោបាយ ផែនការ និងអ្នកស្រាវជ្រាវ សំរាប់ការរៀបចំ និងអនុវត្តនូវគោលនយោបាយនានាដែលពាក់ព័ន្ធលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងសុខភាពបន្តពូជ។

៣.២. ក្របខ័ណ្ឌទ្រឹស្តី

ដូចដែលបានពោលខាងលើ លោក Davis និង Blake (១៩៥៩) បានស្នើឡើងនូវទស្សនៈនិងក្របខ័ណ្ឌនៃអថេរអន្តរការីទៅក្នុងការវិភាគលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ពួកគាត់បានបង្កើតនូវអថេរអន្តរការីចំនួន ១១។ ប៉ុន្តែ ការវាស់វែងទំនាក់ទំនងរវាងអថេរអន្តរការី និងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺមានការលំបាក (Lucas, ១៩៩៤)។ Bongaarts (១៩៧៨) បានបង្រួមអថេរអន្តរការីទាំង១១ មកនៅត្រឹម៨ ហើយដាក់ឈ្មោះថា *កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត*។ អថេរទាំងនោះរួមមាន:

១- សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ត្រីដែលរួមរក្ស

ក. អាយុរៀបការដំបូង

ខ. សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមិនធ្លាប់មានការរួមភេទសោះ

គ. ភាពញឹកញាប់នៃការលែងលះ ភាពជាមេម៉ាយ និងការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ឡើងវិញ

ឃ. ការជួបប្រទះនឹងអាពាហ៍ពិពាហ៍ខាងក្រៅ

២- គំរូនៃការរួមភេទ

ក. ភាពញឹកញាប់នៃការរួមភេទ

ខ. ការតមមិនរួមភេទបន្ទាប់ពីសំរាលកូន

គ. ការរស់នៅដោយឡែកពីគ្នា រវាងប្តី-ប្រពន្ធ

៣- ការបំបៅ និង ការរាំងរដូវដោយសារការមានទឹកដោះរបស់ម្តាយ (ភាពមិនអាចបង្កកំណើតក្រោយពេលសំរាលកូន)

៤- វិធីពន្យារកំណើត (រួមមានការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើត)

៥- ការរំលូតកូន

៦- ការរលូតកូន (ការស្លាប់កូនក្នុងស្បូន)

៧- ការពុំមានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតពីធម្មជាតិ

៨- ការពុំមានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដោយសារជំងឺ

កត្តាកំណត់សំខាន់ៗនៃកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមាន សមាមាត្រនៃស្ត្រីក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ រយៈពេលនៃអសមត្ថភាពក្នុងការបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូន និងកំរិតនិងគុណភាពនៃការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើត។ កត្តាកំណត់ខាងក្រោមនេះក៏មានឥទ្ធិពលយ៉ាងសំខាន់ទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែរ ទោះបីជាមិនខ្លាំងដូចកត្តាកំណត់ដែលបានពោលមកហើយក៏ដោយ កំរិតនៃការរំលូតកូន និងប្រេវ៉ាឡង់នៃចរិតនិងភាពមិនអាចមានកូនបានដោយសារជំងឺផ្សេងៗ (Bongaarts និង Potter, ១៩៨៣; សូមមើល Lucas, ១៩៩៤ និង Stover និង Heaton ១៩៩៩)។

សម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទគឺការឯកភាពគ្នារវាងបុរសនិងស្ត្រីក្នុងការរួមភេទ។ ចំនួនឆ្នាំក្នុងកំឡុងពេលនៃជីវិតបន្តពូជដែលស្ត្រីចំណាយជាប្រចាំក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ មានឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ សម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទបណ្តោះអាសន្ន ជាទូទៅមានឥទ្ធិពលតិចតួចទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ នៅក្នុងសង្គមភាគច្រើន ការផ្តល់កំណើតមួយចំនួនធំកើតឡើងក្នុងក្របខ័ណ្ឌអាពាហ៍ពិពាហ៍ ដែលជាទំរង់ស្របច្បាប់មួយនៃសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ។ ភាគរយនៃស្ត្រីនៅក្នុងសម្ព័ន្ធផ្លូវភេទប្រែប្រួលនៅពេលដែលប្រទេសជាតិកំពុងស្ថិតនៅក្នុងដំណើរការនៃការអភិវឌ្ឍន៍។ ជាទូទៅ អាយុមធ្យមនៃការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ដំបូង កើនឡើងទៅតាមកំរិតនៃការអភិវឌ្ឍន៍ ដែលបណ្តាលឱ្យមានការថយចុះភាគរយនៃស្ត្រីនៅក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ។

បន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច ស្ត្រីជួបប្រទះនូវរយៈពេលមួយដែលគាត់មិនប្រឈមនឹងលទ្ធភាពនៃការអាចមានផ្ទៃពោះ។ បញ្ហានេះគឺដោយសារ ការអាក់ខាននៃការមានរដូវបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច ការតមមិនរួមភេទបន្ទាប់ពីសំរាលកូន ឬក៏ករណីទាំងពីរ។ គេហៅរយៈពេលនេះថា ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបានបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច ឬភាពមិនអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច។ ដំណាក់កាលនេះមាននិន្នាការថយចុះនៅពេលប្រទេសជាតិអភិវឌ្ឍដោយសារ ការថយចុះនៃប្រេវ៉ាឡង់និងរយៈពេលបំបៅដោះ និងការថយចុះនៃការតមការរួមភេទបន្ទាប់ពីការសំរាលកូនរួច។ បញ្ហាពាក់ព័ន្ធដែលគួរលើកឡើងនោះគឺថា នៅប្រទេសមួយចំនួនទាំងប្រទេសអភិវឌ្ឍន៍និងប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍ កំពុងអនុវត្តកម្មវិធីនានាដើម្បីជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យមានទំលាប់ក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។ ចំពោះហេតុផលនេះ រយៈពេលនៃភាពមិនអាចបង្កកំណើតបានបន្ទាប់ពីសំរាលកូន រួចបានកើនឡើងនៅប្រទេសមួយចំនួន ទោះបីជាមានការអភិវឌ្ឍន៍ហើយក៏ដោយ។

ក្នុងចំណោមប្រជាជនសព្វថ្ងៃនេះ ការអនុវត្តន៍នូវវិធីពន្យារកំណើតគឺជាកត្តាកំណត់ជំនួសដែលជាចំបង ធ្វើឱ្យមានចន្លោះយ៉ាងវែងនៅក្នុងការិតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងជាទូទៅក្នុងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតផងដែរ។ នៅក្នុងន័យចង្អៀត វិធីពន្យារកំណើតមានន័យថា ការដាក់ផ្តិត្តានៃអំរម្មូនដើម្បីបញ្ចៀសការមានផ្ទៃពោះ។ ប៉ុន្តែ និយមន័យមួយដែលទូលំទូលាយជាងរបស់វិធីពន្យារកំណើត រួមបញ្ចូលនូវ វិធីសាស្ត្រធម្មជាតិនិងប្រពៃណី និងការធ្វើកុំឱ្យមានការបង្កកំណើត។ ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតទំនើប បានចាប់ផ្តើមតាំងពីទសវត្សឆ្នាំ១៩៥០ ដោយបានបង្កើតឱ្យមានការដាក់កង និងថ្នាំពន្យារកំណើត។ ក្នុងការវាយតំលៃវិធីពន្យារកំណើតដោយឡែកណាមួយ ប្រការសំខាន់គឺត្រូវវាយតំលៃថា តើវិធីសាស្ត្រនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ប្រកបទៅដោយប្រសិទ្ធភាពនិងទូលំទូលាយតាមវិធីណា។ ជាធម្មតា ការវាយតំលៃនេះ គឺត្រូវបានវាស់ដោយចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំក្នុងចំណោមស្ត្រី ១០០នាក់ដែលប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត។ ឧទាហរណ៍ វិធីពន្យារកំណើតតាមរយៈការលេបថ្នាំមានប្រសិទ្ធភាពប្រើប្រាស់ជាក់ស្តែងដោយមានស្ត្រីតែ ២ ទៅ ៥នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលមានផ្ទៃពោះក្នុងចំណោមស្ត្រី១.០០០នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ស្រោមអនាម័យមានប្រសិទ្ធភាពប្រើប្រាស់ជាក់ស្តែងពី ១៥ ទៅ ២០នាក់ ហើយ ការដាក់កង ៦នាក់។

ការប៉ាន់ស្មានដែលអាចជឿបាននៃប្រេវ៉ាឡង់នៃការរំលូតកូនមិនសូវមានច្រើនទេ ប៉ុន្តែ គេបានទទួលស្គាល់ថាមានការអនុវត្តន៍នៅក្នុងសង្គមជាច្រើន។ ប្រសិនបើការមានផ្ទៃពោះមិននាំឱ្យមានកំណើតទេនោះ*ការខាតបង់នៃការមានផ្ទៃពោះ* ឬ *ការស្លាប់កូនក្នុងស្បូន* នឹងត្រូវបានកើតឡើង ដោយស្ម័គ្រចិត្ត ឬមួយដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត។ ការស្លាប់កូនក្នុងស្បូនដោយស្ម័គ្រចិត្តត្រូវបានគេចាត់ទុកថា*ការរំលូតកូន* មានន័យថា ការរំលូតកូនត្រូវបានធ្វើឡើងដោយចេតនា ដោយស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះផ្ទាល់ ឬដោយអ្នកផ្សេងទៀត។ ការរំលូតកូនគឺជាអំពើខុសច្បាប់នៅក្នុងប្រទេសជាច្រើន ប៉ុន្តែនៅក្នុងប្រទេសខ្លះនៃប្រទេសទាំងនោះការរំលូតកូនត្រូវបានអនុវត្តឡើងយ៉ាងទូលំទូលាយ។ នៅក្នុងប្រទេសខ្លះ ការរំលូតកូនមានលក្ខណៈស្របច្បាប់ ប៉ុន្តែត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយច្បាប់។

ភាពមិនអាចមានកូន ឬលទ្ធភាពមិនអាចផ្តល់កំណើត គឺជាការអសមត្ថភាពរបស់មនុស្សម្នាក់ (បុរស ឬស្ត្រី) ក្នុងការផ្តល់កំណើតរស់ដល់ទារកមួយ។ ភាពមិនអាចមានកូនមានន័យពីរយ៉ាងគឺ *លទ្ធភាពមិនអាចផ្តល់កំណើតពីធម្មជាតិ* និង *លទ្ធភាពមិនអាចផ្តល់កំណើតដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ*។ *លទ្ធភាពមិនអាចផ្តល់កំណើតពីធម្មជាតិ* អាចមានន័យពីរយ៉ាងគឺ ទីមួយពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអត់កូន ហើយទីពីរពាក់ពន្ធ័នឹងអសមត្ថភាពរបស់ម្តាយក្នុងការមានកូនបន្ថែមទៀត។ លទ្ធភាពមិនអាចផ្តល់កំណើតដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ គឺជាអសមត្ថភាពក្នុងការផ្តល់កំណើតដែលបណ្តាលមកពីជំងឺផ្សេងៗ ជាពិសេសជំងឺកាមរោគ។

បន្ថែមទៅលើការរៀបចំឡើងវិញនូវកត្តាកំណត់ជិនួសនៃវិធីសាស្ត្រលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត លោក Bongaarts បានបង្កើតម៉ូដែលមួយដើម្បីធ្វើបរិមាណកម្មផលប៉ះពាល់នៃកត្តាកំណត់សំខាន់ៗទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ម៉ូដែលនេះត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

ការវិភាគលើកត្តាកំណត់ជិនួសនៅកម្ពុជា មានការពាក់ព័ន្ធជាពិសេសទៅនឹងស្ថានភាពនៅកម្ពុជា ពីព្រោះពត៌មានដែលមាន បង្ហាញអំពីការថយចុះក្នុងទ្រង់ទ្រាយធំនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត (សូមមើលនិន្នាការនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាតាមតំបន់ជនបទ-ទីប្រជុំជន និងខេត្ត)។ ដូចដែលបានពោលរួចមកហើយនៅក្នុងផ្នែកនៃសេចក្តីផ្តើម នៅក្នុងកំឡុងពេលពាក់កណ្តាលចុងក្រោយនៃសតវត្សមុន លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានថយចុះពី ៧ មក ៤ ក្នុងស្ត្រីម្នាក់។ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាផ្តល់នូវពត៌មានថ្មីៗជាច្រើនស្តីពីការថយចុះនេះ។ ឧទាហរណ៍ ស្ត្រីអាយុ២៥-២៩ឆ្នាំ នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៨៦-១៩៩០ មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់មាន ២៨១/១.០០០នាក់។ អ្នកដែលមានអាយុដូចគ្នានៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩១-១៩៩៥ មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ ២៧១ ហើយអ្នកដែលមានអាយុដដែលនេះនៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩៦-២០០០ មានអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ ២០៣។ សំខាន់ជាងនេះទៀត គឺថាការថយចុះនៃអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ ក៏កើតមានចំពោះក្រុមអាយុបន្ទាប់ដែរ។ នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៨៦-១៩៩០ អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់ចំពោះស្ត្រីនៅក្នុងក្រុមអាយុ ៣០-៣៤ឆ្នាំ គឺ ២៦១ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩១-១៩៩៥ គឺ ២៣៩ ហើយក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៩៦-២០០០ គឺ ១៦៥។ ការថយចុះដ៏ខ្លាំងនេះបានកើតមានឡើង បើទោះបីជាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតមានតែ ១៤ភាគរយក៏ដោយ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ អគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាល និង ORC Macro, ២០០១)។

៣.៣ វិធីសាស្ត្រ

នៅក្នុងការសិក្សាអំពីកត្តាកំណត់ជិនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា យើងនឹងប្រើកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលបង្កើតឡើងដោយ Futures Group (១៩៩៧)។ កម្មវិធីកុំព្យូទ័រនេះ អនុវត្តចំពោះម៉ូដែលរបស់ Bongaarts។ ម៉ូដែលនេះត្រូវបានយកមកអនុវត្តដោយប្រើប្រាស់អថេរដែលមានទំរង់ជាសន្ទស្សន៍ (សំរាប់ការពិពណ៌នាថាតើសន្ទស្សន៍នោះគណនាយ៉ាងដូចម្តេច សូមមើល Bongaarts, ១៩៧៨)។ អថេរទាំងនោះមានដូចតទៅ:

Cm: សន្ទស្សន៍អាពាហ៍ពិពាហ៍ (Index of marriage)

Ci: សន្ទស្សន៍នៃភាពមិនអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច (Index of postpartum insusceptibility)

Ca: សន្ទស្សន៍នៃការរំលូតកូន (Index of abortion)

Cs: សន្ទស្សន៍នៃភាពមិនអាចបង្កកំណើត (Index of sterility)

Cc: សន្ទស្សន៍នៃការពន្យារកំណើត (Index of contraception)

សមីការខាងក្រោមនេះប៉ាន់ស្មានពី TFR:

$$TFR = Cm \times Ci \times Ca \times Cs \times Cc \times TF$$

ដែល TF គឺលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប និងមានទំនាក់ទំនងទៅនឹងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិសរុប។ ម្យ៉ាងទៀត TF គឺចំនួនកូនអតិបរមា ដែលស្ត្រីអាចមាន ប្រសិនបើស្ត្រីទាំងនោះបានចាប់ផ្តើមជីវិតបន្តពូជរបស់ពួកគាត់ពីវ័យក្មេងបំផុត មិនបានប្រើវិធីពន្យារកំណើត មិនបានធ្វើការរំលូតកូន មិនមានភាពមិនអាចបង្កកំណើត មានរយៈពេលខ្លីក្នុងការតមមិនរួមភេទបន្ទាប់ពីសំរាលកូន ហើយនិងមិនបានបំបៅកូនដោយទឹកដោះខ្លួនឯង។ Bongaarts (១៩៧៨) បានប៉ាន់ស្មានថា លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបអាចប្រែប្រួលឡើងចុះពីកូន ១៣,៥ ទៅ ១៧,០ ក្នុងស្ត្រីម្នាក់។

សន្ទស្សន៍ទាំងឡាយនៅក្នុងសមីការ គឺជាសមាមាត្រដែលធ្វើឱ្យ TFR តូចជាង TF ដោយសារសមាមាត្រនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ការពុំមានលទ្ធភាពបន្តពូជបន្ទាប់ពីសំរាលកូន ការរំលូតកូន ភាពមិនអាចបង្កកំណើត និងការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត។ សន្ទស្សន៍ទាំងនេះប្រែប្រួលពី 0 ទៅ ១។ សន្ទស្សន៍ណាមួយដែលតូចជាង ១ ចង្អុលបង្ហាញថា កត្តាកំណត់ជំនួសដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសន្ទស្សន៍នេះ ធ្វើឱ្យថយចុះលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិ។ តំលៃសន្ទស្សន៍កាន់តែតូច ផលប៉ះពាល់របស់កត្តាកំណត់ជំនួសទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិក៏មានកាន់តែខ្លាំង។ ឧទាហរណ៍ សន្ទស្សន៍អាពាហ៍ពិពាហ៍មានទំនាក់ទំនងទៅនឹង ភាគរយនៃស្ត្រីក្នុងអាយុបន្តពូជក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ។ ប្រសិនបើសន្ទស្សន៍អាពាហ៍ពិពាហ៍មាន៦0ភាគរយ ហើយ TF មាន ១៧នោះ TFR គឺមាន៤0ភាគរយទាបជាង TF គឺថា TFR ស្មើនឹងចំនួនកូន ១០,២នាក់ក្នុងស្ត្រី១នាក់ ប្រសិនបើកត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងទៀតពុំមានឥទ្ធិពលទៅលើ TF គឺមានន័យថាកត្តាកំណត់ជំនួសទាំងនោះមានតំលៃស្មើ១។ លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើសន្ទស្សន៍នៃភាពពុំមានលទ្ធភាពបន្តពូជបន្ទាប់ពីសំរាលកូនមានតំលៃ 0,៨ នោះ TFR ស្មើនឹង 0,៦ × 0,៨ × ១ × ១ × ១ × ១៧ = ៨,២។ ឥទ្ធិពលរបស់កត្តាកំណត់ជំនួសដទៃទៀតទៅលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ក៏ត្រូវបានគណនាតាមរបៀបដូចគ្នាដែរ។ លទ្ធផលនៃកត្តាកំណត់ជំនួសនីមួយៗទៅលើ TFR អាចត្រូវបានបំលែងទៅជាភាគរយ។

ប្រភពទិន្នន័យសំរាប់ការសិក្សានេះគឺ អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២000 ដូចដែលបានដកស្រង់ខាងលើ។ គ្រប់ពត៌មានទាំងអស់សំរាប់គណនាសន្ទស្សន៍ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងកត្តាកំណត់ជំនួស គឺមាន

នៅក្នុងអង្កេតនេះ។ ប៉ុន្តែ ពត៌មានពីអាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវបានដកស្រង់យកពីឯកសារជំរឿនប្រជាជនទូទៅរបស់កម្ពុជា (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩)។ ដូចដែលបានពោលនៅក្នុងផ្នែកទិសដៅ ការវិភាគនេះអាចឱ្យយើងពិនិត្យសិក្សាទៅលើផលប៉ះពាល់នៃកត្តាកំណត់ជំនួសនីមួយៗ លើកំរិតបច្ចុប្បន្ននៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។

បន្ថែមទៅលើការវិភាគខាងដើម ម៉ូដែលត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីធ្វើការសាកល្បងគំរូនៃស្ថានភាពនាពេលអនាគតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា។ ការសាកល្បងគំរូពីរប្រភេទត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីបង្កើតម៉ូដែលសំរាប់ស្ថានភាពនានាដែលអាចកើតមាននៅក្នុងឆ្នាំ២០១០។ គំរូសាកល្បងប្រភេទទីមួយគឺផ្អែកទៅលើការប្រែប្រួលនៃតំលៃរបស់កត្តាកំណត់ជំនួស ដើម្បីពិនិត្យមើលអំពីកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនាពេលអនាគត។ គំរូសាកល្បងប្រភេទទីពីរគឺផ្អែកទៅលើការកំណត់កំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនាពេលអនាគត និងលើការពិនិត្យមើលអំពីតំលៃចាំបាច់សំរាប់កត្តាកំណត់ជំនួស ដើម្បីសំរេចបាននូវកំរិតនោះ។ ការកសាងនូវស្ថានភាពនាពេលអនាគតគឺផ្អែកទៅលើការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកធ្វើផែនការសុខភាពបន្តពូជ និងអ្នកធ្វើគោលនយោបាយ។

៣.៤ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា

តារាង៣.១ បង្ហាញនូវពត៌មានជាមូលដ្ឋានអំពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃការថយចុះលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា។ អថេរដែលសរសេរអក្សរមូលជិតត្រូវបានយកមកប្រើនៅក្នុងម៉ូដែលរបស់ Bongaarts។ អថេរផ្សេងៗទៀតត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ដើម្បីគណនាអថេរមុនៗ ហើយត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងតារាងសំរាប់ជាពត៌មានទូទៅ។

តារាង៣.១ កត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា

កត្តាកំណត់ជំនួស	**តំលៃ**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាព	**៥៩,១**
ការបំបៅដោះ (ចំនួនខែ)	២៤
ការរាំងរដូវបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច (ចំនួនខែ)	៩.0
ការតមមិនរួមភេទបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច (ចំនួនខែ)	៣.0
ភាពមិនអាចមានផ្ទៃពោះបន្ទាប់ពីសំរាលកូន (ចំនួនខែ)	**៩,៦**
អត្រារំលូតកូនសរុប (%)	**០,២**
ភាពមិនអាចបង្កកំណើត (%)	**៨,២**
ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើវិធីពន្យារកំណើតទំនើប (%)	១១.0
ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើវិធីពន្យារកំណើតបុរាណ (%)	៣.១
ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើវិធីពន្យារកំណើតសរុប (%)	**១៤,១**

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព, កម្ពុជា ២០០០

អថេរទាំងអស់ដែលបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៣.១ ត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក**ក្របខ័ណ្ឌទ្រឹស្តី**។ ប៉ុន្តែដោយមានការពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងលើកយកអថេរពីរមកនិយាយ: អត្រារំលូតកូនសរុប និងភាពមិនអាចបង្កកំណើត។

