**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**

**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

**មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក**

**កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ**

# យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០

ភ្នំពេញ

ខែ ឧសភា ឆ្នាំ ២០១៧

# អារម្ភកថា

ក្នុងរយៈពេលបួនឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា មានវឌ្ឍនភាពយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរ ឡើងនូវសុខភាពនិងសុទ្ធិបន្តពូជរបស់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យនៅក្នុងប្រទេសនេះ។ កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក សម្រេចបានគោលដៅបួនក្នុងចំណោមគោលដៅទាំងប្រាំរបស់ខ្លួន និងជិតពាក់កណ្ដាលនៃលទ្ធផលរំពឹងទុក និងគោលបំណងនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៣ ដល់ ២០១៦។

ទោះបីជាមានវឌ្ឍនភាពល្អបែបនេះក្តី នៅមានការងារជាច្រើនទៀតដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើយើងចង់សម្រេចឱ្យបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពឆ្នាំ២០៣០។ ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅទាំងនេះ កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ត្រូវកសាងបន្តពីអ្វីដែលមានដំណើរល្អកន្លងមក ដោះស្រាយបញ្ហាដែលនៅសេសសល់ និងកង្វះខាតផ្នែកសមធម៌ ព្រមទាំងកែលម្អគុណភាព និងការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទទាំងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន។ យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទជំហានទីបី ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ នឹងណែនាំដល់ការងារនេះ ព្រមទាំងធានាថាប្រជាជនទាំងអស់ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីស្ថានភាព និងសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជ។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ៣០ ខែ ឧសភា ឆ្នាំ២០១៧

សាស្ត្រាចារ្យ អេង ហួត

រដ្ឋលេខាធិការ

# សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

កម្មវិធីជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក សូមថ្លែងអំណរគុណដល់ភាគីពាក់ព័ន្ធដែលបានរួមចំណែកដ៏មានតម្លៃដល់ការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ជំហានទីបី ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០។ យើងសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះការប្តេជ្ញាចិត្ត និងការចូលរួមយ៉ាងខ្លាំងក្លារបស់មន្ត្រីរាជការ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នៅក្នុងដំណើរការនេះ និងសូមថ្លែងអំណរគុណដល់អ្នកទាំងអស់គ្នាដែលបានផ្តល់ជាគំនិតនិងអនុសាសន៍ដល់ការងារនេះ។

យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីសុខភាពមាតានិងទារក ដែលបានផ្តល់នូវធាតុចូលសំខាន់ៗ និងអរគុណដល់មន្ត្រីកម្មវិធីថ្នាក់ជាតិដែលពាក់ពន្ធ័ ដៃគូអភិវឌ្ឍ និងអង្គការនានាខាងក្រោម ដូចជាកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដសន៍ពីម្តាយទៅកូន កម្មវិធីជាតិអាហារូបត្ថម្ភ កម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការ, UNFPA, WHO, USAID, DFAT, GIZ, MSI/C, PSI/PSK, RHAC, URC, SCA, CARE, KOFIH, SPF, RACHA. សូមអរគុណការចូលរួមផ្តល់យោបល់និងអនុសាសន៍របស់លោក លោកស្រី ហើយយើងទន្ទឹងចាំឱកាសសហការយ៉ាងជិតស្និទជាមួយលោក លោកស្រីដើម្បីធ្វើឱ្យការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ ក្លាយជាការពិត។

យើងសូមថ្លែងអំណរគុណដ៏ស្មោះស្ម័គ្រដល់អង្គការ UNFPA ដែលបានផ្តល់ជំនួយទាំងបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុដល់ការអភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ២០០៦–២០១០, ២០១៣ – ២០១៦ និង ២០១៧–២០២០ និងសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ UNFPA, GIZ និង WHO/KOFIH ដែលបានគាំទ្រដល់សិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ និងការបោះពុម្ពឯកសារយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីនេះ។ យើងសូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរដល់លោកស្រី Alice Levisay ដែលបានជួយក្នុងការរៀបចំឯកសារយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីនេះ និងលោក Anderson Stanciole, ទីប្រឹក្សាសេដ្ឋកិច្ចសុខាភិបាល នៃអង្គការ UNFPA ប្រចាំតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក ចំពោះការគណនាតម្លៃនិងផ្ទៀងផ្ទាត់ចំពោះយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០។

# អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់

| | |
|---|---|
| AFRSH | សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពជាមួយយុវវ័យ |
| ANC | ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល |
| ART | ការព្យាបាលដោយឱសថពន្យារជីវិត |
| BCC | ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង |
| BEmONC | ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន |
| CAC | ការថែទាំការរំលូតគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ |
| CBD | អ្នកចែកចាយនៅសហគមន៍ |
| CCMN | ការថែទាំម្តាយនិងទារកទើបនឹងកើតនៅសហគមន៍ |
| CEmONC | ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតកម្រិតខ្ពស់ |
| CHW | បុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅសហគមន៍ |
| CIP | ផែនការវិនិយោគឃុំ |
| CPR | អត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប |
| CDHS | ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា |
| EmONC | ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត |
| EPOS | ក្រុមហ៊ុនគ្រប់គ្រងសុខភាព EPOS Health Management |
| FP | ផែនការគ្រួសារ/ការពន្យារកំណើត |
| FTIRM | ផែនទីបង្ហាញផ្លូវពន្លឿនការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតានិងទារក |
| GBV | អំពើហិង្សាពាក់ព័ន្ធនឹងយេនឌ័រ |
| HC | មណ្ឌលសុខភាព |
| HCMC | គណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព |
| HIV | វីរុសដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់មនុស្សចុះខ្សោយ |
| HKI | Hellen Keller International |
| HMIS | ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងសុខភាព |
| HPV | Human Papilloma Virus |
| HRD | នាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស |
| LAPM | វិធីពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង អចិន្ត្រៃយ៍ |

| | |
|---|---|
| LMIS | ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងភ័ស្តុភារ |
| MCAT | ក្រុមសម្របសម្រួលនិងសម្ព័ន្ធធ្មប |
| MDSR | ការតាមដាននិងឆ្លើយតបមរណភាពមាតា |
| MgSO4 | ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត |
| MMR | អត្រាមរណភាពមាតា |
| MoH | ក្រសួងសុខាភិបាល |
| NE | ភាគឦសាន |
| NGO | អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល |
| NRHP | កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ |
| NMCHC | មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតារ និងទារក |
| NSDP | ផែនការជាតិអភិវឌ្ឍន៍សង្គមសេដ្ឋកិច្ច |
| NSSF | បេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម |
| OD | ស្រុកប្រតិបត្តិ |
| PLW | ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងបំបៅដោះកូន |
| PMTCT | ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន |
| RGC | រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា |
| RSH | សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ |
| RMNH | សុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក |
| PNC | ការថែទាំក្រោយសម្រាល |
| PPH | ការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាលកូន |
| SBA | ការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ |
| SCA | Save the Children Australia |
| SE | អាគ្នេយ៍ |
| SPF | មូលនិធិស្តារឡោត |
| UBC | សកលវិទ្យាប្រ៊ីតធីស កូឡុំបៀ (British Columbia) |
| UHS | សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល |
| UN | អង្គការសហប្រជាជាតិ |
| UNFPA | មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់សកម្មភាពប្រជាជន |

| | |
|---|---|
| URC | សាជីវកម្មស្រាវជ្រាវសកលវិទ្យាល័យ |
| USAID | ទីភ្នាក់ងារអាមេរិកសម្រាប់កិច្ចអភិវឌ្ឍអន្តរជាតិ |
| VAW | អំពើហិង្សាលើស្ត្រី |
| VHSG | ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ |
| VIA | ការពិនិត្យមើលមាត់ស្បូនដោយអាស៊ីតអាសេទិក |
| WHO | អង្គការសុខភាពពិភពលោក |

# មាតិកា

**អារម្ភកថា** ........ ii

**សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ** ........ iii

**អក្សរកាត់ និងពាក្យកាត់** ........ iv

**បរិបទ** ........ 1

បទដ្ឋាន និងនិយាមសកលលោក ........ 1

វិធីសាស្ត្រ ........ 2

វឌ្ឍនភាពរហូតដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន ........ 2

**យុទ្ធសាស្ត្រ** ........ 3

គោលដៅ ........ 4

គោលបំណងទីមួយ៖ ........ 4

ពង្រឹងព័ត៌មាននិងសេវាផែនការគ្រួសារ ........ 4

សនិទានភាព ........ 4

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 5

ពង្រឹងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ........ 9

សនិទានភាព ........ 9

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 10

បង្កើនការធ្វើតេស្តរក និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ និងស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ........ 11

សនិទានភាព ........ 11

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 11

ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល និងការសម្រាល ........ 13

សនិទានភាព ........ 13

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 14

បង្កើនការគ្របដណ្តប់ EmONC ........ 16

សនិទានភាព ........ 16

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 17

ពង្រឹងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល ........ 19

សនិទានភាព ........ 19

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 20

ពង្រឹងសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ........ 21

សនិទានភាព ........ 21

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 22

ពង្រឹងការផ្តល់ព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពសម្រាប់យុវវ័យ ........ 24

