ឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍៖

អ្វីដែលមានដំណើរការ និង អ្វីដែលគ្មានដំណើរការ

មាតិការ

អារម្ភកថា៖ សុខភាពសាធារណៈ គោលនយោបាយសាធារណៈ នយោបាយ និង ការល្បាត 3

វាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ី អាគ្នេយ៍: ពណ៌នាអំពីវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវថ្នាក់តំបន់...6

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា: គម្លាតរវាងគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ..................................18

ករណីសិក្សា៖ គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព និង ការបង្ការការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមមនុស្សសំខាន់ៗ ដែលប៉ះពាល់៖ ការស្វែងរកតុល្យភាព 36

ការកំណត់និយមន័យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងបរិបថនៃប្រទេសឡាវ..41

ករណីសិក្សារបស់ឡាវ: គឿន មិត្ត..56

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង «សហគមន៍ស្អាតស្អំ»៖ តើវៀតណាមអាចទទួលបានទាំងពីរឬទេ? 59

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការអនុវត្តច្បាប់នៅវៀតណាម: ឥទ្ធិពលលើការល្បាតតាមថ្នល់ 76

ករណីសិក្សា: ការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន (MMT)នៅហាណូយ វៀតណាម 95

ករណីសិក្សា: ការចាប់ដៃគូជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈល្អ: បទពិសោធន៍របស់កម្មវិធីជំងឺអេដស៍តំបន់(HARRP) 99

កថាវសាន៖ នគរបាល ការល្បាត និង ជំងឺអេដស៍៖ ដៃគូ និង ទម្រង់ថ្មី...109

អារម្ភកថា៖ សុខភាពសាធារណៈ គោលនយោបាយសាធារណៈ នយោបាយ និង ការល្បាត

អ្នកនិពន្ធ៖

ដានីញែល តូវ៉េទូឡា

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ស្ថិតនៅចំនុចប្រសព្វរវាង សុខភាពសាធារណៈ គោលនយោបាយសាធារណៈ នយោបាយ និង ការល្បាត។ នៅក្នុងពិភពដែលល្អតតខ្វោះ ភស្តុតាងផ្នែកសុខភាពសាធារណៈដែលទទួលបានពីយុទ្ធសាស្ត្រ ឬ បច្ចេកវិទ្យាថ្មីៗ គួរតែយកមកប្រើសម្រាប់រៀបចំគោលនយោបាយសាធារណៈ សម្រាប់ជួយរៀបចំកម្មវិធីនយោបាយ ដែលគាំទ្រដល់ការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយដែលនឹងក្លាយទៅជាច្បាប់ ឬ បទបញ្ញត្តិនានា និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តច្បាប់និងបទបញ្ញត្តិទាំងនោះ។ គោលដៅនៃដំណើរការផ្លាស់ប្តូរនេះគួរតែដើម្បីទទួលបាននូវផលប្រយោជន៍ខ្ពស់បំផុតផ្នែក សុខភាពសម្រាប់បុគ្គលនិងសហគមន៍ដែលងាយរងគ្រោះ និង សម្រាប់សង្គមទាំងមូល។

ក្នុងន័យសុខភាពសាធារណៈ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ រួមបញ្ចូលនូវអភិក្រមខុសៗគ្នាជាច្រើន ដែលមានគោលដៅកាត់បន្ថយឲ្យនៅកម្រិតអប្បបរមានូវផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានរបស់ប្រព្រឹត្តិប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់។ វិធានការសុវត្ថិភាពចរាចរណ៍ ដូចជាការកម្រិតល្បឿន និង ការអនុវត្តច្បាប់អំពីការដាក់ខ្សែក្រវាត់ និង មួកសុវត្ថិភាព គឺជាឧទាហរណ៍វិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ក្នុងក្របខ័ណ្ឌនៃជំងឺអេដស៍កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានឥទ្ធិពលយ៉ាងទៅលើការចម្លងរោគក្នុងចំណោមបុរសដែលរួមភេទជាមួយបុរស និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ក៏ដូចជានៅក្នុងបរិបទនៃការរួមភេទផ្ទុយគ្នានិងការប្តូរភេទ។ ការលុបបំបាត់ហានិភ័យ ភាពងាយរងគ្រោះ និងផលប៉ះពាល់ នៅតែជាគោលដៅដ៏វែងឆ្ងាយដែលពិបាកសម្រេចបានដដែល លុះណាតែមានការព្យាបាលជាសះស្បើយ និងថ្នាំបង្ការដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ហើយក្រុមជនដែលប្រឈមមុខខ្លាំងបំផុតលែងជាកម្មវត្ថុនៃការរើសអើងផ្នែកសង្គមទៀត។ មុននឹងដល់ពេលនោះ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅតែជាវិធីសាស្ត្រល្អបំផុតដោយបានកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់និងអាំងស៊ីដង់នៃជំងឺអេដស៍និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេលពីរទសវត្សន៍ចុងក្រោយនេះ ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលគេបានអនុវត្តកម្មវិធីបង្ការនិងទទួលបានការព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ។

មានភស្តុតាងជាច្រើន ដែលគាំទ្រដល់ការដល់ការដាក់បញ្ចូលក្នុងគោលនយោបាយសាធារណៈ និងការអនុវត្តនូវវិធានការនានា ដែលមានគោលដៅចម្បងក្នុងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ (និងរលាកថ្លើមប្រភេទបេនិងប្រភេទសេ) ដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់រួមគ្នានូវសម្ភារៈដែលមានឆ្លងរោគ។ អ្នកដែលព្យាយាមប្រមូល ចងក្រង វិភាគ និងផ្សព្វផ្សាយនូវភស្តុតាងទាំងនេះ បានបង្កើតឡើងនូវភស្តុតាងដ៏មានតម្លៃសម្រាប់ឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយ។ ក្រុមនេះបានរកឃើញថា ការដាក់ឲ្យមានបរិក្ខារចាក់ថ្នាំដែលមានមិនឆ្លងរោគសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និង ការប្តូរពីការចាក់ថ្នាំមកវិធីប្រើថ្នាំដែលមិនសូវមានគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាលេបតាមមាត់ បានកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់និងការចម្លងមេរោគអេដស៍បានយ៉ាងច្រើន។ ក្រុមនេះបានបង្ហាញម្តងហើយម្តងទៀតថា វិធានការទាំងនេះមានប្រសិទ្ធិភាពទាំងចំពោះបុគ្គល និង ថ្នាក់សហគមន៍ បើបានរួមគ្នាជាមួយការផ្តល់ប្រឹក្សាជាលក្ខណៈបុគ្គល បណ្តាញសហគមន៍ និង ពត៌មានសាធារណៈ។ អ្វីដែលគួរ

ឲ្យកត់សម្គាល់នោះគឺថា ក្រុមនេះបានចងក្រងនូវភស្តុតាងថា វិធានការទាំងនេះមិនផ្តល់ផលអវិជ្ជមាន ដល់សុខភាពសាធារណៈ ដូចជាជំរុញឲ្យអ្នកមិនបានប្រើបែរទៅជាប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននោះឡើយ។ ភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយដែលបានគាំទ្រការងារនេះក៏សមនឹងទទួលបាននូវការទទួលស្គាល់ជាពិសេសដែរ។

ភស្តុតាងទាំងនេះគាំទ្រឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ព័ន្ធដែលកាត់បន្ថយភាពងាយរងគ្រោះដោយសារមេរោគអេដស៍ និង ជំងឺឆ្លងតាមឈាមផ្សេងទៀត ដោយបញ្ចូលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក្នុងគ្រប់កម្មវិធីបង្ការដែលផ្តោតលើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ប៉ុន្តែ ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែកគោលនយោបាយដែលយើងចង់បាន ត្រូវបានរារាំងដោយសារកង្វះចំណេះដឹង ការមិនអើពើរ ឬ ការមិនឯកភាព ក្នុងរង្វង់រដ្ឋាភិបាលនិងនយោបាយ។ ដូចដែលលោក អាល់បើត កាំពុសបានលើកឡើង «*តាមនិយមន័យ រដ្ឋាភិបាលមិនមានមនសិការទេ។ ជួនកាលគេអាចមានគោលនយោបាយ តែគ្មានអ្វីលើសហ្នឹងទេ*»។ ហើយទោះជាមានគោលនយោបាយល្អក៏ដោយ ក៏មិនមានការគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ពីច្បាប់ ឬ ជួនកាលរដ្ឋក៏គ្មានសមត្ថភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការពង្រឹងការអនុវត្តគោលនយោបាយទាំងនោះឡើយ។ ផ្អែកលើភស្តុតាង កម្មវិធីនយោបាយគួរតែសំដៅទៅជំរុញឲ្យសាធារណៈជនមានការយល់ដឹងនិងទទួលយកនូវការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ និងគាំទ្រការរួមបញ្ចូលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ ក្នុងបញ្ញត្តិច្បាប់ដែលមានស្រាប់ ឬ បញ្ញត្តិច្បាប់ថ្មី។ ប៉ុន្តែ ជាការគួរឲ្យស្តាយ នៅតែមានគម្លាតរវាងគោលនយោបាយដែលមានចែងក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីការប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍ ជាមួយនឹងច្បាប់ក ក្រឹត្យ និង បញ្ញត្តិនានា ដែលរារាំងដល់ការអនុវត្តគោលនយោបាយទាំងនោះ។

បើមានការអនុញ្ញាតខាងផ្លូវច្បាប់ហើយ អ្នកអនុវត្តច្បាប់គួរតែទទួលស្គាល់ និង គោរពនូវដែនកំណត់ដែលទើបបង្កើតឡើងដែលខ្លួនត្រូវធ្វើប្រតិបត្តិការនៅក្នុងនោះ។ ដែនកំណត់នេះមិនមានអ្វីច្បាស់លាស់ទេ ហើយការបកស្រាយច្បាប់និងការអនុវត្តច្បាប់ក៏មិនទៀងទាត់ដែរ។ ខ្សែសង្វាក់ដែលភ្ជាប់ហេតុផលសុខភាពសាធារណៈ ជាមួយគោលនយោបាយ នយោបាយ និង ការល្បាត មានចំណុចខ្សោយជាច្រើន ហើយវាខុសពីការពិត នៅប្រទេសភាគច្រើន ទោះជានៅក្នុងស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចបែបណាក៏ដោយ។ អ្នកនយោបាយមិនបានបង្ហាញអំពីភាពជាអ្នកដឹកនាំនិង ការណ៍និយម ដែលត្រូវការចាំបាច់ក្នុងការធ្វើកំណែទម្រង់ដែលផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់ក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ ដែលជាទូទៅត្រូវបានគេចាត់ទុកជាអ្នករំលោភច្បាប់ ឬ ក៏រហូតដល់បានដាក់ងារថាជាអ្នកដែលតំណាងឲ្យ «បិសាចសង្គម» ទៀតផង។

ផ្ទុយទៅវិញ អាជ្ញាធរអនុវត្តច្បាប់ បានបង្ហាញនូវការយល់ដឹងច្រើនជាងអ្នកធ្វើគោលនយោបាយនិងអ្នកធ្វើច្បាប់ ថា ការបង្ក្រាបអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនម្តងម្កាល ឬការរារាំងអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនមិនឲ្យទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ វាមិនបានផ្តល់ផលល្អដល់ទាំងការធ្វើ «សង្គ្រាមប្រឆាំងថ្នាំញៀន» និងទាំងការបង្ការមេរោគអេដស៍នោះឡើយ។ នៅទីណាដែលច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអន្តរកម្មរវាងអ្នកអនុវត្តច្បាប់និងអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនក្រៅពីការកៀបសង្កត់ និងការបង្ខិតបង្ខំទេ ការបកស្រាយច្បាប់គឺស្រេចតែអ្នកត្រូវអនុវត្តច្បាប់នោះតែប៉ុណ្ណោះ។ ការបកស្រាយបែបនេះមានចន្លោះខ្វះខាតដ៏គ្រោះថ្នាក់ណាស់ ដោយសារ (១)ខ្វះភាពច្បាស់លាស់អំពីថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បែបណាគួរតម្រូវឲ្យមាននៅក្នុងបរិបថភូមិសាស្ត្រនយោបាយនិងអេពីដេមីសាស្ត្របែបណា (២)ខ្វះនូវមគ្គុទេសក៍និងជំនាញរបស់អ្នកអនុវត្តច្បាប់

(៣) ការយល់ច្រឡំអំពីផលប្រយោជន៍ដែលជំរុញឲ្យគាត់ធ្វើអន្តរាគមន៍ និង (៤)ការរំលោភអំណាចដែលច្រើនតែមានជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយផលប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួន។

ចាប់តាំងពីមានការកើតឡើងនូវជំងឺអេដស៍មក គេតែងតែស្តីបន្ទោសដល់ការល្បាតថា បានបង្កជាឧបសគ្គ ដល់សហគមន៍ដែល រងគ្រោះមិនឲ្យទទួលបាននូវសេវាបង្ការនានាដែលគេរៀបចំឡើងសម្រាប់ពួកគាត់។ ក៏ប៉ុន្តែស្ទើរគ្រប់ប្រទេសទាំងអស់នៅ អាស៊ីអាគ្នេយ៍ គម្រោងកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជាច្រើនត្រូវបានគេយោគយល់ ទោះបីជាមិនបានដាក់បញ្ចូលក្នុងគោលនយោបាយ និងច្បាប់ ឬមានការហាមឃាត់ដោយគោលនយោបាយនិងច្បាប់ក៏ដោយ។ ការយោគយល់នេះ បានផ្តល់ផលល្អដល់គម្រោងមួយចំនួន ទោះជានៅមានភាពផុយស្រួយ ពិបាកដឹងមុន និង ងាយជួបបញ្ហា យ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏វាបានអនុញ្ញាតឲ្យគម្រោងទាំងនោះអាចប្រមូលបាននូវភស្តុតាងដើម្បីគាំទ្រដល់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងរួមជាមួយការតស៊ូមតិ ជាអន្តរជាតិផង ដើម្បីបញ្ចុះបញ្ចូលអ្នកធ្វើគោលនយោបាយថាវាជាពេលដែលត្រូវធ្វើការផ្លាស់ប្តូរហើយ។

ទាញចេញពីករណីសិក្សាពីប្រទេសមួយចំនួននៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ច្បាប់បោះពុម្ពពិសេសនេះបានពិនិត្យមើលទៅលើឱកាស និង ឧបសគ្គក្នុងការធ្វើឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរ។ និយាយឲ្យជាក់លាក់ទៅ គឺសៀវភៅនេះបានពិនិត្យមើលទៅលើកត្តានានាដែលនាំឲ្យមានទំនាក់ទំនងតឹងតែងរវាងការអនុវត្តច្បាប់និងការការពារសុខភាពសាធារណៈ។ ការសិក្សានេះបានបង្ហាញថា ការល្បាត បើសិនជារៀបចំនិងអនុវត្តបានត្រឹមត្រូវ បានផ្តល់ជាធនធានយ៉ាងល្អដល់ការបង្ការមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រយោជន៍ដល់អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននិងប្រជាជនទូទៅផងដែរ។ ដូចដែលអត្ថបទស្រាវជ្រាវមួយចំនួននៅក្នុងលេខនេះបានបង្ហាញវឌ្ឍនភាពក្នុងទិសដៅនេះ មិនមានន័យថាជាការបញ្ជ្រាបនូវការអនុវត្តផ្នែកសុខភាពសាធារណៈដល់អ្នកអនុវត្តច្បាប់ បង្ខំឲ្យទទួលយកនូវរបៀបវីរៈសុខភាពសាធារណៈ ដែលគេមិនសូវស្គាល់នោះឡើយ។ វាមានន័យថា ត្រូវមានការរៀបចំឡើងវិញ និង គាំទ្រដល់តួនាទីរបស់សេវាទាំងនេះ ដោយពិចារណាដល់ កាតព្វកិច្ច រចនាសម្ព័ន្ធ អាទិភាព គណនីយភាព លក្ខ័ណ្ឌពិសេសនៃវប្បធម៌ និង បរិបថសង្គម ដែលសេវាទាំងនេះធ្វើប្រតិបត្តិការ។ កត្តានៃការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន រួមទាំងការប្រុងប្រយ័ត្ននានា និង ហានិភ័យក្នុងការធ្វើសកម្មភាព ត្រូវបានរំលេចឡើងនៅក្នុងការចងក្រងដ៏ល្អនូវអត្ថបទស្រាវជ្រាវនេះ ដោយសង្ឃឹមថានឹងបង្កើតបាននូវការយល់គ្នាថ្មីមួយ ថាតើការល្បាតគួររួមចំណែកបែបណា ដល់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការចាក់គ្រឿងញៀន ជាជាងបន្ទុចបង្អាក់ការងារនេះទៅវិញ។ សូមខ្ចីប្រសាសន៍របស់លោក **ហ្សាវ៉ាហាឡាល់ នេហរុ** ដែលនិយាយថា »នយោបាយដែលមានការប្រយ័ត្នប្រយែងពេកគឺជាគ្រោះថ្នាក់ដ៏ធំលើសអ្វីទាំងអស់»។

វាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ី អាគ្នេយ៍: ពណ៌នាអំពីវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវថ្នាក់តំបន់

ដោយ

Nick Thomson[1,2,3] អ៊ីម៉ែល: nthomson@jhsph.edu

Tim Moore[1*] អ៊ីម៉ែល: tim.moore@unimelb.edu.au

Nick Crofts[3,4] អ៊ីម៉ែល: nick.crofts@unimelb.edu.au

[1] Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 4th Floor, 161 Barry St. Carlton, Victoria 3010, Australia

[2] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, USA

[3] Center for Law Enforcement and Public Health, Melbourne, Australia

[4] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville, 3100, Australia

សេចក្តីសង្ខេប

ក្នុងរយៈពេល១៥ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ទីភ្នាក់ងារអូស្រ្តលីដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ (AusAID)បាននាំមុខគេក្នុងការផ្តល់ជំនួយដល់គម្រោង កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅតំបន់អាស៊ី អាគ្នេយ៍។ គម្រោងធំៗដែលគាំទ្រដោយ AusAID រួមមាន Asia Regional HIV Project (AHRP) ពីឆ្នាំ២០០២ដល់២០០៧[1] និង HIV/AIDS Asia Regional Project (HAARP) ពីឆ្នាំ២០០៧ដល់២០១២[2]។ គម្រោងទាំងពីរនេះមានយុទ្ធសាស្រ្តធ្វើឲ្យមានការចូលរួមពីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅតាមប្រទេសនីមួយៗ។ យុទ្ធសាស្រ្តទាំងនេះ ផ្តោតសំខាន់ទៅលើ ការបង្កើតគោលនយោបាយ និង កម្មវិធីសិក្សាស្តីពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ព្រមទាំងរៀបចំអនុវត្ត ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់។

នៅឆ្នាំ២០០៨ កម្មវិធីជំនួយសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍ របស់អូស្រ្តាលី (ADRA) បានផ្តល់ថវិកាដល់វិទ្យាស្ថាន Nossal Institute for Global Health នៃសកលវិទ្យាល័យ មែលប៊ន ឲ្យអនុវត្តគម្រោងស្រាវជ្រាវមួយ ដើម្បីវាយតម្លៃពី ឥទ្ធិពល នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើគោលនយោបាយ និង ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដែលគេស្គាល់ថាជាគម្រោង LEHRN។ ADRA គឺជាយន្តការផ្តល់ជំនួយស្រាវជ្រាវតែមួយគត់ដែល ផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវអភិវឌ្ឍន៍ក្នុងការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការសម្រេចចិត្ត ដើម្បីអនុវត្តជំនួយ អូស្រ្តាលីឲ្យមានប្រសិទ្ធិភាព។

គេបានយល់ច្បាស់ពីភាពចាំបាច់ឲ្យមាការចូលរួមពីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ នៅពេលបង្កើតកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ប៉ុន្តែគេបានដឹងតិចតួចណាស់ពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់។ គម្រោង LEHRN បានផ្តល់

ឱកាស សម្រាប់វាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់ នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដោយផ្តោតទៅលើប្រទេស វៀតណាម កម្ពុជា និង ឡាវ។

សេចក្តីផ្តើម

ក្នុងរយៈពេល១៥ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ទីភ្នាក់ងារអូស្ត្រាលីដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ (AusAID)បាននាំមុខគេក្នុងការផ្តល់ជំនួយដល់គម្រោង កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅតំបន់អាស៊ី អាគ្នេយ៍។ គម្រោងធំៗដែលគាំទ្រដោយ AusAID រួមមាន Asia Regional HIV Project (AHRP) ពីឆ្នាំ២០០២ដល់២០០៧[1] និង HIV/AIDS Asia Regional Project (HAARP) ពីឆ្នាំ២០០៧ដល់២០១២[2]។ គម្រោងទាំងពីរនេះមានយុទ្ធសាស្ត្រធ្វើឲ្យមានការចូលរួមពីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅតាមប្រទេសនីមួយៗ។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះ ផ្តោតសំខាន់ទៅលើ ការបង្កើតគោលនយោបាយ និង កម្មវិធីសិក្សាស្តីពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ព្រមទាំងរៀបចំអនុវត្ត ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់។

នៅឆ្នាំ២០០៨ កម្មវិធីជំនួយសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍ របស់អូស្ត្រាលី (ADRA) បានផ្តល់ថវិកាដល់វិទ្យាស្ថាន Nossal Institute for Global Health នៃសកលវិទ្យាល័យ មែលប៊ន ឲ្យអនុវត្តគម្រោងស្រាវជ្រាវមួយ ដើម្បីវាយតម្លៃពី ឥទ្ធិពល នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើគោលនយោបាយ និង ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដែលគេស្គាល់ថាជាគម្រោង LEHRN។ ADRA គឺជាយន្តការផ្តល់ជំនួយស្រាវជ្រាវតែមួយគត់ដែល ផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវអភិវឌ្ឍន៍ ក្នុងការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការសម្រេចចិត្ត ដើម្បីអនុវត្តជំនួយ អូស្ត្រាលីឲ្យមានប្រសិទ្ធិភាព។

គេបានយល់ច្បាស់ពីភាពចាំបាច់ឲ្យមាការចូលរួមពីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ នៅពេលបង្កើតកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ប៉ុន្តែគេបានដឹងតិចតួចណាស់ពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់។ គម្រោង LEHRN បានផ្តល់ឱកាស សម្រាប់វាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់ នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដោយផ្តោតទៅលើប្រទេស វៀតណាម កម្ពុជា និង ឡាវ។

សាវតា និង សនិទានភាព

ការរាតត្បាតជំងឺអេដស៍នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ភាគច្រើនប្រមូលផ្តុំនៅក្នុងចំណោមក្រុមមនុស្សចំនុចមួយចំនួនដែលរួមមាន ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន បុរសរួមភេទជាមួយបុរស និងអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ[3]។ នៅក្នុងប្រទេសជាច្រើននៅអាស៊ី ការប្រើគ្រឿងញៀន ការរួមភេទរវាងបុរសនិងបុរស និង ការរកស៊ីផ្លូវភេទជាអំពើខុសច្បាប់ ដែលត្រូវផ្តន្ទាទោស។ ការនេះបានធ្វើឲ្យអ្នកប្រព្រឹត្តសកម្មភាពទាំងនេះ មិនអាចមានអន្តរកម្មល្អជាមួយភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ឡើយ។ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយការចាក់គ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍ មានការរីវត្តយឺតនៅក្នុងប្រទេសនានានៃតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ប៉ុន្តែមិនទាន់ឈានទៅដល់ការគ្របដណ្តប់កម្រិតមួយដែលគេគិតថា អាចទប់ស្កាត់និងធ្វើឲ្យត្រឡប់ក្រោយ នូវការរីករាលដាលនៃ មេរោគអេដស៍បាននៅឡើយ។ ការដែលមិនអាចពង្រីកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គឺបណ្តាល មួយផ្នែក មកពី ការមិនអាចដោះស្រាយភាពតានតឹងរវាងគោលនយោបាយ និង កម្មវិធី ដែលធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណង ទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង មួយផ្នែកទៀត មកពីគោលនយោបាយ និង វិធីសាស្ត្រត្រួតពិនិត្យ ឬ លុប

បំបាត់គ្រឿងញៀន។ ជាលទ្ធផលនៃគោលនយោបាយ និងវិធីសាស្ត្រត្រួតពិនិត្យ ឬ លុបបំបាត់គ្រឿងញៀននេះ ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់តែងតែស្វែងរកចាប់ខ្លួន ផ្តន្ទាទោស និង ឃុំខ្លួនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ ជាការច្បាស់ណាស់ថា ដើម្បីអាចទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោម និង ពីក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ត្រូវតែមានការគាំទ្រពីផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។

នៅវៀតណាម កម្ពុជា និង ឡាវ គោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ នៃការអនុវត្តច្បាប់ បានវិវត្តបន្តិចម្តងៗឆ្ពោះទៅរកការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ កម្មវិធី និង ការផ្តួចផ្តើមគំនិតនានារបស់ AusAID បានចាប់ផ្តើមនៅចំណុចប្រសព្វដ៏សំខាន់មួយ ដែលត្រូវសម្រេចឲ្យបានការផ្លាស់ប្តូរ គោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិទាំងនេះ នៅក្នុងតំបន់នេះ និង អនុញ្ញាត និងគាំទ្រឲ្យមានការពង្រីកការខិតខំប្រឹងប្រែងបង្ការមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។

ឥទ្ធិពលនៃគោលនយោបាយ និងការប្រតិបត្តិច្បាប់ មកលើបរិស្ថាន និង ឥរិយាបថប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ និង មកលើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលជាទូទៅច្រើនតែជាឥទ្ធិពលអវិជ្ជមាននោះ ត្រូវបានគេសិក្សា និងចងក្រងឯកសារយ៉ាងច្បាស់លាស់។ ប៉ុន្តែ គេបានដឹងតិចតួចណាស់អំពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកលើផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិ នៅអាស៊ី។ តើកម្មវិធីនិងវិធីសាស្ត្រ (រួមទាំងការតស៊ូមតិផង) ដែលមានបំណងបង្កើតឲ្យមានបរិយាកាសគាំទ្រដល់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ចំពោះអ្នកប្រើថ្នាំញៀន មានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការជះឥទ្ធិពលដល់ការអនុវត្តច្បាប់ ទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិឬទេ? គម្រោង LEHRNបង្កើតឡើងដើម្បីឆ្លើយតបនឹងកង្វះខាតផ្នែកចំណេះដឹងនេះ ដោយស្វែងយល់ពីកត្តាជំរុញ និង កត្តារារាំងនានា ដល់ការផ្លាស់ប្តូរ នៅក្នុងភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ និង នៅកន្លែងដទៃទៀត ពីថ្នាក់ជាតិ រហូតដល់ថ្នាក់មូលដ្ឋាន។

ឯកសារនេះ ពណ៌នាអំពីវិធីសាស្ត្ររបស់គម្រោង ដែលប្រើសម្រាប់ស្វែងយល់ពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មកលើការអនុវត្តច្បាប់ ទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិ នៅវៀតណាម កម្ពុជា និង ឡាវ។

គោលបំណងរបស់ការស្រាវជ្រាវ

គម្រោង LEHRN មានគោលបំណងពីរសំខាន់៖

1. ស្វែងរកកត្តាគន្លឹះ ដើម្បីឲ្យមានការគាំទ្រ និង ការរួមបញ្ចូលគោលការនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទៅក្នុងគោលនយោបាយ និងការប្រតិបត្តិ នៃផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ នៅក្នុងបរិបថសង្គមនយោបាយផ្សេងៗគ្នា នៅក្នុងប្រទេសទាំងបីដើម្បី៖
    - បង្កើតភស្តុតាងរឹងមាំដើម្បីតម្រង់ទិសកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឲ្យមានប្រសិទ្ធិភាព
    - ជួយបង្កើតបរិយាកាសដែលទ្រទ្រង់ដល់សកម្មភាពកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន សម្រាប់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង
    - ផ្តល់អនុសាសន៍ សាមញ្ញ និង ផ្អែកលើភស្តុតាង ចំពោះ AusAID និង ភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដែលអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការបង្កើតកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ ជាមួយផ្នែកអនុវត្តច្បាប់។

2. ពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់តំបន់ នៃក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវ និង ស្ថាប័នស្រាវជ្រាវនៅអាស៊ី និង ភ្នាក់ងារ វេទិកា និង បណ្តាញ ដែលមានស្រាប់ ដើម្បីឲ្យអាចយល់ និង ធ្វើការឲ្យមានសប្រសិទ្ធិភាព ជាមួយផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ក្នុងការបង្ការការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។

ដើម្បីសម្រេចគោលបំណងនៃការសិក្សានេះ គម្រោងបានអនុវត្ត៣ដំណាក់កាលផ្សេងគ្នា ក្នុងរយៈពេល៤ឆ្នាំ។ ដំណាក់កាលទី១ ជាដំណាក់កាលរៀបចំគោលគំនិត រៀបចំហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធស្រាវជ្រាវ និង ការវិភាគស្ថានភាព។ ដំណាក់កាលទី២ ជាការប្រមូលទិន្នន័យដំបូងៗ និង ការវិភាគដំបូងៗ តាមប្រទេសនីមួយៗ។ ដំណាក់កាលទី៣ មានការវិភាគស៊ីជម្រៅដោយមានការប្រៀបធៀបលទ្ធផលពីប្រទេសទាំង៣ ការសរសេរបាយការណ៍ និង ការផ្សព្វផ្សាយលទ្ធផលស្រាវជ្រាវ។ ផ្នែកបន្តបន្ទាប់ទៅនេះ នឹងពណ៌នាអំពីដំណាក់កាលទាំងនេះ និង យោបល់ អំពីដែនកំណត់ និង បញ្ហាប្រឈម ដែលមាន និង ការកែសម្រួល ដែលបានប្រកាន់យកដើម្បីឲ្យស្របទៅតាមបរិបថផ្សេងៗគ្នារបស់ប្រទេសនីមួយៗ។

ដំណាក់កាលទី១៖ ការរៀបចំផែនការស្រាវជ្រាវ ការរៀបចំហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និង ការវិភាគស្ថានភាព

ការសិក្សានេះបានប្រើវិធីសាស្ត្របែបគុណភាព ដើម្បីពិនិត្យមើលទំនាក់ទំនងរវាងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នានា និង ការផ្លាស់ប្តូរ គោលនយោបាយនិងការអនុវត្តច្បាប់ ទាំងផ្លូវការ និង មិនផ្លូវការ។ ការសិក្សានេះត្រូវបានរៀបចំដោយមានក្តីរំពឹងថា នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន អ្នកស្រាវជ្រាវអាចបង្កើត ទំនាក់ទំនងការងារជាមួយ តួអង្គអនុវត្តច្បាប់ និង ប្រើសម្ភាសន៍ពាក់កណ្តាលរចនាសម្ព័ន្ធ និង ការសង្កេតដើម្បី ស្វែងយល់ ទម្លាប់ ការប្រតិបត្តិ និងឥទ្ធិពល នៅក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់។ យើងរំពឹងថា នឹងអាចរកឃើញនូវឧទាហរណ៍លំអិតអំពីថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានឥទ្ធិពលបែបណាទៅលើគោលនយោបាយ និង ការអនុវត្តច្បាប់។ យើងក៏រំពឹងទៀតថា តាមរយៈការវិភាគ សម្ភាសន៍ ការសង្កេត និង ករណីសិក្សា យើងអាចរកឃើញនូវផ្លូវនៃការផ្លាស់ប្តូរ ផ្នែកគោលនយោបាយ និង ប្រតិបត្តិ នៃការអនុវត្តច្បាប់ ដើម្បីបានដឹងអំពីទំរង់នៃទំនាក់ទំនង។

បែបផែននៃការសិក្សានេះរៀបចំឡើងតាមគោលគំនិត ដែលទទួលស្គាល់ថា (១) ជួនកាលមានភាពខ្វែងគ្នារវាងគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ ហើយដែលមួយអាចមានឥទ្ធិពលទៅលើមួយទៀត (២) ល្បឿននៃការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយ ច្រើនតែមិនស្មើគ្នា (៣) អភិវឌ្ឍន៍នៃគោលនយោបាយ ច្រើនតែកើតឡើងក្រោយពីមានបទពិសោធន៍នៅនឹងកន្លែង និង ឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់កម្មវិធី (៤) ថ្នាក់ផ្សេងៗគ្នា នៃរដ្ឋាភិបាល (ឧ. ថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ស្រុក...) អាចមានឥទ្ធិពលទៅលើគោលនយោបាយ របស់ថ្នាក់ផ្សេងទៀត។ ដោយសារមានភាពខុសគ្នាខ្លាំងរវាងប្រទេសទាំង៣ ពាក់ព័ន្ធទៅនឹង កម្រិតនៃការប្រើគ្រឿងញៀន គោលនយោបាយ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ យើងមិនរំពឹងថា នឹងប្រើបែបផែនស្រាវជ្រាវដូចគ្នានៅគ្រប់ប្រទេសនោះទេ។ ការប្រើវិធីសាស្ត្របែបគុណភាព អាចឲ្យយើង មិនត្រឹមតែអាចបត់បែនបាននូវការស្រាវជ្រាវអំពីឌីណាមិកនៅនឹងកន្លែង ប៉ុណ្ណោះទេ តែក៏នៅបានអនុញ្ញាតឲ្យយើង អាចសម្របសម្រួលបានទៅតាមបរិបថនៅនឹងកន្លែងទៀតផង។

ការជ្រើសរើសទីកន្លែងស្រាវជ្រាវ

យើងជ្រើសរើសប្រទេសទាំងបីនេះ ដើម្បីឲ្យមានភាពចម្រុះទាក់ទងទៅនឹង ស្ថានភាពគ្រឿងញៀន មេរោគអេដស៍ និង អភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយ ដែលអាចឲ្យយើងធ្វើការប្រៀបធៀបបាន។ វៀតណាមបានពាក់ព័ន្ធផ្ទាល់ជាមួយគម្រោង ARHP

របស់ AusAID និង គម្រោងទាំងបីបន្ទាប់មកទៀត នៅក្នុងរយៈពេលនៃការអនុវត្តគម្រោង LEHRN ក៏ដូចជាគម្រោង HAARP ដែលអាចទទួលយកបានភ្លាមនូវគំហើញនៃការស្រាវជ្រាវនេះ។ ប្រទេសទាំងនេះ ត្រូវបានជ្រើសរើស ជាសមាជិករបស់គម្រោង LEHRN ដោយវិទ្យាស្ថានណួសាល់ មានដៃគូរបស់ខ្លួនតាំងនៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដែលមានបទពិសោធន៍ច្រើនប្រទេស ក្នុងការធ្វើការក្នុងផ្នែកជំងឺអេដស៍ និង សម្របសម្រួលការស្រាវជ្រាវនេះ ជាមួយស្ថាប័នជាតិ។

នៅពេលរៀបចំការស្រាវជ្រាវនេះ យើងបានពិចារណាលើស្ថានភាពលំអិតទាំងនេះ របស់ប្រទេសនីមួយៗ៖ វៀតណាមមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ ទាំងការប្រើគ្រឿងញៀន និង មេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន មានបទពិសោធន៍យូរមកហើយជាមួយនឹងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលទទួលស្គាល់ជាថ្នាក់ជាតិ បានអនុវត្តកម្មវិធីទៅតាមកម្រិតផ្សេងៗគ្នា និង បានទទួលជំនួយក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ពី AusAID តាំងពីឆ្នាំ ២០០២។ កម្ពុជាមានប្រេវ៉ាឡង់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ដែលបាននិងកំពុងធ្លាក់ចុះ កំពុងចាប់ផ្តើមឡើងនូវការចាក់គ្រឿងញៀន និង ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង កំពុងចាប់ផ្តើមរៀបចំ គោលនយោបាយ។ ឡាវ ត្រូវបានចាត់ទុកជាប្រទេសដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ទាប ទាំងការចាក់គ្រឿងញៀន និង ទាំងមេរោគអេដស៍ ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការរៀបចំគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ជាប្រទេសទទួលជំនួយលើ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្រោយពីលុបបំបាត់អាភៀន។

ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ និង ភាពជាដៃគូ នៃការស្រាវជ្រាវ

ក្នុងដំណាក់កាលនេះ មានការចុះពិនិត្យជាច្រើនសារ ពីសំណាក់អ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង និង បុគ្គលិកគម្រោងរបស់វិទ្យាស្ថានណួសាល់ ដើម្បីពង្រឹងទំនាក់ទំនង ជាមួយវិទ្យាស្ថានជាដៃគូនៅប្រទេសទាំងបី ដើម្បីបង្កើតជាអនុសារណៈនៃការយោគយល់គ្នា ដើម្បីគ្រប់គ្រងការស្រាវជ្រាវ និង ទំនាក់ទំនងក្នុងការកសាងសមត្ថភាព និង យុទ្ធសាស្រ្តប្រាស្រ័យទាក់ទង។ វិទ្យាស្ថានណួសាល់ ស្វែងរកដៃគូស្រាវជ្រាវនៅតាមប្រទេស ដែលមានភាពខ្លាំងលើការស្រាវជ្រាវផ្នែកសង្គមនិងសុខភាពសាធារណៈ និង មានសក្តានុពលរួមចំណែកក្នុងការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយ។ ដៃគូនៅវៀតណាម គឺវិទ្យាស្ថានសម្រាប់សិក្សាអភិវឌ្ឍន៍សង្គម (ISDS) ដែលជាវិទ្យាស្ថានមួយដែលមានបទពិសោធន៍ខាងការស្រាវជ្រាវ បណ្តុះបណ្តាល និង តស៊ូមតិ លើផ្នែក យេនឌ័រ និង ទំនាក់ទំនងផ្លូវភេទ ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយសុខាភិបាល បញ្ហាជំងឺអេដស៍ និង ការអភិវឌ្ឍសង្គម។ ពេលថ្មីៗនេះ ISDS បានធ្វើការស្រាវជ្រាវមួយដែលមានចំណងជើងថា *ស្វែងយល់ពីវប្បធម៌នៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន សម្រាប់អន្តរាគមន៍ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។* ចំពោះកម្ពុជាវិញ វិទ្យាស្ថានណួសាល់បានបង្កើតទំនាក់ទំនងជាមួយវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ (NIPH) ជាស្ថានប័នពាក់កណ្តាលស្វ័យត នៅក្រោមក្រសួងសុខាភិបាល។ NIPH ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាស្ថាប័នដែលមានឥទ្ធិពលក្នុងការបង្កើតគោលនយោបាយ និង ទិសដៅ សុខាភិបាល តាមរយៈការផ្តល់ភស្តុតាងនៃការស្រាវជ្រាវ ដល់ក្រសួងសុខាភិបាល។ នៅប្រទេសឡាវ វិទ្យាស្ថានណួសាល់បានចាប់យកសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្រ្តសុខាភិបាល ជាដៃគូដោយសារសកលវិទ្យាល័យនេះមានស្នាដៃល្អផ្នែកស្រាវជ្រាវសង្គម និង អាចមានឥទ្ធិពលដល់ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយជាតិអំពីគ្រឿងញៀន និង មេរោគអេដស៍។

អ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង និង សមាជិកគន្លឹះៗរបស់វិទ្យាស្ថានណួសាល់ បាននាំមកឲ្យគម្រោង LEHRN នូវការយល់ដឹងអំពីបញ្ហាជុំវិញការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និង ការឆ្លើយតបចំពោះមេរោគអេដស៍ នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍។ ការនេះត្រូវបានបំពេញបន្ថែម

ដោយការបង្កើតក្រុមផ្តល់ប្រឹក្សា ដ៏មានសារៈសំខាន់នៅក្នុងដំណាក់កាលទី១ ដែលរួមមាន អ្នកស្រាវជ្រាវល្បីៗ ពី សកលវិទ្យាល័យមែលប៊ន សាកលវិទ្យាល័យ ម៉ាគ្គរី និង សកលវិទ្យាល័យចនហប់គីនស៍/ឈៀងម៉ៃ។ ជំនាញរបស់សមាជិកក្រុមផ្តល់ប្រឹក្សា រួមមាន វិធីសាស្ត្រនៃការស្រាវជ្រាវ យែនឌ័រ អភិវឌ្ឍន៍គោលនយោបាយ វប្បធម៌ និង នរវិទ្យានៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និង ការអនុវត្តច្បាប់ សុខភាពសាធារណៈ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ជាការបន្ថែមដ៏សំខាន់មួយទៀតទៅលើក្រុមស្រាវជ្រាវនេះ គឺ និស្សិតថ្នាក់បណ្ឌិត ដែលជានគរបាលសកម្មនៅរដ្ឋវិចតូរៀ (អូស្ត្រាលី) ហើយដែលបានសិក្សាអំពីការរៀបចំគោលនយោបាយ។

សិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ ការបណ្តុះបណ្តាល និង ទំនាក់ទំនងរវាងក្រុមស្រាវជ្រាវ

ក្រោយពីបានជ្រើសរើសដៃគូហើយ យើងបានរៀបចំសិក្ខាសាលាមួយនៅក្រុងហាណូយ ដោយមានការជួបជុំគ្នានៃសមាជិកគន្លឹះៗ រួមមាន ដៃគូស្រាវជ្រាវពីប្រទេសនីមួយៗ ក៏ដូចជា ដៃគូសហការណ៍ក្នុងតំបន់ រួមទាំងបុគ្គលិក AusAIDផងដែរ។ សិក្ខាសាលានោះ បានជួយពង្រឹងក្រុមស្រាវជ្រាវកាន់តែទូលាយថែមទៀតសម្រាប់គម្រោង LEHRN និងផ្តល់ឱកាសឲ្យមានការពិភាក្សាថែមទៀតអំពីបែបផែននៃការសិក្សា តម្រូវការនៃការបណ្តុះបណ្តាល និង ដំណើរការសុំការអនុញ្ញាតផ្នែកក្រមសីលធម៌។ នេះជាសិក្ខាសាលាដំបូងនៃសិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ចំនួន៥ ដែលបានរៀបចំក្នុងរយៈពេលនៃគម្រោង។

ការវិភាគស្ថានភាព

ក្នុងដំណាក់កាលទី១ មានការវិភាគស្ថានភាពដើម្បីសម្របការស្រាវជ្រាវទៅនឹងបរិបថនៃប្រទេសនីមួយៗ និង បង្កើតជាទិន្នន័យមូលដ្ឋាន សម្រាប់វាយតម្លៃឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មកលើគោលនយោបាយ និង ការអនុវត្តច្បាប់ទៅតាមពេលវេលា។ ការវិភាគស្ថានភាព បានធ្វើឡើងដោយមានការពិនិត្យឯកសារយ៉ាងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ រួមជាមួយដៃគូនៅតាមប្រទេស អ្នកស្រាវជ្រាវបានឯកសារគោលនយោបាយនៅថ្នាក់ប្រទេស ពិនិត្យមើលការស្រាវជ្រាវដែលមានស្រាប់ និង ការវាយតម្លៃគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយ ដែលបានបង្កើតជាទិន្នន័យ និងអនុសាសន៍ អំពីការធ្វើការងារជាមួយប៉ូលីស និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅថ្នាក់តំបន់/ប្រទេស ដើម្បីស្វែងយល់ពីគំនិតផ្តួចផ្តើមដែលកំពុងតែមានប្រតិបត្តិការ។ ក្រុមស្រាវជ្រាវ LEHRN បានព្យាយាមស្វែងយល់អំពីយន្តការនៃការបង្កើតគោលនយោបាយ និង ការពិនិត្យគោលនយោបាយឡើងវិញ នៅតាមផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ និង ផ្នែកសុខាភិបាល និង ថាតើការនេះត្រូវបានអនុវត្តបែបណាចំពោះចំណុចប្រសព្វរវាងគោលនយោបាយ និង ការអនុវត្តរបស់ប៉ូលីស និង របស់ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ ទាក់ទងនឹងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មេរោគអេដស៍ ការប្រើគ្រឿងញៀន នៅក្នុងប្រទេសទាំងបី។ ដោយពិនិត្យមើលតាមទ្រឹស្តីអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាវិជ្ជមាន នៃគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ ក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ដំណើរការពិនិត្យគោលនយោបាយឡើងវិញ ត្រូវបានរៀបចំដើម្បីបង្កើតបានជាសម្មតិកម្មនៃឥទ្ធិពលរបស់យុទ្ធសាស្ត្រ និង ការតស៊ូមតិនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកលើចំណុចប្រសព្វនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការអនុវត្តច្បាប់ ដែលអាចធ្វើតេស្តបានតាមរយៈដំណាក់កាលប្រមូលទិន្នន័យដំបូងៗ។

ដំណាក់កាលទី២៖ ការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធ ការប្រមូលទិន្នន័យ និង ការវិភាគទិន្នន័យដំបូងៗ

ដំណាក់កាលទី២របស់គម្រោងនេះ រួមមាន ការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធ ការបញ្ចប់ឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ ការប្រមូលទិន្នន័យដំបូងៗ និង ការវិភាគទិន្នន័យដំបូងៗ។ បន្ទាប់ពីវិភាគស្ថានភាពរបស់ប្រទេសនីមួយៗហើយ សមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវពីវិទ្យាស្ថានណូសាល់ បានធ្វើដំណើរទៅកាន់ប្រទេសនីមួយៗ ដើម្បីបង្ហើយឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ និងសម្រេចចិត្តអំពីក្របខ័ណ្ឌ

នៃការជ្រើសរើសអ្នកចូលរួមក្នុងសម្ភាសន៍។ ដើម្បីបង្កើយ មគ្គុទេសក៍សម្រាប់សម្ភាសន៍ ក្រុមស្រាវជ្រាវបានធ្វើការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីឲ្យយល់កាន់តែច្បាស់ថា តើផ្នែកអនុវត្តច្បាប់នៃប្រទេសនីមួយៗ មានរចនាសម្ព័ន្ធបែបណា។

ការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធ

ព័ត៌មានលំអិតអំពីជនគន្លឹះនៅក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ និង តួអង្គដែលនៅក្បែរពួកគាត់ បង្កើតបានជាសមាសធាតុដ៏ចម្បង។ លើសពីនោះទៀត ក្រុមស្រាវជ្រាវបានពិចារណាថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បានជួបប្រសព្វជាមួយប៉ូលីសនៅកន្លែងណា ហើយថាតើនៅត្រង់ណាដែលគេធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការឆ្លើយតបរបស់ប៉ូលីសចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការកំណត់នេះ គឺជាជំហានសំខាន់មួយក្នុងការឈានទៅដល់ការកំណត់ថាអ្នកណាគួរត្រូវបានសម្ភាស និង ជាចំណុចទាក់ទងសម្រាប់ដំណាក់កាលនេះនៃគម្រោង។

ការបង្កើតឧបករណ៍សម្រាប់ប្រមូលទិន្នន័យ

គោលគំនិតដើមរបស់ការស្រាវជ្រាវនេះគឺផ្អែកលើការសម្ភាសជនគន្លឹះ ដើម្បីបានជាមូលដ្ឋានក្នុងការកំណត់ និង ពណ៌នាអំពីគោលនយោបាយ និង បណ្តាញសម្រេចចិត្ត និង ដំណើរការដែលមានឥទ្ធិពល។ ទិន្នន័យដំបូងៗ មិនមែនគ្រាន់តែប្រមូលដោយសម្ភាសជាមួយជនគន្លឹះប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ធ្វើតាមរយៈការសង្កេត នូវទំនាក់ទំនងរវាងផ្នែកពាក់ព័ន្ធ និង អំពីទំនាក់ទំនងរវាងគោលនយោបាយ និងថ្នាក់មូលដ្ឋាន។ វិធីនេះរៀបចំឡើងដើម្បីឲ្យអាចកំណត់បាននូវចំណុចសំខាន់ៗ នៃការបង្កើតគោលនយោបាយ និង អនុញ្ញាតឲ្យការស្រាវជ្រាវនេះ អាចកំណត់បានអំពីឥទ្ធិពល ទាំងផ្លូវការនិងមិនផ្លូវការ របស់ផ្នែករដ្ឋាភិបាល ផ្នែកក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង ផ្នែកឯកជន។

ដំបូងឡើយយើងបានស្នើឡើងនូវសំណួរសម្រាប់សួរទៅអ្នកអនុវត្តច្បាប់ថា «នៅក្នុងបណ្តាញវិជ្ជាជីវៈរបស់អ្នក តើអ្នកយល់ថាអ្នកណាជាមនុស្សសំខាន់ពាក់ព័ន្ធនឹងគោលនយោបាយនិងការប្រតិបត្តិ?» ក្រោយមកយើងបានស្នើឲ្យមានសម្ភាសន៍ជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់តំបន់ និង នៅតាមប្រទេសនីមួយៗ ដោយយល់ថាការនេះអាចរកឃើញនូវចំណងទាក់ទងរវាងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។ អ្នកពាក់ព័ន្ធដែលយើងស្នើឲ្យសម្ភាសរួមមាន តំណាងពីផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ក្រសួងសុខាភិបាល ការិយាល័យទទួលបន្ទុកគម្រោងបង្ការជំងឺអេដស៍របស់ AusAID ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល។

នៅពេលធ្វើការវិភាគស្ថានភាព និង ការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធ យើងបានដឹងច្បាស់ថា ប្រទេសនីមួយៗ ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលផ្សេងៗគ្នា នៃការបង្កើតគោលនយោបាយ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ម្យ៉ាងទៀត ក្រុមស្រាវជ្រាវនៅតាមប្រទេសនីមួយៗ មានការយល់ឃើញខុសៗគ្នាអំពីលទ្ធភាពរបស់ខ្លួនក្នុងការសម្ភាសជាមួយ ថ្នាក់ផ្សេងៗ នៃប៉ូលីស និង អ្នកអនុវត្តច្បាប់ដៃទៀត ដែលបានកំណត់។ ឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យដំបូងៗ បានឆ្លុះបញ្ចាំងនូវគំនិតខុសៗគ្នានៃការឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន និង មេរោគអេដស៍ផង និង ឆ្លុះបញ្ចាំងនូវឪណាមិករវាងក្រុមស្រាវជ្រាវ និង មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ផង។ មគ្គុទេសក៍សម្រាប់សម្ភាសន៍ មានរៀបរាប់លំអិតនៅក្នុង អត្ថបទរបស់ប្រតេសនីមួយៗ។

សិក្ខាសាលា ការបណ្តុះបណ្តាល និងការប្រាស្រ័យទាក់ទងនៃក្រុមស្រាវជ្រាវថ្នាក់តំបន់

សិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់លើកទី២ត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅទីក្រុងបាងកក ស្របពេលជាមួយសន្និសីទអន្តរជាតិលើកទី២០ស្តីពី «កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឆ្នាំ២០០៩» ដែលក្នុងនោះ ក្រុមស្រាវជ្រាវរបស់គម្រោង LEHRN ក៏បានធ្វើបទបង្ហាញដែរ។

នៅដើមដំណាក់កាលទី២ យើងបានដឹងថា ត្រូវការឲ្យមានពេលវេលាជួបគ្នារវាងក្រុមស្រាវជ្រាវឲ្យបានកាន់តែច្រើន។ ដូច្នេះហើយបានជាក្រុមស្រាវជ្រាវបានជួបជុំគ្នារយៈពេល៣សប្តាហ៍នីទីក្រុងមែលប៊ន នៅវិទ្យាស្ថានណូសាល់ នៅចុងឆ្នាំ២០០៩។ សកម្មភាពនេះបានជួយឲ្យក្រុមស្រាវជ្រាវតាមប្រទេស ពង្រឹងបន្ថែមទៀតនូវការវិភាគស្ថានភាព និង ការកំណត់អ្នកពាក់ព័ន្ធរបស់ខ្លួន បានផ្តួចផ្តើមគំនិតពីការសរសេរអត្ថបទសម្រាប់បោះពុម្ពផ្សាយ បានបង្កើនទំនុកចិត្តរបស់ក្រុម ក្នុងការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងបរិបថមួយដែលពាក់ព័ន្ធខ្លាំងជាមួយនយោបាយ នៃការអនុវត្តច្បាប់និងការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ បានធ្វើការបំភ្លឺអំពីបញ្ហារដ្ឋបាលរបស់គម្រោង និង ផែនការទៅមុខ ព្រមទាំងបានបណ្តុះនូវស្មារតីសហភាតរះរវាងបុគ្គលិកគម្រោង ជាពិសេសស ក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវនៅតាមប្រទេសនីមួយៗ។ នៅពេលដែលដៃគូបានស្នាក់នៅទីនោះ យើងបានរៀបចំសិក្ខាសាលាមួយស្តីអំពី «ការអនុវត្តច្បាប់ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍» ដែលក្នុងនោះ តំណាងគម្រោង LEHRN របស់ប្រទេសទាំងបីបានធ្វើបទបង្ហាញជូនអ្នកស្តាប់ជាច្រើនមកពីផ្នែកផ្សេងៗគ្នា។

នៅខែកុម្ភៈឆ្នាំ២០១០ គម្រោងLEHRN បានរៀបចំសិក្ខាសាលាទី៤ នៅទីក្រុងភ្នំពេញ ដែលរួមបញ្ចូលការបណ្តុះបណ្តាលពីកម្មវិធី NVivo។ នេះជាព្រឹត្តិការណ៍មួយក្នុងចំណោមព្រឹត្តិការណ៍បីបន្តបន្ទាប់គ្នា។ ព្រឹត្តិការណ៍ទី២គឺសិក្ខាសាលាស្តីពី«ការអនុវត្តច្បាប់និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ៈ ភាពជាដៃគូដ៏មានប្រសិទ្ធិភាព» ដែលក្នុងនោះ គម្រោង LEHRN បានធ្វើបទបង្ហាញជូនដល់អ្នកចូលរួមមកពីក្នុងស្រុក និង ថ្នាក់តំបន់ ដែលរួមមានតំណាងរបស់ប៉ូលីសកម្ពុជាផងដែរ។ ព្រឹត្តិការណ៍ចុងក្រោយគឺការពិភាក្សាតុមូលស្តីអំពី«ការអនុវត្តច្បាប់និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា»។ លទ្ធផលនៃព្រឹត្តិការណ៍នេះគឺបានជាអនុសាសន៍មួយចំនួនអំពីការរួមបញ្ចូលការអនុវត្តច្បាប់ជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលមានដូចខាងក្រោមនេះ៖

ការល្បាតនិងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ៈ គោលការណ៍នៃសហប្រតិបត្តិការ

ចំនុចសំខាន់ៗដែលបានលើកឡើងនៅក្នុងសិក្ខាសាលានៅភ្នំពេញ ខែកុម្ភៈឆ្នាំ២០១០៖

1. ការចូលរួមរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ជាការចាំបាច់ណាស់ដើម្បីឲ្យទទួលបានជោគជ័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅគ្រប់ថ្នាក់ គឺទាំងថ្នាក់តំបន់ ថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់មូលដ្ឋាន។
2. មានតម្រូវការយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការធ្វើឲ្យផ្នែកអនុវត្តច្បាប់មានភាពជាម្ចាស់លើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។
3. ត្រូវឲ្យមានការចូលរួមរបស់ប៉ូលីសក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់តាំងពីដើមទី មិនមែនជាអ្នកបន្ទាប់បន្សំទេ តែជាដៃគូស្នូល។
4. តម្រូវឲ្យមានការចងក្រងនូវបទពិសោធន៍ អំពីការធ្វើការរួមគ្នារវាងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងតំបន់ នៅគ្រប់ថ្នាក់ ទាំងបទពិសោធន៍វិជ្ជមាន និង អវិជ្ជមាន។

5. ការចូលរួមរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ត្រូវតែធ្វើតាមរយៈភាពជាដៃគូតាមសហគមន៍ ដោយឈរលើស្មារតីយោគយល់ និង គោរពគ្នាទៅវិញទៅមក ហើយត្រូវរួមបញ្ចូល សហគមន៍ ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន និង ដៃគូពាក់ព័ន្ធរបស់គាត់ផងដែរ។
6. តម្រូវឲ្យមានរចនាសម្ព័ន្ធពហុវិស័យក្នុងចំណោមស្ថាប័នគន្លឹះៗដែលពាក់ព័ន្ធនៅគ្រប់ថ្នាក់ ដើម្បីឲ្យទំនាក់ទំនងធ្វើការងារអាចសម្រេចបាន និងរក្សាបាន។
7. ដើម្បីឲ្យប៉ូលីស និងផ្នែកដទៃទៀត នៅក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់អាចបំពេញបាននូវបេសកកម្មកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងមានលទ្ធភាពធ្វើជាដៃគូដ៏មានប្រសិទ្ធិភាព គាត់ត្រូវការឲ្យមានធនធានគ្រប់គ្រាន់។
8. សកម្មភាពកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវតែបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការរបស់ប៉ូលីស និង ត្រូវតែស្របជាមួយផែនការរបស់ផ្នែកដទៃទៀតរបស់រដ្ឋាភិបាល។
9. ការយល់ដឹង និង ការគាំទ្រផ្នែកនយោបាយគឺជាកត្តាចាំបាច់ដើម្បីឲ្យភាពជាដៃគូរវាងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទទួលបានជោគជ័យ ហើយត្រូវតែស្របទៅនឹងភាពជាអ្នកដឹកនាំ និង ការវិនិយោគលើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់របស់រដ្ឋាភិបាល។
10. ដំណោះស្រាយនានា ត្រូវតែមានលក្ខណៈសាមញ្ញ ហើយដែលប៉ូលីសយល់ថាមានប្រយោជន៍ គឺថា ត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឲ្យការឆ្លើយតប និង ការទទួលខុសត្រូវរបស់ប៉ូលីស អាចប្រតិបត្តិបាន។

នៅចុងឆ្នាំដដែលនោះ គម្រោង LEHRN បានធ្វើបទបង្ហាញនៅក្នុង សន្និសីទស្តីអំពី «សុខភាព និង សិទ្ធិមនុស្ស»នៅទីក្រុងហាណូយ។

ការវិភាគដំបូងៗ

ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងដើម អ្នកជំនាញខាងប្រើកម្មវិធី NVivo សម្រាប់វិភាគទិន្នន័យបែបគុណភាព របស់វិទ្យាស្ថានសិក្សាអភិវឌ្ឍន៍សង្គម បានធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលដល់ក្រុមស្រាវជ្រាវនៅតាមប្រទេស ពីរបៀបប្រើកម្មវិធីនេះ។ ការបណ្តុះបណ្តាលនេះ បានផ្តល់ឱកាសឲ្យក្រុមស្រាវជ្រាវបានចែករំលែក និង ពិចារណានូវទិន្នន័យដំបូងៗ។ ជាពិសេស ក្រុមគម្រោង LEHRN បានពិភាក្សា និងចងក្រងប្រធានបទ ដែលបានលេចឡើង។ ដូច្នេះ យើងបានបង្កើតជា «Node tree» «well-populated thematic clusters» ដើម្បីឲ្យក្រុមស្រាវជ្រាវ អាចដាក់កូដ និង វិភាគទិន្នន័យដែលប្រមូលបាន។ Clusters ទាំងនេះស្ថិតនៅក្នុងចំណាត់ថ្នាក់ទូលាយអំពី «ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ភស្តុតាង» «ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់: កម្មវិធី និង សេវា» «មធ្យោបាយសម្រាប់ឲ្យមានឥទ្ធិពល» «គោលនយោបាយអនុវត្តច្បាប់» «ការប្រតិបត្តិនៃការអនុវត្តច្បាប់» និង «កត្តាផ្សេងទៀត»។

ករណីសិក្សា

បែបផែនស្រាវជ្រាវដំបូងបានរៀបចំដើម្បីចងក្រងនូវករណីសិក្សាតាមប្រទេសនីមួយៗ តាមរយៈការប្រែប្រួលនិង ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការការប្រើគ្រឿងញៀន និង ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ករណីសិក្សាតម្រូវឲ្យមានការប្រមូលទិន្នន័យបន្ថែម ដោយមានសម្ភាសន៍ និង ការសង្កេតអំពី ការប្រតិបត្តិ និង

តវិយាបថរបស់ប៉ូលីស។ ដោយសារផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ នៅក្នុងប្រទេសទាំងបីនេះ ច្រើនតែមានលក្ខណៈបិទបាំង យើងបានយល់ច្បាស់ថាក្រុមស្រាវជ្រាវ នៅតាមប្រទេសនីមួយៗ មិនអាចធ្វើការសង្កេតនេះបានឡើយ។ ដូច្នេះក្រុមស្រាវជ្រាវបានសម្រេចចិត្ត ធ្វើសម្ភាសន៍ជនគន្លឹះ ជំនួសវិញ។ ធ្វើដូច្នេះ យើងបានឃើញនូវការសិក្សាបន្ថែម នៅវៀតណាម ឡាវ និង កម្ពុជា ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងនូវចំនុចប្រសព្វរវាងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ផ្តល់បានជាឧទាហរណ៍ផ្នែកបរិបថ ដែលជួយពង្រឹងបន្ថែមនូវគំហើញដែលបានរាយការនៅក្នុងអត្ថបទរបស់ប្រទេសនីមួយៗ។

ដំណាក់កាលទី៣៖ ការវិភាគប្រៀបធៀប អត្ថបទស្រាវជ្រាវរបស់ប្រទេសនីមួយៗ និង យុទ្ធសាស្ត្រផ្សព្វផ្សាយ

ក្រោយពីបានបញ្ចប់សម្ភាសន៍ និង ការវិភាគដំបូងៗ ក្រុមស្រាវជ្រាវនៃប្រទេសនីមួយៗ បានសរសេរព្រៀងរបាយការណ៍ស្រាវជ្រាវនិងអត្ថបទវិទ្យាសាស្ត្រ។ បុគ្គលិកគម្រោង របស់វិទ្យាស្ថានណួសាល់ ក៏បានចូលរួមសរសេរអត្ថបទវិទ្យាសាស្ត្រនេះដែរ ហើយបានធ្វើឲ្យមានការពិនិត្យពីសំណាក់សហភាគះ។ ដោយសារក្របខ័ណ្ឌនៃការជ្រើសរើសអ្នកចូលរួមសម្ភាសន៍មានលក្ខណៈខុសៗគ្នាទៅតាមប្រទេសនីមួយៗ ការវិភាគប្រៀបធៀបដោយប្រើកម្មវិធី NVivo មានការលំបាក។ ក្រុមស្រាវជ្រាវបានប្រើការពណ៌នាប្រៀបធៀបជំនួសវិញ។ យើងបានរៀបចំវេទិកាថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់តំបន់ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយលទ្ធផលទៅដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗ។ សិក្ខាសាលាតាមប្រទេស បន្តដោយការដាក់សម្ពោធសៀវភៅនៅទីក្រុងបាងកកក្នុងសប្តាហ៍ទី១នៃខែកក្កដាឆ្នាំ២០១២។ សិក្ខាសាលាថ្នាក់ជាតិ និង ការសម្ពោធសៀវភៅនៅថ្នាក់តំបន់បានទទួលការជួយគាំទ្រពីការិយាល័យរបស់ AusAID ប្រចាំតំបន់នៅទីក្រុងបាងកក និងជាផ្តល់ឱកាសសម្រាប់រំលេចនូវយុទ្ធសាស្ត្រ និង ការពិចារណាសំខាន់ៗសម្រាប់រៀបចំ និង អនុវត្ត កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅក្នុងបរិបថដែលតម្រូវឲ្យមានភាពជាដៃគូជាមួយភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ ដែលធ្វើការនៅតាមថ្នាក់ផ្សេងៗគ្នា នៅវៀតណាម កម្ពុជា និង ឡាវ។

ការពិភាក្សាអំពីវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវ

នេះជាការស្រាវជ្រាវដំបូងដែលមានការចូលរួមពីប្រទេសច្រើន ដើម្បីស្វែងយល់ពីតួនាទី និង ឥទ្ធិពលរបស់ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកលើការអនុវត្តច្បាប់ ទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និង ការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។ យើងរំពឹងថានឹងអាចបង្កើតបានជាម៉ូដែលមួយនៃ លទ្ធផលពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់និងការអនុវត្តច្បាប់ និងបង្កើតបានជាអត្ថបទស្រាវជ្រាវ ដែលរួមមានការវិភាគប្រៀបធៀប ដែលអាចឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលការណ៍ និងយុទ្ធសាស្ត្រ ដែលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ អាចដំណើរការបានដោយប្រសិទ្ធិភាពជាមួយផ្នែកអនុវត្តច្បាប់។ សកម្មភាពទាំងនេះគឺជាលំហាត់អំពីការរៀបចំគោលគំនិតស្រាវជ្រាវ ដែលនាំទៅដល់ការអនុវត្តនៅនឹងកន្លែង។ វាក៏ជាលំហាត់ដែលបានផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ឲ្យមានការពិចារណាបន្ថែមទៀតផងដែរ។

ក្រុមការងារនៃគម្រោង LEHRN បានព្យាយាមចងក្រងឲ្យទាន់ពេលនូវរាល់ការផ្លាស់ប្តូរនៃគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ក្នុងរយៈពេល២ឆ្នាំនៃការប្រមូលទិន្នន័យ។ យើងមានផែនការធ្វើសម្ភាសន៍ជាបន្តបន្ទាប់ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើមានការឆ្លើយតបយ៉ាងណាចំពោះការពង្រីកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ទោះបីជាយើងសម្រេចបានក្នុងកម្រិតណាមួយនោះក៏ដោយ យើងបានយល់ថា មានការលំបាក ក្នុងការចងក្រងពីការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗនៅកម្ពុជា និង ឡាវ ដោយសារការវិវត្តនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងបរិបថទាំងនេះ មានភាពស្មុកស្មាញនិងជាទូទៅមិនច្បាស់លាស់។ លើសពីនេះទៀត

ភាពស្មុកស្មាញនៃអន្តរកម្មរវាងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងការអនុវត្តច្បាប់ នៅក្នុងប្រទេសនីមួយៗបានធ្វើឲ្យមានឥទ្ធិពលដល់ក្រុមស្រាវជ្រាវក្នុងដំណើរការស្រាវជ្រាវប្រភេទនេះ បើនិយាយក្នុងនៃប្រតិបត្តិ គឺជាបរិបថនយោបាយដ៏ចង្អៀត។ ការនេះបានផ្តល់ឱកាសឲ្យយើងវិភាគនិង ស្វែងយល់អំពីទំនាក់ទំនង និងឥទ្ធិពល ដែលស្ថាប័នសុខាភិបាល និង ស្ថាប័នស្រាវជ្រាវមានជាមួយ និង មានទៅលើផ្នែកអនុវត្តច្បាប់។

គោលគំនិតដើមនៃការស្រាវជ្រាវនេះ បានរៀបចំមុនពេលដែលយើងបានជួបពិភាក្សា ដោយពេញលេញ ជាមួយក្រុមស្រាវជ្រាវរបស់ប្រទេសនីមួយៗ។ បែបផែននៃការសិក្សាមានលក្ខណៈស្មុកស្មាញ ដោយព្យាយាមប្រៀបធៀបគំនិតផ្តួចផ្តើមអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងគោលនយោបាយ និងការប្រតិបត្តិនៃការអនុវត្តច្បាប់ នៅថ្នាក់តំបន់ និង នៅថ្នាក់ប្រទេសជាមួយនឹងអាំងឌីកាទ័រមូលដ្ឋាន ដោយប្រើទ្រឹស្តីនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការអភិវឌ្ឍគោលនយោបាយសុខភាពសាធារណៈនៅតាមប្រទេសនីមួយៗ។ គោលបំណងនោះគឺចង់ធ្វើការសិក្សាករណី ដោយប្រើទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ដែលអាចឲ្យយើងប្រៀបធៀបបាន ដោយប្រើពិសោធន៍បែបធម្មជាតិ ដែលបង្ហាញអំពីគម្លាតរវាងស្ថានភាពផ្សេងៗគ្នា មុន និងក្រោយមានការផ្លាស់ប្តូរ។

ការសិក្សានេះអាចរួមមានការបង្កើតជាម៉ូដែលនានាសម្រាប់បរិបថជាក់លាក់ ដោយស្វែងរកនូវកត្តាជំរុញឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយ និងការប្រតិបត្តិ។

ជាក់ស្តែង យើងបានអនុវត្តការស្រាវជ្រាវនេះ ដូចដែលបានគ្រោងទុក ប៉ុន្តែមិនបានដល់ថ្នាក់ល្អិតល្អន់ដូចដែលបានគិតទុកពីដំបូងនោះឡើយ។ ដើម្បីសម្រេចឲ្យបាននូវគោលបំណងនៃការស្រាវជ្រាវនេះ ក្រុមស្រាវជ្រាវ ត្រូវតែមានភាពបត់បែន និងសម្របតាម គឺធ្វើការនៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌដែលបានគ្រោងទុក និង រក្សាបាននូវលទ្ធផលដែលអាចសម្រេចបាន។ បើមើលតាមទស្សនទានបែបនេះ យើងអាចនិយាយបានថាការសិក្សានេះទទួលបានជោគជ័យ ហើយគម្រោងនេះបានបង្ហាញនូវទំនាក់ទំនងទៅវិញទៅមករវាងគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ នៃការអនុវត្តច្បាប់ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយក៏បានបង្ហាញអំពីតម្រូវការឲ្យមានទំនាក់ទំនងល្អរវាងការអនុវត្តច្បាប់ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីអាចសម្រេចបានលទ្ធផលល្អក្នុងការទប់ស្កាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង សហគមន៍របស់គេ។

លើសពីនេះទៀត យន្តការជំនួយរបស់ ADRA មិនមែនគ្រាន់តែព្យាយាមឆ្លើយសំណួរស្រាវជ្រាវប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពផងដែរ។ គឺថា ម៉ូដែលរបស់ ADRA មិនមែនជាការស្រាវជ្រាវសុទ្ធសាធនោះទេ ហើយក៏មិនមែនគ្រាន់តែជាគម្រោងមួយប៉ុណ្ណោះដែរ។ គម្រោង LEHRN បានកសាងនូវបណ្តាញជិតស្និទ្ធមួយរវាងក្រុមស្រាវជ្រាវនៃប្រទេសនីមួយៗ នៅអូស្ត្រាលី និង អាស៊ី ដែលមានទំនុកចិត្ត និង មានសមត្ថភាពបន្តធ្វើការស្រាវជ្រាវលើបញ្ហាស្មុកស្មាញជុំវិញការងនុវត្តច្បាប់ និង សុខភាពសាធារណៈ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធប្រកាសថាគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ទេ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានចូលរួមក្នុងការសរសេរអត្ថបទនេះ។ TM, NC ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការរៀបចំបែបផែននៃការសិក្សា។ TM, NC ក៏ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវផងដែរចំពោះការរៀបចំសិក្ខាសាលា និង ការបណ្តុះបណ្តាល ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងអត្ថបទនេះ។ NT, TM ជាអ្នកសរសេរសេចក្តីព្រៀងអត្ថបទនេះ។ TM, NC ជាអ្នកកែសម្រួលអត្ថបទនេះឲ្យបានជាទម្រង់បច្ចុប្បន្ន។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

កំណត់ចំណាំ

គេអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីយន្តការណ៍របស់ADRA នៅ http://www.ausaid.gov.au/research/default.cfm

ឯកសារយោង

1. AusAID: Asia Regional HIV Project. http://www.ausaid.gov.au/Publications/Pages/9194_7467_5306_2671_5674.aspx, accessed 28 May 2012.
2. AusAID: HIV/AIDS Asia Regional Project. http://www.haarp-online.org/Accessed 28 May 2012.
3. UNAIDS: Global Fact Sheet; Asia 2010. http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_Asia_em_en.pdf. Accessed 21 January 2012.
4. Sleeping with the enemy: Engaging with law enforcement in prevention of HIV among and from injecting drug users in Asia. HIV Matters Volume 2, Number 16 2010.

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា: គម្លាតរវាងគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិ

ដោយៈ

Kannarath Chheng[1] អ៊ីម៉េលៈ krniph@yahoo.com

Supheap Leang[1] អ៊ីម៉េលៈ leangsupheap@yahoo.com

Nick Thomson[2,3,4*] អ៊ីម៉េលៈ nthomson@jhsph.edu

Timothy Moore[2]

Nick Crofts[3,5] អ៊ីម៉េលៈ nick.crofts@unimelb.edu.au

[1] National Institute for Public Health, Phnom Penh, Cambodia.

[2] Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia.

[3] Centre for Law Enforcement and Public Health, Melbourne, Australia.

[4] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA.

[5] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville 3100, Australia

សេចក្តីសង្ខេប

នៅឆ្នាំ២០០៣ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា បានចាប់ផ្តើមទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាវិធីសាស្ត្រសំខាន់មួយក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេ។ កម្មវិធីមួយចំនួនដែលមានបំណងទប់ស្កាត់ និង បង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ត្រូវបានដាក់ឲ្យអនុវត្តនៅកម្ពុជាភាគច្រើននៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប៉ុន្តែ តែងតែមានភាពតានតឹងរវាងភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ និង អ្នកប្រតិបត្តិកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទោះបីជាមានការប្រឹងប្រែងតស៊ូមតិជាច្រើន ជាមួយ ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ក៏ដោយ។ ការសិក្សានេះព្យាយាមស្វែងយល់ឲ្យបានប្រសើរឡើងអំពីការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា និង អំពីថាតើបរិយាកាសនៃគោលនយោបាយ និង ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បានជួបប្រសព្វបែបណាជាមួយតួនាទីរបស់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ នៅកម្ពុជា។

សេចក្តីផ្តើម

កម្ពុជាជាប្រទេសដែលមានប្រជាជនប្រមាណជា១៤លាននាក់ និង មានព្រំប្រទល់ជាប់ជាមួយ ឡាវ ថៃ និង វៀតណាម[1]។ ទោះជាមានការលូតលាស់ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចក្នុងពេលថ្មីៗនេះដ៏ដោយ កម្ពុជានៅតែជាប្រទេសក្រីក្រមួយក្នុងតំបន់៖ ផលទុនក្នុងស្រុកសរុបសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ស្ថិតនៅជុំវិញ៨៣០ដុល្លាក្នុង១ឆ្នាំ នៅឆ្នាំ២០១០ ហើយសមាមាត្រប្រជាជនរស់នៅក្រោមបន្ទាត់ក្រីក្រមានប្រមាណជា៣០%នៅឆ្នាំ២០០៧ [2,3]។ ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ភាពក្រីក្រ អត្រាខ្ពស់នៃអ្នកមិនចេះអក្សរ និង ប្រព័ន្ធច្បាប់ធូររលុង ដែលបណ្តាលមកពីជម្លោះផ្ទៃក្នុងរាប់ទសវត្សរ៍ បានធ្វើឲ្យកម្ពុជាស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពងាយប្រឈមទៅនឹងការជួញដូរ និង ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងផលវិបាករបស់វា[4]។

មានការប៉ាន់ប្រមាណខុសៗគ្នាអំពីអត្ថិភាព ទម្រង់នៃការប្រើប្រាស់ និង និន្នាការនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់នៅកម្ពុជា។ នៅឆ្នាំ២០០៤ ក្រុមអ្នកជំនាញការមួយក្រុមបានប៉ាន់ស្មានថា មានអ្នកប្រើថ្នាំប្រភេទ Amphetamine (AST) ប្រមាណជា ២០ ០០០នាក់ និង អ្នកប្រើហេរ៉ូអ៊ីន ប្រមាណ២៥០០នាក់ ដែលក្នុងនោះប្រមាណជា១៧៥០នាក់ប្រើប្រភេទថ្នាំចាក់។ នៅឆ្នាំ២០០៧ អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធប្រឆាំងគ្រឿងញៀន (NACD) បានរាយការថា មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្រមាណជា ៥៧៩៧នាក់ ដែលអាជ្ញាធរបានដឹង ហើយក្នុងរយៈពេលដូចគ្នានេះដែរ អង្គការUNAIDS បានប៉ាន់ស្មានថាមានអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនប្រហែល ៤៦៣០០នាក់ ក្នុងនោះ ប្រមាណជា ២៣ ១៥០នាក់ (៥០%) ប្រើAST និង ប្រហែល ២ ៩០០នាក់ (៦.៣%) ប្រើហេរ៉ូអ៊ីន ដែលរួមទាំង ២ ២០៥នាក់ (ប្រែប្រួលក្នុងចន្លោះ ១២៥០ ទៅ ៧៥០០) ប្រើប្រភេទថ្នាំចាក់[5]។ អង្គការ UNODC ត្រូវបានគេដឹងថា បានធ្វើការប៉ាន់ស្មានថា ប្រមាណជា៤%នៃប្រជាជនកម្ពុជា ធ្លាប់ប្រើគ្រឿងញៀន ដែលធ្វើឲ្យចំនួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនសរុប អាចមានដល់៥០០ ០០០នាក់[4] ក្នុងនោះភាគច្រើនប្រើប្រភេទASTមិនចាក់[6]។

ទោះបីជាមានការលំបាកក្នុងការប៉ាន់ស្មានសមាមាត្រអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនក៏ដោយ ក៏គេជឿថាសមាមាត្រនៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមានការកើនឡើង។ ការសិក្សាមួយបានប៉ាន់ស្មានថា អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនបានកើនពី០.៦%នៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់ នៅឆ្នាំ២០០០ ទៅដល់១០%នៅឆ្នាំ២០០៤[7]។ នៅឆ្នាំ២០០៧ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅភ្នំពេញដែលគេប៉ាន់ស្មានថា មានប្រមាណជា៤៦ ៣០០នាក់ ភាគច្រើនលើសលប់ មានអាយុចន្លោះ ១៨-២៥ឆ្នាំ ភាគច្រើនជាបុរស និងពាក់កណ្ដាលជាអ្នកប្រើ AST ប្រមាណជា៦.៣%ប្រើហេរ៉ូអ៊ីន និង ៤.៤% រាយការថាប្រើប្រភេទថ្នាំចាក់[8]។ អាជ្ញាធរជាតិប្រឆាំងគ្រឿងញៀនបានប៉ាន់ស្មានថា ដល់ឆ្នាំ២០០៧ មានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនប្រមាណជា ១០០០ ទៅ ១០ ០០០នាក់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា [9]។

ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានគេរកឃើញដំបូងនៅឆ្នាំ១៩៩១។ តាំងពីពេលនោះមក ការចម្លងភាគច្រើនគឺតាមរយៈការរួមភេទរវាងបុរសនិងស្ត្រី។ កម្ពុជាជាប្រទេសមួយដែលទទួលរងខ្លាំងពីការរាតត្បាតមេរោគអេដស៍នៅអាស៊ី។ ដោយសារមានការប្រឹងប្រែងដ៏ខ្លាំង ស៊ីសង្វាក់គ្នា និង ចំគោលដៅ ក្នុងការទប់ស្កាត់ការរាតត្បាតមេរោគអេដស៍ ប្រទេសកម្ពុជាបានកាត់បន្ថយប្រេវ៉ាឡង់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ពីអត្រាប្រមាណជា៣% មកនៅក្រោម១% [10]។ អន្តរាគមន៍ និងវិធានការទប់ស្កាត់ចម្លងៗ គឺផ្តោតលើក្រុមដែលប្រឈមខ្លាំងជាងគេ ជាពិសេស អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ អ្នកបម្រើសេវាសប្បាយផ្សេងទៀត កងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ និងជនចំណាកស្រុក។ ទើបតែក្នុងអំឡុង៨ឆ្នាំចុងក្រោយនេះទេ ដែលគេបានទទួលស្គាល់ថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គឺជាក្រុមប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍មួយដែរ។ នៅឆ្នាំ២០០៤ គេបានប៉ាន់ស្មានថាអត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWIDs) មានពី១៤% ទៅ ៣១% គឺខ្ពស់ជាងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្រភេទមិនចាក់ (non-IDUs) ដែលគេប៉ាន់ស្មានថាមានអត្រាផ្ទុកចន្លោះពី៣% ទៅ ១៨%។ ក្នុងការសិក្សាមួយនៅឆ្នាំ២០០៧ ប្រមាណជា ២៤.៤% នៃ PWIDs បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ រីឯ non-IDUs មានអត្រាឆ្លង ១.១% [10]។ អង្កេតមួយបានរាយការថា កត្តាដែលនាំឲ្យមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោម PWIDs និង ការចម្លងបន្តទៅដៃគូរួមភេទរបស់គាត់នោះគឺថា ក្រុមនេះ

មានដៃគូរួមភេទច្រើន ការរួមភេទដោយគ្មានសុវត្ថិភាព (៤០%មិនបានប្រើស្រោមអនាម័យទៀងទាត់) ការលក់ឈាម និង ការយល់ដឹងទាបអំពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដោយបង្ហាញថា ៤៧%នៃPWIDs បានប្រើបរិក្ខារចាក់ថ្នាំរួមគ្នា [11]។

កំណើននៃវត្តមាន និង ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននៅកម្ពុជា បាននាំឲ្យមានការកើនឡើងនៃមណ្ឌលបន្សាបគ្រឿងញៀន[12] ប៉ុន្តែ នៅឆ្នាំ២០០៣ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា បានចាប់ផ្តើមទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាវិធីសាស្ត្រសំខាន់មួយក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេ។ កម្មវិធីមួយចំនួនដែលមានបំណងទប់ស្កាត់ និង បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ត្រូវបានដាក់ឲ្យអនុវត្តនៅកម្ពុជា ភាគច្រើននៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប៉ុន្តែ តែងតែមានភាពតានតឹងរវាងភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ និង អ្នកប្រតិបត្តិកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទោះបីជាមានការប្រឹងប្រែងតស៊ូមតិជាច្រើន ជាមួយ ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ក៏ដោយ។ ការសិក្សានេះព្យាយាមស្វែងយល់ឲ្យបានប្រសើរឡើងថែមទៀតអំពីការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា និង អំពីថាតើបរិយាកាសនៃគោលនយោបាយ និង ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បានជួបប្រសព្វបែបណាជាមួយតួនាទីរបស់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់នៅកម្ពុជា។

វិធីសាស្ត្រ

ការស្រាវជ្រាវនេះ គឺជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថ្នាក់តំបន់ស្តីអំពី «ការអនុវត្តច្បាប់និងការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់របស់វិទ្យាស្ថានណូសាល់» (LEHRN) ដែលមានបំណងស្វែងយល់អំពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកលើគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិនៃការអនុវត្តច្បាប់នៅកម្ពុជា ឡាវ និង វៀតណាម។ ការសិក្សានេះរួមមាន ការស្រាវជ្រាវឯកសាររួមជាមួយសម្ភាសន៍ស៊ីជម្រៅ ជាមួយជនគន្លឹះមួយចំនួន។ ការស្រាវជ្រាវឯកសារ បានពិនិត្យមើលច្បាប់របស់រដ្ឋាភិបាល គោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ របាយការណ៍ អត្ថបទកាសែត និង សេចក្តីប្រកាសរបស់រដ្ឋាភិបាលទាក់ទងទៅនឹងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ យើងបានធ្វើសម្ភាសន៍ស៊ីជម្រៅចំនួន២១ ជាមួយជនគន្លឹះ នៅផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ សុខាភិបាល ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង តំណាងសហគមន៍។ អ្នកចូលរួមត្រូវបានជ្រើសរើសទាំងថ្នាក់គោលនយោបាយ និង ថ្នាក់ប្រតិបត្តិ។

ទិន្នន័យត្រូវបានវិភាគទៅតាមប្រធានបទ។ យើងបានប្រើកម្មវិធី Nvivo ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការដាក់កូដប្រធានបទ។ នៅពេលវិភាគ យើងបានស្វែងយល់នូវប្រធានបទជាច្រើន ដែលរួមមាន៖ អន្តរកម្មរវាងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ ឥរិយាបថរបស់ប៉ូលីស និង សហគមន៍ ចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ឥទ្ធិពលវិជ្ជមាន និង ឥទ្ធិពលអវិជ្ជមានមកលើការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ កត្តាជំរុញឲ្យមានអន្តរកម្មរវាងប៉ូលីសនិងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងមតិយោបល់ អំពីការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រើថ្នាក់នៅកម្ពុជា។

លទ្ធផល

ការវិវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា

នៅឆ្នាំ២០០៣ ដោយសារមានការកើនឡើងនូវប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ដោយមានការតស៊ូមតិជាអន្តរជាតិ អំពីតម្រូវការឲ្យមានវិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឆ្លើយតបនឹងបញ្ហានេះ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានបង្កើតគោលនយោបាយមួយ សម្រាប់រៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឆ្លើយតប [13]។ បរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះលេចរូបរាងឡើងជាសន្សឹមៗ។ អ្នកដឹកនាំនយោបាយថ្នាក់ខ្ពស់ បានចាប់ផ្តើមប្រើភាសាដែលបញ្ជាក់ថារដ្ឋាភិបាលបានចាប់ផ្តើមយល់ថា ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនគឺជាបញ្ហាសុខភាពជាជាងបញ្ហាព្រហ្មទណ្ឌ ហើយការថ្លែងទាំងនេះបានក្លាយទៅជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ឲ្យគំនិតផ្តួចផ្តើមអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ អាចធ្វើដំណើរទៅមុខទៀត។ នៅឆ្នាំ ២០០៣ នាយករដ្ឋមន្ត្រី ហ៊ុន សែន បានថ្លែងថា៖

> *«បើតាមច្បាប់ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនរបស់កម្ពុជា អ្នកញៀនថ្នាំត្រូវតែទទួលបានការពិគ្រោះ ការព្យាបាល និងការស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម ជាជាងការនាំខ្លួនឡើងតុលាការ។ អ្នកញៀនថ្នាំ ត្រូវការខ្លាំងណាស់នូវការគាំពារផ្នែកសុខភាព និង ការគាំពារពីសង្គម ជាជាងការទុកឲ្យពួកគេនៅក្រៅច្បាប់ ក្រៅសង្គម»*

ការតស៊ូមតិជាបន្ត ជាពិសេស របស់បុគ្គលគន្លឹះនៅក្នុងប្រព័ន្ធភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ នៅកម្ពុជា នាំទៅដល់ការបង្កើត និង ការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយ។ នៅឆ្នាំ២០០៤ ការប្រឹងប្រែងទាំងនេះ បាននាំទៅដល់ការចុះហត្ថលេខាលើអនុស្សារណៈនៃការយោគយល់ (MoU) រវាង អាជ្ញាធរជាតិប្រឆាំងគ្រឿងញៀន (NACD) និង អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA) ដើម្បីសហប្រតិបត្តិការបង្ការការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ដែលទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន [13]។ មន្ត្រីសហប្រជាជាតិដែលយល់ដឹងច្រើនអំពីការបង្កើតបរិយាកាសនយោបាយអនុគ្រោះសម្រាប់ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បាននិយាយយ៉ាងដូច្នេះថា៖

> *«យើងបានធ្វើការតស៊ូមតិជាមួយNACD និង NAA អំពីផលប្រយោជន៍នៃសហប្រតិបត្តិការ។ នៅឆ្នាំ២០០៤ NACD និង NAA បានចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងសហការណ៍ ដែលជាលទ្ធផលនៃការតស៊ូមតិរបស់គម្រោង G22 និង គម្រោងជាតិជាមួយ UNODC»*

ការកសាងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធនយោបាយដើម្បីជួយគាំទ្រដល់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បាននាំទៅដល់ការបង្កើតឲ្យមានដំណែងជាអ្នកសម្របសម្រួលបញ្ហាជំងឺអេដស៍មួយនៅនាយកដ្ឋានបង្ការ អប់រំ និងច្បាប់ របស់ NACD។ MoU ក៏បាននាំឲ្យមានការបង្កើតជាក្រុមការងារអំពីជំងឺអេដស៍ដែលទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន (DHAWG) មួយ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការដាក់បញ្ចូលបញ្ហាជំងឺអេដស៍ ទៅក្នុងគ្រប់សកម្មភាពពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រឿងញៀនទាំងអស់នៅទូទាំងប្រទេស។ DHAWG បន្តជួបប្រជុំជារៀងរាល់ត្រីមាស។

ទោះបីជាយើងយល់ច្បាស់ថា ការតស៊ូមតិជាអន្តរជាតិ បានដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្កើតបរិយាកាសនយោបាយអនុគ្រោះសម្រាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ ជនគន្លឹះបានបង្ហាញថា ឱកាសក្នុងការទទួលបានជំនួយសម្រាប់គម្រោងជំងឺអេដស៍ បើសិនជាមានរួមបញ្ចូលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក៏ជាកាតាលីករសំខាន់ផងដែរ ក្នុងការបង្កើនការគាំទ្រ។ ដើម្បី

ទទួលបានការវិនិយោគ លើការបង្ការមេរោគអេដស៍ រដ្ឋាភិបាលប្រហែលជាមិនអាចយល់បានទាំងស្រុងនូវអ្វីដែល ជាការតម្រូវរបស់ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលទទួលយកជាអន្តរជាតិនោះឡើយ។ ទស្សនកិច្ចសិក្សាមួយចំនួនបានជួយឲ្យអាជ្ញាធរបានយល់ច្បាស់ថា យុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គាំទ្រដោយសុខភាពសាធារណៈ បានចាប់ផ្តើមបង្កើតបានជាអ្នកគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងស្រុកជាច្រើន។

> *«នោះជាស្ថានភាពថា យកទាំងអស់ ឬ អត់ទាំងអស់។ បើយើងចង់បានគម្រោងនោះ យើងត្រូវតែទទួលយកគ្រប់សមាសធាតុរបស់វា ដែលរួមមានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែរ។ យើងមានការស្ទាក់ស្ទើរ ព្រោះថាយើងមិនដឹងអ្វីសោះអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ប៉ុន្តែ បន្ទាប់ពីបានយល់អំពីផលប្រយោជន៍របស់វា តាមរយៈសន្និសីទ និង ទស្សនកិច្ចសិក្សា ទៅអូស្ត្រាលី យើងមានមោទនភាព ដែលយើងបាននាំគំនិតនេះចូលមកកម្ពុជា»* -- មន្ត្រីប៉ូលីស ធ្វើការនៅ NACD

ការគាំទ្របន្ថែមទៀតផ្នែកនយោបាយចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បានបង្ហាញតាមរយៈពាក្យពេចន៍ដែលមានក្នុងផែនការ៥ឆ្នាំលើកទី១អំពីការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀននៅកម្ពុជាពីឆ្នាំ២០០៥ដល់ឆ្នាំ២០១០ ដែលបញ្ជាក់ច្បាស់ថា «ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បណ្តាលមកពីការប្រើបំពានគ្រឿងញៀន» គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រសំខាន់មួយ [14]។ នៅឆ្នាំដដែលនោះដែរ រដ្ឋាភិបាលបានអនុញ្ញាតឲ្យអនុវត្តកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង (NSP) នៅភ្នំពេញ។

មកទល់ឆ្នាំ២០០៥ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងគោលនយោបាយ។ នៅឆ្នាំ២០០៥ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ ២០០៦-២០១០ របស់ NAA បានសម្រេចយកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ធ្វើជាគោលការណ៍មគ្គុទេសក៍[15] ហើយនៅឆ្នាំ២០០៨ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិទី១អំពីជំងឺអេដស៍ដែលទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន (២០០៨-២០១០) ត្រូវបានចេញផ្សាយ។ នៅឆ្នាំ២០១០ រដ្ឋាភិបាលបានបង្កើតកម្មវិធីបន្សាបគ្រឿងញៀនដោយប្រើមេតាដូន (MMT) នៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត នៅភ្នំពេញ។

នៅឆ្នាំ២០១១ ច្បាប់ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនថ្មី បានចែងច្បាស់អំពីការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការទទួលសេវាទាំងនេះដោយក្រុមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅកម្ពុជា។

> *«...រដ្ឋត្រូវធានាផងដែរឲ្យមានសេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីការប្រើបំពានគ្រឿងញៀន សេវាសុខភាព និង គោលនយោបាយជាតិដែលជួយឲ្យមាននូវការថយចុះនូវគ្រោះថ្នាក់ផ្នែកសុខភាព ផ្នែកសង្គម និង ផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច ទៅដល់បុគ្គល សហគមន៍ និង សង្គម ដោយសារគ្រឿងញៀន...»* -- ដកស្រង់ពីមាត្រា១០០នៃច្បាប់ស្តីពីការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន (អនុមត្តិដោយរដ្ឋសភាកាលពីថ្ងៃទី២៥ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១១)

បញ្ហាប្រឈមក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធី

នៅឆ្នាំ២០០៥ NACD បានផ្តល់អាជ្ញាបត្រឲ្យអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក២ ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលរួមមាន ការផ្តល់ម្ជុល សឺរ៉ាំង តាមរយៈការចុះផ្តល់តាមសហគមន៍និងមណ្ឌលពិគ្រោះ។ នៅពេលដែលការតស៊ូមតិនៅថ្នាក់លើបាននាំទៅដល់ការបង្កើតឲ្យមានបរិយាកាសនយោបាយអនុគ្រោះ មិនមានការតស៊ូមតិកម្រិតដូចគ្នានេះត្រូវបានគេធ្វើនៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិទេ។ ការទទួលខុសត្រូវអំពីការតស៊ូមតិជាមួយប៉ូលីសមូលដ្ឋាន និង សហគមន៍ ត្រូវបានប្រគល់ទៅឲ្យអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលមានបំណងអនុវត្តកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ដែលជាការដាក់សម្ពាធមិនចាំបាច់ដល់កម្មវិធីដ៏ក្មេងខ្ចីនេះ។ គម្លាតរវាងគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិចាប់ផ្តើមលេចជារូបរាង។

> *«គ្មានកម្មវិធីតស៊ូមតិ ឬ ខិតប័ណ្ណដើម្បីជួយឲ្យប្រជាជននៅតាមសហគមន៍បានយល់ឡើយ។ ទោះបីជារដ្ឋាភិបាលឲ្យអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលជាអ្នកធ្វើការតស៊ូមតិក៏ដោយ កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងមិនដែលធ្វើទេ។ កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងមិនបានបំពេញតាមស្តង់ដារនៃការអនុវត្តទេ ហើយនៅពេលដែលមានបញ្ហា សហគមន៍មានការត្អូញត្អែរ»* - មន្ត្រីម្នាក់របស់ NACD

បុគ្គលិករបស់អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់យល់ថា គួរតែមានការតស៊ូមតិ និងការអប់រំដ៏ជាប់លាប់ ទៅដល់សហគមន៍។ មានការកត់សម្គាល់ថានៅពេលដែលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់កំពុងព្យាយាមធ្វើប្រតិបត្តិការ និង រៀបចំខ្លួនឯងចូលទៅក្នុងសហគមន៍ ក៏មានការឃោសនាប្រឆាំងគ្រឿងញៀនកំពុងតែដំណើរការដែរ។ អ្នកចូលរួមយល់ថា ការតស៊ូមតិសម្រាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួរតែមានលក្ខណៈសកម្ម និងជាប់លាប់ដូចការប្រឹងប្រែងលើកកម្ពស់ការយល់ដឹងអំពីមេរោគអេដស៍ដែរ។

> *«ការពន្យល់អំពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននៅមានកម្រិត សូម្បីតែនៅថ្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវបង្ការគ្រឿងញៀនក៏ដោយ។ យុទ្ធសាស្ត្រចម្បងរបស់រដ្ឋាភិបាលគឺពន្យល់សាធារណជនអំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការប្រើគ្រឿងញៀន តាមរយៈប័ណ្ណផ្សព្វផ្សាយ និងតាមរយៈវិទ្យុនិងទូរទស្សន៍។ ប៉ុន្តែគ្មានព័ត៌មានងាយៗ និង ជាប់លាប់សម្រាប់សាធារណជនអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ។ ការពិតនោះគឺថា ព័ត៌មានប្រភេទនេះ មិនត្រូវបានផ្តល់ទៅឲ្យថ្នាក់មូលដ្ឋានក្នុងសង្គម ឬ សូម្បីតែថ្នាក់ធ្វើគោលនយោបាយឡើយ ព្រោះថាគាត់ក៏ដូចជាមិនបានដឹងច្បាស់អំពីផលប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ»* -- បុគ្គលិកមួយរូប បម្រើការឲ្យអង្គការដែលផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា

ទោះបីជារដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានយល់ព្រមអំពីលើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ហើយក៏ដោយ ក៏អ្នកអនុវត្តច្បាប់នៅតាមមូលដ្ឋាន នៅតែមិនទាន់បានយល់ច្បាស់ពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ឬក៏តួនាទីរបស់ពួកគាត់ក្នុងការគាំទ្រការអនុវត្តកម្មវិធីនេះដែរ។ អ្នកអនុវត្តច្បាប់នៅមូលដ្ឋាន មិនបានចូលរួមក្នុងការធ្វើផែនការសម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធីឡើយ។ តាមពិតទៅ អ្នកអនុវត្តច្បាប់បានដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺនៅពេលដែលកម្មវិធីនេះត្រូវបានដាក់ឲ្យអនុវត្តទៅហើយ។

«មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់នៅមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានអញ្ជើញឲ្យចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលាដើម្បីដាក់ឲ្យអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានការភ្ញាក់ផ្អើល នៅពេលគេបង្ហាញអំពីយុទ្ធសាស្ត្រ ហើយមិនជឿថាវានឹងអាចអនុវត្តបាននោះឡើយ។ ប៉ុន្តែពួកគាត់និយាយថានេះជាបញ្ហាពីថ្នាក់លើ» --មន្ត្រីម្នាក់របស់ NACD

ការអនុវត្តកម្មវិធីក៏បានទទួលស្គាល់ផងដែរថា ទោះជាមានបរិយាកាសអនុគ្រោះ និង តម្រូវការឲ្យមានអ្នកអនុវត្តច្បាប់ចូលរួមជាមួយក៏ដោយ ក៏មិនទាន់មានការប្រឹងប្រែងគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីឲ្យមានការចូលរួមបែបនេះដែរ។

«គោលនយោបាយល្អណាស់ ប៉ុន្តែមានគម្លាតរវាងគោលនយោបាយនិងការប្រតិបត្តិ ព្រោះថា ភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិមួយចំនួន ដូចជាមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់នៅភ្នំពេញ និង តាមខេត្តនានា មិនត្រូវបានអញ្ជើញឲ្យចូលរួមក្នុងការប្រជុំDHAប្រចាំខែឡើយ។ មានន័យថាពួកគេមិនបានចូលរួមក្នុងការពិភាក្សាអំពីការអនុវត្តទេ ហើយពួកគាត់ក៏មិនបានដឹងអំពីគោលនយោបាយ ឬ យុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ» -- អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

អ្នកចូលរួមសម្ភាសន៍បានលើកឡើងអំពីកង្វះការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និង ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន ក្នុងការធ្វើគោលនយោបាយ និង ផែនការអនុវត្ត។ ការនេះនាំឲ្យខ្វះសហការណ៍ពីសំណាក់សហគមន៍អ្នកអនុវត្តច្បាប់ ដែលយល់ថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ភាគច្រើនជំរុញដោយក្រុមអ្នកផ្តល់ជំនួយ ដោយមានការគាំទ្រពីភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ។

«គោលនយោបាយត្រូវបានសរសេរដោយទីប្រឹក្សាបរទេស។ គេមិនអាចយល់បរិបថកម្ពុជាឲ្យបាន១០០%នោះទេ។ ជួនកាលរបៀបដែលគេរៀបចំកម្មវិធី មិនស្របជាមួយបរិបថកម្ពុជាទេ» - បុគ្គលិកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិបានទទួលស្គាល់ថា ត្រូវមានការតស៊ូមតិបន្ថែមទៀត នៅគ្រប់ថ្នាក់ និង ភ្នាក់ងារដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការអនុវត្តច្បាប់នៅកម្ពុជា។

«ខ្ញុំយល់ថា កំហុសចម្បងមួយនៅក្នុងប្រព័ន្ធសហប្រជាជាតិនោះគឺ កំហុសជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។ ជាការត្រឹមត្រូវដែលយើងគាំទ្រ NACD ព្រោះជាស្ថានប័នកំពូលក្នុងរឿងនេះ។ បញ្ហាគឺថា យើងមិនបានចំណាយពេលគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការបង្កើតនូវការយល់ដឹងក្នុងចំណោមសហគមន៍អ្នកអនុវត្តច្បាប់នៅកម្ពុជា» - មន្ត្រីសហប្រជាជាតិ

សមាសធាតុសំខាន់ៗនៃជោគជ័យរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការសម្របសម្រួល និង សហការណ៍ពហុវិស័យនៅក្នុងសង្គម។ នៅកម្ពុជា រួមមាន អ្នកធ្វើគោលនយោបាយ មន្ត្រីរបស់NACD និងមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់នៅតាមសហគមន៍។ គេគួររំពឹងថា ផ្នែកទាំងអស់នេះបានយល់អំពីគោលគំនិតរបស់ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយថា អ្នកទាំងអស់រួបរួមគ្នា សម្របសម្រួលគ្នា និង សហការគ្នា។ យើងបានយល់ច្បាស់តាំងពីដំបូងថា នៅកម្ពុជា មិនត្រឹមតែខ្វះការសម្របសម្រួល និង សហប្រតិបត្តិការពហុវិស័យប៉ុណ្ណោះទេ តែអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក៏មិនបានសម្រប

សម្រួលល្អដែរ។ កង្វះការសម្របសម្រួលនៃអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនេះ មានផលប៉ះពាល់ទាំងការផ្តល់សេវា និង ក៏បានបង្កើតជារូបភាពអវិជ្ជមាននៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅក្នុងការយល់ឃើញរបស់NACD។

> *«គ្មានគោលដៅច្បាស់លាស់សោះរវាង NGO X និង NGO Y។ អង្គការទាំងពីរផ្តោតលើក្រុមប្រជាជនគោលដៅផ្សេងគ្នា។ NGO Xផ្តោតលើក្មេងតាមថ្នល់ អាយុក្រោម២៥ឆ្នាំ រីឯNGO Y ផ្តោតលើក្រុមមនុស្សអាយុលើសពី២៥ឆ្នាំ។ ពួកគេនៅតែដណ្តើមគ្នាចែកចាយ និង ប្រមូលសឺរ៉ាំង នៅក្នុងកន្លែងតែមួយ»* - មន្ត្រីNACD

យុទ្ធសាស្ត្រវិជ្ជមានដែលជួយដល់ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះបានសម្គាល់ឃើញយុទ្ធសាស្ត្រមួយចំនួនដែលមានផលវិជ្ជមានដល់ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងនោះគឺការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដល់មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន អ្នកអនុវត្តច្បាប់ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និង សហគមន៍។ ការបណ្តុះបណ្តាល និង ការប្រឹងប្រែងបញ្ជ្រាបព័ត៌មាន បាននាំឲ្យមានទំនាក់ទំនង និង សហប្រតិបត្តិការប្រសើរឡើងរវាងមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ និង អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការប្រឹងប្រែងទាំងនេះបាននាំឲ្យសហគមន៍មានការយល់ដឹងប្រសើរឡើងអំពីគោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថជាបណ្តើរៗរបស់សហគមន៍ ក៏ដូចជាមន្ត្រីប៉ូលីស ចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក៏ដូចជាចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។

> *«ប៉ូលីសធ្លាប់តែស្អប់បុគ្គលិកចុះមូលដ្ឋានរបស់អង្គការយើង ព្រោះគាត់ថាយើងបានជួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលគេចាត់ទុកជាមនុស្សអាក្រក់។ ក្រោយពីបានចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ប៉ូលីសចាប់ផ្តើមអាណិតដល់អ្នកដែលធ្វើការជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយក៏បានផ្តល់កិច្ចសហការណ៍ជាងមុន។ ឥលូវប៉ូលីសបានយល់អំពីតួនាទីរបស់ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមករកសេវា»។* - អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

នៅពេលដែលទំនាក់ទំនងជាមួយសហគមន៍បានប្រសើរឡើង ទាំងសហគមន៍ និង កម្មវិធីបានបង្កើតនូវបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់ការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

> *«ពីមុន សហគមន៍បានត្អូញត្អែរអំពីការកើនឡើងនៃបទល្មើស ការចោលម្ជុល/សឺរ៉ាំងរាយប៉ាយ និង ការបាត់សណ្តាប់ធ្នាប់សាធារណៈ។ ឥលូវ ពេលដែលយើងអនុវត្តកម្មវិធីម្ជុល/សឺរ៉ាំង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនលែងបោះម្ជុល/សឺរ៉ាំងរាយប៉ាយទៀតហើយ ដោយសារមានការពន្យល់លើកទឹកចិត្ត ពីបុគ្គលិកកម្មវិធី។ សហគមន៍ក៏មានអ្នកស្ម័គ្រចិត្តជួយប្រមូលម្ជុល/សឺរ៉ាំងផងដែរ»*- អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ការអនុវត្តកម្មវិធីការបន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏មានភាពប្រសើរឡើងដែរ នៅពេលដែលអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីទៅជួបជាទៀងទាត់ជាមួយមន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន ក៏ដូចជាអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន។ ការរក្សាទំនាក់ទំនងល្អរវាងអ្នកអនុវត្តកម្មវិធី និង មន្ត្រីជាន់ខ្ពស់របស់រដ្ឋាភិបាល ក៏មានសារៈសំខាន់ផងដែរ។

«អង្គការយើងបានទៅជួបជាទៀងទាត់ជាមួយប៉ូលីសមូលដ្ឋាន និងមន្ត្រីសង្គមកិច្ច។ យើងក៏មានទំនាក់ទំនងទៀងទាត់ជាមួយមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់របស់អាជ្ញាធរផងដែរ។ នេះគឺជាចំណុចគន្លឹះ គឺថាមិនមែនទៅជួយជាមួយអ្នកដែលមានបញ្ហានោះទេ គឺថាត្រូវមានទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រប់គ្នា» - អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

កត្តាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននៃការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

NACD មិនបានបន្តអាជ្ញាបត្រឲ្យអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលមួយ ឲ្យអនុវត្តកម្មវិធីម្ជុល/សឺរ៉ាំងតទៅទៀតទេ។ ទោះបីជាយើងមិនបានដឹងពីហេតុផលច្បាស់លាស់ គេបានគិតថាបញ្ហាគ្រប់គ្រងបានដើរតួនាទីសំខាន់។ ប៉ូលីសទទួលការតវ៉ាពីសហគមន៍អំពីការកើនឡើងនៃបទល្មើស ការបោះចោលម្ជុល/សឺរ៉ាំងរាយប៉ាយ និង ការបាត់បង់សណ្តាប់ធ្នាប់សាធារណៈ។ ប៉ូលីសក៏បានលើកឡើងដែរថា ការជួញដូរគ្រឿងញៀននៅជុំវិញមណ្ឌលផ្តល់សេវា បានធ្វើឲ្យប៉ូលីសមានអារម្មណ៍មិនសប្បាយចិត្តចំពោះកម្មវិធី ដែលនាំទៅដល់ការបាត់បង់ជំនឿទុកចិត្ត ការប្រាស្រ័យទាក់ទង និង សហការណ៍។ គេមានជំនឿដែរថាជនបរទេសដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកម្មវិធី មិនបានយកចិត្តទុកដាក់ឲ្យបានដិតដល់ចំពោះប្រពៃណីនិងវប្បធម៌ខ្មែរ ទាក់ទងនឹងការតម្រូវឲ្យមានបែបបទផ្លូវការពេលទាក់ទងជាមួយមន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល។

«សហគមន៍បានស្នើឲ្យប៉ូលីសបិទអង្គការនោះ ព្រោះថាមានសឺរ៉ាំងប្រឡាក់ឈាមនិងរាយប៉ាយគ្រប់កន្លែង។ អ្នកប្រមូលសឺរ៉ាំងមិនបានប្រមូលអស់ទេ ហើយដែលអាចនាំមានការចម្លងមេរោគអេដស៍។ ដូច្នេះ ផលប៉ះពាល់នៃកម្មវិធីនេះហាក់ដូចជាមានលក្ខណៈអវិជ្ជមានជាជាងវិជ្ជមាន។ ការនេះបង្ហាញថា ការអនុវត្តមិនបានត្រឹមត្រូវនូវកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានផលប៉ះពាល់មិនល្អ»- មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

តួនាទីរបស់NACD ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជាស្ថិតនៅក្រោមការទទួលខុសត្រូវរបស់NACD។ NACD គឺជាយន្តការជាតិសម្រាប់គ្រប់គ្រងនិងសម្របសម្រួលចំពោះរាល់បញ្ហាទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀនទាំងអស់។ NACD ត្រូវសម្របសម្រួលចរន្តព័ត៌មានអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទាំងខ្សែទទឹង ទាំងខ្សែបណ្តោយ ប៉ុន្តែគេជឿថា តួនាទីរបស់NACD ក្នុងការបញ្ជូនព័ត៌មានអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅភ្នាក់ងារប៉ូលីសផ្សេងទៀត ត្រូវបានកាត់បន្ថយ ដោយហេតុថាតួនាទីក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់របស់ខ្លួន ដើរផ្ទុយគ្នានឹងតួនាទីរបស់មន្ទីរប្រឆាំងគ្រឿងញៀន។

«តួនាទីរបស់មន្ទីរប្រឆាំងគ្រឿងញៀនគឺបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន ចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង អ្នកជួញដូរគ្រឿងញៀន ដូច្នេះ វាជាការលំបាកណាស់ក្នុងការនិយាយអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជាមួយមន្ទីរប្រឆាំងគ្រឿងញៀន» - មន្ត្រី NACD

ប៉ុន្តែNACDយល់ថាខ្លួនជាអ្នកតាមដានការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា ហើយបន្ថែមពីលើការត្រួតពិនិត្យការផ្តល់អាជ្ញាបត្រសម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ NACDក៏ព្យាយាមតាមដានកម្មវិធីម្ជុល/សឺរ៉ាំង និងលទ្ធភាពរបស់កម្មវិធីក្នុងការប្រមូលម្ជុល/សឺរ៉ាំងដែលប្រើរួច។

> *«NACDគួរតែត្រួតពិនិត្យកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ថាតើម្ជុលសឺរ៉ាំងត្រូវបានចែកចាយ និង ប្រមូលវិញយ៉ាងដូចម្តេច។ ឧទាហរណ៍ ម្ជុលសឺរ៉ាំង១០០០០ត្រូវបានចែកចាយ ប៉ុន្តែបើមានម្ជុលសឺរ៉ាំងតែ២០០០ត្រូវបានប្រមូលមកវិញ តើ ៨០០០ទៀតទៅណា? យើងត្រូវដឹងថា តើគេលក់ ឬ ចាក់ហើយបោះចោលពាសវាលពាសកាលក្នុងសហគមន៍»* - មន្ត្រីNACD

ទោះបីជាមានតួនាទីផ្លូវច្បាប់ក្នុងការតាមដានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ អ្នកសង្កេតការមួយចំនួនយល់ថាNACDពុំមានសមត្ថភាពបច្ចេកទេសក្នុងការគ្រប់គ្រងនៃវិសាលភាពទាំងមូលនៃបញ្ហាគ្រឿងញៀនជាមួយសុខភាព និង ជំងឺអេដស៍ ដែលរួមមានការព្យាបាលដោយផ្អែកលើភស្តុតាង នោះឡើយ។ NACDក៏បានទទួលស្គាល់ផងដែរថា មន្ត្រីខ្លះរបស់ខ្លួនក៏មិនគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែរ។