អត្រារំលូតកូនសរុប គឺចំនួនមធ្យមនៃការរំលូតកូនដែលស្ត្រីម្នាក់អាចមាន ប្រសិនបើស្ត្រីនោះរស់រហូតដល់អាយុ៤៩ឆ្នាំ ហើយបានរំលូតកូនក្នុងអត្រាអាយុជាក់លាក់ដែលកំពុងកើតមានជាទូទៅ។ សញ្ញាណនេះគឺដូចគ្នាទៅនឹង TFR ប៉ុន្តែគ្រាន់តែមិនយោងទៅលើពាក្យកំណើត គឺយោងទៅលើពាក្យរំលូតកូនវិញ។ ទិន្នន័យអំពីការរំលូតកូនដែលមាននៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងគណនាអត្រារំលូតកូនបានទេ ពីព្រោះសំណួរសួរសំដៅទៅការវាស់វែងការរំលូតកូន មិនបានយោងទៅនឹងឆ្នាំជាក់លាក់ដែលការរំលូតកូនកើតមានឡើង។ ប៉ុន្តែ សំរាប់គោលបំណងនៃការសិក្សាអត្រាសរុបនៃការរំលូតកូនត្រូវបានគណនាដោយប្រយោលដោយប្រើពតិមានដែលមាន*។ តំលៃលេខដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៣.១ ហាក់បីដូចជាការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតនូវតំលៃអត្រាសរុបនៃការរំលូតកូន។ បញ្ហានេះ នឹងត្រូវលើកយកមកពិភាក្សានៅផ្នែកបន្ទាប់។

ភាពមិនអាចបង្កកំណើត (ភាពគ្មានលទ្ធភាពបង្កកំណើត) ដូចដែលបានពោលរួចមកហើយ គឺជាអសមត្ថភាពរបស់មនុស្សម្នាក់ (បុរសឬស្ត្រី) ក្នុងការផ្តល់កំណើតរស់ដល់ទារកមួយ។ ទោះបីជា ភាពមិនអាចបង្កកំណើតជាសញ្ញាណមួយស្មុគ្រស្មាញក៏ដោយ ជាធម្មតាទំហំរបស់វាត្រូវបានគណនាជាភាគរយនៃស្ត្រីដែលគ្មានកូននៅដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃរយៈពេលបន្តពូជ។ តំលៃលេខនេះត្រូវបានប្រើនៅក្នុងតារាង៣.១។

តារាង៣.២ បង្ហាញអំពីភាគរយនៃអ្នកប្រើប្រាស់ដែលប្រើវិធីពន្យារកំណើតនីមួយៗ។ យោងទៅតាមអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់ គឺ១៤,១ភាគរយ។ តារាង៣.២ បង្ហាញថាភាគច្រើននៃស្ត្រីកម្ពុជាដែលប្រើវិធីពន្យារកំណើតបានប្រើវិធីទំនើប ជាពិសេស ការចាក់ថ្នាំនិងថ្នាំលេប។ ប៉ុន្តែ វិធីបុរាណក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាញឹកញាប់ដែរ។

---

*អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ផ្តល់នូវចំនួននៃការមានផ្ទៃពោះដែលបានបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងទៅតាមឆ្នាំនីមួយៗ ប៉ុន្តែ ច្របល់គ្នារវាងការរំលូតកូននិងរលូតកូន។ អង្កេតក៏ផ្តល់ផងដែរនូវចំនួននៃការពន្លូតកូនក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងមក ប៉ុន្តែមិនតាមឆ្នាំមួយៗទេ។ ដោយការប្រើប្រាស់នូវពតិមានទាំងពីរនេះ អត្រាសរុបនៃការរំលូតកូនត្រូវបានគណនា។ សមាមាត្រនៃការរំលូតកូនក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំកន្លងមក ត្រូវបានយកមកសំរាប់គណនាចំនួនសរុបនៃការមានផ្ទៃពោះដែលបញ្ចប់តាមឆ្នាំនីមួយៗ។ អត្រាសរុបនៃការរំលូតកូនសំរាប់ឆ្នាំ១៩៩៩ ត្រូវបានយកមកប្រើ។

តារាង៣.២ ភាគរយនៃអ្នកប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត

វិធីពន្យារកំណើត	**ភាគរយនៃអ្នកប្រើប្រាស់វិធីនីមួយៗ**
ស្រោមអនាម័យ	៤.៣
ការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើតដល់ស្ត្រី	៦.៤
ការចាក់ថ្នាំ	៣១.២
ការដាក់កង	៥.០
ថ្នាំលេប (ប្រចាំថ្ងៃ និងប្រចាំខែ)	៣០.៤
វិធីបុរាណ	២២.០
ផ្សេងៗ	០.៧
សរុប	**១០០.០**

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ក្នុងការវាយតំលៃឥទ្ធិពលនៃវិធីពន្យារកំណើតណាមួយ ប្រការសំខាន់នោះ គឺមិនត្រឹមតែត្រូវគិតគូរពីវិសាលភាពនៃការប្រើប្រាស់វិធីនោះប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែថែមទាំងពីប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់វាផងដែរ។ ជាធម្មតា ការវាស់វែងនេះធ្វើឡើងដោយប្រើចំនួនអ្នកមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំក្នុងស្ត្រី១០០នាក់ ដែលប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត។ ផ្អែកទៅលើតារាង៣.៣ខាងក្រោម ស្រោមអនាម័យមានប្រសិទ្ធភាពប្រើប្រាស់ជាក់ស្តែងពី០.៨១ ទៅ ១ ការដាក់កងមាន០.៩៦ ថ្នាំលេបមាន០.៩២។ ឥទ្ធិពលនៃវិធីទាំងនេះ មិនមានប្រសិទ្ធភាពខ្លាំងដូចការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើតដល់ស្ត្រី និងការចាក់ថ្នាំ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រើប្រាស់ជាក់ស្តែងស្មើ១នោះទេ។ សំរាប់វិធីបុរាណនិងវិធីផ្សេងៗទៀត ប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់មានកំរិតទាបជាងយ៉ាងខ្លាំង បើធៀបទៅនឹងវិធីទំនើប។

តារាង ៣.៣: ប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត

វិធីពន្យារកំណើត	**ប្រសិទ្ធភាពនៃការប្រើវិធីពន្យារកំណើត**
ស្រោមអនាម័យ	០.៨១
ការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើតដល់ស្ត្រី	១
ការចាក់ថ្នាំ	១
ការដាក់កង	០.៩
ថ្នាំលេប (ប្រចាំថ្ងៃ និងប្រចាំខែ)	០.៩
វិធីបុរាណ	០.៥
ផ្សេងៗ	០.៥

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០០០

៣.៤.១ ការអនុវត្តន៍ម៉ូដែល

នៅក្នុងការវិភាគលើកដំបូង ពត៌មានដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកមុនត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលដំណើរការម៉ូដែល Bongaart ។ លទ្ធផលត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៣.៣ ។ ដូចដែលបានពោលខាងលើ អត្រាលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប គឺជាចំនួនមធ្យមនៃកុមារដែលស្ត្រីបានបង្កើត ប្រសិនបើគ្មានកត្តាកំណត់ជិនួសណាមួយមានឥទ្ធិពលលើការបន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ពីចំនួនកំណើតអតិបរមាទៅតាមលទ្ធភាពជីវសាស្ត្រ។ យោងទៅតាម Bongaarts (១៩៧៨) ប្រទេសអភិវឌ្ឍន៍និងកំពុងអភិវឌ្ឍន៍មានកំរិតលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបប្រហាក់ប្រហែលគ្នា គឺ១៥,៣កំណើតក្នុងស្ត្រីម្នាក់។ តំលៃរបស់កត្តាកំណត់ជិនួស បង្ហាញពីការរួមចំណែករបស់ខ្លួនដើម្បីបង្ការកុំឱ្យTFRមានទំហំដូចគ្នាទៅនឹងលទ្ធភាពបង្កកំណើត។ ជាធម្មតា ការរួមចំណែកគឺសំដៅបន្ថយTFR ប៉ុន្តែកត្តាកំណត់ជិនួសមួយអាចបង្កើនលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើការបំបៅដោះថយចុះ នោះរយៈពេលនៃការគ្មានរដូវបន្ទាប់ពីសំរាលកូននិងភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូននឹងត្រូវថយចុះ។ បញ្ហានេះ នឹងបង្កើនលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ដែលទប់ស្កាត់នូវតួនាទីនៃភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច។ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់នីមួយៗអាចសំដែង ចេញជាពីរទំរង់: សន្ទស្សន៍នៃតំលៃTFR និងការរួមចំណែកជាភាគរយ។ តារាង៤ បង្ហាញអំពីតំលៃទាំងពីរនេះ។

យោងទៅតាមតារាង៣.៤ គេអាចសន្និដ្ឋានថា ប្រសិនបើស្ត្រីទាំងអស់រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅក្នុងអំឡុងពេលនៃជីវិតបន្តពូជទាំងមូលរបស់ខ្លួន នោះនឹងមាន៦,៣កំណើតបន្ថែមទៅលើ TFR ដែលមានជាមធ្យម៥,១រួចទៅហើយ។ ការរួមចំណែករបស់អថេរនេះ គឺ៤១ភាគរយ។ បើគ្មានលទ្ធភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនទេ នោះស្ត្រីម្នាក់នឹងមាន២,៦កំណើតបន្ថែមទៀត។ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជិនួសនេះ គឺ១៧,១ភាគរយ។ ប្រសិនបើគ្មាននរណាម្នាក់អនុវត្តការរំលូតកូនទេ នោះនឹងមាន០,១កំណើតបន្ថែមទៀត។ ការរួមចំណែកជាភាគរយរបស់អថេរនេះ គឺ០,៦ភាគរយ។ ប្រសិនបើគ្មានការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើតទេ នោះស្ត្រីម្នាក់អាចមាន០,៤កំណើតបន្ថែមទៀត។ ការរួមចំណែកជាភាគរយរបស់ការធ្វើមិនឱ្យមានការបង្កកំណើត គឺ៣,៣ចំពោះការកំណត់TFR។ ជាចុងក្រោយ ប្រសិនបើគ្មាននរណាម្នាក់ប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតណាមួយទេ នោះនឹងមាន០,៨កំណើតបន្ថែមទៀត។ ការរួមចំណែកជាភាគរយរបស់ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត គឺ៤,៩។ តារាង៣.៤ បង្ហាញអំពីចំនួននិងភាគរយនៃកំណើត ដែលអាចបញ្ចៀសបានដោយកត្តាកំណត់ជិនួសនីមួយៗ។ កត្តានីមួយៗ ដកចេញតំលៃលេខរបស់ TFR នៃលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប។

តារាង៣.៤ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប

កត្តាកំណត់ជំនួស	**ឥទ្ធិពលដោយឡែកៗ**	**ការរួមចំណែកជាភាគរយ**
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	*១៥.៣*	*១០០*
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៦.៣	-៤១.០
ភាពមិនអាចបង្កកំណើត បន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៦	-១៧.១
ការរំលូតកូន	-០.១	-០.៦
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៥	-៣.៣
វិធីពន្យារកំណើត	-០.៨	-៤.៩
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៥.១	៣៣.៣

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ដូចដែលបានធ្វើការកត់សំគាល់ តារាង៣.៤ បង្ហាញអំពីបញ្ហាសំខាន់មួយ: តំលៃរបស់ TFR គឺ៥.១ ហើយគឺមិនមែន៤.០ ដូចដែលបានប៉ាន់ស្មាននៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០នោះទេ។ ដូច្នេះ គឺច្បាស់ជាមានការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតនៅក្នុងកត្តាកំណត់ជំនួសខ្លះៗ។ កត្តាកំណត់ជំនួសទាំងនោះអាចជា: អត្រារំលូតកូនសរុប ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត និងលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប។ អថេរដទៃទៀតដែលកំរមានឥទ្ធិពលអាចជា ការប៉ាន់ស្មានទាបឬលើសពីការពិតនៃឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ។ ការដែលអាចពិតផងដែរនោះគឺថា តំលៃប៉ាន់ស្មានរបស់TFR (៤.០) អាចត្រឹមត្រូវជាងតំលៃប៉ាន់ស្មានចំពោះអថេរទាំងបីនោះ។ ទិន្នន័យអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត យ៉ាងហោចណាស់សំរាប់រយៈពេលថ្មីៗនេះ បានបង្ហាញនូវភាពអាចជឿជាក់បាននៅក្នុងការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែរ។

តារាង៣.៥ បង្ហាញអំពីសន្ទស្សន៍នៃតំលៃTFRនិងភាគរយដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការរំលូតកូន ដែលចាំបាច់ដើម្បីសំរេចបាន TFR ស្មើ៤.០។ អត្រារំលូតកូនសរុបគួរតែស្មើនឹង៣.៣ (មិនមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទេ) មិនមែន០.២ទេ (សូមមើលតារាង៣.១) ដើម្បីទទួលបាននូវTFRមួយត្រឹមត្រូវ។ តារាង៣.៦ បង្ហាញអំពីសន្ទស្សន៍នៃតំលៃTFRនិងភាគរយដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាន TFR ស្មើ ៤.០។ ភាគរយដែលពាក់ព័ន្ធគួរតែស្មើនឹង៣៤.៣ (មិនមានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទេ) មិនមែន១៤.១ភាគរយទេ (សូមមើលតារាង៣.១) ដើម្បីទទួលបាននូវTFRមួយត្រឹមត្រូវ។ ជាចុងក្រោយ តារាង៣.៧ បង្ហាញអំពីតំលៃនិងភាគរយដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប ដែលចាំបាច់ដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ៤.០។ លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបគួរតែមាន១២.០ មិនមែន១៥.៣ទេ ដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ជាក់ស្តែង។

តារាង៣.៥ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	១៥,៣	១០០
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៦,៣	-៤១,០
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,៦	-១៧,១
ការរំលូតកូន	**-១,៥**	**-៩,៦**
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-២,២
វិធីពន្យារកំណើត	-០,៦	-៣,៩
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤,០	២៦,១

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.៦ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	១៥.៣	១០០
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៦.៣	-៤១.០
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៦	-១៧.១
ការរំលូតកូន	-០.១	-០.៧
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៥	-៣.៣
វិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត	**-១.៩**	**-១២.២**
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤.០	២៦.១

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ដើម្បីផ្តល់នូវការប៉ាន់ស្មាននៃកត្តាកំណត់ជំនួសមួយដែលត្រឹមត្រូវជាង គេបានស្នើឡើងនូវដំណោះស្រាយដូចតទៅ។ ចំនួនកំណើតដែលទប់ស្កាត់ដោយការរំលូតកូន គឺពាក់ព័ន្ធយ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងការអនុវត្តវិធីពន្យារកំណើត (Bongaarts និង Potter ១៩៨៣)។ យោងទៅតាមទិន្នន័យពីប្រទេសមួយចំនួន នៅក្នុងករណីអវត្តមាននៃវិធីពន្យារកំណើត ការរំលូតកូនអាចបង្ការបាន០,៤កំណើត ហើយក្នុងករណីដែលមានការអនុវត្តន៍ជាបង្គួរនូវវិធីពន្យារកំណើត ការរំលូតកូនអាចបង្ការបាន០,៨កំណើត។ ដូច្នេះ ដោយសារតែប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានការអនុវត្តន៍ជាបង្គួរនូវវិធីពន្យារកំណើត ចំនួនការរំលូតកូនដែលត្រូវបានបង្ការ

គឺមានប្រហែល០,៨កំណើត។ ចំនួនដែលទទួលបាននៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ អាចជាការប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតនូវចំនួនកំណើតដែលត្រូវបានបង្ការដោយការរំលូតកូន(០,២)។

តារាង៣.៨ បង្ហាញអំពី TFR ដែលនឹងកើតមានជាមួយអត្រាសរុបនៃការរំលូតកូន១,៤ ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹង០,៨កំណើតដែលត្រូវបានបង្ការ។ TFR នោះ គឺ៤,៥។ អថេរផ្សេងៗទៀតដែលអាចកែតំរូវបាន ដើម្បីទទួលបាននូវTFRពិតប្រាកដ គឺភាគរយនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត។ ប៉ុន្តែ នៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រភាគច្រើន អថេរនេះកំរត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានទាបជាងការពិតណាស់។ ប្រការដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាសមស្របជាងនោះ គឺត្រូវពិភាក្សាអំពីភាពប្រាកដប្រជានៃលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប។

តារាង៣.៧ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប ដោយមានលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបប៉ាន់ស្មាន ១២,០

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១២,០**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៤,៩	-៤០,៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើត បន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,១	-១៧,០
ការរំលូតកូន	-០,១	-០,៦
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-៣,២
វិធីពន្យារកំណើត	-០,៦	-៤,៩
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤,០	៣៣,២

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ក្នុងករណីនៅប្រទេសកម្ពុជា លទ្ធភាពបង្កកំណើតហាក់បីដូចជាអាចទាបជាងចំនួនកូន១៥,៣នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់។ ចំណែកនៃស្ត្រីដែលគេបានជ្រើសសំរាប់ការសិក្សា បានរស់នៅជួបប្រទះនូវការឈឺចាប់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរនៃរបបខ្មែរក្រហម។ នៅក្នុងអំឡុងពេលនោះ ប្រជាជនកម្ពុជាស្ទើរតែទាំងអស់ខ្វះខាតនូវចំណីអាហារគ្រប់គ្រាន់ មិនបាច់និយាយដល់របបអាហារត្រឹមត្រូវនោះទេ។ កង្វះអាហារូបត្ថម្ភនិងជំងឺដោយសារកង្វះអាហារូបត្ថម្ភបានកើតមានជាញឹកញាប់។ ល័ក្ខខ័ណ្ឌការងារដ៏លំបាកលំបិន ការខ្វះខាតនូវថ្នាំសង្កូវ អវត្តមាននៃការយកចិត្តទុកដាក់ការពិនិត្យសុខភាព កង្វះខាតអនាម័យ និង កង្វះខាតផ្ទះសម្បែង គឺមាននៅគ្រប់ទីកន្លែង។ កត្តាដ៏សែនយ៉ាប់យឺនទាំងនេះអាចមានឥទ្ធិពលជាប្រចាំដល់សមត្ថភាពបន្តពូជរបស់ស្ត្រី ហើយដូច្នេះលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុបគឺពិតជាអាចទាបជាង១៥,៣។

តារាង៣.៨ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប ដោយមានអត្រារំលូតកូនសរុបប៉ាន់ស្មាន ១,៤

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	១៥,៣	១០០
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៦,៣	-៤១,០
ភាពមិនអាចបង្កកំណើត បន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,៦	-១៧,១
ការរំលូតកូន	**-០,៨**	**-៥,២**
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-២,៩
វិធីពន្យារកំណើត	-០,៧	-៤,៤
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤,៥	២៩,៦

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ដូច្នេះ តារាង៣.៩ បង្ហាញនូវអ្វីដែលមានឥទ្ធិពលទៅលើកត្តាកំណត់ជំនួសនៅក្នុងកំរិតនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជានាពេលថ្មីៗនេះ។ តារាងក៏បង្ហាញនូវការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់នីមួយៗចំពោះ TFR។ ក្នុងចំណោមកត្តាកំណត់ជំនួសទាំងនេះ ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទមានកំរិតរួមចំណែកច្រើនជាងគេ គឺ៤០,៩ភាគរយ។ ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច ក៏ជាកត្តាសំខាន់ផងដែរ ដែលមានកំរិតរួមចំណែក១៧ភាគរយ។

តារាង៣.៩ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះអត្រាលទ្ធភាពបង្កើតកូនសរុប ដោយមានការប៉ាន់ស្មានអត្រារំលូតកូនសរុប ១,៤ និងលទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប ១៣,៥

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣,៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥,៥	-៤០,៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើត បន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,៣	-១៧,០
ការរំលូតកូន	-០,៧	-៥,៣
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-២,៩
វិធីពន្យារកំណើត	-០,៦	-៤,៤
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤,០	២៩,៦

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ផ្នែកបន្ទាប់មកទៀត នឹងបង្ហាញថាតើកត្តាកំណត់ជំនួសមួយចាំបាច់ត្រូវប្រែប្រួលប៉ុន្មាន ដើម្បីទទួលបានTFRដែលបានកំណត់ ហើយថាតើ TFR មានកំរិតទាបប៉ុន្មាន ប្រសិនបើកត្តាកំណត់ជំនួសមួយដែលបានកំណត់មានការប្រែប្រួល។ នេះគឺជាលំហាត់នៅក្នុងគំរូសាកល្បង។

៣.៤.២ ការសាកល្បងគំរូ

ផ្នែកនេះផ្តល់នូវការវិភាគមួយថាតើ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតត្រូវកើនឡើងប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបាននូវកំរិតបីយ៉ាងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតៈ ចំនួនកូន៣នាក់ ២.៥នាក់ និង ២.១នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់។ តំលៃលេខចុងក្រោយគេបង្អស់ ២.១ បង្ហាញអំពីអត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលមានទំនាក់ទំនងទៅនឹង***កំរិតជំនួស*** (*replacement level*) គឺមានន័យថា ចំនួនកូនមធ្យមដែលស្ត្រីត្រូវមានដើម្បីជំនួសប្រជាជន។

យោងទៅតាមតារាង៣.៩ TFRនៅកម្ពុជាគឺ៤.0 ហើយប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតគឺ១៤.១ ភាគរយ។ នៅក្នុងការសាកល្បងគំរូទីមួយ ម៉ូដែលបង្ហាញថា ដើម្បីទទួលបានTFR ៣.0 ចាំបាច់ត្រូវមានប្រេ-វ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត៤0.២ភាគរយ (សូមមើលតារាង៣.១០)។ ការសាកល្បងគំរូទីពីរបង្ហាញថាប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតគួរតែកើនឡើងទៅដល់៥១.២ភាគរយ (សូមមើលតារាង៣.១២) ដើម្បីទទួលបាន TFR ២.៥។ ជាចុងក្រោយ ដើម្បីទទួលបាននូវកំរិតជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត (២.១) ចាំបាច់ត្រូវមានប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត៦0.0ភាគរយ (សូមមើលតារាង៣.១២)។ ប្រការសំខាន់ដែលគួរកត់សំគាល់នោះគឺថា តំលៃទាំងនេះត្រូវបានប៉ាន់ស្មានដោយសន្មត់ថា កត្តាកំណត់ជំនួសដទៃទៀតមិនមានការប្រែប្រួល ពោលគឺ មានតំលៃដដែលដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៣.៩។ ទិន្នន័យទាំងនេះប្រាប់យើងថាគោលនយោបាយមួយដែលផ្តោតទៅលើវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា គួរតែអនុវត្តនូវយុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីជំរុញលើកទឹកចិត្តដល់ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត ក៏ដូចជារៀបចំនូវយុទ្ធសាស្ត្រគ្រប់គ្រងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដើម្បីធានាការបែងចែកសេវាពន្យារកំណើតឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់។

តារាង៣.១០ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាននូវ TFR ៣,០ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ

កត្តាកំណត់ជំនួស	**សន្ទស្សន៍**	**ការរួមចំណែកជាភាគរយ**
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣,៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥,៥	-៤០,៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,៣	-១៧,០
ការរំលូតកូន	-០,៥	-៣,៧
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-២,៩
វិធីពន្យារកំណើត	-១,៨	-១៣,៣
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៣,០	២២,២

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.១១ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាន TFR ២,៥ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ

កត្តាកំណត់ជំនួស	**សន្ទស្សន៍**	**ការរួមចំណែកជាភាគរយ**
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣,៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥,៥	-៤០,៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២,៣	-១៧,០
ការរំលូតកូន	-០,៦	-៤,៤
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០,៤	-២,៩
វិធីពន្យារកំណើត	-២,២	-១៦,៣
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	២,៥	១៨,៥

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.១២ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីទទួលបាន TFR ២,១ ប្រសិនបើអថេរផ្សេងទៀតនៅថេរ

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣.៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥.៥	-៤០.៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៣	-១៧.០
ការរំលូតកូន	-០.៦	-៤.៤
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៤	-២.៩
វិធីពន្យារកំណើត	-២.៦	-១៩.៣
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	២.១	១៥.៥

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពនៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

ការសិក្សានៅក្នុងការធ្វើការសាកល្បងគំរូដូចតទៅនេះបង្ហាញថា តើ TFR មានប៉ុន្មានប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងទៅដល់ ២៥ ៥០ និង ៧៥ភាគរយ។ ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតមាន ២៥ភាគរយ ហើយកត្តាកំណត់ជំនួសទាំងអស់មិនមានការប្រែប្រួល នោះ TFR នឹងមាន ៣,៧នាក់ក្នុងស្រ្តីម្នាក់។ ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងទៅដល់ ៥០ភាគរយ នោះ TFR នឹងមាន ២,៦ ហើយប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៧៥ភាគរយ នោះ TFR នឹងធ្លាក់ចុះមកក្រោមកំរិតជំនួស: ចំនួនកូន ១,៤ នាក់ក្នុងស្រ្តីម្នាក់ (សូមមើល តារាង៣.១៣ តារាង៣.១៤ និង តារាង៣.១៥)។

នៅក្នុងការធ្វើការសាកល្បងគំរូចុងក្រោយ គេបានធ្វើការប៉ាន់ស្មានថាតើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតចាំបាច់មានប៉ុន្មានដើម្បីទទួលបាននូវ TFR បច្ចុប្បន្នស្មើនឹង ៤,០នាក់ក្នុងស្រ្តីម្នាក់ ក្នុងករណីពុំមានការរំលូតកូន។ ប្រសិនបើពុំមានការរំលូតកូន ដើម្បីទទួលបាន TFR ៤,០ នោះប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត គួរតែមាន ២៥,៦ ភាគរយ (សូមមើលតារាង៣.១៦)។

តារាង៣.១៣ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ២៥ភាគរយ

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣.៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥.៥	-៤០.៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៣	-១៧.០
ការរំលូតកូន	-០.៥	-៣.៧
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៤	-២.៩
វិធីពន្យារកំណើត	-១.១	-៨.១
លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតសរុប (TFR)	៣.៧	២៧.៤

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.១៤ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៥០ភាគរយ

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣.៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥.៥	-៤០.៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៣	-១៧.០
ការរំលូតកូន	-០.៥	-៣.៧
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៤	-២.៩
វិធីពន្យារកំណើត	-២.២	-១៦.៣
លទ្ធភាពផ្ដល់កំណើតសរុប (TFR)	២.៦	១៩.៣

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.១៥ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ប្រសិនបើ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើងដល់ ៧៥ភាគរយ

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣.៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥.៥	-៤០.៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៣	-១៧.០
ការរំលូតកូន	-០.៦	-៤.៤
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០.៤	-២.៩
វិធីពន្យារកំណើត	-៣.២	-២៣.៧
TFR	១.៤	១០.៤

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

តារាង៣.១៦ ការរួមចំណែករបស់កត្តាកំណត់ជំនួសចំពោះ TFR ដោយគ្មានការរួមចំណែកពីការរំលូតកូន

កត្តាកំណត់ជំនួស	សន្ទស្សន៍	ការរួមចំណែកជាភាគរយ
លទ្ធភាពបង្កកំណើតសរុប	**១៣.៥**	**១០០**
ភាគរយក្នុងសម្ព័ន្ធភាពផ្លូវភេទ	-៥.៥	-៤០.៩
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច	-២.៣	-១៧.០
ការរំលូតកូន	-០.០	-០.០
ភាពមិនអាចបង្កកំណើតបាន	-០៤	-២.៩
វិធីពន្យារកំណើត	-១.២៣	-៩.១
លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប (TFR)	៤.០	២៩.៦

ប្រភព: អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

៣.៥ សន្និដ្ឋាន

ដូចដែលបានពោលខាងលើ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតបានថយចុះយ៉ាងខ្លាំងនៅកម្ពុជា។ ប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតទំនើបគឺនៅតែមានកំរិតនៅឡើយ។ ឧទាហរណ៍ មានតែ ១៨,៥ភាគរយនៃស្ត្រីដែលបានរៀបការក្នុងអាយុបន្តពូជ ប្រើប្រាស់នូវវិធីពន្យារកំណើតទំនើប (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ អគ្គនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលនិង ORC Macro ២០០១)។

កត្តារួមចំណែកដ៏សំខាន់ចំពោះការកាត់បន្ថយ TFR គឺទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច។ អថេរទាំងពីរនេះ បន្ថយនូវលទ្ធភាពបង្កកំណើតពីកំរិត ១៣,៥នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ដល់ TFR ក្នុងកំរិត ៥,៧នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់។ ការរួមចំណែករបស់អថេរដទៃទៀតក្នុងការបន្ថយកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺមិនច្រើនដូចអថេរទាំងពីរដែលបានពោលមកខាងលើនោះទេ។ ប៉ុន្តែគួរកត់សំគាល់ថាក្នុងចំណោមអថេរទាំងនេះ ការរួមចំណែករបស់ការរំលូតកូននិងវិធីពន្យារកំណើត គឺខ្លាំងជាងភាពមិនអាចបង្កកំណើត។

ការកាត់បន្ថយ TFR ឱ្យនៅក្រោមកំរិត ៤,0នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ នឹងផ្អែកយ៉ាងសំខាន់ទៅលើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើត។ កត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងៗទៀតដូចជា ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីសំរាលកូនរួច មានការលំបាកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីធ្វើឱ្យមានឥទ្ធិពលលើការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។ ការសំរេចចិត្តផ្នែកគោលនយោបាយដែលមានការអនុវត្តន៏ច្រើនបំផុត ដើម្បីបន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺការជំរុញផែនការគ្រួសារឬការពន្យារកំណើត។ ឧទាហរណ៍ ដើម្បីទទួលបាន TFR ស្មើ ៣នាក់ក្នុងស្ត្រីម្នាក់ ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតគួរតែបង្កើនឱ្យដល់ ៤០,២ភាគរយ។ ជាងនេះទៅទៀតប្រសិនបើប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតឡើងដល់ ៥១,២ភាគរយ នោះ TFR នឹងស្មើ ២,៥ ហើយដើម្បីទទួលបាន TFR ក្នុងកំរិតជំនួស (២,១) ប្រេវ៉ាឡង់នៃវិធីពន្យារកំណើតគួរតែកើនឡើងដល់ ៦០,0ភាគរយ។ ប្រការសំខាន់ដែលគួរកត់សំគាល់នោះគឺថា តំលៃលេខទាំងអស់នេះត្រូវបានប៉ាន់ស្មានដោយសន្មត់ថា អថេរអន្តរការីផ្សេងៗទៀតត្រូវបានរក្សាឱ្យនៅថេរ។

បន្ទាប់ពីវិភាគកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសំរាប់ប្រទេសទាំងមូលមក គឺជាការសំខាន់ណាស់ដែលយើងត្រូវដាក់បញ្ចូលគ្នានូវការសិក្សានៅកំរិតថ្នាក់ខេត្ត។ ភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងនៃ TFR ក្នុងចំណោមខេត្តនានា ប្រាប់យើងឱ្យដឹងថា ការងារនេះអាចមានសារៈសំខាន់សំរាប់គោលបំណងនៃការធ្វើគោលនយោបាយប្រជាជន។ ប្រការដែលសំខាន់ផងដែរនោះគឺថាយើងត្រូវធ្វើម៉ូដែល និងធ្វើការវិភាគនៅពេលអនាគត ដែលអាចជាការរួមបញ្ចូលគ្នានៃវិធីពន្យារកំណើត ដើម្បីទទួលបានកំរិតលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលបានកំណត់ណាមួយ។

ជំពូក៤: គំរូទការផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជា[៦]

៤.១ សេចក្តីផ្តើម

៤.១.១ ជីវប្រវត្តិ

លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាគឺមានកំរិតខ្ពស់ ដោយមាន TFR ដល់ទៅ ៤.0 នៅអំឡុងឆ្នាំ ១៩៩៦-២000 (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ឆ្នាំ២00១)។ ទោះបី TFR បាននិងកំពុងធ្លាក់ចុះចាប់តាំងពីប្រហែលពាក់កណ្តាលទសវត្សឆ្នាំ១៩៩0 (អង្គភាពវិភាគប្រជាជន ២00២) អត្រានេះនៅតែមានកំរិតខ្ពស់ជាងគេក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ បន្ទាប់ពីសាធារណប្រជាធិបតេយ្យឡាវ (តារាង ៤.១)។

តារាង៤.១ TFR និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត (CPR) នៅកម្ពុជា និងប្រទេសជិតខាង ឆ្នាំ២០០០

ប្រទេស	TFR	CPR វិធីណាមួយ (%)
កម្ពុជា	៤.0[a]	២៣.៨[a]
ឥណ្ឌូណេស៊ី	២.៣[b]	៥៥.0[c]
ឡាវ	៤.៨[b]	១៩.0[c]
ម៉ាឡេស៊ី	២.៩[b]	៤៨.0[c]
ហ្វីលីពីន	៣.២[b]	៤0.0[c]
សិង្ហបុរី	១.៥[b]	៧៤.0[c]
ថៃ	២.0[b]	៧៤.0[c]
វៀតណាម	២.៣[b]	៦៥.0[c]

(a) TFR សំរាប់ ១៩៩៦-២000 និង CPRសំរាប់ ២000។ ប្រភព: វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១

(b) TFRs សំរាប់ ២000-២00៥។ ប្រភព: UNFPA ២00១ និង

(c) CPRs សំរាប់ ១៩៩៩។ ប្រភព: ESCAP ១៩៩៩

កម្ពុជាគឺជាប្រទេសមួយ ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតទាបបំផុតនៅក្នុងតំបន់។ តាមរបាយការណ៍របស់អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងអង្កេតឆ្នាំ២000 គឺបានបង្ហាញថាមានតែ ២៣ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នបានប្រើវិធីណាមួយនៃការពន្យារកំណើត (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១: ៦0) ដែលជាតួ

[៦] សមាជិកនៃអង្គភាពវិភាគប្រជាជនដែលបានរួមចំណែកក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៍នេះរួមមាន លោក ទូន ថាវរៈ និងលោក ហង្ស សុវិទ្យា ដែលត្រូវបានទទួលការណែនាំពីទីប្រឹក្សារយៈពេលវែង គឺលោកបណ្ឌិត Gourangar Dasvarma និងលោកបណ្ឌិត Ricardo Neupert។

លេខមួយដែលទាបបំផុតនៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍បន្ទាប់ពីប្រទេសឡាវ (តារាង៤.១) ។ និន្នាការនៃប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត បង្ហាញពីការកើនឡើងតិចតួចក្នុងរយៈពេល៥ឆ្នាំចុងក្រោយ គឺកើនឡើងពី ១២.៦ភាគរយ នៅឆ្នាំ ១៩៩៦ (ឈុន ឡុង et al. ១៩៩៥) ទៅ ២១.៨ភាគរយនៅឆ្នាំ១៩៩៨ (ក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩៩) និងកើនដល់ ២៣.៨ភាគរយនៅឆ្នាំ២០០០ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ២០០១: ៦០) ។ ប៉ុន្តែ ទោះបីជាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតមានកំរិតទាបក៏ដោយ ប្រហែលស្មើរតែមួយភាគបីនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ននៅកម្ពុជា ដែលចង់ពន្យារការផ្តល់កំណើតបន្ទាប់របស់ពួកគេ ឬក៏មិនចង់មានកូនទៀត ពុំប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតណាមួយឡើយ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២០០១: ១០៦) ។ លើសពីនេះទៀត ការវិភាគមួយស្តីពីកត្តាកំណត់ជំនួសនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជាបង្ហាញថា នៅពេលដែលការកាត់បន្ថយ TFR ពីកំរិតអតិបរមាតាមរយៈទ្រឹស្តី ១៣.៥ មកត្រឹមកំរិតបច្ចុប្បន្ន ៤.០ អាស្រ័យជាសំខាន់ទៅនឹងទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពអាចមានកូនក្រោយពេលសំរាលកូន ការកាត់បន្ថយផ្សេងទៀតនូវ TFR នឹងអាស្រ័យជាសំខាន់ទៅលើការបង្កើនអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត (CPS និង PAU ២០០២: ២២) ។

៤.១.២ យុត្តិកម្មនៃការសិក្សា

លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតខ្ពស់ រួមចំណែកធ្វើឱ្យមានកំណើនប្រជាជនខ្ពស់នៅកម្ពុជា និងត្រូវបានកត់សំគាល់ថាជាបញ្ហាប្រជាជនដ៏ចំបង ដែលអាចរារាំងដល់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច និងការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ (Hayes ២០០២: ៨ និងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ២០០២: ៧-១០) ។ ទោះបីជា TFR ថ្នាក់ជាតិមានកំរិត ៤.០ ក៏ដោយ មានភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមខេត្ត ដូចដែលបានបង្ហាញតាមរយៈការប៉ាន់ស្មានដែលផ្អែកលើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (សូមមើលតារាង ៤.២) ។

តារាង៤.២ TFR សំរាប់៥ឆ្នាំមុនអង្កេតតាមបណ្តាខេត្ត

អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០

បណ្តាខេត្ត	TFR
បន្ទាយមានជ័យ	៤.៣
កំពង់ចាម	៤.២
កំពង់ឆ្នាំង	៥.២
កំពង់ស្ពឺ	៤.៦
កំពង់ធំ	៤.៣
កណ្តាល	៣.៨
កោះកុង	៤.៣
ភ្នំពេញ	២.១

ព្រៃវែង	៣,៥
ពោធិសាត់	៤,៩
ស្វាយរៀង	៣,៥
តាកែវ	៤,១
បាត់ដំបង/ក្រុងប៉ៃលិន	៤,៥
កំពត ក្រុងកែប ក្រុងព្រះសីហនុ	៤,១
ព្រះវិហារ ស្ទឹងត្រែង ក្រចេះ	៤,៦
មណ្ឌលគិរី រតនគិរី	៦,៣
សៀមរាប ឧត្តរមានជ័យ	៤,៦
កម្ពុជា	៤,0

ប្រភព: វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១: ៦0

កំរិតទាបនៃប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតនៅកម្ពុជា គួរតែត្រូវបានយកមកពិនិត្យមើលជាមួយនឹងកំរិតខ្ពស់នៃ*តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត*។ ដូចនៅក្នុងឆ្នាំ២000 ៣២,៦ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នដែលមានបំណងពន្យារការផ្តល់កំណើតបន្ទាប់របស់ពួកគេឬកំណត់ការមានផ្ទៃពោះ ពុំប្រើវិធីពន្យារកំណើត ពោលគឺស្ត្រីទាំងនោះមាន*តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត*។ *តំរូវការ*ផែនការគ្រួសារដែលជាផលបូកនៃ *តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត* (ពោលគឺប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត) និង*តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត*គឺស្មើនឹង ៥៦,៤ភាគរយ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ២00១: ១0៦)។ *តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត* ស្មើនឹង ២៣,៨ភាគរយដែលបញ្ជាក់បានថា មានតែ ៤២,២ភាគរយ (ឬក៏តិចជាងពាក់កណ្តាល) នៃតំរូវការផែនការគ្រួសារសរុបនៅកម្ពុជាប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានបំពេញ (សូមមើលតារាង ៣.១)។

ការបង្កើនការប្រើវិធីពន្យារកំណើតអាចសំរេចបាន ប្រសិនបើតំរូវការផែនការគ្រួសារសរុបត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីសំរេចបានកិច្ចការនេះ ប្រការសំខាន់ដែលយើងត្រូវដឹងនោះគឺថា តើកត្តាអ្វីខ្លះដែលមានទំនាក់ទំនងទៅនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនៅកម្ពុជា ដើម្បីឱ្យយើងអាចអនុវត្តនូវវិធានការសមស្របនានាចំពោះកត្តាទាំងនេះ។

ការសិក្សាពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ផ្តល់នូវពត៌មានដែលមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងសំរាប់ការរៀបចំ និងការកែលំអកម្មវិធីផែនការគ្រួសារ និងមានផលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះកំណើនប្រជាជនក្នុងពេលអនាគត (Govindasamy និង Boadi ២000: ១)។

នៅក្នុងបរិបទកម្ពុជា ដែលជំរើសមួយក្នុងចំណោមជំរើសគោលនយោបាយជាច្រើនដែលបានស្នើឡើង ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការពន្យារកំណើត (ក្រសួងផែនការ ២០០២: ៤៥) ការសិក្សាស្ដីពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ នឹងមានសារៈប្រយោជន៍យ៉ាងខ្លាំងដល់ការកែលំអការពន្យារកំណើតរបស់កម្ពុជានិងកម្មវិធី IEC/BCC[៧]។ លើសពីនេះទៀត កំរិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងពត៌មានស្ដីពីចរិកលក្ខណៈនៃប្រជាជនដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ផ្ដល់នូវគំនិតមួយប្រសើរជាង ពីការបង្កើនតំរូវការវិធីពន្យារកំណើតនាពេលអនាគត (Ross ១៩៩៤ ដកស្រង់នៅក្នុង Govindasamy និង Boadi ២០០០)។ ជាងនេះទៀតពត៌មានស្ដីពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត នឹងអាចជួយឱ្យសំរេចបាននូវសមាមាត្រមួយធំជាងនៃតំរូវការវិធីពន្យារកំណើត និងជួយកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្ដល់កំណើត និងកំណើនប្រជាជន។

៤.១.៣ និយមន័យនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងផែនការគ្រួសារ

យោងតាមអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ *តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត* និង*ផែនការគ្រួសារ* ត្រូវបានផ្ដល់និយមន័យដូចខាងក្រោម (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២០០១: ១០៥-១០៦):

"ស្ត្រីដែលរៀបការបច្ចុប្បន្ន ហើយដែលនិយាយថា ពួកគាត់មិនចង់បានកូនថែមទៀត ឬចង់រង់ចាំយ៉ាងឆាប់បំផុតពីរឆ្នាំទៀតមុននឹងមានកូនមួយទៀត ប៉ុន្តែពួកគាត់មិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត គឺត្រូវបានចាត់ទុកថាមាន ***តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត****"* (unmet need for family planning) ។

" ស្ត្រីដែលកំពុងប្រើវិធីនានាសំរាប់ផែនការគ្រួសារ គឺត្រូវបានចាត់ទុកថាមាន ***តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត****"* ។

តំរូវការ*ផែនការគ្រួសារសរុប* = តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត/តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត*(តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត + តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត)*

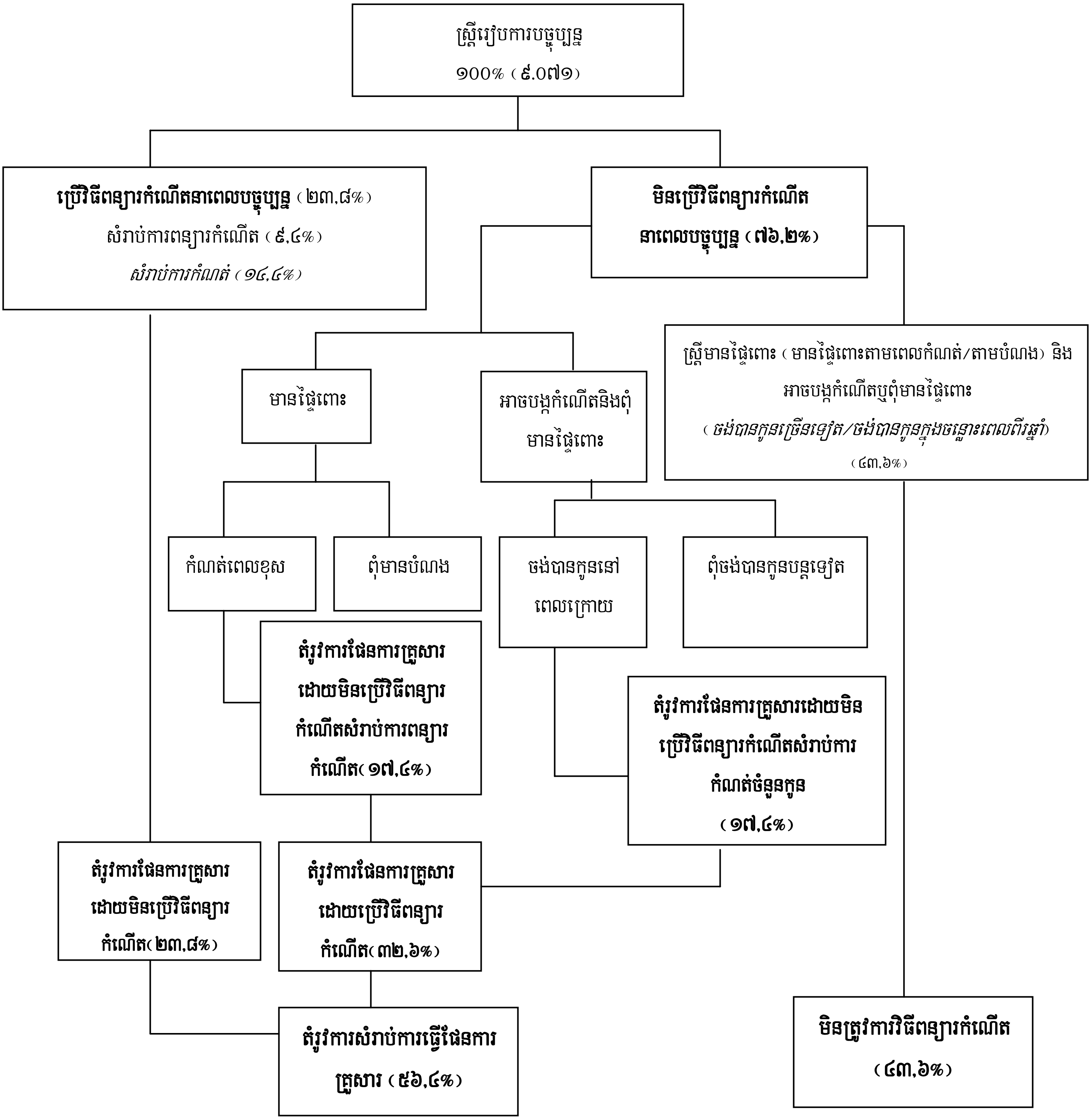
---

[៧] IEC = Information, Education and Communication-ពត៌មាន ការអប់រំ ការធ្វើទំនាក់ទំនង; BCC = Behaviour Change Communication-ការធ្វើទំនាក់ទំនងដើម្បីផ្លាស់ប្ដូរឥរិយាបថ

តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត នីមួយៗត្រូវបានកំណត់ជាពីរប្រភេទ គឺតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត/តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត/តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន។

យោងតាមទស្សនៈដែលប្រើនៅក្នុងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២000 តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការពន្យារកំណើត* គឺរួមបញ្ចូលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងឡាយដែលការមានផ្ទៃពោះរបស់ពួកគាត់ត្រូវបានកំណត់ពេលវេលាខុស ស្ត្រីរាំងរដូវទាំងឡាយដែលកំណើតកូនចុងក្រោយរបស់ពួកគាត់ត្រូវបានកំណត់ពេលវេលាខុស ហើយស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនមានផ្ទៃពោះនិងមិនរាំងរដូវ និងស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនប្រើវិធីណាមួយសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដែលនិយាយថាពួកគាត់ចង់រង់ចាំពីរឬច្រើនឆ្នាំទៀតទើបយកកូនបន្ទាប់។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវ ស្ត្រីទាំងឡាយដែលពុំមានការច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តថាចង់បានកូនទៀត ឬស្ត្រីទាំងឡាយដែលចង់បានកូនមួយទៀត ប៉ុន្តែពុំមានការច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តថានៅពេលណាដែលត្រូវមានកូន។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការកំណត់ចំនួនកូន* គឺរួមបញ្ចូលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងឡាយដែលការមានផ្ទៃពោះរបស់ពួកគាត់បានកើតឡើងដោយពុំបានប៉ងប្រាថ្នា ស្ត្រីរាំងរដូវទាំងឡាយដែលកំណើតកូនចុងក្រោយរបស់ពួកគាត់បានកើតឡើងដោយពុំបានប៉ងប្រាថ្នា ហើយស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនមានផ្ទៃពោះនិងមិនរាំងរដូវ និងស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនប្រើវិធីណាមួយសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងដែលមិនចង់យកកូនច្រើនថែមទៀត។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការពន្យារកំណើត* គឺរួមបញ្ចូលនូវស្ត្រីទាំងឡាយ ដែលបច្ចុប្បន្នកំពុងប្រើវិធីណាមួយសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដែលនិយាយថាពួកគាត់ចង់បានកូនមួយទៀតឬមិនច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តថាតើយកកូនមួយទៀតឬអត់។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការកំណត់ចំនួនកូន* ស្ត្រីទាំងឡាយដែលប្រើវិធីណាមួយសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដែលចង់យកកូនច្រើនថែមទៀត (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១: ១០៦)។

ដ្យាក្រាម៤.១ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតចំពោះវិធីពន្យារកំណើត នៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០



ប្រភព: គណនាពីវិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. (២០០១: ១០៦)

៤.១.៤ និន្នាការនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត១៩៩៥-២០០០

អង្កេតទ្រង់ទ្រាយធំលើកដំបូងអំពីចំណេះដឹងនិងឥរិយាបថចំពោះការធ្វើផែនការគ្រួសារនៅកម្ពុជា គឺ *ជាអង្កេតពីការយល់ដឹង ឥរិយាបថ និងការអនុវត្តន៍ អំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនិងការពន្យារកំណើតនៅកម្ពុជា ឆ្នាំ១៩៩៥* (ឈុន ឡុង et al. ១៩៩៥) ឬ *KAP* ១៩៩៥។ អង្កេតនេះ បានធ្វើឡើងចំពោះស្ត្រីដែលរៀបការបច្ចុប្បន្នចំនួន ៤.៥៤៤នាក់អាយុពី ១៥-៤៤ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងសំណាក់គំរូដែលបានជ្រើសរើស ៦.000 គ្រួសារ នៅក្នុងឃុំដែលមានសុវត្ថិភាពនៃខេត្តចំនួន ១០ និងទីក្រុងភ្នំពេញ។

យោងតាមពតិមានដែលប្រមូលបានពី KAP ១៩៩៥ ៧៦,៣ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នពុំមានផ្ទៃពោះ អាយុពី១៥-៤៤ឆ្នាំ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត (៣៤,២ភាគរយសំរាប់ការពន្យារកំណើត និង ៤២,១ភាគរយសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន) និង ១៤,៥ភាគរយមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត ពោលគឺស្ត្រីទាំងនោះបានប្រើវិធីពន្យារកំណើត[៨] (៤,០ភាគរយសំរាប់ការពន្យារកំណើត និង ១០,៥ភាគរយសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន)។ ទាំងនេះបង្ហាញនូវកំរិតខ្ពស់នៃតំរូវការផែនការគ្រួសារស្មើនឹង៩០,៨ភាគរយ ដែលក្នុងនេះមានតែ១៦ភាគរយប៉ុណ្ណោះត្រូវបានបំពេញ។ ស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នពុំមានផ្ទៃពោះមាន៨២ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នពុំមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ (ឈុន ឡុង et al. ១៩៩៥: ២៣)។ ដូច្នេះ កំរិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលរៀបការបច្ចុប្បន្នគួរមាន៦២,៦ភាគរយ និងតំរូវការសរុបចំពោះវិធីពន្យារកំណើតគួរមាន៧៤,៥ភាគរយ។ ប៉ុន្តែ សូម្បីតែជាមួយការកែតំរូវនេះ កំរិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការវិធីពន្យារកំណើតដែលរាយការណ៍តាមអង្កេត KAP ១៩៩៥ ហាក់ដូចជានៅតែមានកំរិតខ្ពស់ខ្លាំង។ លើសពីនេះទៀត ខេត្តទាំងឡាយដែលបានជ្រើសរើសជាសំណាកគំរូសំរាប់អង្កេត KAP ១៩៩៥ បានគ្របដណ្តប់ ៦៧ ភាគរយនៃប្រជាជនកម្ពុជា (ឈុន ឡុង et al. ១៩៩៥: ៦)។ ដូច្នេះ លទ្ធផលទាំងឡាយអាចពុំតំណាងឱ្យប្រទេសទាំងមូលឡើយ (ក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩: ១)។

អង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ (ក្រសួងសុខាភិបាល ១៩៩៩) ត្រូវបានធ្វើលើសំណាកគំរូ ៦.២១៩ គ្រួសារ និងស្ត្រីដែលសមស្របនឹងលក្ខខណ្ឌរបស់អង្កេតចំនួន ៧.៦៥៤នាក់មកពីខេត្ត-ក្រុងចំនួន២១ ក្នុង

[៨] សំគាល់ថា ការសិក្សាដូចគ្នាបង្ហាញថា ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតនៃវិធីណាមួយ ១២,៦ភាគរយ (ការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ននៃវិធីពន្យារកំណើត) ក្នុងចំណោមស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នអាយុ ១៥-៤៤ឆ្នាំ។ ភាពខុសគ្នារវាង CPR និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត ពុំត្រូវបានពន្យល់នៅក្នុងរបាយការណ៍នេះទេ ប៉ុន្តែភាពខុសគ្នានេះប្រហែលជាកើតឡើងដោយសារតួលេខរបស់តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត គឺសំដៅចំពោះតែស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន*ពុំមានផ្ទៃពោះ*។

ចំណោមខេត្ត-ក្រុង ២៣នៅទូទាំងប្រទេស។ ខេត្តចំនួនពីរគឺ ព្រះវិហារ និងឧត្តរមានជ័យ ត្រូវបានដកចេញពីអង្កេតដោយមានបញ្ហាសន្តិសុខ។ ហេតុនេះ បើនិយាយឱ្យជាក់ច្បាស់ អង្កេតសុខភាពជាតិឆ្នាំ១៩៩៨ ពុំមែនជាអង្កេតមួយដែលតំណាងឱ្យជាតិទាំងមូលទេ។ ប៉ុន្តែ អង្កេតនេះបានផ្តល់នូវពត៌មានដ៏មានសារៈប្រយោជន៍ស្តីពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ការប្រើប្រាស់និងចំណេះដឹងពីវិធីពន្យារកំណើត មរណភាពនិងសុខភាព និងចរិកលក្ខណៈនៃសំណាកគំរូ ប៉ុន្តែគួរឱ្យភ្ញាក់ផ្អើល ពុំមានពត៌មានណាមួយពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតត្រូវបានផ្តល់ដោយអង្កេតនេះទេ។

អង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ ដែលជាអង្កេតមួយតំណាងឱ្យជាតិទាំងមូលបានគ្របដណ្តប់លើស្រ្តី ១៥.៣៥១នាក់អាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារចំនួន១២.២៣៦ ដែលគេអាចធ្វើសំភាសន៍បាន។ មិនដូចគ្នានឹងអង្កេតមុនៗដែលបានលើកឡើងខាងលើ អង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០នេះបានគ្របដណ្តប់លើគ្រប់ខេត្ត-ក្រុងទាំងអស់របស់កម្ពុជា។ ការវិភាគនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺផ្អែកលើទិន្នន័យដែលបានមកពីអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ត្រូវបានរាយការណ៍ថាមាន៣២,៦ភាគរយ (១៧,៤ភាគរយសំរាប់ការពន្យារកំណើត និង១៥,២ភាគរយសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន) និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតប្រមាណ២៣,៨ភាគរយ (ប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតឬការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ន) ដែលនាំឱ្យតំរូវការសរុបសំរាប់ផែនការគ្រួសារមាន៥៦,៤ភាគរយ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ ឆ្នាំ២០០១: ១០៦)។

នៅពេលដែលប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត បានកើនឡើងជាង៦០ភាគរយ គឺពី១៤,៥ភាគរយនៅឆ្នាំ១៩៩៥ ដល់ ២៣,៨ភាគរយនៅឆ្នាំ២០០០ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតបានធ្លាក់ចុះជាង ៥៧ភាគរយ គឺពី ៧៦,៣ភាគរយនៅឆ្នាំ១៩៩៥ មកត្រឹម ៣២,៦ភាគរយនាឆ្នាំ២០០០។ ភាពខុសគ្នាច្រើននៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត (និងតំរូវការផែនការគ្រួសារសរុប) រវាងអង្កេត KAP ១៩៩៥ និងអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ អាចបណ្តាលមកពីភាពខុសគ្នានៃសំណាកគំរូ (ការគ្របដណ្តប់ផ្អែកភូមិសាស្រ្ត) ភាពខុសគ្នានៃការកំណត់អាយុស្រ្តីដែលជ្រើសរើសសំរាប់សំណាកគំរូ (អាយុពី ១៥-៤៤ឆ្នាំ នាឆ្នាំ១៩៩៥ ធៀបនឹង ១៥-៤៩ឆ្នាំនាឆ្នាំ២០០០) ភាពខុសគ្នានៃទស្សនៈនិងនិយមន័យរបស់តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ឬការរួមបញ្ចូលគ្នានូវកត្តាទាំងនេះ។ ទាំងអង្កេត KAP ១៩៩៥ និងអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ បានអនុវត្តតាមនិយម-ន័យគោលតែមួយរបស់តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត (សូមមើលចំណុច ១.៣ ខាងលើ) ប៉ុន្តែអង្កេតទាំងពីរនេះបានកំណត់នូវប្រភេទខុសៗគ្នានៃស្រ្តីរៀបការបច្ចុប្បន្ន។ នៅពេលដែលអង្កេត KAP ១៩៩៥ បានជ្រើសយកស្រ្តីរៀបការបច្ចុប្បន្នពុំមានផ្ទៃពោះអាយុពី១៥-៤៤ឆ្នាំ អង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិង

សុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ បានជ្រើសរើសស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នទាំងអស់អាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ។ ភាពខុសគ្នានៅក្នុងទស្សនៈនិងការគ្រប់ដណ្តប់ ហាក់ដូចជាពុំបានបង្ហាញឱ្យឃើញអស់នូវភាពខុសគ្នាច្រើននៃគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែទិសដៅនៃរបាយការណ៍នេះគឺពុំមែនដើម្បីធ្វើការពន្យល់ពីភាពខុសគ្នារវាងអង្កេត KAP ១៩៩៥ និងអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ ទេ។

៤.២ ទិសដៅ

ទិសដៅចំបងនៃការសិក្សានេះគឺដើម្បីៈ

- កំណត់កត្តាទាំងឡាយដែលមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត
- កំណត់កត្តាដែលមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារសរុប និង
- ប៉ាន់ស្មានពីផលប៉ះពាល់នៃការបំពេញតំរូវការវិធីពន្យារទៅលើនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត

៤.៣ វិធីសាស្ត្រ

ទិន្នន័យប្រើសំរាប់ការវិភាគនេះ ត្រូវបានយកមកពីអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០ ដែលផ្តល់ដោយវិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ។ ការងារស្ថិតិមួយចំនួន ត្រូវបានអនុវត្តដោយប្រើកម្មវិធីកុំព្យូទ័រ SPSS ជំនាន់ ១០.០។ វិធីសាស្ត្រនៃការវិភាគរួមផ្សំដោយ ការរៀបចំតារាងដោយមានការធ្វើតេស្តខៃការ៉េ (Chi-square) ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សំរាប់ការបញ្ជាក់ពីកំរិតនៃទំនាក់ទំនងរវាងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការវិធីពន្យារកំណើត ជាមួយនឹងអថេរជ្រើសរើសមួយចំនួនស្តីពី សេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ផែនការគ្រួសារ និងប្រជាសាស្ត្រ។

អថេរជ្រើសរើសសំរាប់ការវិភាគមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នអាយុពី ១៥ដល់ ៤៩ ឆ្នាំ។ អថេរទាំងនេះគឺៈ

- តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការវិធីពន្យារកំណើត ដូចដែលបានកំណត់នៅផ្នែក ១.៣ ខាងលើ
- អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច
- អថេរផែនការគ្រួសារ និង
- អថេរប្រជាសាស្ត្រ

តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ជាអថេរដែលអាស្រ័យទៅនឹងអថេរផ្សេងទៀត។ ការអធិប្បាយលំអិតអំពីអថេរផ្សេងៗទៀត មាននៅក្នុងផ្នែក ៤.៤ ខាងក្រោមនេះ។

៤.៤ ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយសង្ខេបលើឯកសារដែលមានស្រាប់

៤.៤.១ ការសង្ខេបលទ្ធផលនៃការសិក្សាមួយចំនួន

ផ្នែកនេះបង្ហាញពីការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយសង្ខេបពីការសិក្សាមួយចំនួន ពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។

លោក Sinaga (១៩៩៦) បានសិក្សាពីកត្តាទាំងឡាយដែលមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារនៅកោះកាលីម៉ាន់តាន់ ប្រទេសឥណ្ឌូណេស៊ីក្នុងឆ្នាំ១៩៩៤ ដោយផ្អែកលើទិន្នន័យដែលប្រមូលបានពីអង្កេតសុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រឥណ្ឌូណេស៊ីឆ្នាំ១៩៩៤ (*IDHS 1994*)។ គាត់បានរកឃើញថា តំរូវការរបស់ផែនការគ្រួសារនៅកោះកាលីម៉ាន់តាន់ មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់និងខ្លាំងជាមួយនឹងអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច ដូចជា ការអប់រំរបស់ស្ត្រីនិងស្វាមីពួកគេ ទីកន្លែងរស់នៅ លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីនៅក្នុងគ្រួសារ និងស្ថានភាពមុខរបររបស់ស្ត្រី។ នៅក្នុងចំណោមអថេរផែនការគ្រួសារ ចំណេះដឹងពីផែនការគ្រួសារ ការចុះសាកសួររបស់ក្រុមការងារផែនការគ្រួសារតាមមូលដ្ឋាន និងការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយនឹងដៃគូ (ស្វាមី) មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់និងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ បើគិតតាមអថេរប្រជាសាស្ត្រ អាយុបច្ចុប្បន្នរបស់ស្ត្រី ចំនួនកូនដែលរស់នៅ ចំនួនកូនប្រុស ការចង់បានកូននៅពេលអនាគត ទំហំគ្រួសារដែលចង់បាន ចំនួនកូនប្រុសដែលចង់បាននិងប្រសើរបំផុត និងចំនួនកូនប្រសើរបំផុតមានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់និងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ការជួបប្រទះនឹងការបាត់បង់កូន ត្រូវបានរកឃើញថាមានទំនាក់ទំនងតិចតួចបំផុតនិងខ្សោយជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ បញ្ហានេះ បានកើតឡើងដោយមូលហេតុថា ការជួបប្រទះនឹងការបាត់បង់កូនមានទំនាក់ទំនងមិនផ្ទាល់និងខ្លាំងជាមួយនឹងការប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់និងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រភេទផ្ទុយគ្នានៃទំនាក់ទំនងរវាងការបាត់បង់កូនជាមួយនឹងសមាសភាគទាំងពីរនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារ បានមាននិន្នាការបដិសេធគ្នាទៅវិញទៅមក។

ការសិក្សាស្តីពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត នៅប្រទេសហ្គាណាក្នុងទសវត្សឆ្នាំ១៩៨៨-១៩៩៨ (Govindasami and Boadi 2000) បង្ហាញថា អាយុរបស់ស្ត្រីមានទំនាក់ទំនងផ្ទុយគ្នាជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជារួម និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើ

វិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងជាវិជ្ជមានជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន (រហូតដល់អាយុ ៤៤ឆ្នាំ)។ បើប្រៀបធៀបជាមួយស្ត្រីរស់នៅក្នុងតំបន់ទីក្រុង ស្ត្រីរស់នៅតំបន់ជនបទហាក់ដូចជាមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជារួម និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតក្នុងកំរិតមួយខ្ពស់ជាង ប៉ុន្តែមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូនក្នុងកំរិតខ្ពស់ជាងប្រហាក់ប្រហែលគ្នា។ ភាពខុសគ្នានៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតដែលមានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលនេះ ក៏ត្រូវបានរកឃើញផងដែរនៅតាមបណ្តាខេត្តនានា។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កើនឡើងពីកំរិតគ្មានការអប់រំដល់កំរិតអប់រំបឋមសិក្សា ហើយធ្លាក់ចុះចំពោះអ្នកដែលមានការអប់រំកំរិតខ្ពស់ជាងនេះ។ ពុំមានភាពច្បាស់លាស់ថា តើហេតុអ្វីបានជាស្ត្រីគ្មានការអប់រំមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ក្នុងកំរិតទាបជាងស្ត្រីដែលមានការសិក្សាក្នុងកំរិតបឋមសិក្សា។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត បានកើនឡើងជាមួយនឹងចំនួនកូនដែលស្ត្រីទាំងនោះមាន។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ការកើនឡើងនៃចំនួនកូនមានផលប៉ះពាល់ច្រាសគ្នាទៅលើចំពោះតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន។ បើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតបានធ្លាក់ចុះ នោះតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូនកើនឡើង ជាមួយនឹងការកើនឡើងនៃចំនួនកូន។ ចន្លោះពេលពីការផ្តល់កំណើតចុងក្រោយដល់មុនពេលធ្វើសម្ភាសន៍ ពោលគឺចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតក៏មាន ទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការ គ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលចន្លោះពេលផ្តល់កំណើត ១៥ខែ ឬតិចជាងនេះមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ក្នុងកំរិតមួយខ្ពស់ជាងស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើត ១៦ខែ ឬលើសពីនេះ។ ជាសរុប បំណងរបស់ស្ត្រីក្នុងការប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារបានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនង ខ្លាំងជាមួយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រី ដែលមានបំណងប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារក្នុងរយៈពេល១២ខែបន្ទាប់ មានកំរិតធំជាងក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានបំណងប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារម្តងម្កាល នៅពេលអនាគត ឬក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងឡាយដែលមិនមានបំណងប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារទាល់តែសោះ (Govindasami និង Boadi 2000)។

Chaudhury (២០០១) បានពិនិត្យសិក្សាឡើងវិញពីកំរិត និងនិន្នាការតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនៅអាស៊ីខាងត្បូង (បង់ក្លាដែស, ឥណ្ឌា, នេប៉ាល់ និងប៉ាគីស្ថាន) ហើយបានរក

ឃើញថា កម្រិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតបានប្រែប្រួលពី ៣៧,៥ភាគរយនៅប៉ាគីស្ថាន ៣១,៤ភាគរយនៅនេប៉ាល់ ៥,៨ភាគរយនៅឥណ្ឌា និង ១៥,៣ភាគរយនៅបង់ក្លាដេស។ ដូចដែលត្រូវបានរំពឹងទុក ប្រទេសទាំងឡាយដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត (CPR)ទាប មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកម្រិតខ្ពស់ ដើម្បីឱ្យតំរូវការសរុបនៃផែនការគ្រួសារសរុប (ពោលគឺផលបូកនៃ CPR និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត) មានកម្រិតប្រហាក់ប្រហែលគ្នានៅប្រទេសទាំងបួន ដោយប្រែប្រួលតែក្នុងចន្លោះពីរវាង ៦០ភាគរយនៅនេប៉ាល់និង ៦៩ភាគរយនៅបង់ក្លាដេស។ ក្នុងចំណោមកត្តាទាំងឡាយដែលមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត អាយុរបស់ស្ត្រីបានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនងអវិជ្ជមានជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ជារួមនៅក្នុងប្រទេសទាំងអស់នេះ លើកលែងតែប្រទេសប៉ាគីស្ថានដែលមានទំនាក់ទំនងវិជ្ជ-មាន។ ស្ត្រីវ័យក្មេងមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតក្នុងកម្រិតខ្ពស់ជាង ហើយស្ត្រីវ័យចំណាស់មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូនមានកម្រិតខ្ពស់ជាង។ ដោយមិនគិតពីស្ត្រីដែលមិនមានកូននៅរស់ ចំនួនកូននៅរស់បានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនងមួយជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ដែលមានរាងជាអក្សរU។ ស្ត្រីដែលមានកូននៅរស់ចំនួនតិចជាង (មួយឬពីរ) មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារ ហើយស្ត្រីដែលមានកូននៅរស់ច្រើនជាង (បីឬលើសពីនេះ) មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន (ទិន្នន័យចំពោះតែប្រទេសឥណ្ឌានិងនេប៉ាល់)។ ជាទូទៅ កម្រិតនៃការអប់រំរបស់ស្ត្រីបានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនងអវិជ្ជមានជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលមានកម្រិតនៃការអប់រំមធ្យមសិក្សាឬខ្ពស់ជាង (ស្ត្រីដែលមានវ័យក្មេងជាង និងមានកូនមួយឬពីរ) បានបង្ហាញពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតក្នុងកម្រិតមួយធំជាង ទន្ទឹមនឹងស្ត្រីដែលមានកម្រិតអប់រំក្រោមមធ្យមសិក្សា (ស្ត្រីដែលមានវ័យចាស់ជាង និងមានកូនបីឬលើសពីនេះ) បានបង្ហាញពីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូនក្នុងកម្រិតមួយធំជាង។ នៅតំបន់ជនបទ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមានកម្រិតខ្ពស់ជាងនៅតំបន់ទីប្រជុំជន ទាំងសំរាប់ការពន្យារកំណើត និងការកំណត់ចំនួនកូន លើកលែងតែនៅប្រទេសប៉ាគីស្ថាន ដែលតំបន់ជនបទនិងទីក្រុងហាក់ដូចជាបង្ហាញពីកម្រិតប្រហាក់ប្រហែលគ្នានៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជារួម ប៉ុន្តែនៅតំបន់ជនបទនៃប្រទេសប៉ាគីស្ថាន តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើតមានកម្រិតខ្ពស់ជាង(Chaudhury ២០០១)។