សនិទានភាព ........ 24

អន្តារគមន៍គន្លឹះ ........ 25

ពង្រឹងសេវារោគស្ត្រី ........ 27

សនិទានភាព ........ 27

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 28

ពង្រឹងសេវាសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងអំពើហិង្សាលើស្ត្រី(GBV/VAW) ........ 29

សនិទានភាព ........ 29

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ........ 31

គោលបំណងទីពីរ ........ 31

ពង្រីកប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម រួមបញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដែលគ្របដណ្តប់កញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ..... 32
សមិទ្ធផល ..... 32
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 33
បង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ..... 34
សមិទ្ធផល ..... 34
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 35
លើកកម្ពស់សមត្ថភាពជំនាញ និងការដាក់ពង្រាយឆ្មប ..... 35
សមិទ្ធផល ..... 35
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 36
គោលបំណងទីបី ..... 37
ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបមរណភាពមាតា ..... 37
សមិទ្ធផល ..... 37
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 38
ដាក់ឱ្យអនុវត្តប្រព័ន្ធពិនិត្យស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត/ ..... 39
សមិទ្ធផល ..... 39
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 40
ធ្វើការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការ និងសកម្មភាពផ្សេងទៀត ..... 40
សមិទ្ធផល ..... 40
អន្តរាគមន៍គន្លឹះ ..... 40
ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ ..... 41

**ឧបសម្ព័ន្ធទី ១៖ ក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាន** ........ 42

**ឧបសម្ព័ន្ធទី ២៖ ក្របខ័ណ្ឌអន្តរាគមន៍គន្លឹះ** ........ 53

**ឧបសម្ព័ន្ធ៣៖ កញ្ចប់សេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ** ........ 72

## បរិបទ

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ ដាក់ចេញនូវអាទិភាពសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទដែលត្រូវអនុវត្តពីឆ្នាំ២០១៧ ដល់ ២០២០ ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះកំណត់ពីអន្តរាគមន៍គន្លឹះ និងដាក់ចេញនូវសូចនាករនិងចំណុចដៅពាក់ព័ន្ធ សម្រាប់ត្រួតពិនិត្យតាមដានវឌ្ឍនភាពជាបន្តបន្ទាប់ ព្រមទាំងប្រើប្រាស់ដើម្បីជាមូលដ្ឋាននៃការរៀបចំផែនការនិងវិភាជន៍ថវិកា។

យុទ្ធសាស្ត្រអនុវិស័យដែលផ្តោតលើសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទនេះ ជាយុទ្ធសាស្ត្រជាតិមួយក្នុងការរួមចំណែកសម្រេចបាននូវផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិឆ្នាំ ២០១៤-២០១៨ និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព។

## បទដ្ឋាន និងនិយាមសកលលោក

*សុខភាពបន្តពូជ* ត្រូវបានកំណត់និយមន័យជាលើកដំបូងនៅឯសន្និសីទអន្តរជាតិស្តីពីប្រជាជននិងការអភិវឌ្ឍ (ICPD) ឆ្នាំ១៩៩៤ នៅទីក្រុងគែរ(Cairo) និងបន្ទាប់មកទៀតដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក(WHO) និងអង្គការនានា ថាជា *"ស្ថានភាពនៃសុខុមាលភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត និងសង្គមទាំងស្រុង និងមិនមែនសំដៅតែចំពោះភាពគ្មានជំងឺ ឬពិការភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធបន្តពូជ និង មុខងារព្រមទាំងដំណើរការរបស់វាប៉ុណ្ណោះទេ"*។ សិទ្ធិបន្តពូជក៏ត្រូវបានបំភ្លឺនៅក្នុងសន្និសីទICPDនេះដែរ ដោយបានទទួលស្គាល់សិទ្ធិជាមូលដ្ឋានរបស់គូស្រករ និងបុគ្គលទាំងអស់ក្នុងការសម្រេចចិត្តដោយសេរី និងដោយទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនកូន ការពន្យារកំណើត និងពេលវេលានៃការយកកូនរបស់ពួកគេ, ការទទួលបាននូវព័ត៌មាននិងមធ្យោបាយដែលពួកគេត្រូវការ និងការទទួលបាននូវនិយាមខ្ពស់បំផុតនៃសុខភាពផ្លូវភេទនិងបន្តពូជ។ សិទ្ធិទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តទាក់ទងទៅនឹងការបន្តពូជដោយគ្មានការរើសអើង ការបង្ខិតបង្ខំ និងអំពើហិង្សា ដូចមានចែងនៅក្នុងឯកសារសិទ្ធិមនុស្ស។ កម្មវិធីនៃសកម្មភាពដែលកំណត់ក្នុងសន្និសីទអន្តរជាតិស្តីពីប្រជាជននិងការអភិវឌ្ឍន៍ (ICPD-PoA)[1] បានរួមបញ្ចូលនូវការអំពាវនាវឲ្យរដ្ឋទាំងអស់៖

- ធានាថាអ្នកប្រើប្រាស់ទាំងអស់នឹងទទួលបាននូវព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងពិតជាក់ស្តែង និងសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជទាំងអស់រួមទាំងផែនការគ្រួសារ ជាមួយនឹងតម្លៃសមរម្យ អាចទទួលយកបាននិងមានភាពងាយស្រួល ។
- ជំរុញនិងគាំទ្រដល់ការសម្រេចចិត្តដោយស្ម័គ្រចិត្តប្រកបដោយការទទួលខុសត្រូវចំពោះការមានកូននិងមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលពួកគេជ្រើសរើស ព្រមទាំងមធ្យោបាយផ្សេងៗទៀតសម្រាប់គ្រប់គ្រងការមានកូន ដែលមិនប្រឆាំងនឹងច្បាប់និងឲ្យពួកគេទទួលបាននូវព័ត៌មាន ការអប់រំ និងមធ្យោបាយនានាដើម្បីទទួលបាននូវសេវាទាំងនោះ។

▪ ឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការសុខភាពបន្តពូជដែលផ្លាស់ប្តូរក្នុងវដ្តនៃជីវិតនិងដោយយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើភាពផ្សេងៗគ្នានៃកាលៈទេសៈរបស់សហគមន៍មូលដ្ឋាន។

## វិធីសាស្ត្រ

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ ត្រូវបានអភិវឌ្ឍឡើងតាមរយៈដំណើរការពិគ្រោះយោបល់ និងផ្អែកលើការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងល្អិតល្អន់លើយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៦។ សិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់មួយត្រូវបានធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី ១៧ និង ១៨ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១៦ ក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ ហើយនៅក្នុងអំឡុងសិក្ខាសាលានេះ អ្នកចូលរួមបានពិនិត្យឡើងវិញលើវឌ្ឍនភាពដែលទទួលបានរហូតមកដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងបានផ្តល់ធាតុចូលសម្រាប់ផ្នែកជាអន្តរាគមន៍គន្លឹះ សូចនាករ និងចំណុចដៅ។ អ្នកចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលានេះ រួមមានមន្ត្រីរាជការមកពីថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលធ្វើការនៅក្នុងវិស័យសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ។

## វឌ្ឍនភាពរហូតដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន

កម្ពុជាទទួលបាននូវវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ២០១៣-២០១៦ - ដោយសម្រេចបានគុណភាពជីវិតកាន់តែប្រសើរសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ តាមរយៈការលើកកម្ពស់ស្ថានភាពនិងសិទ្ធិបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទរបស់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យ។ ប្រទេសនេះសម្រេចបាន ឬសម្រេចបានលើសផែនការនូវចំណុចដៅបួនក្នុងចំណោមចំណុចដៅប្រាំនៅក្នុងគោលដៅរួម (goal level targets) និងជិតពាក់កណ្តាលនៃចំណុចដៅក្រោមលទ្ធផលនិងគោលបំណងរបស់យុទ្ធសាស្ត្រនេះ (outcome and objective level targets)។ កម្ពុជាគួរទទួលបានការកោតសរសើរចំពោះលទ្ធផលទាំងនេះ។