> *«ទោះបីជាNACDចាប់ផ្តើមប្រកាសគោលគំនិតនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់តាំងពីឆ្នាំ២០០៩ក៏ដោយ ប៉ូលីសនៅតែមិនទាន់យល់អំពីគោលគំនិតនេះនៅឡើយ»* - មន្ត្រីNACD

ការយល់ឃើញអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងសង្គមកម្ពុជា

គោលគំនិតនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មិនត្រូវបានសាធារណជនយល់ច្បាស់លាស់ទេនៅកម្ពុជា។ ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជាគោលគំនិតថ្មីមួយនៅកម្ពុជា លើសពីនេះទៀត មិនមានពាក្យខ្មែរណាមួយដែលអាចប្រើឲ្យចំគោលគំនិតនេះទេ។ ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សំដៅទៅលើសំណុំកម្មវិធី និង វិធីសាស្ត្រដែលមានគោលដៅកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បណ្តាលមកពីការប្រើគ្រឿងញៀន។ នៅថ្នាក់គោលនយោបាយ គោលគំនិតនេះត្រូវបានគេយល់បានល្អគួរសម។ ប៉ុន្តែនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានដែលគេមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស NACD តែងតែនិយាយអំពីម្ជុល/សឺរ៉ាំង ទោះបីជាគេដឹងថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានរឿងច្រើនជាងនេះក៏ដោយ។

> *«ពេលដែលនិយាយអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គេតែងតែគិតទៅដល់ម្ជុល/សឺរ៉ាំង។ តាមពិតទៅ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ រួមមានរឿងជាច្រើន»* - មន្ត្រី NACD

ការយល់ឃើញអំពីអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា បានទទួលរងផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដោយសារ សហគមន៍មានការយល់ឃើញ និង ឥរិយាបថអវិជ្ជមាន ចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ នៅកម្ពុជាគេច្រើនតែគិតថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមានការពាក់

ព័ន្ធជាមួយបទល្មើសនានាដូចជា ការលួច និង អំពើហិង្សាជាដើម។ មន្ត្រីប៉ូលីសគិតថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនជាច្រើន មានពាក់ព័ន្ធជាមួយការជួញដូរគ្រឿងញៀនដែរ ហើយគេតែងយកហេតុផលបែបនេះសម្រាប់ធ្វើការឃាត់ខ្លួន។

«ជាការលំបាកក្នុងការបែងចែករវាងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង អ្នកចែកចាយគ្រឿងញៀនណាស់។ ពួកគេធ្វើទាំងពីរ» - មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់មូលដ្ឋាន

«ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន១០នាក់ មាន៧នាក់ហើយដែលជាអ្នកលក់គ្រឿងញៀនដែរ» -មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់មូលដ្ឋាន

ដោយសារគេមិនសូវមានការយល់ដឹងច្បាស់អំពីគោលគំនិតនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មនុស្សក្នុងស្រទាប់ផ្សេងៗនៃសង្គមកម្ពុជា មានឥរិយាបថអវិជ្ជមានចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ នៅថ្នាក់គោលនយោបាយ ទោះបីជាមានការយល់ដឹងអំពីគោលគំនិតនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងកំរិតគួរសមមួយក៏ដោយ គេក៏នៅតែមានការមន្ទិលអំពីថាតើកម្មវិធីនេះអាចអនុវត្តបានឬទេ នៅក្នុងបរិបថកម្ពុជា។ កង្វះភស្តុតាងនៅនឹងកន្លែងអំពីជោគជ័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជាបានបន្តរាំងរាំងដល់ការខិតខំប្រឹងប្រែងតស៊ូមតិនៅក្នុងសហគមន៍។

«ពីដំបូង យើងមានមោទនភាពណាស់ ដោយហេតុថា យើងជាអ្នកដំបូងគេ ដែលនាំគំនិតនេះចូលមកកម្ពុជា។ ឥលូវយើងមានការបារម្ភថា យើងប្រហែលជានាំនូវគំនិតមិនត្រឹមត្រូវចូលក្នុងប្រទេសរបស់ខ្លួន» - មន្ត្រីរបស់NACD

«មិនមានភស្តុតាងអំពីកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងសោះ ទោះបីជាកម្មវិធីនេះបានដំណើការតាំងពីឆ្នាំ២០០៥មកម្ល៉េះ។ យើងមិនដែលបានឃើញភស្តុតាងអំពីកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងនៅក្នុងប្រទេសយើងទេ។ យើងបានលើយកករណី២ឬ៣ពីប្រទេសដទៃប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំមានការមិនពេញចិត្តជាយូរមកហើយជាមួយកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ព្រោះវាមិនបានបង្ហាញភស្តុតាង ទោះបីជាបានអនុវត្តជាយូរមកហើយក៏ដោយ។ ប៉ុន្តែនៅតែវ៉ាន់ បន្ទាប់ពីអនុវត្តបាន១ឆ្នាំ គេអាចបង្ហាញភស្តុតាងបាន» - មន្ត្រីរបស់NACD

ភាពមន្ទិលនេះមានកាន់តែខ្លាំងនៅក្នុងចំណោមមន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន និង សហគមន៍។ ទោះបីជាមានការគាំទ្រខ្លះពីសំណាក់ប៉ូលីសមូលដ្ឋានចំពោះអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ ការគ្រាន់តែប្រមូលម្ជុលសឺរ៉ាំង មិនបាននាំឲ្យសហគមន៍យល់ថាកម្មវិធីនេះនឹងជួយឲ្យសហគមន៍របស់គាត់មានសុវត្ថិភាពជាងមុននោះទេ។

«ការផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង គឺជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន បន្តប្រើតទៅទៀត» - មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

«អ្នកស្រុកយល់ថា ការផ្តល់សឺរ៉ាំងនាំឲ្យមានជនល្មើស» - អត្ថបទភ្នំពេញប៉ុស្ត [ថ្ងៃ២៨កញ្ញា ២០០៩]

ទម្លាប់នៃការប្រតិបត្តិរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់

តាមរយៈសម្ភាសន៍ យើងបានយល់ច្បាស់ថា ប៉ូលីសនៅកម្ពុជាមិនបានយល់ថាខ្លួនមានតួនាទីក្នុងការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីប្រើគ្រឿងញៀនឡើយ។ ប៉ូលីសគិតតែពីតួនាទីក្នុងការរក្សាសណ្តាប់ធ្នាប់ សន្តិសុខ និង សុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍។

«មានការបញ្ជាឲ្យប៉ូលីសបង្ក្រាបអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ» - មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់មូលដ្ឋាន

ជាងនេះទៀត ប៉ូលីសមិនបានគិតថាខ្លួនមានតួនាទីក្នុងការបង្ការ ព្យាបាល ថែទាំ និង គាំពារ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឡើយ។ ប៉ូលីសមូលដ្ឋានមិនបានចាត់ទុកថាការប្រើគ្រឿងញៀន ជាបញ្ហាចម្បងមួយក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍នោះឡើយ។

«កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងលើកទឹកចិត្តអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនឲ្យបន្តប្រើទៀត ប៉ុន្តែមិនបានកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ទេ។ ចំនួនអ្នកឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈចាក់គ្រឿងញៀន មានតិចជាងចំនួនដែលឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទឆ្ងាយណាស់»- មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់មូលដ្ឋាន

ទោះបីជាប៉ូលីសមិនបានយល់អំពីតួនាទីរបស់ខ្លួនក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ គេមានការយល់ដឹងច្បាស់ពីនិន្នាការនៃការប្រើគ្រឿងញៀន។ ការយល់ដឹងអំពីវដ្តនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និង បទល្មើស ត្រូវបានយកជាហេតុផលដែលថាកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងមិនគួរឲ្យមានទេៈ

«អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ចាក់២ឬ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ហើយម្តងៗអស់ប្រហែល ១២០០រៀល។ ជាទូទៅអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដើរប្រមូលអេតចាយ ហើយអាចលួចរបស់របរផ្សេងទៀតផងដែរ។ បើយើងបន្តអាជ្ញាបត្រឲ្យកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង គឺលើកទឹកចិត្តឲ្យពួកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនធ្វើរឿងខុសច្បាប់» - មន្ត្រីរបស់NACD

អ្នកចូលរួមខ្លះបានទទួលស្គាល់ថា ទោះបីជាប៉ូលីសខ្លះបានយល់ដឹងអំពីគោលគំនិតរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ នៅពេលដែលថ្នាក់លើរបស់គាត់បញ្ជាឲ្យបង្ក្រាបអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គាត់ត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនចេញពីតំបន់របស់គាត់ គឺធ្វើយ៉ាងណាឲ្យសហគមន៍របស់គាត់ស្អាត។ ជាទូទៅ គាត់ទទួលបញ្ជាពីថ្នាក់លើ ឲ្យចាត់ការជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ បន្ថែមលើនេះទៀត ក្នុងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់គាត់ គឺគាត់គិតពីរឿងបទល្មើសមុន ហើយរឿងសុខភាពបន្ទាប់។

«ពេលអ្នកតាមដាន ឬ មេចុះមក គាត់ត្រូវចាប់ខ្លួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន៥០នាក់អញ្ចឹងទៅ ។ គាត់ត្រូវតែធ្វើ។ នេះជាភារកិច្ចរបស់គាត់។ គាត់ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពលំបាកណាស់ ព្រោះថាគាត់យល់ដឹងអំពីគោលគំនិតមួយ ហើយគាត់ត្រូវថ្នាក់លើបញ្ជាឲ្យធ្វើរឿងមួយខុសគ្នាស្រឡះ» - មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

«ប៉ូលីសយល់ថាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ជាជនរងគ្រោះ ប៉ុន្តែនៅពេលដែលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន លួចកង់ ឬ របស់របរផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្រុក ប៉ូលីសត្រូវតែចាប់ខ្លួន» - មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

ប៉ូលីសយល់ថា ជោគជ័យនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានតែពេលណាដែលអ្នកអនុវត្តច្បាប់បិទភ្នែក ចំពោះកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងប៉ុណ្ណោះ

«ពេលបុគ្គលិកអង្គការចុះចែកម្ជុលសឺរ៉ាំង មន្ត្រីរបស់ខ្ញុំមិនថាអីទេព្រោះជាកម្មវិធីដែលមានអាជ្ញាបត្រ។ ប៉ុន្តែចំពោះខ្ញុំវិញ ខ្ញុំមិនឯកភាពជាមួយកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងទេ ព្រោះវាជួយលើកទឹកចិត្តឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន កាន់តែប្រើបន្ថែមទៀត» - មន្ត្រីប៉ូលីស

មនុស្សជាច្រើនយល់ថា ប៉ូលីសមានការយល់ដឹងទាបអំពីគោលគំនិតរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង អំពីថាតើកម្មវិធីនេះត្រូវអនុវត្តបែបណានោះ។ ជាងនេះទៀត គេយល់ថា ប៉ូលីសមិនបានដឹងអំពីផលប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាពរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ។ នេះដោយសារថា មានតែមន្ត្រីប៉ូលីសតិចតួចប៉ុណ្ណោះនៅភ្នំពេញដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

«គេមិនយល់ថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជួយកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននោះឡើយ សូម្បីតែមន្ត្រីនៅNACD» - មន្ត្រីរបស់NACD

«គាត់មិនស្គាល់ច្បាស់ពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទេ អញ្ចឹងហើយបានជាគាត់ព្យាយាមចាប់ខ្លួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ជាជាងចាត់ទុកពួកគេថាជាជនរងគ្រោះ ព្រោះគាត់យល់ថា បើមិនចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គឺមិនអាចរកអ្នកចែកចាយគ្រឿងញៀនឃើញឡើយ» - អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ការវិនិយោគលើការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីស និង ការកសាងទំនាក់ទំនង

ដើម្បីប្តូរឥរិយាថប៉ូលីសចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ការវិនិយោគលើការបណ្តុះបណ្តាល បានផ្តល់ផលវិជ្ជមានក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថរបស់ប៉ូលីស និង បង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់ការផ្តល់សេវាៈ

«ខ្ញុំធ្លាប់ស្អប់បុគ្គលិកចុះមូលដ្ឋានរបស់អង្គការព្រោះគេជួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលយើងចាត់ទុកជាមនុស្សអាក្រក់។ ក្រោយពីបានចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ខ្ញុំចាប់ផ្តើមអាណិតអ្នកដែលធ្វើការជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយក៏សម្រេចចិត្តសហការ។ ឥលូវនេះយើងបានយល់អំពីតួនាទីរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ទៅរកសេវាថែទាំ» - មន្ត្រីប៉ូលីស

ពេលកម្មវិធីចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយប៉ូលីស យើងអាចឃើញថា ប៉ូលីសបានដើរតួនាទីសំខាន់ណាស់ក្នុងការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

«អង្គការមានទំនាក់ទំនងល្អជាមួយប៉ូលីសមូលដ្ឋាន តាមរយៈកិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាមួយយើង ហើយនៅពេលមានក្មេងតាមចិញ្ចើមថ្នល់ ប្រើគ្រឿងញៀន និង លួចរបស់របរ យើងតែងតែបញ្ជូនក្មេងទាំងនោះទៅឲ្យអង្គការនោះ» - មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ការប្រើគ្រឿងញៀនត្រូវបានចាត់ទុកជាបញ្ហាសន្តិសុខ ជាជាងបញ្ហាសង្គម និង បញ្ហាសុខភាព។ បើតាមការយល់ឃើញរបស់សហគមន៍ បញ្ហាសន្តិសុខក្នុងសហគមន៍របស់គាត់ ជារឿងសំខាន់ជាងបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ដែលគេគិតថាបញ្ហាមេរោគអេដស៍ ជារឿងបុគ្គលច្រើនជាង។ ឆ្លើយតបនឹងការរំពឹងបែបនេះ រដ្ឋាភិបាលបានដាក់ចេញនៅនូវគោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាពដើម្បីឲ្យមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់នៅមូលដ្ឋានអនុវត្ត[១៦]។ គោលនយោបាយនេះកំណត់ថា «សហគមន៍មានសុវត្ថិភាព» គឺជាសហគមន៍ដែលគ្មាន ការលួចប្លន់ គ្មានល្បែងស៊ីសង គ្មានការប្រើគ្រឿងញៀន គ្មានពេស្យាចារ និង គ្មានបទល្មើស។ ការនេះបានដាក់ឲ្យអ្នកអនុវត្តច្បាប់នៅមូលដ្ឋាន ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដ៏លំបាក ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ជាងនេះទៀត ប៉ូលីសមូលដ្ឋាននៅកម្ពុជា ច្រើនតែទទួលនូវសំណូមពរពីសំណាក់ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន នៅក្នុងសហគមន៍ ឲ្យយកកូនគាត់ទៅដាក់នៅមជ្ឈមណ្ឌលស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម។

> *«ឪពុកម្តាយបានឲ្យយើងយកកូនគាត់ទៅឲ្យឆ្ងាយ ទៅណាក៏បាន ព្រោះពួកគេបង្កបញ្ហាច្រើនក្នុងគ្រួសារ ហើយគាត់គ្មានលុយបង់ថ្លៃស្តារលទ្ធភាពពលកម្មទេ»* - មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន

ដំណើរឆ្ពោះទៅមុខជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា

> *«បញ្ហាចាក់គ្រឿងញៀន និង មេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា អាចប្រៀបធៀបបានទៅនឹងគ្រាប់បែកកំណត់ពេល។ បើវាផ្ទុះ យើងអាចជួបរលកទីពីរនៃការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា»* - មន្ត្រីសហប្រជាជាតិ

ត្រូវការឲ្យមានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និង ទ្រង់ទ្រាយធំ ដើម្បីបញ្ចៀសការរីករាតត្បាតមេរោគអេដស៍ជាលើកទីពីរនៅកម្ពុជា ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ដៃគូរួមភេទរបស់គេ។ ដើម្បីនាំកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជា ឲ្យទៅមុខបាន ត្រូវតែដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងទាំងការផ្តល់សេវា និង បញ្ហានៃភាពតានតឹងរវាងតួនាទីរបស់កម្មវិធីនិងប៉ូលីស។ ជាការច្បាស់ណាស់ដែលថា ត្រូវឲ្យមានការតស៊ូមតិដ៏ទូលំទូលាយ ការលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និង ការអប់រំពហុវិស័យនិងនៅច្រើនថ្នាក់ នៃសង្គមកម្ពុជា។ ជាងនេះទៀត ការសម្របសម្រួលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅថ្នាក់មូលដ្ឋានទាមទារឲ្យមានយន្តការប្រសើរជាងមុនដែលរួមបញ្ចូលទាំងតួអង្គផ្នែកសាសនាផងដែរ។

> *«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់អាចដំណើរការបាននៅទីនេះ។ យើងអាចបញ្ចូលទៅក្នុងសហគមន៍បាន តាមរយៈអ្នកដែលមានអំណាចក្នុងការសម្រេចចិត្តក្នុងសហគមន៍។ ប្រធានសង្ឃក្នុងសហគមន៍មានឥទ្ធិពលទៅលើអ្នកស្រុក គឺខ្លាំងជាងនាយប៉ូលីសក្នុងសហគមន៍ទៀត»* - បុគ្គលិកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ការពង្រឹងសមត្ថភាពនៅមូលដ្ឋាន អំពីសមាសធាតុបច្ចេកទេសរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាសមាសធាតុដ៏សំខាន់មួយក្នុងការនាំកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឆ្ពោះទៅមុខ។

> *«NACD មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន សហគមន៍ និង ដៃគូដទៃទៀត ត្រូវតែយល់ឲ្យច្បាស់អំពីគោលគំនិត និង ការប្រតិបត្តិ នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ សង្គមនឹងទទួលយក»។* - មន្ត្រីរបស់NACD

ការពិភាក្សា

ការសិក្សានេះបានផ្តល់ជាពន្លឺខ្លះអំពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទៅលើការអនុវត្តច្បាប់នៅកម្ពុជា។ វាក៏បានលើកឡើងអំពីគំនិតមួយចំនួនដែលអាចធានាថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅកម្ពុជាអាចមានដំណើរទៅមុខបានទៅអនាគត។ បទពិសោធន៍នៅកន្លែងជាច្រើនក្នុងពិភពលោក បានបញ្ជាក់ថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការទប់ស្កាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង លើសពីនេះទៀត។ ប៉ុន្តែប្រទេសនីមួយៗ មានបរិបថនយោបាយ វប្បធម៌ សង្គម សេដ្ឋកិច្ចដោយឡែកៗរបស់ខ្លួន។ លក្ខណៈពិសេសនេះ ទាមទារឲ្យរៀបចំកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បែបណាដើម្បីឲ្យអាចសម្របបានល្អទៅនឹងបរិបថនៅនឹងកន្លែង ដើម្បីអាចទទួលបានជោគជ័យ[17]។ ជោគជ័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ តម្រូវឲ្យមានមិនត្រឹមតែគោលនយោបាយអនុគ្រោះប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងទាមទារឲ្យមានសង្គមមួយដែលគាំទ្រសិទ្ធិរបស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ក្នុងការស្វែងរកសេវាដោយមិនភ័យខ្លាច ការចាប់ខ្លួន ឬ ការរើសអើង។ នៅកម្ពុជា នៅមានកិច្ចការត្រូវធ្វើច្រើនទៀត ដោយហេតុថាឥរិយាបថរបស់សាធារណជនចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅតែអវិជ្ជមាននៅឡើយ[18]។

សមត្ថភាពរបស់អង្គការដែលអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅមានកម្រិតនៅឡើយ។ នៅមិនទាន់មានការយល់ច្បាស់ទេក្នុងចំណោមអង្គការដែលផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន អំពីថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់រួមមានអ្វីខ្លះ ឬ ថាតើត្រូវផ្តល់សេវាបែបណានោះ។ ទាមទារឲ្យមានយន្តការសម្របសម្រួលដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពមួយ និង ត្រូវមានមគ្គុទេសក៍ នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ និង ពិធីសារ អំពីការស្តារលទ្ធភាពពលកម្មនិងការធ្វើសមាហរណកម្មអ្នកដែលញៀនថ្នាំសម្រាប់សេវាដែលកំពុងបានផ្តល់ដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល។

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផ្តោតជាសំខាន់ទៅលើការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និងដៃគូរួមភេទរបស់គេ ហើយរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានទទួលស្គាល់ថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនគឺជាក្រុមគោលដៅដ៏សំខាន់មួយក្នុងការប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ស្ថិតនៅក្រោមការចាត់ចែងរបស់NACD ដែលជាអង្គភាពមួយដែលមានភារកិច្ចចម្បងក្នុងការចាត់វិធានការទប់ស្កាត់ ការផលិត ការជួញដូរ និង ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ ជាការលំបាកណាស់សម្រាប់ NACD ដែលក្នុងពេលជាមួយគ្នា ត្រូវជំរុញឲ្យមានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផង និង ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនផង ដោយសារថាគោលគំនិតទាំងពីរនេះវាមិនដើរស្របគ្នាទេ។ ជាងនេះទៀត គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព បានខ្ទាស់ជាមួយនឹងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយបង្កើតបានជាបរិយកាសលំបាកមួយសម្រាប់មន្ត្រីប៉ូលីសមូលដ្ឋាន ដែលទទួលសំណូមពរពីអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ថាឲ្យជួយឲ្យកម្មវិធីអាចអនុវត្តបានផង និង ត្រូវទទួលបញ្ជាឲ្យសំអាតសហគមន៍ផង។

កម្មវិធីបង្ការមេរោគអេដស៍ដែលផ្តោតលើក្រុមគោលដៅផ្សេងទៀត ដូចជាអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ ក៏ជួបបញ្ហាប្រឈមស្រដៀងគ្នានេះដែរ។ ឧទាហរណ៍ កម្មវិធីស្រោមអនាម័យ១០០%មានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការអនុវត្តដោយសារតែច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការជួញដូរមនុស្ស[19]។ កម្មវិធីស្រោមអនាម័យ១០០% ប្រហែលជាប្រឈមនឹងបញ្ហាជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់តិចជាង ការប្រឈម

របស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដោយហេតុថា សង្គមប្រហែលជាអត់ឱនឲ្យការរកស៊ីផ្លូវភេទជាងការប្រើគ្រឿងញៀន ហើយក្រុមអ្នកប្រយុទ្ធប្រឆាំង នឹងការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍បានផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើក្រុមអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទខ្លាំងជាង។ មានការគាំទ្រផ្នែកនយោបាយខ្លាំងប៉ុន្តែមានលក្ខណៈផុយស្រួយចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ តម្រូវឲ្យមានការប្រឹងប្រែងស៊ីសង្វាក់គ្នាបន្ថែមទៀតដើម្បីរក្សាចលករនេះ។ ជាងនេះទៀត មិនសូវមានការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើ «បរិបថនៅនឹងកន្លែង» ទេៈ បើកម្មវិធីនេះមិនអាចដំណើរការបាននៅថ្នាក់សហគមន៍ទេ វាគ្មានន័យអ្វីទេដែលមានគោលនយោបាយ និង ច្បាប់ល្អនោះ។

នៅកម្ពុជា មិនទាន់មានការតាមដាន និង ការវាយតម្លៃអំពីការផ្តល់សេវា និង លទ្ធផលនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវនៅឡើយទេ។ ភស្តុតាងអំពីជោគជ័យរបស់កម្មវិធី គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធ្វើឲ្យមានឥទ្ធិពលទៅលើគោលនយោបាយ[20]។ ជាការច្បាស់ហើយដែលថា ភស្តុតាងដែលមាននៅនឹងកន្លែង មានសារៈសំខាន់សម្រាប់ការតស៊ូមតិ។ ដោយសារកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់វាអាស្រ័យខ្លាំងទៅលើបរិបថនៅនឹងកន្លែង ភស្តុតាងនៃជោគជ័យដែលបានពីបរិបថ ផ្សេងប្រហែលជាមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឲ្យមានឥទ្ធិពលទៅលើគោលនយោបាយ ឥរិយាបថ និង ការប្រតិបត្តិបានយូរអង្វែងនៅកម្ពុជានោះទេ។ កម្មវិធីនៅនឹងកន្លែងមិនទាន់បានផ្តល់ភស្តុតាងថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ផ្តល់ផលល្អជាងផលអាក្រក់ដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង សហគមន៍ទូទៅនៅឡើយទេ។

អ្នកស្រាវជ្រាវបានទទួលស្គាល់ថា មានការប្រឹងប្រែងដោយអ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់នៅកម្ពុជាដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់អាចទទួលបានជោគជ័យនៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌនៃគោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព។ អត្ថបទនេះបានរកឃើញថា តម្រូវឲ្យមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាង រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយ ដែលអាចអនុវត្តបាន «នៅនឹងកន្លែង» នៅក្នុងបរិបថដោយឡែករបស់កម្ពុជា។ ការប្រឹងប្រែងទាំងនេះគួរតែសំដៅទៅរកការពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ឲ្យក្លាយជាអ្នកសហការវិជ្ជមាន និង ជាអ្នកជំរុញនិងគាំទ្រដល់កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមជនចំណុចទាំងអស់នៅកម្ពុជា រួមទាំងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោម និង ពីអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនផងដែរ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

KC, SL ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ និង ការវិភាគ និង ការសរសេរសេចក្តីព្រៀងដំបូង។ NT បានជួយក្នុងការវិភាគ និង កែសម្រួលសេចក្តីព្រៀងអត្ថបទ។ TM, NC ផ្តល់ការណែនាំបច្ចេកទេសក្នុងការស្រាវជ្រាវនៅគ្រប់ដំណាក់កាល ក៏ដូចជាជួយកែសម្រួលអត្ថបទ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. National Institute of Statistics: General Population Census of Cambodia 2008.Phnom Penh: National Institute of Statistics; 2009.
2. National Institute of Statistics: Key Figures. Cambodia: Phnom Penh; 2010.
3. World Bank: Poverty Headcount Ratio at National Poverty Line. 2007. Availableat: http://data.worldbank.org/country/cambodia. Accessed on 21 January,2012.
4. Devaney M, Reid G, Baldwin S: A Situational Analysis of Illicit Drug Use and Responses in the Asia-Pacific Regions. Melbourne: Burnet Institute and Turning Point Alcohol and Drug Centre; 2006.
5. National AIDS Authority: UNGASS Cambodia Country Progress Report for reporting period January 2006-December 2007. Phnom Penh; 31 January 2008.
6. Global Smart Program: Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific 2011. Vienna: United Nations Office of Drugs and Crime; 2011.
7. Mith Samlanh: Survey of Substance Use among Young People on the Streets of Phnom Penh. Phnom Penh: Mith Samlanh; 2006.
8. National AIDS Authority: UNGASS Country Progress Report Cambodia. Phnom Penh: National AIDS Authority; 2008.
9. National Authority for Combating Drug: National AIDS Authority: National Strategic Plan for Illicit Drug Use Related HIV/AIDS 2008–2010. Phnom Penh: NACD/NAA; 2008.
10. National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD: Annual Report 2009. Phnom Penh: Ministry of Health; 2010.
11. Macdonald V: Korsang Routine Risk Assessment Report. Phnom Penh: Korsang; 2007.
12. Thomson N: Detention as Treatment: Detention of Methamphetamine Users in Cambodia. New York: Laos and Thailand: Open Society Institute; 2010.
13. Mesquita F, Jacka D, Ricard D, Shaw G, Tiera H, Hu Y, Poundstone K, Fujita M, Singh N: Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in the Western Pacific and Asia: the role of WHO (WPRO). Harm Reduct J 2008, 5:26.
14. Ministry of Interior: The 5-year national plan on drug control 2005–2010. 18th edition. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Interior, Kingdom of Cambodia; 2005:30.
15. National AIDS, Authority (Cambodia): National strategic plan for a comprehensive and multisectoral response to HIV/AIDS 2006–2010. Phnom Penh: Royal Government of Cambodia, NAA; 2005.
16. Ministry of Interior: Safety village commune/Sangkat Policy Guideline. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Interior of the Kingdom of Cambodia; August 2010.
17. Friedman SR, de Jong W, Rossi D, Touze G, Rockwell R, Des Jarlais DC, Elovich R: Harm reduction theory: users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. Int J Drug Policy 2007, 18:107–117.

18. Hurley KH: What do Cambodian people think of drug use and people who use drugs? AMS in International Health. Melbourne: The University of Melbourne; 2011.

19. Maher L, Mooney-Somers J, Phlong P, Couture M-C, Stein E, Evans J, Cockroft M, Sansothy N, Nemoto T, Page K: Selling sex in unsafe spaces: sex work risk environment in Phnom Pehn Cambodia. Harm Reduction J 2011, 8:30.

20. Tkatchenko-Schmidt E, Renton A, Gevorgyan R, Davydenko L, Atun R: Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes.Health Policy 2008, 85:162–171.

ករណីសិក្សា៖ គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព និង ការបង្ការការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមមនុស្សសំខាន់ៗ ដែលប៉ះពាល់៖ ការស្វែងរកតុល្យភាព

ដោយៈ

Nick Thomson[2,3,4*] អ៊ីម៉េលៈ nthomson@jhsph.edu

Supheap Leang[1] អ៊ីម៉េលៈ leangsupheap@yahoo.com

Kannarath Chheng[1] អ៊ីម៉េលៈ krniph@yahoo.com

Amy Weissman[6] អ៊ីម៉េលៈ amny@fhi.org.kh

Graham Shaw[5] អ៊ីម៉េលៈ shawg@wpro.who.int

Nick Crofts[3,7] អ៊ីម៉េលៈ nick.crofts@unimelb.edu.au

[1] National Institute for Public Health, Phnom Penh, Cambodia.

[2] Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia.

[3] Centre for Law Enforcement and Public Health, Melbourne, Australia.

[4] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA.

[5] World Health Organization, Cambodian Country Office, Phnom Penh, Cambodia.

[6] FHI 360, Cambodian Country Office, Phnom Penh, Cambodia.

[7] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville 3100, Australia

សេចក្តីសង្ខេប

គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ នៅឆ្នាំ២០១០។ ដោយសារការ ផ្តោតលើ «ការសំអាតសហគមន៍» គោលនយោបាយនេះ បានបង្កើតឲ្យមានការលំបាកមួយចំនួន ដល់កម្មវិធីបង្ការការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ដែលព្យាយាមអនុវត្តកម្មវិធីចំពោះក្រុមជនដែលប៉ះពាល់ រួមទាំងអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ និង អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ការអនុវត្តគោលនយោបាយនេះ បានជំរុញឲ្យអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីបង្ការមេរោគអេដស៍ ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ និង ដៃគូនានារបស់រដ្ឋាភិបាល បានស្វែងរកវិធីសហប្រតិបត្តិការក្នុងការផ្តល់សេវាបង្ការមេរោគអេដស៍ ក្នុងបរិយាកាសដ៏លំបាកនេះ។ ករណីសិក្សានេះពណ៌នាអំពីការប្រឹងប្រែងនេះ និង លើកឡើងអំពីគំនិតផ្តួចផ្តើមដ៏ល្អស្តីអំពីភាពជាដៃគូរវាងប៉ូលីស និង សហគមន៍ ដែលយើងរំពឹងថា នឹងជួយស្វែងរកតុល្យភាពរវាងគោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព និងការប្រឹងប្រែងក្នុងការបង្ការការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមចំណុចនៅកម្ពុជា។

នៅថ្ងៃទី១៦ខែសីហាឆ្នាំ២០១០ រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងមហាផ្ទៃបានចេញនូវគោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព ដែលជាគោលនយោបាយអាទិភាពមួយនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ គោលនយោបាយនេះ តម្រូវឲ្យអាជ្ញាធរថ្នាក់ឃុំសង្កាត់ ធ្វើយ៉ាងណា

ធានាថា នៅក្នុងឃុំសង្កាត់របស់គាត់ គ្មានការលួច គ្មានការផលិត និង ការជួញដូរគ្រឿងញៀន គ្មានការពេស្យាចារ គ្មានការជួញដូរកុមារ គ្មានអំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ គ្មានក្រុមទំនើង គ្មានល្បែងស៊ីសងខុសច្បាប់ គ្មានការប្រើអាវុធខុសច្បាប់ និង គ្មានបទល្មើស[1]។

ទាក់ទងទៅនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន គោលនយោបាយនេះបានបញ្ជាក់ថា អាជ្ញាធរត្រូវៈ

> *«ធ្វើសកម្មភាពដើម្បីកាត់ផ្តាច់ការផលិត ការជួញដូរ និង ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន នៅក្នុងភូមិឃុំ ដោយអនុវត្តតាម សារាចរលេខ០៥២ របស់អគ្គស្នងការនគរបាលជាតិ ឆ្នាំ២០០៦ អំពីការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្របៀបសមរភូមិក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងបទល្មើសគ្រឿងញៀន និង ជាពិសេសផ្តោតលើច្បាប់ប្រឆាំងគ្រឿងញៀន»*[1]

គោលនយោបាយនេះបានផ្តល់ផលអវិជ្ជមានដល់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមចំណុច រួមទាំងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផងដែរ។ រដ្ឋាភិបាលបានទទួលស្គាល់ថា គោលនយោបាយនេះបានធ្វើឲ្យមានការលំបាកដល់ការផ្តល់សេវាដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដោយសារមានការយល់ច្រឡំពីសំណាក់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ ជាពិសេសមន្ត្រីនៅថ្នាក់ភូមិឃុំ[2]។

ទោះបីជាគោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព បានបង្ហាញពីផលប៉ះពាល់ផ្ទាល់របស់ការអនុវត្តច្បាប់ មកលើការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក៏ដោយ ក៏ភ្នាក់ងារជាច្រើនបានព្យាយាមស្វែងរកតុល្យភាពរវាងការអនុវត្តច្បាប់និងកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមមនុស្សប្រឈមខ្លាំងបំផុតនៅកម្ពុជា ក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ដោយដឹងថាការប្រតិបត្តិរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ បានផ្តល់ផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានទៅលើ ការប្រឹងប្រែងបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទ បុរសស្រលាញ់បុរស និង អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន UNAIDS បានចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយអាជ្ញធរជាតិប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍ លើគំនិតផ្តួចផ្តើមភាពជាដៃគូសហគមន៍ សម្រាប់ក្រុមមនុស្សដែលប្រឈមខ្លាំងបំផុត ដែលហៅកាត់ថា «MCPI»។ MCPI ត្រូវបានរៀបចំឡើងជាពិធីសារប្រតិបត្តិស្តង់ដារ ដែលអាចយកទៅអនុវត្ត ដើម្បីបន្ថយផលប៉ះពាល់របស់ការអនុវត្តច្បាប់មកលើការបង្ការមេរោគអេដស៍។ ជាក់ស្តែង MCPIរៀបចំដើម្បីៈ

> *«បង្កើតឡើងវិញនូវបរិយាកាសអនុគ្រោះដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យមានការផ្តល់សេវាប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និង មានភាពរលូន ជូនដល់ក្រុមជនងាយរងគ្រោះបំផុត»* -មន្ត្រីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិដែលយល់ដឹងច្បាស់អំពី MCPI

នៅក្រោមគំនិតផ្តួចផ្តើមMCPI និង ដោយមានជំនួយពី USAID និង មូលនិធិសកលសម្រាប់ប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍ គ្រុនចាញ់ និង ជំងឺរបេង អង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិកម្ពុជា (FHI360) បានសាកល្បងគំនិតផ្តួចផ្តើមដើម្បីបង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះចំពោះការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមជនងាយរងគ្រោះបំផុត នៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ។ ការសាកល្បងនេះ ត្រូវបានធ្វើរួមជាមួយលេខាធិការដ្ឋានអេដស៍របស់ក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្នុងគោលបំណងពង្រឹងភាពជាដៃគូនិងសហប្រតិបត្តិការរវាងលេខាធិការដ្ឋានអេដស៍ខេត្ត អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ប៉ូលីស កងរាជអាវុធហត្ថ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង សមាជិករបស់សហគមន៍ដែលងាយរងគ្រោះបំផុត។ នៅពេលចាប់ផ្តើមសាកល្បងគម្រោង អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន

អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល បានរៀបចំការប្រជុំជាមួយប៉ូលីសដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីតម្រូវការក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍ នៃក្រុមដែលប្រឈមខ្លាំងបំផុត និង អំពីតួនាទីរបស់ប៉ូលីសក្នុងការបង្កើតឲ្យមានបរិយាកាសអនុគ្រោះចំពោះការបង្ការមេរោគអេដស៍[3]។

យើងបានជូនដំណឹងដល់ប៉ូលីសអំពីកម្មវិធីបង្ការមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមនេះ រួមទាំងសកម្មភាពជាក់លាក់ដែលត្រូវអនុវត្តដើម្បីគាំទ្រក្រុមនេះ។ ការវាយតម្លៃដំបូងៗ អំពីការសកកម្មភាពផ្តល់ព័ត៌មាននេះ បានឲ្យដឹងថា ឥលូវនេះ ប៉ូលីសលែងយកវត្តមានស្រោមអនាម័យជាភស្តុតាងសម្រាប់ការឃាត់ខ្លួនអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទទៀតហើយ ហើយប៉ូលីសក៏បានពិភាក្សា អំពីការឃាត់ខ្លួនដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន ដោយប្រុងប្រយ័ត្នជាងមុន ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀត ដែលនាំទៅដល់ការបែងចែងរវាង អ្នកជួញដូរជគ្រឿងញៀន និង អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយបានដោះលែងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនឲ្យទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍វិញ[3]។

ជោគជ័យដំបូងៗនេះ បានជាកម្លាំងចលករ ហើយអង្គការ FHI360 បានទទួលថវិកាពីគម្រោងបង្ការមេរោគអេដស៍ថ្នាក់តំបន់របស់ AusAID (HAARP) ឲ្យធ្វើការសាកល្បងស្រដៀងគ្នានេះជាមួយប៉ូលីសនៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ លើសពីនេះទៀត គេបានរាយការថាមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់នៅក្រសួងមហាផ្ទៃកំពុងស្វែងរកការពង្រីកសកម្មភាពនេះ នៅខេត្តផ្សេងទៀត។ អង្គការ UNODC បានធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយដៃគូផ្សេងទៀត នៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ ដើម្បីធានាថា មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ បានធ្វើការដោយមានសហប្រតិបត្តិការល្អ ជាមួយផ្នែកផ្សេងទៀត ដើម្បីពង្រឹងសកម្មភាពបង្ការមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោម អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។

> *«មានមន្ត្រីគន្លឹះនៅក្រសួងមហាផ្ទៃ ដែលបានផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកនយោបាយទាំងថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដល់សកម្មភាពសាកល្បងនេះ ហើយសកម្មភាពនេះ បាននាំឲ្យមន្ត្រីទាំងនោះ មានបំណងពង្រីកសកម្មភាពទាំងនេះទៅភ្នំពេញ និងក្រុងព្រះសីហនុទៀត»* -មន្ត្រីអង្គការ UNODC

ទោះជាដំបូងឡើយ ការខិតខំប្រឹងប្រែងរៀបចំពិធីសារប្រតិបត្តិស្តង់ដារបានធ្វើនៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌរបស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA) ក៏ដោយ ក្រោយមកគេបានមើលឃើញច្បាស់ថា ក្រសួងមហាផ្ទៃត្រូវតែដឹកនាំការងារនេះ ដែលបានរៀបចំឡើងដើម្បីធ្វើការជាមួយផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ជាពិសេសទាក់ទងនឹងការបង្ការមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ក្រសួងមហាផ្ទៃបានឯកភាព ហើយឥលូវនេះបានស្នើសុំឲ្យមានការបង្វែរទិសធនធាន ដើម្បីឲ្យខ្លួនអាច បណ្តុះបណ្តាល ពង្រឹងសមត្ថភាព ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់របស់ខ្លួន ឲ្យអាចដើរតួនាទីដឹកនាំ ក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមជនប្រឈមខ្លាំងបំផុត។

> *«ក្រសួងមហាផ្ទៃជាតួអង្គគន្លឹះមួយ បើសិនជាយើងចង់ឲ្យមានផលប៉ះពាល់ពិតប្រាកដទៅលើបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ឥលូវនេះមានការខិតខំប្រឹងប្រែងសារជាថ្មីដើម្បីឲ្យមានការចូលរួមរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃក្នុងសកម្មភាពបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍។ យើងត្រូវតែគាំទ្រ*

សកម្មភាពទាំងនេះ ដោយផ្តល់ធនធាន ដើម្បីឱ្យក្រសួងមហាផ្ទៃអាចសម្របសម្រួលការខិតខំប្រឹងប្រែងនៃការអនុវត្តច្បាប់ជាមួយការបង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមជនដែលប្រឈមខ្លាំងបំផុត» - មន្ត្រីអង្គការ UN ដែលយល់ច្បាស់ពីការចូលរួមកាន់តែច្រើនឡើងរបស់ក្រសួងមហាផ្ទៃក្នុងសកម្មភាពបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍

ទន្ទឹមនឹងការព្យាយាមបង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះនៅនឹងកន្លែង ក៏មានការខិតខំប្រឹងប្រែងធ្វើកំណែទម្រង់ការអប់រំប៉ូលីសទាក់ទងជាមួយការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផងដែរ។ ដោយមានជំនួយពី HAARP អង្គការFHI360 បានបង្កើតឡើង និង ដាក់ឲ្យអនុវត្តនូវកម្មវិធីសិក្សាអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅឯបណ្ឌិតសភានគរបាលជាតិ។ នៅខែវិច្ឆិកាឆ្នាំ២០១១ កម្មវិធីសិក្សាពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បានទទួលការឯកភាពជាផ្លូវការ ពីសំណាក់ឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី ហើយការវាយតម្លៃដំបូងៗបានបង្ហាញពីលទ្ធផលវិជ្ជមាន។

- លទ្ធផលវាយតម្លៃមុននិងក្រោយបង្រៀនបានបង្ហាញអំពីកំណើត ៣៤% (២៧/៣៣) នៃចម្លើយដែលគាំទ្រនូវវិធីរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ដែលគាំទ្រដល់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។
- កម្មវិធីសិក្សា៩ម៉ូឌុលអំពីមេរោគអេដស៍ ការប្រើគ្រឿងញៀននិងទំនាក់ទំនងជាមួយមេរោគអេដស៍ គោលការណ៍និងការប្រតិបត្តិនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ច្បាប់ប្រឆាំងគ្រឿងញៀនថ្មី ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលនគរបាលចំនួន៦នៅកម្ពុជា[4]។

ការងាររបស់គម្រោង MCPI ដែលអនុវត្តនៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ នឹងត្រូវមានការពិនិត្យវាយតម្លៃ ដោយប្រតិភូមួយ ដែលមានការចូលរួមពីក្រសួងមហាផ្ទៃ។ ដោយមានការគាំទ្រពី USAID, UNODC, WHO និង FHI360 និង កិច្ចសហការណ៍ជាមួយក្រសយងមហាផ្ទៃ បទពិសោធន៍ដែលទទួលបានពីគម្រោងអនុវត្តនៅខេត្តបន្ទាយមានជ័យ កំពុងតែត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើពិធីសារថ្មីនៃគំនិតផ្តួចផ្តើម ភាពជាដៃគូរវាងប៉ូលីស និង សហគមន៍។ ពិធីសារនេះ អាចនឹងរួមមានការបង្កើតក្រុមឆ្លើយតបរហ័ស ដែលរួមមាន ប៉ូលីស អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន តំណាងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និង អ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ៗផ្សេងទៀតនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដើម្បីបញ្ជូនក្រុមដែលប្រឈមខ្លាំងបំផុតឲ្យ ផុតពីការឃាត់ខ្លួនរបស់ប៉ូលីស ទៅរកសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍។

ជាការច្បាស់ណាស់ថាក្រសួងមហាផ្ទៃកម្ពុជា បានយកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវតួនាទីរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមជនដែលប្រឈមខ្លាំងជាងគេបំផុត ហើយថា គំនិតផ្តួចផ្តើមភាពជាដៃគូរវាងប៉ូលីស និង សហគមន៍ គឺជាជំហានសំខាន់មួយក្នុងការឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅនោះ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

NT, KC, SL បានពិភាក្សាពីគោលគំនិតដើមនៃករណីសិក្សានេះ។ KC, SL បានធ្វើការស្រាវជ្រាវមូលដ្ឋានអំពីគោលនយោបាយ ភូមិឃុំមាន សុវត្ថិភាព នៅកម្ពុជា។ NT បានធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយជនគន្លឹះ ដែលបានយល់ច្បាស់បញ្ហានេះ នៅប្រទេសកម្ពុជានិង បានសរសេរព្រៀងអត្ថបទនេះ។ GS, AW បានផ្តល់ទស្សនៈ មគ្គុទេសក៍ និង ព័ត៌មានអំពីបញ្ហាដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជា។ GS, AW, NC បានជួយកែសម្រួលអត្ថបទនេះ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. Ministry of Interior: Safety village commune/Sangkat Policy Guideline. PhnomPenh, Cambodia: Ministry of Interior, Kingdom of Cambodia; 2010.
2. National AIDS Authority: Cambodia Country Progress Report on Monitoring the progress towards the implementation of the Declaration of the Commitment on HIV/AIDS for reporting period January 2010–2011. Phnom Penh, Cambodia: Global AIDS Progress Report; 2012.
3. FHI360: Semi-Annual Progress Report to USAID/Cambodia, Prasit Project. Submitted May 2012.
4. FHI360: Cultivating Harm Reduction Principles and Practices with Law Enforcement in Cambodia Conference Abstract AIDS; 2012.

ការកំណត់និយមន័យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងបរិបទនៃប្រទេសឡាវ

ដោយ:

Vanphanom Sychreun[1*] អ៊ីម៉េល: vsychareun@gmail.com

Visanou Hansana[1] អ៊ីម៉េល: visanou65@yahoo.com

Sysavanh Phommachanh[1] អ៊ីម៉េល: phommachanh-sysavanhp@yahoo.com

Vathsana Somphet[1] អ៊ីម៉េល: svathsana@yahoo.com

Phouthong Phommavongsa អ៊ីម៉េល: phummavongsa@yahoo.com

Brigitte Tenni[2] អ៊ីម៉េល: btenni@unimelb.edu.au

Timothy Moore[2] អ៊ីម៉េល: tim.moore@unimelb.aedu.au

Nick Crofts[2,3] អ៊ីម៉េល: nick.crofts@unimelb.edu.au

[1] Faculty of Postgraduate Studies, University of Health Sciences, Vientiane Lao PDR.

[2] Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 161 Barry Street, Carlton, 3010, Melbourne, Australia.

[3] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville 3100, Australia

សេចក្តីសង្ខេប

ការឆ្លើយតបនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននៅឡាវ គឺផ្តោតទៅលើការកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ និង កាត់បន្ថយអត្រាប្រើប្រាស់ (កាត់បន្ថយតម្រូវការ)។ ប៉ុន្តែ ពេលថ្មីៗនេះ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា បានចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការបង្កើតនូវការឆ្លើយតបនឹងការចាក់គ្រឿងញៀន ឲ្យបានទូលាយជាងនេះ រួមទាំងមានការបញ្ចូលនូវកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទើបតែត្រូវបាននាំមកប្រទេសឡាវថ្មីៗនេះ ហើយមិនទាន់មានការឯកភាពគ្នាអំពីនិយមន័យនៃគោលគំនិតនេះទេ។ យើងលើកឡើងនៅទីនេះ នូវបញ្ហាចម្រូងចម្រាសមួយចំនួននៅក្នុងប្រទេសឡាវពាក់ព័ន្ធជាមួយ ជំងឺអេដស៍ ការប្រើគ្រឿងញៀន និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ការកំណត់និយមន័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ពាក្យពាក់ព័ន្ធមួយចំនួនទៀត ព្រមទាំងអំពីវិសាលភាពនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផងដែរ។

នេះជាការសិក្សាបែបគុណភាព ដែលរួមមានសម្ភាសន៍ ២៧ជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ និង ៨ ជាមួយមន្ត្រីសុខាភិបាលដែលធ្វើការផ្នែកជំងឺអេដស៍ និង/ឬ ផ្នែកត្រួតពិនិត្យការប្រើគ្រឿងញៀន អំពីការយល់ឃើញរបស់ពួកគេអំពីជំងឺអេដស៍ពាក់ព័ន្ធជាមួយ

ការប្រើគ្រឿងញៀន និង អំពីគោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ យើងបានប្រើការវិភាគខ្លឹមសារ ដើម្បីកំណត់រកកូដ ចំណាត់ថ្នាក់ និង ប្រធានបទ។

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គួរតែជាសមាធាតុសំខាន់មួយ ក្នុងការឆ្លើយតបផ្នែកសុខភាពសាធារណៈចំពោះជំងឺអេដស៍ នៅទីណាដែលមានការប្រើ និង ចាក់គ្រឿងញៀន។ ជាអនុសាសន៍នោះគឺថា ជាការចាំបាច់ដែលត្រូវបង្កើនការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងចំណោមមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ និង ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងសមស្របដើម្បីគាំទ្រដល់គោលនយោបាយនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ នៅប្រទេសឡាវ យុទ្ធសាស្ត្រទប់ស្កាត់ជំងឺអេដស៍ គួរតែរួមបញ្ចូលជាមួយក្របខ័ណ្ឌសង្គម វប្បធម៌ដែលមានស្រាប់ និង ធ្វើការរួមជាមួយក្រុមការងារអំពីជំងឺអេដស៍និងការចាក់គ្រឿងញៀន ព្រមទាំងដៃគូដទៃទៀត។

សេចក្តីផ្តើម

គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់នៅប្រទេសឡាវ

មានការកើនឡើងនូវការប្រើគ្រឿងញៀនខុសច្បាប់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដែលរួមមានប្រទេសឡាវផងដែរ ហើយផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានរបស់វាមកលើបុគ្គល ក៏ដូចជាមកលើសុខភាពសាធារណៈ កាន់តែលេចចេញរូបរាងច្បាស់[1]។ គេមិនបានដឹងអំពីអត្រាប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនពិតប្រាកដនៅឡាវទេ ប៉ុន្តែគេបានធ្វើការប៉ាន់ស្មានថាច្រើនជាង២%[2] ។ សារធាតុដែលគេប្រើញឹកញាប់ជាងគេនៅឡាវគឺពពួកopium ក្រុម Amphetamine (AST) និងសារធាតុហើរ (glue, petrol)។ នៅឆ្នាំ២០០៤ គេបានប៉ាន់ស្មានថាមានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនប្រមាណជា៨០០០នាក់នៅឡាវ[3]។ អង្កេតតាមសាលាមួយនៅឆ្នាំ១៩៩៩ បានរកឃើញថា ១៧%នៃយុវជនធ្លាប់បានសាកល្បងថ្នាំញៀនប្រភេទណាមួយក្នុងជីវិតរបស់ខ្លួន ហើយ៧%ធ្លាប់ប្រើ marijuana, hashish, inhalants ឬ amphetamine[4]។

អត្រាប្រើ amphetamine មានប្រមាណជា0.៧%ក្នុងចំណោមប្រជាជនអាយុចន្លោះ ១៥ ទៅ ៦៤ឆ្នាំ រីឯការប្រើ opium ត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានថាមានអត្រា0.៥%[5]។ ការនេះនាំទៅដល់ការសន្មត់ថា មានមនុស្សប្រមាណជា៤០ ៦០០នាក់ប្រើAST និង ប្រមាណជា២៩ ០០០នាក់ប្រើ opium។ ការសិក្សាតូចៗមួយចំនួនទៀតដែលធ្វើដោយរដ្ឋាភិបាលឡាវបានផ្តោតចំពោះការប្រើគ្រឿងញៀនក្នុងចំណោមក្រុមជនងាយរងគ្រោះ និងមានការសិក្សាមួយចំនួនទៀតអំពីការប្រើគ្រឿងញៀននៅភាគខាងជើងប្រទេសឡាវ[6,7]។ នៅឆ្នាំ២០០២ការសិក្សាដែលធ្វើដោយគណៈកម្មាធិការជាតិត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនឡាវ (LCDC) និង UNODC បានរកឃើញថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើAST មានប្រមាណជា ៤២%ក្នុងចំណោមយុវជនដែលអត់ការងារធ្វើ ៣៤% ក្នុងចំណោមអតិថិជនរង្គសាល និង ១៤%ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើសេវា[8-10]។

ប្រទេសឡាវមានព្រំដែនជាប់ជាមួយប្រទេសដែលមានការចាក់គ្រឿងញៀនច្រើន ជាពិសេសភាគខាងត្បូងប្រទេសចិន និងវៀតណាម ហើយស្ថិតនៅចំផ្លូវនៃចរាចរគ្រឿងញៀន[11]។ គេប្រទះឃើញ heroin នៅតំបន់ព្រំដែន ជាពិសេសតាមព្រំដែនវៀតណាម នៅភាគឥសានដែលនៅទីនោះ heroin ថោកជាង opium ដែលធ្វើឲ្យអ្នកធ្លាប់ប្រើ opium មកប្រើ heroinវិញ[12]។ អង្កេតមួយដែលធ្វើដោយ LCDC/UNODC បានរកឃើញថា ២.៨%នៃមនុស្សអាយុ១៥ឆ្នាំឡើង នៅភូមិ៣៥នៃ

តំបន់ព្រំដែន បានប្រើheroin[13] ហើយបង្ហាញថាមានការប្តូរពីការប្រើ opium ទៅជាប្រើ heroinកាន់តែច្រើន ដោយសារមានការធ្លាក់ចុះនូវការផលិត opium[5]។

មេរោគអេដស៍ និង ការចាក់ថ្នាំញៀននៅប្រទេសឡាវ

ដោយសារការចាក់គ្រឿងញៀនងាយឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយដែលបញ្ហានេះបានងើបឡើងនៅតំបន់ព្រំដែន តម្រូវឲ្យមានផែនការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក៏ប៉ុន្តែមិនមានការប្រមូលទិន្នន័យជាប្រព័ន្ធអំពីការចាក់គ្រឿងញៀននោះទេ[6]។ មានតម្រុយខ្លះដែលអាចបញ្ជាក់បានតាមរយៈការវាយតម្លៃរហ័សមួយដែលធ្វើនៅខេត្តពីរនៅភាគខាងជើង ដែលរកឃើញថា ១.៧%នៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន៥៣០នាក់ មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍[14]។

ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន បានលេចចេញជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ ដ៏សំខាន់មួយនៅឡាវ ទោះបីជាឥលូវនេះ ប្រទេសឡាវត្រូវបានគេចាត់ថ្នាក់ថាជាប្រទេសដែលមានអត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាប ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ប្រមាណជា០.២%ក៏ដោយ[15]។ បើតាមរបាយការណ៍ជំងឺអេដស៍របស់ UNODC[3] ប្រមាណជា២%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍១៤០០នាក់នៅឡាវ ឆ្លងតាមរយៈការចាក់គ្រឿងញៀន។ និន្នាការនេះអាចដូរ បើមានការផ្លាស់ប្តូរទម្រង់នៃការប្រើគ្រឿងញៀន[16]។ អត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានខ្ពស់ជាងនេះក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទ គឺមានអត្រា១.១% នៅឆ្នាំ២០០១[17] ហើយកើនដល់៣.៣%នៅឆ្នាំ២០០៤[18] រីឯក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសនៅវៀងច័ន្ទវិញ អត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានកម្រិត៥.៦%[19,20]។