៤.៤.២ ការជ្រើសរើសអថេរសំរាប់ការសិក្សាបច្ចុប្បន្ន

ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយសង្ខេបលើឯកសារដែលមានស្រាប់នេះបង្ហាញថា អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រ មានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ អថេរទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានជ្រើសរើសសំរាប់ការវិភាគនេះ:

(ក) អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចៈ កំរិតខ្ពស់បំផុតនៃការអប់រំរបស់ស្ត្រីនិងស្វាមី (ដៃគូ) លទ្ធភាពប្រើ-ប្រាស់អគ្គិសនីនៅក្នុងគ្រួសារ ទីកន្លែងរស់នៅបច្ចុប្បន្ន (ជនបទធៀបនឹងទីក្រុង) ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅពីមុន ភេទនៃមេគ្រួសារ ស្ថានភាពការងាររបស់ស្ត្រី មុខរបររបស់ស្ត្រី អាជីពរបស់ស្ត្រី-ដោយមិនគិតថាជាការងារតាមរដូវកាលឬការងារពេញមួយឆ្នាំ និងមុខរបររបស់ស្វាមី (ដៃគូ)។

(ខ) អថេរផែនការគ្រួសារៈ ថាតើស្ត្រីត្រូវបានគេប្រាប់ពីផែនការគ្រួសារនៅតាមមណ្ឌលសុខភាពដែរឬទេ ថាតើស្ត្រីបានមកមណ្ឌលសុខភាពណាមួយកាលពី១២ខែមុនឬទេ ថាតើស្ត្រីត្រូវបានទទួលការចុះសាកសួរដោយក្រុមការងារផែនការគ្រួសារតាមមូលដ្ឋានកាលពី១២ខែមុនឬទេ បំណងប្រាថ្នាចំពោះចំនួនកូនរបស់ស្វាមី ថាតើស្ត្រីបានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីឬជាមួយសមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតកាលពីពីរបីខែមុនឬទេ ភាពញឹកញាប់នៃការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីកាលពីឆ្នាំមុន ថាតើស្ត្រីយល់ស្របចំពោះផែនការគ្រួសារឬទេ ថាតើស្វាមីយល់ស្របចំពោះផែនការគ្រួសារឬទេ និងបំណងប្រាថ្នារបស់ស្ត្រីក្នុងការចង់បានកូនច្រើនទៀត។

(គ) អថេរប្រជាសាស្ត្រៈ អាយុរបស់ស្ត្រីក្នុងបណ្តាក្រុមអាយុប្រាំ៧ឆ្នាំ ចំនួនកូននៅរស់ ចំនួនកូនដែលប្រសើរបំផុត បទពិសោធន៍នៃការបាត់បង់កូន ចន្លោះពេលពីការផ្តល់កំណើតចុងក្រោយដល់មុនពេលធ្វើសំភាសន៍ និងចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារ។

អាចនិយាយបានថា អាចមានកត្តាផ្សេងៗទៀតដែលមានឥទ្ធិពលលើការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ននៃវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ដូចជាកត្តាវប្បធម៌/ប្រពៃណី ឬការយល់ឃើញថា ការមានកូនច្រើនផ្តល់នូវសុវត្ថិភាពនៅក្នុងវ័យចាស់ ប៉ុន្តែពតិមានអំពីកត្តាទាំងនេះពុំអាចរកបានឡើយ។

៤.៥ ការវិភាគនិងពិភាក្សា

៤.៥.១ គំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត

ការរៀបចំតារាងនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ជាមួយនឹងអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រនៅកម្ពុជា ត្រូវបានបង្ហាញក្នុងតារាង៤.៣ តារាង៤.៤ និងតារាង៤.៥ រៀងគ្នា។

៤.៥.១.១ គំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច

បើគិតតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច (តារាង៤.៣) កំរិតសិក្សាខ្ពស់បំផុត ទាំងរបស់ស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ននិងរបស់ដៃគូរបស់នាង (ស្វាមី) មានទំនាក់ទំនងផ្ទុយគ្នាជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ និយាយម្យ៉ាងទៀត នៅពេលដែលមានកំរិតសិក្សាកាន់តែខ្ពស់ នោះតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតកាន់តែទាប។ ការអប់រំផ្តល់ឱ្យស្ត្រី (ឬដៃគូ) នូវការយល់ដឹងច្រើនជាងមុនពីតំរូវការផែនការគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងពីចំណេះដឹងប្រសើរជាងមុនពីវិធីនានារបស់ការពន្យារកំណើត និងពីរបៀបដើម្បីទទួលបាននូវវិធីពន្យារកំណើតទាំងនោះ ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងពីរបៀបដើម្បីធ្វើឱ្យសំរេចបានផែនការគ្រួសារ។

លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីនៅក្នុងគ្រួសារ ដែលត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ជាអថេរតំណាងសំរាប់លក្ខខណ្ឌសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ (Sinaga ១៩៩៦: ៧៨) ត្រូវបានបង្ហាញថាមានទំនាក់ទំនងផ្ទុយគ្នាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីនៅក្នុងគ្រួសារ។ ដោយមានអគ្គិសនីប្រើប្រាស់នៅក្នុងគ្រួសារ ស្ត្រីមានពេលវេលាច្រើនជាងដើម្បីធ្វើសកម្មភាពសេដ្ឋកិច្ច និងកែលំអលក្ខខណ្ឌសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ លើសពីនេះទៀត ជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីនៅក្នុងគ្រួសារ លទ្ធភាពប្រើប្រាស់វិទ្យុនិងទូរទស្សន៍នឹងកើនឡើង ដូច្នេះធ្វើឱ្យកើនឡើងនូវការទទួលបានពត៌មានស្តីពីផែនការគ្រួសារ និងពត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហារបស់សមាជិកគ្រួសារនេះ។

តារាង៤.៧ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច
និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

កត្តាសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច	តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត	ខៃការ៉េ (Chi-Square)
កំរិតសិក្សាខ្ពស់បំផុតរបស់ស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន		
ពុំមានការអប់រំ	៣៤.៨	៣៤.៦៩**
បឋមសិក្សា	៣៣.២	
មធ្យមសិក្សា និងកំរិតខ្ពស់ជាង	២៥.៨	
កំរិតសិក្សាខ្ពស់បំផុតរបស់ដៃគូស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន		
ពុំមានការអប់រំ	៣៧.១	៣១.៩២**
បឋមសិក្សា	៣៣.៤	
មធ្យមសិក្សា និងកំរិតខ្ពស់ជាង	២៨.៩	
អត់ដឹង	៣៥.៥	
លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីក្នុងគ្រួសារ		
បាទ/ចាស៎	២១.៤	១១៦.៤១**
ទេ	៣៥.១	
ទីកន្លែងរស់នៅបច្ចុប្បន្នកាល		
ជនបទ	៣៣.៧	២៦.២៣**
ទីក្រុង	២៦.៨	
ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់ពីមុន		
បរទេស	២៨.៨	៤៣.៤៧**
រដ្ឋធានី/ទីក្រុងធំ	១៧.៨	
ទីក្រុង	៣០.៦	
ទីប្រជុំជន	៣០.០	
តំបន់ជនបទ	៣៣.៧	
ភេទរបស់មេគ្រួសារ		
ប្រុស	៣២.៥	០.១៧ (NS)
ស្រី	៣៣.១	

ស្ថានភាពអាជីពរបស់ស្ត្រី		
កំពុងមានការងារធ្វើ	៣២.៤	០.៧១ (NS)
ពុំមានការងារធ្វើ	៣៣.៣	
មុខរបររបស់ស្ត្រី		
ពុំមានការងារធ្វើ	៣១.៣	៤៩.១៥**
ការងារកសិកម្ម	៣៥.៣	
ការងារមិនមែនកសិកម្ម	២៧.០	
អាជីពរបស់ស្ត្រីៈ ពេញមួយឆ្នាំ/តាមរដូវកាល		
ពេញមួយឆ្នាំ	២៧.១	៣៨.០៥**
តាមរដូវកាល/ម្តងម្កាល	៣៤.៣	
អាជីពរបស់ដៃគូ		
ពុំមានការងារធ្វើ	៣៣.៧	៦១.០០**
ការងារកសិកម្ម	៣៥.៣	
ការងារមិនមែនកសិកម្ម	២៧.១	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង (p < .01); * = សំខាន់ (p < .05); NS = មិនសំខាន់

តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត នៅតំបន់ជនបទមានកំរិតខ្ពស់ជាងនៅតំបន់ទីក្រុង។ បញ្ហានេះ គឺជាការឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញពីភាពទន់ខ្សោយជាច្រើន ដែលស្ត្រីដែលនៅជនបទធៀបនឹងស្ត្រីនៅទីក្រុងនៅក្នុងបញ្ហាមួយចំនួនដូចជាការអប់រំ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច និងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវានិងការផ្គត់ផ្គង់ផែនការគ្រួសារ។ ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅមុននឹងចាប់ផ្តើមរស់នៅទីកន្លែងបច្ចុប្បន្ន ក៏មានទំនាក់ទំនងផងដែរជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលទីកន្លែងរស់នៅរបស់គាត់ពីមុនជារដ្ឋធានីឬទីក្រុងធំ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកំរិតទាបបំផុត ហើយស្ត្រីដែលពីមុនរស់នៅបរទេស មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកំរិតទាបបន្ទាប់។ ស្ត្រីដែលទីកន្លែងរស់នៅរបស់គាត់ពីមុនជាតំបន់ជនបទ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកំរិតខ្ពស់បំផុត។ ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅពីមុន ក៏ដូចជាទីកន្លែងរស់នៅបច្ចុប្បន្ន(ជនបទ/ទីក្រុង) ឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញពីការធ្លាប់ឆ្លងកាត់(ឬការមិនធ្លាប់ឆ្លងកាត់)សេវាផ្សេងៗរបស់ស្ត្រីដូចជា ការអប់រំ ពត៌មានអំពីការពន្យារកំណើត និងចំណេះដឹងអំពីសេវានិងប្រភពផែនការគ្រួសារដែលអាចជួយពង្រីកសមត្ថភាពរបស់ស្ត្រី ដើម្បីវិនិច្ឆ័យលើតំរូវការរបស់ពួកគាត់ចំពោះវិធីពន្យារកំណើត និងលើរបៀបសំរាប់បំពេញតំរូវការរបស់ពួកគេ។

ដោយហេតុថាការសំរេចចិត្តជាច្រើននៅក្នុងក្រុមគ្រួសារត្រូវបានទទួលរងឥទ្ធិពលពីការសំរេចចិត្តរបស់មេគ្រួសារ ប្រការដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសារៈប្រយោជន៍នោះគឺត្រូវពិនិត្យមើលថាតើមានភាពខុសគ្នានៅក្នុងគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតឬទេដោយយោងទៅតាមភេទនៃមេគ្រួសារ។ ជាងមួយភាគបួន (២៥.៧ភាគរយ) នៃគ្រួសារកម្ពុជា មានមេគ្រួសារជាស្ត្រី (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ ១៩៩៩: xi)។ ប៉ុន្តែ ដូចដែលតារាង៤.៣បង្ហាញ ពុំមានភាពខុសគ្នានៅក្នុងកំរិតនៃគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត រវាងគ្រួសារដែលមានបុរសឬស្ត្រីជាមេគ្រួសារទេ។ បញ្ហានេះ ប្រហែលជាបណ្តាលមកពីហេតុថា ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបង-ប្អូនស្រី ឬមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង មានសារៈសំខាន់ជាងនៅក្នុងការជះឥទ្ធិពលលើគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត(តារាង៤.៤) ហើយតួនាទីរបស់មេគ្រួសារនៅក្នុងករណីនេះមិនមានសារៈសំខាន់ទេ។

ចំពោះអាជីពឬមុខរបរ គេបានរកឃើញថា ស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់ស្ត្រីពុំមានឥទ្ធិពលលើគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតរបស់ពួកគាត់ទេ ប៉ុន្តែមុខរបរនិងភាពជាប្រចាំនៃអាជីពរបស់ពួកគាត់ មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលមានមុខរបរកសិកម្ម មានកំរិតគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតខ្ពស់ជាងស្ត្រីដែលមានមុខរបរមិនមែនកសិកម្ម។ ទំរង់គំរូប្រហាក់ប្រហែលគ្នារបស់គំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ក៏ត្រូវបានគេពិនិត្យឃើញចំពោះមុខរបររបស់ដៃគូ (ស្វាមី) ផងដែរ។ ស្ត្រីឬដៃគូរបស់ពួកគាត់ដែលមានមុខរបរកសិកម្ម ស្ទើរតែទាំងអស់មានទីតាំងរស់នៅតំបន់ជនបទ ហើយមានលក្ខណៈសម្បត្តិដូចជាការអប់រំទាប ចំណេះដឹងទាបពីផែនការគ្រួសារ និងគ្មានឬមានលទ្ធភាពតិចតួចក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើត។ លក្ខណៈរដូវកាលនៃការងារ មានឥទ្ធិពលមធ្យមលើគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលមានការងារធ្វើពេញមួយឆ្នាំ មានកំរិតគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទាបជាងស្ត្រីដែលមានការងារធ្វើតាមរដូវកាល ឬម្តងកាល។

៤.៥.១.២ គំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ

តារាង៤.៣ បង្ហាញពីទំនាក់ទំនងនៃគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជាមួយនឹងអថេរផែនការគ្រួសារជាច្រើន។ ស្ត្រីដែលត្រូវបានប្រាប់អំពីផែនការគ្រួសារនៅមណ្ឌលសុខភាពណាមួយ ឬស្ត្រីដែលបានមកមណ្ឌលសុខភាពក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ មានកំរិតគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទាបជាងស្ត្រីដែលពុំត្រូវបានប្រាប់ពីផែនការគ្រួសារនៅមណ្ឌលសុខភាពណាមួយ ឬពុំបានមកមណ្ឌលសុខភាពក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ។ លទ្ធផលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍និងគួរឱ្យភ្ញាក់ផ្អើលមួយ គឺថាការចុះទៅពិគ្រោះយោបល់ដល់ក្រុមគ្រួសារដោយក្រុមការងារផែនការគ្រួសារ ពុំបានធ្វើឱ្យមានភាពខុសគ្នា

នៅក្នុងកំរិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទេ។ បញ្ហានេះ ទាមទារឱ្យមានពិនិត្យមើលឡើងវិញមួយ ពីភាពញឹកញាប់នៃការចុះទៅពិគ្រោះយោបល់ជាមួយស្ត្រីដោយក្រុមការងារផែន-ការគ្រួសារ ពីពតិមានអ្វីខ្លះនិងពីសេវាអ្វីខ្លះផ្សេងទៀតដែលក្រុមការងារផ្តល់ឱ្យដល់ស្ត្រី។ ស្ត្រីដែលមានចំណេះដឹងពីវិធីណាមួយរបស់ផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានគេរំពឹងថាមានកំរិតតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទាបជាងស្ត្រីដែលពុំមានចំណេះដឹងពីវិធីណាមួយរបស់ផែនការគ្រួសារ។

ការព្រមព្រៀងគ្នាជាមួយស្វាមីអំពីចំនួនកូនដែលចង់បាន ធ្វើឱ្យមានកំរិតតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទាបជាង ការមិនព្រមព្រៀងគ្នាជាមួយស្វាមី។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមានកំរិតខ្ពស់បំផុតក្នុងករណីដែលស្វាមីចង់បានកូនតិចជាងស្ត្រីចង់បាន។

ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមី បងប្អូនស្រី ឬអ្នកជិតខាងនិងមិត្តភក្តិ ហាក់ដូចជាកាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែ ភាពញឹកញាប់នៃការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារ (ជាមួយស្វាមី) ហាក់ដូចជាមានឥទ្ធិពលមួយខ្លាំងជាងទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ការឯកភាពធ្វើផែនការដោយគ្រួសារដោយស្ត្រីឬស្វាមី ធ្វើឱ្យមានកំរិតតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទាបជាងការមិនឯកភាពគ្នាធ្វើផែនការគ្រួសារដោយប្តី-ប្រពន្ធ ប៉ុន្តែការឯក-ភាពរបស់ស្វាមីហាក់ដូចជាមានឥទ្ធិពលមួយទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតខ្លាំងជាងការឯកភាពរបស់ស្ត្រី។ លទ្ធផលនៃការសិក្សាខាងលើផ្តល់យោបល់ថា ស្វាមីគួរតែត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការចូលរួមមួយច្រើនជាងមុននៅក្នុងកម្មវិធីពន្យារកំណើត ឬកម្មវិធីផែនការគ្រួសារ។

តារាង៤.៤ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ	តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយ មិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត	ខៃការ៉េ (Chi-Square)
ត្រូវបានប្រាប់ពីផែនការគ្រួសារនៅឯមណ្ឌលសុខភាព		
ទេ	៣២,៨	១២,៧៨**
បាទ-ចាស	២៤,២	(១)
បានទៅមណ្ឌលសុខភាពក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ		
ទេ	៣៣,៦	១៩,១៩**
បាទ-ចាំ	២៧,៧	(១)
ត្រូវបានចុះសួរសុខទុក្ខដោយក្រុមការងារផែនការ គ្រួសារក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ		
ទេ	៣២,៦	០,០២៣ (NS)
បាទ-ចាស	៣២,៧	(១)
បំណងប្រាថ្នារបស់ស្វាមីចំពោះចំនួនកូន		
ទាំងពីរនាក់ចង់បានចំនួនកូនដូចគ្នា	៣១,៥	៣៩,០០**
ស្វាមីចង់បានច្រើនជាង	៣៧,២	(៣)
ស្វាមីចង់បានតិចជាង	៣៨,១	
អត់ដឹង	៤០,៣	
បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីក្នុង រយៈពេល១ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៣៣,១	៣,៨៥ (NS)
បាទ-ចាស	៣០,៦	(១)
បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបង-ប្អូនស្រី ក្នុង រយៈពេល១ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៣៣,៣	១៨,៨២**
បាទ-ចាស	២៦,១	(១)
បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយមិត្តភក្តិ/អ្នកជិត ខាងក្នុង រយៈពេល១ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៣៣,៤	៦,៣៤*

បាទ-ចាស	៣០.៧	(១)
ភាពញឹកញាប់នៃការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីក្នុងរយៈពេល១ឆ្នាំចុងក្រោយ		
មិនដែលសោះ	៣៣.៩	២៤.១៥**
ម្តង ឬ ២ដង	៣៣.២	(២)
ញឹកញាប់ជាង	២៦.១	
ការឯកភាពលើផែនការគ្រួសាររបស់អ្នកឆ្លើយតប		
យល់ព្រម	៣១.៩	១៤.៥២**
មិនយល់ព្រម	៣២.៧	(២)
អត់ដឹង	៣៨.២	
ការឯកភាពលើផែនការគ្រួសាររបស់ស្វាមី		
យល់ព្រម	៣០.៧	៣៣.៥២**
មិនយល់ព្រម	៣៦.២	(២)
អត់ដឹង	៣៧.៣	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់*អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង ($p < .01$); * = សំខាន់ ($p < .05$); NS = មិនសំខាន់

បំណងប្រាថ្នាចង់បានកូនច្រើនជាងមុនរបស់ស្ត្រី មានទំនាក់ទំនងយ៉ាងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ក្រុមស្ត្រីដែលពុំមានការសំរេចចិត្តច្បាស់លាស់អំពីចំនួនកូននាពេលអនាគត ឬស្ត្រីទាំងឡាយណាដែល ហាក់ដូចជាមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកំរិតខ្ពស់បំផុត។ ក្រុមស្ត្រីដែលពុំមានភាពច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តនេះ មានសមាមាត្រប្រមាណ ៣០ភាគរយក្នុងចំណោមស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០០ (២៨ភាគរយពុំមានការសំរេចចិត្តច្បាស់លាស់ និង២ភាគរយចង់បានកូនច្រើនទៀត ប៉ុន្តែពុំមានការច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តអំពីការកំណត់ពេលផ្តល់កំណើតដល់កូនក្នុងពេលអនាគត) ហើយគួរត្រូវបានផ្តល់ពត៌មាន ការអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់អំពីហានិភ័យសុខភាពចំពោះម្តាយនិងកូន ក៏ដូចជាហានិភ័យសុខភាពនៃការមានកូនច្រើន។ ជាទូទៅគេបានរកឃើញថា ការផ្តល់កំណើតចាប់ពីកំណើតកូនទីបួនឡើងទៅ ធ្វើឱ្យមានហានិភ័យសុខភាពខ្លាំងជាងចំពោះម្តាយក៏ដូចជាចំពោះកូនដែរ។