លទ្ធផលនៃគោលដៅរួម (goal level results) ត្រូវបានបង្ហាញខាងក្រោម ហើយព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀតមានបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកស្តីពីគោលបំណងនៃឯកសារនេះ និងនៅក្នុងរបាយការណ៍ពិនិត្យឡើងវិញដោយឡែក ដែលមានចំណងជើង៖ ការពិនិត្យឡើងវិញនូវយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៦។

| សូចនាករ | ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០១០ | ទិសដៅ ២០១៦ | ការផ្ទៀងផ្ទាត់ | សមិទ្ធផល ឆ្នាំ ២០១៦ | យោបល់ | ស្ថានភាព |
|---|---|---|---|---|---|---|
| • អត្រាមរណភាពមាតា | 206 | 140 | CDHS | 170 (2014) | កម្ពុជាមានវឌ្ឍនភាពល្អ និងសម្រេចបានទិសដៅនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ ឆ្នាំ ២០១៥ ប៉ុន្តែមិនសម្រេចបាន | |

| សូចនាករ | ទិន្នន័យដើមគ្រា ២០១០ | ទិសដៅ ២០១៦ | ការផ្ទៀងផ្ទាត់ | សមិទ្ធផល ឆ្នាំ ២០១៦ | យោបល់ | ស្ថានភាព |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ចំណុចដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ដែលមានចំនួន ១៤០ នោះទេ។ | |
| • អត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើត | 27 | 20 | CDHS | 18 (2014) | | |
| • អត្រាមរណភាពទារកអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ | 45 | 35 | CDHS | 28 (2014) | | |
| • ប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ អាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ | 0.9% | 0.6% | ការសិក្សាគំរូរីករាលដាលជំងឺអេដស៍កម្ពុជា (AEM) 2014 | 0.6% (2016) | ការប៉ាន់ស្មានពីការសិក្សាគំរូរីករាលដាលជំងឺអេដស៍ឆ្នាំ ២០១៤នៅកម្ពុជា។ ឃើញមាននៅក្នុងរបាយការណ៍វឌ្ឍនភាពរបស់ប្រទេសកម្ពុជា – NAA. | |
| • អត្រាបង្កកំណើតសរុប | 3.0 | 2.7 | CDHS | 2.7 (2014) | | |

## យុទ្ធសាស្ត្រ

យុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ នឹងណែនាំដល់ការងារនៅក្នុងវិស័យសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ពីឆ្នាំ ២០១៧ ដល់ ២០២០ ហើយធានាថា ប្រជាជនទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីស្ថានភាពនិងសិទ្ធិអំពីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទកាន់តែប្រសើរ។ យុទ្ធសាស្ត្រថ្មីនេះនឹងកសាងបន្តពីអ្វីដែលមានដំណើរការល្អកន្លងមក ហើយផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ គុណភាព និងការប្រើប្រាស់កិច្ចអន្តរាគមន៍ដែលបានបង្ហាញថាមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការលើកកម្ពស់សុខភាពនិងសិទ្ធិបន្តពូជនិងផ្លូវភេទ និងក្នុងការកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់ម្តាយ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះមានគោលបំណងចូលរួមក្នុងការសម្រេចអោយបាននូវរបៀបវារៈដែលនៅសេសសល់ពីគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហវត្សន៍និងដឹកនាំឆ្ពោះទៅសម្រេចនូវការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលនិងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព។

បច្ចុប្បន្ននេះ ខណៈពេលដែលកម្ពុជាកំពុងខិតកាន់តែជិតទៅរកការសម្រេចបានការគ្របដណ្តប់ជាសកល ក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានទ្រព្យធន និងមានការអប់រំ ទាក់ទងទៅនឹងអន្តរាគមន៍សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ គេត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅលើការលើកកម្ពស់ការទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងតំបន់ដែលកំពុងជួបប្រទះកង្វះខាត ដូចជាតំបន់ភាគខាងជើងនិងឦសាននៃប្រទេស ក៏ដូចជាក្នុងចំណោមក្រុមដែលងាយរងគ្រោះនានា ដូចជា យុវវ័យ ក្រុមជនជាតិភាគតិច កម្មករចំណាកស្រុក (រួមទាំង កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត និងកម្មករកសិកម្ម) និងជនពិការ។

គោលដៅ និងគោលបំណងនៃយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ត្រូវបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ហើយគោលបំណងនីមួយៗត្រូវបានបែងចែកជាផ្នែកជាអាទិភាពគន្លឹះជាច្រើនទៀត។

## គោលដៅ

គោលដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទថ្មីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺដើម្បីរួមចំណែកដល់ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនគ្រប់រូបនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា តាមរយៈការលើកកម្ពស់ស្ថានភាពនិងសិទ្ធិអំពីសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទរបស់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យ។

### គោលបំណងទីមួយៈ

បង្កើនការទទួលបានប្រកបដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ចនិងការផ្តល់សេវា។

### ពង្រឹងព័ត៌មាននិងសេវាផែនការគ្រួសារ

### សនិទានភាព

ផែនការគ្រួសារមានសារៈសំខាន់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះការលើកកម្ពស់សុខភាពនិងសិទ្ធិបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ។ ផែនការគ្រួសារផ្តល់ដល់បុគ្គលនិងគូស្រករ នូវមធ្យោបាយដើម្បីសម្រេចថាតើពួកគេចង់បានកូនឬទេ ហើយចង់បានកូននៅពេលណា ព្រមទាំងបង្កើនអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប កាត់បន្ថយតម្រូវការដែលមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ និងកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាព អត្រាមានជំងឺ និងកង្វះអាហារូបត្ថម្ភចំពោះមាតានិងទារកទើបនឹងកើត។ ការកាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះដែលមិនចង់បាន ក៏ជួយផងដែរ

ដល់ការទទួលបាននូវការអប់រំកាន់តែខ្ពស់ និងឱកាសកាន់តែប្រសើរសម្រាប់ស្ត្រី ទទួលបានផលចំណេញផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសម្រាប់គ្រួសារ និងសហគមន៍ ក៏ដូចជា ជួយកាត់បន្ថយការបំពុល និងការប្រើប្រាស់ធនធានធម្មជាតិ។[1]

ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ កម្ពុជាបានបង្កើនអត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប (CPR) និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយការពារកំណើតរយៈពេលវែង និងអចិន្ត្រៃយ៍ (LAPM) ប៉ុន្តែមិនបានសម្រេចបានចំណុចដៅឆ្នាំ២០១៦ នៃសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទសម្រាប់សូចនាករទាំងពីរនេះទេ។ អ្វីដែលគួរឱ្យភ្ញាក់ផ្អើល គឺការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប មានកម្រិតខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជននៅតំបន់ជនបទ ក្រីក្រ និងដែលមានការអប់រំតិចបំផុត ហើយសមាមាត្រស្ត្រីដែលមានជីវភាពធូរធារ ក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជន ដែលប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ ជាពិសេស វិធីដកលិង្គចេញ បានកើនឡើងពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤។[2,3] គេមិនច្បាស់ថាហេតុអ្វីបានជាដូច្នេះទេ ប៉ុន្តែនិន្នាការនេះឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញពីការភ័យខ្លាចចំពោះការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមានជាតិអ័រម៉ូន និងផលរំខានរបស់វា។ វាក៏ឆ្លុះបញ្ចាំងផងដែរពី គុណភាពសេវានៅមានកម្រិត ជំនាញពិគ្រោះពិភាក្សា ខ្សោយក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួន និងសេវាផែនការគ្រួសារមានកម្រិតនៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ។

នៅក្នុងការធ្វើដំណើរឆ្ពោះទៅមុខទៀត កម្ពុជាចាំបាច់ត្រូវបង្កើនគុណភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាផែនការគ្រួសារសម្រាប់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យ ទាំងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការប្រើវិធីពន្យារកំណើតបុរាណ។ គេចាំបាច់ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅលើ៖ ការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវានៅក្នុងខេត្តដែលមិនទាន់មានលទ្ធផលល្អ (ដូចជា កំពង់ចាម កំពង់ឆ្នាំង ក្រចេះ ភ្នំពេញ ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង) និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានតម្រូវការខ្ពស់ (ក្នុងក្រុមអាយុ ១៥-២៤ឆ្នាំ ៤០-៤៩ឆ្នាំ រស់នៅក្នុងតំបន់ជនបទ ក្រីក្រ និងដែលមានការអប់រំតិចបំផុត) បង្កើនសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការផ្តល់ប្រឹក្សា បង្កើនការផ្តល់សេវាមធ្យោបាយរយៈពេលវែង និងអចិន្ត្រៃយ៍ (LAPM) បង្កើនការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារនៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ និងធានាថា គម្រោងបង់ប្រាក់មូលនិធិសមធម៌សុខភាព អនុញ្ញាតឱ្យមានការទូទាត់សម្រាប់សេវាផែនការគ្រួសារក្រោយពេលសម្រាលកូនភ្លាម និងក្រោយពេលរំលូតកូន។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០។

---

[1] WHO, ការកំណត់រកសកម្មភាពសម្រាប់ពង្រីកមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងដែលអាចឱ្យមានកូនឡើងវិញបានក្រោយពេលឈប់ប្រើ (Long-Acting Reversible Contraception) នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦។