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅប្រទេសឡាវ

ថ្មីៗនេះ ដោយមានការគាំទ្រពីភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ រដ្ឋាភិបាលឡាវបានបង្កើតក្រុមការងារទទួលបន្ទុកជំងឺអេដស៍និងការប្រើគ្រឿងញៀនមួយ ដើម្បីបង្កើតជាគោលនយោបាយ ស្នើសកម្មភាពជាក់ស្តែង ដើម្បីដោះស្រាយភាពងាយរងគ្រោះនៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និង បង្កើតគោលការណ៍ណែនាំអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការព្យាបាលការប្រើគ្រឿងញៀន[21]។ ក្រុមការងារនេះស្ថិតក្រោមសហប្រធានរបស់LCDCនិងក្រសួងសុខាភិបាល និង មានសមាសភាពមកពីអ្នកពាក់ព័ន្ធជាច្រើន មកពីវិស័យផ្សេងៗគ្នា ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លើយតបនឹងមេរោគអេស៍។

ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តជាតិស្តីពីជំងឺអេដស៍និងកាមរោគឆ្នាំ២០១១-២០១៥[22] ដែលរួមមាន វិធានការបង្កើនការយល់ដឹងអំពីភាពងាយរងគ្រោះនៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ធានាឲ្យមានបរិយាកាសអនុគ្រោះផ្នែកច្បាប់ និង គោលនយោបាយសម្រាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ពង្រីកអន្តរាគមន៍នានាសំដៅផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ ក្នុងនោះរួមមានអន្តរាគមន៍អំពីការចាក់ថ្នាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាពផងដែរ។ យុទ្ធសាស្រ្តនោះ មានលទ្ធផលរំពឹងទុកដូចខាងក្រោមនេះ៖

(១) យ៉ាងហោចណាស់មាន៩៥%នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន បានប្រើបរិក្ខារចាក់ដែលគ្មានមេរោគ

(២) កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ អាចគ្របដណ្តប់បាន៦០%នៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន
(៣) ៥៥%នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនរាយការថាបានប្រើស្រោមអនាម័យទៀងទាត់ជាមួយដៃគូរួមភេទរបស់ខ្លួន

មកទល់ពេលនេះ សកម្មភាពនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅក្នុងប្រទេសនេះ ស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូងៗនៅឡើយ ហើយពឹងពាក់ទៅលើសេវាចុះមូលដ្ឋាន។ ច្បាប់អេដស៍ត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់នៅឆ្នាំ២០១០ ដែលនយាយយោងទៅរកការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងមាត្រា១៦[23]។ ទោះបីជាបានដាក់បញ្ចូលការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអំពីជំងឺអេដស៍ក៏ដោយ មិនមានគោលនយោបាយដែលគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ ហើយក៏មិនទាន់មានសេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ណាក្រៅពីផ្តល់ព័ត៌មាននិងផ្តល់ប្រឹក្សាចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននោះឡើយ។ ថ្មីៗនេះរដ្ឋាភិបាលឡាវ និង ភ្នាក់ងារផ្តល់ជំនួយ បានឯកភាពគ្នាក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទោះបីជាគ្មានទិន្នន័យសម្រាប់កម្មវិធីនេះក៏ដោយ។

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកទល់ពេលនេះ មានដូចជា គម្រោង «ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ សិទ្ធិមនុស្ស ធនធានមនុស្ស (HR3)» របស់ Sida ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៨-២០០៩ ដែលមានបំណងបង្កើតសមត្ថភាពថ្នាក់តំបន់ក្នុងការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីបង្ការ និង កាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ សកម្មភាពរបស់គម្រោងរួមមាន កំណត់រកអ្នកពាក់ព័ន្ធ និង ការបណ្តុះបណ្តាល ការតស៊ូមតិ និង ជំនួយបច្ចេកទេសក្នុងការបង្កើតឲ្យមានការផ្តល់សេវាតាមសហគមន៍ និង រួមបញ្ចូលការបណ្តុះបណ្តាលថ្នាក់តំបន់ និង ការបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែង ដើម្បីឲ្យយល់អំពីតម្រូវការ និង លក្ខណ្ឌ សម្រាប់ឲ្យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទទួលបានជោគជ័យ និង ធ្វើអង្កេតអំពីអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននៅបណ្តារខេត្តភាគខាងជើង ដែលរួមផ្តល់ថវិកាដោយ Sida និង គម្រោង HARRP របស់ AusAID[24]។

គំនិតផ្តួចផ្តើមអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ថ្មីៗបំផុតគឺ គម្រោង HARRP របស់ AusAID ដែលបានពង្រីក ហើយរួមបញ្ចូលប្រទេសឡាវ នៅឆ្នាំ២០០៩។ គោលបំណងចម្បងរបស់គម្រោងនេះ គឺកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន រួមទាំងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន នៅប្រទេសឡាវ។ លទ្ធផលរំពឹងទុករបស់កម្មវិធីរួមមាន ការពង្រឹងក្រុមការងារអំពីជំងឺអេដស៍និងការប្រើគ្រឿងញៀន បង្កើតក្រុមការងារថ្នាក់ខេត្តសាកល្បងនៅខេត្តចំនួនពីរ បង្កើតភស្តុតាង និង ទិន្នន័យដើម្បី ឲ្យដឹងអំពីអត្រាគ្របដណ្តប់ និងប្រភេទសេវាត្រូវផ្តល់ និង កសាងសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គម្រោង HARRP ក៏ផ្តោតផងដែលើការអនុវត្តច្បាប់ តាមរយៈសកម្មភាពសំដៅពង្រឹងសមត្ថភាពមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់[25]។ លើសពីនេះទៀត សកម្មភាពរបស់គម្រោង HARRP នៅឡាវ ក៏រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ និង ទស្សនកិច្ចសិក្សាទៅមើលការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅប្រទេសដទៃទៀតដែរ។ ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ក៏បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ពីសំណាក់ Burnet Institute ផងដែរ នៅឆ្នាំ២០០៩។

វិធីសាស្ត្រ

ការសិក្សានេះប្រើវិធីសាស្ត្រស្រាវជ្រាវបែបគុណភាព ដើម្បីធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយបុគ្គលគន្លឹះ ក្នុងផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ដូចជា LCDC គណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនខេត្ត (PCDC) និង មន្ត្រីប៉ូលីស និង សមាជិកនៃវិស័យសុខាភិបាលដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍ (CHAS) និង បុគ្គលិករបស់មជ្ឈមណ្ឌលស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម។ ជាបន្ថែម បុគ្គលិករបស់ភ្នាក់សហប្រជាជាតិ ដូចជា WHO, UNAIDS, UNODC ក៏ត្រូវបានសម្ភាសដែរ។ យើងបានពិនិត្យមើលឯកសារ និង របាយការណ៍ របស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទាក់ទងនឹងការប្រើ AST។ អ្នកស្រាវជ្រាវក៏បានពិភាក្សាក្រៅផ្លូវការជាមួយភ្នាក់មួយចំនួនទៀត ដើម្បីឲ្យយល់ថា តើគេបានឲ្យនិយមន័យ ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ យ៉ាងដូចម្តេច នៅប្រទេស ឡាវ។ យើងបានធ្វើសម្ភាសន៍ស៊ីជម្រៅ ដើម្បីស្វែងយល់ពី បទពិសោធន៍ផ្ទាល់ខ្លួន ទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន និង ការយល់ដឹងអំពីគោលបំណង និង វិធីសាស្ត្ររបស់ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងការយល់ឃើញអំពីជំងឺអេដស៍ និង ការប្រើគ្រឿងញៀន។ ជាសរុបយើងបានធ្វើសម្ភាសន៍ មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ ចំនួន២៧នាក់ និង មន្ត្រីសុខាភិបាលចំនួន៨នាក់ដែលកំពុងធ្វើការក្នុងផ្នែកជំងឺអេដស៍និង ការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន។ យើងបានសួរអំពីការយល់ឃើញរបស់ពួកគេអំពីជំងឺអេដស៍ ទាក់ទងជាមួយការប្រើគ្រឿងញៀន និង អំពីគោលគំនិតរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

ពិធីសារស្រាវជ្រាវ សំណួរ និង កិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានដាក់ជូន និង ឯកភាពដោយគណៈកម្មាធិការជាតិក្រមសីលធម៌នៃការស្រាវជ្រាវសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ហើយការឯកភាពផ្នែកក្រមសីលធម៌ ក៏ទទួលបានពីសកលវិទ្យាល័យមែលប៊ន ផងដែរ។ យើងបានសុំការឯកភាពផ្ទាល់មាត់ពីសំណាក់អ្នកចូលរួម ក្រោយពីអ្នកស្រាវជ្រាវបានពន្យល់អំពីគោលបំណងនៃការស្រាវជ្រាវ ដោយប្រើភាសាសាមញ្ញងាយយល់ និង អំពីអ្វីដែលរំពឹងពីអ្នកចូលរួម រួចមក។ យើងបានធានាអះអាងចំពោះអ្នកចូលរួមអំពីភាពសម្ងាត់នៃព័ត៌មានដែលគាត់ផ្តល់និង ឯកជនភាពរបស់គាត់។

ស្ថានភាពនៃទីកន្លែងសិក្សា

ការសិក្សានេះធ្វើនៅក្រុងវៀងចន្ទ ជាទីក្រុងធំជាងគេរបស់ប្រទេសឡាវ ដែលមានប្រជាជនប្រមាណជា ៧០០ ០០០នាក់។ ជាខេត្តដែលជាប់ជាមួយប្រទេសថៃភាគឥសាន ៨២% នៃប្រជាជនខេត្តវៀងច័ន្ទរស់នៅតំបន់ទីក្រុង។ ផ្ទុយទៅវិញប្រជាជនឡាវទូទៅមានតែប្រមាណជា២៥%ប៉ុណ្ណោះដែលរស់នៅតំបន់ទីក្រុង[26]។ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ និង អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល បានប្រមូលផ្តុំនៅរដ្ឋធានីវៀងច័ន្ទ។

ការវិភាគទិន្នន័យ

យើងបានធ្វើការវិភាគលើខ្លឹមសារ។ បទសម្ភាសន៍ និង ការពិភាក្សាត្រូវបានថតសម្លេង រួចចម្លងជាសំណេរ បកប្រែជាភាសាអង់គ្លេស ដោយអ្នកសម្ភាស និង អ្នកស្រាវជ្រាវ។ យើងប្រើការវិភាគផ្អែកលើសំណេរ ដោយមានជំនួយពីកម្មវិធី Nvivo។ ការអានសំណេរដំបូងៗ បានឲ្យយើងកំណត់បាននូវប្រធានបទ និង និន្នាការ។ យើងក៏បានកំណត់យកសម្រង់សំដី ដែលបញ្ជាក់

បន្ថែមលើប្រធានបទដែលបានជ្រើសរើស។ ប្រធានបទរួមមាន ការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ សមាសភាគរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ឥរិយាបថចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការយល់ឃើញអំពីតួនាទីរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការគាំទ្រការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅប្រទេសឡាវ។

លទ្ធផល

ការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ភាគច្រើននៃអ្នកចូលរួមឆ្លើយ ពីផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ និង ផ្នែកសុខាភិបាលនៅថ្នាក់កណ្តាល ធ្លាប់ឮអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែមានការយល់ដឹងតិចតួចអំពីនិយមន័យ និង សមាសធាតុរបស់វិធីសាស្ត្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គោលគំនិតនៃការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទើបតែបាននាំមកកាន់ប្រទេសឡាវ ប៉ុន្មានឆ្នាំមុននេះទេ តាមរយៈគម្រោង HR3 និង HARRP។ អ្នកចូលរួមជាច្រើនបាននិយាយថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាគោលគំនិតថ្មីសម្រាប់ប្រទេសឡាវ។

> *«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាគោលគំនិតថ្មីសម្រាប់ប្រទេសឡាវ យើងមិនអាចធ្វើឲ្យវាទៅមុខបានលឿនទេ ហើយយើងមិនអាចផ្លាស់ប្តូរអ្វីបានលឿនជាងនេះទេ។ នេះជាពេលសាកល្បង»* - (បុរសអាយុ ៤០ឆ្នាំ)

ហាក់ដូចជាមិនទាន់មានការឯកភាពគ្នាក្នុងចំណោមអ្នកនៅថ្នាក់កណ្តាលអំពីនិយមន័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នេះទេ។ អ្នកចូលរួមខ្លះមកពី LCDC និង ក្រសួងសុខាភិបាល និង ក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ អាចឲ្យនិយមន័យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បែបនេះ៖

> *«និយមន័យរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាការកំណត់គោលនយោបាយ ការធ្វើផែនការ សេវាកម្ម និង សកម្មភាពប្រតិបត្តិ សម្រាប់កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សុខភាព គ្រោះថ្នាក់សង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច ទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន»* (នារី អាយុ ៥៥ឆ្នាំ)

> *«គោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតាមរយៈការប្រើម្ជុលស្អាត»* (សម្ភាសន៍ជាក្រុម)

> *«គោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទទួលស្គាល់ថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន នៅតែប្រើ តែត្រូវចៀសវាងការឆ្លងមេរោគអេដស៍»* (បុរស អាយុ ៥១ឆ្នាំ)

អ្នកចូលរួមខ្លះបានឲ្យយោបល់ថា និយមន័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួរតែទូលាយជាងនេះ ហើយបញ្ចូលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់ បន្ថែមលើអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង គួររួមបញ្ចូលទាំងការបង្ការការប្រើគ្រឿងញៀន និង ការប្តូរពីការមិនចាក់ទៅជាចាក់គ្រឿងញៀន។

«ខ្ញុំយល់ថាការប្រើគ្រឿងញៀនដែលមិនចាក់មានច្រើនណាស់ ហេតុអ្វីយើងមិននិយាយអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន នៅពេលដែលអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមិនទាន់មានច្រើននៅឡើយ» (បុរស អាយុ៣៥ឆ្នាំ)

អ្នកចូលរួមខ្លះបានលើកឡើងថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួររួមបញ្ចូលគ្រប់គ្រឿងញៀនទាំងអស់ ហើយនេះជាចំណុចខ្លាំងនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។

«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មិនមែនសម្រាប់តែអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន វាគួរតែបញ្ចូលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនផ្សេងទៀតដូចជា AST ផ្តល់ចំណេះដឹងអំពីជំងឺអេដស៍ និង ផ្តល់មធ្យោបាយដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍» (នារី អាយុ៥៤ឆ្នាំ)

«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួរតែរួមបញ្ចូលទាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដោយមិនចាក់ និង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន នៅពេលដែលទម្រង់នៃការប្រើគ្រឿងញៀននៅក្នុងប្រទេសនេះ ភាគច្រើន ជា AST។ មានអ្នកប្រើAST ច្រើនធៀបជាមួយ អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ ដូច្នេះ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គួរសំដៅរកទាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន» (បុរស អាយុ ៥៦ឆ្នាំ)។

អ្នកចូលរួមខ្លះបានលើកឡើងអំពី ការបកប្រែកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ជាភាសាឡាវ ដើម្បីឲ្យទទួលបានន័យពិតប្រាកដ។ គ្មានពាក្យឡាវណាមួយដែលស្មើនឹង «ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់» ដែលនាំឲ្យមានការភាន់ច្រឡំ។

«និយមន័យនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មិនទាន់ច្បាស់នៅឡើយទេព្រោះមានការបកប្រែផ្សេងគ្នាច្រើន គឺមានន័យច្រើនខុសៗគ្នា។ ដូច្នេះយើងត្រូវពិភាក្សារឿងនេះ ដោយប្រើពាក្យពេចន៍ប្រហែលជាងាយយល់ជាង» (បុរស អាយុ ៥៥ឆ្នាំ)

ភាគច្រើននៃអ្នកអនុវត្តច្បាប់ថ្នាក់មូលដ្ឋាន មិនបានយល់ពីគោលគំនិតនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ ហើយច្រឡំជាមួយការកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់។ ពេលសួរអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ពួកគាត់និយាយសំដៅទៅរកការធ្វើឲ្យភូមិគ្មានគ្រឿងញៀន និង បទល្មើស។

«យើងមានគោលនយោបាយបង្កើតភូមិគ្មានគ្រឿងញៀន ផ្អែកលើស្តង់ដារ៤ (គ្មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គ្មានអ្នកជួញដូរគ្រឿងញៀន គ្មានការផលិតគ្រឿងញៀន និង គ្មានអ្នកលាក់បំបាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន) និង សកម្មភាព ១១។ ភូមិគ្មានគ្រឿងញៀនមិនមែនមានន័យថា គ្មានគ្រឿងញៀនក្នុងភូមិនោះទេ ប៉ុន្តែមានន័យថា គេត្រូវបន្ថយគ្រឿងញៀនជាជំហានៗ ហើយសម្រេចបានតាមលក្ខណ្ឌខាងលើឲ្យបានយ៉ាងតិច៩០%។ ភូមិគ្មានគ្រឿងញៀនត្រូវបានប្រកាសពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំ» (បុរស អាយុ៣៥ឆ្នាំ)

«ឥលូវយើងបង្កើតភូមិមានសុវត្ថិភាព ដោយគ្មានជនល្មើស និង គ្មានគ្រឿងញៀន។ ភូមិរបស់យើងជាភូមិសន្តិសុខសាធារណៈ ដែលរួមមានលក្ខណ្ឌ៥ ដូចជា ភូមិគំរូសុខភាព ភូមិវប្បធម៌ ភូមិគ្មានបទល្មើស និង ភូមិគ្មានគ្រឿងញៀន» (បុរស អាយុ៥០ឆ្នាំ)

«ចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ខ្ញុំមិនយល់ច្បាស់ទេ។ ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវរដ្ឋធានីវៀងច័ន្ទ ដូច្នេះខ្ញុំគ្មានសកម្មភាពកាត់ផ្តាច់ផ្លូវចរាចរគ្រឿងញៀនទេ។ ខ្ញុំគ្រាន់តែផ្តល់ការអប់រំសុខភាពនិង ឃោសនាដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ បើយើងអាចបន្ថយការប្រើគ្រឿងញៀនបាន យើងក៏អាចបន្ថយអ្នកជួញគ្រឿងញៀនដែរ» (សម្ភាសន៍ក្រុម)

អ្នកចូលរួមជាច្រើននៅតែមានជំនឿថា ឡាវមិនមានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនទេ ឬ ថាគ្មានភស្តុតាងពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតិចតួចនោះឡើយ។ មនុស្សជាច្រើនយល់ថា គេគួរតែអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់តែនៅកន្លែងណាដែលមានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ច្រើនតែប៉ុណ្ណោះ ដោយនិយាយសំដៅទៅបទពិសោធន៍នៅប្រទេសអូស្ត្រាលី។

«មនុស្សជាច្រើនយល់ថា យើងអនុវត្តកម្មវិធីនេះតែនៅពេលណាដែលមានបញ្ហាមេរោគអេដស៍ និង ការចាក់គ្រឿងញៀន ដូចជានៅអូស្ត្រាលី។ ប្រទេសយើងមានបញ្ហាច្រើន ដូចជាភាពក្រីក្រ និងអត្រាស្លាប់ខ្ពស់របស់ម្តាយ» (បុរស អាយុ៦៣ឆ្នាំ)

«ការចាក់គ្រឿងញៀនមិនទាន់ជាអាទិភាពនៅឡើយទេ ព្រោះចំនួនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននៅមានតិច។មានភស្តុតាងខ្លះអំពីការចាក់គ្រឿងញៀននៅខេត្ត២ភាគខាងជើង ដូច្នេះនឹងមានអន្តរាគមន៍បង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍» (បុរស អាយុ៧៣ឆ្នាំ)

«យើងបានធ្វើការសិក្សាអំពីការចាក់គ្រឿងញៀននៅខេត្ត២ភាគខាងជើង។ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន៥៥០នាក់ មាន៤៩នាក់ចាក់គ្រឿងញៀន ហើយប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមានអត្រា ១.៥%។ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចនិយាយបានថាវាតំណាងទេ ព្រោះសំណាកតូចពេក» (នារី អាយុ៦២ឆ្នាំ)

មនុស្សជាច្រើននៅតែយល់ថាការប្រើគ្រឿងញៀនប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការរួមភេទប៉ុណ្ណោះ គឺមិនមែនឆ្លងតាមឈាមដែលមកពីការប្រើម្ជុល/សឺរ៉ាំងមិនស្អាតនោះទេ។ ដូច្នេះគេយល់ថា។

«ខ្ញុំមិនឯកភាពថាយើងត្រូវផ្តោតលើអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននោះទេ ព្រោះបញ្ហាចាក់គ្រឿងញៀនជាបញ្ហាតូចមួយនៅឡើយ ដូច្នេះយើងត្រូវផ្តោតលើការបង្ការ។ មេរោគអេដស៍នៅប្រទេសយើងគឺចម្លងភាគច្រើនតាមការរួមភេទ។ ដូច្នេះ យើងត្រូវយកចិត្តទុកដាក់លើបញ្ហានេះ» (បុរស អាយុ ៦៣ឆ្នាំ)

សមាសធាតុនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

អ្នកចូលរួមឆ្លើយភាគច្រើន ដែលនិយាយអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បាននិយាយតែអំពីសមាសធាតុ ១ឬ២ ប៉ុណ្ណោះនៃយុទ្ធសាស្ត្រ គ្រប់ជ្រុងជ្រោយនេះ គឺនិយាយតែអំពី កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង និង ការព្យាបាលជំនួស (OST)។ សមាសភាគផ្សេង

ទៀតដែលជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដូចជា មិត្តអប់រំមិត្ត ការចែកស្រោមអនាម័យ ការផ្តល់ថ្នាំអេដស៍ត្រូវបានលើកឡើងដោយមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ប៉ុណ្ណោះ។

«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់រួមមានសមាសធាតុច្រើន ដូចជា កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ការចែកស្រោមអនាម័យ និង អប់រំសុខភាព ដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន» (នារី អាយុ៥៥ឆ្នាំ)

មានអ្នកខ្លះបាននិយាយអំពីសារៈសំខាន់នៃយុទ្ធសាស្ត្រគ្រប់ជ្រុងជ្រោយរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

«សមាសធាតុរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដូចគ្នាទាំងអស់នៅគ្រប់កន្លែង ដែលរួមមានការអប់រំសុខភាព កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង និង មេតាដូន» (បុរស អាយុ៤០ឆ្នាំ)

មានការមិនឯកភាពគ្នាទៅលើសមាសធាតុសំខាន់ៗនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកខ្លះផ្តោតលើកម្មវិធីចុះមូលដ្ឋាន និង ការប្រើស្រោមអនាម័យ។ មិនមានអ្នកណាម្នាក់អាចលើកឡើងគ្រប់សមាសធាតុទាំង៩នៃយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ ហើយភាគច្រើនមិនដែលបាននិយាយដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ការព្យាបាល និង ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើម និង ការបង្ការការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិង និង ការព្យាបាលជំងឺរបេងឡើយ។

«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់រួមមានសមាសធាតុច្រើន ដូចជា កម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ការចែកស្រោមអនាម័យ និង អប់រំសុខភាព ដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន» (បុរស អាយុ៥ឆ្នាំ)

«យើងត្រូវពិភាក្សាអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងប្រទេសយើង ថា មួយណាសមស្របសម្រាប់ប្រទេសឡាវ» (បុរស អាយុ ៥៥ឆ្នាំ)។

ឥរិយាបថចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ភាគច្រើននៃអ្នកចូលរួមឆ្លើយមានឥរិយាបថអវិជ្ជមានចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ហើយយល់ថាវាជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យមានការប្រើគ្រឿងញៀនថ្មីទៀត។ គេយល់ថាកម្មវិធីនេះវាមិនសមស្របចំពោះបរិបថប្រទេសឡាវទេ ហើយវាផ្ទុយនឹងច្បាប់ផង។

«បើយើងនាំកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មកប្រទេសឡាវ វានឹងជំរុញឲ្យមានការចាក់គ្រឿងញៀន និង បង្ហាញថាកាចាក់នេះវាមានប្រសិទ្ធិភាពជាងប្រើដោយមិនចាក់ និង បានរយៈពេលយូរជាង» (បុរស អាយុ៥៤ឆ្នាំ)

«ខ្ញុំយល់ថាការចែកម្ជុល នឹងជំរុញឲ្យមានការចាក់គ្រឿងញៀនកាន់តែច្រើន ព្រោះគេចូលចិត្តសាកល្បងអ្វីដែលថ្មី។ ឥលូវគេលេប ឬហិត។ ពេលដែលគេមានម្ជុល គេអាចចង់ចាក់» (បុរស អាយុ៣៨ឆ្នាំ)

«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់វាមិនសមស្របនឹងបរិបថរបស់យើងទេ ព្រោះវាជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើ ហើយវាខុសច្បាប់ផង» (បុរស អាយុ៥៤ឆ្នាំ)

«បើយើងបញ្ចូលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ខ្ញុំយល់ថាយើងលើកទឹកចិត្តឲ្យគេចាក់គ្រឿងញៀន ព្រោះពួកគេនឹងចង់សាកល្បងចាក់» (បុរស អាយុ៣៨ឆ្នាំ)

ទស្សនៈរបស់អ្នកចូលរួមឆ្លើយ ឆ្លុះបង្ហាញពីអាទិភាពទាបផ្តល់ឲ្យការចាក់គ្រឿងញៀន ដោយសារឡាវមានបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈជាអាទិភាពច្រើនទៀត និង មានធនធានហិរញ្ញវត្ថុមានកម្រិត សម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

«យើងមិនមានលទ្ធភាពទិញម៉េតាដូនចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតិចតួចនោះទេ។ បើយើងមានគ្រោះមហន្តរាយធម្មជាតិ តើយើងបានលុយពីណាសម្រាប់ទិញម៉េតាដូន? រដ្ឋាភិបាលមិនមានលុយគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់បើកប្រាក់ខែឲ្យបុគ្គលិក។ បើយើងចំណាយលុយទិញម៉េតាដូន ជាការល្អគួរតែចំណាយសម្រាប់ដំឡើងប្រាក់ខែឲ្យបុគ្គលិកវិញ។ ដូច្នេះ ជាការល្អគឺត្រូវធ្វើការបង្ការ កាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ ដោយចាប់ខ្លួន និង ពិន័យអ្នករត់ពន្ធគ្រឿងញៀន ។ បន្ទាប់មកយើងអាចយកប្រាក់ទាំងនោះទៅជួយអ្នកនៅជនបទបង្កើតជាការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ។ ចំពោះប្រទេសដែលលូតលាស់ រដ្ឋមានលុយសម្រាប់ផ្តល់ម៉េតាដូន។ ឧ. កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាមត្រូវផ្តល់ថវិការដោយអន្តរជាតិ។ តើមានអ្វីនឹងកើតឡើងនៅពេលដែលលែងមានជំនួយអន្តរជាតិ?» (បុរសអាយុ៧០ឆ្នាំ)

កង្វះភស្តុតាងអំពីការចាក់គ្រឿងញៀន ក៏ត្រូវបានលើកឡើងជាហេតុផលដែលថាមិនគួរអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែរ។ អ្នកចូលរួមបានលើកឡើងអំពីតម្រូវការឲ្យដឹងអំពីទំហំនៃចំនួនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមុននឹងអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

«រដ្ឋាភិបាលត្រូវការដឹងអំពីទំហំនៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន អ្វីទៅជាផលអវិជ្ជមានផ្នែកសុខភាពនៃការចាក់គ្រឿងញៀន តើប៉ុន្មានភាគរយត្រូវការជំនួយ ប៉ុន្មានភាគមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្មានភាគរយឆ្លងតាមការរួមភេទ ប៉ុន្មានភាគរយឆ្លងតាមការចាក់គ្រឿងញៀន។ បន្ទាប់មកយើងអាចពិភាក្សាអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង និង ម៉េតាដូន» (បុរសអាយុ៧០ឆ្នាំ)

បញ្ហានៃការព្យបាលដោយសារធាតុជំនួស (OST) ដូចជាម៉េតាដូន ត្រូវបានលើកឡើងដោយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ ក៏ដូចជាមន្ត្រីសុខាភិបាល នៅថ្នាក់កណ្តាល។ ឥរិយាបថចំពោះការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន ហាក់ដូចជាមានភាពចម្រូងចម្រាស រវាងក្រុមផ្សេងៗ។ មន្ត្រី LCDCនិង មន្ត្រីសុខាភិបាលខ្លះបានចាត់ទុក ការព្យាបាលដោយ opium tincture ជា OST និងជាសមាសធាតុចាំបាច់មួយរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកដែលធ្វើការនៅផ្នែកត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន យល់ថាការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន ជាការដែលមិនអាចទទួលយកបានទេ។ ផ្ទុយទៅវិញ អ្នកធ្វើការក្នុងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន OST អាចមានប្រយោជន៍ក្នុងករណីជាក់លាក់ខ្លះ។

«ខ្ញុំយល់ថាការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន គឺជាការល្អ ព្រោះវាអាចជួយឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្តូរពីប្រើថ្នាំខុសច្បាប់មកជាប្រើថ្នាំស្របច្បាប់វិញ ហើយចៀសវាងបានការប្រើថ្នាំចាក់។ម្យ៉ាងទៀត អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនអាចពិនិត្យ

ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ខ្លួនបាន។ ដូច្នេះ អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនអាចទទួលបានសេវាសុខភាព ហើយ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាចផ្តល់ការអប់រំដល់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន» (នារី អាយុ៣៧ឆ្នាំ)

មានមនុស្សមួយចំនួនតូចបាននិយាយអំពីលទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយម៉េតាដូនចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ហើយគិតថាគុណប្រយោជន៍របស់ម៉េតាដូន លប់លើគុណវិបត្តិ។

«...គុណវិបត្តិនោះគឺថា យើងគាំទ្រពួកគេឲ្យប្រើគ្រឿងញៀន ប៉ុន្តែ បើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមិនអាចឈប់ប្រើបានទេ វាជាការល្អជាងដែលប្តូរពីប្រើថ្នាំខុសច្បាប់ មកប្រើថ្នាំស្របច្បាប់វិញ ហើយយើងអាចគ្រប់គ្រងពួកគេបាន។ បើយើងគិតថាចង់អនុវត្តការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន យើងត្រូវការជំនួយពីអន្តរជាតិ ព្រោះថាGDPរបស់យើងតិចណាស់ ហើយ និរន្តរភាពនៅតែជាបញ្ហាសម្រាប់រដ្ឋាភិបាល។ នៅពេលដែលយើងទទួលបានការគាំទ្រពីអន្តរជាតិពីដំបូង យើងអាចពឹងលើខ្លួនឯងបាន ជំនួយបរទេសអាចបញ្ឈប់ជាជំហានៗ។ ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក៏មានតម្លៃខ្ពស់ដែរ ប៉ុន្តែរដ្ឋាភិបាលទទួលបានជំនួយអន្តរជាតិ» (នារីអាយុ ៥២ឆ្នាំ)

ការយល់អំពីតួនាទីរបស់ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការគាំទ្រការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ជនគន្លឹះមួយចំនួនបានលើកឡើងអំពីតម្រូវការឲ្យមានការគាំទ្រអំពីអ្នកអនុវត្តច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

«បើអ្នកពិតជាចង់អនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មែន អ្នកត្រូវកែច្បាប់ ឬ អ្នកត្រូវធ្វើច្បាប់ថ្មីដើម្បី អនុញ្ញាតឲ្យមានអន្តរាគមន៍កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់» (បុរស អាយុ៤៤ឆ្នាំ)

«យើងត្រូវពិភាក្សាជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់ដើម្បីឲ្យយល់អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ព្រោះថាបើតាមអ្នកអនុវត្តច្បាប់ កម្មវិធីនេះគឺមិនត្រឹមត្រូវទេ។ ការចែកម្ជុលសឺរ៉ាំងជាការខុសច្បាប់ ព្រោះពួកគេប្រើថ្នាំខុសច្បាប់» (បុរស អាយុ៤៤ឆ្នាំ)

អ្នកចូលរួមម្នាក់បាននិយាយថា ជាការល្អដែលត្រូវបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីឲ្យគេយល់ និងគាំទ្រដល់កម្មវិធី។

«ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដំបូងយើងត្រូវតស៊ូមតិជាមួយប៉ូលីស ដើម្បីឲ្យគាត់យល់អំពីកម្មវិធី រួចហើយបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសឲ្យទៅជាគ្រូដើម្បីគាត់តស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នេះក្នុងចំណោមប៉ូលីសផ្សេងទៀត។ ធ្វើបែបនេះព្រោះថា ប៉ូលីសទុកចិត្តគ្នាគាត់ជាង និង អាចផ្តល់ព័ត៌មានបានល្អជាងអ្នកផ្សេង» (នារី អាយុ ៣៧ឆ្នាំ)

ការពិភាក្សា

មានការមិនឯកភាពគ្នា និង ការជជែកច្រើនអំពីនិយមន័យ និង សមាសធាតុរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង អំពីថាតើកម្មវិធីនេះមានភាពសមស្របចំពោះបរិបថរបស់ប្រទេសឡាវឬទេ។ អ្នកពាក់ព័ន្ធជាច្រើនយល់ថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មិនសមស្របជាមួយបរិបថប្រទេសឡាវទេ ប៉ុន្តែមានហេតុផលផ្សេងគ្នា ហើយជាពិសេសដោយមិនមានការវាយតម្លៃឲ្យបានពេញលេញអំពីយុទ្ធសាស្ត្រនេះទេ។ ជាការច្បាស់ណាស់ដែលថា ប៉ូលីសនៅឡាវមិនបានយល់ច្បាស់អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឡើយ។ ប៉ុន្តែ ការនេះយើងអាចយល់បានដោយហេតុថា មិនដែលមានការសាកសួរសុំយោបល់ប៉ូលីស អំពីសារៈសំខាន់ និង ការទទួលយកបាននៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

កង្វះទិន្នន័យជាតិអំពីប្រេវ៉ាឡង់នៃការចាក់គ្រឿងញៀន ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាហេតុផលនៃការពន្យារពេលអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ រហូតទាល់តែមានភស្តុតាងច្បាស់លាស់។ ជាងនេះទៀត អ្នកពាក់ព័ន្ធជាច្រើនយល់ថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គួរអនុវត្តតែពេលណាដែលមានភស្តុតាងថាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន មានអត្រាខ្ពស់។ តាមពិតទៅ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវចាប់ផ្តើមអនុវត្តឲ្យឆាប់បំផុតដែលអាចធ្វើបាន ដើម្បីបង្ការការរីករាលដាលដ៏ឆាប់រហ័សនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ ភាពស្ទាក់ស្ទើរនេះអាចបង្ហាញអំពីឥរិយាបថដែលមិនឯកភាពគ្នា ឬកង្វះការយល់ ឬ កង្វះជំនឿចំពោះគោលបំណង និង ភស្តុតាង ដែលបានបង្កើតកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នេះឡើង ក៏ដូចជាឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីឥរិយាបថអវិជ្ជមានចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ប៉ូលីសស្រុក ជាពិសេសបានយល់ច្រឡំអំពីថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានអ្វីខ្លះ ហើយច្រើនតែចូលចូលចិត្តយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ជាង ទោះបី ជាវិធីសាស្ត្រកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់តែឯកឯងនេះមិនមានប្រសិទ្ធិភាព បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់និងតម្រូវការគ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ក៏ដោយ។

អ្នកអនុវត្តច្បាប់ដ៏ទៃទៀត នៅមានមន្ទិលចំពោះផលប្រយោជន៍របស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជាពិសេសកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំង ហើយយល់ថាកម្មវិធីនេះ លើកទឹកចិត្ត និង ជំរុញឲ្យមានការចាក់ថ្នាំញៀនកាន់តែច្រើនជាពិសេសក្នុងករណីដែលឥលូវនេះការចាក់គ្រឿងញៀននៅមានអត្រាទាបនៅឡើយនោះ។ ការយល់ច្រឡំនេះ អាចលុបបំបាត់បានតាមរយៈទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលបានអនុវត្តនៅកន្លែងជាច្រើនដែលមានភាពខុសគ្នា ផ្នែក វប្បធម៌ សាសនា និង នយោបាយ នៅលើពិភពលោក និង ក្នុងតំបន់ រួមទាំងប្រទេសជិតខាងរបស់ឡាវ ដូចជា វៀតណាមនិង ម៉ាឡេស៊ីជាដើម។

អ្នកចូលរួមភាគច្រើនលើកឡើងអំពីចំណុចខ្សោយរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដោយសារវាផ្តោតតែទៅលើអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន តែមិនរួមបញ្ចូលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់ ហើយបានទាញភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងរវាងការប្រើថ្នាំញៀនដោយមិនចាក់ជាមួយនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ នេះជាចំណុចត្រឹមត្រូវដោយសារឡាវមានការប្រើAST និង ប្រពៃណីប្រើ opium ច្រើន ហើយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បច្ចុប្បន្នផ្តោតទៅលើតែអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនប៉ុណ្ណោះ។ ចន្លោះខ្វះខាតនេះបង្ហាញពីបញ្ហាដែលឡាវត្រូវប្រឈមក្នុងការបង្កើតគោលនយោបាយគ្រឿងញៀនដែលមានភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និង មានលក្ខណៈទទួលខុសត្រូវ បើយើងទៅតាមប្រវត្តិសាស្ត្រ ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និង ទម្រង់នៃការប្រើគ្រឿងញៀន។ ប៉ុន្តែការឆ្លើយតបទៅនឹង

ការប្រើគ្រឿងញៀននៅប្រទេសឡាវ មិនចាំបាច់គិតទុកជាមុននូវការកើនឡើងនៃការចាក់គ្រឿងញៀន ជាពិសេសនៅតំបន់ព្រំដែននោះទេ។ អន្តរាគមន៍ ត្រូវគិតអំពីបរិបថនៅនឹងកន្លែង ក៏ប៉ុន្តែក៏ត្រូវតែយល់ដឹងអំពីភស្តុតាងពីប្រទេសដទៃដែរ។

ការភាន់ច្រឡំលើការប្រើពាក្យ និង ការយល់ដឹងអំពីអត្ថន័យ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីតម្រូវការឲ្យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឲ្យមានសារច្បាស់លាស់ និង ត្រូវមានភាពជាអ្នកដឹកនាំខ្លាំងនៅគ្រប់ថ្នាក់ទាំងអស់ក្នុងរដ្ឋាភិបាល ផ្នែកសុខាភិបាល និង អ្នកអនុវត្តច្បាប់។ ប្រទេសក្នុងតំបន់មេគង្គកំពុងតែប្រឈមនឹងបញ្ហាជាច្រើនទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន រួមទាំងការរីករាលដាលនៃការប្រើamphetamine។ ការនេះបានដាក់ជាបញ្ហាប្រឈមថែមទៀតដល់ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងការបើកទូលាយសកម្មភាពរបស់ខ្លួនដើម្បីអាចបញ្ចូលទិដ្ឋភាពផ្សេងទៀតនៃការប្រើគ្រឿញៀន ហើយត្រូវឆ្លើយតបទៅនឹងការចង់បានរបស់សហគមន៍ (គ្រោះថ្នាក់នៃការប្រើamphetamine ជាពិសេសការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈការរួមភេទ និង ការប្តូរទៅជាចាក់គ្រឿងញៀន) ផង និង ទៅនឹងអ្វីដែលយើងយល់ថាកំពុងគម្រាមកំហែងប្រទេសឡាវ (ការចាក់heroin និង ការឆ្លងមេរោគអេដស៍)។

សន្និដ្ឋាន

អត្ថបទនេះបានជាគ្រឹះមួយក្នុងស្វែងយល់អំពីការយល់ឃើញផ្សេងៗគ្នាអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងបរិបថរបស់ប្រទេសឡាវ។ វាបានបង្ហាញនូវតម្រូវការឲ្យមានការយល់គ្នាទៅវិញទៅមករវាងអ្នកអនុវត្តកម្មវិធី រដ្ឋាភិបាល វិស័យសុខាភិបាល និង អ្នកអនុវត្តច្បាប់ អំពីនិយមន័យមូលដ្ឋានរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ សមាសធាតុសំខាន់ៗរបស់កម្មវិធី និង អ្វីទៅដែលកម្មវិធីចង់សម្រេចបាន។ ជាងនេះទៀត អត្ថបទនេះបានបង្ហាញអំពីតម្រូវការឲ្យប៉ូលីសធ្វើជាអ្នកនាំមុខក្នុងការរៀបចំកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ តាមទស្សនៈរបស់អ្នកអនុវត្តច្បាប់ ប្រសិនបើជាចង់ឲ្យគោលនយោបាយ កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងគោលនយោបាយគ្រឿងញៀន នៅឡាវមានដំណើរទៅមុខ។ ការនេះនឹងជួយធានាថានៅពេលអនាគត កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ វាមានលក្ខណៈសមស្របទៅនឹងបរិបថនៅនឹងកន្លែង ផ្អែកលើភស្តុតាងដ៏រឹងមាំ និង រួមបញ្ចូលយុទ្ធសាស្ត្រពហុវិស័យ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

VS, SP, VS និង PP ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ។ VS, BT, NC ជាអ្នកចងក្រង និង វិភាគទិន្នន័យ។ VS, VH, BT, TM, NC ព្រៀងអត្ថបទនេះ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. UNODC: ‘Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs, Asia and the Pacific. A Report from the Global SMART Programme November 2011.
2. Devaney M, Reid G, Baldwin S: Prevalence of illicit drug use in Asia and the Pacific. Drug Alcohol Rev 2007, 2004(26):97–102.
3. UNODC: World Drug Report. Volume 2: statistics. Vienna 2004a.
4. UNODC: Survey of Drug use among youth in Vientiane, School survey 2000.
5. LCDC/UNODC: National Drug Control Master Plan. A Five Year Strategy to Address the Illicit Drug Control Problem in the Lao PDR (2009–2013) 2010.
6. LCDC, UNODC, CHAS and Burnet Institute: Drug Use and HIV Risk Bolikhamxay, Luang Namtha, Phongsaly. Lao PDR 2005.
7. Phimphachanh C, Menorath S, Sychareun V, Manivong S, Phengsavanh A, Chanlivong N, Thomson N, Santavasy B, Fischer A, Power R: Amphetamine type stimulants use in Laos: Implications for individuals and public health and public security 2008. Unpublished paper.
8. LCDC/UNODC: Survey of Drug use among unemployed youth 2002a.
9. LCDC/UNODC: Survey of Drug use among disco clients 2002b.
10. LCDC/UNODC: Survey of Drug use among service girls 2002c.
11. Beyrer C, Razak MT, Lisamb K, Chen J, Lui W, Yu XF: Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. AIDS 2000, 2000(14):75–83.
12. UNODC: Lao Country Report 2010.
13. LCDC/UNODC: Reduce the spread of HIV harm associated with drug use amongst men and women in the Lao PDR: -HAARP Country Flexible Program Lao PDR (LAO/K18) 2007. Available at the website: http://www.unodc.org/laopdr/en/projects/K18/K18.html.
14. LCDC/Ministry of Health/CHAS/HAARP/UNODC/UNAIDS/WHO: Rapid Assessment and response to drug use in Houaphanh and Phongsaly provinces in Lao PDR 2010.
15. UNAIDS: HIV/AIDS Health Profile for Lao PDR 2009. Available at the website:http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/laopeoplesdemocraticrepublic/.
16. UNODC: Drugs and HIV in South East Asia A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS Infection among Injecting Drug Users and of National Programme Responses in Cambodia, China, Lao PDR,Myanmar, Thailand and Viet Nam 2004b.
17. CHAS/FHI 2001: Behavioural Surveillance Survey 2001. Lao People Democratic Republic: CHAS/FHI publication; 2003.
18. CHAS/FHI 2004: Second generation surveillance 2nd round on HIV, STI and Behavior, 2004. Lao People Democratic Republic: CHAS/FHI publication; 2005.

19. CHAS/BI, 2008: Second Round, Second Generation BBS Surveillance 2007. Lao People Democratic Republic: CHAS and Burnet Institute; 2008.
20. Sheridan S, Phimphachanh C, Chanlivong N, Manivong S, Khamsyvolsvong S, Lattanavong P, Sisouk T, Toledo C, Scherzer M, Toole M, van Griensven F: HIV prevalence and risk behaviour among men who have sex with men in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic. AIDS 2009, 23(3):409–414.
21. LCDC: Terms of reference of Lao task force on HIV and drug use. Vientiane: Lao National Commission on Drug Control and Supervision (LCDC); 2007.
22. CHAS: National Strategic and Action Plan on HIV/AIDS/STI 2011–2015. Lao PDR: Vientiane; 2011. 2011.
23. Ministry of Health, Ministry of Justice: HIV/AIDS Law. Lao PDR: Vientiane; 2011.
24. WHO: The HR3 Project (Harm Reduction, Human Rights, Human Resources). 2007. Building Comprehensive Harm Reduction Services for Injecting Drug Users in the Lao People’s Democratic, Cambodia and Vietnam: Towards Universal Access to HIV/AIDS prevention, Treatment & Care 2007.
25. UNODC: Lao K 18-Reduce the spread of HIV harm associated with drug use in the Lao PDR: HAARP Country Flexible Program Lao PDR 2009.
26. 26. National Statistic Center: National Household survey 2005. Vientiane: Lao PDR; 2006.

ករណីសិក្សារបស់ឡាវ: គឿន មិត្ត

ដោយ:

Brigitte Tenni[1*] អ៊ីម៉េល: btenni@unimelb.edu.au

Vanphanom Sychreun[2] អ៊ីម៉េល: vsychareun@gmail.com

[1] Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 161 Barry Street, Carlton, 3010, Melbourne, Australia.

[2] Faculty of Postgraduate Studies, University of Health Sciences, Vientiane Lao PDR.

សេចក្តីសង្ខេប

គឿនមិត្ត ជាអង្គការឡាវមួយដែលធ្វើការលើបញ្ហាតម្រូវការរបស់កុមារ និង យុវវ័យដែលរស់នៅ និង ធ្វើការតាមចិញ្ចើមផ្លូវ។ ករណីសិក្សានេះរំលេចឲ្យឃើញអំពីផលប្រយោជន៍ទៅវិញទៅមក នៅពេលដែលមានទំនាក់ទំនងល្អ និង ទុកចិត្តបាន ជាមួយប៉ូលីស មូលដ្ឋាន។

ករណីសិក្សារបស់ឡាវ: គឿនមិត្ត

គឿនមិត្តជាកម្មវិធីដែលរៀបចំ និងអនុវត្ត ដោយអង្គការ Friends International រួមដៃគូជាមួយក្រសួងការងារនិងសង្គមកិច្ច ដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការ របស់កុមារ និង យុវជនរស់តាមចិញ្ចើមថ្នល់ក្នុងប្រទេសឡាវ។ គម្រោងគឿនមិត្តចាប់ផ្តើមពីឆ្នាំ ២០០៤ ដោយមានការគាំទ្រពីសាលាក្រុងវៀងច័ន្ទ និង ជាគម្រោងតែមួយគត់នៅប្រទេសឡាវដែលដោះស្រាយតម្រូវការ របស់កុមារនិងយុវជនដែលរស់នៅ និង ធ្វើការតាមចិញ្ចើមថ្នល់[1]។ កុមារជាច្រើនដែលគម្រោងគឿនមិត្តធ្វើការជាមួយ បាន ជួបប្រទះនឹងបញ្ហាប្រឈមជាច្រើន រួមមាន ជម្លោះជាមួយឪពុកម្តាយ ឬ ជាមួយប៉ូលីស ការប្រើគ្រឿងញៀន ពិការភាព ការ ប៉ះទង្គិច និង ការរកស៊ីផ្លូវភេទ។

នៅឆ្នាំ២០០៧ គឿនមិត្តបានធ្វើអង្កេតមួយអំពីចំណេះដឹង ឥរិយាបថ និង ការប្រព្រឹត្ត (KAP)។ ទោះជាអង្កេតនេះ មិនមាន លក្ខណៈជាតំណាងក៏ដោយ វាបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីកុមារដែល «ប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់» និង កុមារដែលរស់នៅតាមចិញ្ចើម ថ្នល់នៅក្រុងវៀងច័ន្ទ។ ក្នុងចំណោមអ្នកដែលបានសាកសួរ ជាងមួយភាគបី (៣៨.៧%) បាននិយាយថាធ្លាប់ប្រើគ្រឿង ញៀន ហើយការប្រើប្រាស់ពេលថ្មីៗនេះ គឺប្រែប្រួលពី១០ឆ្នាំ ទៅ២សប្តាហ៍។ គ្រឿងញៀនដែលគេប្រើរួមមាន methamphetamine, opium, heroin, cannabis, glue and alcohol។ ក្នុងចំណោមគ្រឿងញៀនដែលប្រើទាំងនោះ methamphetamine ត្រូវបានរាយការថាជាថ្នាំដែលគេប្រើច្រើនជាងគេ។ ក្នុងចំណោមអ្នកដែលថាប្រើmethamphetamine បាននិយាយថាការប្រើពេលថ្មីនេះរបស់គេ គឺជក់ methamphetamine[2]។

ជារៀងរាល់ខែ ភឿនមិត្តធ្វើការជាមួយកុមារ និង យុវជន ៨០០នាក់ នៅក្រុងវៀងច័ន្ទ ដើម្បី បង្ការការគ្មានជម្រក ក្នុងចំណោមកុមារ និង ជួយឲ្យគេអាចត្រឡប់ចូលក្នុងសង្គមវិញ។ គម្រោងនេះបានគាំទ្រឲ្យកុមារនិងយុវជនបានវិលចូលសាលារៀនវិញ ស្វែងរកការងារធ្វើ ត្រឡប់ទៅគ្រួសារវិញ ក្លាយជាពលរដ្ឋ អាចស្គាល់ពីវប្បធម៌ និង អាចសម្តែងចេញដោយខ្លួនឯង។ បុគ្គលិក៥០នាក់របស់គម្រោងភឿនមិត្ត បានផ្តល់សេវាមួយចំនួន រួមមាន សាលារៀនចល័ត ថ្នាក់រៀនកែប្រែ បរិក្ខារអនាម័យ សិក្ខាសាលាកម្សាន្ត (សិល្បៈ របាំ ល្ខោន កីឡា) ជម្រកបន្ទាន់ ការអប់រំអំពីជំនាញជីវិត ការផ្តល់ប្រឹក្សា ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ការរកការងារធ្វើ និង ការរួបរួមជាមួយក្រុមគ្រួសារវិញ[1]។

ភឿនមិត្តគ្មានអនុសារណៈនៃការយោគយល់គ្នាជាផ្លូវការជាមួយក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ ឬប៉ូលីសមូលដ្ឋាននោះទេ ហើយក៏គ្មានការប្រជុំទៀងទាត់អ្វីដែរ ប៉ុន្តែគេមានទំនាក់ទំនងក្រៅផ្លូវការជាមួយប៉ូលីសមូលដ្ឋាននៅពេលបំពេញការងារ។ ភឿនមិត្តបានអញ្ជើញប៉ូលីសឲ្យចូលរួមក្នុងការប្រជុំរបស់គណៈកម្មការផ្តល់ប្រឹក្សាដែលធ្វើ២ដងក្នុងមួយឆ្នាំ ដែលរួមមានដៃគូនៅមូលដ្ឋាន ក្រសួង និង អ្នកផ្តល់ជំនួយ។ ភឿនមិត្តធ្វើការជាមួយយុវជនដែលធ្វើខុសច្បាប់ ទៅជួបយុវជនដែលនៅតាមមណ្ឌលស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម និង ពន្ធនាគារដើម្បីតស៊ូមតិជំនួសពួកគេ ហើយព្យាយាមភ្ជាប់ពួកគេមកជាមួយសេវារបស់ភឿនមិត្ត។

> «*បើគេប្រព្រឹត្តបទល្មើស ហើយយើងជួបគេ យើងធ្វើផែនការ បើគេចង់មកជាមួយយើង យើងធ្វើលិខិតទៅប៉ូលីស ត្រូវប្រើរយៈពេលប្រហែល១ខែ*» បុគ្គលិកភឿនមិត្ត

ប៉ូលីសដែលដឹងអំពីការងាររបស់ភឿនមិត្តបញ្ជូលក្មេងៗទៅឲ្យ។ បើក្មេងៗនោះមានអាយុក្រោម១៥ឆ្នាំ ហើយបទល្មើសដែលប្រព្រឹត្តនោះគ្មានជនរងគ្រោះទេ ប៉ូលីសអាចដោះលែងក្មេងនោះ ឲ្យអង្គការថែទាំ។

> «*ឥលូវនេះ រឿងល្អនោះគឺថា គេបានស្គាល់យើងកាន់តែច្បាស់ គេស្គាល់បុគ្គលិករបស់យើង ជាការល្អដែលគេបញ្ជូនក្មេងៗមកឲ្យយើង*» បុគ្គលិកភឿនមិត្ត

ភឿនមិត្តចាត់ទុកទំនាក់ទំនងជាមួយប៉ូលីសថាជាឱកាសក្នុងការចូលទៅដល់ក្មេងៗដែលមានកំពុងត្រូវការសេវា។ បើគ្មានទំនាក់ទំនងល្អជាមួយ អ្នកអនុវត្តច្បាប់ទេ វាមានការលំបាកណាស់នឹងចូលទៅដល់ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះទាំងនេះ។ ថ្មីៗនេះមន្ត្រីប៉ូលីសថែមទាំងជួយភឿនមិត្តក្នុងការស្វែងរកការងារឲ្យក្មេងៗដែលត្រូវបានដោះលែងពីការឃុំឃាំង។

> «*គាត់បើកផ្លូវសម្រាប់យើងក្នុងការជួបជាមួយក្រុមទាំងនេះ និង ដោយមានការពិភាក្សាជាចំហ*» បុគ្គលិកភឿមិត្ត

ទៅអនាគត ភឿនមិត្តចង់ឃើញឱកាសច្រើនថែមទៀតសម្រាប់ក្មេងៗ និងជម្រើសផ្សេងទៀតក្រៅពីមណ្ឌលកែប្រែ។ គេក៏ចង់ធ្វើអនុសារណៈនៃការយោគយល់គ្នាជាមួយក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ ដើម្បីសម្រួលនូវទំនាក់ទំនងជាមួយប៉ូលីស។ ប៉ូលីសដែលយើងបានសម្ភាសបានចាត់ទុកថាភឿនមិត្តបានផ្តល់សេវាដ៏មានសារៈសំខាន់ ដល់ក្មេងៗដែលរស់តាមចិញ្ចើមថ្នល់ ដូចជាជំនាញជីវិត និង ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈជាដើម។ គេចាត់ទុកភឿនមិត្តថាជាជម្រើសសំខាន់មួយក្នុងការ

បញ្ជូនក្មេងៗនិង ជាជម្រើស ក្រៅពីការឃុំខ្លួនក្មេងៗ ជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ដូចជានៅពេលដែលត្រូវ«សំអាតថ្នល់» មុនពេលពិធីសំខាន់ៗ ម្តងៗ។

ប៉ូលីសនិយាយថាគេបញ្ជូនក្មេងៗទៅឲ្យភឿនមិត្តបើសិនជាគេគ្មានក្រុមគ្រួសារ ឬ ក្រុមគ្រួសារមិនអាចត្រួតត្រាឥរិយាបថរបស់ពួកគេបានទេ។ ប៉ូលីសក៏បញ្ជូនក្មេងៗក្រោមអាយុ១៥ឆ្នាំដែលត្រូវបានចាប់ខ្លួនទៅឲ្យភឿនមិត្ត ដោយយល់ថាបានផលល្អជាងការឃុំឃាំង។ នៅឡាវ គេមិនអាចដាក់ទោសក្មេងក្រោម១៥ឆ្នាំបានឡើយ។

ក្រសួងការងារនិងសង្គមកិច្ចជាអ្នកតំណាងឲ្យភឿនមិត្តនៅក្នុងរដ្ឋាភិបាល និង ជាអ្នកភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ នៅពេលណាដែលចាំបាច់។

> *«យើងមិនមាន «ភាពជាដៃគូ» ជាមួយភឿមិត្តនោះទេ យើងបញ្ជូនទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច ... យើងធ្វើការងារតាមរយៈក្រសួង និងស្ថានីយប៉ូលីសស្រុក»* មន្ត្រីប៉ូលីស

មន្ត្រីនៅក្រសួងការងារនិងសង្គមកិច្ចបាននិយាយថាក្មេងៗដែលមានអាយុក្រោម១៨ឆ្នាំ ហើយដែលត្រូវបានចាប់ខ្លួន អាចត្រូវប៉ូលីសបញ្ជូនទៅឲ្យភឿនមិត្ត ហើយការនេះធ្វើតាមករណីនីមួយៗ។

ទំនាក់ទំនងរវាងប៉ូលីសជាមួយភឿនមិត្ត មិនមានអ្វីជាផ្លូវការទេ ជាទូទៅផ្អែកលើទំនាក់ទំនងបុគ្គល និង ការជឿទុកចិត្តគ្នា។ ការនេះត្រូវបានបញ្ជាក់បន្ថែមដោយអ្នកដែលភឿនមិត្តបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងរយៈពេលកន្លងមក ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងក្មេងៗប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់។ នេះបង្ហាញពីតម្លៃនៃការមានទំនាក់ទំនងវិជ្ជមានជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់ ដើម្បីសម្រេចបានលទ្ធផលប្រសើរជាងមុន សម្រាប់ក្មេងៗដែលធ្វើខុសច្បាប់ រួមទាំងក្មេងៗដែលប្រើគ្រឿងញៀនផងដែរ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

BT,VS ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ ចងក្រង និង វិភាគទិន្នន័យ ព្រៀងអត្ថបទនេះ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. http://www.friends-international.org/wherewework/peuanmit-history.asp?mainmenu=wherewework&page=laopdr.
2. Friends International, UNODC: *Drug use among street children in Vientiane, Lao PDR,* March 2007

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង «សហគមន៍ស្អាតស្អំ»៖ តើវៀតណាមអាចទទួលបានទាំងពីរឬទេ?