៤.៥.១.៣ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងអថេរប្រជាសាស្ត្រ

តារាង២.៥ បានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនងនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជាមួយនឹងអថេរប្រជាសាស្ត្រជ្រើសរើសមួយចំនួន។ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងអាយុរបស់ស្ត្រី។ ទំនាក់ទំនងនេះ មានលក្ខណៈមិនប្រែប្រួលនៅចន្លោះ ៣៦ភាគរយ និង៣៧ភាគរយ សំរាប់ស្ត្រីក្នុងចន្លោះក្រុមអាយុ ១៥-១៩ឆ្នាំនិង ២៥-២៩ឆ្នាំ មានការថយចុះយឺតៗទៅ ៣១ភាគរយចំពោះស្ត្រីក្នុងក្រុមអាយុ ៤០-៤៤ឆ្នាំ ហើយមានការធ្លាក់ចុះខ្លាំងចំពោះស្ត្រីក្នុងក្រុមអាយុ ៤៥-៤៩ឆ្នាំ។ ប៉ុន្តែ ទំរង់គំរូនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជារួមតាមអាយុដែលរៀបរាប់ខាងលើនេះ មិនបង្ហាញឱ្យឃើញថាតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការពន្យារកំណើត*តាមអាយុសំរាប់ក្រុមអាយុទាំងអស់ មានការធ្លាក់ចុះមួយខ្លាំងជាងទេ ហើយក៏មិនបង្ហាញឱ្យឃើញថាតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់*ការកំណត់ចំនួនកូន*តាមអាយុ ត្រឹមតែក្រុមអាយុ ៣៥-៣៩ឆ្នាំ មានការកើនឡើងទេ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២០០១: ១០៦)។ ប្រការសំខាន់ដែលត្រូវកត់សំគាល់នោះគឺថា ជាងមួយភាគបីនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នអាយុ ១៥-៣៩ឆ្នាំ ដែលរួមបញ្ចូលទាំងអាយុបន្តពូជដំបូងមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ កម្មវិធីពន្យារកំណើតជាតិគួរផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការបំពេញតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតរបស់ស្ត្រីទាំងនេះ។

ចំនួនកូនដែលនៅរស់ត្រូវបានរកឃើញថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនៅក្នុងប្រទេសជាច្រើន (Chaudhury ២០០១ Govindasamy និង Boadi ២០០០ Sinaga ១៩៩៦)។ ទំនាក់ទំនងនេះ អាចមានសំរាប់កម្ពុជាផងដែរ ដែលគេបានរកឃើញថា មានសមាមាត្រមួយធំជាងចំពោះស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត នៅក្នុងក្រុមស្ត្រីដែលមានកូននៅរស់ចាប់ពី ៤នាក់ឡើងទៅធៀបទៅនឹងក្រុមស្ត្រីដែលមានកូននៅរស់យ៉ាងច្រើន ៣នាក់។ TFR តាមបំណងប្រាថ្នារបស់ស្ត្រីកម្ពុជាមាន ៣.១ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងTFRជាក់ស្តែង ៤.០ (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២០០១: ១១១)។ ការយកចិត្តទុកដាក់ដោះស្រាយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតខ្ពស់របស់ស្ត្រីដែលមានកូនចំនួនពី ៤នាក់ឡើងទៅអាចជួយកាត់បន្ថយគំលាតរវាង TFRតាមបំណងប្រាថ្នានិងTFRជាក់ស្តែង។

ចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ស្ត្រីចំពោះចំនួនកូនល្អបំផុតរបស់ពួកគេ ហាក់ដូចជាពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតទេ។ ការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូនរបស់ស្ត្រី មាន

ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ សមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត មានកំរិតខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានបាត់បង់កូនពីពីរនាក់ឡើងទៅ ហើយកំរិតខ្ពស់បន្ទាប់មានចំពោះស្ត្រីដែលបានបាត់បង់កូនម្នាក់ ហើយនិងមានកំរិតទាបបំផុតចំពោះស្ត្រីដែលពុំមានការបាត់បង់កូនតាមរយៈការស្លាប់។ ស្ត្រីទាំងឡាយដែលបានបាត់បង់កូន ហាក់ដូចជាមានបំណងចង់បានកូនបន្តទៀតដើម្បីជំនួសកូនដែលបាត់បង់នោះ ហើយអាស្រ័យហេតុនេះ ស្ត្រីទាំងនោះហាក់ដូចជាមិនត្រូវការវិធីពន្យារកំណើត (ពុំមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត) ទេ ប៉ុន្តែ ការពិនិត្យមើលឱ្យបានច្បាស់ជាងមុនចំពោះស្ថានភាពនេះបង្ហាញឱ្យឃើញថា កត្តាមួយចំនួនផ្សេងទៀតដូចជា កំរិតអប់រំនិងអាយុ អាចជួយពន្យល់ពីភាពមិនប្រក្រតីនេះ។ ភាពមិនប្រក្រតីនេះ គឺស្ត្រីមានវ័យចាស់ជាងនិងស្ត្រីមានកំរិតអប់រំទាបដែលធ្លាប់បានបាត់បង់កូនច្រើនជាងគេ (តារាង៤.៩) ហើយស្ត្រីដែលមានវ័យចាស់ជាងក៏មានកំរិតអប់រំទាបជាងស្ត្រីមានវ័យក្មេងជាងដែរ។

ចន្លោះពេលផ្តល់កំណើត ដែលបានកំណត់ជាគំលាតពេលវេលាគិតចាប់ពីពេលផ្តល់ចុងក្រោយបង្អស់រហូតដល់ពេលធ្វើសំភាសន៍ មានទំនាក់ទំនងផ្ទុយជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ប្រេវ៉ាឡង់នៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតយ៉ាងយូរ១៩ខែ មានកំរិតខ្ពស់ជាង ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតយ៉ាងឆាប់១៦ខែ ដែលមានភាពស្របគ្នាទៅនឹងលទ្ធផលនៃការសិក្សាពីប្រទេសហ្គាណា (Govindasamy និង Boadi ២០០១)។

តារាង៤.៥ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នតាមអថេរប្រជាសាស្ត្រ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត កម្ពុជាឆ្នាំ២០០០

អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ	**តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត**	**ខៃការ៉េ (Chi-Square)**
ចំនួនកូនល្អបំផុត		
៣ ឬ តិចជាងនេះ	៣២.៩	០.២៣៩ (NS)
៤ ឬ លើសពីនេះ	៣២.៤	
ការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូន		
ពុំមានបាត់បង់កូនណាមួយ	៣១.៤	១៧.១៦**
បានបាត់កូន ១	៣៣.៩	
បានបាត់កូន ២ ឬលើសពីនេះ	៣៧.២	

ចំនួនខែចាប់ពីពេលផ្តល់កំណើតចុងក្រោយបង្អស់		
អត់មានកូន	២៩,៨	២៣៥,៣១**
១៥ខែ ឬតិចជាងនេះ	៤៦,២	
១៦ខែ ឬលើសពីនេះ	២៨,៣	
ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ		
៦ ឬតិចជាងនេះ	៣០,០ (១១,៧%សំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន និង១៨,៣%សំរាប់ការពន្យារកំណើត)	៤៦,៧៨**
៧ ឬលើសពីនេះ	៣៧,០ (២១,១%សំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូននិង១៥,៩%សំរាប់ការពន្យារកំណើត)	
អាយុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឆ្លើយតប (ឆ្នាំ)		
១៥-១៩	៣៧,២	១៦១,៩៣**
២០-២៤	៣៦,២	
២៥-២៩	៣៧,២	
៣០-៣៤	៣៥,១	
៣៥-៣៩	៣៤,១	
៤០-៤៤	៣០,៦	
៤៥-៤៩	១៦,១	
ចំនួនកូននៅរស់		
៣ ឬតិចជាងនេះ	៣០,៩	១៦,៩៣**
៤ ឬច្រើនជាងនេះ	៣៥,០	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង (p < .01); * = សំខាន់ (p < .05); NS = មិនសំខាន់

ការបកស្រាយពន្យល់ចំពោះលទ្ធផលនេះមានភាពច្បាស់លាស់ ដោយហេតុថា ស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតយូរជាងកាន់តែច្រើនជាងមុន ពិតជាទទួលបានជោគជ័យក្នុងការប្រើប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនូវវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីពន្យារចន្លោះពេលផ្តល់កំណើត ហើយដូច្នេះ ក្រុមស្ត្រីខាងលើនេះបង្ហាញពីប្រេវ៉ាឡង់នៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមួយទាបជាងមុន។ ក្នុងករណីនេះគេអាចនិយាយបានថា ភាពពុំមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតបានធ្វើឱ្យមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតយូរជាង។

ស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារមានសមាជិកជាមធ្យមយ៉ាងច្រើន៦នាក់ បង្ហាញពីប្រេវ៉ាឡង់តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ខ្ពស់ជាងស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារមានសមាជិកយ៉ាងតិច៧នាក់។ ក្នុងចំណោម៣៦ភាគរយនៃស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានសមាជិកយ៉ាងតិច៧នាក់ មាន២១,១ភាគរយមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន និង១៦,៩%មានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានសមាជិកតិចជាងសមា-មាត្រស្ត្រីមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការពន្យារកំណើត មានកំរិតខ្ពស់ជាង សមាមាត្រស្ត្រីមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ការកំណត់ចំនួនកូន (តារាង ៤.៣)។

៤.៥.២ តំរូវការផែនការគ្រួសារ

ដូចដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងអនុផ្នែក៤.១.៣ តំរូវការផែនការគ្រួសារគឺជាផលបូកនៃសមាមាត្រស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងសមាមាត្រស្ត្រីដែលមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ទំនាក់ទំនងនៃអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ មានលក្ខណៈផ្ទុយគ្នាពីទំនាក់ទំនងនៃអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ការបង្កើតតារាងដើម្បីស្រង់ពតិមានចម្រុះស្តីពីតំរូវការផែនការគ្រួសារគួបផ្សំនឹងអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារនិងអថេរប្រជាសាស្ត្រដែលត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៤.៤ តារាង៤.៥ និងតារាង៤.៦ ។

៤.៥.២.១ តំរូវការផែនការគ្រួសារនិងអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច

យោងទៅតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច (តារាង៤.៦) កម្រិតអប់រំខ្ពស់បំផុតនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ននិងស្វាមី មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ បញ្ហានេះមានលក្ខណៈ ផ្ទុយគ្នាទៅនឹងទំនាក់ទំនងនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតជាមួយនឹងកម្រិតអប់រំ។ យើងអាចនិយាយបានម្យ៉ាងទៀតថា កាលណាកម្រិតអប់រំកាន់តែខ្ពស់នោះតំរូវការផែនការគ្រួសារក៏កាន់តែខ្ពស់ដែរ។ ការអប់រំផ្តល់ឱ្យស្ត្រី (ឬដៃគូរបស់គាត់) នូវការយល់ដឹងមួយកាន់តែច្បាស់ជាងមុនអំពីថា តើនៅពេលណានិងដោយវិធីណា ដែលត្រូវធ្វើការពន្យារឬកម្រិតការផ្តល់កំណើតរបស់ពួកគាត់ និងអំពីមធ្យោបាយសម្រាប់អនុវត្តកិច្ចការនេះឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ។

ដូចគ្នានឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីនៅតាមគ្រួសារក៏មានទំនាក់ទំនងផងដែរជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ ក្នុងលក្ខណៈជាតំណាងឱ្យលក្ខខណ្ឌសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចរបស់គ្រួសារ (Sinaga ១៩៩៦:៧៨) លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីតាមគ្រួសារត្រូវបានគេពិនិត្យឃើញថា មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។

តំរូវការផែនការគ្រួសារនៅតំបន់ទីក្រុងមានកម្រិតខ្ពស់ជាងនៅតំបន់ជនបទ ព្រោះប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើត (ការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ន) មានកម្រិតខ្ពស់ជាងនៅតំបន់ទីក្រុង ដោយហេតុថា ស្ត្រីនៅតំបន់ទីក្រុងមានស្ថានភាពប្រសើរជាងស្ត្រីនៅតំបន់ជនបទ នៅក្នុងការអប់រំ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច និងលទ្ធភាពទទួលបាននូវសេវា និងសំភារៈផែនការគ្រួសារ ។ ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅមុនពេលចាប់ផ្តើមរស់នៅទីកន្លែងបច្ចុប្បន្នក៏មានទំនាក់ទំនងផងដែរជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ ស្ត្រីដែលពីមុនធ្លាប់រស់នៅបរទេស មានតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់បំផុត ហើយកម្រិតនៃតំរូវការនេះធ្លាក់ចុះជាបន្តបន្ទាប់ទៅតាមលំដាប់ ចំពោះស្ត្រីដែលពីមុនធ្លាប់រស់នៅរដ្ឋធានីឬទីក្រុងធំណាមួយ នៅទីក្រុងតូច នៅទីប្រជុំជន និងនៅទីជនបទ ។ ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅពីមុន ក៏ដូចជាប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅបច្ចុប្បន្ន(ជនបទ/ទីក្រុង) ឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញអំពីការធ្លាប់ជួបប្រទះពីមុន(ឬការមិនធ្លាប់ជួបប្រទះ)របស់ស្ត្រីជាមួយនឹងសេវានានាដូចជា ការអប់រំ ពត៌មានអំពីការពន្យារកំណើត និងចំណេះដឹងពីសេវាផែនការគ្រួសារនិងប្រភពនៃសេវាទាំងនោះ ដែលបានជះឥទ្ធិពលទៅលើសមត្ថភាពរបស់ស្ត្រីក្នុងការប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងក្នុងការវិនិច្ឆ័យតំរូវការរបស់ពួកគាត់ចំពោះវិធីពន្យារកំណើត ។

មិនដូចគ្នានឹងភាពពុំមានទំនាក់ទំនងរវាងភេទរបស់មេគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ភេទរបស់មេគ្រួសារមានទំនាក់ទំនងសំខាន់ ប៉ុន្តែក្នុងខ្លាំងល្មមជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ គ្រួសារដែលមានបុរសជាមេគ្រួសារ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់ជាងគ្រួសារ ដែលមានស្ត្រីជាមេគ្រួសារ ដែលទាំងអស់នេះបញ្ជាក់ថា តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើតឬការប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ននូវវិធីពន្យារកំណើត មានលក្ខណៈទូទៅជាងនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានបុរសជាមេគ្រួសារ ។

ដូចគ្នានឹងនៅក្នុងករណីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់ស្ត្រីពុំមានឥទ្ធិពលទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសាររបស់ពួកគាត់ឡើយ ប៉ុន្តែមុខរបរនិងភាពទៀងទាត់នៃអាជីពរបស់ពួកគាត់មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ ស្ត្រីដែលមានមុខរបរមិនមែនកសិកម្មឬស្ត្រីដែលស្វាមីរបស់គាត់មានមុខរបរមិនមែនកសិកម្ម មានតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់ជាងស្ត្រីឬស្វាមីដែលមានមុខរបរកសិកម្ម ។ ស្ត្រីឬស្វាមីដែលមានមុខរបរមិនមែនកសិកម្ម ភាគច្រើនបំផុតជាអ្នករស់

នៅក្នុងតំបន់ទីក្រុង ហើយមានលក្ខណៈសម្បត្តិដូចជា កម្រិតអប់រំខ្ពស់ជាង ការយល់ដឹងច្បាស់លាស់ជាងអំពីផែនការគ្រួសារ ហើយមានលទ្ធភាពប្រសើរជាងក្នុងការទទួលបាននូវសេវាំពន្យារកំណើត។

លក្ខណៈរដូវកាលនៃការងារមានការជះឥទ្ធិពលខ្លាំងល្មមទៅលើផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែនៅក្នុងទិសដៅមួយដែលផ្ទុយគ្នាពីការជះឥទ្ធិពលនៃលក្ខណៈរដូវកាលនៃការងារទៅលើ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ ស្ត្រីដែលធ្វើការពេញមួយឆ្នាំ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារកម្រិតមួយខ្ពស់ជាងស្ត្រីដែលប្រកបការងារតាមរដូវកាល ឬម្តងម្កាល ។

៤.៥.២.២ តំរូវការផែនការគ្រួសារនិងអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ

ទំនាក់ទំនងរបស់ផែនការគ្រួសារជាមួយនឹងអថេរផែនការគ្រួសារជាច្រើន ត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាង៤.៦។ ស្ត្រីដែលបានទទួលពតិមានពីផែនការគ្រួសារនៅតាមមណ្ឌលសុខភាពណាមួយ ឬស្ត្រីដែលបានទៅពិគ្រោះយោបល់នៅមណ្ឌលសុខភាពណាមួយក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់ជាងស្ត្រីដែលមិនបានទទួលពតិមានពីផែនការគ្រួសារនៅតាមមណ្ឌលសុខភាពណាមួយ ឬស្ត្រីដែលមិនបានទៅពិគ្រោះយោបល់នៅមណ្ឌលសុខភាពណាមួយក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ។ ការចុះទៅពិគ្រោះយោបល់ដោយក្រុមការងារផែនការគ្រួសារក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ មានទំនាក់ទំនងខ្សោយ (ប៉ុន្តែសំខាន់) ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ដូចគ្នានឹងភាពពុំមានទំនាក់ទំនងនៃអថេរនេះជាមួយនឹងតំរូវការផែនការដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ទំនាក់ទំនងខ្សោយនៃអថេរនេះជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ធ្វើឱ្យគេមានការងឿងឆ្ងល់ ហើយតំរូវឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញមួយអំពី ថាតើការចុះទៅពិគ្រោះយោបល់តាមមូលដ្ឋានរបស់ក្រុមការងារផែនការគ្រួសារត្រូវបានធ្វើឡើងញឹកញាប់កម្រិតណា ថាតើពតិមានអ្វីខ្លះដែលគេបានយកទៅផ្សព្វផ្សាយ និងថាតើសេវាអ្វីខ្លះផ្សេងទៀតដែលគេបានយកទៅផ្តល់ឱ្យ។

ស្ត្រីដែលមានចំណេះដឹងពីវិធីណាមួយរបស់ផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានគេរំពឹងថាមានតំរូវការផែនការគ្រួសារមួយខ្ពស់ជាង ស្ត្រីដែលគ្មានចំណេះដឹងពីវិធីណាមួយរបស់ផែនការគ្រួសារ។

តំរូវការផែនការគ្រួសារមានកម្រិតទាបបំផុត នៅពេលណាដែលស្ត្រីឯកភាពជាមួយស្វាមីរបស់គាត់ពីចំនួនកូនដែលចង់បាន ហើយតំរូវការផែនការគ្រួសារមានកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៅពេលណាដែលស្វាមីចង់បានកូនតិចជាង។ អាស្រ័យហេតុនេះ ចំណង់បានកូនតិចរបស់ស្វាមីបង្កើតឱ្យមានតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារក្នុងកម្រិតខ្ពស់បំផុត។ នៅក្នុង*អង្កេតសុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* ករណីទាំងឡាយដែលស្វាមីចង់បានកូនតិចជាងប្រពន្ធរបស់ពួកគាត់ ស្រូបយកសមាមាត្រ

ប្រមាណតែ២.៩ភាគរយនៃសំណាកគំរូសរុបសម្រាប់ស្ត្រី។ សមាមាត្រនេះគួរតែត្រូវបានបង្កើនឡើង ដើម្បីឱ្យចំណង់បានកូនតិចរបស់ស្វាមី អាចដើរតួនាទីមួយសំខាន់នៅក្នុងការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត។

ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមី ជាមួយបងប្អូនស្រីឬអ្នកជិតខាង និងជាមួយមិត្តភក្តិ មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែការពិភាក្សាជាមួយស្វាមីមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាងគេ ហើយការពិភាក្សាជាមួយអ្នកជិតខាង/មិត្តភក្តិមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងបន្ទាប់។ ប៉ុន្តែ ដូចនៅក្នុងករណីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ភាពញឹកញាប់នៃការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារ(ជាមួយស្វាមី) មានឥទ្ធិពលខ្លាំងជាងច្រើនលើតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ លទ្ធផលនេះ មានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយនឹងការសិក្សាជាច្រើនផ្សេងទៀត ដែលបានបង្ហាញថា ការទាក់ទងគ្នារវាងប្តីប្រពន្ធ គឺជាកត្តាមួយដ៏សំខាន់សម្រាប់ការលើកកម្ពស់ការថែរក្សាសុខភាពស្ត្រី និងការអនុវត្តន៏ផែនការគ្រួសារ។

ការឯកភាពចំពោះផែនការគ្រួសារដោយស្ត្រីឬស្វាមីរបស់គាត់ បង្កើតឱ្យមានតំរូវការផែនការគ្រួសារមួយធំជាង ការមិនឯកភាពចំពោះផែនការគ្រួសារដោយប្តីប្រពន្ធទាំងពីរ ប៉ុន្តែ ការឯកភាពរបស់ស្វាមីហាក់ដូចជាមានឥទ្ធិពលទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសារ ធំជាងការឯកភាពរបស់ប្រពន្ធ។ ដូចដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងអនុផ្នែក៥.១.៣ លទ្ធផលនេះ បង្ហាញថាស្វាមីគួរតែត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការចូលរួមមួយច្រើនជាងមុននៅក្នុងកម្មវិធីពន្យារកំណើត ឬកម្មវិធីផែនការគ្រួសារ។

ដូចគ្នានឹងនៅក្នុងករណីតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ចំណង់បានកូនច្រើនរបស់ស្ត្រីមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនដូចគ្នានឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត តំរូវការផែនការគ្រួសារមានលក្ខណៈមិនប្រែប្រួលខ្លាំងនៅក្នុងចន្លោះពី ៦១ភាគរយ និង ៦៦ភាគរយ នៅក្នុងប្រភេទជាច្រើននៃចំណង់បានកូនសម្រាប់ពេលអនាគតរបស់ស្ត្រី និងនៅក្នុងប្រភេទជាច្រើននៃតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់បំផុតដែលលេចចេញមកពីស្ត្រីដែលមិនចង់បានកូនទៀត។ ក្រុមនៃស្ត្រីដែលពុំមានការសំរេចចិត្តច្បាស់លាស់ពីចំនួនកូននាពេលអនាគត ឬស្ត្រីទាំងឡាយណាដែលពុំមានភាពច្បាស់លាស់ក្នុងចិត្តពីការកំណត់ពេលផ្តល់កំណើតរបស់កូននាពេលអនាគត ក៏មានតំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់ដែរ(ជាង ៦០ភាគរយ) ប៉ុន្តែ តំរូវការផែនការគ្រួសារនេះភាគច្រើនផ្សំឡើងដោយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតក្នុងកម្រិតមួយខ្ពស់។

តារាង៤.៦ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នពិតតាមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ កម្ពុជា២០០០

អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច	**តំរូវការផែនការគ្រួសារ**	**ខៃការេ (Chi-Square)**
កម្រិតអប់រំខ្ពស់បំផុតនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន		
គ្មានការអប់រំ	៥៤.១	១៦.៦១**
បឋមសិក្សា	៥៦.៦	
មធ្យមសិក្សា និងខ្ពស់ជាង	៦០.៨	
កម្រិតអប់រំខ្ពស់បំផុតនៃដៃគូរបស់ស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន		
គ្មានការអប់រំ	៥៣.៧	៨.៤២*
បឋមសិក្សា	៥៦.២	
មធ្យមសិក្សា និងខ្ពស់ជាង	៥៨.១	
លទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីតាមគ្រួសារ		
បាទ/ចាស	៦០.០	១០.៨៩**
ទេ	៥៥.៦	
ទីកន្លែងស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្ន		
ជនបទ	៥៥.៩	៦.២១*
ទីក្រុង	៥៩.៤	
ប្រភេទទីកន្លែងស្នាក់នៅពីមុន		
បរទេស	៦៨.៥	១៨.៧០**
រដ្ឋធានី/ទីក្រុងធំ	៦៧.៥	
ទីក្រុងតូចៗ	៦៥.៩	
ទីប្រជុំជន	៦១.៩	
ទីជនបទ	៥៧.៧	
ភេទនៃមេគ្រួសារ		
បុរស	៥៧.៣	១៩.០១**
ស្ត្រី	៥០.៨	

ស្ថានភាពអាជីពរបស់ស្ត្រី		
មានការងារធ្វើនាពេលបច្ចុប្បន្ន	៥៦,២	០,៥៩ (NS)
គ្មានការងារធ្វើនាពេលបច្ចុប្បន្ន	៥៧,១	
មុខរបររបស់ស្ត្រី		
គ្មានការងារធ្វើ	៥៦,១	៣៧,៥១**
កសិកម្ម	៥៤,៣	
មិនមែនកសិកម្ម	៦២,០	
អាជីពរបស់ស្ត្រីៈ ពេញមួយឆ្នាំ/តាមរដូវកាល		
ពេញមួយឆ្នាំ	៦២,០	៣៤,៦៥**
តាមរដូវកាល/ម្តងម្កាល	៥៤,៧	
មុខរបររបស់ដៃគូ (ស្វាមី)		
គ្មានការងារធ្វើ	៦១,១	១៦,៨៦**
កសិកម្ម	៥៤,៩	
មិនមែនកសិកម្ម	៥៩,៣	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតសុខភាពនិងប្រជាសាស្ត្រកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង ($p < .01$); * = សំខាន់ ($p < .05$); NS = មិនសំខាន់

៤.៥.២.៣ គំរូវការផែនការគ្រួសារនិងអថេរប្រជាសាស្ត្រ

តារាង៤.៨ បង្ហាញពីទំនាក់ទំនងនៃគំរូវការផែនការគ្រួសារជាមួយនឹងអថេរប្រជាសាស្ត្រជ្រើសរើសមួយចំនួន។ គំរូវការផែនការគ្រួសារមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងអាយុរបស់ស្ត្រី។ គំរូវការផែនការគ្រួសារកើនឡើងបន្តិចម្តងៗពីក្រុមអាយុ ១៥-១៩ឆ្នាំ ដល់ក្រុមអាយុ ៣០-៣៤ឆ្នាំ ហើយថយចុះនៅក្នុងក្រុមអាយុបន្ទាប់ និងថយចុះខ្លាំងក្នុងក្រុមអាយុ ៤៥-៤៩ឆ្នាំ។

ចំនួនកូននៅរស់ មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងគំរូវការផែនការគ្រួសារ ខ្លាំងជាងជាមួយនឹងគំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត។ បញ្ហានេះ វាអាស្រ័យទៅនឹងការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង (គំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត) នៅក្នុងចំណោមស្ត្រី។ ជាមួយនឹងកូនដែលនៅរស់យ៉ាងតិច៤នាក់ ចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ស្ត្រីចំពោះចំនួនកូនល្អបំផុត មានទំនាក់ទំនងខ្សោយ (ប៉ុន្តែសំខាន់) ជាមួយនឹងគំរូវការផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែស្ត្រីដែលទំហំគ្រួសារល្អបំផុតរបស់គាត់គឺមានកូនយ៉ាងច្រើន៣នាក់ មានគំរូវការផែនការគ្រួសារខ្ពស់ជាង។

ការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូនរបស់ស្ត្រី ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារទេ ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ដូចដែលត្រូវបានធ្វើការពន្យល់ពីខាងដើម ។

បើសិនជាស្ត្រីដែលគ្មានកូនត្រូវបានដកចេញ ចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតបង្ហាញពីភាពពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។

ស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទំហំមធ្យមយ៉ាងច្រើន៦នាក់ មានតំរូវការផែនការគ្រួសារទាបជាងស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទំហំពី៧នាក់ឡើងទៅ ។ ស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទំហំពី៧នាក់ឡើងទៅនេះ មានសមាមាត្រតំរូវការផែនការគ្រួសារមួយធំជាងតិចតួច ធៀបនឹងស្ត្រីដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានទំហំមធ្យមយ៉ាងច្រើន៦នាក់ ។

៤.៥.៣ ផលប៉ះពាល់នៃការបំពេញតំរូវការវិធីពន្យារកំណើតលើលទ្ធភាពបង្កកំណើត

តំរូវការផែនការគ្រួសារសរុបនៅកម្ពុជា គឺស្មើនឹង៥៦.៤ភាគរយ ដែលនៅក្នុងនោះ ការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតបច្ចុប្បន្ន (តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត) មាន ២៣.៨ភាគរយ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមាន ៣២.៦ភាគរយ (សូមមើលដ្យាក្រាម៤.១) ។ យើងអាចនិយាយម្យ៉ាងទៀតថា មានតែ ៤២.២ភាគរយនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានបំពេញ ។ វាគឺជាប្រការសំខាន់ដែលយើងត្រូវរកឱ្យឃើញថា តើការបំពេញបានទាំងស្រុងចំពោះតំរូវការផែនការគ្រួសារមានផលប៉ះពាល់អ្វីខ្លះមកលើលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់ស្ត្រីនៅកម្ពុជា ។ ផ្អែកតាមទិន្នន័យរបស់ប្រទេស៨៤ លោកWestoff (១៩៩០:៨៦) បានបង្កើតឱ្យមានរេគ្រេសស្យុងលីនេអ៊ែររវាង TFR និង ភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការដែលប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតណាមួយ ។ សមីការសម្រាប់ទំនាក់ទំនងរវាងអថេរទាំងពីរនេះ មានដូចខាងក្រោមៈ

$$TFR = 7.15 – (0.07)\ CPR, \qquad (R^2 = 0.91)$$

ដោយ TFR = អត្រាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតសរុប ដែលជាចំនួនកូនដែលស្ត្រីម្នាក់អាចមាននៅក្នុងមួយជីវិតរបស់គាត់ បើសិនជាគាត់បានឆ្លងកាត់ដំណាក់កាលបន្តពូជទៅតាមដំណាក់កាលនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតតាមក្រុមអាយុជាក់លាក់បច្ចុប្បន្ន ហើយ CPR គឺជាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពន្យារកំណើតដែលត្រូវបានវាស់វែងតាមភាគរយនៃស្ត្រីរៀបការដែលកំពុងប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើតណាមួយ ។ អាំងទែរសិប (ចំនួនថេរ) ស្មើនឹង៧.១៥ ហើយមេគុណរេគ្រេសស្យុងស្មើនឹង(-0.0៧) ។ សមីការរេគ្រេសស្យុងមាន R^2 = 0.91 ដែលមាន

ន័យថាសមីការនេះពន្យល់បាន៩១ភាគរយនៃការប្រែប្រួលរបស់ TFR ។ ដោយជំនួសតម្លៃរបស់គំរូវការវិធីពន្យារកំណើតសរុបសម្រាប់CPRនៅកម្ពុជា ទៅក្នុងសមីការខាងលើ នោះយើងនឹងបាន:

TFRដែលរំពឹងទុកជាមុន = 7.15 – (0.07) (56.4) = 3.2

TFRជាក់ស្តែងនៅកម្ពុជាស្មើនឹង៤,0 (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១:៦0) ។ TFR ដែលគេចង់បានសម្រាប់កម្ពុជាស្មើនឹង៣,១ ដែលត្រូវបានធ្វើការប៉ាន់ស្មានពីចម្លើយរបស់ស្ត្រីចំពោះសំណួរអំពីចំនួនកូនដែលចង់បាន (វិជ្ជាស្ថានជាតិស្ថិតិ et al. ២00១:១១១) ។ អាស្រ័យហេតុនេះ យើងអាចពិនិត្យឃើញថា បើសិនជាតំរូវការផែនការគ្រួសារត្រូវបានបំពេញទាំងស្រុង នោះស្ត្រីកម្ពុជានឹងអាចឈានទៅសម្រេចបានលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតដែលពួកគាត់ប្រាថ្នាចង់បាន ។

តារាង៤.៧អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ កម្ពុជា ២000

អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ	**តំរូវការផែនការគ្រួសារ**	**ខៃការ៉េ** (Chi-Square) **(វង់ក្រចកបង្ហាញពីកម្រិតនៃ**Freedom**)**
ត្រូវបានប្រាប់ពីផែនការគ្រួសារនៅមណ្ឌលសុខភាព		
ទេ	៦0,៨	៣,៦៩ (NS)
បាទ/ចាស	៦៥,៨	(១)
បានទៅមណ្ឌលសុខភាពក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ		
ទេ	៥៥,0	៣៩,៥៨ **
បាទ/ចាស	៦៤,0	(១)
ត្រូវបានចុះសួរសុខទុក្ខដោយក្រុមការងារផែនការគ្រួសារ ក្នុងរយៈពេល១២ខែកន្លងទៅ		
ទេ	៥៥,៤	៦,៥៣ *
បាទ/ចាស	៥៨,២	(១)
បំណងប្រាថ្នារបស់ស្វាមីចំពោះចំនួនកូន		
ទាំងពីរនាក់ចង់ចំនួនកូនដូចគ្នា	៥៥,៩	១៥,0៦**
ស្វាមីចង់បានច្រើនជាង	៥៨,៣	(៣)
ស្វាមីចង់បានតិចជាង	៥៩,៧	
អត់ដឹង	៥0,៤	

បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីក្នុងរយៈពេល១ ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៥២.២	២៧៣.២៨ **
បាទ-ចាស	៧៤.១	(១)
បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបង-ប្អូនស្រីក្នុងរយៈពេល១ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៥៥.៦	២៤.៥២ **
បាទ-ចាស	៦៤.៣	(១)
បានពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាងក្នុង រយៈពេល១ឬ ២ខែចុងក្រោយ		
ទេ	៥២.៤	១៤១.៨៨ **
បាទ-ចាស	៦៦.១	(១)
ភាពញឹកញាប់នៃការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីក្នុងរយៈពេល១ឆ្នាំចុងក្រោយ		
មិនដែលសោះ	៣៩.៣	៦៩០.៤៩**
ម្តង ឬ ២ដង	៦២.៩	(២)
ញឹកញាប់ជាង	៧៩.០	
ការឯកភាពលើផែនការគ្រួសាររបស់អ្នកឆ្លើយតប		
យល់ព្រម	៦០.១	២២១.២៣**
មិនយល់ព្រម	៣៨.១	(២)
អត់ដឹង	៤២.០	
ការឯកភាពលើផែនការគ្រួសាររបស់ស្វាមី		
យល់ព្រម	៦៣.១	៣៦៧.៩៦**
មិនយល់ព្រម	៤៣.១	(២)
អត់ដឹង	៤០.៤	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង (p < .01); * = សំខាន់ (p < .05); NS = មិនសំខាន់

តារាង៤.៨ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអថេរប្រជាសាស្ត្រ
និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ កម្ពុជា ២០០០

អថេរប្រជាសាស្ត្រ	តំរូវការផែនការគ្រួសារ	ខៃការ៉េ (Chi-Square)
អាយុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឆ្លើយ (ឆ្នាំ)		
១៥-១៩	៤៦.១	៥៣៦.៣៦**
២០-២៤	៥១.៦	
២៥-២៩	៦០.៦	
៣០-៣៤	៦៥.៩	
៣៥-៣៩	៦៥.០	
៤០-៤៤	៥៧.៤	
៤៥-៤៩	២៦.៣	
ចំនួនកូននៅរស់		
៣ ឬ តិចជាង	៥២.៨	៦៧.១៦**
៤ ឬ ច្រើនជាង	៦១.៤	
ចំនួនកូនល្អបំផុត		
៣ ឬ តិចជាង	៥៨.១	៦.០៩*
៤ ឬ ច្រើនជាង	៥៥.៤	
ការឆ្លងកាត់នៃការបាត់បង់កូន		
មិនដែលបាត់បង់កូន	៥៦.៤	០.០៨៥ (NS)
បាត់បង់កូនមួយ	៥៦.៧	
បាត់បង់កូនពីរឬច្រើន	៥៦.២	
ចំនួនខែចាប់តាំងពីកំណើតចុងក្រោយបង្អស់		
មិនមានកូន	៣២.៤	១៦៧.១១**
១៥ខែឬតិចជាង	៥៨.៨	
១៦ខែឬច្រើនជាង	៥៨.២	
ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ		
៦ឬតិចជាង	៥៣.១	៦៩.២៥**
៧ឬច្រើនជាង	៦២.០	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២០០០* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង (p < .01); * = សំខាន់ (p < .05); NS = មិនសំខាន់

តារាង៤.៩ អត្រានៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន តាមអាយុនិងកម្រិតអប់រំ និងការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូនរបស់ពួកគាត់

អាយុ/កម្រិតអប់រំ	មិនមានការបាត់បង់កូន	បាត់បង់កូនមួយ	បានបាត់បង់កូនពីរឬច្រើនជាង	ខៃការេ (Chi-Square)
អាយុ				
១៥-១៩	៩៥,៩	៣,៧	៥,0	១.១៧៧,៧៥**
២០-២៤	៨៨,៥	៨,៧	២,៨	
២៥-២៩	៧៨,៧	១៧,១	៤,២	
៣០-៣៤	៧៣,១	១៨,២	៨,៧	
៣៥-៣៩	៥៩,១	២៤,៤	១៦,៤	
៤០-៤៤	៥១,៧	២៦,២	២២,១	
៤៥-៤៩	៤១,១	២៧,១	៣១,៨	
កម្រិតអប់រំ				
គ្មានការអប់រំ	៦១,២	២១,៤	១៧,៤	២៨៥,0៤**
មិនបានបញ្ចប់បឋមសិក្សា	៦៥,១	២១,២	១៣,៨	
បញ្ចប់បឋមសិក្សា	៧៦,៦	១៦,១	៧,៣	
មិនបានបញ្ចប់មធ្យមសិក្សា	៨២,៧	១៣,៧	៣,៦	
បញ្ចប់មធ្យមសិក្សា	៩៦,១	-	៣,៩	
ខ្ពស់ជាងមធ្យមសិក្សា	១00,0	-	-	

ប្រភព : គណនាតាមសំណុំទិន្នន័យរបស់ *អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជាឆ្នាំ២000* នៅក្នុងទម្រង់ SPSS

** = សំខាន់ខ្លាំង (p < .01); * = សំខាន់ (p < .05); NS = មិនសំខាន់

៤.៦ សង្ខេប និង សន្និដ្ឋាន

តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតចំពោះវិធីពន្យារកំណើត មានកម្រិតខ្ពស់នៅកម្ពុជា។ ប្រមាណមួយភាគបីនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្ន (៣២.៦ភាគរយ) មានតំរូវការចំពោះវិធីពន្យារកំណើតដើម្បី ពន្យារឬកម្រិតការមានផ្ទៃពោះ ប៉ុន្តែមិនមានលទ្ធភាពបំពេញតំរូវការនេះបាន។ នៅក្នុងចំនួន ៣២.៦ ភាគរយនេះ ១៧.៤ភាគរយមានតំរូវការផែនការដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសម្រាប់ការពន្យារកំណើត ហើយ១៥.២ភាគរយ មានតំរូវការផែនការដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសម្រាប់ការកំណត់ចំនួនកូន។

សមាមាត្រនៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នដែលមានលទ្ធភាពបំពេញតំរូវការចំពោះវិធីពន្យារកំណើតរបស់ពួកគាត់ ស្មើនឹង២៣.៨ភាគរយ។ អាស្រ័យហេតុនេះ តំរូវការសរុបចំពោះវិធីពន្យារកំណើត ដែលជាផលបូកនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ស្មើនឹង៥៦.៨ភាគរយ ដែលនៅក្នុងនេះ តិចជាងពាក់កណ្តាលត្រូវបានបំពេញ។

គោលបំណងនៃរបាយការណ៍នេះ គឺដើម្បីសិក្សាពីកត្តាឬអថេរនានាដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការវិធីពន្យារកំណើត។ អថេរទាំងនេះត្រូវបានប្រមូលផ្តុំជាក្រុមដូចតទៅ: (i) អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច (ii) អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារ និង (iii) អថេរប្រជាសាស្ត្រ។ អថេរទាំងនេះ បង្ហាញឱ្យឃើញពីប្រភេទផ្ទុយគ្នានៃទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមានការថយចុះជាមួយនឹងការកើនឡើងនៃកម្រិតអប់រំ នោះតំរូវការផែនការគ្រួសារនឹងកើនឡើងជាមួយនឹងការកើនឡើងនៃកំរិតអប់រំ។

ក្នុងចំណោមអថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ចទាំងអស់ ការអប់រំរបស់ស្ត្រីនិងស្វាមីគាត់ ប្រភេទនៃទីកន្លែងរស់នៅ (បច្ចុប្បន្ននិងពីមុន) ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ (ដូចដែលបានកំណត់ដោយលទ្ធភាពប្រើប្រាស់អគ្គិសនីក្នុងគ្រួសារ) មុខរបររបស់ស្ត្រីនិងស្វាមីគាត់ មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ (សូមមើលតារាង៣ និង៦)។

អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារមួយចំនួន មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមអថេរទាំងនេះ ភាពញឹកញាប់នៃទំនាក់ទំនងរវាងប្តីប្រពន្ធអំពីផែនការគ្រួសារ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបងប្អូនស្ត្រីឬមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង ការឯកភាពគ្នារបស់ស្ត្រីនិងស្វាមីគាត់ពីផែនការគ្រួសារ និងចំណង់បានកូនច្រើនទៀតរបស់ស្ត្រី មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ក្នុងចំណោមអថេរទាំងអស់នោះ មានមួយចំនួនមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមិនមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ឬករណីបញ្ច្រាសពីនេះ។ ឧទាហរណ៍ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីមានទំនាក់ទំនងខ្សោយខ្លាំង និងមិនសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងខ្លាំងនិងសំខាន់ជាមួយតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

លទ្ធផលមួយដែលមិនបានរំពឹងទុកជាមុន គឺជាភាពពុំមានទំនាក់ទំនងឬទំនាក់ទំនងខ្សោយនៃអថេរការផ្តល់សេវា (ដូចជាការចុះទៅពិគ្រោះយោបល់នៃក្រុមការងារផែនការគ្រួសារ និងពត៌មានពីផែនការគ្រួសារនៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព) ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ (តារាង៤.៤ និង ៤.៦)។ សេវាទាំងនេះ ត្រូវតែធ្វើឱ្យបានប្រសើរឡើងដើម្បីបង្កើននិងបំពេញតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។

អថេរប្រជាសាស្ត្រ បង្ហាញឱ្យឃើញអំពីទំនាក់ទំនងដែលបានរំពឹងទុកជាមុន ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ឧទាហរណ៍ វ័យរបស់ស្ត្រីមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងនិងសំខាន់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ចំនួនកូននៅរស់ មានទំនាក់ទំនងខ្សោយជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ចំនួនកូនល្អបំផុត មានទំនាក់ទំនងតិចតួចបំផុតជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ហើយមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងល្មមជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ការឆ្លងកាត់ការបាត់បង់កូនមានទំនាក់ទំនងខ្លាំងល្មមជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត ប៉ុន្តែពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ពីព្រោះ នៅពេលដែលការបាត់បង់កូនហាក់ដូចជាធ្វើឱ្យកម្រិតនៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតកើនឡើង នោះការបាត់បង់កូននឹងឈានទៅកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត ហេតុនេះការបាត់បង់កូននឹងធ្វើឱ្យតំរូវការផែនការគ្រួសារគ្មានការប្រែប្រួល (តារាង៥ និង៧)។ ចំនួនខែដែលគិតចាប់តាំងការសម្រាលកូនចុងក្រោយរហូតដល់ថ្ងៃខែធ្វើសម្ភាសន៍(ចន្លោះពេលផ្តល់កំណើត) មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្តល់កំណើតយ៉ាងច្រើន១៥ខែ បង្ហាញឱ្យឃើញពីកម្រិតខ្ពស់នៃតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ជាចុងក្រោយ ទំហំនៃគ្រួសារបង្ហាញឱ្យឃើញពីទំនាក់ទំនងខ្លាំងមួយជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

៤.៧ ការផ្តល់សម្រាប់រៀបចំគោលនយោបាយ

លទ្ធផលទាំងឡាយនៃការសិក្សានេះ ធ្វើឱ្យមានការលើកឡើងនូវការផ្តល់យោបល់មួយចំនួនសម្រាប់ការកំណត់គោលនយោបាយ។ ផ្តើមចេញពីទស្សនៈសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច នៅពេលដែលគេបានពិនិត្យឃើញថាការកើនឡើងនៃការអប់រំ អាចកាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ នោះការខិតខំប្រឹងប្រែងជាបន្ថែមទៀត ត្រូវតែធ្វើឡើងតាមរយៈកម្មវិធីនានារបស់សាលារៀនដើម្បីផ្តល់ពត៌មាននិងការអប់រំដល់ស្ត្រីដែលមានការអប់រំតិច ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគ្រួសារតូច និងពី

ថា តើត្រូវធ្វើយ៉ាងដូចម្ដេចដើម្បីឱ្យមានគ្រួសារតូចតាមរយៈផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមបញ្ហាជាច្រើនផ្សេងទៀត បញ្ហាខាងលើនេះអាចធ្វើបានតាមរយៈការពង្រឹងកម្មវិធី IEC/BCC (IEC = Information, Education and Communication-ពត៌មាន ការអប់រំ ការធ្វើទំនាក់ទំនង BCC = Behaviour Change Communication-ការធ្វើទំនាក់ទំនងដើម្បីផ្លាស់ប្ដូរឥរិយាបថ)។