[2] Mop, MoH, ORC Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០០, ២០០១។

[3] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៤, ២០១៥។

| 1.1. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវាផែនការគ្រួសារ |
| --- |
| 1.1.1. <u>បង្កើនគុណភាព និងការមានសេវាផែនការគ្រួសារ</u><br>1.1.1.1. បង្កើនសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារ តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹកនៅកន្លែងធ្វើការផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។<br>1.1.1.2. បង្កើត និងអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាផែនការគ្រួសារ នៅក្នុងតំបន់ដែលមិនទាន់បានសម្រេចបានគោលដៅ និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានតម្រូវការខ្ពស់បំផុត (ឧទា. ក្រុមអាយុ ១៥-២៤ឆ្នាំ ក្រុមអាយុ ៤០-៤៩ឆ្នាំ ក្រុមមិនទាន់រៀបការ ក្រុមប្រជាជនក្រីក្រ ក្រុមដែលមានការអប់រំតិចបំផុត) និងក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ (រួមទាំងអ្នកបម្រើសេវាកម្សាន្ត (EWs) កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករក្នុងវិស័យកសិកម្ម ក្រុមជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ)<br>• ផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារផ្សេងទៀតនៅចុងសប្តាហ៍<br>• ប្រើសេវា CBD/សេវាចល័តសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលពិបាកចូលទៅដល់<br>1.1.1.3. កែសម្រួលអត្រាគ្រប់ដណ្តប់ការចែកចាយនៅសហគមន៍ (CBD) ដែលមានស្រាប់ និងបង្កើនការគ្រប់ដណ្តប់នៅក្នុងតំបន់ដាច់ស្រយាល និងតំបន់ដែលពិបាកចូលទៅដល់។ |
| 1.1.2. <u>បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង/អចិន្ត្រៃយ៍</u><br>1.1.2.1. មន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ នឹងអាចផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង/អចិន្ត្រៃយ៍ យ៉ាងតិចចំនួន ៣ ប្រភេទ។<br>• បង្កើតផ្នែកដោយឡែកមួយសម្រាប់សេវាផែនការគ្រួសារនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក<br>• បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងផ្តល់សេវាសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងអភិបាលគាំទ្រ<br>1.1.2.2. មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ នឹងមានសមត្ថភាពផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង យ៉ាងតិច ១ មុខ (កងដាក់ក្នុងស្បូន និង/ឬ កងដាក់ក្រោមស្បែក)<br>• បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងផ្តល់សេវាសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>1.1.2.3. ពិនិត្យឡើងវិញលើតម្លៃប្រៀបធៀបរវាងមធ្យោបាយពន្យារកំណើត (LAPM ធៀបនឹងមធ្យោបាយរយៈពេលខ្លី) នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងកែសម្រួល ប្រសិនបើចាំបាច់។<br>1.1.2.4. ផលិត និងផ្សព្វផ្សាយសម្ភារៈអប់រំសុខភាពស្តីពីផែនការគ្រួសារ។<br>1.1.2.5. បង្កើនការចូលរួមរបស់បុរសនៅក្នុងអន្តរាគមន៍ផ្សព្វផ្សាយ និងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ |

| 1.1. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវាផែនការគ្រួសារ |
|---|
| 1.1.2.6. ពិចារណាពង្រីកសកម្មភាព CBD ដើម្បីដាក់បញ្ចូលការផ្សព្វផ្សាយ LAPM និងការបញ្ជូនទៅរកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសមស្រប។ |
| 1.1.3. <u>បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ និងការប្រើសេវាផែនការគ្រួសារក្រោយពេលសម្រាល</u> (អន្តរាគមន៍នានាដែលទាក់ទងនឹងផែនការគ្រួសារក្រោយពេលរំលូត មានបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកស្តីពីសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ខាងក្រោម)<br>1.1.3.1. ពង្រឹងការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការពន្យារកំណើតដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដែលរួមបញ្ចូលមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលភ្លាមផងដែរ។<br>• ប្រើកិច្ចប្រជុំក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្មប (MCAT) ដើម្បីបង្ហាញ/ពិភាក្សាពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីការពន្យារកំណើត។<br>1.1.3.2. ធានាថា មានមធ្យោបាយពន្យារកំណើត សម្រាប់ផ្តល់ជូននៅក្នុងអគារសម្ភព<br>1.1.3.3. ស្នើសុំការប្រើមូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់ផែនការគ្រួសារក្រោយសម្រាលភ្លាម ជា សេវាដោយឡែកមួយ (ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលផងដែរនៅក្នុងអន្តរាគមន៍ហិរញ្ញប្បទានហិរញ្ញវត្ថុក្រោមគោលបំណងទីពីរ) |
| 1.1.4. <u>ធានានិរន្តរភាពនៃការផ្គត់ផ្គង់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត</u><br>1.1.4.1. បញ្ចប់ និងផ្សព្វផ្សាយរបាយការណ៍ព្យាករណ៍ និងតម្រូវការចំណាយ ផលិតផលសុខភាពបន្តពូជឆ្នាំ២០១៦ ព្រមទាំងធានាការផ្គត់ផ្គង់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដល់វិស័យសាធារណៈ។<br>1.1.4.2. ប្រើរបាយការណ៍ព្យាករណ៍ និងតម្រូវការចំណាយសម្រាប់ផលិតផលសុខភាពបន្តពូជឆ្នាំ២០១៦ ដើម្បីស្នើសុំការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពីរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់ផលិតផលសុខភាពបន្តពូជសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ និងបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ។<br>1.1.4.3. ពង្រឹងមុខងាររបស់ក្រុមការងារសន្តិសុខមធ្យោបាយពន្យារកំណើត។<br>1.1.4.4. ពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងភ័ស្តុភារ (LMIS) |
| 1.1.5. <u>ពង្រឹងភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារប្រកបដោយគុណភាព និងការរាយការណ៍ដោយទាន់ពេលវេលា និងត្រឹមត្រូវពីវិស័យឯកជន</u><br>1.1.5.1. ពង្រឹងភាពជាដៃគូជាមួយវិស័យឯកជនតាមរយៈកិច្ចប្រជុំជាទៀងទាត់<br>1.1.5.2. ស្នើឱ្យមានការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថាននិងសេវាថែទាំសុខភាពនូវៈ<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលថាគ្រឹះស្ថាន/សេវាសុខាភិបាលទាំងអស់ត្រូវតែអនុវត្តតាមគោល |

| 1.1. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវាផែនការគ្រួសារ |
|---|
| នយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់ការរាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពនៃគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពឯកជន។ |
| 1.1.6. <u>កាត់បន្ថយការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ</u><br><br>1.1.6.1. ផ្សព្វផ្សាយដល់ក្រុមគោលដៅថា មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ (ជាពិសេស ការដកលិង្គចេញ) មិនមានប្រសិទ្ធភាពឬអាចជឿទុកចិត្តបាន និងកាត់បន្ថយការភ័យខ្លាច និងព័ត៌មានមិនពិតអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប<br>• ពង្រឹងជំនាញផ្តល់ប្រឹក្សាផែនការគ្រួសារដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងអភិបាលគាំទ្រ<br>• ផ្សព្វផ្សាយដោយប្រើប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយទ្រង់ទ្រាយធំ |

## ពង្រឹងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល

### សនិទានភាព

ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (ANC) គឺជាអន្តរាគមន៍សារវន្តមួយសម្រាប់លើកកម្ពស់សុខភាពមាតា និងទារក និងសម្រាប់កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារកទើបនឹងកើត។ ស្ត្រីទាំងអស់គួរតែទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលឱ្យបានច្រើនដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបាត់រដូវ។ បច្ចុប្បន្ននេះ កម្ពុជាកំពុងធ្វើការដើម្បីធានាថា ស្ត្រីទាំងអស់ទទួលបានការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលយ៉ាងតិច៤ដង ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយគិតត្រឹមខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១៦ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានចេញអនុសាសន៍បង្កើនចំនួនដងនៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ដល់ ៨ ដង ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនីមួយៗ។

ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ គេសង្កេតឃើញមានវឌ្ឍនភាពល្អនៅក្នុងការបង្កើនការមកទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ហើយគិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៤ ស្ត្រីប្រមាណ ៧៥,៦% បានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច ៤ ដង។ អត្រានេះលើសចំណុចដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទឆ្នាំ២០១៦ ដែលកំណត់ត្រឹម ៦៥%។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គុណភាពនៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល គឺនៅតែជាកង្វល់មួយ។ តាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០១៤ បានរកឃើញថា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះតែ ៤៩% ប៉ុណ្ណោះ បានធ្វើតេស្តទឹកនោមក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយតែ ៧៧%ប៉ុណ្ណោះ បានធ្វើតេស្តឈាម។[4] កង្វល់ ទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលនេះ ត្រូវបានបង្ហាញឱ្យឃើញថែមទៀតតាមរយៈរបកគំហើញពីការវាយតម្លៃកម្រិតទីពីរនៃគុណភាពរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល។[5]

ខណៈដែលការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០១៤ បានរកឃើញថា ៩៦%នៃស្ត្រីបានទទួលថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែកបន្ថែមក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ កម្ពុជានៅតែជួបប្រទះបញ្ហាភាពស្លេកស្លាំងក្នុងកម្រិតក៏ខ្ពស់ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (និងក្នុងចំណោមកុមារអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ និងស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ។) ការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀតត្រូវបានធ្វើឡើងនាពេលថ្មីៗនេះដោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា វិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍ អង្គការយូនីសេហ្វ, ICF International និងសកលវិទ្យាល័យ Copenhagen University ដើម្បីស្វែងយល់ឱ្យបានកាន់តែច្បាស់អំពីបញ្ហានេះ ហើយរបកគំហើញពីការសិក្សានេះបង្ហាញថា ភាពស្លេកស្លាំងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា គឺមិនមែនដោយសារកង្វះជាតិដែកទេ។ ទោះបីជាមូលហេតុចម្បងនៃរោគស្លេកស្លាំងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមិនច្បាស់លាស់ទាំងស្រុងក្តី ក៏ការ

---

[4] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015.