ដោយៈ

Thu Hong Khuat[1*] អ៊ីម៉េលៈ hongisds@gmail.com

Van Anh Thi Nguyen[1] អ៊ីម៉េលៈ nguyentva@gmail.com

Melissa Jardine[2] អ៊ីម៉េលៈ m.jardine@pgrad.unimelb.edu.au

Timothy Moore[2] អ៊ីម៉េលៈ tim.moore@unimelb.edu.au

Thu Huong Bui[1] អ៊ីម៉េលៈ huongbt@isds.org.vn

Nick Crofts[3,4] អ៊ីម៉េលៈ nick.crofts@unimelb.edu.au

[1] Institute for Social DevelopmentStudies, Suite 225; Entry 11, Block CT5; Song Da- My Dinh area; Pham Hung road; Hanoi; Vietnam

[2]Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 161 Barry Street, Carlton, 3010, Melbourne, Australia.

[3] Center for Law Enforcement and Public Health, Melbourne, Australia

[4] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville, 3100 Australia

សេចក្ដីសង្ខេប

ការស្រាវជ្រាវរបស់យើងបង្ហាញថា ប៉ូលីសដើរតួនាទីច្រើនក្នុងការបង្រ្កាបបទល្មើសទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន។ ពួកគេយល់ថាភារកិច្ចរបស់គេ មានលក្ខណៈបញ្ហាសគ្នា គឺថា មួយត្រូវបង្ការនិងបង្ក្រាបការប្រើគ្រឿងញៀន និងមួយទៀតត្រូវគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការនេះបានបង្កើតភាពតានតឹងនៅក្នុងការងាររបស់គេ និង ជាមួយសហគមន៍។ ទោះបីជាពួកគេជាអ្នកដឹកនាំ និង អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ មិនមែនប៉ូលីសគ្រប់គ្នាសុទ្ធតែដឹងអំពីកម្មវិធីនេះនោះទេ ហើយខ្លះទៀតនៅតែមានមន្ទិល ឬ យល់ថាវាផ្ទុយពីភារកិច្ចស្នូលរបស់ខ្លួន ដែលត្រូវបង្ក្រាបគ្រឿងញៀននោះ។ ការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន ត្រូវបានប៉ូលីសខ្លះយល់ថាវាប្រជែងជាមួយភាកិច្ចចម្បងរបស់ខ្លួនដែលត្រូវសម្របសម្រួល មជ្ឈមណ្ឌលកែប្រែ។

ប្រវត្តិនៃការប្រើគ្រឿងញៀន និង ការវិវត្តរបស់វានៅវៀតណាមបានបង្កើតសម្ពាធចម្រូងចម្រាសនេះ ដល់ប៉ូលីស ហើយក៏បានបង្កើតជាការរំពឹងទុកដែលមានលក្ខណៈប្រទាញប្រទង់គ្នា ហើយក៏នាំឲ្យមានការយល់ឃើញ និង ឥរិយាបថផ្សេងៗគ្នារបស់ប៉ូលីស ចំពោះវិធានការនានារបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការនេះអាចជួយឲ្យយើងយល់បានថាហេតុអ្វី បានជា

មានការលំបាក ឲ្យប៉ូលីសចូលរួមគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ទោះបីជាមានគោលនយោបាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ អំពីជំងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ហើយក៏ដោយ។

ដើម្បីជំរុញឲ្យមានការទទួលយកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឲ្យបានកាន់តែទូលំទូលាយទៀត គោលគំនិតនៃសុវត្ថិភាពសហគមន៍ត្រូវតែរួមបញ្ចូល សុខភាពសហគមន៍ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវតែរួមបញ្ចូលទៅក្នុងចលនា«សង្គមថ្មី» ហើយត្រូវមានការកែប្រែច្បាប់និងគោលនយោបាយ ដើម្បីកាត់បន្ថយភាពប្រទាញប្រទង់គ្នា រវាងច្បាប់គ្រឿងញៀន និង ច្បាប់អេដស៍។

គោលការណ៍ណែនាំអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ សម្រាប់ប៉ូលីស និង អ្នកដទៃទៀត គួរតែត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយ និង គាំទ្រ ដើម្បីអាចធ្វើការជាមួយគ្នាបានល្អ គ្រប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ត្រូវគាំទ្រឲ្យមានការពង្រឹងសមត្ថភាព ដើម្បីរួមចំណែកដល់គោលដៅរួម។

សេចក្តីផ្តើម

វៀតណាមមានការរាតត្បាតជំងឺអេដស៍បែបប្រមូលផ្តុំចាប់តាំងពីរកឃើញករណីដំបូងនៅឆ្នាំ១៩៩០ រហូតដល់ចំនួនប្រមាណ ២៨០ ០០០ករណី គឺប្រហែល០.៤៧%នៃចំនួនប្រជាជន។ ប្រមាណជា៦៥%នៃអ្នកឆ្លង មានប្រវត្តិចាក់គ្រឿងញៀន ហើយក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននេះ ប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺអេដស៍មានអត្រាជាង៧០%[1]។ ឆ្លើយតបនឹងបញ្ហានេះ វៀតណាមបានបង្កើតគោលនយោបាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីជំងឺអេដស៍ រួមទាំងការគាំទ្រផ្នែកគោលនយោបាយ និង ផ្នែកច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផងដែរ។

តើគោលនយោបាយនេះមានប្រសិទ្ធិភាពប៉ុណ្ណាក្នុងការអនុវត្តនៅតាមសហគមន៍? ហើយវាបានជួយគាំទ្រដល់អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់កម្រិតណាដែរ? តើអ្នកអនុវត្តច្បាប់បានចូលរួមជាមួយអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់កម្រិតណាដែរ? តើធ្វើយ៉ាងណាដើម្បីឲ្យការចូលរួមនេះបានប្រសើរឡើង?

អត្ថបទនេះពិនិត្យមើលការចូលរួមរបស់អ្នកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាម ដោយបង្ហាញពីបទពិសោធន៍របស់ប៉ូលីសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដើម្បីទាញជាអនុសាសន៍អំពីថាតើធ្វើយ៉ាងណាឲ្យតួនាទីរបស់ប៉ូលីសកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាព។ ការស្រាវជ្រាវនេះគឺជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងធំដែលមានចំណងជើងថា «ឥទ្ធិពលរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មកលើការអនុវត្តច្បាប់នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍: អ្វីមានដំណើរការ អ្វីដែលគ្មានដំណើរការ» ដែលដឹកនាំដោយ The Nossal Institute for Global Health សហការជាមួយ វិទ្យាស្ថានដើម្បីសិក្សាអភិវឌ្ឍន៍សង្គម (វៀតណាម) វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ(កម្ពុជា) និង សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល(ឡាវ)។

សាវតា

ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃការប្រើគ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍នៅវៀតណាម

មកទល់ថ្ងៃ៣០ខែវិច្ឆិកាឆ្នាំ២០១១ មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនចំនួន១៥៨ ៤១៤នាក់ត្រូវបានចុះបញ្ជីទូទាំងប្រទេស គឺជាការកើនឡើង៥.៧%បើប្រៀបធៀបនឹងពេលដូចគ្នានៅឆ្នាំ២០១០។ តួលេខនេះបង្ហាញតែអ្នកដែលបានចុះបញ្ជីប៉ុណ្ណោះ រីឯចំនួនពិតប្រាកដវិញ យើងមិនដឹងថាមានការកើនឡើងប៉ុន្មាននោះទេ។ នៅវៀតណាម heroin គឺជាគ្រឿងញៀនដែលគេនិយមប្រើជាងគេបំផុត ហើយភាគច្រើនគេប្រើដោយចាក់[3]។ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្រមាណជា៤០ ០០០នាក់ គឺប្រមាណជា១៨.២%នៃអ្នកដែលបានចុះបញ្ជី ធ្លាប់បានបញ្ជូនទៅមណ្ឌលស្តារលទ្ធភាពពលកម្មដែលមានចំនួន១២១កន្លែងនៅទូទាំងប្រទេស[4]។

ចាប់តាំងពីរកឃើញករណីដំបូងនៅក្រុងហូជីមិញ នៅឆ្នាំ១៩៩០មក វៀតណាមទទួលរងនូវការរាតត្បាតមេរោគអេដស៍ដ៏ខ្លាំងក្លា។ មកទល់ចុងឆ្នាំ២០១១ នៅទូទាំងប្រទេស មានអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍១៩៧ ៣៣៥នាក់ ក្នុងចំណោមនោះ មាន៤៨ ៧២០នាក់បានកើតជំងឺអេដស៍ ហើយ ៥២ ៣២៥នាក់បានស្លាប់ដោយសារជំងឺអេដស៍។ កត្តាសំខាន់ៗនៃការចម្លងរួមមាន ការប្រើម្ជុលសឺរ៉ាំងរួមគ្នាក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ហើយអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមានប្រមាណជា៤៣.១%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ នៅឆ្នាំ២០១១ ប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមានអត្រា១៣.៤% គឺចុះ៣.៤% បើប្រៀបធៀបនឹងឆ្នាំ២០១០ ប៉ុន្តែនៅតែខ្ពស់ជាងក្រុមផ្សេងៗទៀតដដែល។ នៅតាមខេត្តមួយចំនួនសមាមាត្រនៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មានរហូតដល់៦៥% ទៅ ៧០%។ បុរសរួមភេទជាមួយបុរសមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់បន្ទាប់ (៥%) បន្ទាប់មកគឺនារីរកស៊ីផ្លូវភេទ(៣%)[5]។ មានភាពត្រួតស៊ីគ្នារវាងការចាក់គ្រឿងញៀននិងការរកស៊ីផ្លូវភេទ ដោយសារមានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនច្រើនក្នុងចំណោមអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ នៅទីក្រុងមួយចំនួន[5]។

ប៉ុន្តែ នៅពេលដែលយើងចាត់ទុកថាជាការរាតត្បាត«ប្រមូលផ្តុំ» ដោយសារវាប៉ះពាល់តែក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន នារីរកស៊ីផ្លូវភេទនិងបុរសរួមភេទជាមួយបុរស នៅតំបន់ខ្លះ មេរោគអេដស៍បានរាតត្បាតទៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ តាមរយៈខ្សែសង្វាក់នៃការរួមភេទ ដែលពាក់ព័ន្ធរវាងបុរសចាក់គ្រឿងញៀន និង ដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេ រវាងនារីរកស៊ីផ្លូវភេទ និង អតិថិជនរបស់ពួកគេ។ ទោះបីជាភាគច្រើនជាករណីបុរសក៏ដោយ សមាមាត្រនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាស្ត្រីបានកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ នៅឆ្នាំ២០១១ស្ត្រីមាន៣១%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ គឺកើនឡើង២%ធៀបនឹងឆ្នាំ២០១០។

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

មកទល់ចុងឆ្នាំ២០១១ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលរួមមានការផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង ត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តក្រុងចំនួន៦០ រីឯការចែកស្រោមអនាម័យអនុវត្តនៅក្នុងខេត្តក្រុងទាំង៦៣។ ម្ជុលសឺរ៉ាំងជាង៣០លានត្រូវបានចែកដោយក្រុមមិត្តអប់រំមិត្ត

ទៅដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយស្រោមអនាម័យប្រមាណជា២៨លានត្រូវបានចែកជូនក្រុមជនប្រឈមខ្លាំង នៅឆ្នាំ២០១១ ដោយមានកំណើត១១.២% និង ១២% តាមលំដាប់បើធៀបនឹងឆ្នាំ២០១០។

មកទល់ចុងឆ្នាំ២០១១ការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន (MMT) ត្រូវបានអនុវត្តនៅខេត្តក្រុងចំនួន១១ ក្នុងមណ្ឌលចំនួន៤១ ដោយមានអតិថិជនចំនួន ៦ ៩៣១នាក់ ដោយទទួលបានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ក្នុងរូបភាពផ្សេងគ្នា ដូចជា សុខភាពប្រសើរឡើង សន្សំចំណាយ បន្ថយបទល្មើសនិង ជម្លោះគ្រួសារ[3]។

រដ្ឋាភិបាលបានសម្រេចពង្រីក MMT ទៅ៣០ខេត្តក្រុងនៅឆ្នាំ២០១៥។ ដោយរំពឹងថានឹងមានការថតចុះនៃជំនួយអន្តរជាតិ ដោយសារវៀតណាមត្រូវបានចាត់ចូលជាប្រទេសមានចំណូលមធ្យម ក្រសួងសុខាភិបាលបានរៀបចំផែនការផលិតម៉េតាដូនក្នុងស្រុកដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនរាប់ម៉ឺននាក់។ ផែនការនេះនឹងដាក់ជូននាយករដ្ឋមន្ត្រីនៅឆ្នាំ២០១២។

បើយើងពិនិត្យមើលថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបានដាក់ឲ្យសាកល្បងតាំងពីឆ្នាំ១៩៩៣ គឺ១៩ឆ្នាំមុន និង មានការប្រឹងប្រែងជាច្រើនដោយគ្មានជោគជ័យ ក្នុងការតស៊ូមតិឲ្យមានការព្យាបាលជំនួសដែលរួមមាន MMTផង គេអាចចោទសួរថាហេតុអ្វើបានជាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទើបតែត្រូវបានពង្រីកនាពេលថ្មីៗនេះ ហើយថាតើហេតុអ្វីក៏ប្រើពេលយូរម្លេះដើម្បីឲ្យវៀតណាមទទួលយកកម្មវិធីនេះ?

វិធីសាស្ត្រ

បន្ទាប់ពីស្រាវជ្រាវឯកសារពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រឿងញៀន ជំងឺអេដស៍ និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាមរួចមក យើងបានរៀបចំជាសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់មួយដែលមានអ្នកជំនាញការ និង តំណាងភ្នាក់ងារដែលធ្វើការក្នុងផ្នែកកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលបានជួយយើងឲ្យយល់ច្បាស់ពីស្ថានភាពទូទៅនៃបញ្ហាគ្រឿងញៀន ជំងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាម ហើយក៏បានផ្តល់ឲ្យក្រុមស្រាវជ្រាវនូវបញ្ជីនៃអ្នកដែលគួរចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ។ ផ្អែកលើព័ត៌មានមូលដ្ឋាននេះ យើងបានធ្វើសម្ភាសន៍នៅហាណូយ ពីខែមេសាដល់ខែតុលាឆ្នាំ២០១១។ អ្នកចូលរួមក្នុងសម្ភាសន៍របស់យើងរួមមានអ្នកធ្វើគោលនយោបាយ អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ប៉ូលីសដែលធ្វើការពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រឿងញៀន កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ជំងឺអេដស៍ នៅថ្នាក់ផ្សេងៗ តាំងពីថ្នាក់ជាតិរហូតដល់ថ្នាក់ខេត្តក្រុង និង សហគមន៍ និង អ្នកដឹកនាំសហគមន៍។ មនុស្សចំនួន៥៨នាក់បានចូលរួមក្នុងសម្ភាសន៍ និង ការពិភាក្សាក្រុមៈ ៤០នាក់ត្រូវបានសម្ភាសដាច់ដោយឡែក ២០នាក់ជាប៉ូលីសស្រុកនិងប៉ូលីសឃុំ ២៧នាក់ជាអាជ្ញាធរ និង អ្នកដឹកនាំអង្គការសង្គម បានចូលរួមក្នុងក្រុមពិភាក្សានៅក្រុងហាណូយ។

អ្នកចូលរួមត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា អ្នកធ្វើគោលនយោបាយ អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ប៉ូលីស និង អ្នកដឹកនាំសហគមន៍។ យើងបានរៀបចំជាមគ្គុទេសក៍សម្រាប់សម្ភាសន៍ និង ពិភាក្សា សម្រាប់ក្រុមនីមួយៗ។ ឧបករណ៍ស្រាវជ្រាវត្រូវបានពិនិត្យដោយគណៈកម្មការផ្ទៃក្នុងរបស់វិទ្យាស្ថានដើម្បីសិក្សាអភិវឌ្ឍន៍សង្គម។ យើងបានទាក់ទងជាមុនជាមួយអ្នកចូលរួមដោយប្រើទូរស័ព្ទ

ហើយពន្យល់អំពីគោលបំណង និង នីតិវិធីនៃការស្រាវជ្រាវ។ មុនសម្ភាសន៍ យើងបានសុំការព្រមព្រៀងផ្ទាល់មាត់ បន្ទាប់ពីបានពន្យល់អំពីភាពសម្ងាត់នៃអត្តសញ្ញាណរបស់គាត់ និង ថាការចូលរួមរបស់គាត់គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយ គាត់អាចឈប់វិញនៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗត្រូវបានទទួលវត្ថុអនុស្សាវរីយ៍ដែលមានតម្លៃ ១០០ ០០០ដុង (៥ដុល្លារ) ដើម្បីជាការដឹងគុណចំពោះពេលវេលារបស់ពួកគាត់។ ជាមធ្យមសម្ភាសន៍មួយប្រហែល១ម៉ោង ហើយការពិភាក្សាក្រុម ប្រហែល ២ម៉ោងឬលើស។ ភាគច្រើននៃសម្ភាសន៍ និង ការពិភាក្សាក្រុមត្រូវបានអាត់សម្លេង ដោយមានការអនុញ្ញាតពីអ្នកចូលរួម។

សម្ភាសន៍ និង ការពិភាក្សាត្រូវ ចម្លងចេញជាសំណេរ និង ចាត់ថ្នាក់។ ការវិភាគទិន្នន័យរួមមាន ការកំណត់កូដ ការកំណត់ប្រធានបថ និង ការភ្ជាប់ប្រធានបទ។

លទ្ធផល

ប៉ូលីសល្បាតតាមផ្លូវ «នៅចន្លោះបិសាច និង ជម្រៅសមុទ្រ»

យើងបានពិនិត្យមើលការចូលរួមរបស់ប៉ូលីស និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាម និងបង្ហាញពីជំហររបស់គាត់តាមរយៈ បទពិសោធន៍របស់មន្ត្រីប៉ូលីស។

តាមរយៈសាច់រឿងរបស់គាត់ យើងឃើញថាប៉ូលីសល្បាតតាមផ្លូវបានស្ថិតក្នុងស្ថានភាពលំបាកមួយ។ មួយ គឺត្រូវបំពេញភារកិច្ចដែលថ្នាក់លើប្រគល់ឲ្យ មួយទៀត ដើម្បីបំពេញភារកិច្ចនោះ គេអាចធ្វើបំពាននឹងគោលនយោបាយផ្សេងទៀត ឬថាបើគាត់ធ្វើតាមគោលនយោបាយដទៃទៀតនោះ គាត់អាចបាត់បង់ជំនឿទុកចិត្តពីសហគមន៍ ដែលរំពឹងថាគេនឹងរក្សាសន្តិសុខសាធារណៈ និង សណ្តាប់ធ្នាប់សង្គមនៅក្នុងសហគមន៍។

បំពេញតួនាទីរបស់ប៉ូលីសនៅក្នុងការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ «ការសម្រេចបានតាមកូតាគឺជាការងារដែលមានស្ត្រេសខ្លាំងណាស់»

ការប្រយុទ្ធនឹងគ្រឿងញៀនមានសារៈសំខាន់ណាស់ដល់ការអភិវឌ្ឍសេដ្ឋកិច្ចសង្គម។ ក្នុងការតស៊ូនេះ ប៉ូលីសត្រូវបានប្រគល់តួនាទីគន្លឹះ ដែលមានចែងក្នុងច្បាប់ និង ឯកសារគោលនយោបាយជាច្រើន។ ជាឧទាហរណ៍ ច្បាប់គ្រឿងញៀនឆ្នាំ ២០០០ មាត្រា៣៨ចែងថា ប៉ូលីសត្រូវតែ «ចាត់ចែងទិសដៅរបស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង បញ្ជូនពួកគេទៅមណ្ឌលបន្សាបគ្រឿងញៀន រក្សាសន្តិសុខ និង សណ្តាប់ធ្នាប់នៅតាមមណ្ឌលទាំងនោះ ត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលគ្រឿងញៀនតាមសហគមន៍ និង តាមមណ្ឌលបន្សាបគ្រឿងញៀន»[6]។

សេចក្តីសម្រេចលេខ61/2000Ttg របស់នាយករដ្ឋមន្ត្រី អំពីការបង្កើតគណៈកម្មាធិការជំងឺអេដស៍ គ្រឿងញៀន និង ពេស្យាចារ បានកំណត់តួនាទីរបស់ប៉ូលីសជាភ្នាក់ងារនាំមុខគេក្នុងការបង្ការនិងបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន ដោយមានការទទួលខុសត្រូវៈ

- សម្របសម្រួល រៀបចំ និង ដឹកនាំកម្មវិធីពហុវិស័យក្នុងការបង្ការ បង្ក្រាប និង ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនទូទាំងប្រទេស

- ប្រមូល ចាត់ថ្នាក់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ រួចបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែទៅតាមការកំណត់នៃបញ្ញត្តិច្បាប់

នៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន នៅឃុំដែលប៉ះពាល់ដោយបញ្ហាគ្រឿងញៀន ប្រធានឃុំ អាចបង្កើតក្រុមប្រឹក្សាឃុំ ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីបង្ការជំងឺអេដស៍ គ្រឿងញៀន និង ការរកស៊ីផ្លូវភេទ នៅក្នុងសហគមន៍[7]។ អនុប្រធានឃុំមួយ ជាប្រធានក្រុមប្រឹក្សានេះ ហើយអនុប្រធានប៉ូលីសឃុំ ត្រូវបានតែងតាំងជាអនុប្រធានក្រុមប្រឹក្សាទទួលបន្ទុកបញ្ហាគ្រឿងញៀន។ ក្នុងហេតុផលនេះ នៅពេលដែលយើងទាក់ទងជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន នៅហាណូយ សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនេះ យើងតែងត្រូវបានគេឲ្យទៅជួបអនុប្រធានប៉ូលីសឃុំ។ សម្ភាសន៍របស់យើងជាមួយមន្ត្រីប៉ូលីសទាំងនោះបានឲ្យយើងដឹងថាតើប៉ូលីសមូលដ្ឋានបានចូលរួមយ៉ាងណាខ្លះក្នុងបញ្ហាគ្រឿងញៀន និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ មន្ត្រីប៉ូលីសទី១ដែលយើងបានជួប ឈ្មោះអាន ជាអនុប្រធានស្ថានីយប៉ូលីសនៅផ្នែកខាងជើងក្រុងហាណូយ ដែលជាតំបន់ប្រើគ្រឿងញៀនខ្លាំងមួយនៅរដ្ឋធានី។ គាត់ក៏ជាអនុប្រធានក្រុមប្រឹក្សាសម្រាប់បង្ការជំងឺអេដស៍ គ្រឿងញៀន និង ពេស្យាចារ។ លោកអាន បានពណ៌នាអំពីការងាររបស់ប៉ូលីសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានថាៈ

> *«ចំពោះការងាររបស់ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន មានភារកិច្ចពីរ។ ទី១ ប្រយុទ្ធប្រឆាំងបទល្មើសទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន ដូចជាការរត់ពន្ធនិង ការចរាចរគ្រឿងញៀន។ ទី២ ត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅក្នុងតំបន់នេះ និង បញ្ជូនពួកគេទៅមណ្ឌលបន្សាបគ្រឿងញៀន។ ប៉ូលីសដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន»។*

លោកអានមានមោទនភាពចំពោះភារកិច្ចរបស់គាត់ក្នុងការរក្សាសន្តិសុខនិង សណ្តាប់ធ្នាប់នៅឃុំរបស់គាត់។ ការស្រាវជ្រាវរក និង ការបង្ក្រាបបទល្មើសគ្រឿងញៀន និង ត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គឺជាកិច្ចការសំខាន់ដែលរួមចំណែកក្នុងការរក្សាសន្តិសុខ និង សណ្តាប់ធ្នាប់ ដូច្នេះ ជួយរក្សាសុវត្ថិភាពក្នុងសហគមន៍។

> *«ភារកិច្ចរបស់ប៉ូលីសគឺត្រូវការពារបក្ស រដ្ឋាភិបាល និង ប្រជាជន។ ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហាសន្តិសុខទាំងអស់នៅក្នុងឃុំនេះ រួមទាំងបង្ការ និង បង្ក្រាបគ្រឿងញៀន និងត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ខ្ញុំរាយការទៅឲ្យបក្សឃុំ និង អាជ្ញាធរឃុំ និង ស្នើនូវវិធានការសម្រាប់ចាត់ការជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅក្នុងសហគមន៍»។*

លោកអាន បាននិយាយថាសហគមន៍របស់គាត់ធ្លាប់ជាចំណុចក្តៅទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន ប៉ុន្មានឆ្នាំមុននេះ ដោយមានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនជាង១០០នាក់ និង មានកន្លែងរត់ពន្ធគ្រឿងញៀន រាប់ឡូ។ ប៉ុន្តែ ស្ថានភាពបានស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតត្រាហើយបានប្រសើឡើងបន្តិចម្តងៗ។ គាត់យល់ថា ដើម្បីរក្សាសមិទ្ធិផលនេះបាន ត្រូវធ្វើកិច្ចការ៣ទន្ទឹមពេលគ្នាៈការអប់រំប្រយុទ្ធប្រឆាំងការជួញដូរគ្រឿងញៀន និងការព្យាបាលគ្រឿងញៀន និង ការស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម រួមទាំងការគាំទ្រក្នុងការរកការងារធ្វើផងដែរ។ ប៉ូលីសត្រូវបានចាត់ឲ្យធ្វើការសម្របសម្រួលការអនុវត្ត ការព្យាបាលគ្រឿងញៀនៈ ការព្យាបាលដោយស្ម័គ្រចិត្តតាមសហគមន៍ និង ការព្យាបាលដោយបង្ខំនៅមណ្ឌលកែប្រែ ក្នុងមណ្ឌលស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម។ ប៉ុន្តែលោកអាន យល់ថាការព្យាបាលតាមសហគមន៍គឺគ្មានប្រសិទ្ធិភាព និងខ្ជះខ្ជាយធនធាន។

ទាក់ទងនឹងតួនាទីរបស់ប៉ូលីសក្នុងការសម្របសម្រួលការព្យាបាលគ្រឿងញៀន លោកអាន ពណ៌នាថាៈ

> *«ប៉ូលីសត្រួតត្រាស្ថានការណ៍ ជាពិសេសចំនួនអ្នកញៀន ហើយរៀងរាល់ខែ ជួបពួកគេ អប់រំ និង ព្រមានគេកុំឲ្យលាប់។ បើមានសញ្ញាលាប់ គេត្រូវទទួលការអប់រំពីសហគមន៍ចំនួន៦ខែ។ បើសិនជាបរាជ័យ ប៉ូលីសត្រូវរៀបចំឯកសារបញ្ជូនពួកគេទៅមណ្ឌលកែប្រែ»*

ភារកិច្ចប្រចាំថ្ងៃរបស់ប៉ូលីសមិនមែនគ្រាន់តែបង្ក្រាបបទល្មើសគ្រឿងញៀន និង ត្រួតពិនិត្យអ្នកញៀនថ្នាំប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងតាមដានអ្នកដែលវិលត្រឡប់ពីមណ្ឌលកែប្រែ០៦វិញទៀតផង។ លោកណាម ប៉ូលីសមូលដ្ឋានម្នាក់បាននិយាយថាៈ

> *«ចំពោះអ្នកដែលត្រឡប់ពីមណ្ឌលវិញ យើងហៅគាត់មកស្ថានីយប៉ូលីស ឲ្យគាត់សរសេរកិច្ចសន្យាឈប់ប្រើគ្រឿងញៀនទៀត។ រៀងរាល់ត្រីមាស គេត្រូវមកទីនេះ ធ្វើតេស្ត។ បើលាប់ ត្រូវមានការអប់រំ។ អ្នកដែលបន្តប្រើថ្នាំទៀតត្រូវចាប់ខ្លួន។ នេះជាភារកិច្ចរបស់ប៉ូលីសឃុំ»*

បើតាមលោក តាន់ ជាអនុប្រធានប៉ូលីសនៅស្រុកមួយទៀត ដែលជាចំណុចក្តៅនៃការជួញដូរគ្រឿងញៀន នៅកណ្តាលក្រុងហាណូយ ស្រុករបស់គាត់មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនច្រើនជាងស្រុកដទៃនៅហាណូយ។ គាត់និយាយថាស្រុកនេះមានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្រមាណ២៤០០នាក់ ក្នុងនោះប្រហែល១០០០ ទៅ១២០០នាក់បានត្រឡប់ពីមណ្ឌលកែប្រែ០៦ ហើយវិលទៅសហគមន៍វិញ។ តាន់និយាយថាៈ

> *«ដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និង បន្ថយបទល្មើស គ្មានវិធីណាប្រសើរជាងត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននោះទេ។ មានវិធានការត្រួតពិនិត្យមួយចំនួន។ ទី១ បញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ០៦ ចំពោះអ្នកដែលមានលក្ខខណ្ឌត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែដោយបង្ខំ។ ទី២ ជួយអ្នកដែលអាចបង់ថ្លៃមណ្ឌលព្យាបាលស្ម័គ្រចិត្ត។ ចុងក្រោយរៀបចំការព្យាបាលតាមសហគមន៍»*

ប៉ុន្តែភារកិច្ចរបស់ប៉ូលីសល្បាតតាមថ្នល់ទាក់ទងនឹងការព្យាបាលគ្រឿងញៀនមិនមែនជារឿងសាមញ្ញពេកទេ ហើយជាទូទៅមានស្រ្តេសច្រើនដោយសារគេត្រូវសម្រេចឲ្យបាននូវកូតាក្នុងការបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ តាមមន្ត្រីនៅមណ្ឌលបង្ការជំងឺអេដស៍នៅហាណូយ ក្នុងមួយឆ្នាំ មន្ទីរ ការងារ ពិការភាព និង សង្គមកិច្ច (DOLISA) នៅក្រុងហាណូយតម្រូវឲ្យស្រុកនីមួយៗ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលកែប្រែ ប្រមាណ២០០-៣០០នាក់។ DOLISAថ្នាក់ស្រុកបានបែងចែកចំនួននេះទៅតាមឃុំ អាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពប្រើគ្រឿងញៀនតាមឃុំនីមួយៗ។

និយាយអំពីកូតានេះ ហ៊ុយ ជាប៉ូលីសនៅផ្នែកអាគ្នេយ៍នៃក្រុងបាននិយាយថាៈ

> *«ឆ្នាំនេះ DOLISAថ្នាក់ស្រុកត្រូវបានគេឲ្យកូតាចំនួន២១០ករណីដែលត្រូវបញ្ជូន។ គេបែងចែកចំនួននេះទៅតាមឃុំ។ ឃុំខ្ញុំត្រូវបញ្ជូន២០នាក់។ បើយើងមិនបានបញ្ជូនគ្រប់ចំនួននេះទេ បានន័យថា យើងមិនបានបំពេញបានតាម*

ភារកិច្ចទេ គឺគេចាត់ថ្នាក់យើងត្រឹម B ឬ C ប៉ុណ្ណឹង។ ជាការងារដែលមានស្ត្រេសខ្លាំងណាស់ក្នុងការបំពេញតាមកូតានេះ»។

ហ៊ុយ ត្អូញត្អែរថា កូតានេះខ្ពស់ពេកសម្រាប់ឃុំរបស់ខ្លួន ដែលពិបាកនឹងសម្រេចបានណាស់។ នោះគឺមិនមែនដោយសារមិនសូវមានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនក្នុងឃុំនោះទេ ប៉ុន្តែដោយសារការលំបាកដែលចេញពីក្រឹត្យលេខ៣១៣៥[៥]។ បើតាមក្រឹត្យនេះ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលលាប់ អាចបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែវិញបាន លុះត្រាតែមានរយៈពេលយ៉ាងតិច២៤ខែ បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលគេដោះលែងចេញពីមណ្ឌល។ ក្នុងរយៈពេលនេះ ពួកគេត្រូវទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងសហគមន៍រយៈពេល៦ខែ យោងតាមសេចក្តីសម្រេចលេខ ១៦៣ អំពីវិធាននៃការអប់រំតាមសហគមន៍សម្រាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន[៦]។ នៅពេលសម្ភាសន៍ នៅឃុំរបស់គាត់មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ៩៤នាក់ ប៉ុន្តែពួកគេមិនគ្រប់លក្ខណ្ឌរបស់ក្រឹត្យលេខ១៣៥ទេ ព្រោះពួកគេទើបតែចេញពីមណ្ឌលមិនទាន់បាន២៤ខែផង។ ហ៊ុយ មិនអាចសម្រេចបានតាមកូតា២០នាក់ត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលនោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវរៀបចំឯកសារជាច្រើនដើម្បីបានការព្យាបាលតាមសហគមន៍ ចំពោះអ្នកទាំង៩៤នាក់នោះ។ ហ៊ុយ ចង់ស្នើសុំឲ្យកែប្រែក្រឹត្យ១៣៥ ដើម្បីអាចបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនត្រឡប់ទៅមណ្ឌលវិញ ទោះជាគេទើបនឹងចេញពីមណ្ឌលក៏ដោយ បើសិនជាគេមានតេស្តវិជ្ជមាន។ ហ៊ុយ យល់ថាការព្យាបាលតាមសហគមន៍ ជាការខ្ជះខ្ជាយធនធាន ព្រោះថាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនភាគច្រើន លាប់ ហើយខ្លះត្រឡប់ទៅប្រើគ្រឿងញៀនវិញភ្លាមបន្ទាប់ពីចេញពីមណ្ឌល។ ហ៊ុយ មានការព្រួយបារម្ភថា បើសិនជាមានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនច្រើន ពួកគេអាចប្រព្រឹត្តបទល្មើស ហើយគេបន្ទោសយើងថាមិនបានបំពេញតាមភារកិច្ច ជាពិសេសនៅពេលដែលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅឃុំរបស់យើងត្រូវបានចាប់ខ្លួនក្នុងឃុំជិតខាង។

ផាន់ ជាប៉ូលីសនៅសង្កាត់ចំណាស់មួយនៃក្រុងហាណូយ និយាយថាឃុំរបស់ខ្លួនត្រូវបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនពី២៧-៣០នាក់ រៀងរាល់ឆ្នាំ ទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ ចំនួននេះត្រូវបែងចែកទៅតាមក្រុមនៅក្នុងឃុំ អាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពប្រើគ្រឿងញៀនរបស់ក្រុមនីមួយៗ។ នៅឆ្នាំ២០១០ គាត់អាចបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន៣នាក់ទៅមណ្ឌល។ ប៉ុន្តែគាត់និយាយថា:

«និយាយតាមត្រង់ទៅ យើងត្រូវសម្រេចតាមកូតា ប៉ុន្តែមិនមែនដោយសាររឿងហ្នឹងយើងចេះតែបញ្ជូនអ្នកណាទៅក៏បាននោះទេ។ យើងត្រូវអប់រំពួគេឡើងវិញ បញ្ចុះបញ្ចូល មួយរយៈ ហើយយើងអាចចាប់ខ្លួនគេ បើសិនជាវិធានទាំងនោះទទួលបរាជ័យ។ មិនចាំត្រូវសម្រេចបានតាមកូតាទេ បើយើងមានតែអ្នកដែលមិនត្រូវតាមលក្ខណ្ឌនោះ»

ឡុង ជាប៉ូលីសនៅតំបន់អាគ្នេយ៍នៃក្រុងហាណូយ និយាយថា វាមានស្ត្រេសខ្លាំងណាស់ក្នុងការសម្រេចឲ្យបានតាមកូតានោះ។ នៅឆ្នាំ២០០៨ គាត់ត្រូវគេឲ្យបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនឲ្យមាន៤៩នាក់ទៅមណ្ឌល ប៉ុន្តែគាត់អាចបញ្ជូនបានតែ២៣នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ គាត់មានអារម្មណ៍មិនល្អ ព្រោះគាត់មិនអាចបំពេញភារកិច្ចគាត់បានល្អ។ ប៉ុន្តែ ឡុង លើកឡើងពីការលំបាកផ្សេងទៀតក្នុងការសម្រេចបានតាមកូតា។ មិនមែនជាការងាយទេក្នុងការបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលនោះព្រោះគ្រួសារគេមិនសូវសហការជាមួយប៉ូលីសទេ។ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន អាចរត់បាត់មុនពេលដែលយើងចាប់ខ្លួនគេ។

«គ្រួសាររបស់គេមានការលំបាកវេទនាណាស់ ប៉ុន្តែគេមិនគាំទ្រប៉ូលីសទេនៅពេលដែលប៉ូលីសទៅចាប់គេដល់ផ្ទះនោះ។ នៅពេលដែលយើងទទួលសំបុត្រ យើងត្រូវទៅចាប់ខ្លួនគេដល់ផ្ទះភ្លាម។ គេអាចរត់បើយើងប្រាប់គេមុន។ មន្ត្រីប៉ូលីសម្នាក់អានសំបុត្រ ម្នាក់ទៀតត្រូវតែដាក់ខ្នោះគេភ្លាម។ ឆ្នាំនេះ យើងត្រូវបញ្ជូន៥នាក់ យើងត្រូវតែរកឲ្យបាន៥នាក់តាមគ្រប់មធ្យោបាយ»

អាន ក៏ជួបប្រទះរឿងនេះដែរ។ ប៉ុន្មានអាទិត្យមុននេះ បុរសម្នាក់មកជួបអាន ហើយសុំឲ្យយកកូនគាត់ទៅឲ្យឆ្ងាយ។ អាន និង សហការី ប្រើពេល២ថ្ងៃតាមរកក្មេងនោះ ហើយក៏បានចាប់ខ្លួនគេនៅពេលគេកំពុងចាក់គ្រឿងញៀន។ ប៉ុន្តែនៅពេលដែលគេកំពុងរៀបចំឯកសារ ឪពុកបានមកម្តងទៀត សុំឲ្យលែងកូនគាត់។ ឪពុកចង់ជួយកូនប្រុសតែមួយរបស់គាត់ឲ្យទទួលការព្យាបាលនៅផ្ទះ។

មិនមែនគ្រាន់តែមានស្រ្តេសខ្លាំងដែលត្រូវសម្រេចបានតាមកូតានោះទេ ប៉ូលីសពេលខ្លះមានអារម្មណ៍មិនល្អ។ ប៉ូលីសស្ទើរតែទាំងអស់ដែលបានសម្ភាសមានអារម្មណ៍ដូចគ្នា ដូចជា ណាមៈ

«...ប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ឃុំរបស់យើងខ្លាំង ប៉ុន្តែខ្លាំងតែក្នុងការបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលតែប៉ុណ្ណោះ។ តាមពិតទៅ មានតិចនាក់ណាស់ដែលអាចផ្តាច់គ្រឿងញៀនបាន... ដូច្នេះ ត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនជារឿងនឿយហត់ណាស់។ នេះជាបញ្ហារបស់យើង។ ខ្ញុំធ្វើការជាមួយបញ្ហានេះច្រើនឆ្នាំមកហើយ តែយើងនៅតែមិនអាចដោះស្រាយបានដដែល»

ផាន់ មានការអាណិតចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង គ្រួសារ ប៉ុន្តែគាត់យល់ថា ការបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលកែប្រែគឺជាការល្អសម្រាប់ទាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនខ្លួនឯងផង និងសម្រាប់គ្រួសារផង។

«ជាទូទៅ វាជាការគួរឲ្យវេទនាណាស់។ អ្នកនឹងអាណិតពួកគេ ប្រសិនបើអ្នកបានដឹងពីជីវិតពួគេ។ ទាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង គ្រួសាររបស់គេទទួលរងសោកនាដកម្មនេះ។ ជាការគួរឲ្យអាណិតណាស់នៅពេលដែលឃើញអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន តាំងពីព្រឹករហូតថ្ងៃត្រង់ព្យាយាមញ៉ាំមីមួយចានមិនអស់។ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនខ្លះត្រូវបានគ្រួសារដាក់ច្រវ៉ាក់ដូចឆ្កែ។ នេះជាការគួរឲ្យអាណិតណាស់ ប៉ុន្តែបើមិនដាក់ច្រវ៉ាក់ទេ គេអាចប្រព្រឹត្តបទល្មើស។ ខ្ញុំយល់ថាយើងមិនគួរចាត់ទុកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនថាជាជនល្មើសនោះទេ ព្រោះគ្រួសាររបស់គេច្រើនតែ មានបញ្ហាវេទនា។ បញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលកែប្រែ២ឆ្នាំអាចរក្សាជីវិតគេបាន ប៉ុន្តែគេអាចស្លាប់បើទុកនៅផ្ទះ»

ប៉ូលីសភាគច្រើនជាប់នៅចន្លោះបទបញ្ញត្តិច្បាប់ និង ក្តីរំពឹងរបស់សហគមន៍។ ការត្អូញត្អែររបស់សហគមន៍អំពីអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនជាសម្ពាធបន្ថែមទៀតមកលើប៉ូលីស។ ហ៊ុយ មិនសប្បាយចិត្តសោះព្រោះគាត់មិនអាចរក្សាសន្តិសុខបានក្នុងឃុំរបស់គាត់។ ដោយសារក្រឹត្យ១៣៥ គាត់មិនអាចបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនសូម្បីតែម្នាក់ទៅមណ្ឌល ក្នុងចំណោមអ្នកទាំង៩៤ ទោះបីជាពួកគេជាច្រើនបានលាប់ឡើងវិញហើយក៏ដោយ។

«ខ្ញុំដឹងថាយ៉ាងតិច៦០ ទៅ ៧០%នៃអ្នកដែលបានត្រឡប់ពីមណ្ឌលវិញបានលាប់។ អ្នកខ្លះលាប់តាំងពីពេលចេញពីមណ្ឌលភ្លាម។ តើយើងអាចធ្វើម៉េចបានជាមួយអ្នកទាំងនោះ? នៅពេលដែលគេមានតេស្តវិជ្ជមាន ខ្ញុំបញ្ជូនគេទៅឲ្យសមាគន៍នារី ឬ សមាគមន៍យុវជន ឬ សមាគមន៍ អតីតយុទ្ធជន ដែលចង់ជួយគេឲ្យក្លាយជាមនុស្សល្អវិញ ប៉ុន្តែគេមិនអាចក្លាយជាមនុស្សល្អបានទេ។ ឪពុកម្តាយគេក៏មិនអាចជួយអីគេបានដែរ។ ប៉ូលីសបានព្យាយាមអប់រំពួកគេ ប៉ុន្តែ គេមិនអាចផ្លាស់ប្តូរបានទេ។ អ្នកនៅក្នុងសហគមន៍តែងតែសួរថា«ហេតុអ្វីលោកមិនបញ្ជូនគេទៅមណ្ឌល?»»

ទោះជាគេបានខិតខំបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលយ៉ាងណាក៏ដោយ ប៉ូលីសភាគច្រើន ជឿថា ជាការល្អគួរតែបញ្ជូនគេទាំងអស់ទៅមណ្ឌល ហើយទុកគេនៅទីនោះឲ្យយូរ។ ហ៊ុងយល់ថាៈ

«អ្នកទាំងនោះបានញៀនទៅហើយ។ យើងគ្រាន់តែចង់ឲ្យសហគមន៍របស់យើងមានភាពស្អាតស្អំ និង សន្តិសុខល្អ។ បើយើងទុកពួកនេះឲ្យនៅផ្ទះ មានបញ្ហាជាច្រើនកើតឡើងរៀងរាល់ថ្ងៃ ដូចជាការលួចឆក់ជាដើម។ នេះជាការងារដែលមានស្ត្រេសខ្លាំងណាស់។ ពេលខ្លះគេឲ្យកូតាខ្ញុំតែ១ឬ២ប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែ ពួកដែលអាក្រក់មែនទៀតក៏ត្រូវតែបញ្ជូនដែរ»

ចំណែកឯហ៊ានវិញ ដែលជាសហការីរបស់ហ៊ុង ការព្យាបាលដោយបង្ខំគឺជាជម្រើសល្អបំផុត ព្រោះវាបានផ្តល់ការព្យាបាលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយឲ្យពួកគេនៅឆ្ងាយពីគ្រឿងញៀន។ ហ៊ានយល់ថា អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកដែលលាប់ក្រោយពីចេញពីមណ្ឌលភ្លាម ក៏ត្រូវរក្សាក្នុងមណ្ឌលដែរ។ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនជាច្រើនស្លាប់នៅផ្ទះដោយសារប្រើលើសកម្រិត ដូច្នេះនៅក្នុងមណ្ឌលក៏ជួយជីវិតគេដែរ។ ហ៊ានយល់ថា ដើម្បីបន្ថយស្ត្រេស និងបន្ទុកដល់ប៉ូលីស គួរតែបញ្ជូនអ្នកដែលតេស្តវិជ្ជមានទាំងអស់ទៅមណ្ឌលភ្លាម ដើម្បីកុំឲ្យពួកគេរត់បាត់។ ប៉ូលីស ជួនកាលត្រូវតាមរកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលរត់ រហូតដល់ខេត្ត ហ័រប៊ិញ។ គាត់យល់ថា នេះជាការដែលមិនល្អ ហើយចំណាយច្រើន។ នៅពេលសម្ភាសន៍ ហ៊ាននិយាយថាគាត់នៅជំពាក់មនុស្សម្នាក់ទៀត ក្នុងកូតារបស់គាត់ ដោយសារគេរត់បាត់ ក្រោយពីឃើញតេស្តទឹកនោមវិជ្ជមាន។

ម្យ៉ាងវិញទៀត គេយល់ថា អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមិនអាចផ្តាច់បានទេ។ ជាមធ្យម ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន១០០នាក់ ក្រោយពីបន្សាបហើយ មាន៩៨នាក់ លាប់ឡើងវិញ ម្នាក់ដាក់គុក ម្នាក់ទៀត ស្លាប់។

«ខ្ញុំយល់ថា ម្ជុល និង សឺរ៉ាំងថោកណាស់នៅវៀតណាមសម្រាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ តាមខ្ញុំដឹង គេតែងតែទិញសឺរ៉ាំងថ្មីនៅពេលដែលគេចង់ចាក់ រួមជាមួយថ្នាំមួយកញ្ចប់ និង ទឹកបន្តិចផង។ ប៉ុន្តែដោយសារគេមិនសូវមានលុយ គេច្រើនតែចែករំលែកថ្នាំមួយដូស ជាមួយគ្នា៣នាក់ហើយចាក់ដោយសឺរ៉ាំងតែមួយ។ ពួកគេអាចដឹងថាត្រូវប្រើម្ជុលសឺរ៉ាំងស្អាត ប៉ុន្តែដោយសារបញ្ហាជីវភាព និងដោយសារថ្នាំថ្លៃផង គេកម្រធ្វើបែបនេះណាស់»

ក្នុងនាមជាអនុប្រធានក្រុមប្រឹក្សាឃុំដើម្បីបង្ការជំងឺអេដស៍គ្រឿងញៀន និង ពេស្យាចារ អាន គួរតែខ្វល់ខ្វាយពីរឿងនេះព្រោះថាការរាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍នៅវៀតណាម បណ្តាលមកពីការចាក់គ្រឿងញៀន។

ជារួមការត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង បញ្ជូនពួកគេទៅមណ្ឌលកែប្រែ គឺជាភារកិច្ចចម្បងមួយរបស់ប៉ូលីសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន។ ប៉ុន្តែ ការងារនេះមានស្រ្តេសច្រើនដោយសារភាពខ្វែងគ្នា នៃភារកិច្ច និង គោលនយោបាយមួយចំនួន ដូចជា ក្រឹត្យ១៣៥ សារាចរណ៍១៦៣ ឥរិយាបថរបស់សហគមន៍ សម្ពាធ និង កង្វះកិច្ចសហការណ៍និង ឥរិយាបថអវិជ្ជមានរបស់គ្រួសារចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។

ធ្វើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់: «បង្ហាញផ្លូវដើម្បីឲ្យក្លាន់រត់»

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវបាននាំចូលមកវៀតណាមនៅឆ្នាំ១៩៩៣ ប៉ុន្តែវានៅតែជាសកម្មភាពសាកល្បង នៅកន្លែងខ្លះរហូតដល់១៥ឆ្នាំ មុនពេលដែលត្រូវបានទទួលយកដាក់ក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តជាតិអំពីជំងឺអេដស៍នៅឆ្នាំ២០១០។ កម្មវិធីនេះអាចអនុវត្តបានពេញលេញនៅក្រោយពេលដែលមានច្បាប់អេដស៍ឆ្នាំ២០០៦ប៉ុណ្ណោះ ដែលអនុញ្ញាតឲ្យអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ចែងអំពីគោលការណ៍ទូទៅរបស់កម្មវិធី។ នៅឆ្នាំ២០០៧ ក្រឹត្រ១០៨បានផ្តល់មគ្គុទេសក៍បន្ថែមទៀតក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅទូទាំងប្រទេស។ បន្ទាប់មក មានផែនការសកម្មភាពជាតិមួយសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ឆ្នាំ២០០៧-២០១០ បានកំណត់គោលដៅ និងអាំងឌីកាទ័រ សម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅគ្រប់ខេត្តក្រុងទូទាំងប្រទេស។ ច្បាប់គ្រឿងញៀនថ្មីឆ្នាំ២០០៨ចាត់ទុកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនថាជាជនរងគ្រោះ ឬ ជាអ្នកជំងឺ ដែលត្រូវការព្យាបាល ដែលគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បន្ថែមទៀត។

តួនាទីរបស់ប៉ូលីសជាអ្នកដឹកនាំ និង ជាអ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សហការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលនិងភ្នាក់ងារពាក់ព័ន្ធមួយចំនួនទៀតត្រូវបានកំណត់ដោយផែនការសកម្មភាពជាតិអំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

ប៉ុន្តែជាក់ស្តែង មិនមានប៉ូលីសគ្រប់គ្នាស្គាល់អំពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះទេ។ លឺ ជាប៉ូលីសឃុំនៅភាគអាគ្នេយ៍នៃក្រុងហាណូយ គាត់មិនដែលឮពាក្យ«កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់» ហើយមិនបានទទួលការងារណាទាក់ទងការចែកម្ជុលសឺរ៉ាំង ឬ ស្រោមអនាម័យឡើយ។

> *«ខ្ញុំមិនដែលចូលរួមសកម្មភាពកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទេ។ ប៉ូលីសឃុំយើងមិនដែលបានចូលរួមសកម្មភាពដូចជាការចែកស្រោមអនាម័យទេ។ ប្រហែលការងារនេះត្រូវចាត់ឲ្យអង្គការធំៗ។ យើងមិនបានចូលរួមទេ។ ការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់យើងគឺត្រួតពិនិត្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន»*

លឺ មានការមន្ទិលចំពោះកម្មវិធីចែកម្ជុលសឺរ៉ាំង បន្ទាប់ពីយើងបានពន្យល់គាត់ថាវាមានន័យយ៉ាងម៉េចនោះមក។ គាត់ចង់ឲ្យបន្ថែមពេលដែលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនស្ថិតនៅក្នុងមណ្ឌលកែប្រែ ដោយគាត់គិតថាវាប្រសើរជាងសកម្មភាពកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។

ពេលសួរថាគាត់ធ្វើម៉េចបើគាត់ឃើញស្រ្តីម្នាក់ផ្តល់សឺរ៉ាំងស្អាតមួយឲ្យទៅអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ផាន់ និយាយថា:

«អ្នកនិយាយថាគាត់ចែកម្ជុលសឺរ៉ាំងឲ្យចាក់ថ្នាំញៀន? ទេ មិនអាចទេ។ នេះជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើគ្រឿងញៀនទៀត។ យើងអាចអត់ខិនបានក្នុងករណីដែលគាត់ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជំងឺអេដស៍។ ប៉ុន្តែ ចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលមានបំណងចង់ផ្តាច់គ្រឿងញៀន ការផ្តល់ម្ជុល និង សឺរ៉ាំងអាចនាំឲ្យគាត់ត្រឡប់មកប្រើថ្នាំវិញ។ នេះមានន័យថាបង្ហាញផ្លូវឲ្យក្តាន់រត់។ នេះមានន័យថារដ្ឋាភិបាល អនុញ្ញាតឲ្យគាត់ប្រើគ្រឿងញៀន អញ្ចឹងតើឲ្យប៉ូលីសចាប់គាត់យ៉ាងម៉េច? ទេ ខ្ញុំមិនឯកភាពទេ»

ដូច ផាន់ដែរ បា ជាប៉ូលីសមកពីក្រុមប្រជាជនមួយ នៃស្រុកមួយនៅកណ្តាលក្រុងហាណូយ និង ប៉ូលីសម្នាក់ទៀត ក៏យល់ថា ការផ្តល់ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំងគឺលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើគ្រឿងញៀន។

«ការផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង ទៅអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ត្រូវបានគេគិតថាបង្ការមេរោគអេដស៍។ តែតាមពិត វាដូចជាលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើគ្រឿងញៀនវិញទេ។ ឥលូវ ប៉ូលីសត្រូវបញ្ជូនគាត់ទៅមណ្ឌលព្យាបាលគ្រឿងញៀនដោយបង្ខំ។ តាមយោបល់ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ការផ្តល់ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំងគឺជាការលើកទឹកចិត្តមួយ។

ឡាំ ជាប៉ូលីសភាគខាងត្បូងនៃក្រុងហាណូយ និយាយថា ការផ្តល់ម្ជុលនិង សឺរ៉ាំងដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមិនសមហេតុផលទេ។ គាត់មិនចង់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពនេះទេ ព្រោះគាត់មិនចង់ឲ្យសហគមន៍យល់ច្រឡំចំពោះគាត់ឡើយ។

«បើខ្ញុំផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំងដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គ្រួសារគាត់នឹងតវ៉ា និង និយាយថាប៉ូលីសជួយដល់ការប្រើគ្រឿងញៀន។ ដូច្នេះ ខ្ញុំមិនគួរចូលរួមក្នុងសកម្មភាពនេះទេ»

ឡុង យល់ថាការចែកម្ជុលសឺរ៉ាំងសម្រាប់បង្ការមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែគាត់គិតថានេះជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើគ្រឿងញៀន។ គាត់យល់ថាការនេះវាផ្ទុយគ្នានឹងភារកិច្ចដែលត្រូវបញ្ជូនអ្នកប្រើថ្នាំ ទៅមណ្ឌលកែប្រែ។