កម្មវិធីពន្យារកំណើតនិងផែនការគ្រួសារ គួរតែត្រូវបានពង្រឹងនៅតំបន់ជនបទនិងតំបន់មិនមែនទីក្រុង ដែលនៅទីនោះ តំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតមានកម្រិតខ្ពស់ ហើយតំរូវការផែនការគ្រួសារមានកម្រិតទាប។ ដូចគ្នានេះដែរ ត្រូវមានការខិតខំប្រឹងប្រែងថែមទៀតដើម្បីកាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារនៅក្នុងចំណោមស្ត្រីនិងស្វាមីគាត់ដែលមានមុខរបរក្នុងវិស័យកសិកម្ម។

ប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់សេវាសុខភាពនិងផែនការគ្រួសារ ត្រូវតែធ្វើឱ្យបានប្រសើរឡើងដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងការផ្ដល់កម្មវិធី ដែលជាមធ្យោបាយមួយសម្រាប់កាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងសម្រាប់បង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ ហើយគោលដៅចុងក្រោយបង្អស់គឺដើម្បីបង្កើនការបំពេញតំរូវការ។

ការទំនាក់ទំនងរវាងស្ត្រីនិងបងប្អូនស្រីរបស់ពួកគាត់ ឬមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង ត្រូវបានគេពិនិត្យឃើញថាមានឥទ្ធិពលលើតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ រូបភាពនៃទំនាក់ទំនងបែបខាងលើនេះ គួរតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងដើម្បីបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។

ស្ត្រីក្នុងអាយុបន្តពូជដំបូង ស្ត្រីដែលមានចន្លោះពេលផ្ដល់កំណើតខ្លី និងស្ត្រីដែលមានទំហំគ្រួសារធំ ត្រូវតែទទួលបាននូវការយកចិត្តទុកដាក់ឱ្យបានច្រើនជាងមុន ក្នុងការកាត់បន្ថយតំរូវការផែនការគ្រួសារដោយមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើត និងក្នុងការបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសាររបស់ពួកគាត់ ។

ជំពូក ៥: សំយោគ និងអនុសាសន៍

របាយការណ៍វិភាគនេះ រួមមានការសិក្សាលើប្រធានបទបីដាច់ពីគ្នា ប៉ុន្តែមានទំនាក់ទំនងគ្នាទៅវិញទៅមក ដែលមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ ប្រជាជននិងការអភិវឌ្ឍន៍ ការកាត់បន្ថយភាព ក្រីក្រនិងកម្មវិធីជាតិពន្យារកំណើត។ នៅក្នុងប្រធានបទទីមួយ និន្នាការនិងភាពខុសគ្នានៅក្នុងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជានិងបណ្តាខេត្តទាំងអស់ត្រូវបានសិក្សា ហើយការប៉ាន់ស្មានលទ្ធភាព ផ្តល់កំណើតតាមវិធីសាស្រ្តផ្សេងទៀតត្រូវបានគិតគូរ។ ការប៉ាន់ស្មានចុងក្រោយទាំងនេះបង្ហាញថា លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងក្នុងខេត្តស្ទើរតែទាំងអស់ មានការថយចុះតាំងពីប្រហែលពាក់កណ្តាលទសវត្សរ៍ឆ្នាំ១៩៩០មកម្លេះ។ ទោះបីជាមាននិន្នាការថយចុះដូច្នេះក្តី លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅតែមានកំរិតខ្ពស់ ដោយ TFR មានប្រហែល ៤,០ នៅទូទាំងប្រទេសក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ១៩៩៦ ដល់ ២០០០។ គេអាចពិនិត្យឃើញមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងនៃ TFR នៅរវាងតំបន់ជនបទ-ទីប្រជុំជន និងរវាងខេត្តនិងខេត្ត ។TFR នៅតំបន់ជនបទមាន ៤,២ និងនៅទីប្រជុំជនមាន ៣,១។ ចំពោះភាពខុសគ្នានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតក្នុងចំណោមខេត្ត-ក្រុង ភ្នំពេញមានកំរិតទាបជាងគេដោយមាន TFR ក្នុងកំរិតជំនួស២,១ ហើយខេត្តមណ្ឌលគីរីនិងរតនគីរី មានកំរិតខ្ពស់ជាងគេ ដោយមាន TFR ៦,៣។ លទ្ធភាពផ្តល់កំណើតមិនបានថយចុះ ក្នុងអត្រាដូចគ្នានៃការកើតឡើងរបស់ប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតទេ ហើយដូច្នេះគេបានសន្និដ្ឋានថា ការពន្យារកំណើតនិងអត្រារំលូតកូន អាចត្រូវបានរាយការណ៍ទាបជាងកំរិតជាក់ស្តែង នៅក្នុងអង្កេតនានា។

ការសិក្សាទីពីរ ពិនិត្យទៅលើតួនាទីនៃកត្តាកំណត់ជំនួស (ផ្ទាល់) ក្នុងការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតរបស់កម្ពុជា ពីកំរិតអតិបរមាធម្មជាតិ មកត្រឹមកំរិតបច្ចុប្បន្នដែលមានកំរិតទាបជាងលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិ។ កត្តាកំណត់ជំនួសរួមមាន ការរំលូតកូន ភាពពុំអាចមានកូន ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពមិនអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន (គឺមានន័យថា ឱកាស ទាបបំផុតឬស្ទើរតែមិនអាចបង្កកំណើតបន្ទាប់ពីការសម្រាលកូន) និងការប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តពន្យារកំណើតទំនើប។ ការវិភាគនេះត្រូវបានធ្វើឡើងសំរាប់កំរិតជាតិតែប៉ុណ្ណោះ។ ការសិក្សាបង្ហាញថា កត្តារួមចំណែកច្រើនជាងគេបង្អស់ក្នុងការបន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតធម្មជាតិនៅកម្ពុជាគឺ ទំរង់គំរូអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងភាពពុំអាចមានកូនបានបន្ទាប់ពីសម្រាលកូន។ ការរួមចំណែកនៃកត្តាកំណត់ជំនួសផ្សេងទៀតគឺមានកំរិតតិចតួច ប៉ុន្តែក្នុងចំណោមកត្តាទាំងនោះ តួនាទីរបស់ការរំលូតកូន និងការពន្យារកំណើតមានកំរិតខ្លាំងជាងភាពពុំអាចមានកូនបាន។ គួរកត់សំគាល់ផងដែរថា ការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅពេលអនាគត នឹងអាស្រ័យជាសំខាន់ទៅលើការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត (ដោយហេតុថាការរំលូតកូនមិនគួរត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ ធ្វើជាមធ្យោបាយមួយសំរាប់ការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត)។

ដូចបានឃើញនៅក្នុងបរិបទនៃលទ្ធផលពីការវិភាគលើកត្តាកំណត់ជំនួស ការសិក្សាអំពីការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានសន្មត់ថាជាបញ្ហាយ៉ាងសំខាន់។ ការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ត្រូវបានកំណត់ជាសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលត្រូវការវិធីពន្យារកំណើតដើម្បីពន្យារឬកំណត់ការសម្រាលកូន ប៉ុន្តែមិនបានប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតណាមួយឡើយ។ តំរូវការផែនការគ្រួសារគឺ ជាផលបូកនៃការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងការប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ (គឺមានន័យថាជាសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមានតំរូវការពន្យារកំណើត និងស្ត្រីដែលកំពុងប្រើវិធីនេះ)។ អថេរសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច អថេរផែនការគ្រួសារ និងអថេរប្រជាសាស្ត្រមួយចំនួន ត្រូវបានរកឃើញថា មានការពាក់ពន្ធ័យ៉ាងខ្លាំងទៅនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ការសិក្សាពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត បង្ហាញឱ្យឃើញពីនិន្នាការថយចុះនៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើតនៅកម្ពុជា និងក្នុងបណ្តាខេត្តនានា ហើយទោះបីជាការសិក្សាអាចបង្ហាញពីនិន្នាការនេះតាមរយៈ ការវិភាគទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ក៏ដោយ អនុសាសន៍ចំបងពីការសិក្សានេះគឺសំដៅធ្វើឱ្យការប្រមូលទិន្នន័យបានល្អជាងមុននៅក្នុងការធ្វើអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនានាក្នុងពេលអនាគត ដែលក្នុងនោះការអង្កេតបន្ទាន់មួយចំពោះមុខគឺ អង្កេតអន្តរជំរឿនប្រជាជនឆ្នាំ២០០៣។ ប្រភេទទិន្នន័យដែលគួរប្រមូលមានដូចតទៅ (ក) ទិន្នន័យដែលអាចមានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ទៅនឹងកុមារអាយុក្រោយ១៥ឆ្នាំ រស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារជាមួយនឹងម្តាយ និង (ខ) ទិន្នន័យដែលផ្តល់ពតិមានអំពីរបាយអាយុរបស់ស្ត្រី ដែលបែងចែកតាមឆ្នាំនៃកំណើតកូនចុងក្រោយ (មានន័យថាកំណើតកូនថ្មី១បំផុត)។

ប៉ុន្តែ ចំពោះការគណនាលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និងនិន្នាការរបស់វា គ្មានអ្វីប្រសើរជាងប្រពន្ធ័កត់ត្រាកំណើតមួយពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវ ដែលអាចគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេស។ ដូច្នេះនៅពេលដែលការប្រមូលទិន្នន័យតាមរយៈការធ្វើជំរឿននិងអង្កេតត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសំរាប់ការវាយតំលៃមួយល្អជាងមុន ទៅលើកំរិតនិងនិន្នាការនានានៃលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត ការខិតខំប្រឹងប្រែងគួរត្រូវបានធ្វើដើម្បីកែលំអប្រពន្ធ័អត្រា-នុកូលដ្ឋាននៅក្នុងប្រទេស។

អនុសាសន៍ដែលមានលក្ខណៈប្រាកដនិយមបំផុត ពីការសិក្សាលើកត្តាកំណត់ជំនួសសំរាប់ការកាត់បន្ថយលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត គឺដើម្បីជំរុញការអនុវត្តន៍ផែនការគ្រួសារ ឬការពន្យារកំណើត។ ការសិក្សាក៏បានផ្តល់អនុសាសន៍ដែរថា ការវិភាគមួយនៃកត្តាកំណត់ជំនួសគួរតែអនុវត្តនៅកំរិតខេត្ត ដើម្បីកំណត់អនុសាសន៍គោលនយោបាយជាក់លាក់នៅថ្នាក់ខេត្តអំពីលទ្ធភាពផ្តល់កំណើត និង ផែនការគ្រួសារ។

ការសិក្សាពីការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងតំរូវការផែនការគ្រួសារបង្ហាញថា អថេរសុខភាព/ផែនការគ្រួសារមួយចំនួន មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ ក្នុងចំណោមកត្តាទាំងនេះ ភាពញឹកញាប់នៃទំនាក់ទំនងរវាងប្តីប្រពន្ធអំពីផែនការគ្រួសារ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយបង-ប្អូនស្រី ឬមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង ការយល់ព្រមរបស់ប្តី-ប្រពន្ធពីផែនការគ្រួសារ និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់ស្ត្រីចំពោះការមានកូនច្រើនថែមទៀត មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ ។ ទោះជាដូច្នេះក្តី អថេរមួយចំនួនក្នុងចំណោមអថេរទាំងនេះ មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងជាមួយនឹងការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែមិនមានទំនាក់ទំនាក់ជាមួយនឹងតំរូវការផែនការគ្រួសារទេ ឬ បញ្ច្រាសមកវិញ។ ជាឧទាហរណ៍ ការពិភាក្សាពីផែនការគ្រួសារជាមួយស្វាមីមានទំនាក់ទំនងខ្សោយនិងគ្មានឥទ្ធិពលទៅលើការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ ប៉ុន្តែ មានទំនាក់ទំនងខ្លាំងនិងមានឥទ្ធិពលទៅលើតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ផ្តើមចេញពីទស្សនៈសេដ្ឋកិច្ច-សង្គមកិច្ច នៅពេលដែលគេពិនិត្យឃើញថា ការបង្កើនការអប់រំអាចកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ ការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតត្រូវធ្វើឡើងតាមរយៈកម្មវិធីសិក្សា ដើម្បីផ្តល់ពតិមាននិងការអប់រំដល់ស្ត្រីដែលមានការអប់រំតិចតួចអំពីសារៈសំខាន់នៃគ្រួសារតូច និងអំពីរបៀបដែលធ្វើឱ្យសំរេចឱ្យបានគ្រួសារតូចតាមរយៈផែនការគ្រួសារ។

បើគិតតាមអថេរផែនការគ្រួសារ/សុខភាព កម្មវិធីពន្យារកំណើតនិងផែនការគ្រួសារគួរតែបង្កើនឱ្យបានកាន់តែខ្លាំងថែមទៀតនៅក្នុងតំបន់ជនបទនិងតំបន់ក្រៅទីក្រុង ដែលជាកន្លែងដែលការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារមានកំរិតខ្ពស់ ហើយតំរូវការផែនការគ្រួសារមានកំរិតទាប។ ដូចគ្នានេះដែរកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកាត់បន្ថយ ការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារក្នុងចំណោមស្ត្រី និងស្វាមីដែលធ្វើការនៅក្នុងមុខរបបកសិកម្ម ។

ជាងនេះទៅទៀត ប្រពន្ធ័ផ្តល់សេវាសុខភាពនិងផែនការគ្រួសារ ចាំបាច់ត្រូវតែកែលំអដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់កម្មវិធី ដែលជាមធ្យោបាយដើម្បីការកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដើម្បីបង្កើននូវតំរូវការផែនការគ្រួសារ ហើយសំខាន់បំផុតនោះគឺដើម្បីលើកកំពស់ការបំពេញតំរូវការ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នារវាងស្ត្រីនិងបងប្អូនស្រីគាត់ ឬមិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង ត្រូវបានគេពិនិត្យឃើញថាមានឥទ្ធិពលទៅលើការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារនិងតំរូវការផែនការគ្រួសារ។ រូបភាពនៃទំនាក់ទំនងទាំងនេះគួរតែត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងដើម្បីបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសារ។

ស្ត្រីទាំងឡាយនៅក្នុងវ័យបន្តពូជដំបូង ស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានចន្លោះកំណើតខ្លី និងស្ត្រីទាំងឡាយដែលមានគ្រួសារទំហំធំ ចាំបាច់ត្រូវតែបានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀត ក្នុងការកាត់បន្ថយការមិនប្រើវិធីពន្យារកំណើតសំរាប់ផែនការគ្រួសារ និងការបង្កើនតំរូវការផែនការគ្រួសាររបស់ពួកគាត់។

ឯកសារយោង

Arriaga, Eduardo E. 1994. *Population Analysis with Microcomputers. Volume 1. Presentation of Techniques*. US Bureau of the Census. Washington DC, in collaboration with USAID and UNFPA.

Bongaarts, John, 1975. "Why high birth rates are so low", *Population and Development Review,* 1 (2): 289-296.

Bongaarts, John, 1978. "A framework for analysing the proximate determinants of fertility", *Population and Development Review,* 4 (1): 105-132.

Bongaarts, John. 1990. “The Measurement of Wanted Fertility”. *Population and Development Review*. 16 (3): 487-506. September 1990.

Bongaarts, John and Mead Cain. 1982. “The Demographic Responses to Famine”. In Cahill, Kevin M. (Ed). *Famine.* Orbis Books. Mary Knoll, New York: 44-59.

Bongaarts, John and Potter, Robert, 1983. *Fertility, Biology and Behavior,* Academic Press, New York.

Chhun Long et al. 1995. *KAP Survey on Fertility and Contraception in Cambodia*. National Birth Spacing Programme. National Maternal and Child Health Centre. Ministry of Health. Phnom Penh.

Cho, Lee-Jay. 1973. “The own children approach to fertility estimation: an elaboration”. In *Proceedings of the International Population Conference, Liege 1973.* International Union for the Scientific Study of Population. Liege.

Chaudhury, Rafiqul Huda. 2001. “Unmet Need for Family Planning in South Asia: Levels, Trends and Determinants”. *Asia-Pacific Population Journal,* September 2001: 3-22.

CPS and PAU, 2002. *Proximate Determinants of Fertility in Cambodia*. Center for Population Studies, Royal University of Phnom Penh and Population Analysis Unit, Ministry of Planning. Phnom Penh.

Dasvarma, G.L and T. H. Hull. 1984. “Estimation of fertility in Indonesia 1980 from Last Live Birth Data”. *Majalah Demography Indonesia.* 22. December 1984.

Davis, Kingsley and Blake, Judith, 1956. "Social structure and fertility", *Economic Development and Cultural Change*, 4: 211-235.

Desbarats, Jacqueline. 1995. *Prolific Survivors: Population Change in Cambodia 1975-1993*. Program for Southeast Asian Studies. Arizona State University. Tempe, Arizona. USA.

Ea Meng-Try. 1981. “Cambodia: A Country Adrift”. *Population and Development Review*. **7** (2). June 1981: 209-228.

ESCAP 1999. *1999 ESCAP Population Data Sheet*. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Bangkok.

Figueroa, Rolando and Rosalia Rodriguez-Garcia. 2002. “Nutrition and Population”. In *Nutrition: A Foundation for Development*. Geneva: ACC/SCN, 2002. (http://acc.unsystem.org/scn/)

Frisch, Rose E. 1978. “Nutrition, Fatness and Fertility: The Effect of Food Intake on Reproductive Ability”. In Mosley, W. Henry (ed). *Nutrition and Human Reproduction*. Plenum Press. New York: 91-122.

Futures Group, 1997. *Proximate Determinants of Fertility* Demonstration Worksheet, The POLICY Project.

Govindasamy, Pav and Emmannuel Boadi. 2000. *A Decade of Unmet Need for Contraception in Ghana: Programmatic and Policy Implications*. Macro International Inc. Calverton, USA and National Population Council Secretariat, Accra, Ghana.

Hayes, Adrian C. 2002. *Population & Development Strategies for Poverty Reduction and the PRSP in Cambodia.* Ministry of Planning. Phnom Penh.

Heuveline, Patrick. 1998. “`Between one and three million’: Towards the demographic reconstruction of a decade of Cambodian history (1970-79)”. *Population Studies*. 52 (1998): 49-65.

Huguet, Jerrold et al. 2000. “Results of the 1998 Population Census in Cambodia”. *Asia Pacific Population Journal*. 15 (3): 3-22.

Huguet, Jerrold W. 2001. “The Population of Cambodia – Recovery from Devastation”. *The CEPED News* (Paris). No. 9. January-June 2001: 4-6.

Huguet, Jerrold. 2001. “Technical note on fertility and mortality estimates for Cambodia”. Technical Assistance and Backstopping Mission Report. UNFPA Cambodia 20-27 February 2001. Annex C.

Lucas, David, 1994. "The proximate determinants of fertility", David Lucas and Paul Meyer (Editors), *Beginning Population Studies*, Canberra, The Australian National University, pp. 44-53.

Martin, M.M. 1989. *Le mal cambodgien: Histoire d’une sotiété traditionalle face á ses leaders politiques, 1946-1987.* Paris: Hachette (cited in Heuveline 1998).

Ministere du Plan. 1966. Resultas Finals du Recensement General de la Population 1962. Royame du Cambodge. Institut National de la Statistique et des Recherches Economiques. Phnom Penh.

MOH. 1999. *National Health Survey 1998.* Ministry of Health. National Institute of Public Health. Phnom Penh.

MoH. 1999. *National Health Survey 1998*. Ministry of Health. National Institute of Public Health. Phnom Penh.

MoP 2002. *Towards a Population and Development Strategy for Cambodia.* Royal Government of Cambodia. Ministry of Planning. Phnom Penh.

National Institute of Statistics, 1999. *General Population Census of Cambodia 1998: Analysis of Census Results Report 2. Nuptiality*, Phnom Penh.

National Institute of Statistics, Directorate General for Health and ORC Macro, 2001. *Cambodian Demographic and Health Survey 2000*, Phnom Penh.

Neupert, Ricardo F.2002. *Mortality in Cambodia: A Technical Note (*forthcoming)
NIS 1999. *General Population Census of Cambodia 1998: Final Census Results*. National Institute of Statistics. Ministry of Planning. Phnom Penh. July 1999.

NIS et al. 2001. *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*. National Institute of Statistics, Ministry of Planning. Directorate General of Health, Ministry of Health. ORC Macro. Phnom Penh.

NIS et al. 2001. *Cambodia: Demographic and Health Survey 2000*. Ministry of Planning, Phnom Penh.

NIS. 1996. *Demographic Survey of Cambodia 1996 – General Report*. National Institute of Statistics, Ministry of Planning. Phnom Penh.

NIS. 1999a. *General Population Census of Cambodia 1998: Analysis of Census Results. Report 1. Fertility and Mortality.* National Institute of Statistics, Ministry of Planning. Phnom Penh.

NIS. 1999b. *General Population Census of Cambodia 1998: Final Census Results.* National Institute of Statistics, Ministry of Planning. Phnom Penh.

NIS. 2000a. *Report on the Cambodia Socio-Economic Survey 1999*. Ministry of Planning, The Royal Government of Cambodia. Phnom Penh.

NIS. 2000b. *General Population Census of Cambodia 1998. Analysis of Census Results. Report 6: Population Projections 2001-2021*. National Institute of Statistics. Ministry of Planning. Phnom Penh.

Rele, J. R. 1967. *Fertility Analysis Through Extension of Stable Population Concepts*. Institute of International Studies. University of California, Berkeley.

RGC 2002. *Towards a Population and Development Strategy for Cambodia*. Royal Government of Cambodia. Ministry of Planning. Phnom Penh.

RGC 2002. *Towards a Population and Development Strategy for Cambodia*. Royal Government of Cambodia. Ministry of Planning. Phnom Penh.

Ross, J. 1994. "Program Implementation of the Unmet Need Approach". 1994 Annual Meeting of the Population Association of America. Miami. Florida (cited in Govindasamy and Boadi 2000).

Royal Government of Cambodia. 1995. *Report on the Socio-Economic Survey of Cambodia 1993/94* (All Rounds). Ministry of Planning. National Institute of Statistics. Phnom Penh.

Siampos, George S. 1970. “The Population of Cambodia 1945-1980”. *Milbabnk Memorial Fund Quarterly*. XLVIII (3). July 1970: 317-360.

Sinaga, Jalonsen. 1996. *Factors affecting the Demand for Family Planning in Kalimantan, 1994.* Unpublished Masters thesis. Graduate Program in Population and Human Resources. Faculty of Social Sciences. Flinders University. Adelaide.

Stover, John and Heaton, Laura, 1999. "A computer program for projecting family planning requirements", *FamPlan,* Version 4, pp. 44-51.

UNFPA 2001. The State of the World Population 2001: Demographic, Social and Economic Indicators. http://www.unfpa.org/swp/2001/english/indicators/indicators2.html

United Nations 1983. *Indirect Techniques for Demographic Estimation*. Manual X. Table 7, p. 34. New York.