[5] URC, បទបង្ហាញ – លទ្ធផលពីដំណើរការវាយតម្លៃកម្រិតទី ២ ឆ្នាំ២០១៥ ស្លាយទី ៣០។

ស្រាវជ្រាវនេះបង្ហាញថា បញ្ហាស្លេកស្លាំងក៏ខ្ពស់នៅកម្ពុជាគឺមួយផ្នែក ដោយសារតែរោគគោលិកាក្រហម ការឆ្លងព្រូនកង្វះជាតិអាស៊ីដហ្វូលិក និងកង្វះមីក្រូសារជាតិផ្សេងៗទៀត។

ពីឆ្នាំ២០១៧ ដល់ ២០២០ គេត្រូវតែធានា កែលម្អគុណភាពសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ស្ត្រីទាំងអស់ត្រូវទទួលបានការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលយ៉ាងតិច ៤ដងដោយចាប់ផ្ដើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបាត់រដូវ ដោះស្រាយបញ្ហាភាពស្លេកស្លាំងនិងព្រូនទំពក់ដោយប្រសិទ្ធភាព និងបង្កើនការទទួលបាន និងការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ ដូចជា ខេត្តក្រចេះ មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី និងព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង ក៏ដូចជាក្នុងចំណោមក្រុមដែលងាយរងគ្រោះនានា។[6]

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 1.2. ពង្រឹងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល |
|---|
| 1.2.1. <u>បង្កើនអត្រាគ្របដណ្ដប់ និងគុណភាពនៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល</u><br><br>1.2.1.1. ពង្រឹងកញ្ចប់ពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលដោយពេញលេញ (FULL ANC) (ដូចមានបញ្ជាក់នៅក្នុងពិធីសារមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព) តាមរយៈការបណ្ដុះបណ្ដាល ការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងធ្វើការផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។ (យ៉ាងតិចការពិនិត្យផ្ទៃពោះ ៤ ដង (ANC 4+) ដោយចាប់ផ្ដើមភ្លាមៗក្រោយពេលបាត់រដូវ។ សមាសភាគទាំងនេះរួមមាន ការតាមដានមើលទម្ងន់ ការពិនិត្យរកមើលបម្រុងក្រឡាភ្លើង ភាពស្លេកស្លាំង មេរោគស្វាយ មេរោគអេដស៍ ការផ្ដល់វិធានការបង្ការ (រួមបញ្ចូលទាំង ការផ្ដល់មីក្រូសារជាតិបន្ថែម និងការទម្លាក់ព្រូន) និងការផ្ដល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ អាហារូបត្ថម្ភ និងស្វ័យថែទាំ ។ល។)<br>1.2.1.2. ពង្រឹងសកម្មភាពចុះមូលដ្ឋាន និងបង្កើតនិងអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រនានាដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹងនិងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ ពិបាកចូលទៅដល់ និងងាយរងគ្រោះ។<br>1.2.1.3. ពិចារណាបន្ថែម ANC ទៅក្នុងកញ្ចប់សេវារបស់មន្ទីរពេទ្យ (CPA) ព្រមទាំងបង្កើតសេវា ANC នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យខេត្តនិងស្រុកទាំងអស់។ |

[6] MoP, MoH, ICF Macro, <u>ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា – ២០១៤ ២០១៥ ។</u>

| 1.2. ពង្រឹងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល |
| --- |
| 1.2.2. <u>បង្កើនចំណេះដឹង និងតម្រូវការសម្រាប់ ANC4+</u><br><br>1.2.2.1. បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តកញ្ចប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលពេញលេញ (FULL ANC) (ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបាត់រដូវ)<br>1.2.2.2. លើកទឹកចិត្តដល់ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ (VHSG), អ្នកចែកចាយនៅសហគមន៍ (CBDs) និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយសេវាគាំពារសុខភាពសង្គមថ្មី (អតីតអ្នកផ្សព្វផ្សាយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព) ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយ និងគាំទ្រដល់ការទទួលបានសេវា ANC<br>1.2.2.3. បង្កើនការចូលរួមរបស់បុរសនៅក្នុងការអប់រំសុខភាព (IEC) និងអន្តរាគមន៍ផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ។ |

## បង្កើនការធ្វើតេស្តរក និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ និងស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

### សនិទានភាព

ការធ្វើតេស្តរកនិងព្យាបាលមេរោគអេដស៍និងស្វាយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះគឺជាអន្តរាគមន៍សារវន្ត ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដសស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ ពីឆ្នាំ ២០១០ ដល់ ២០១៤ គេសង្កេតឃើញមានវឌ្ឍនភាពល្អនៅក្នុងការបង្កើនសមាមាត្រស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានមេរោគអេដស៍ ដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស (ART) សម្រាប់ PMTCT។ គិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រមាណ ៧៦% បានទទួល ART សម្រាប់ PMTCT ដែលចំនួននេះលើសទិសដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទឆ្នាំ២០១៦ ដែលមាន ៧៥%។

នៅក្នុងការធ្វើដំណើរទៅមុខទៀត ជាការសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវបង្កើនសមាមាត្រស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទទួលបានការប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល និងសមាមាត្រស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយ ART ។ ជាការសំខាន់ផងដែរដែលត្រូវធានាការសម្របសម្រួលល្អរវាងកម្មវិធីជាតិពាក់ព័ន្ធនានា ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដោយរលូនដល់ម្តាយ ដៃគូ និងទារករបស់ពួកគេ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧ ដល់ ២០២០។ អន្តរាគមន៍ទាំងនេះត្រូវបានបញ្ជាក់លម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិថ្មីសម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នូវមេរោគអេដស៍ ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទបេ។

| 1.3. បង្កើនការធ្វើតេស្តរក និងការព្យាបាលមេរោគអេដស៍/ស្វាយ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ |
| --- |

| |
|---|
| 1.3.1. <u>បង្កើនការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ</u><br>1.3.1.1. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ឥតដាច់នូវឃីតតេស្តពីរមុខនៅគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលក្នុងវិស័យសាធារណៈតាមរយៈ៖<br>• ការព្យាករលទ្ធកម្មគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានព្យាករ ដោយពិចារណាអំពីស្តុកត្រៀមបម្រុងដែលត្រូវការ (required buffer) និងការបាត់បង់[7];<br>• ធ្វើការតាមដាន និងត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់មើលស្តុកនៅឱសថស្រុកប្រតិបត្តិ និងនៅមណ្ឌលសុខភាព/មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង<br>• ការទាក់ទងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល និងការដាក់ "សំណើករណីលើកលែង" ("exceptional requests") នៅពេលចាំបាច់ត្រូវបញ្ចៀស/កែតម្រូវការដាច់ស្តុក។<br>1.3.1.2. កែសម្រួលបទបញ្ជា/នីតិវិធីគ្រប់គ្រងទូទឹកកកនៅមណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីធានាការរក្សាទុកប្រតិករ/ឃីតតេស្តដែលងាយប៉ះពាល់ចំពោះកម្តៅ ក៏ដូចជាថ្នាំបង្ការ។<br>1.3.1.3. សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានសម្រាប់ឆ្មប ដើម្បីដាក់បញ្ចូលការធ្វើតេស្ត និងប្រឹក្សាមេរោគអេដស៍/ស្វាយ ទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សាមូលដ្ឋាន (មុនពេលចូលបម្រើការងារ)។ |
| 1.3.2. <u>បង្កើនការព្យាបាលមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ</u><br>1.3.2.1. ពង្រីកការជំរុញការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មភាពសមាហរណកម្ម (B-IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកគ្រប់គ្រង OD/PHD និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។ ធានាការតាមដានមើល និងតាមដានបន្តស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (seropositive) និងទារករបស់ពួកគេ។<br>1.3.2.2. បណ្តុះបណ្តាល/ត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាព នៅក្នុងការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំថ្មីសម្រាប់ធ្វើតេស្តរហ័សក្នុងពេលឈឺពោះ និងការសម្រាល ប្រសិនបើគេមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ម្តាយ និងការចាប់ផ្តើម ART ខណៈពេលរង់ចាំតេស្តបញ្ជាក់។<br>1.3.2.3. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងពេលបន្ទាន់នូវ ART នៅអគារសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក តាមរយៈកិច្ចសហការជាមួយទីតាំង ART និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានកម្រិតស្តុកដោយអ្នកគ្រប់គ្រង OD/PHD ។<br>1.3.2.4. ធានាការមាន និងការទទួលបានការព្យាបាលជំងឺស្វាយសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងទារកទើបនឹងកើត |

[7] ស្តុកត្រៀមបម្រុងរយៈពេល ៦ខែ (6 month buffer) នៅថ្នាក់ជាតិ (CMS), ២ ខែនៅឱសថស្ថាន OD និង ១ខែ ត្រៀមបម្រុងនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយ។

## ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល និងការសម្រាល

### សន្និទានភាព

ការថែទាំប្រកបដោយគុណភាពក្នុងពេលសម្រាល មានសារៈសំខាន់ជាសារវន្តដើម្បីលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់មាតា និងទារក ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់មាតា និងទារកទើបនឹងកើត។ ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ គេសង្កេតឃើញមានវឌ្ឍនភាពល្អនៅក្នុងការបង្កើនសមាមាត្រនៃការសម្រាលដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល និងសមាមាត្រនៃការសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ គិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ៨៩% សម្រាលកូនជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ហើយ ៨៣% សម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ បន្ថែមពីលើនេះ កម្ពុជាបានសម្រេចបានលើសផែនការឆ្នាំ២០១៦របស់ខ្លួនសម្រាប់សូចនាករទាំងពីរនេះ។[8]

ក្នុងអំឡុងពេលនេះ កម្ពុជាក៏សម្រេចបានការកាត់បន្ថយគម្លាតរវាងក្រុមប្រជាជននៅតាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំ ហើយពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ គេសង្កេតឃើញមានកំណើនធំបំផុតនៅក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលរស់នៅតំបន់ជនបទ មានប្រាក់ចំណូលទាប និងមានការអប់រំទាប។ នេះគឺទំនងជាមកពីអន្តរាគមន៍លើផ្នែកផ្តល់សេវា និងផ្នែកទទួលសេវា ដែលត្រូវបានអនុវត្តក្នុងអំឡុងពេលនេះ រួមទាំងការបង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ និងសមត្ថភាពជំនាញរបស់ឆ្មប ជាពិសេសនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តដល់ឆ្មបដើម្បីធ្វើការសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ការបង្កើនការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល សំដៅបង្កើនការទទួលបានសេវាកាន់តែច្រើនថែមទៀតសម្រាប់អ្នកក្រីក្រ និងការអនុវត្តអន្តរាគមន៍ផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថសំដៅបង្កើនការយល់ដឹង និងបង្កើនតម្រូវការសេវានៅថ្នាក់សហគមន៍។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ទោះបីមានវឌ្ឍនភាពទាំងនេះក្តី នៅតែមានកង្វល់ជាច្រើនអំពីគុណភាពនៃការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល និងកង្វះខាតឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព។ នៅក្នុងពេលខាងមុខនេះ គេត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើការកែលម្អការគ្រប់គ្រងគុណភាពសេវាថែទាំជុំវិញការសម្រាល និងការសម្រាល ទាំងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ការធានាឱ្យមានឆ្មបមធ្យមពីរនាក់នៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ និងការបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងខេត្តដែលមិនមានលទ្ធផលល្អ ដូចជា ខេត្តក្រចេះ ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង និង មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនក្រីក្របំផុត មានការអប់រំតិចបំផុត និងក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ។[9]

---

[8] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015.

[9] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015.

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០។

| |
|---|
| **1.4. ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល** |
| 1.4.1. <u>ពង្រឹងការអនុវត្តពិធីសារថ្មីស្តីពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់</u><br>1.4.1.1. ពង្រីកក្រុមសម្តែងសម្របសម្រួលឆ្មប (MCATs) ដើម្បីគ្របដណ្តប់ស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់ និងប្រើកិច្ចប្រជុំ MCAT ដើម្បីបង្ហាញ/ពិភាក្សាពិធីសារថ្មីស្តីពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់<br>1.4.1.2. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋាន ដើម្បីឱ្យមានសង្គតិភាពជាមួយពិធីសារមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់<br>1.4.1.3. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកផ្នែកសុខភាពមាតា និងទារកថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីផ្តល់ការបង្វឹក<br>• ប្រើប្រាស់ករណីមរណភាពរបស់មាតា/ហៀបនឹងស្លាប់ (near-miss) ដើម្បីបង្កើតករណីសិក្សាសម្រាប់ការបង្វឹក។ |
| 1.4.2. <u>បង្កើត/អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីលើកកម្ពស់យល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលពិបាកចូលទៅដល់ និងក្រុមងាយរងគ្រោះ (ដែលរួមមាន អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs), កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករវិស័យកសិកម្ម ក្រុមជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ។)</u><br>1.4.2.1. ពង្រឹងទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ និងឆ្មបបុរាណ ដើម្បីជំរុញការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងដើម្បីគាំទ្រការបញ្ជូននៅពេលចាំបាច់។ |
| 1.4.3. <u>ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យតាមដានម្តាយ និងទារក ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះ និងការសម្គាល់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ និងកត្តាប្រឈម តាមរយៈការប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ</u><br>1.4.3.1. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គ្រូកម្មសិក្សានៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការបង្វឹក<br>1.4.3.2. កែលម្អគុណភាព និងសង្គតិភាពនៃការប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ តាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងធ្វើការផ្ទាល់ និងការអភិបាលគាំទ្រ។ |
| 1.4.4. <u>ពង្រឹងការបង្ការ ការព្យាបាលភ្លាមៗ ការរក្សាលំនឹង និងការបញ្ជូនសម្រាប់ករណីធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល</u><br>1.4.4.1. កែលម្អគុណភាពនៃការអនុវត្តតាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>• ប្រើករណីស្លាប់របស់មាតា/ករណីហៀបនឹងស្លាប់ ដើម្បីបង្កើតករណីសិក្សាសម្រាប់បង្វឹ |

| 1.4. ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល |
| --- |
| ក។ |
| 1.4.5. <u>ពង្រឹងរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាលភ្លាមៗ និងការបញ្ជូនករណីបម្រុងក្រឡាភ្លើង/ក្រឡាភ្លើង រួមទាំងការណែនាំឱ្យប្រើ MgSO4 ចាក់ ជាដូសដំបូង (a loading dose) មុនពេលបញ្ជូន</u><br><br>1.4.5.1. បង្កើនទំនុកចិត្ត/ឆន្ទៈរបស់ឆ្មបដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពី EmONC ក្នុងការប្រើ MgSO4<br>1.4.5.2. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ជាប្រចាំនូវ MgSO4 នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ទាំងអស់<br>1.4.5.3. កែលម្អគុណភាពនៃការអនុវត្តតាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>• ប្រើករណីស្លាប់របស់មាតា/ករណីហៀបនឹងស្លាប់ ដើម្បីបង្កើតករណីសិក្សាសម្រាប់បង្វឹក។ |
| 1.4.6. <u>កែលម្អការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ</u><br><br>1.4.6.1. កែលម្អគុណភាពនៃការអនុវត្តតាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>1.4.6.2. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ទឹក ការមានសម្ភារៈអនាម័យ និងកន្លែងគ្រប់គ្រងសំណល់ និងបរិក្ខារម្ចាប់មេរោគ សម្រាប់ប្រើប្រាស់ និងមានដំណើរការ។ |
| 1.4.7. <u>ពង្រឹងការចាប់ផ្តើមការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ឱ្យបានឆាប់ពីដំបូង និងកាត់បន្ថយការផ្តល់ចំណីមុនពេលដាក់ឱ្យបៅដោះ។</u><br><br>1.4.7.1. ពង្រឹងការគាំទ្រសម្រាប់ការបំបៅដោះកូន និងផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ឪពុកម្តាយ/គ្រួសារអំពីជម្រើសសមស្របសម្រាប់ស្ត្រីដែលធ្វើការ និងហានិភ័យនៃការប្រើផលិតផលជំនួសទឹកដោះម្តាយ។<br>1.4.7.2. កែលម្អ/ពង្រឹងការអនុវត្តគំនិតផ្តួចផ្តើមមន្ទីរពេទ្យស្រឡាញ់ទារក (BFHI) រួមបញ្ចូលទាំងការអនុវត្តអនុក្រឹត្យលេខ ១៣៣ស្តីពីការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មអំពីផលិផលចំណីអាហារទារកនិងកុមារតូច<br>1.4.7.3. បង្កើនការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍អំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ តាមរយៈគណៈកម្មាធិការឃុំទទួលបន្ទុកកិច្ចការនារី និងកុមារ (គឃនក) (CCWC) |
| 1.4.8. <u>បង្កើនការគ្រប់គ្រង/ការត្រួតពិនិត្យគ្លីនិកសម្ភពឯកជន</u><br><br>1.4.8.1. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថាន និងសេវាថែទាំសុខភាព នូវ៖<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវា ទាំងអស់ត្រូវតែគោរពតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពសម្រាប់គ្រឹះស្ថានឯកជន<br>1.4.8.2. ពង្រឹងគណៈកម្មាធិការក្រោមរដ្ឋបាលខេត្តដើម្បីគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន |

| 1.4. ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល |
| --- |
| |

## បង្កើនការគ្របដណ្តប់ EmONC

### សនិទានភាព

សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតប្រកបដោយគុណភាពល្អ មានសារៈសំខាន់ជាសារវ័ន្តសម្រាប់កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាព និងអត្រាមានជំងឺរបស់មាតា និងទារកទើបនឹងកើត។ ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ គេសង្កេតឃើញមានវឌ្ឍនភាពចម្រុះ នៅក្នុងការលើកកម្ពស់ការទទួលបានសេវា EmONC និងការសម្រាលកូនដោយវះកាត់។ ពីឆ្នាំ២០០៩ ដល់ ២០១៥ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតកម្រិតខ្ពស់ (CEmONC) បានកើនឡើងពី ២៥ ដល់ ៤៣ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន (BEmONC) បានកើនឡើងពី ១៩ ដល់ ១២០ ហើយសមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ បានកើនឡើងពី ៣% ក្នុងឆ្នាំ២០១០ ដល់ ៦,៣% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។[10,11,12,13] ទោះបីជាកម្ពុជាសម្រេចបានចំណុចដៅរបស់ខ្លួនលើសផែនការសម្រាប់ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ និងជិតសម្រេចបានចំណុចដៅរបស់ខ្លួនសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ប្រទេសនេះមិនបានសម្រេចចំណុចដៅរបស់ខ្លួនសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល BEmONC នោះទេ ហើយការទទួលបានសេវា EmONC ភាគច្រើនគឺនៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ និងក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជន។