ជៀន ជាប៉ូលីសថ្នាក់ខ្ពស់ម្នាក់នៅក្រសួង មានការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែក៏ដឹងច្បាស់អំពីការព្រួយបារម្ភរបស់សហគមន៍ អំពីកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងដែរ។

«នៅខេត្តមួយចំនួន ទាហានជើងចាស់និងអ្នកចូលនិវត្តមិនគាំទ្រកម្មវិធីនេះឡើយ។ នៅខេត្តភាគខាងជើង យុទ្ធនាការធំមួយត្រូវបានរៀបចំឡើង ដើម្បីប្រមូលមនុស្សឲ្យស្វែងរកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនហើយបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ ពួកគេយល់ថាកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងនេះវាដើរបញ្ច្រាសគ្នាជាមួយការខំប្រឹងប្រែងរបស់ពួកគាត់ដើម្បីឲ្យសហគមន៍ស្អាតស្អំ។ នៅក្នុងពេលប្រជុំជាមួយទាហានជើងចាស់ឬអ្នកចូលនិវត្ត ភាគច្រើននៃពួកគាត់មិនឯកភាព»

តាន់ ជាអនុប្រធានប៉ូលីសស្រុក យល់ថាតួនាទីរបស់ប៉ូលីស គឺគាំទ្រ ប៉ុន្តែនៅពីក្រោយៈ

«... ចំពោះការផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង មណ្ឌលសុខភាពឃុំ បានស្នើឲ្យសហការជាមួយក្រុមមិត្តអប់រំមិត្ត ដែលជាអ្នកធ្លាប់គ្រឿងញៀន។ ប៉ូលីសគួរតែនៅឲ្យឆ្ងាយ ព្រោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនខ្លាចប៉ូលីស។ ដូច្នេះ ទោះជាយើងគាំទ្រក៏ដោយ យើងគួរនៅពីក្រោយ»

តាន់ ពេញចិត្តMMT ហើយគិតថាគាត់នឹងគាំទ្រកម្មវិធីនេះក្នុងស្រុករបស់គាត់ៈ

«បើអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដូរទៅប្រើម៉េតាដូន ខ្ញុំគិតថាវាអាចមានប្រសិទ្ធិភាព។ យើងអាចប្រមូលអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ហើយពន្យល់អំពីម៉េតាដូនៈ វាថោក ដូចថ្នាំធម្មតា បើប្រើវាល់ថ្ងៃមិនចាំបាច់រកគ្រឿងញៀនទៀតទេ ជាពិសេសវាមិនមានគ្រោះថ្នាក់នឹងឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ គឺថាការញៀនដោយមានសុវត្ថិភាព។ បើយើងប្រាប់អញ្ចឹង ពួកគេនឹងរីករាយប្រើម៉េតាដូន។ ខ្ញុំគិតថា១០០%នៃពួកគេនឹងប្រើម៉េតាដូន... យើងរង់ចាំកម្មវិធីនេះរាប់ឆ្នាំហើយ តែវាមិនមកសោះ»

ប៉ុន្តែគាត់យល់ថាប៉ូលីសត្រូវតែចូលរួមយ៉ាងជិតស្និទ្ធក្នុងដំណើរការនេះ និងត្រូវមានវិធានការពិន័យតឹងរឹងបំផុត។

«ខ្ញុំបាននិយាយទៅកាន់គណៈកម្មការគ្រប់គ្រងហើយថា ការអនុវត្តកម្មវិធីម៉េតាដូន មិនអាចធ្វើកើតទេ បើគ្មានការចូលរួមរបស់ប៉ូលីស។ ដំបូង ប៉ូលីសត្រូវតែចូលរួម បន្ទាប់មកវានឹងទៅជារឿងធម្មតា... ព្រោះថាពីដំបូង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនអាចខ្លាច។ ប៉ូលីសអាចនាំគេមក ម្តង ឬ ពីរដង ឲ្យគេសរសេរ ការប្តេជ្ញាចិត្ត។ អ្នកដែលរំលោភការប្តេជ្ញាចិត្ត និង ត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែភ្លាម ជាគំរូសម្រាប់អ្នកផ្សេងទៀត»

ផាន់ បញ្ជាក់ថាគាត់មិនឯកភាពផ្តល់ម្សុលសីរ៉ាំងដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនឡើយ ប៉ុន្តែគាំទ្រMMT។ គាត់យល់ថាពេលដែលមានម៉េតាដូន បន្ទុករបស់ប៉ូលីសត្រូវបានកាត់បន្ថយ។

«ខ្ញុំឯកភាពជាមួយម៉េតាដូន។ យើងប្រាកដជាបានសម្រាកច្រើន។ ខ្ញុំសង្ឃឹមថានឹងមានMMT នៅឃុំរបស់ខ្ញុំ។ វាមិនមានផលអាក្រក់ដូច heroin ទេ។ វាល្អ ហើយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនគួរតែអាចប្រើវាបាន»

ចំណែកឯ ហ៊ុង វិញ មានមន្ទិលចំពោះប្រសិទ្ធិភាពរបស់MMT។ គាត់មិនជឿថាMMT អាចជួយឲ្យអ្នកញៀន heroin អាចផ្តាច់បានទេ។ ហ៊ុង យល់ថា បើការព្យាបាលដោយបង្ខំមិនអាចមានលទ្ធផលល្អទេ MMTក៏នឹងបរាជ័យដែរ។

សឹង ជាអនុប្រធានប៉ូលីសឃុំ នៅតំបន់ពាយ័ព្យនៃក្រុងហាណូយ មានការព្រួយបារម្ភអំពីសន្តិសុខ ប្រសិនបើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន មិនត្រូវបានបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ បែរជាស្ថិតនៅក្នុងសហគមន៍ទទួលការព្យាបាលMMTវិញនោះ។

«ការព្រួយបារម្ភរបស់ខ្ញុំគឺបញ្ហាសន្តិសុខរបស់សហគមន៍។ បើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ប្តូរពី heroin មកជា methadone វិញ ហើយមិនត្រូវបានបញ្ចូលទៅមណ្ឌលទេ ចុះបើមានចោរកម្ម ឬ ការបាត់បង់សណ្តាប់ធ្នាប់ ធ្វើយ៉ាងម៉េចទៅ? អនុវត្តកម្មវិធី MMT មានន័យថាចំនួនអ្នកត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលនឹងថយចុះ តើធ្វើម៉េចទើបខ្ញុំអាចច្បាស់ថាពួកគេអាចផ្តាច់heroinបាន? ដោយសារ methadone វាស្រាលពេកចំពោះអ្នកដែលញៀនជោគជាំ តើអ្នកណាដឹងថានឹងមានអ្វីកើតឡើងក្នុងពេលនេះ? ខ្ញុំយល់ថា methadone មិនសមស្របជាមួយអ្នកដែលញៀនខ្លាំងនោះទេ»

មន្ត្រីបង្ការជំងឺអេដស៍ បានឲ្យដឹងថា ប៉ូលីសនៅតែបារម្ភអំពីកូតាដែលត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលៈ

«នៅស្រុកមួយ នៅពេលប្រជុំរៀបចំកម្មវិធី MMT ប៉ូលីសខ្លះនិយាយថាគេត្រូវសម្រេចឲ្យបានតាមកូតា ដូច្នេះគេត្រូវបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ទៅមណ្ឌលកែប្រែមិនមែនទៅMMTទេ»

ឡុង អះអាងថា គាត់នឹងឲ្យអាទិភាពដល់ការសម្រេចតាមកូតា ជាជាង «ចែករំលែក» ឲ្យទៅ MMT ព្រោះថា គាត់ចង់បំពេញឲ្យបានតាមភារកិច្ចចម្បង ហើគាត់នៅមិនទាន់ជឿជាក់លើ MMT នៅឡើយ។

ហាន អនុប្រធានប៉ូលីស នៅតំបន់ភាគពាយ័ព្យនៃ ក្រុងហាណូយ ដែលបានសាកល្បងកម្មវិធី MMT តាំងពីឆ្នាំ២០១០ បានពេញចិត្តជាខ្លាំងចំពោះវិធីព្យាបាលគ្រឿងញៀនថ្មីនេះ។ គាត់ជឿលើកម្មវិធីនេះ ប៉ុន្តែមិនច្បាស់ពីរឿងនិរន្តរភាព។ គាត់បារម្ភថាបើកម្មវិធីនេះ បញ្ចប់ឲ្យសារខ្វះថវិកា អ្នកនោះនឹងត្រឡប់ទៅប្រើគ្រឿងញៀនវិញដដែល។ គាត់បារម្ភអំពីការប្រជែងគ្នារវាង MMT និងមណ្ឌលព្យាបាលដោយបង្ខំ ព្រោះថា ដោយសារកូតា ប៉ូលីសនឹងបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌល ជាជាងទៅកម្មវិធី MMT។

មន្ត្រីប៉ូលីសជាន់ខ្ពស់នៅថ្នាក់ជាតិម្នាក់ សង្កត់ធ្ងន់ពីសារៈសំខាន់ឲ្យមានកុងសង់ស៊ុសរវាងសមាជិកសហគមន៍ អំពីវិធានការនានានៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គាត់និយាយថា ប៉ូលីសមិនចង់ធ្វើអ្វីដែលសហគមន៍មិនគាំទ្រនោះទេ។ គាត់ក៏បារម្ភអំពីនិរន្តរភាពនៃកម្មវិធីMMTដែរ។

«យើងជាប៉ូលីសមានចំណងជិតស្និតទ្ធជាមួយសហគមន៍។ យើងនៅជាមួយប្រជាជន២៤ម៉ោង យកចិត្តទុកដាក់រឿងសន្តិសុខ បញ្ចុះបញ្ចូលប្រជាជនឲ្យគាំទ្រកម្មវិធី MMT។ គឺថាពេលប្រជាជនពេញចិត្តនឹងកម្មវិធី វាត្រូវបញ្ឈប់ដោយសារខ្វះធនធាន។ អញ្ចឹងយើងជាប៉ូលីសក្លាយជាអ្នកភូតកុហក។ យើងបាត់ជំនឿពីប្រជាជន។ នេះជារឿងដែលអាក្រក់បំផុត ព្រោះយើងត្រូវការការគាំទ្រពីប្រជាជន»

មន្ត្រីនៅមណ្ឌលបង្ការជំងឺអេដស៍ក៏សំដែងពីការព្រួយបារម្ភស្រដៀងគ្នានេះដែរៈ

«យើងដឹងថាមណ្ឌលកែប្រែ០៦ និង កម្មវិធីMMT អនុវត្តដំណាលគ្នា។ អ្នកដែលញៀនខ្លាំង និង លាប់ឡើងវិញច្រើនតែបង្កបញ្ហាក្នុងសហគមន៍។ ពួកនេះជាអ្នកដែលត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌល០៦។ ការនេះពិតជាប៉ះពាល់ដល់កម្មវិធី MMT។ មនុស្សជាច្រើនចង់ប្រើកម្មវិធី MMT ប៉ុន្តែ មិនហានចេញមុខទេ ព្រោះខ្លាចគេចាប់បញ្ជូនទៅមណ្ឌល០៦ ដូច្នេះ គេមិនបានចុះបញ្ជីជាមួយកម្មវិធី MMT ទេ។ នេះជាបញ្ហាប្រឈមសម្រាប់កម្មវិធីយើង។ ពិបាកនឹងរកអ្វីឲ្យច្បាស់លាស់ណាស់ក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ ព្រោះកម្មវិធីទាំងពីរសំដៅរកអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដូចគ្នា។ មិនដឹងធ្វើយ៉ាងម៉េច ព្រោះថា អ្នកដែលញៀនខ្លាំងគឺជាអ្នកដែលមណ្ឌលកែប្រែត្រូវការ ហើយក៏ជាអ្នកដែលកម្មវិធី MMT ត្រូវការដែរ»

ជារួម ទោះបីជាប៉ូលីសទទួលខុសត្រូវជាអ្នកដឹកនាំ និង អ្នកអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មិនមែនប៉ូលីសទាំងអស់សុទ្ធតែដឹងអំពីកម្មវិធីនេះទេ ហើយខ្លះថែមទាំងមន្ទិលអំពីប្រសិទ្ធិភាពនៃកម្មវិធីនេះទៀតផង ហើយខ្លះយល់ថាបញ្ច្រាសគ្នាជាមួយភារកិច្ចចម្បងរបស់ប៉ូលីស។ គេយល់ថា ការផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង គឺជាការលើកទឹកចិត្តឲ្យមានការចាក់គ្រឿងញៀនកាន់តែច្រើន «បង្ហាញផ្លូវឲ្យក្តាន់រត់»។ ប៉ូលីសខ្លះយល់ថា ការគាំទ្រដល់កម្មវិធី MMT ជាការប្រជែងជាមួយតួនាទីរបស់ខ្លួនជាអ្នកសម្របសម្រួលឲ្យមណ្ឌលកែប្រែ។

ការពិភាក្សា

រឿងរបស់ អាន និងប៉ូលីសដទៃទៀតបានបង្ហាញច្បាស់ថា ការលំបាកនៅក្នុងជីវិតរបស់ពួកគេ គឺមកពីមានភាពចម្រូងចម្រាសគ្នានៃភារកិច្ចដែលគេត្រូវធ្វើៈ ស្រាវជ្រាវរកចាប់ខ្លួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង បញ្ជូនទៅមណ្ឌល០៦ ក្នុងពេលដែលត្រូវជំរុញឲ្យមានការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ អាន និង សហការីមានអារម្មណ៍ ថាខ្លួនកំពុងតែជាប់នៅចន្លោះរវាងការប្រយុទ្ធប្រឆាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ហេតុអ្វីបានជាប៉ូលីសជាប់នៅក្នុងស្ថានភាពលំបាកបែបនេះ?

ក្នុងគោលបំណងឆ្លើយសំណួរនេះ យើងបានពិនិត្យមើលឡើងវិញអំពីប្រវត្តិនៃការប្រើគ្រឿងញៀន និង វិធានការដោះស្រាយចំពោះការប្រើគ្រឿងញៀននៅវៀតណាម។ យើងរកឃើញថា គ្រឿងញៀនបានវិវត្តទៅតាមពេលវេលា ទោះបីជាមិនមានភាពច្បាស់លាស់រវាងរបត់នីមួយៗក៏ដោយ។ យើងក៏បានដឹងដែរថាយើងមិនអាចស្វែងយល់ពីបញ្ហាគ្រឿងញៀនដាច់ដោយឡែក ដោយមិនស្វែងយល់ពីបរិបថសង្គម សេដ្ឋកិច្ច និងនយោបាយរបស់ប្រទេសនោះទេ។

ធ្វើការនៅក្នុងសំណាញ់នៃគោលនយោបាយដែលត្រួតស៊ីគ្នា និង ជួនកាលប្រឆាំងគ្នាបែបនេះ ប៉ូលីសយល់ឃើញថាខ្លួនបានស្ថិតក្នុងស្ថានភាពជាប់គាំង និង ចម្រូងចម្រាស។ ម្យ៉ាងត្រូវទទួលខុសត្រូវ រក្សាសន្តិសុខ និង សណ្តាប់ធ្នាប់ក្នុងសហគមន៍ ពួកគេលះបង់ខ្លួនក្នុងការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន។ ម្យ៉ាងទៀតដោយយល់ដឹងអំពីការគម្រាមកំហែងអំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ប៉ូលីសជាច្រើនបានពេញចិត្តនឹងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ពួកគេត្រូវបានហែករវាង ការសម្រេចឲ្យបានតាមកូតា និងការរំពឹងរបស់សហគមន៍ និង បំណងរបស់គេក្នុងការរួមចំណែកបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍។ ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ យើងអាចយល់បាន បើសិនជាប៉ូលីស ឲ្យអាទិភាពទៅលើការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន សំខាន់ជាង។

តាមពិតទៅ ភាពខ្វែងគ្នានៃគោលនយោបាយ អំពីគ្រឿងញៀន អំពី ជំងឺអេដស៍ និង អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាបញ្ហាមនោគមវិជ្ជា។ ដូចដែល ទាហានជើងចាស់ម្នាក់បាននិយាយប្រាប់យើងពេលសម្ភាសន៍ថាគេមិនគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មិនមែនគេយល់ថាវាគ្មានប្រសិទ្ធិភាពនោះទេ តែដោយសារតែមនោគមវិជ្ជា។ ប៉ុន្តែ មនោគមនវិជ្ជា បានវិវត្តដូចដែលការប្រើគ្រឿងញៀនបានវិវត្តអញ្ចឹងដែរ។ នៅពេលដែលបញ្ហាគ្រឿងញៀនត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាមរតក អាក្រក់នៃអាណានិគមន៍ ឬជាសំណល់អវិជ្ជមាន នៃរបបមូលធននិយម ការប្រឆាំងគ្រឿងញៀនប្រាកដជាត្រូវចាត់ទុកថាជាការតស៊ូវណ្ណៈ។ ពេលដែលគេចាត់ទុកវាថា ជាផលវិបាកនៃសេដ្ឋកិច្ចទីផ្សារ ការប្រើគ្រឿងញៀន ក្លាយជាការគម្រាមកំហែង ចំពោះ

សង្គមសង្គមនិយមដ៏សុខសាន្ត។ ចុងក្រោយ ពេលដែលគេចាត់ទុកវាថា ជាបញ្ហាសកល ការប្រើគ្រឿងញៀនក្លាយជាបញ្ហាសុខភាព ហើយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនក្លាយជាអ្នកជំងឺ។

ក្នុងការសនិដ្ឋាននេះយើងសូមដកស្រង់សំដីរបស់មន្ត្រីម្នាក់នៅគណៈកម្មការអេដស៍ គ្រឿងញៀន និង ពេស្យាចារ ដែលអះអាងថា MMT គួរតែស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់វិស័យសុខាភិបាល មិនមែនប៉ូលីសទេ ព្រោះថា ការញៀនថ្នាំជាបញ្ហាសុខភាព ហើយបើតាមសិទ្ធិមនុស្សវិញ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមិនគួរត្រូវបានចាត់ទុកជាបិសាចសង្គមទេ។ គាត់អះអាងថា បើគ្មានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទេ នៅវៀតណាម បញ្ហាជំងឺអេដស៍ប្រាកដជាធ្ងន់ជាងនេះហើយការប្រើគ្រឿងញៀនក៏នឹងមានស្ថានភាពធ្ងន់ដែរ។ ក៏ជាការសំខាន់ដែរដែលត្រូវលើកឡើងពីយោបល់របស់នាយប៉ូលីសថ្នាក់ខ្ពស់ម្នាក់ដែលជឿថា នៅពេលដែលគ្មានដំណោះស្រាយ ចុងក្រោយចំពោះការញៀនថ្នាំ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គឺជាវិធីសាស្ត្រល្អបំផុតដែលយើងមាន ហើយការចូលរួមក្នុង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់វាមានប្រយោជន៍ដល់ប៉ូលីស។

ដើម្បីជំរុញឲ្យប៉ូលីស និងសហគមន៍ ទទួលយកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដំបូង ត្រូវបញ្ចូល បញ្ហាសុខភាពចូលទៅក្នុងគោលគំនិតនៃសហគមន៍មានសុវត្ថិភាព។ នៅវៀតណាម កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ត្រូវតែជាផ្នែកមួយនៃចលនា «សង្គមថ្មី»។ ដើម្បីឲ្យគោលគំនិតនេះអាចសម្រេចបាន ច្បាប់និងគោលនយោបាយ ត្រូវតែពិនិត្យឡើងវិញនិង កែប្រែ ដើម្បីកាត់បន្ថយភាពប្រទាញប្រទង់គ្នា ជាពិសេសភាពប្រទាញប្រទង់រវាងច្បាប់គ្រឿងញៀន និងច្បាប់អេដស៍ បច្ចុប្បន្ន។

គោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវតែផ្សព្វផ្សាយ និង គាំទ្រដោយថ្នាក់លើរបស់ប៉ូលីស និងសហគមន៍។ ត្រូវមានវិធីប្រសើរសម្រាប់ធ្វើការជាមួយគ្នារវាងវិស័យផ្សេងៗ ដូចជា គ្រឿងញៀន មេរោគអេដស៍ ឧក្រិដ្ឋកម្ម និង ការស្តារលទ្ធភាពពលកម្ម ជាពិសេសឲ្យមានសេវាបញ្ជូន តាមរយៈពង្រឹងភាពជាដៃគូនៃគ្រប់វិស័យពាក់ព័ន្ធ។ គ្រប់វិស័យ ក្នុងដៃគូ ក្នុងសហគមន៍ ត្រូវការពង្រឹងសមត្ថភាពដើម្បីរួមចំណែកក្នុងគោលដៅរួម។

ត្រូវមានការពិភាក្សាជាមួយប៉ូលីសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ដើម្បីឲ្យយល់ពីតួនាទីរបស់គេ និង ដើម្បីអាចយល់បានថាតើយើងអាចជួយដោះស្រាយបញ្ហារបស់គាត់យ៉ាងម៉េចខ្លះ និង អាចធ្វើការឲ្យមានប្រសិទ្ធិភាពជាមួយវិធីសាស្ត្រសុខភាពសហគមន៍។ អាន នៅតែជាប់នៅចន្លោះយុទ្ធសាស្ត្រទាំងពីរៈ គឺសន្តិសុខសាធារណៈ និង សុខភាពសាធារណៈ ដែលហាក់ដូចជាប្រទាញប្រទង់គ្នា។ ប៉ុន្តែ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងពីរមិនគួរប្រទាញប្រទង់គ្នាទេ គ្មានហេតុផលណាមួយដែលថា យុទ្ធសាស្ត្រទាំងពីរនេះមិនអាចបំពេញឲ្យគ្នានោះទេ។ ម្យ៉ាងទៀត ការតម្រូវឲ្យពង្រឹងភាពជាដៃគូរវាងវិស័យផ្សេងៗ បង្កើតយន្តការពិគ្រោះយោបល់ និង បង្កើតឲ្យមានសេវាបញ្ជូនដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីជួយ អាន និង សហការីឲ្យចេញរួចពីអន្ទាក់នេះ ព្រោះថាដោយសារប្រព័ន្ធកូតា ជម្រើសតែមួយគត់ដែលគាត់មាន គឺត្រូវបញ្ជូនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ទៅមណ្ឌលកែប្រែ ០៦។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

THK ជាអ្នកដឹកនាំការស្រាវជ្រាវនៅវៀតណាម និងទទួលខុសត្រូវក្នុងការសរសេរអត្ថបទនេះ។ VATN ប្រមូលទិន្នន័យ ចងក្រង និង វិភាគទិន្នន័យ រួមចំណែកក្នុងការព្រៀងអត្ថបទនេះ។ THB ជាសមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវ រួមចំណែកក្នុងដំណាក់កាលទី១ នៃការសិក្សានេះ។ MJ រួមចំណែកប្រមូលទិន្នន័យ វិភាគ និង សរសេរ។ TM ជាសហអ្នកស្រាវជ្រាវ ទទួលខុសត្រូវទំនាក់ទំនង សម្របសម្រួល និង រៀបចំប្លង់ស្រាវជ្រាវ។ NC ជាអ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង ទទួលខុសត្រូវរៀបចំប្លង់ស្រាវជ្រាវ និងអភិបាលគម្រោង។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. Devaney ML, Reid G, Baldwin S: **Prevalence of illicit drug use in Asia and the Pacific.** *Drug Alcohol Rev* 2007, **26(1):**97–102.
2. Jardine M, Crofts N, Monaghan G, Morrow M, Hong KT, Crofts N: **Harm reduction and law enforcement in Vietnam: influences on street policing.** *Harm Reduction J*, .
3. Ministry of Public Security: *Annual report on drug prevention and control activities 2011 to the National Committee on AIDS, Drug and Prostitution*.: ; 2010.
4. MOLISA: *Annual report of drug treatment program in 2011*.: ; 2012.
5. MOH: *Annual report of HIV prevention in 2011 and Planning orientation for 2012*.: ; 2012.
6. Drug Law: *Article 38, Item h. Issued by the National Assembly on December 9th, 2000*.: ; 2000.
7. Government of Viet Nam: *Decision 61/2000 TTg, June 5th, 2000*.: ; 2000.
8. Government of Viet Nam: *Decree 135/2004/ND-CP dated 10th June 2004 stipulating regulations and measures of sending drug users to rehabilitation center, organization of the rehabilitation center in accordance to the Ordinance of Administration Violation and regulations applied for adolescents and drug users in rehabilitation center on volunteer basis*.: ; 2004.
9. Government of Viet Nam: *Resolution 163/2003/ND-CP dated 19th December 2003providing detailed guideline for implementation of educational measures in community for drug users*.: ; 2003.

កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការអនុវត្តច្បាប់នៅវៀតណាម: ឥទ្ធិពលលើការល្បាតតាមផ្លូវ

ដោយ:

Melissa Jardine[1*] អ៊ីម៉េល: m.jardine@pgrad.unimelb.edu.au

Nick Crofts[2,3] អ៊ីម៉េល: nick.crofts@unimelb.edu.au

Geoff Monaghan[4] អ៊ីម៉េល: geoffmonagahn@gmail.com

Martha Marrow[1] អ៊ីម៉េល: martham@unimelb.edu.au

[1]Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 161 Barry Street, Carlton, 3010, Melbourne, Australia.

[2] Melbourne School of Population Health, University of Melbourne, 207 Bouverie Street, Parkville, 3100 Australia

[3] Center for Law Enforcement and Public Health, Melbourne, Australia

[4] Research Fellow with the Semeion Research Center for Science of Communication, Rome Italy

សេចក្តីសង្ខេប

សាវតានិងសនិទានភាព

ការរាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍នៅវៀតណាមមានការប្រមូលផ្តុំក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ វៀតណាមបានបង្កើតច្បាប់អេដស៍នៅឆ្នាំ២០០៦ ដែលរួមមានកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ប៉ុន្តែ មិនត្រូវបានទទួលយកគ្រប់គ្នាទេ ហើយក៏មិនត្រូវបានអនុវត្តបានពេញលេញដែរ។ ប៉ូលីសឃុំ គឺជាកត្តាកំណត់ចម្បងនៃហានិភ័យរបស់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន តម្រូវឲ្យចូលរួមក្នុងការប្រតិបត្តិការបង្រ្កាបគ្រឿងញៀន (ជាពិសេសការសម្រេចឲ្យបានតាមកូតារបស់មណ្ឌលកែប្រែ) ដែលរារាំងការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ យើងសិក្សាពីឥទ្ធិពលនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មកលើប៉ូលីសឃុំ ដើម្បីអាចតម្រង់ទិសការអបរំ និង ការផ្លាស់ប្តូររចនាសម្ព័ន្ធ។

វិធីសាស្រ្ត

បន្ទាប់ពីស្រាវជ្រាវឯកសារ យើងធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយមន្រ្តីរដ្ឋាភិបាល NGOs, INGOs ភ្នាក់ងារពហុវិស័យ និង ប៉ូលីស ដោយប្រើមគ្គុទេសក៍សម្ភាសន៍។ ប្រធានបទរួមមាន ការយល់ឃើញអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ តួនាទីរបស់ប៉ូលីសក្នុងការអនុវត្តច្បាប់ និង ការបណ្តុះបណ្តាល និងការតស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ក្នុងចំណោមប៉ូលីស។

លទ្ធផល

ប៉ូលីសយល់ឃើញថាខ្លួនទទួលភារកិច្ចដែលប្រទាញប្រទង់គ្នា ប៉ុន្តែភាគច្រើនយល់ថាខ្លួនមាន ភារកិច្ចពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់គ្រឿងញៀន ស្វែងរកនិងកំណត់មុខសញ្ញាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ជ្រើសរើសអ្នកដែលត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានលក្ខណៈរប៉េះរប៉ោះ គេយល់ថាប៉ូលីសឃុំមិនសូវមានសារៈសំខាន់ទេក្នុងរឿងនេះ ហើយការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានកម្រិតនៅឡើយ ច្រើនតែគិតអំពីការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀនជាអាទិភាព។ គេយល់ថាកម្មវិធីMMT មានសារៈសំខាន់ក្នុងការបង្ការបទល្មើស និង បង្ការមេរោគអេដស៍ផង។

សម្ពាធដែលដាក់មកលើប៉ូលីសឃុំ នាំឲ្យមានការធុញថប់ណាស់។ ស្នាដៃបំពេញការងារត្រូវបានគេវាយតម្លៃផ្អែកលើការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន ការបញ្ជូនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ទៅមណ្ឌលកែប្រែអាចដោះស្រាយសម្ពាធបានសុខសាន្តជាង។ មានការទទួលស្គាល់នូវសារៈសំខាន់នៃសុភវិនិច្ឆ័យរបស់ប៉ូលីស និង ការប្រើសុភវិនិច្ឆ័យនេះក្នុងការរក្សាសណ្តាប់ធ្នាប់សង្គម។ ការផ្សព្វផ្សាយគោលនយោបាយនៅផ្នែកអនុវត្តច្បាប់មិនបានទៀតទាត់ទេ ដោយមានការនិយាយតិចតួចអំពីកម្មវិធីឬយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង ការសន្មត់ដោយគ្មានមូលដ្ឋានថាការបណ្តុះបណ្តាលនៅថ្នាក់លើ នឹងទៅដល់ថ្នាក់មូលដ្ឋានដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ការពិភាក្សា

ប៉ូលីសឃុំមិនត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងការតស៊ូមតិ ឬ យុទ្ធសាស្ត្របណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីឲ្យមានការគាំទ្រ ការអនុវត្តកម្មវិធីនេះឡើយ។ ការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន មិនស្របគ្នាជាមួយគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ដើម្បីឲ្យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានប្រសិទ្ធិភាពនៅវៀតណាម ជាការចាំបាច់ណាស់ត្រូវមានដំណោះស្រាយលើភាពមិនច្បាស់លាស់ និង ភាពប្រទាញប្រទង់គ្នានៃច្បាប់គ្រឿងញៀន និងច្បាប់អេដស៍ សម្រាប់ប៉ូលីសល្បាតតាមថ្នល់។

សេចក្តីផ្តើម

បើមានការចាក់គ្រឿងញៀន តែងតែមានហានិភ័យនៃការឆ្លងវីរុសតាមឈាមដែលរួមមានមេរោគអេដស៍ រលាកថ្លើម បេ សេ។ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ត្រូវបានគេបង្ហាញថាបានកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគទាំងនេះ។ បន្ទាប់ពីបានរកឃើញករណីអេដស៍ដំបូង នៅវៀតណាម ក្នុងឆ្នាំ១៩៩០មក ចំនួនអ្នកឆ្លងមេរោគអេដស៍បានកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនៅគ្រប់ខេត្តទាំងអស់[1]។ មកទល់ពេលនេះអ្នកដែលប្រឈមខ្លាំងបំផុតនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅតែជាក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន[2]។ នៅឆ្នាំ២០០៩ រដ្ឋាភិបាលវៀតណាមបានប៉ាន់ស្មានថា មានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនប្រមាណជា ១៥០ ០០០នាក់នៅទូទាំងប្រទេស ក្នុងនោះ ៨៣%ជាអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន[3]។ នៅឆ្នាំ២០០៧ WHO បានរាយការប្រើឡង់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កម្រិត 0.៥%ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ (WHO/UNAIDS/UNICEF[4])។

វិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការតាមរយៈច្បាប់បង្ការជំងឺអេដស៍ [5]។ ប៉ុន្តែវិធានការទាំងនេះមិនត្រូវបានទទួលយកដូចគ្នាគ្រប់កន្លែងទេ ហើយការអនុវត្តក៏មិនទាន់បានគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍ជាអតិបរិមាដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែរ[6]។ ច្បាប់អេដស៍ឆ្នាំ២០០៦ ពណ៌នាអំពីវិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលរួមមាន ការអប់រំ ការចលនា និងការលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើស្រោមអនាម័យ និងម្ជុលសឺរ៉ាំងស្អាត ការព្យាបាលដោយសារធាតុជំនួស (OST) និង វិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត ដើម្បីជំរុញឲ្យមានឥរិយាបថមានសុវត្ថិភាពក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (មាត្រា 2.15)។ ច្បាប់នេះត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋសភាវៀតណាម ដែលជាស្ថាប័នខ្ពស់បំផុតនៃរដ្ឋាភិបាល។ ឆ្នាំបន្ទាប់មក ក្រឹត្យ១០៨[7] ដែលនិយាយលំអិតពីការអនុវត្តច្បាប់អេដស៍២០០៦ ត្រូវបានអនុម័តតាមសំណូមពររបស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល។ មាត្រា២២ចែងថា រដ្ឋមន្ត្រីសុខាភិបាលជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការអនុវត្តក្រិត្យនេះ។ ទោះបីជាផ្នែកមួយនៃក្របខ័ណ្ឌច្បាប់សម្រាប់ជំងឺអេដស៍ ក្រឹត្យ១០៨ក៏បានចែងអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់វិស័យផ្សេងទៀត ដូចជា ក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ និងថ្នាក់ក្រោមរបស់រដ្ឋាភិបាល និងបក្សកុម្មុយនីស្ត (ឃុំ) ដែរ។ ក្រឹត្យ១០៨ចែងថាត្រូវតែជូនដំណឹងជាមុន ដល់គណៈកម្មាធិការឃុំ និង ប៉ូលីស មុននឹងអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងតំបន់ត្រួតត្រារបស់គេ ហើយតួអង្គទាំងនេះត្រូវបង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រឲ្យកម្មវិធី និង គម្រោងអាចអនុវត្តបាន។ ន័យនោះគឺថា ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន និង គណៈកម្មាធិការឃុំមិនត្រឹមតែត្រូវគេជូនដំណឹងប៉ុណ្ណោះទេ តែគេត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដល់គាត់អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដើម្បីឲ្យពួកគាត់អាចបំពេញតាមការទទួលខុសត្រូវបាន។

ក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ (MoPS) គឺជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះប៉ូលីស ការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន និង រដ្ឋបាលនិង ការចាក់គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់។ នេះមានន័យថាMoPS មានឥទ្ធិពលទៅលើឥរិយាបថចាក់គ្រឿងញៀននិង ហានិភ័យនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ វិធានការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនត្រូវតែមានការចូលរួមពី MoPS។ យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការជំងឺអេដស៍[8] ដែលមានមុនច្បាប់អេដស៍២០០៦ ចាត់ទុក«ការចូលរួមរបស់ប៉ូលីសឃុំក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍ថាជាសកម្មភាពគំរូ បង្កើត និង អនុវត្តដោយMoPS។ ប៉ុន្តែមកទល់ពេលនេះមិនមានការចងក្រងឯកសារណាមួយបង្ហាញថាគំរូនេះមានលក្ខណៈរបៀបណា ឬ ថាគេបានអនុវត្តវាបានបែបណានោះទេ។ ច្បាប់អេដស៍២០០៦ បានរំលេចនូវតម្រូវការឲ្យមានការភ្ជាប់ ការបង្ការមេរោគអេដស៍ ជាមួយឥរិយាបថប្រឈម ដូចជាការប្រើគ្រឿងញៀន និង ការរួមភេទ ប៉ុន្តែបន្ថែមថា គេគួរតែផ្តល់សារៈសំខាន់ដល់វិធានការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ (មាត្រា3.3)។

បើតាមទស្សនទាននៃការអនុវត្តច្បាប់វិញ មានច្បាប់ពីរដែលសំខាន់ពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គឺច្បាប់បង្ការនិងត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនឆ្នាំ២០០០[9] (កែប្រែឆ្នាំ២០០៨ដោយដាក់បញ្ចូលការគាំទ្រច្បាស់ៗដល់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់[10] និង បទបញ្ញាស្តីពីការរំលោភផ្នែករដ្ឋបាលឆ្នាំ២០០៨[11]។ គោលនយោបាយ និងការអនុវត្តដ៏តឹងរ៉ឹងក្នុងការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន គឺជាការរារាំងចម្បងមួយដល់ប្រសិទ្ធិភាពនៃការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដែលត្រូវអនុវត្តក្នុងបរិយាកាសមួយដែលអ្នកប្រើប្រាស់មានទំនុកចិត្តថា ការមកទទួលសេវា នឹងមិនឲ្យគាត់ប្រឈមនឹងការចាប់ខ្លួនពីសំណាក់ប៉ូលីសទេ[12]។ វិធានការតឹងរ៉ឹងនេះក៏ជំរុញឲ្យមានការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដោយលាក់បំបាំងដែរ ដែលការប្រើ

ម្តុលនិងសីរ៉ាំងកាន់តែច្រើន ដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងវីរុស។ អ្នកដែលមានឥទ្ធិពលក្នុងរឿងនេះគឺភ្នាក់អនុវត្តច្បាប់ ហើយចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតាមថ្នល់ គឺប៉ូលីស។ ការសិក្សាខ្លះឲ្យយោបល់ថា ឥរិយបថរបស់ប៉ូលីស គឺជាកត្តាចម្បងជាងគេ ក្នុងការកំណត់ឥរិយាបថប្រឈមមុខទល់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន[13] ជាបន្ថែមទៅនឹងច្បាប់និងគោលនយោបាយគ្រឿងញៀន ដែលជាកត្តាប្រឈមម៉ាក្រូបរិស្ថាន[12]។

នៅវៀតណាមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនជាច្រើនត្រូវបានគេបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ០៦ ដើម្បីទទួលការបន្សាបដោយបង្ខំ។ ចំនួនអ្នកដែលត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលទាំងនេះ គឺអាស្រ័យទៅតាមប្រព័ន្ធ ដែលគេកំណត់កូតាឲ្យប៉ូលីស។ ការបន្សាបដោយបង្ខំមិនបានប្រព្រឹត្តទៅតាមវិធីសាស្ត្រដែលមានភស្តុតាងនោះទេ[6] ទោះបីជាគេតម្រូវឲ្យប៉ូលីស ត្រូវបញ្ជូនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលទៀត។

គេច្រើនយល់ថាច្បាប់គ្រឿងញៀនគឺជាឧបសគ្គចំពោះការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់[14] ទោះបីជាគ្មានឯកសារណាច្បាស់លាស់និយាយថាហេតុអ្វីបានជាប៉ូលីសជ្រើសរើសថាត្រូវ ប្រឆាំង ឬ គាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ដោយ[15]។ ការសិក្សាខ្លះបានបង្ហាញពីទំនាក់ទំនងល្អរវាងប៉ូលីស និង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន[16,17]។ ការសិក្សាទាំងនេះបានទទួលស្គាល់ថាការចូលរួមពីផ្នែកអនុវត្តច្បាប់គឺជាការសំខាន់ណាស់ដើម្បីឲ្យកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទទួលបានជោគជ័យ[18]។ ដូចប្រទេសផ្សេងទៀតដែរ វៀតណាមកំពុងតែតស៊ូជាមួយសម្ពាធជាច្រើនក្នុងការបង្កើតវិធីសាស្ត្របង្ការជំងឺអេដស៍។ ច្បាស់ណាស់ដែលថា អ្នកអនុវត្តច្បាប់ដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែនៅមានកង្វះការយល់ដឹងអំពីឥទ្ធិពល និងដំណើរការផ្លាស់ប្តូរក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្វីដែលសំខាន់នោះគឺថា ការតស៊ូមតិ ឬ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់ប៉ូលីស ត្រូវតែសំដៅទៅរកអ្នកដែលជួយក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធី ទោះជាតាមរយៈគោលនយោបាយ ឬក៏ នៅថ្នាក់មូលដ្ឋានក្តី។

ការតស៊ូមតិជាមួយប៉ូលីសថ្នាក់លើ គឺជាការត្រឹមត្រូវ។ ប៉ុន្តែ មិនដឹងថាប៉ូលីសថ្នាក់លើនោះ ដែលដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នឹងប្រែក្លាយចំណេះដឹងនេះទៅជាការប្រព្រឹត្តតាមរបៀបណាចំពោះមន្ត្រីក្រោមឱវាទគាត់នោះទេ។

ជាធម្មតា ប៉ូលីសដែលចូលបម្រើការងារថ្មីបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពីស្ថានប័នតែមួយ។ នៅវៀតណាមមានស្ថានប័នបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសចំនួន៣៖ការទទួលឲ្យចូលរៀននៅស្ថានប័នណាមួយគឺបញ្ជាក់អំពីកម្រិតដែលប៉ូលីសនោះនឹងធ្វើការ ហើយថ្នាក់នីមួយៗមានអតីតភាព និង ឋានន្តរស័កខុសៗគ្នា។ អ្នកទទួលបានពិន្ទុប្រឡងទាប នឹងត្រូវឲ្យសាលាប៉ូលីសដែលត្រូវរៀនបីឆ្នាំ ហើយចេញមកជាប៉ូលីសឃុំ ដែលខុសពីបណ្ឌិតសភាប៉ូលីសដែលត្រូវរៀន៥ឆ្នាំ និង បានសញ្ញាបត្រស្មើសកលវិទ្យាល័យ។ អ្នកដែលចេញពីសាលាប៉ូលីស ត្រូវធ្វើការនៅថ្នាក់ក្រោមៈប៉ូលីសឃុំ គឺប៉ូលីសល្បាតតាមថ្នល់ និងមានឋានន្តរស័កទាបបំផុត។ អ្នកចេញពីបណ្ឌិតសភាប៉ូលីស ត្រូវទៅធ្វើការនៅប៉ូលីសស្រុក ឬ លើនេះ ដែលអាចមានឱកាសទទួលបានការដំឡើងឋានន្តរស័ក និង ឯកទេសច្រើនជាង។ ស្ថានប័នបណ្តុះបណ្តាលទីបីគឺផ្តោតសំខាន់ទៅលើគោលនយោបាយ ជាជាងការប្រតិបត្តិ ហើយគេគិតថាមានឋានៈខ្ពស់ជាងសាលា និងបណ្ឌិតសភាប៉ូលីសទៀត។

ការសិក្សានេះស្វែងយល់ថាតើកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មានឥទ្ធិពលទៅលើការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីសល្បាតតាមថ្នល់ក្នុងកម្រិតណា និង តាមរបៀបណា។ ការសិក្សានេះស្វែងយល់ស៊ីជម្រៅអំពីលក្ខណ្ឌរចនាសម្ព័ន្ធនិងវប្បធម៌ ដែលប៉ូលីសជួបប្រទះ និងឥទ្ធិពលនៃលក្ខណ្ឌនេះមកលើដំណើរការសម្រេចចិត្ត។

វិធីសាស្រ្ត

វិធីសាស្រ្តផ្សេងៗគ្នា រួមមានការពិនិត្យឯកសារ សម្ភាសន៍ និង អង្កេត។ ការពិនិត្យឯកសារគឺដើម្បីកំណត់ ក្រមខ័ណ្ឌគោលនយោបាយ និងច្បាប់ ទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវរបស់យើង។

ឯកសារសំខាន់ៗរួមមានៈ

- ច្បាប់អេដស៍ឆ្នាំ២០០៦
- ច្បាប់គ្រឿងញៀនឆ្នាំ២០០០ (កែប្រែឆ្នាំ២០០៨)
- យុទ្ធសាស្រ្តជាតិអំពីជំងឺអេដស៍ ឆ្នាំ២០០៤
- ក្រឹត្យអំពីការអនុវត្តមាត្រាជាច្រើននៃច្បាប់បង្ការ ជំងឺអេដស៍ (ក្រឹត្យ១០៨) ឆ្នាំ២០០៧
- ច្បាប់ស្តីពីប្រជាការពារឆ្នាំ២០០៥
- សេចក្តីសម្រេចអំពីប៉ូលីសឃុំឆ្នាំ២០០៨ និង
- សេចក្តីសម្រេចអំពីវិធានការចំពោះការរំលោភផ្នែករដ្ឋបាល ឆ្នាំ២០០៨

យើងបានធ្វើសម្ភាសន៍ចំនួន៦៣ដើម្បីស្វែងយល់ពីកត្តាដែលនាំឲ្យប៉ូលីស គាំទ្រ ឬ រារាំងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកចូលរួមមកពីស្ថានប័នគោលនយោបាយរបស់រដ្ឋាភិបាល មន្រ្តីអង្គការអន្តរជាតិ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល។ យើងបានធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយប៉ូលីសចំនួន១៣នាក់ រួមទាំងប៉ូលីសឃុំ និង ស្រុក នៅស្រុកពីរក្នុងក្រុងហាណូយ ប៉ូលីសថ្នាក់កណ្តាល (កំពុងធ្វើការ និង ចូលនិវត្ត) និង អ្នកដំណាងអន្តរជាតិនៅផ្នែកអនុវត្តច្បាប់។ ប្រធានបទ សម្ភាសន៍រួមមានៈ ការយល់ឃើញអំពីយុទ្ធសាស្រ្តកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និងតួនាទីរបស់ប៉ូលីស រចនាសម្ព័ន្ធផ្ទៃក្នុងរបស់ប៉ូលីសនៅវៀតណាម គោលនយោបាយជ្រើសរើស និង បណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីស ការតស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រពីប៉ូលីស។ យើងបានសុំការព្រមព្រៀងពីគ្រប់អ្នកចូលរួមទាំងអស់។

ដោយសារភាពប្រទាញប្រទង់នៃគោលនយោបាយអំពីជំងឺអេដស៍និង គ្រឿងញៀន ដែលអាចឲ្យមានការរិះគន់ដល់គោលនយោបាយរដ្ឋាភិបាល យើងមិនបានថតសម្លេងសម្ភាសន៍ទាំងនោះទេ។ ចំពោះសម្ភាសន៍ជាមួយប៉ូលីសវៀតណាម យើងបានប្រើអ្នកបកប្រែ និង កាត់ត្រាដោយដៃ។

យើងបានប្រើកម្រងសំណួរសម្រាប់បំពេញខ្លួនឯងក្នុងការអង្កេតលើប៉ូលីសល្បាតតាមថ្នល់ចំនួន២៧នាក់ នៅស្រុក២ក្នុងក្រុងហាណូយ អំពីការប្រើគ្រឿងញៀន។

សំណោរចេញពីសម្ភាសន៍ត្រូវបានរៀបចំ ហើយវិភាគតាមប្រធានបទ រីឯស្ថិតិពណ៌នាវិញត្រូវបានវិភាគដោយប្រើExcel។ ទិន្នន័យត្រូវបានវិភាគបន្ថែមទៀតដោយប្រើ Chan's interactive model ដើម្បីបង្កើតជាការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីស[19]។ ម៉ូដែលនេះសន្មត់ថា ប៉ូលីសជាតួអង្គមួយ ដែលទទួលនូវឥទ្ធិពលជាច្រើនទាំងថ្នាក់ម៉ាក្រូ និង ថ្នាក់មីក្រូ បង្កើតបានជាឌីណាមិកដ៏ស្មុកស្មាញមួយ ដែលជួនកាល មានលទ្ធផលដែលគេមិនអាចគិតទុកមុនបាន ទាក់ទងនឹងកំណែទម្រង់ប៉ូលីស និង ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ។

លទ្ធផល

តួនាទី និង ការយល់ដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់របស់ប៉ូលីសនៅថ្នាក់ឃុំ

ដើម្បីឲ្យដឹងពីតួនាទីរបស់របស់ប៉ូលីសនៅថ្នាក់ឃុំក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ យើងត្រូវពណ៌នាអំពីតួនាទីរបស់ប៉ូលីសជាទូទៅសិន។ សេចក្តីសម្រេចអំពីប៉ូលីសឃុំឆ្នាំ២០០៨[19] រាយបញ្ជីនៃភារកិច្ចរបស់ប៉ូលីសឃុំ ដែលរួមមានៈ

- ចាត់វិធានការបង្ការ និង បង្ក្រាបបទល្មើស និងការរំលោភច្បាប់ដែលទាក់ទងនឹងសន្តិសុខសណ្តាប់ធ្នាប់សង្គម និង សុវត្ថិភាពសង្គម
- គ្រប់គ្រងបុគ្គលដែលស្ថិតក្រោមការលើកលែងទោសពិសេស អ្នកដែលបានបន្សាបគ្រឿងញៀន និង អ្នកដែលបានដោះលែងពីពន្ធធនាគារ ដែលត្រូវបន្តតាមដានតាមបញ្ញត្តិច្បាប់
- ពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់គ្រប់គ្រងពលរដ្ឋ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ និងឯកសារធ្វើដំណើរ
- ឆែកខ្លួនប្រាណឆែកឯកសារ និង របស់របរ អ្នកដែលត្រូវបានចាប់ខ្លួននៅពេលប្រព្រឹត្តបទល្មើសជាក់ស្តែង ដើម្បីរកអាវុធ
- ការពារជនរងគ្រោះ
- ធ្វើកំណត់ហេតុ អំពីជនរងគ្រោះ និង សាក្សី
- ការពារកន្លែងកើតហេតុ
- រឹបអូស និង ការពារភស្តុតាង
- ដាក់ទណ្ឌកម្មអ្នករំលោភរដ្ឋបាល រៀបចំឯកសារដាក់ទោសអ្នកប្រព្រឹត្តល្មើស

ប៉ូលីសនិយាយថា «គ្រឿងញៀនគ្រាន់តែជារឿងមួយប៉ុណ្ណោះ យើងធ្វើការរឿងភាវរកម្ម ចរាចរណ៍ លុយក្លែងក្លាយ ផលិតផលក្លែងក្លាយ»។ មន្ត្រីប៉ូលីសម្នាក់ទៀតបរិយាយការងាររបស់គាត់បែបនេះ

> *«ទីមួយត្រូវចងចាំអំពីអត្តសញ្ញាណនិងស្ថានភាពរបស់ប្រជាជន២០០០នាក់នៅក្នុងឃុំ ទីពីរត្រូវទៅដល់ផ្ទះគាត់ដើម្បីឲ្យដឹងពីព័ត៌មាន ការប្រែប្រួលថ្មីៗ ។ យើងក៏ត្រូវចងក្រងឯកសារអំពីកន្លែងរកស៊ី ក្រុមហ៊ុន ហាង ក៏ដូចជាធ្វើការវិភាគទិន្នន័យយើងហើយបញ្ជូនទៅថ្នាក់ស្រុក។ ជួនកាលយើងធ្វើជាអ្នកនាំពាក្យ ផ្តល់ព័ត៌មាន ដែលបានពីថ្នាក់ស្រុក ដល់ប្រជាជន ជួនកាលចូលរួមធ្វើការអង្គាសលុយសម្រាប់ជនក្រីក្រដូចជាពេលមានទឹកជំនន់ជាដើម។*

ជួនកាលមានយុទ្ធនាការចាក់ថ្នាំបង្ការផ្តែផ្តា ប្រឆាំងជំងឺផ្តែផ្តួត។ ពេលយប់ជួនកាលយើងត្រូវចេញទៅដោះស្រាយការវាយតប់គ្នារវាងប្តីប្រពន្ធ។

នៅពេលអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាម តួនាទីរបស់ប៉ូលីសដែលត្រូវរក្សាអត្តសញ្ញាណអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលជាគោលការណ៍មូលដ្ឋានសម្រាប់បញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ០៦ មានភាពប្រទាញប្រទង់គ្នាជាមួយតួនាទីរបស់ខ្លួនដែលត្រូវគាំទ្រ និង បង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះដល់ការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលកំណត់ដោយក្រឹត្យ ១០៨]7]។ គ្មានវិធីសាស្ត្រជាប្រព័ន្ធអំពីការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទេ ពួកប៉ូលីសទាំងនេះត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលដោយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល។ គេនិយាយថាប៉ូលីសឃុំដើរតួនាទីសំខាន់ណាស់ក្នុងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ប៉ុន្តែគេកម្រជាគោលដៅនៃការបណ្តុះបណ្តាលណាស់។

«មិនមានការបណ្តុះបណ្តាលពីរឿងនេះទេនៅសាលាប៉ូលីសនោះ។ខ្ញុំទើបតែឮអំពីកម្មវិធីនេះ។ ខ្ញុំមិនដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទេ។ ខ្ញុំរៀនពីប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ ហើយប៉ូលីសឃុំដទៃទៀតក៏មិនបានផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអ្វីដែរ» (ប៉ូលីសឃុំ)

ប៉ូលីសខ្លះនិយាយថាទោះជាគាត់ស្គាល់ពាក្យកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នេះក៏ដោយ ក៏គេនៅតែមិនយល់ច្បាស់ថាវាមានន័យដូចម្តេចក្នុងការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីស។ ដោយដឹងថាការចាក់គ្រឿងញៀនជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅវៀតណាម ប៉ូលីសបានយល់ថាតួនាទីរបស់គាត់ក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍គឺជាការបង្ការការប្រើគ្រឿងញៀន និងតាមដានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។ ទោះបីច្បាប់អេដស៍២០០៦បញ្ជាក់ថាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានសិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់អំពីស្ថានភាពរបស់ខ្លួនក៏ដោយ ប៉ូលីសខ្លះដែលអះអាងថាបានបណ្តុះបណ្តាលអំពីគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ បាននិយាយថា តួនាទីរបស់ប៉ូលីស គឺត្រូវ ពិនិត្យមើលឈ្មោះរបស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និង ពិនិត្យមើលថា អ្នកណាខ្លះដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ គាត់បន្ថែមថា គោលបំណងរបស់គណៈកម្មការអេដស៍គឺ បន្ថយការប្រើគ្រឿងញៀន ដូច្នេះអាចបន្ថយអេដស៍បាន។ ប៉ូលីសឃុំម្នាក់ទៀតបាននិយាយថា តួនាទីរបស់ប៉ូលីសក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍គឺច្បាស់ណាស់ គឺថាត្រូវអនុវត្តច្បាប់គ្រឿងញៀន។ ប៉ូលីសភាគច្រើនយល់ថាការតាមដាន អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន គឺជាសកម្មភាពចម្បង។

«ប៉ូលីសត្រូវដឹងថាអ្នកណាស្ថិតក្នុងកម្មវិធីគាំទ្រអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន លេខទូរស័ព្ទរបស់គ កន្លែងរស់នៅ។ល។ ដើម្បីឲ្យដឹងថាតើអ្នកណាដែលត្រូវដាក់ក្រោមការតាមដាន។ ប៉ូលីលក៏ជួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលចេញពីមណ្ឌល០៦វិញ លើកទឹកចិត្តគាត់ ពិគ្រោះជាមួយគ្រួសារ និង ជួយរកការងារ»។

ប៉ូលីសប្រើវិធីជាច្រើនដើម្បីរកព័ត៌មានអំពីសកម្មភាពល្មើស។ ខាងក្រោមនេះជាបច្ចេកទេសប្រើដោយប៉ូលីសវៀតណាមក្នុងការអនុវត្តច្បាប់គ្រឿងញៀនៈ

«ប៉ូលីសអង្គុយនៅតុកាហ្វេនៅកាច់ជ្រុង ធ្វើជាអានសៀវភៅ ឬកាសែត។ ប៉ុន្តែតាមពិតព្យាយាមស្តាប់គេជជែកគ្នា។ ជនល្មើសជាច្រើនមកអង្គុយនៅតុកាហ្វេ។ ប៉ូលីសស្លៀកពាក់ស៊ីវិល»

ទោះជាដឹងថាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ស្របច្បាប់ក៏ដោយ ដូចជាកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងជាដើម ប៉ូលីសខ្លះមិនគាំទ្រទេ ហើយទាញចំណេញពីវត្តមាននៃកម្មវិធីនេះ ធ្វើជាឱកាសក្នុងការកំណត់រកអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនទៅវិញ។

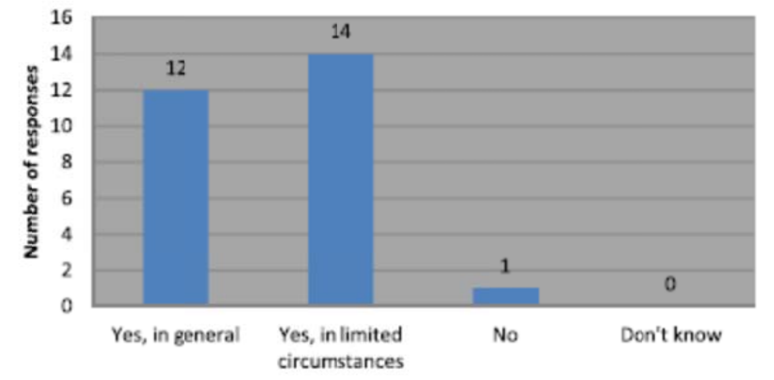

Figure 1 Police views on appropriateness of surveillance around NS access points as an effective way to identify drug users.