មានការព្រួយបារម្ភថ្មីផងដែរទាក់ទងទៅនឹងកំណើនយ៉ាងរហ័សនៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ (C-Section) ជាពិសេស នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ។ សមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ បានកើនឡើងពី ៩,៩% ដល់ ១៤,៤% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។[14,15] នេះគឺមិនមែនជារឿងភ្ញាក់ផ្អើលទាំងស្រុងនោះឡើយ ពីព្រោះថាមានភាពប្រសើរជាច្រើននៅក្នុងសេវា EmONC ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ ហើយម្យ៉ាងទៀត ភ្នំពេញគឺជាបណ្តុំនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលកម្រិតទីបីទាំងអស់របស់ប្រទេសនេះ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គេត្រូវតែតាមដានមើលអត្រាសម្រាលកូនដោយវះកាត់ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ដោយហេតុថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ឆ្នាំ២០១៥ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

---

[10] MoH, ផែនការកែលម្អ EmONC កម្ពុជា 2010-2015, 2009.

[11] NMCHC, របាយការណ៍ស្តីពីការមានសេវា, 2016.

[12] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2010, 2011.

[13] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា Survey – 2014, 2015.

[14] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2010, 2011.

[15] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015.

បញ្ជាក់ថា អត្រាសម្រាលកូនដោយវះកាត់ណាដែលខ្ពស់ជាង ១០% គឺមិនមានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក នោះឡើយ។[16]

ពីឆ្នាំ២០១៧ ដល់ ២០២០ ជាការសំខាន់ដែលត្រូវផ្តល់អាទិភាពទៅលើការបង្កើនគុណភាព និងការទទួលបានសេវា EmONC ជាពិសេស BEmONC និងអនុវត្តឱ្យបានពេញលេញនូវផែនការជាតិថ្មីស្តីពីការកែលម្អសេវា EmONC ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។ គេត្រូវផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់ និងគាំទ្រជាពិសេសដល់ការកសាងសមត្ថភាពរបស់ខេត្ត/ស្រុក ដើម្បីបង្កើត អនុវត្ត និងតាមដានផែនការសកម្មភាព EmONC ដែលមានភាពប្រាកដនិយម និងដើម្បីកាត់បន្ថយការសម្រាលកូនដែលមិនចាំបាច់ ទាំងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 1.5. បង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់ និងកែលម្អគុណភាព EmONC |
| --- |
| 1.5.1. <u>កែលម្អគុណភាព និងអត្រាគ្របដណ្តប់ភូមិសាស្ត្រនៃសេវា EmONC</u><br><br>1.5.1.1. រៀបចំ និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្ត ដែលរួមបញ្ចូលសកម្មភាពជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំនីមួយៗ (២០១៧-២០២០)។<br>• គួរផ្តល់អាទិភាពទៅលើការបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល BEmONC ដែលមានដំណើរការ និងធានាថា ខេត្តនីមួយៗមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ដែលមានដំណើរការយ៉ាងតិចចំនួនមួយ (លើកលែងខេត្តកែប)<br>1.5.1.2. បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ដែលបានកំណត់ក្នុងការអនុវត្តជំនាញសង្គ្រោះជីវិតសំខាន់ៗ (core signal functions)<br>• សម្រាប់បុគ្គលិកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល BEmONC ត្រូវរៀបចំការបង្វឹកដោយអនុវត្តផ្ទាល់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC លើជំនាញសង្គ្រោះជីវិតសំខាន់ៗដែលនៅខ្វះខាត។<br>1.5.1.3. បង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ដែលបានកំណត់ ដោយធានាឱ្យមានគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្រប់គ្រាន់ (វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ) និងអ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំ/គិលានុបដ្ឋាកដាក់ថ្នាំសណ្តំ ដើម្បីផ្តល់សេវា ២៤ម៉ោង និងមួយសប្តាហ៍ ៧ថ្ងៃ ព្រមទាំងសមត្ថភាពក្នុងការចាក់បញ្ចូលឈាម (ជំនាញសង្គ្រោះជីវិតទី ៨ និងទី ៩) |

[16] WHO, សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីអត្រាសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ឆ្នាំ២០១៥។

| 1.5. បង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់ និងកែលម្អគុណភាព EmONC |
| --- |
| |
| 1.5.2. <u>កាត់បន្ថយកង្វះខាតនៅក្នុងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន ឱសថ និងបរិក្ខារនៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC</u><br>1.5.2.1. កែលម្អហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តដែលបានឯកភាពគ្នា ឆ្នាំ២០១៦-២០២០<br>1.5.2.2. ស្នើសុំ/លទ្ធកម្ម និងដំឡើងបរិក្ខារពេទ្យ និងសម្ភារៈដែលត្រូវការ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តដែលបានអនុម័ត ឆ្នាំ២០១៦-២០២០<br>1.5.2.3. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ជាទៀងទាត់នូវឱសថសង្គ្រោះជីវិតសម្រាប់ម្តាយ និងទារកទើបនឹងកើត<br>1.5.2.4. បង្កើត/ពង្រឹងដេប៉ូឈាម/ធនាគារឈាម<br>• ស្នើសុំ/លទ្ធកម្ម និងដំឡើងបរិក្ខារពេទ្យ និងសម្ភារៈដែលត្រូវការសម្រាប់ដេប៉ូឈាម និងធនាគារឈាម<br>• បង្កើតក្រុមបរិច្ចាគឈាមដែលមានប្រភេទឈាមពិសេស (មិត្តភក្តិ peers) |
| 1.5.3. <u>កាត់បន្ថយការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ដែលមិនចាំបាច់ផ្អែកវេជ្ជសាស្ត្រ</u><br><br>1.5.3.1. រៀបចំ និងផ្សព្វផ្សាយប្រកាស ឬសេចក្តីណែនាំស្តីពីការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ដោយផ្អែកលើហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ<br>1.5.3.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថាននិងសេវាថែទាំសុខភាព នូវ៖<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវាទាំងអស់ ត្រូវតែគោរពតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពសម្រាប់គ្រឹះស្ថានឯកជន<br>1.5.3.3. ពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាស្តីពីការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ដើម្បីថា ការវះកាត់យកកូន ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅពេលណាដែលមានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រតែប៉ុណ្ណោះ។ |
| 1.5.4. <u>បង្កើតកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានស្តីពីការដាក់ថ្នាំសណ្តំ</u><br><br>1.5.4.1. បង្កើតក្រុមស្នូលក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់នាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស ឬសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល ដើម្បីអភិវឌ្ឍកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលដាក់ថ្នាំសណ្តំ<br>1.5.4.2. ផ្តល់កម្មវិធីសិក្សាដាក់ថ្នាំសណ្តំ នៅតាមសកវិទ្យាល័យដែលមានការទទួលស្គាល់ និង/ឬ សាលាបណ្តុះបណ្តាលភូមិភាគ |
| 1.5.5. បង្កើនចំនួនវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាគ្រូពេទ្យវះកាត់ (ដែលមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រាលកូនដោយវះកាត់) |

| 1.5. បង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់ និងកែលម្អគុណភាព EmONC |
| --- |
| 1.5.5.1. អភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សាស្តីពីការវះកាត់កម្រិតមូលដ្ឋានសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត<br>1.5.5.2. ផ្តល់កម្មវិធីសិក្សានៅតាមសកលវិទ្យាល័យដែលបានជ្រើសរើសមួយចំនួន<br>1.5.5.3. តម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតវិស័យសាធារណៈដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាគ្រូពេទ្យវះកាត់ នៅធ្វើការក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈរយៈពេលយ៉ាងតិច ៥ឆ្នាំ |
| 1.5.6. កែលម្អការកត់ត្រា និងរាយការណ៍អំពីផលវិបាកទាក់ទងនឹងសម្ភព និងករណីទារកទើបនឹងកើត នៅក្នុងគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br>1.5.6.1. ពង្រឹងការបង្វឹកជាក្រុមនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br>• ប្រើករណីស្លាប់របស់ម្តាយ/ករណីសង្គ្រោះទាន់ពេលវេលា (near-miss) ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូសម្រាប់បង្វឹក |