រូប១ ទស្សនៈរបស់ប៉ូលីសអំពីភាពត្រឹមត្រូវនៃការតាមដាននៅជុំវិញកន្លែងផ្តល់ម្ជុលសឺរ៉ាំង ថាជាវិធីមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការកំណត់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន

> *«សកម្មភាពរបស់ប៉ូលីសគឺចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលដើរត្រេតត្រត ជុំវិញកន្លែងនេះ ប៉ុន្តែយើងមានការតាមដាននៅតាមឱសថស្ថានក្រែងមានអ្នកទៅទិញម្ជុលសឺរ៉ាំង។ ឱសថស្ថានខ្លះលក់ម្ជុលសឺរ៉ាំងឲ្យទៅអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ឱសថស្ថានខ្លះទៀតមិនលក់ទេ។ ប៉ូលីសមិនមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងកម្មវិធីម្ជុលសឺរ៉ាំងទេ។ ទោះបីជាកម្មវិធីចាប់ផ្តើមទីនេះខ្ញុំនៅតែមិនគាំទ្រ។ ខ្ញុំនឹងមិនគាំទ្រកម្មវិធីបែបនេះទេព្រោះវានាំឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនកាន់តែប្រើថែម។»*

នៅពេលសួរថាតើគាត់បានដឹងអំពីតួនាទីរបស់ប៉ូលីសនៅក្នុង ឬក្បែរតំបន់ចែកចាយម្ជុលសឺរ៉ាំងឬទេ ជាងពាក់កណ្តាលឆ្លើយថាបានដឹង (រូប២)។ អង្កេតបានផ្តល់កន្លែងសម្រាប់ឲ្យបរិយាយអំពីគោលនយោបាយ។ មានតែ៦នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលសរសេរសង្ខេបនេះ ដែលសុទ្ធតែនិយាយអំពីតួនាទីរបស់ប៉ូលីសក្នុងការប្រមូលម្ជុលសឺរ៉ាំងដែលប្រើរួចហើយ ឬក៏រៀបចំសហគមន៍ឲ្យធ្វើកិច្ចការនេះ។ ឧ. *«ដាក់ការតាមដានជាប្រចាំនៅកន្លែងដែលមានអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ហើយប្រមូលសឺរ៉ាំង»* និង *«ជំរុញឲ្យអង្គការ សមាគមន៍ ប្រមូលសឺរ៉ាំងម្ជុល ស្របតាមច្បាប់អំពីការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និងពេស្យាចារ»*

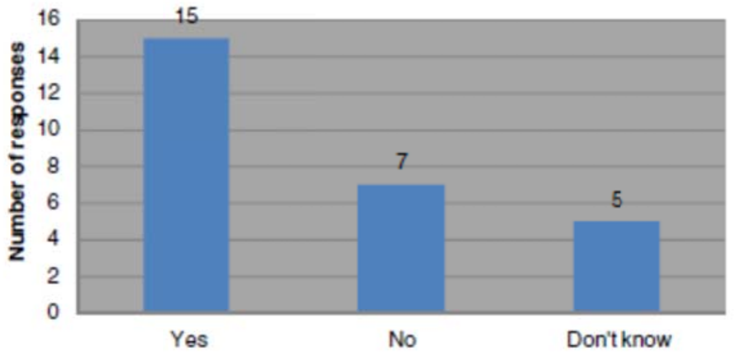

Figure 2 Police awareness of policies on their role in or near places IDUs obtain NS.

រូប២ ការយល់ដឹងរបស់ប៉ូលីសអំពីតួនាទីរបស់ខ្លួនក្នុង ឬក្បែរកន្លែងដែលអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមកទទួលម្ជុលសឺរ៉ាំង

ប៉ូលីសជាច្រើននៅមិនទាន់យល់ច្បាស់ពីច្បាប់អេដស៍២០០៦។ ឧ. ជិតពាក់កណ្ដាល ពួកគេយល់ថាជាការខុសច្បាប់ដែលកាន់ម្ជុលសឺរ៉ាំង ក្នុងគោលបំណងចាក់គ្រឿងញៀន ទោះបីជាមាត្រា៤.២ និង មាត្រា៩នៃក្រឹត្យ១០៨បានអនុញ្ញាតក៏ដោយ។ តាមពិតទៅប្រហែលគេពួកគេនិយាយយោងទៅរកសេចក្ដីសម្រេចស្ដីពីវិធានការចំពោះការរំលោភរដ្ឋបាល ដែលថាជាការខុសច្បាប់បើមានកាន់សំភារៈប្រើសម្រាប់សម្រួលឲ្យមានការរំលោភរដ្ឋបាល ដែលរួមទាំងការប្រើគ្រឿងញៀនផងដែរ។

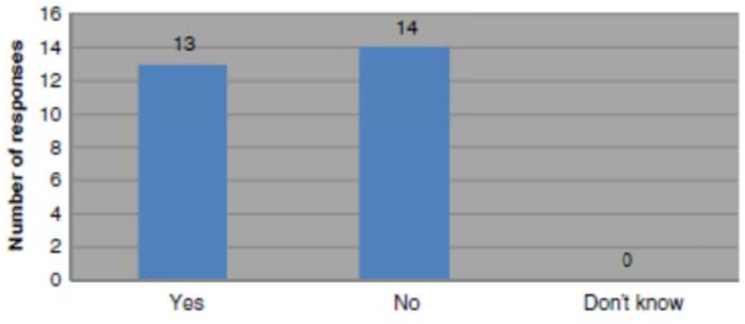

Figure 3 Police responses to whether it is illegal to carry a needle and syringe for the purpose of using drugs.

រូប៣ ចម្លើយរបស់ប៉ូលីសចំពោះសំណួរដែលថាតើការកាន់ម្ជុលនិងសឺរ៉ាំងសម្រាប់ចាក់គ្រឿងញៀនស្របច្បាប់ឬទេ

ចំពោះ MMT វិញ ប៉ូលីសភាគច្រើនបានដឹងពីប្រយោជន៍វាក្នុងការបន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ដោយសារបន្ថយការប្រើម្ជុលសឺរ៉ាំងរួមគ្នា។ ប៉ុន្តែ ប៉ូលីសស្ទើរតែពាក់កណ្ដាលគិតថាផលប្រយោជន៍ចម្បងរបស់MMT គឺកាត់បន្ថយបទល្មើស មិនមែនកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទេ។

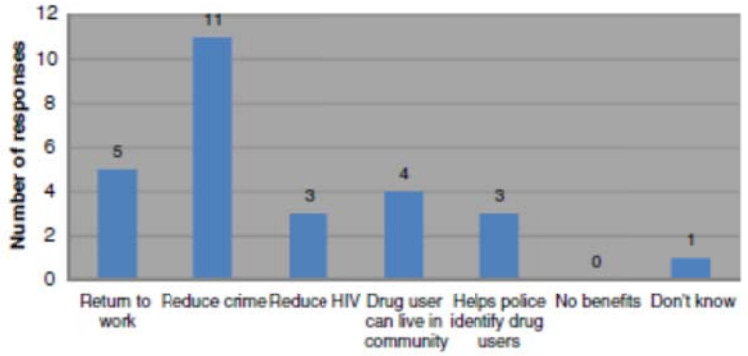

Figure 4 Police views on the primary benefit of MMT.

រូប៤.ទស្សនៈរបស់ប៉ូលីសអំពីប្រយោជន៍ចម្បងរបស់MMT

ឥទ្ធិពលទៅលើឥរិយាបថរបស់ប៉ូលីសទាក់ទងនឹងការអនុវត្តច្បាប់និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

ឥរិយបថរបស់ប៉ូលីសទាក់ទងនឹងការអនុវត្តច្បាប់ត្រូវបានកំណត់មិនគ្រាន់តែដោយសារច្បាប់ ប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែដោយសារកត្តាច្រើនទៀតដែលមានចំណងជាប់ជាមួយសុវត្ថិភាពការងារ និង ការដំឡើងឋានន្តរស័ក រួមមាន កូតានៃការចាប់ខ្លួន និងកេរ្តិ៍ឈ្មោះក្នុងអាជីព និងនីតិវិធីវិន័យផ្ទៃក្នុងរបស់ប៉ូលីស។ ថាតើកត្តាទាំងនេះបង្កភាពខ្វល់ខ្វាយយ៉ាងម៉េចនោះ គឺបង្ហាញច្បាស់តាមរយៈសម្រង់សំដីខាងក្រោមនេះ។

«ប៉ូលីសមានបញ្ញត្តិរបស់ខ្លួនថា ម្នាក់ៗត្រូវមើលការខុសត្រូវ៥០០គ្រួសារ និងមនុស្សប្រហែល១០០០-២០០០នាក់។ ដូច្នេះយើងត្រូវស្គាល់គ្រប់ផ្ទះនិងមនុស្សគ្រប់គ្នា។ បើយើងមិនស្គាល់មនុស្សណាម្នាក់យើងនឹងត្រូវទទួលទណ្ឌកម្មពីថ្នាក់ស្រុក។ រាល់ឆ្នាំស្រុកបានចាត់ក្រុមមួយមកពិនិត្យមើលបញ្ជីរបស់យើង។ បើប៉ូលីសណាម្នាក់មិនអាចបំពេញបានតាមការតម្រូវនេះទេ គេនឹងបង្ខំឲ្យចេញពីការងារ។ ចំនួនព្រមានដូចជាមិនច្បាស់ទេ។ ការដែលប៉ូលីសអាចបាត់បង់ការងារនោះគឺអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនត្រូវបានប៉ូលីសផ្សេងទៀតចាប់បាន នេះមានន័យថា ប៉ូលីសរូបនេះមិនបានស្គាល់មនុស្សហ្នឹងទេ»

សម្ពាធមកលើប៉ូលីសឲ្យស្វែងរកនិងចាប់ខ្លួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ត្រូវបានពណ៌នាថាជាស្ត្រេសសម្រាប់ប៉ូលីសឃុំ

«តាមពិតទៅ ប៉ូលីសឃុំមិនពេញចិត្តយុទ្ធនាការបង្ក្រាបទេ ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែធ្វើ។ យើងស្ថិតក្រោមសម្ពាធ។ នេះជាការងារលំបាក។ ឥលូវជនល្មើសដឹងអំពីយុទ្ធនាការនេះដូច្នេះពួកគេសម្ងំ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនក៏ដូចគ្នាដែរ។ ពួកគេអាចលាក់ខ្លួននៅឃុំផ្សេងទៀត។ ពេលខ្លះ ប៉ូលីសនៅឃុំផ្សេងទៀត អាចចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលនៅឃុំរបស់យើងប៉ុន្តែលាក់ខ្លួននៅឃុំដទៃ។ បើយើងមិនបានរៀបចំឯកសាររបស់អ្នកនោះទេ យើងនឹងមានបញ្ហាធំ នេះជាការដែលយើងភ័យខ្លាចធំបំផុត។

កូតាក្នុងការចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀននិងបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែក៏ជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធវាយតម្លៃស្នាដៃដែរ។ ប្រព័ន្ធនេះអនុវត្តសម្រាប់មន្ត្រីប៉ូលីសម្នាក់ៗផង និងសម្រាប់ឃុំទាំងមូលផង។

«បើយើងមិនអាចបំពេញបានតាមកូតា ប៉ូលីសមិនអាចទទួលបានរង្វាន់អ្វីទេ... ប៉ុន្តែបញ្ហាដែលផ្តោតលើសមត្ថភាពរបស់ប្រធានប៉ូលីសឃុំ។ បើយើងមិនអាចសម្រេចបានតាមកូតាច្រើនឆ្នាំ ប្រធាននឹងត្រូវផ្ទេរទៅកាន់កន្លែងថ្មី ហើយជំនួសដោយប្រធានថ្មី។ ដូច្នេះហើយរៀងរាល់ឆ្នាំប្រធានរៀបផែនការឲ្យមនុស្សម្នាក់ៗ។ ម្នាក់ត្រូវសម្រេចឲ្យបាន៣ករណី។ កាលណាយើងចាប់បានច្រើន យើងនឹងមានឈ្មោះកាន់តែល្បី។ គ្រប់គ្នាប្រឹងធ្វើឲ្យអស់ពីសមត្ថភាព។

ឱកាសក្នុងការទទួលស្គាល់ស្នាដៃដោយទទួលមានលិខិតសរសើរក្នុងការចាប់ខ្លួន ក៏ជួយជំរុញឲ្យប៉ូលីសធ្វើសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។

«ការសប្បាយចិត្តនឹងការងារគឺនៅពេលដែលប៉ូលីសអាចមានអារម្មណ៍រីករាយដោយសារបានស៊ើបអង្កេតបានល្អ គេអាចមានអារម្មណ៍ល្អអំពីរឿងនោះរាប់ឆ្នាំ។ ប៉ូលីសរៀតណាមជួនកាលទទួលបានលិខិតសរសើរ ដែលជាប្រភេទនៃប្រយោជន៍មួយ។

មិនមែនតែការវាយតម្លៃស្នាដៃទេដែលមានឥទ្ធិពលទៅលើឥរិយាបថរបស់ប៉ូលីស អំពីការប្រើគ្រឿងញៀន និង កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះ។ ប៉ូលីសខ្លះបាននិយាយថាជួនការ គេប្រើសុភវិនិច្ឆ័យ ដោយហេតុផលថាៈ ប៉ូលីសរវល់ខ្លាំងណាស់ ហើយត្រូវកំណត់អាទិភាពក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងបទល្មើស។ ប៉ូលីសចាត់ទុកថាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ជាអ្នកដែលចេញពី «គ្រួសារល្អ» ឬ ជាអ្នកដែល «មិនបង្កអំពើអាក្រក់» នៅក្នុងសហគមន៍។ ដូចដែលបង្ហាញក្នុងសម្រង់ពាក្យខាងក្រោមនេះ ប៉ូលីសឃុំមានសុភវិនិច្ឆ័យ។ សុភវិនិច្ឆ័យ គឺសំខាន់ចំពោះទំនាក់ទំនងរវាងប៉ូលីស និង សហគមន៍។ ការនេះកើតឡើងនៅពេលដែលគាត់មិនធ្វើតាមច្បាប់ក្នុងករណីខ្លះ ជាពិសេសបទល្មើសទី១ច្រើនចាត់ទុកថាមិនសូវជាល្មើសធ្ងន់ទេ។

«ចំណុចសំខាន់មួយគួរកត់សម្គាល់នោះគឺថា យើងប្រើច្បាប់ដាក់ទណ្ឌកម្មពេលបទល្មើសធ្ងន់ប៉ុណ្ណោះ។ យើងតែងតែព្យាយាមជួយឲ្យប្រជាជនយល់ពីច្បាប់ ហើយផ្តល់ឱកាសជាលើកទី២ បើគេប្រព្រឹត្តទៀត យើងនឹងធ្វើតាមច្បាប់។ បើបទល្មើសតូចតាច យើងមិនដែលប្រើច្បាប់ទេ។ នៅវៀតណាមយើងចាត់ទុកទំនាក់ទំនងរវាងប៉ូលីសនិងសហគមន៍ជារឿងសំខាន់បំផុត ដូច្នេះយើងប្រើច្បាប់តែពេលណាចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ។ នេះជាការពិតនៅក្នុងការអនុវត្តច្បាប់។ ពេលខ្លះបទល្មើសតូចតាចមិនត្រូវបានរាយការណ៍ផង»

សំណួរអំពីសុភវិនិច្ឆ័យ ការប្រើប្រាស់វានិង គោលបំណងវា ក៏ត្រូវបានដាក់ក្នុងសំណួរអង្កេតឲ្យប៉ូលីសឆ្លើយដែរ។ ចម្លើយក្នុងរូប៥បង្ហាញអំពីការឯកភាពគ្នាដ៏ច្រើនលើសលប់ក្នុងការប្រើសុភវិនិច្ឆ័យចំពោះបទល្មើសតូចតាច ហើយចាត់ទុកជាវិធីមួយលើកទឹកចិត្តគាត់កុំឲ្យប្រព្រឹត្តបទល្មើសទៀត។

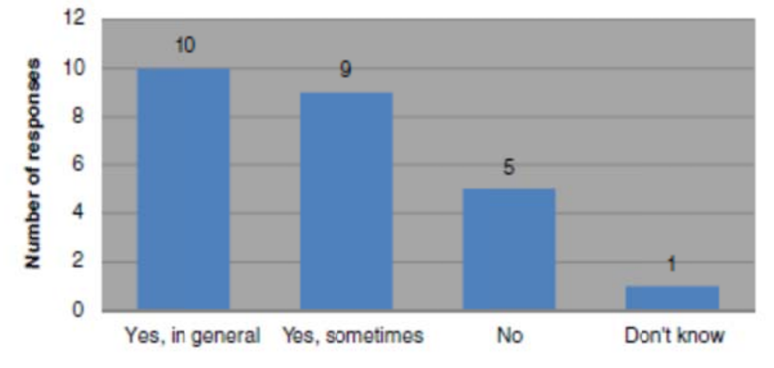

Figure 5 Police views on appropriateness of using discretion for minor infractions to prevent further crime.

រូប៥. ទស្សនៈរបស់ប៉ូលីសចំពោះភាពត្រឹមត្រូវនៃការប្រើសុភវិនិច្ឆ័យចំពោះបទល្មើសតូចតាចដើម្បីបង្ការបទល្មើសក្រោយទៀត

ជាការគួរឲ្យចាប់អារម្មណ៍គឺថាកាតព្វកិច្ចដែលឲ្យប៉ូលីសម្នាក់ស្គាល់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងតំបន់ មានផលប៉ះពាល់វិជ្ជមានដែលយើងមិនរំពឹងទុក មកលើអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន តាមរយៈការស្គាល់គ្នា។

«កាលនៅជានិសិត្សខ្ញុំគិតថាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់ជាមនុស្សអាក្រក់ ហើយខ្ញុំត្រូវតែនៅឲ្យឆ្ងាយពីគេ។ ខ្ញុំខ្លាចពួកគេ។ ប៉ុន្តែក្រោយពីចូលបម្រើការជាប៉ូលីសមក ខ្ញុំត្រូវនិយាយ និងចាត់ការជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។

... គ្រប់ពេលទាំងអស់ ខ្ញុំត្រូវតែតាមឃ្លាំមើលអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ឥឡូវខ្ញុំមានអារម្មណ៍ធម្មតាចំពោះពួកគេ លែងខ្លាចទៀតហើយ។ ខ្ញុំសន្និដ្ឋានថាមិនមែនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំងអស់សុទ្ធតែជាមនុស្សអាក្រក់នោះទេ ព្រោះមានហេតុផលច្រើនណាស់ដែលឲ្យគេប្រើគ្រឿងញៀន ដូចជាការបែកបាក់គ្រួសារ សម្ពាធពីមិត្តភ័ក្រជាដើម»

ឥទ្ធិពលចំពោះការឲ្យប៉ូលីសឃុំចូលរួមក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល និង ការតស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់

សម្ភាសន៍ជាមួយប៉ូលីសទទួលខុសត្រូវសម្របសម្រួលអន្តរជាតិបានឲ្យដឹងថា ប៉ូលីសឃុំមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងក្របខ័ណ្ឌនៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះទេ។ ការយល់បែបនេះអាចដោយសារតែសេចក្តីសម្រេចអំពីប៉ូលីសឃុំឆ្នាំ២០០៨ ដែលថាប៉ូលីសឃុំគឺជាកម្លាំងប្រដាប់អាវុធមិនពេញម៉ោងក្នុងប្រព័ន្ធអង្គការចាត់តាំងរបស់ប៉ូលីសប្រជាជន (មាត្រា៣)[20]

«នៅថ្នាក់ឃុំ ប៉ូលីសមិនពិតជាប៉ូលីសទេ គេអាចថាជាប៉ូលីសពាក់កណ្តាល។ ពួកគេទទួលខុសត្រូវរឿងសណ្តាប់ធ្នាប់សង្គម គេគ្មានអាវុធហើយគេមិនមែនជាប៉ូលីសអាជីពទេ... ប៉ូលីសឃុំទទួលបានព័ត៌មានអំពីអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនក្នុងតំបន់របស់ខ្លួនរស់នៅ។ ប៉ូលីសឃុំគ្មានការបណ្តុះបណ្តាលឲ្យទៅជាប៉ូលីសទេ។ ពួកគេមិនបានចូលបណ្ឌិតសភាប៉ូលីសទេ» (មន្ត្រីប៉ូលីសនៅថ្នាក់កណ្តាល)

ដោយសារធនធានមានកម្រិតក្នុងការតស៊ូមតិនិងបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ គេបានឲ្យអាទិភាពទៅមន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់ខ្ពស់ ដោយសន្មត់ថា ព័ត៌មានវាគង់តែនឹងទៅដល់ថ្នាក់ក្រោមទេ។ ទីប្រឹក្សាប៉ូលីសនៅគម្រោងដែលផ្តោតទៅលើផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ បាននិយាយថាប៉ូលីសឃុំមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលទេ។

«មិនមានប៉ូលីសឃុំត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលទេ។ គេអាចដឹងពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់តាមរយៈការអានច្បាប់។ ខ្ញុំមិនដឹងថាតើគេរៀនពីណាមកទេ។ មកទល់ពេលនេះយើងផ្តោតតែនៅថ្នាក់ខេត្ត ឬ អាចថ្នាក់ស្រុកខ្លះ។ យើងចង់បណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសឃុំ ប៉ុន្តែជាការលំបាកណាស់ដែលត្រូវបណ្តុះបណ្តាលមនុស្សច្រើនយ៉ាងនេះ។ នៅពេលអនាគតយើងអាចគ្រោងបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសឃុំ តែឥលូវមិនទាន់ទេ» (មន្ត្រី ប៉ូលីស ថ្នាក់កណ្តាល)

មិនត្រឹមតែខ្វះការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសនៅថ្នាក់ឃុំនោះទេ តែនៅមានភាពមិនច្បាស់លាស់ថាតើប៉ូលីសថ្នាក់ខេត្តដែលដឹងអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះ បានផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានតាមរបៀបណាទៅដល់ថ្នាក់ក្រោមដើម្បីឲ្យមានការអនុវត្តមានប្រសិទ្ធិភាពនោះ។ វាហាក់ដូចជាថាប៉ូលីសឃុំពឹងផ្អែកតែលើគោលការណ៍ណែនាំប៉ុណ្ណោះ ដែលមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត។

«គណៈកម្មការអេដស៍ក្រុងហាណូយធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសថ្នាក់ស្រុក ប៉ុន្តែបានតែប្រធាន និងមេបញ្ជាការប៉ុណ្ណោះ... យើងមានសៀវភៅណែនាំនៅតាមឃុំ។ យើងមានសៀវភៅអំពី MMT និងឥលូវមានសៀវភៅ អំពី NSP យើងបានបញ្ជូនទៅដល់គ្រប់ប៉ុស្តប៉ូលីសឃុំទាំងអស់» (មន្ត្រីប៉ូលីសស្រុក)

សេចក្តីសម្រេចស្តីពីប៉ូលីសឃុំឆ្នាំ២០០៨ បង្ហាញថាភារកិច្ចរបស់ប៉ូលីសឃុំសមស្របជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ការយល់ឃើញអំពីនីតិវិធីក្នុងការជ្រើសរើស និង បណ្តុះបណ្តាល អាចមានឥទ្ធិទៅលើការយល់ឃើញអំពីសមត្ថភាពរបស់ប៉ូលីសឃុំក្នុងការបំពេញភារកិច្ច។

«បន្ទាប់ពីខ្ញុំជួបប៉ូលីសឃុំ គាត់ឆ្លាតជាងអ្វីដែលយើងគិតទុក ទោះជាគាត់បានចូលរៀនតែនៅសាលាប៉ូលីសក៏ដោយ»។ (មន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់កណ្តាល)

ការផ្សព្វផ្សាយគោលនយោបាយនិងការប្រាស្រ័យទាក់ទងនៅក្នុងអង្គភាពប៉ូលីស

យើងបានរកឃើញថាមានភាពមិនប្រាកដប្រជានៃវិធីផ្សព្វផ្សាយគោលនយោបាយ ក្នុងអង្គភាពអនុវត្តច្បាប់។ ទំនាក់ទំនងទៅថ្នាក់ឃុំ ភាគច្រើនធ្វើតាមរយៈលិខិតផ្លូវការ។ បើតាមអ្នកស្រាវជ្រាវរបស់ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិនៅវៀតណាម ប៉ូលីសខេត្តនឹងផ្សព្វផ្សាយច្បាប់ លិខិតផ្លូវការនានាទៅថ្នាក់ឃុំ ប៉ុន្តែគ្រាន់តែជាលិខិតដែលសង្ខេបៗប៉ុណ្ណោះ មិនបានក្បោះក្បាយទេ គឺទុកឲ្យថ្នាក់ក្រោមបកស្រាយខ្លួនឯង។ អ្នកឆ្លើយនេះនិយាយបន្តទៀតថា «អ្នកដឹកនាំល្អ ត្រូវគិតអំពីបរិបទនៅនឹងកន្លែង» ហើយកែប្រែឯកសារដោយដាក់ឲ្យមានភាពលំអិតថែមទៀត ប៉ុន្តែបើអ្នកដឹកនាំខ្ជិលឬមិនគាំទ្រគោលនយោបាយនោះទេ គាត់នឹងបញ្ជូនឯកសារនោះទៅថ្នាក់ក្រោមដោយគ្មានការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់ការអនុវត្តនៅនឹងកន្លែងនោះទេ។

ដោយសារខ្វះបច្ចេកវិទ្យានៅប៉ូលីសឃុំការផ្សព្វផ្សាយភាគច្រើនពឹងលើទូរសារ និងការប្រជុំ។

«ប៉ូលីសគ្រឿងញៀនថ្នាក់ស្រុកបោះទីតាំងក្នុងចន្លោះប្រហែលឃុំបី។ គេត្រូវតែចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយឃុំរបស់ខ្លួន។ពួកគេធ្វើការនៅថ្នាក់ស្រុក ហើយចុះទៅឃុំដើម្បីប្រជុំប៉ុណ្ណោះ។ រៀងរាល់ខែប៉ូលីសគ្រឿងញៀនស្រុកបានជួបប្រជុំជាមួយប៉ូលីសឃុំហើយចែករំលែកព័ត៌មានអំពីគ្រឿងញៀន និងអំពី ហេតុការណ៍ដែលកើតឡើងនៅក្នុងឃុំ» (មន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់កណ្តាល)

ទោះបីជាប៉ូលីសស្រុកបានជួបជាមួយប៉ូលីសឃុំ ជាញយដងក៏ដោយ អ្នកចូលរួមឆ្លើយភាគច្រើនមិនបានដឹងថាគេបាននិយាយគ្នាអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះទេ។ នៅពេលដែលសួរថាតើការបណ្តុះបណ្តាលអំពីយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលយើងធ្វើជាមួយប៉ូលីសនោះ ត្រូវបានបញ្ជូនទៅដល់ប៉ូលីសឃុំបែបណានោះ អ្នកអនុវត្តគម្រោងកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ម្នាក់បាននិយាយថា «យើងមិនដឹងទេ។ នេះជាបញ្ហា។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការនៅតែថ្នាក់កណ្តាលនិង ថ្នាក់ខេត្តប៉ុណ្ណោះ»។ អតីតមន្ត្រីប៉ូលីសម្នាក់ក៏បានទទួលស្គាល់ថា ការប្រាស្រ័យទាក់ទងមិនបានល្អទេក្នុងអង្គភាពប៉ូលីស។

«ពេលខ្ញុំបណ្តុះបណ្តាល ខ្ញុំគ្រាន់តែជាមនុស្សម្នាក់ពីថ្នាក់ខេត្ត។ ខ្ញុំមិនយល់ថាគេនឹងបញ្ជូនព័ត៌មានបន្តទៅថ្នាក់ឃុំឡើយ ប្រហែលជាបានត្រឹមតែមនុស្សខ្លះនៅក្នុងផ្នែករបស់គេតែប៉ុណ្ណោះ» (អតីតមន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់កណ្តាល)

បើតាមអ្នកស្រាជ្រាវធ្វើការនៅNGO ម្នាក់ ការតស៊ូមតិអំពីយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់បានផ្តោតទៅលើមន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់ខ្ពស់ និងអាជ្ញាធរ ដោយគ្មានយន្តការណានាំទៅដល់ថ្នាក់ក្រោមឡើយ។ កង្វះការយល់ដឹងក្នុងចំណោមប៉ូលីសថ្នាក់ក្រោមបាននាំឲ្យមានការបន្តរបៀបត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនបែបបុរាណទៀត។

«ប្រហែលជាប៉ូលីសថ្នាក់ស្រុកដឹងអំពីយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនឃើញមានការខិតខំណាមួយដើម្បីឲ្យព័ត៌មាននេះបានទៅដល់ថ្នាក់ក្រោមនោះទេ។ មន្ត្រីប៉ូលីសថ្នាក់លើមិនសហការ ប៉ូលីសថ្នាក់ក្រោមធ្វើការងាររបស់គេដូចជាចាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និងបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ ដើម្បីឲ្យថ្នល់មានភាពស្អាតស្អំ» (អ្នកស្រាវជ្រាវនៅNGOមួយ)

ការពិភាក្សា

ការសិក្សានេះ ធ្វើចន្លោះឆ្នាំ២០១០ និង ឆ្នាំ២០១២ បានវិភាគឯកសារ និង សម្ភាសន៍ ព្រមទាំងអង្កេត ដើម្បីស្វែងយល់អំពីលក្ខណៈ និង ឥទ្ធិពលនៃការតស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ជាមួយប៉ូលីសឃុំនៅវៀតណាម។ ដោយសារចំនួនសំណាកក្នុងអង្កេតមានចំនួនតិច ហើយចម្លើយរបស់អ្នកចូលរួមសម្ភាសន៍ មិនអាចផ្ទៀងផ្ទាត់រកភាពត្រឹមត្រូវបាន ការសន្និដ្ឋានរបស់យើងធ្វើឡើងជាលក្ខណៈទូទៅ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ភាពស្រដៀងគ្នានៃចម្លើយ និង ការប្រើវិធីសាស្ត្រច្រើនរួមគ្នា អាចឲ្យយើងមានទំនុកចិត្តថា ការសិក្សារបស់យើងបានរកឃើញនូវកង្វះនៃការយល់ដឹងអំពីតួនាទីសំខាន់របស់ប៉ូលីសឃុំក្នុងការបង្ការជំងឺអេដស៍។

គោលនយោបាយអំពីជំងឺអេដស៍របស់វៀតណាម ដែលស្តែងចេញតាមរយៈយុទ្ធសាស្រ្តជាតិអំពីជំងឺអេដស៍[1] និង ក្រឹត្យ ១០៨ បានចែងយ៉ាងច្បាស់ថា ប៉ូលីសឃុំមានតួនាទីសំខាន់ក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែ មកទល់ពេលនេះហាក់ដូចជា ខ្វះការបញ្ចូលប៉ូលីសឃុំ ក្នុងយុទ្ធសាស្រ្តស៊ូមតិអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រពីពួកគេ ឬ មិនទាន់បានបញ្ចូលក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីឲ្យគាត់មានលទ្ធភាពក្នុងការប្រតិបត្តិយុទ្ធសាស្រ្តថ្មីនេះ។

ការបង្ក្រាបអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ត្រូវបានគេអនុវត្តជាទូទៅនៅវៀតណាម។ ការនេះនាំឲ្យអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមានការភ័យខ្លាចថាគេនឹងចាប់ខ្លួននៅពេលដែលគេកាន់សំភារៈចាក់ថ្នាំនោះ[20]។ ការដាក់ឲ្យស្របច្បាប់នូវកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មិនត្រឹមតែប្រទាញប្រទង់គ្នាជាមួយច្បាប់គ្រឿងញៀនប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងជាមួយទម្លាប់ និង ប្រតិបត្តិ ដែលមានឥទ្ធិពលលើឥរិយបថរបស់ប៉ូលីសមូលដ្ឋានទៀតផង។ ការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ដូចជា NSP និង methadone ត្រូវជួបឧបសគ្គ ដោយសារគេប្រើវាជាឱកាសក្នុងការប្រមូលព័ត៌មានចារកម្ម សម្រាប់ពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់គ្រឿងញៀន មិនមែនសម្រាប់គោលបំណងសុខភាពសាធារណៈនោះទេ។ ទោះបីជាប៉ូលីសយល់ថាការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនគឺជាតួនាទីចម្បងរបស់គេក៏ដោយ ពួកគេបាននិយាយថាគេបានប្រើសុភវិនិច្ឆ័យច្រើនក្នុងការសម្រេចចិត្ត ដោយមានហេតុផលមួយចំនួន។ ហេតុផលនោះរួមមានទាំង ការរក្សាទំនាក់ទំនងល្អជាមួយសហគមន៍ តាមរយៈការបង្ហាញពីសេរីភាពក្នុងកម្រិតណាមួយ។ បច្ចុប្បន្ននេះ មិនមានភស្តុតាងច្បាស់ណាបញ្ជាក់ថា គេប្រើសុភវិនិច្ឆ័យ ក្នុងការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នោះទេ។ ប៉ុន្តែវត្តមានរបស់វា បានផ្តល់ជាឱកាសមួយដែលយើងអាចប្រើក្នុងគោលបំណងនេះបានដែរ។ ដោយសារទិន្នន័យជាអន្តរជាតិបានបង្ហាញថា ការល្បាតបែបតឹងរ៉ឹង នាំឲ្យអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនប្រកាន់ឥរិយាបថ ប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ ដែលអាចនាំឲ្យមានការរីករាលដាននៃមេរោគអេដស៍ ជាការសំខាន់ដែលត្រូវផ្សព្វផ្សាយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ថាជាយុទ្ធសាស្រ្តបង្ការជំងឺអេដស៍ឲ្យដល់ប៉ូលីសនៅនៅគ្រប់ថ្នាក់។

ការសិក្សារបស់យើងបានរកឃើញថាទោះបីជាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាម មានការគាំទ្រដោយច្បាប់ក៏ដោយ ប៉ូលីសនៅតែធ្វើសមកម្មភាព ដូចជាតាមដានឱសថស្ថានដើម្បីរកអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដែលទៅរកទិញម្ជុលសឺរ៉ាំងថ្មី។ ការនេះត្រូវបានគេយល់ថាជាការធ្វើឲ្យអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមិនហ៊ានចូលរួមជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ច្បាស់ណាស់ថា ការដែលមានគោលនយោបាយតែមួយមុខមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ បើគ្មានយន្តការសម្រាប់ឲ្យមានការផ្សព្វផ្សាយ ការទទួលយក និង ការអនុវត្តនោះ។ កង្វះយន្តការទាំងនេះ ជាពិសេសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន ឥទ្ធិពលផ្សេងទៀតនឹងដើរតួជាកម្លាំងប្រឆាំង។ នេះរួមមានប្រព័ន្ធកូតានៃការបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ វិធានការវិន័យផ្ទៃក្នុងរបស់ប៉ូលីស ការវាយតម្លៃស្នាដៃ ដែលផ្អែកលើការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន។

ក្នុងការសិក្សាអំពីការល្បាតក្នុងចំណោមជនជាតិភាគតិចនៅអូស្រ្តាលី Chan បានលើកឡើងអំពី«តម្រូវការឲ្យមានចំណេះដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរ» ក្នុងចំណោមប៉ូលីស[19] និងឲ្យមានការយល់ដឹងច្រើនអំពីការរៀបចំ និង ទម្លាប់របស់ប៉ូលីស។ ទោះបីជា Chan និយាយថាលទ្ធផលរបស់គាត់មិនបានផលិតជាសៀវភៅណែនាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរ ដោយសារភាពស្មុគស្មាញ នៃទម្លាប់ប៉ូលីសក៏ដោយ គាត់បានលើកឡើងពីតម្រូវការឲ្យមានការយល់ដឹងច្រើនអំពី «...ភាពមិនទៀងទាត់ និង មិន

អាចទាយទុកបាននៃកំណែទម្រង់»[19]។ ចំណុចសំខាន់នៃអំណះអំណាងរបស់គាត់គឺកង្វះទ្រឹស្តីដើម្បីជួយឲ្យយល់អំពីទម្លាប់របស់ប៉ូលីស ដែលពិបាកឆ្លើយសំណួរថាតើហេតុអ្វី កំណែទម្រង់ខ្លះធ្វើឲ្យមានការប្រែប្រួលតិចតួចលើការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីស[19]។ Chan បានផ្តែកលើក្របខ័ណ្ឌដែលដកចេញពីទ្រឹស្តីរបស់ Bourdieu[22] ហើយនាំទៅដល់ការផ្តោតទៅលើតួនាទីរបស់ប៉ូលីស ជា «តួអង្គ» នៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌនេះ។ លក្ខណៈឌីណាមិកនៃទម្លាប់ និង ឥរិយាបថប៉ូលីស ត្រូវបានរំលេច។ គាត់លើកឡើងថាលទ្ធផលនៃការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីសមិនមែនសុទ្ធតែមានវឌ្ឍនភាពជាបន្ទាត់នោះទេ តែមានលក្ខណៈជាអន្តរកម្ម គឺថា លក្ខណៈរចនាសម្ព័ន្ធ ឬ បរិយាកាសដែលនៅជុំវិញការងាររបស់ប៉ូលីស មានអន្តរកម្មជាមួយ«ចំណេះដឹង»ឬការសម្តែងចេញតាមរយៈបទពិសោធន៍របស់ប៉ូលីសម្នាក់ៗ នៅក្នុងការងាររបស់ខ្លួន។ អន្តរកម្មនៃកត្តាទាំងនេះ មានន័យថាការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីស មិនមែនសុទ្ធតែអាចទាយទុកបាននោះទេ ហើយថាកំណែទម្រង់ ឬ ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថអាចត្រូវបានរាំងបានយ៉ាងងាយ ទាំងនៅថ្នាក់អង្គភាព និង ថ្នាក់បុគ្គល។

ប៉ូលីសឃុំអាចចាត់ទុកជា អ្នកការិយាធិបតេយ្យតាមថ្នល់ បើតាមភាសារបស់ Lipsky ក្នុងចំណាត់ថ្នាក់នៃដំណើរការអនុវត្តគោលនយោបាយ[23]។ អ្នកការិយាធិបតេយ្យតាមថ្នល់របស់គាត់ដើរតួនាទីសំខាន់ក្នុងការកំណត់ ថាតើការអនុវត្តគោលនយោបាយត្រូវស្របជាមួយគោលបំណងរបស់គោលនយោបាយនោះកម្រិតណា។ គេបានទទួលស្គាល់ថា កាលណាការិយាធិបតេយ្យកាន់តែច្រើនស្រទាប់ ភាពស្របគ្នានេះមានកាន់តែតិច[24]។ កង្វះការតស៊ូមតិ និង ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅវៀតណាមនេះ បានបង្ហាញពីបញ្ហាប្រឈមសម្រាប់ការរស់រាន ទាំងគំនិត និង ខ្លឹមសារនៃគោលនយោបាយក្នុងការអនុវត្តរបស់ប៉ូលីសមូលដ្ឋាន។

ដូចដែលការសិក្សាយើងបានបង្ហាញហើយ ការបំភ្លេចថាប៉ូលីសឃុំមានតួនាទីសំខាន់ជាតួអង្គក្នុងការអនុវត្តគោលនយោបាយអាចកាន់តែរាំងដល់ការអនុវត្តគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលសម្រេចឡើងដោយរដ្ឋសភាជាតិវៀតណាម។ ដោយសារភាពជិតស្និទ្ធរបស់គេជាមួយប្រជាជនមូលដ្ឋាន ប៉ូលីសឃុំ គឺជាអ្នកដែលស័កសមបំផុតក្នុងការចរចាឲ្យមានតុលល្យភាពរវាងកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនក្នុងប្រឆាំងបទល្មើស ធានាសុវត្ថិភាព និង ការគាំទ្រយុទ្ធសាស្រ្តបង្ការជំងឺអេដស៍។ សមត្ថភាពរបស់ពួកគេក្នុងការប្រើសុភវិនិច្ឆ័យក្នុងរឿងនេះ បង្ហាញថាវាជាការបាត់បង់ឱកាសដ៏ល្អមួយប្រសិនបើយើងមិនបានផ្តល់ចំណេះដឹងអំពីផលប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មកលើបញ្ហាសន្តិសុខសាធារណៈ ក៏ដូចជា តួនាទីដ៏សំខាន់របស់ពួកគេក្នុងការជំរុញវិធានការទាំងនេះ ឲ្យប៉ូលីសឃុំបានដឹងទេនោះ។ ជាអកុសលណាស់ ដែលប៉ូលីសឃុំដែលមានឋានៈទាបក្នុងឋានានុក្រមអនុវត្តច្បាប់ ត្រូវបានគេដាក់ឲ្យនៅក្រៅពីការបណ្តុះបណ្តាល និង ការតស៊ូមតិនោះ។

ទោះបីជាការល្អដែលត្រូវបញ្ចូលយុទ្ធសាស្រ្តកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក្នុងកម្មវិធីសិក្សារបស់សាលាប៉ូលីសក៏ដោយ មានការអះអាងថា ការបណ្តុះបណ្តាលបន្តគឺជាការសំខាន់ដើម្បីពង្រឹងការប្រតិបត្តិរបស់ប៉ូលីស [25]។ ឧទាហរណ៍ បណ្ឌិតសភាប៉ូលីសខ្លះអាចនាំឲ្យមានការគាំទ្រគោលនយោបាយមួយចំនួន ដូចជា ការល្បាតតាមសហគមន៍ [25] និង ការប្រកាន់ជាតិសាសន៍ [26] ជាដើម ក៏ប៉ុន្តែឥរិយាបថទាំងនោះអាចសាបរលាបទៅវិញនៅពេលដែលប៉ូលីសចេញមកធ្វើការ ហើយបានជួបតថភាព

នៃការងារ និង ទម្លាប់របស់ប៉ូលីស។ Haarr [25] អះអាងថា ការបណ្តុះបណ្តាលផ្លូវការ ត្រូវតែបន្តដោយការបណ្តុះបណ្តាលតាមថ្នល់ អំពីយុទ្ធសាស្ត្រដែលរៀនពីថ្នាក់រៀន។ សង្កេតបែបនេះអាចសមស្របជាមួយប្រធានបទនៃការសិក្សារបស់យើង។

អ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោង អ្នកស្រាវជ្រាវ និង បុគ្គលិកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ត្រូវតែសិក្សាស្វែងយល់ឲ្យបានប្រសើរជាងនេះ អំពីការរៀបចំផ្ទៃក្នុង និង ទម្លាប់របស់ប៉ូលីស ដើម្បីស្វែងរកយុទ្ធសាស្ត្រដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុត ដើម្បីឲ្យមានការចូលរួមរបស់អ្នកអនុវត្តច្បាប់។ លទ្ធផលនៃការសិក្សានេះ បានស្នើឡើងនូវយុទ្ធសាស្ត្រមួយចំនួន តាំងពីការពង្រឹងសមត្ថភាព ដើម្បីឲ្យមានប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយផ្ទៃក្នុង រហូតដល់ការតស៊ូមតិជាមួយថ្នាក់លើ ឲ្យមានការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសថ្នាក់មូលដ្ឋាន អំពីតួនាទីរបស់ពួកគេក្នុងការជួយជំរុញ ឬ រារាំងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ប៉ុន្តែ វាជាការសំខាន់ផងដែរ ភាពមិនច្បាស់លាស់ និង ប្រទាញប្រទង់គ្នា រវាងច្បាប់គ្រឿងញៀន និង ច្បាប់អេដស៍ ត្រូវតែពិភាក្សាដោយចំហដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យច្បាស់នូវខ្លឹមសារពិតប្រាកដរបស់ច្បាប់នីមួយៗ ឲ្យប៉ូលីសមូលដ្ឋានបានដឹង។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

MJ ជាអ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង ប្រមូលទិន្នន័យ ចងក្រង និង វិភាគទិន្នន័យ រួមចំណែកក្នុងការព្រៀងអត្ថបទនេះ។ NC, MM ទទួលសុខត្រូវអភិបាលការសិក្សានេះ រៀបចំប្លង់ស្រាវជ្រាវ និង សរសេរ។ GM ជាអ្នកសម្របសម្រួល និង សរសេរ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. UNAIDS/WHO: Vietnam: Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and SexuallyTransmitted Infections. Geneva: Update; 2004.
2. Ministry of Health: National Action Plan on Harm Reduction Intervention in HIV Prevention in 2007-2010 Period. Vietnam: Ministry of Health; 2007. 34/ 2007/QD-BYT. Jardine et al. Harm Reduction Journal 2012, 9:27 Page 9 of 10 http://www.harmreductionjournal.com/9/1/27
3. Socialist Republic of Vietnam: UNGASS Report for the Declaration of Commitment on HIV and AIDS. Cited in. Report on detoxification, rehabilitation and anti-prostitution in 2009. Hanoi: Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs; 2010.
4. WHO/UNAIDS/UNICEF: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS: 2008 Update. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI; 2008.

5. National Assembly of Vietnam: Law on HIV/AIDS Prevention and Control. Vietnam: National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam; 2006. 64/ 2006/QH11.
6. WHO: Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Vietnam: An application of selected human rights principles. Manila: W. P. R. World Health Organization; 2009.
7. Ministry of Health: Detailing the Implementation of a Number of Articles of the Law on HIV/AIDS Prevention and Control. Vietnam: Ministry of Health; 2007. 108/2007/ND-CP.
8. Ministry of Health: National Strategy on HIV/AIDS Prevention and Control in Vietnam until. Vietnam: Ministry of Health; 2004. No. 36/2004/QD-TTg.
9. National Assembly of Vietnam: Law on Preventing and Combating Narcotic Drugs. Vietnam: National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam; 2000. Adopted on 9 December 2000.
10. National Assembly of Vietnam: Law Amending and Supplementing a Number of Articles of the Law on Drug Prevention and Control. Vietnam: National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam; 2008. No. 16/2008/QH12.
11. National Assembly of Vietnam: Ordinance on Handling of Administrative Violations. Vietnam: National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam; 2008. No. 04/2008/PL-UBTVQH12.
12. Strathdee SA, Hallett TB, et al: HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. Lancet 2010, 376(9737):268–284.
13. Crofts N, Costigan G, et al: "Harm reduction in Asia: a successful response to hidden epidemics". AIDS 1998, 12(suppl B):S109–S115.
14. Rhodes T, Stimson GV, et al: Rapid assessment, injecting drug use, and public health. Lancet 1999, 354(9172):65–68.
15. Maher L, Coupland H, et al: Scaling up HIV treatment, care and support for injecting drug users in Vietnam. Int J Drug Policy 2006, 18(4):296–305.
16. Hammett TM, Des Jarlais DC, et al: Development and implementation of across-border HIV prevention intervention for injection drug users in Ning Ming County (Guangxi Province), China and Lang Son Province, Vietnam. Int J Drug Policy 2003, 14(5–6):389–398.
17. Des Jarlais DC, Kling R, et al: Reducing HIV infection among new injecting drug users in the China - Vietnam Cross Border Project. AIDS 2007, 21 (Supp 8):S109–S114.
18. Ngo AD, Schmich L, et al: Qualitative evaluation of a peer-based needle syringe programme in Vietnam. Int J Drug Policy 2009, 20:179–182.

19. Chan JBL: Changing Police Culture: Policing in a multicultural society. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
20. National Assembly of Vietnam: Ordinance on Commune Police. Vietnam: National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam; 2008. No. 06/2008/ PL-UBTVQH12.
21. Hammett TM, Jarlais DD, et al: HIV prevention for injection drug users in China and Vietnam: Policy and research considerations. Glob Public Health 2007, 2(2):125–139.
22. Bourdieu P, Wacquant LJD: An Invitation to Reflexive Sociology. Chicago: The University of Chicago Press; 1992.
23. Lipsky M: Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russell Sage; 1980.
24. DiNitto DM, Cummins LK: Implementing and Evaluating Social Welfare Policy: What Happens after a Law is Passed". In Social Welfare: Politics and Public Policy. Edited by DiNitto DM. Boston: Pearson Education; 2005: 511–523.
25. Haarr RN: The making of a Community Policing Officer: the impact of basic training and occupational socialization on police recruits. Police Quarterly 2001, 4:402–433.
26. Wortley RK, Homel RJ: Police Prejudice as a Function of Training and Outgroup Contact: A Longitudinal Investigation. Law and Human Behaviour 1995, 19(3):305–317.

ករណីសិក្សា: ការព្យាបាលដោយម៉េតាដូន (MMT) នៅហាណូយ វៀតណាម

ដោយៈ

Melissa Jardine[1*] អ៊ីម៉េលៈ m.jardine@pgrad.unimelb.edu.au

Nguyen Van Anh[2] អ៊ីម៉េលៈ nguyentva@gmail.com

Khuat Thu Hong[2] អ៊ីម៉េលៈ hongisds@gmail.com

[1]Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne, 161 Barry Street, Carlton, 3010, Melbourne, Australia.

[2] Institute for Social Development Studies, Hanoi, Vietnam

សេចក្តីសង្ខេប

MMT ត្រូវបានដាក់ឲ្យអនុវត្តនៅស្រុក Tu Liem ក្រុងហាណូយ នៅខែធ្នូឆ្នាំ២០០៩។ ស្ថិតក្នុងមណ្ឌលសុខភាពឃុំ MMT បំពេញឲ្យសេវាបង្ការមរោគដស៍ផ្សេងទៀត រួមទាំងការចែកម្ជុលសឺរ៉ាំង ស្រោមអនាម័យ ការធ្វើតេស្ត និង ការផ្តល់ប្រឹក្សា និង ការអប់រំ ចំពោះអ្នកដែលប្រឈមខ្លាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ រួមទាំងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនផង។ ដំបូងឡើយ មានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនតែ១៥នាក់ប៉ុណ្ណោះត្រូវបានឲ្យទទួល MMT នៅឆ្នាំ២០០៩។ ប៉ុន្តែដល់ខែមីនាឆ្នាំ២០១២ កម្មវិធី MMT បានពង្រីកដល់២៥០នាក់។ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពសង្ឃឹមថាកម្មវិធីនេះនឹងពង្រីកបន្ថែមទៀត។

ឥទ្ធិពលនៃប៉ូលីសឃុំចំពោះការប្រើសេវា MMT

> *«ប៉ូលីសឃុំជាអ្នកដែលសំខាន់បំផុតព្រោះគេជាអ្នកតាមដាន ចម្រោះ និង ជ្រើសរើសថាអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនណាដែលត្រូវឲ្យទៅប្រើសេវា MMT»* (បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពស្រុក)

តួនាទីរបស់ប៉ូលីសឃុំ ក្នុងការអនុវត្តច្បាប់ មានលក្ខណៈប្រទាញប្រទង់ជាមួយតួនាទីក្នុងការបញ្ជូនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនទៅសេវា MMT។ ប៉ូលីសនៅវៀតណាម ត្រូវសម្រេចឲ្យបានតាមកូតាប្រចាំឆ្នាំ ក្នុងការបញ្ជូនអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ ប៉ូលីសឃុំបាននិយាយថា កាន់តែលំបាកសម្រេចបានតាមកូតានេះហើយ តាំងពីពេលមានកម្មវិធី MMT មក។ ទោះបីជាប៉ូលីសយល់ថា MMTស្ថិតនៅក្រោមការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលក៏ដោយ ប៉ូលីសឃុំមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធ ជុំវិញការប្រើសេវា MMT ដោយអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ព្រោះគេជាអ្នករៀបចំឯកសារថាអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនណាដែលអាចប្រើសេវា MMT បាន។

បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពស្រុកបានរាយការថា ប៉ូលីសឃុំជាតួអង្គសំខាន់បំផុតចំពោះកម្មវិធីព្រោះគេដើរតួដូចជា«ចម្រោះ» ក្នុងការកំណត់ថាអ្នកជាអ្នកអាចប្រើសេវាMMT បាន។ ដំណើរការចម្រោះត្រូវបានធ្វើដោយប៉ូលីសឃុំតាមរបៀបជាច្រើន។ ដំបូង ប៉ូលីសបែងចែករវាងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន «ល្អ» និង «អាក្រក់» និងចងក្រងជាបញ្ជីអ្នកដែលអាចប្រើ MMT។ ប៉ូលីសឃុំមានឥទ្ធិពលក្នុងការជ្រើសរើស ដោយដាក់ អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«ល្អ» នៅខាងដើមបញ្ជី ដែលត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាងអ្នកដទៃ។ ប៉ូលីសឃុំបង្ហាញបញ្ជីជូនទៅគណៈកម្មាធិការឃុំ (ដែលមានអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានច្រើននាក់) ដើម្បីសុំការឯកភាព (ដែលមើលទៅគ្រាន់តែជាដំណើរការប្រថាប់ត្រាតែប៉ុណ្ណោះ) មុននឹងបញ្ជូនទៅគណៈកម្មាធិការស្រុកដើម្បីបានការជ្រើសរើសចុងក្រោយ។ ដូច្នេះ ប៉ូលីសឃុំមានតួនាទីសំខាន់ណាស់ក្នុងការកំណត់ថាអ្នកណាគួរត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់សេវាMMT នៅស្រុក Tu Liem។

ប៉ូលីសឃុំក៏មានតួនាទីក្នុងការតាមដានអតិថិជនរបស់MMTផងដែរ ដោយត្រូវធានាថាពួកគេមិនប្រើគ្រឿងញៀនទៀតទេហើយ អនុវត្តតាមបញ្ញត្តិរបស់គ្លីនិក។ ការមិនធ្វើតាមបញ្ញត្តិរបស់MMTត្រូវបានប៉ូលីសឃុំបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ។

អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«ល្អ» និង «អាក្រក់»

> *«គោលការណ៍ណែនាំអំពីការជ្រើសរើសអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន មិនមានភាពច្បាស់លាស់ទេ ដូច្នេះខ្ញុំត្រូវតែមានភាពបត់បែន នៅពេលជ្រើសរើសអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ ខ្ញុំត្រូវដាក់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«ល្អ»នៅផ្នែកខាងលើនៃបញ្ជី និង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«អាក្រក់» នៅខាងក្រោមបញ្ជី»* (ប៉ូលីសឃុំ នៅស្រុក Tu Liem)

ប៉ូលីសដែលយើងបានសម្ភាសន៍បាននិយាយថា នៅពេលជ្រើសរើសអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន គេត្រូវចាត់ថ្នាក់ជាអ្នក«ល្អ» និងអ្នក«អាក្រក់»។ អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«ល្អ»គឺជាអ្នកដែល ទោះបីជាញៀនថ្នាំហើយក៏ដោយ តែមិនដែលប្រព្រឹត្តបទល្មើសដូចជាលួច ប្លន់ ឬ បង្កជម្លោះ ឬ អំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬបង្កឲ្យបាត់សណ្តាប់ធ្នាប់សង្គមឡើយ។ អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«អាក្រក់» ជាអ្នកដែលប៉ូលីដឹង ឬ សង្ស័យថាបានប្រព្រឹត្តបទល្មើសដូចដែលរៀបរាប់ខាងលើ។ ក្នុងន័យជាក់ស្តែង ការបែងចែកក្រុមទាំងពីរនេះ គឺប៉ូលីសឃុំចង់លើកទឹកចិត្តអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលមានឥរិយាបថ«ល្អ» ដោយឲ្យគេអាចទទួលបានសេវារបស់កម្មវិធី MMT រីឯអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលចាត់ទុកថា «អាក្រក់» ត្រូវបានលុបចេញ។ ពេលសួរអំពីលទ្ធភាពក្នុងការពង្រីកលទ្ធផលរបស់ MMT ដោយធ្វើអាទិភាពក្នុងចំណោម អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែល«អាក្រក់» ប៉ូលីសបានឆ្លើយថា អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន«អាក្រក់» មិនដែលផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថល្មើស ឬបង្កការរំខាននោះឡើយ ទោះបីជាក្រោយពីបានទទួលសេវា MMTហើយក៏ដោយ ដូច្នេះវិនិយោគលើការស្តារលទ្ធភាពពលកម្មចំពោះពួកនេះ គឺជាការខាតបង់អត់ប្រយោជន៍។

ផលប្រយោជន៍ផ្នែកសង្គមរបស់ MMT មានអាទិភាពលើសផលប្រយោជន៍សុខភាព

> *«មុនពេលមានMMT ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ តែងតែមានរបាយការណ៍ អំពីការលួច ប៉ុន្តែ ឥលូវស្ទើរតែគ្មានករណីដែលអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន លួច ឬ ប្លន់ពីគ្រួសារ អ្នកជិតខាង ឬ ក្នុងសហគមន៍»* (ប៉ូលីសឃុំ)

ក្នុងចំណោមអ្នកដែលយើងបានសម្ភាស អ្នកធ្វើការនៅផ្នែកសុខាភិបាល ប៉ូលីស និង អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន គ្មាននរណាម្នាក់និយាយអំពីផលប្រយោជន៍របស់MMTក្នុងការបង្ការជំងឺអេដស៍នោះទេ។ ចំនុចបីដែលឧស្សាហ៍លើកឡើងមកនិយាយនោះគឺ បង្ការបទល្មើស បន្ថយអំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ និងធ្វើឲ្យសណ្តាប់ធ្នាប់សង្គមបានប្រសើរឡើង។ អ្វីដែលគួរឲ្យចាប់អារម្មណ៍នោះគឺថា សូម្បីតែអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនខ្លួនឯងក៏បានលើកឡើងអំពីចំនុចទាំងបីនេះដែរ។ ផលប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលបានរៀបរាប់រួមមាន ការវិលត្រឡប់ទៅរកជីវិតធម្មតាវិញ រួមទាំងការងារ និងការគ្មានជម្លោះក្នុងគ្រួសារអំពីរឿងលុយកាក់ទៀត សុខភាពផ្លូវកាយ និង មានរូបរាងប្រសើរឡើង ជាពិសេស ដូរមុខ ជាពិសេសស្បែកនិង មាត់។

បញ្ហាប្រឈម

សម្ពាធដែលដាក់លើប៉ូលីសឃុំក្នុងការបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ និង MMT នាំឲ្យមានភាពមិនចុះសម្រុងគ្នាជាមួយគណៈកម្មាធិការ អំពីថាអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនណាដែលអាចបញ្ជូនទៅMMT។ ទាំងប៉ូលីស ទាំងបុគ្គលិកសុខាភិបាលបាននិយាយថាលក្ខណ្ឌក្នុងការកំណត់ថាអ្នកណាអាចប្រើMMTនោះ មានលក្ខណៈទូលំទូលាយ ដែលផ្តល់ឲ្យប៉ូលីសនូវសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចថាអ្នកណាគួរបានទទួលសេវាMMT។ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ការកំណត់ថា«ល្អ» និង «អាក្រក់» ជាការអនុវត្តបែបរើសអើង ដែលប៉ូលីសឃុំ បានប្រើដើម្បីផ្តល់ការពេញចិត្តទៅឲ្យអ្នកណាមួយ ជាជាងអ្នកផ្សេងទៀត។

> *«ខ្ញុំមិនយល់ថា អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនគួរទៅគ្លីនិកផ្ទាល់តែម្តងនោះទេ... បើគេទៅគ្លីនិកផ្ទាល់ យើងមិនដឹងថាអ្នកណាគួរទៅមណ្ឌលកែប្រែនោះទេ»* (ប៉ូលីសឃុំ)

ឥលូវនេះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនមិនអាចទៅរកសេវាMMT នៅមណ្ឌលសុខភាពដោយខ្លួនឯងនោះទេ។ ការផ្លាស់ប្តូរក្របខ័ណ្ឌច្បាប់ដើម្បីឲ្យមានការចូលទៅប្រើសេវាMMT ដោយផ្ទាល់ មានបញ្ហា។ នៅវៀតណាម អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនត្រូវចុះឈ្មោះនៅប៉ូលីសឃុំ ដែលត្រូវតាមដានឥរិយាបថរបស់ពួកគេ និង ព្យាយាមឲ្យផ្តាច់។ នៅស្រុក Tu Liem ប៉ូលីសបានចាត់ទុក MMT ថាជា «ជម្រើសមួយទៀត» និងចាត់ទុកថា ជាវិធីមួយទៀតដែលប៉ូលីសអាចប្រើសម្រាប់តាមដានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន គឺមិនបានចាត់ទុកជាប្រភេទនៃការព្យាបាលផ្នែកសុខភាពទេ ដែលមានការលំបាកក្នុងការញែកការគ្រប់គ្រងMMT ពីការតាមដានរបស់ប៉ូលីសណាស់។

បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពជឿថា បើប៉ូលីសទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីលក្ខណៈនៃការញៀនថ្នាំ ប្រហែលជាគាត់មិនសូវចាប់កំហុសកង្វះខាតនៃការធ្វើតាមបញ្ញត្តិរបស់គ្លីនិកទេ គឺថាឥលូវនេះបើប៉ូលីសចាប់បានថា មានការប្រើគ្រឿងញៀនម្តងម្កាល អ្នកនោះត្រូវបញ្ជូនទៅមណ្ឌលកែប្រែ។ ម្យ៉ាងទៀតការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីសអាចឲ្យគេយល់ថាអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលគេចាត់ទុកថា«អាក្រក់»ហើយក៏ដោយ ក៏អាចស្តារលទ្ធភាពពលកម្មបានដែរ ដែលអាចទាញប្រយោជន៍បានពីកម្មវិធី MMT។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

MJ ជាអ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង ប្រមូលទិន្នន័យ ចងក្រង និង វិភាគទិន្នន័យ រួមចំណែកក្នុងការព្រៀងអត្ថបទនេះ។ KTH, NVA ជាអ្នកសម្របសម្រួល។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ករណីសិក្សា: ការចាប់ដៃគូជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈល្អ: បទពិសោធន៍របស់កម្មវិធីជំងឺអេដស៍តំបន់(HARRP)

ដោយៈ

Mukta Sharma[1*] អ៊ីម៉េលៈ mukta.sharma8@gmail.com

Anindya Cattejee[2] អ៊ីម៉េលៈ chatterjeea@unaids.org

[1]Team Leader, Technical Support Unit, HIV/AIDS Asia Regional Program (HARRP), Bangkok, Thailand

[2]Senior Advisor, UNAIDS Regional Support Team, Johannesburg, South Africa and former Director of HARRP

សេចក្តីសង្ខេប

នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និង ការកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ មានសារៈសំខាន់ផ្នែកនយោបាយ។ ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ជាច្រើនបានចូលរួមក្នុងកិច្ចការនេះ។ យុទ្ធនាការទូទាំងប្រទេស ដូចជា «Striker-Hard» នៅចិន និង «War on Drug» នៅថៃ ទទួលបានការចាប់អារម្មណ៍យ៉ាងខ្លាំង។ ការឆ្លើយតបទៅនឹងគ្រឿងញៀននៅវៀតណាមបានផ្តោតលើការដាក់ទណ្ឌកម្ម និង វិធានការចំពោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់។ គោលនយោបាយនេះ មានភាពស្មុកស្មាញដោយសារកង្វះនូវភស្តុតាងអំពីការព្យាបាលការញៀន នៅតាមទីតាំងមួយចំនួន។ វិធានការទាំងនេះបានផ្តល់ផលវិបាកធ្ងន់ចំពោះសុខភាពសាធារណៈ ដោយបង្កឲ្យមានអត្រាឆ្លងវីរុសតាមឈាមយ៉ាងខ្ពស់ ដូចជា មេរោគអេដស៍ រលាកថ្លើម បេ និង សេ។ ផលវិបាកផ្នែកសង្គមសេដ្ឋកិច្ចត្រូវធ្លាក់ទៅលើគ្រួសារ សហគមន៍ និង រដ្ឋាភិបាល។

កម្មវិធីHARRP មានគោលបំណងបញ្ឈប់ការរាតត្បាតមេរោគអេដស៍នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និង ផ្នែកខាងត្បូងនៃប្រទេសចិន។ HARRP មាននៅប្រទេស៥ (កម្ពុជា ចិន ភូមា ឡាវ វៀតណាម) ភាគច្រើនតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និង សង្គមកិច្ច ភ្នាក់ងារជាតិត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និង ផ្នែកសន្តិសុខសាធារណៈ រួមទាំងពន្ធនាគារផង។ HARRPក៏បានពាក់ព័ន្ធជាមួយភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ និង អង្គការសង្គមស៊ីវិលមួយចំនួនរួមទាំងអង្គការនៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដើម្បីធានាឲ្យមានការចូលរួមពីពួកគេក្នុងបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់ពួកគេ។ យើងពណ៌នាអំពីបទពិសោធន៍របស់HARRP ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទ្រង់ទ្រាយធំនៅអនុតំបន់ទន្លេមេគង្គ។ HARRP តម្រង់ទិសប្រតិបត្តិការរបស់ខ្លួនក្នុងផ្នែកបីៈ គាំទ្រនិងបង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់គោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ពង្រឹងសមត្ថភាពភ្នាក់ងារជាតិសុខាភិបាល និង ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ និងគាំទ្រគោលដៅ «ការទទួលបានសេវាប្រើប្រាស់ជាសកល» ដោយបង្កើតឲ្យមានសេវាដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និង មានការគ្របដណ្តប់ទូលំទូលាយដល់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង ដៃគូរបស់ពួកគេ។

សកម្មភាពដែល HARRP ធ្វើមានលក្ខណៈទន់ភ្លន់ តែជាជំហានដែលមានសារៈសំខាន់។ ប៉ុន្តែ ត្រូវការឲ្យមានការពិភាក្សានយោបាយថ្នាក់ខ្ពស់។ ចន្លោះខ្វះខាតខាងសិទ្ធិមនុស្សដោយសារប្រតិបត្តិការបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន ក៏ត្រូវតែដោះស្រាយជាបន្ទាន់ដែរ។ យុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពសាធារណៈ ដែលគិតដល់សិទ្ធិ គួរតែទទួលបាននូវការគាំទ្រផ្នែកគោលនយោបាយ ថវិកា និង ឥទ្ធិពល។

សាវតា

HARRP មានបំណងបញ្ឈប់ការរាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និង ភាគខាងត្បូងប្រទេសចិន។ HARRP បានទទួលការគាំទ្រថវិកាពីរដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី (សហការឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋាភិបាលហូឡង់នៅវៀតណាម) ហើយជាកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលធំជាងគេ និង យូរជាងគេមួយ នៅអាស៊ី។ ដោយរក្សាការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់AusAID ចំពោះសេចក្តីថ្លែងការ ប៉ារីស និង អាក្រា HARRP ត្រូវបានអនុវត្តជាលក្ខណៈកម្មវិធី។ HARRP មាននៅប្រទេស៥ (កម្ពុជា ចិន ភូមា ឡាវ វៀតណាម) ភាគច្រើនតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាលនិងសង្គមកិច្ច ភ្នាក់ងារជាតិត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និង ផ្នែកសន្តិសុខសាធារណៈ រួមទាំងពន្ធនាគារផង។ HARRP ក៏បានពាក់ព័ន្ធជាមួយភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ និង អង្គការសង្គមស៊ីវិលមួយចំនួន រួមទាំងអង្គការនៃអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដើម្បីធានាឲ្យមានការចូលរួមពីពួកគេ ក្នុងបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់ពួកគេ។

នៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និង ការកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ មានសារៈសំខាន់ផ្នែកនយោបាយ។ យុទ្ធនាការទូទាំងប្រទេស ដូចជា «Striker-Hard» នៅចិន និង «War on Drug» នៅថៃ ទទួលបានការចាប់អារម្មណ៍យ៉ាងខ្លាំង[1]។ ការឆ្លើយតបទៅនឹងគ្រឿងញៀននៅវៀតណាម បានផ្តោតលើការដាក់ទណ្ឌកម្ម និង វិធានការចំពោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់[2]។ ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ជាច្រើន បានចូលរួមក្នុងកិច្ចការនេះ មានតាំងពីកម្លាំងសន្តិសុខព្រំដែន កងទ័ព ប៉ូលីស និង កម្លាំងពិសេសបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន។ ភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនភាគច្រើនដឹកនាំដោយឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី(កម្ពុជា វៀតណាម) ដែលបង្ហាញពីសារៈសំខាន់ជាងវិស័យសុខាភិបាល និង សង្គមកិច្ច។

ការបង្ការមេរោគអេដស៍ និង ការថែទាំជំងឺអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព តម្រូវឲ្យប្រើគោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដែលមានមនុស្សធម៌ និង មានភស្តុតាងច្បាស់លាស់។ ប៉ុន្តែ វាមិនសូវទទួលបានការគាំទ្រ ឬ ការយល់ពីសំណាក់ភ្នាក់អនុវត្តច្បាប់ឡើយ។ លក្ខណៈពិសេសមួយរបស់ប្រទេសនៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ គឺថាប្រទេសទាំងនេះ កំពុងព្យាយាមសម្រេចគោលដៅទាំងពីរៈ មួយ (ការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន) ត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសារៈសំខាន់ជាងមួយទៀត (សុខភាពសាធារណៈ)។ គោលនយោបាយនេះ មានភាពស្មុកស្មាញដោយសារកង្វះនូវភស្តុតាងអំពីការព្យាបាលការញៀន នៅតាមទីតាំងមួយចំនួន។ ការឃុំឃាំង ការបង្ខំឲ្យធ្វើការងារ ការព្យាបាលដោយបង្ខំ ជាការឆ្លើយតបដែលគេច្រើនអនុវត្ត។ ការព្យាបាលដោយបង្ខំ និង ការឃុំឃាំង ទាំងនេះផ្ទុយពីគាលការណ៍សិទ្ធិមនុស្សអន្តរជាតិ[3]។

វិធានការទាំងនេះបានផ្តល់ផលវិបាកធ្ងន់ចំពោះសុខភាពសាធារណៈ ដោយបង្កឲ្យមានអត្រាឆ្លងវីរុសតាមឈាមយ៉ាងខ្ពស់ ដូចជា មេរោគអេដស៍រលាកថ្លើម ប្រភេទបេ និង សេ[4]។ អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមានអត្រាជំងឺរបេងខ្ពស់ ប្រើហួសកម្រិត ការធ្វើអត្តឃាត និងការប៉ះទង្គិច[4]។ ផលវិបាលកផ្នែកសង្គមសេដ្ឋកិច្ចត្រូវធ្លាក់ទៅលើគ្រួសារ សហគមន៍ និង រដ្ឋាភិបាល ដោយមានបន្ទុកធ្ងន់ទៅលើប្រព័ន្ធពន្ធនាគារ ការរំលោភសិទ្ធិមនុស្ស និង ផលវិបាកនៃយុទ្ធនាការអនុវត្តច្បាប់បែបនេះ។ ឧ. ចន្លោះឆ្នាំ១៩៩៦ និង ២០០២ អ្នកជាប់ពន្ធនាគារនៅថៃបានកើនឡើង២៥០%។ ៥៣%នៃអ្នកជាប់ពន្ធនាគារនៅថៃ គឺដោយសារបទល្មើសទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន (៧០%នៅបាងកក)[5]។ នៅវៀតណាម ចំនួនមណ្ឌលព្យាបាលដោយបង្ខំដែលរដ្ឋាភិបាលឧបត្ថម្ភ បានកើនឡើង៦០% ពី៨០នៅឆ្នាំ១៩៩៥ ដល់១២៩ត្រឹមខែមិថុនាឆ្នាំ២០១០[6]។ ចំនួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលបានចុះបញ្ជីនៅវៀតណាម មានចំនួន១៤៩ ៩០០ នៅខែមិថុនាឆ្នាំ២០១១[7]។

យើងពណ៌នាបទពិសោធន៍របស់ HARRP ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ខ្នាតធំ នៅអនុតំបន់ទន្លេមេគង្គ។ ការគ្រប់គ្រង ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព និង សហប្រតិបត្តិការជាមួយផ្នែកអនុវត្តច្បាប់គឺជាការមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការអាចផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ឲ្យដល់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន នៅក្នុងបរិយាកាសនយោបាយដ៏ចង្អៀតនេះ។ យើងពណ៌នាសកម្មភាពនិងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់កម្មវិធីនៅក្នុងប្រទេសទាំង៥ ដោយប្រើការស្រាវជ្រាវឯកសារ និង ទិន្នន័យដែលប្រមូលបានពីប្រព័ន្ធតាមដានវាយតម្លៃរបស់កម្មវិធី HARRP។ យើងនឹងពិភាក្សាថាតើធ្វើយ៉ាងណាទើបគេអាចធ្វើឲ្យមានឥទ្ធិពលដោយវិជ្ជមាន ទៅលើផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ ដែលរួមមានទាំងសង្គមស៊ីវិល ដើម្បីគាំទ្រសកម្មភាពសាធារណៈដ៏មានប្រសិទ្ធិភាព។

យុទ្ធសាស្ត្រប្រើដោយHARRP

ការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ នៅក្នុងបរិយាសដ៏ប្រឈម និង ចម្រូងចម្រាសបែបនេះ ទាមទារឲ្យមានការធ្វើផែនការដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និង មានការគិតគូរជាយុទ្ធសាស្ត្រ។ ការនេះរួមមានការពិចារណាអំពីដៃគូ ក៏ដូចជាឥទ្ធិពលនិង សមត្ថភាពរបស់ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ ក្នុងការគាំទ្រការពង្រីកការឆ្លើយតបការរាតត្បាតនៃវីរុសឆ្លងតាមឈាម។

យើងបានដឹងតាំងពីដំបូងថា ត្រូវការធ្វើការនៅថ្នាក់ជាច្រើន។ HARRP តម្រង់ទិសប្រតិបត្តិការរបស់ខ្លួនក្នុងផ្នែកបីៈ គាំទ្រ និងបង្កើតបរិយាកាសអនុគ្រោះសម្រាប់គោលនយោបាយកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ពង្រឹងសមត្ថភាពភ្នាក់ងារជាតិសុខាភិបាល និង ភ្នាក់អនុវត្តច្បាប់ និងគាំទ្រគោលដៅ «ការទទួលបានសេវាប្រើប្រាស់ជាសកល» ដោយបង្កើតឲ្យមានសេវាដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និង មានការគ្របដណ្តប់ខ្ពស់ដល់អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង ដៃគូរបស់ពួកគេ។

គាំទ្របរិយាកាសអនុគ្រោះ

ការសម្រេចចិត្តដ៏សំខាន់នោះ គឺត្រូវរៀបចំកម្មវិធីយ៉ាងណាដើម្បីឲ្យមានការពិភាក្សាទៀតទាត់រវាងវិស័យត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន វិស័យសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច។ នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ជាការចាំបាច់ណាស់ ដែលត្រូវមានការចូលរួមរបស់ផ្នែក ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន សង្គមកិច្ច និងភ្នាក់បង្ការជំងឺអេដស៍ ដើម្បីឲ្យមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ និងប្រសិទ្ធិភាព (តារាង១)។

យើងបានបង្កើតគណៈកម្មការគ្រប់គ្រងមួយ នៅថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់ខេត្ត ដែលសហការដឹកនាំដោយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ (ឧ. ក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ) ក្រសួងសង្គមកិច្ច និង វិស័យសុខាភិបាល (ឧ. ក្រសួងសុខាភិបាល នាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធជំងឺឆ្លង ភ្នាក់ងារជាតិប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍)។

តារាង១. យុទ្ធសាស្ត្រឲ្យមានការចូលរួមរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់របស់HARRP

ល.រ.	យុទ្ធសាស្ត្រ	ប្រទេស
១	ដាក់កម្មវិធីក្នុងភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន និង ចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងជាដៃគូ	កម្ពុជា ឡាវ ភូមា
២	ធ្វើការជាមួយយន្តការជាតិអន្តរវិស័យ	កម្ពុជា ឡាវ
៣	ឲ្យមានការចូលរួមរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅក្នុងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី	គ្រប់ប្រទេសទាំងអស់
៤	គាំទ្រការបណ្តុះបណ្តាលទ្រង់ទ្រាយធំដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់អំពីកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់	ភូមា ចិន កម្ពុជា វៀតណាម
៥	ផ្តល់ធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងបច្ចេកទេស ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន	កម្ពុជា វៀតណាម
៦	គាំទ្រសកម្មភាពទាក់ទងជំងឺអេដស៍នៅក្នុងពន្ធនាគារ និងមណ្ឌលកែប្រែ	វៀតណាម ចិន
៧	គាំទ្រឲ្យមានទស្សនកិច្ចសិក្សារបស់មន្ត្រីជាន់ខ្ពស់ និង អ្នកនយោបាយ	កម្ពុជា វៀតណាម ឡាវ ចិន

ការឲ្យមានការចូលរួមរបស់ភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ ត្រូវបានទទួលការឧបត្ថម្ភយ៉ាងល្អ ដោយមានថវិកា បែងចែកសម្រាប់ភ្នាក់ងារដោយឡែកៗ ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ពួកគេ និង សមត្ថភាពសម្របសម្រួលដើម្បីឆ្លើយតបនឹង និងការព្យាបាលគ្រឿងញៀន។ ការនេះត្រូវបានធ្វើដោយមានដៃគូជាមួយភ្នាក់ងារសប្រជាជាតិក្នុងប្រទេស២ (UNODC, WHO)។

HARRP ក៏បានធ្វើការតស៊ូមតិជាមួយភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់នៅថ្នាក់សហគមន៍ ថ្នាក់ខេត្ត ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីដោះស្រាយគោលនយោបាយ និង ការប្រតិបត្តិផ្លូវការ និងមិនផ្លូវការ ដែលអាចរារាំងការបង្កើតកម្មវិធី (នៅឡាវ) ឬ រារាំងការពង្រីកការផ្តល់ សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ លើកកម្ពស់ទំនាក់ទំនងទ្វេភាគីរវាងអូស្ត្រាលី និង ប្រទេសអនុវត្តកម្មវិធី HARRP និងពាក់ព័ន្ធជាមួយមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់និងអ្នកនយោបាយ ជូនកាលជាឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី ក្នុងការពិភាក្សាពីគោលនយោបាយអំពីយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍និង ការប្រើគ្រឿងញៀន ត្រូវបានគេមើលឃើញថាមានសារៈសំខាន់។

កសាងសមត្ថភាពស្នូល

ចំណុចសំខាន់នោះគឺ ជួយឲ្យភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់យល់អំពីតម្រូវការឲ្យមានភាពរលូននៃគោលនយោបាយ អំពីគ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍ និង ផ្តល់ឲ្យគាត់នូវចំណេះដឹងនិងជំនាញក្នុងការគាំទ្រកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ ដើម្បីកសាងសមត្ថភាពបុគ្គលិកអនុវត្តច្បាប់ HARRP បានចាប់ដៃគូជាមួយស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាលអ្នកអនុវត្តច្បាប់។ ឧ. បណ្ឌិតសភាខេត្តយូណាន ដោយមានការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពី HARRP នៅខេត្តយូណាន បានក្លាយជាស្ថានប័នបណ្តុះបណ្តាលសំខាន់មួយសម្រាប់ប្រទេសចិន និង ប្រទេសមួយចំនួនទៀត ដូចជា កម្ពុជា ឡាវ និង ភូមា។

កម្មវិធីសិក្សាអំពីយុទ្ធសាស្រ្តកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក៏ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដែលត្រូវបានកែសម្រួលទៅតាមបរិបថ និង តម្រូវការនៃប្រទេសនីមួយៗ។ ក្នុងករណីខ្លះ (ឧ. កម្ពុជា) កម្មវិធីសិក្សានេះ ត្រូវបានឯកភាពឲ្យដាក់បញ្ចូលក្នុងកម្មវិធីសិក្សារបស់ប៉ូលីស។ នៅភូមា កម្មវិធីសិក្សានេះ គឺជាមូលដ្ឋាន នៃការបណ្តុះបណ្តាលប៉ូលីស អំពីជំងឺអេដស៍ និង គ្រឿងញៀន នៅបណ្ឌិតសភាប៉ូលីសជាតិ (Zee Pin Gyi)។ ការធ្វើតេស្តមុន និង ក្រោយបណ្តុះបណ្តាល បង្ហាញពីភាពប្រសើរឡើងនៃចំណេះដឹងទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍។ HARRP ក៏បានផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលចំនួន៦៨៤៩ដង-នាក់ នៅក្នុងស្ថាប័នបិទជិតផងដែរ។

តារាង១. ទំហំនៃការបណ្តុះបណ្តាលកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មន្រ្តីអនុវត្តច្បាប់ នៅសហគមន៍និងស្ថាប័នបិទជិត រវាងឆ្នាំ២០០៩-២០១១

ប្រភេទសិក្ខាកាម	២០០៩	២០១០	២០១១	សរុប
ចំនួនដង-នាក់បុគ្គលិកអនុវត្តច្បាប់នៅសហគមន៍ និង ស្ថាប័នបិទជិត	២១១៩	២២១៧	១៥២៥	៥៨៦១

ជួយឲ្យអ្នកអនុវត្តច្បាប់ចូលរួមគាំទ្រការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅឡាវ

នៅឆ្នាំ២០១០ អង្កេតរហ័សមួយធ្វើដោយ HARRP បានរកឃើញប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់គួរឲ្យបារម្ភនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន នៅស្រុកបួនតាមព្រំដែនវៀតណាម នៅខេត្ត Phongsaly និង Houaphan ដែលក្នុងនោះ ស្ទើរតែ ១៧%នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍[1]។ គំហើញនេះនាំទៅដល់ការពិភាក្សាថ្នាក់ជាតិដឹកនាំដោយក្រុមការងារជាតិ អំពីជំងឺអេដស៍ និងការចាក់គ្រឿងញៀន។ ក្រុមការងារនេះសហការដឹកនាំដោយ LCDC និងក្រសួងសុខភិបាល និងមានតំណាងមកពីក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ ភ្នាក់ងារសហប្រជាជាតិ និងក្រុមសង្គមស៊ីវិល។ នៅពេលដែលភស្តុតាងអន្តរជាតិយល់ថា ឡាវគួរអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ទូលំទូលាយ ឲ្យកាន់តែឆាប់កាន់តែប្រសើរ ការយល់ឃើញ និង

[1] ប្រេវ៉ាឡង់នេះក្នុងចំណោមសំណាកតូច (៤៩នាក់) ដូច្នេះមិនត្រូវចាត់ទុកជាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀននៅប្រទេសឡាវទាំងមូលនោះឡើយ

ការគាំទ្ររបស់រដ្ឋាភិបាល ចំពោះគំនិតផ្តួចផ្តើមនេះ មានលក្ខណៈចម្រុះ។ ក្រុមតំណាងវិស័យសុខាភិបាលបានគាំទ្រពេញទំហឹង LCDC និង MoPS នៅមានភាពស្ទាក់ស្ទើរ។ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់មិនមែនគ្រាន់តែជាគំនិតថ្មីមួយនៅឡាវប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាបានបង្កឲ្យមានភាពប្រទាញប្រទង់នៃភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ ដែលតែងតែធ្វើការខ្លាំងក្នុងការកាត់បន្ថយការផ្គត់ផ្គង់ និង តម្រូវការនោះ។ ក៏មានការព្រួយបារម្ភអំពីលទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅតំបន់ដាច់ស្រយាល ដែលមានប្រជាជនរាយប៉ាយ ដោយប្រើម៉ូដែលស្តង់ដារនោះ និង ការព្រួយបារម្ភអំពីកម្រិតទទួលយកយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃប្រជាជននៅជនបទ។

ជាការច្បាស់ណាស់ដែលថា ត្រូវមានព័ត៌មាន ចំណេះដឹង និង ការអះអាងថ្មីៗ ដែលថា កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ មានលក្ខណៈ សមស្របទៅនឹងបរិបថវប្បធម៌ និង នយោបាយ របស់ប្រទេសឡាវ មុននឹងសុំឲ្យភ្នាក់ងារទាំងនោះគាំទ្រគោលនយោបាយអនុគ្រោះ និងសកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ។ ព័ត៌មាន និង ការអះអាងទាំងនោះមិនគួរផ្អែកលើបទពិសោធន៍ពីប្រទេសលូតលាស់នោះទេ តែពីប្រទេសក្រីក្រ ដែលមានស្ថានភាពវប្បធម៌ សេដ្ឋកិចសង្គម ស្រដៀងគ្នា។

ក្រោយពីពិគ្រោះជាមួយរដ្ឋាភិបាលជាដៃគូ UNODC និង HARRP រួចមក មានការឯកភាពថា ជនគន្លឹះរបស់រដ្ឋាភិបាលនឹងត្រូវទៅធ្វើទស្សនកិច្ចសិក្សានៅវៀតណាម ដែលជាប្រទេសមួយដែលឡាវមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធ។

ប្រធានគណៈកម្មាធិការត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន អនុរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ អនុរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធជំងឺអេដស៍ (CHAS) សហប្រធានរបស់ក្រុមការងារជាតិ និង តំណាង UNODC ចូលរួមក្នុងប្រតិភូដែលមានគ្នា៩នាក់ ទៅទស្សនកិច្ចនៅហាណូយ និង ហាយហ្វុង ពីថ្ងៃ ២១ ដល់ ២៤ សីហា ឆ្នាំ២០១១។ នេះជាលើកទី១ហើយ ដែលទាំងអ្នកធ្វើគោលនយោបាយ និង អ្នកបច្ចេកទេស របស់ឡាវបានធ្វើទស្សនកិច្ចសិក្សាជាមួយគ្នា។

Figure 1 Photo: Ministers and delegation members from Laos PDR watch methadone dispensing for opioid-dependent individuals in Haiphong. *Courtesy:* UNODC Lao PDR.

គោលបំណងនោះគឺ ចង់សិក្សាមើលថា តើវៀតណាមដោះស្រាយបញ្ហាគ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍ដូចម្តេច និង ថាតើបញ្ហាប្រទាញប្រទង់នៃគោលនយោបាយ ត្រូវបានគេដោះស្រាយបែបណា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការផ្តល់សេវា។

ប្រតិភូបានពិភាក្សាជាមួយតំណាងក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈ ទាំងថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់ខេត្ត និងជាមួយអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល អំពីបញ្ហាគ្រឿងញៀន ជំងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់។ គេបានសង្កេតមើលពីភាពបត់បែន និង ការសម្របសម្រួលរវាងភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ និង ផ្នែកសុខាភិបាល ដើម្បីបង្កឱកាសឲ្យអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនអាចទទួលសេវាព្យាបាល និង ថែទាំ និង បង្ការ ជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសគឺ MMT និង NSP។

បន្ទាប់ពីទស្សនកិច្ចសិក្សានោះមក ឡាវបានយល់ព្រមសាកល្បងកម្មវិធីស្រដៀងគ្នានេះ នៅខេត្តពីរនៅភាគឥសាន គឺ Houaphan និង Phongsaly ទោះបីជាត្រូវសម្របសម្រួល នូវលក្ខណៈលំអិត និង ម៉ូដែលនៃការផ្តល់សេវា ពាក្យពេចន៍ដែលប្រើសម្រាប់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ និង កម្មវិធីNSP ឲ្យស្របជាមួយស្ថានភាពនៅនឹងកន្លែងក៏ដោយ។ ឥលូវនេះយើងកំពុងរៀបចំផែនការចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវា។

គាំទ្រសមាគមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនឲ្យទាក់ទាញអ្នកអនុវត្តច្បាប់ឲ្យកែលំអគោលនយោបាយ

ក្រសួងសន្តិសុខសាធារណៈនៅចិន បានបង្កើតប្រព័ន្ធតាមដានសកម្មមួយ (DSS) ផ្តោតលើអ្នកដែលមានប្រវត្តិប្រព្រឹត្តបទល្មើស នៅឆ្នាំ២០០៦។ អ្នកធ្លាប់ប្រើគ្រឿងញៀន៦៨០០០នាក់ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុង DSS រហូតមកទល់ឆ្នាំ២០១០។ DSS អនុញ្ញាតឲ្យមានទិន្នន័យចូល តែគ្មានចេញទេ ហើយភ្នាក់ងារសន្តិសុខសាធារណៈថ្នាក់មូលដ្ឋាន មិនមានសិទ្ធិកែប្រែទិន្នន័យក្នុង DSS ទេ។ DSS មានឥទ្ធិពលទៅលើជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់អតីតអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន៦៨ ០០០នាក់ ព្រោះថា ប៉ូលីសអាចសាកសួរ ឬឲ្យគេធ្វើតេស្តទឹកនោម នៅពេលដែលគេព្យាយាមប្រើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់គេ នៅកន្លែងផ្សេងៗ ដូចជាជួលផ្ទះ ឬ ចង់រកសាលាឲ្យកូនគេរៀនជាដើម។ បុគ្គលិកកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៅខេត្តយូណាន និយាយថា ការចុះបញ្ជីអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនមានការលំបាកណាស់ តាំងពីមានឥទ្ធិពលនៃប្រព័ន្ធតាមដាននេះមក។ HARRP បានគាំទ្របណ្តាញកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ខេត្តយូណាន ក្នុងការប្រមូលភស្តុតាងអំពីផលប៉ះពាល់នៃគោលនយោបាយនេះ- គាំទ្រការរៀបចំប្លង់ស្រាវជ្រាវ បង្កើតឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ និងជួយវិភាគទិន្នន័យ សរសេររបាយការណ៍ រៀបចំ និង ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពតស៊ូមតិ។ ការស្រាវជ្រាវផ្តោតលើអតីតអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលលែងប្រើ ឬ ដែលទទួលកម្មវិធី MMT រយៈពេល៣ទៅ៥ឆ្នាំ និងរួមបញ្ចូលសមាជិកគ្រួសារគេ សមាជិកសហគមន៍ និងប៉ូលីសមូលដ្ឋាន។ ព័ត៌មានត្រូវបានប្រមូលតាមរយៈអង្កេត (N=200) និងសម្ភាសន៍ស៊ីជម្រៅចំនួន១៧ នៅស្រុក២និងឃុំ៧ក្នុងខេត្តYunan និង Guangxi។

លទ្ធផលនៃការស្រាវជ្រាវបានបង្ហាញថា អតីតអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនត្រូវបានគេ ធ្វើទុក្ខបុកម្នេញ នៅពេលដែលគេទៅជួលសណ្ឋាគារ (៩២.៩%) ដាក់ពាក្យនៅកន្លែងណាមួយ (៨៨.៤%) ធ្វើដំណើរ (៩៥.៩%) និង ជួលផ្ទះ (១៤.៥%)។ DSS មានផលប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជានដល់ការងារ ជីវិត គ្រួសារ អាពាហ៍ពិពាហ៍ និង សុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់ពួកគេ ហើយបន្តរើសអើងគេ។ DSS ក៏មានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជានដល់អារម្មណ៍របស់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀនរាប់ពាន់នាក់ ដែលកំពុងប្រើ MMT រាប់ឆ្នាំ

ហើយតែគេនៅតែចាត់ទុកថាជាអ្នកប្រព្រឹត្តល្មើសដដែល។ ការស្រាវជ្រាវបានរកឃើញដែរថា អ្នកអនុវត្តច្បាប់បានចំណាយធនធាន និងពេលវេលាច្រើនក្នុងការអនុវត្ត DSS។

ការតស៊ូមតិដើម្បីឲ្យមានការកែប្រែគោលនយោបាយនេះ ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយរួមដៃគូជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលចំនួន៨។ លទ្ធផលត្រូវបានបង្ហាញនៅវេទិកាផ្សេងៗ នៅថ្នាក់ខេត្ត និង ថ្នាក់ជាតិ និង ចែករំលែកជាមួយអ្នកនាំពាក្យគន្លឹះៗនៅក្នុងការិយាល័យប្រឆាំងគ្រឿងញៀនខេត្ត ការិយាល័យប្រឆាំងគ្រឿងញៀនជាតិ និង សារព័ត៌មាន។ មានការសម្រេចចិត្តកាលពីខែធ្នូឆ្នាំ២០១០ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរបញ្ញត្តិអំពីគ្រឿងញៀន ហើយអតីតអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនទាំង៦៨ ០០០នាក់ត្រូវបានលុបចេញពីបញ្ជីរបស់ប្រព័ន្ធDSS.។ នៅថ្ងៃទី២២ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១១ ច្បាប់ត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀនថ្មីត្រូវបានអនុម័ត។ មាត្រា៧ចែងយ៉ាងច្បាស់ថា អតីតអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលលែងប្រើទៀត ឬកំពុងប្រើ MMT បាន៣ឆ្នាំឬលើស មិនស្ថិតនៅក្រោមការឃ្លាំមើលនៃប្រព័ន្ធ DSS ទៀតទេ។

ផ្តល់សេវាដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និងទូលំទូលាយ

សម្រេចបានការពង្រីកសេវា

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៩មក ម្ជុលសឺរ៉ាំងចំនួន ១៣ ៥៩២ ៤៧៥ និង ស្រោមអនាម័យចំនួន ២ ៦៥១ ៤៩២ ត្រូវបានចែកចាយតាមរយៈកម្មវិធី HARRP នៅតាមបណ្តាប្រទេស។ មានការកើនឡើង៣០%នៃចំនួនអ្នកប្រើគ្រឿងញៀនដែលបានទទួលសេវា ទោះបីជាមានបរិយាកាសនយោបាយលំបាកក៏ដោយ ហើយចំនួនទីតាំងដែលផ្តល់កម្មវិធី NSP បានកើនពី១១ នៅឆ្នាំ២០០៨ ដល់ ៨២ នៅឆ្នាំ២០១២។ គ្រាន់តែនៅឆមាសទីពីរឆ្នាំ២០១១ HARRP បានផ្តល់សេវាកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ដល់បុគ្គលចំនួន ២១ ៦០៦នាក់ (១៧ ៤១៧ IUDs និង ៤១៨៩នាក់ ជាnon-IUDs)។ HARRP នៅកម្ពុជា បានបង្កើតកម្មវិធី MMT ដំបូងគេនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀតនៅខែកក្កដាឆ្នាំ២០១០។ NACD និង ឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រីបានគាំទ្រដល់គំនិតផ្តួចផ្តើមនេះយ៉ាងខ្លាំង។ អន្តរាគមន៍នេះត្រូវបានគេវាយតម្លៃពេលថ្មីៗនេះថាមានប្រសិទ្ធិភាព និងមានផែនការពង្រីក MTTទៅកន្លែងផ្សេងទៀតនៅកម្ពុជា។

ជោគជ័យនេះ អាចនិយាយបានថាបណ្តាលមួយផ្នែកមកពី ការពិភាក្សាអន្តរវិស័យនិងការយល់ឃើញរួមគ្នាអំពីបញ្ហាជាក់ស្តែងនៅនឹងកន្លែង ដូចជាការប្រតិបត្តិនៃការអនុវត្តច្បាប់ ដែលរំខានដល់ការផ្តល់សេវា កិច្ចព្រមព្រៀងមិនចាប់ខ្លួនបុគ្គលិកដែលចុះបម្រើសេវា និងមិនចាត់ទុកមណ្ឌល ថាជាកន្លែងមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន។

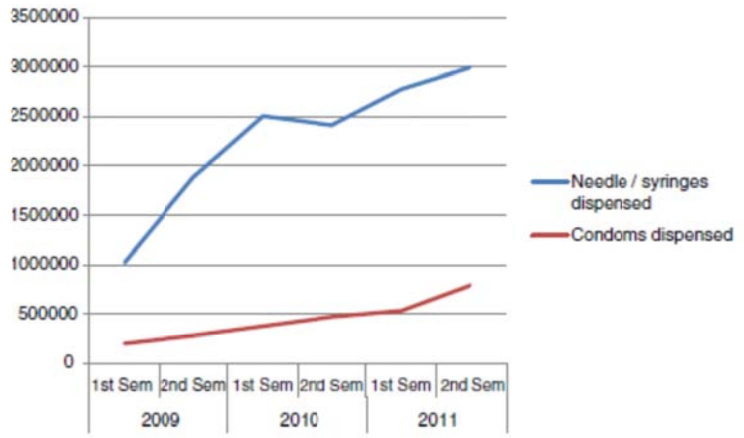

Figure 2 Needle/syringes and condoms dispensed through HAARP service sites between January 2009 and December 2011.

រូប១. ម្ជុលសឺរ៉ាំង និង ស្រោមអនាម័យដែលចែកតាមរយៈHARRP ចន្លោះខែមករាឆ្នាំ២០០៩ និង ខែធ្នូឆ្នាំ២០១១

បញ្ហាប្រឈម

ភាពមិនរលូននៃគោលនយោបាយគ្រឿងញៀន និង ជំងឺអេដស៍នៅតែជារឿងដែលមិនទាន់ដោះស្រាយចប់នៅក្នុងតំបន់។ នៅពេលដែលការផ្តល់សេវាត្រូវបានពង្រីកនៅតាមប្រទេសមួយចំនួនដែលមានកិច្ចសហការ ជាមួយHARRP ជាពិសេសនៅពេលដែលអ្នកដឹកនាំបានគាំទ្រយុទ្ធសាស្រ្តនេះ កម្លាំងនៃគោលនយោបាយគ្រឿងញៀនក្នុងគោលបំណងបង្កើតកន្លែង « គ្មានគ្រឿងញៀន» នៅតែរាំងដល់វឌ្ឍនភាពពិតប្រាកដ។ គោលនយោបាយ មានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានមកលើការអនុវត្តកម្មវិធីនៅកន្លែងខ្លះ ដូចជានៅកម្ពុជា។ ការបង្កើនយុទ្ធនាការអនុវត្តច្បាប់ ប្រឆាំងអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន ដែលជាផែនការប្រកួតប្រជែងរបស់ឃុំ ដែលបានដាក់ឲ្យអនុវត្តនៅឆ្នាំ២០០៨ និង គោលនយោបាយភូមិឃុំមានសុវត្ថិភាព ដែលចូលជាធរមាននៅឆ្នាំ២០១០ គឺខ្ទាស់គ្នាដោយផ្ទាល់ជាមួយយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់បង្ការជំងឺអេដស៍។ NACD មិនបានចេញអាជ្ញាបត្រថ្មីឲ្យកម្មវិធី NSPទេ តាំងពីឆ្នាំ២០០៥មក។ ការនេះបានកម្រិតចំនួនភ្នាក់ងារដែលអាចអនុវត្តកម្មវិធីនេះបាននៅតាមសហគមន៍ ហើយការនេះនាំទៅដល់ការដែលមិនអាចពង្រីកសេវានេះបាន។

ជំហានបន្ទាប់

តម្រូវឲ្យមានការពិភាក្សាថ្នាក់គោលនយោបាយជាន់ខ្ពស់ជាងអ្វីដែលមានសព្វថ្ងៃដើម្បីឲ្យដឹងពីតម្លៃ និងផលវិបាកនៃជម្រើសគោលនយោបាយ។ ចន្លោះខ្វះខាតបច្ចុប្បន្នអំពីស្តង់ដារសិទ្ធិមនុស្សក្នុងការប្រតិបត្តិត្រួតពិនិត្យគ្រឿងញៀន ក៏ត្រូវលុបបំបាត់ជាបន្ទាន់ដែរ។ យុទ្ធសាស្រ្តសុខភាពសាធារណៈដែលផ្អែកលើសិទ្ធិ គួរតែត្រូវបានទទួលការគាំទ្រផ្នែកគោលនយោបាយ ថវិកា និង ឥទ្ធិពល ដែលយើងរង់ចាំយូរមកហើយ។ សកម្មភាពដែលHARRPគាំទ្រ មានលក្ខណៈទន់ភ្លន់ តែជាជំហានសំខាន់ក្នុងទិសដៅនេះហើយ។

ជម្លោះផលប្រយោជន៍

អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានប្រកាសថាខ្លួនគ្មានជម្លោះផលប្រយោជន៍ណាមួយឡើយ។

ការរួមចំណែករបស់អ្នកនិពន្ធ

MS, AC ជាអ្នករៀបរៀងអត្ថបទនេះ។ MS ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការកែសម្រួលចុងក្រោយ។ អ្នកនិពន្ធទាំងអស់បានអាន និង ឯកភាពលើអត្ថបទនេះ។

ឯកសារយោង

1. Open Society Institute: At what cost? HIV and human rights consequences of the global “war on drugs”. New York: International Harm Reduction Development Program, Public Health Program, Open Society Institute; 2009.
2. Hammett TM, Wu Z, Duc TT, Stephens D, Sullivan S, Liu W, et al: “Social evils” and harm reduction: the evolving policy environment for human immunodeficiency virus prevention among injection drug users in China and Vietnam. Addiction 2008, 2008(103):137–145.
3. HAARP: Law and Policy Review, September 2011 Revision. Canberra: Commonwealth of Australia; 2011.
4. Degenhardt L, Hall W: Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet 2012, 379:55–70.
5. Phongpaichit P: Drug policy in Thailand. In Proceedings of the 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 23–25 October 2003. Available at: www.senliscouncil.net/modules/events/lisbon/lisbon_materials/05_phongpaichit.
6. Vuong T, Ali R, Baldwin S, Mills S: Drug policy in Vietnam: a decade of change? Int J Drug Policy 2011. doi:10.1016/j.drugpo.2011.11.005.
7. Ministry of Public Security (Viet Nam): Review of illicit drug control activities of the first 6 months of 2011. Hanoi: Government of Viet Nam, Ministry of Public Security; 2011.

កថាវសានៈ នគរបាល ការល្បាត និង ជំងឺអេដស៍៖ ដៃគូ និង ទម្រង់ថ្មី

អ្នកនិពន្ធ៖

វេជ្ជ. គ្រីស ប៊ែយរើ

នាយកមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈនិងសិទ្ធិមនុស្ស

សកលវិទ្យាល័យ ចនស៍ ហប់គីនស៍

ស្នាដៃសំខាន់ក្នុងច្បាប់បោះពុម្ពលេខនេះបានបង្ហាញប្រាប់យើងនូវការពិតដ៏មានអានុភាពមួយចំនួន។ គេបានដឹងច្បាស់ជាយូរមកហើយថា ការអនុវត្តច្បាប់មានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការការពារសុខភាពរបស់សាធារណជន និងថាស្ថាប័នអនុវត្តច្បាប់មានកង្វល់យ៉ាងដ៏ត្រឹមត្រូវចំពោះសុវត្ថិភាព សន្តិសុខ និង ការការពារសាធារណជន។ គេក៏បានដឹងច្បាស់ដែរថា តួនាទីទាំងនេះបាននាំទៅដល់ការឆ្លើយតបជាច្រើនបែបចំពោះការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននិងអ្នកប្រប្រាស់គ្រឿងញៀន ហើយការឆ្លងតបទាំងនោះជួនផ្តល់ផលមិនល្អ ជួនផ្តល់ផលល្អ។ ប៉ុន្តែនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនិងឯកសារគោលនយោបាយដែលចងក្រងដោយលោក និក ក្រូហ្វត៍ និង នីកូឡាស ថមសុន ព្រមទាំងសហការីនៅទីនេះ ទម្រង់ថ្មីមួយបានលេចឡើងដែលអាចមានឥទ្ធិពលទៅលើគោលដៅរួមជាគន្លឹះនានា។ ក្រុមអ្នកនិយមកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ចង់ឃើញការធ្លាក់ចុះនៃផលវិបាកផ្នែកសុខភាពនិងសង្គមដែលបង្កដោយការប្រើសប្រាស់គ្រឿងញៀន ដែលរួមមានការធ្លាក់ចុះនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីដែលជាគន្លឹះសំខាន់នៃទិសដៅនៃការរាតត្បាតមេរោគអេដស៍ក្នុងពិភពលោក។ អ្នកអនុវត្តច្បាប់ចង់ឃើញការធ្លាក់ចុះនូវបទល្មើស អសន្តិសុខ និងចង់ឃើញការភាពប្រសើរឡើងនៃសុវត្ថិភាពសាធារណៈ។ ក្រុមទាំងពីរនេះ ហើយបើនិយាយឲ្យទូលំទូលាយទៀត គឺសង្គមទាំងមូល ចង់ឃើញការធ្លាក់ចុះនូវការឃុំឃាំង ការដាក់គុក និងការបំផ្លាញដោយមិនចាំបាច់ដល់ជីវិតរបស់យុវជន ដែលបង្កដោយការឃុំឃាំងចំពោះអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ ទម្រង់ថ្មីបានបង្ហាញថា គោលដៅទាំងនេះមិនប្រឆាំងគ្នានោះទេ តែតាមពិតទៅវាជួយបំពេញគ្នាទៅវិញទៅមកប្រកបដោយអនុភាព។ តាមរបៀបណា?

តាមរយៈការប្រមើលមើលឡើងវិញនូវតួនាទីរបស់ការអនុវត្តច្បាប់ក្នុងការទ្រទ្រង់កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ការព្យាបាលការប្រើគ្រឿងញៀនតាមវិធីដែលមានភស្តុតាងត្រឹមត្រូវ និង ការការពារសិទ្ធិមនុស្សរបស់ពលរដ្ឋទូទៅ គោលដៅនៃការបង្ការជំងឺនិងសុវត្ថិភាពសាធារណៈ អាចទទួលបានទាំងពីរ។ កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់គឺជាឧបករណ៍មូលដ្ឋានដ៏មានអានុភាពសម្រាប់ការបង្ការជំងឺ សុវត្ថិភាពសាធារណៈ និង ការទទួលបាននូវសេវាព្យាបាលចំពោះអ្នកដែលចង់និងត្រូវការ។ ការចាប់ដៃគូជាមួយអ្នកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងសម្ព័ន្ធយុទ្ធសាស្រ្តថ្មីមួយអាចផ្តល់អនុភាពដល់អាជ្ញាធរសុខភាពសាធារណៈ និងអនុញ្ញាតឲ្យសម្លេងនឹងកង្វល់របស់អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនត្រូវបានគេឮនៅក្នុងការពិភាក្សាដែលពាក់ព័ន្ធដល់ជីវិតនិងសេចក្តីត្រូវការរបស់ពួកគេ។ ដូចដែលលោកសាស្រ្តាចារ្យ និក ក្រូសត៍ បានបញ្ជាក់ស្រាប់ ការជជែករវាងនគរបាលជាមួយនគរបាលអាចជំហានក្នុងដំណើរការនៃការបង្វែរពីការប្រឆាំងជាមួយកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ទៅជាការទទួលយកនូវគោលការណ៍នៃការចូលរួម គោលគំនិតផ្តោតលើសុខភាព និង ការណ៍និយម។

តើអ្វីដែលត្រូវតទៅធ្វើទៀត? ដូចដែលរបាយការនេះបានបង្ហាញ ការបន្តយកការឃុំឃាំង ជាពិសេសសទម្រង់ថ្មីនៃករណីឃុំឃាំងរដ្ឋបាល ដោយគ្មានការជំនុំជំរះចំពោះអ្នកប្រើគ្រឿងញៀននៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍និងនៅប្រទេសចិន បានស្តែងចេញជាការគម្រាមកំហែងជាក់ស្តែងចំពោះសុខភាពនិងសុខមាលភាពរបស់អ្នកដែលប្រើគ្រឿងញៀន ឬចំពោះអ្នកដែលទទួលការឃុំឃាំងដោយសារការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ ទីតាំងទាំងនេះនៅតែបន្តពង្រីកទៅដល់ប្រទេសជាច្រើនទៀត ហើយបន្តទទួលយកប្រយោជន៍ពីការងាររបស់អ្នកជាប់ឃុំឃាំងដោយគ្មានការបង់ថ្លៃ។ ការឆ្លើយតបចំពោះការប្រើគ្រឿងញៀនតាមវិធីនេះ ជាការរំលោភដល់គោលការសុខភាពសាធារណៈ និងសិទ្ធិមនុស្ស ហើយនាំខូចដល់តួនាទីរបស់ការអនុវត្តច្បាប់ បង្កើតឲ្យមានប្រព័ន្ធបន្ថែម នៅក្រោមមូលដ្ឋានច្បាប់ដែលមិនច្បាស់លាស់ ហើយច្រើនតែនៅក្រៅការឃ្លាំមើលរបស់តុលាការនិងប្រព័ន្ធច្បាប់។ នេះជាគោលនយោបាយសាធារណៈមិនល្អ សុខភាពសាធារណៈមិនល្អ និងគម្រាមកំហែងដល់ដំណើររីកចម្រើនទៅមុខដ៏ល្អនៃការអនុវត្តការល្បាតដែលបានចងក្រងនៅទីនេះ។

យើងអាចធ្វើបានប្រសើរជាងនេះ។ ភស្តុតាងបានបង្ហាញថា រដ្ឋនិងប្រទេសជាច្រើន កំពុងតែធ្វើបានល្អជាងនេះ។ ប្រធានបទនៃសន្និសីទអន្តរជាតិលើកទី១៩ស្តីពីជំងឺអេដស៍នៅខែកក្កដាឆ្នាំ២០១២គឺ «រួមគ្នាប្តូរទិសជំនោរ»។ ប្រធានបទនេះព្យាយាមចាប់យកនូវសុទិដ្ឋិនិយមថ្មីដែលថាគេអាចសម្រេចបាននូវ «ជំនាន់ដែលគ្មានជំងឺអេដស៍»ដោយប្រើប្រាស់នូវឧបករណ៍ និងគោលនយោបាយថ្មីដែលយើងត្រូវប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែសុទិដ្ឋិនិយមនេះត្រូវបានបង្អាក់ដោយកង្វល់ជាក់ស្តែងដែលថាមេរោគអេដស៍នៅតែបន្តរីករាលដាលនៅក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនគន្លឹះមួយចំនួន ដែលមានភស្តុតាងជាច្រើនបង្ហាញថាគេអាចបង្ការការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍បានស្ទើរតែទាំងស្រុងដោយប្រើកញ្ចប់សេវា ដែលរួមមាន កម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ ការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ និង ការផ្តល់ថ្នាំពន្យារជីវិតដល់អ្នកដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចយកឈ្នះវាបានទេបើគ្មានការចូលរួមពីអ្នកអនុវត្តច្បាប់ក្នុងនាមជាដៃគូក្នុងការប្រឹងប្រែងប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នេះ។ តាមរយៈទម្រង់ថ្មីដែលបានបង្ហាញទីនេះ យើងអាចឈ្នះការតស៊ូនេះ ហើយជំនាន់ដែលគ្មានជំងឺអេដស៍ក៏ប្រហែលជាអាចសម្រេចបានដែរ។ នេះអាចជាសមិទ្ធិផលដ៏ធំធេងសម្រាប់អ្នកដែលប្រឹងប្រែងធ្វើការងារនេះ សុខភាពសាធារណៈ សហគមន៍ដែលរងគ្រោះ និង អ្នកអនុវត្តច្បាប់។ នេះជាផ្នែក«រួមគ្នា»នៃប្រធានបទជំងឺអេដស៍ឆ្នាំ២០១២ ហើយអ្នកមាននៅក្នុងដៃរបស់អ្នកផ្នែកនៃផែនការសម្រាប់បង្ហាញផ្លូវឆ្ពោះទៅមុខ។