## ពង្រឹងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល

### សនិទានភាព

ការថែទាំក្រោយសម្រាល (PNC) គឺជាអន្តរាគមន៍សារវន្តមួយសម្រាប់លើកកម្ពស់សុខភាពមាតា និងទារក និងកាត់បន្ថយអត្រាមានជំងឺនិងមរណភាពរបស់មាតានិងទារក។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី ដូចការថែទាំទារកទើបនឹងកើតដែរ កន្លងមក ការថែទាំក្រោយសម្រាលមិនបានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់ជាសកល (ឬថ្នាក់ជាតិ) ឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ហើយការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃការថែទាំ នៅតែមានកម្រិត។

អត្រាគ្របដណ្តប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ (ក្នុងអំឡុងពេល ២៤ម៉ោងនៃការសម្រាល) បានកើនឡើងពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ ហើយសមាមាត្រស្ត្រីដែលទទួលបានការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ ត្រូវបានសម្រេចលើសចំណុចដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៦។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ស្ត្រីកាន់តែច្រើនថែមទៀតបានមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាមៗ ច្រើនជាងទារកទើបនឹងកើត ការចាប់ផ្តើមបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗ បានធ្លាក់ចុះពី ៦៥,៨% ក្នុងឆ្នាំ២០១០ មកត្រឹម ៦២,៦% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៤ ហើយសមាមាត្រស្ត្រីដែលបានមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលយ៉ាងតិច ២ដង បានធ្លាក់ចុះពី ៧០% ក្នុងឆ្នាំ២០១០ មកត្រឹម ៥២% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤។[17,18] ស្ថានភាពនេះគឺអាចដោយសារតែចំនួននិងការគាំទ្រដល់ឆ្មបនៅមានកម្រិត ដើម្បីចុះមូលដ្ឋានផ្តល់ការថែទាំក្រោយសម្រាល កង្វះខាតការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍ពីសារៈសំខាន់នៃ

---

[17] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2010, 2011.

[18] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015.

ការថែទាំក្រោយសម្រាលច្រើនដង បញ្ហាទូទាត់សងដោយមូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលចេញពីពេទ្យ និងការកើនឡើងនូវការផ្តល់អាហារមុនពេលបៅដោះ ជាពិសេសក្នុងចំណោមស្ត្រីនៅតំបន់ទីប្រជុំជន និងស្ត្រីដែលមានជីវភាពធូរធារ។

នៅក្នុងការធ្វើដំណើរឆ្ពោះទៅមុខទៀត ជាការសំខាន់ដែលត្រូវដោះស្រាយបញ្ហាទាំងអស់ខាងលើ តាមរយៈការកែលម្អគុណភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំក្រោយសម្រាល ការបង្កើនការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍អំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗពីដំបូង និងតែមួយមុខគត់ ព្រមទាំងការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ៤ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារកទើបនឹងកើត។ ដោយសារតែការថែទាំក្រោយសម្រាលមិនទាន់បានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់គ្រប់គ្រាន់កន្លងមក គេត្រូវផ្តល់អាទិភាពទៅលើការបង្កើនគុណភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំក្រោយសម្រាល នៅទូទាំងប្រទេស ក៏ដូចជានៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ ដូចជា មណ្ឌលគិរី/រតនគិរី និងក្នុងចំណោមក្រុមងាយរងគ្រោះ។[19]

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 1.6. **ពង្រឹងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល** |
|---|
| 1.6.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល</u><br><br>1.6.1.1. ពង្រឹងការអនុវត្តកញ្ចប់ថែទាំក្រោយសម្រាលពេញលេញ (FULL PNC) (ការមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាល ៤ដង ដោយមានការពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាលលើកទីមួយធ្វើឡើងមុនពេលចេញពីពេទ្យសម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារក រួមបញ្ចូលទាំងការផ្តល់អាហារបំប៉នដែលមានមីក្រូសារជាតិ និងការទម្លាក់ព្រូន និងការពិនិត្យរាងកាយរបស់ទារករកមើលបញ្ហាពិការភាព និង/ឬភាពមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត)<br>1.6.1.2. ពង្រឹងសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យក្រោយពេលសម្រាលចំនួន ៤ដង សម្រាប់ ទាំង ម្តាយ និងទារក<br>1.6.1.3. ធ្វើការចុះពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាលដល់ផ្ទះក្នុងពេលចុះមូលដ្ឋាន និងរៀបចំ/អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹង ការផ្តល់ និងការប្រើសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលពិបាកចូលទៅដល់ និងក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ។ |

[19] MoP, MoH, ICF Macro, <u>ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014</u>, 2015.

| |
|---|
| 1.6.1.4. ស្នើសុំការអនុញ្ញាតទូទាត់មូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEF)សម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលចេញពីពេទ្យជាសេវាដាច់ដោយឡែកមួយ (និងដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងអន្តរាគមន៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ក្រោមគោលបំណងទីពីរ)<br>1.6.1.5. ពង្រឹងការកំណត់រក និងការបញ្ជូនសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់របស់ទារកទើបនឹងកើត និងពិនិត្យរកបញ្ហាមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត។ |
| 1.6.2. <u>បង្កើនចំណេះដឹង និងតម្រូវការសម្រាប់សេវាថែទាំក្រោយសម្រាល</u><br><br>1.6.2.1. ឆ្មប (ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត) ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាមុនពេលចេញពីពេទ្យដល់ស្ត្រី បុរស និងគ្រួសារ អំពីសារៈសំខាន់នៃការចុះថែទាំក្រោយសម្រាល៤ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារក។<br>1.6.2.2. ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ/អ្នកចែកចាយនៅសហគមន៍ (VHSG/CBD) និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយអំពីសេវាគាំពារសុខភាពសង្គមថ្មី ត្រូវបង្កើនការផ្សព្វផ្សាយអំពីសារៈសំខាន់នៃការមកពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាល ៤ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារក ព្រមទាំងគាំទ្រម្តាយ/ទារក ដើម្បីទទួលបានការថែទាំក្រោយសម្រាល។ |

## ពង្រឹងសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព

### សនិទានភាព

ការរំលូតដែលគ្មានសុវត្ថិភាព គឺជាបញ្ហាដ៏សំខាន់មួយនៃការមានជំងឺ និងការស្លាប់របស់ម្តាយ ហើយការបង្កើនការអត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប និងការទទួលបានសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព គឺជាអន្តរាគមន៍គន្លឹះសម្រាប់កាត់បន្ថយការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព។ ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៦ កម្ពុជាសម្រេចបានវឌ្ឍនភាពដ៏ល្អនៅក្នុងការពង្រឹងសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ហើយគិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៦ មណ្ឌលសុខភាពប្រមាណ ៥៨% មានសមត្ថភាពផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព។[20] លទ្ធផលនេះគឺលើសចំណុចដៅនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដែលបានកំណត់ត្រឹមតែ ៣០% នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គេពុំឃើញមានវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងការកាត់បន្ថយសមាមាត្រស្ត្រីដែលស្វែងរកការរំលូតកូនច្រើនដង ឬនៅក្នុងចំនួនស្ត្រីដែលរាយការណ៍អំពីការរំលូតគ្មានសុវត្ថិភាពនោះទេ ហើយគេសង្កេតឃើញមានវឌ្ឍនភាពតិចតួចនៅក្នុងការពង្រីក

[20] NRHP and NGO reports

សេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព។ នៅតែមានការយល់ច្រឡំអំពីការទូទាត់សងថ្លៃសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពដោយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ហើយបច្ចុប្បន្ននេះ សេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូនភ្លាមៗ មិនត្រូវបានគេទូទាត់សង ជាសេវាដោយឡែកមួយនោះឡើយ។

ដូចដែលបានរំពឹងទុក គេសង្កេតឃើញមានភាពខុសគ្នានៃការប្រើប្រាស់សេវារំលូតកូនក្នុងចំណោមក្រុមស្រ្តីតាមតំបន់ភូមិសាស្រ្ត និងក្រុមស្រ្តីដែលមានការអប់រំផ្សេងៗគ្នា ហើយគិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៤ ស្រ្តីដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ទីក្រុង និងមានការអប់រំទាប បានរាយការណ៍ឱ្យដឹងថាបានរំលូតកូន មានចំនួនច្រើនជាងស្រ្តីដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ជនបទ និងដែលមានការអប់រំខ្ពស់។ មានភាពខុសគ្នារវាងខេត្តនីមួយៗ ក្នុងនោះការរំលូតត្រូវបានគេរាយការណ៍ឱ្យដឹងថា មានចំនួនច្រើនបំផុតនៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ និងបន្ទាយមានជ័យ ហើយមានចំនួនទាបបំផុតនៅក្នុងខេត្តភាគព្សសាន ខេត្តព្រៃវែង និងកំពង់ធំ។ [21]

ពីឆ្នាំ២០១៧ ដល់ ២០២០ ការពង្រីកសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពត្រូវតែបន្ត ប៉ុន្តែត្រូវយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមលើបញ្ហាព័ត៌មាន និងការទទួលបានសេវា ការពង្រីកសេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថ និងធានាថាគម្រោងគាំពារផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ/យន្តការបង់ប្រាក់ទូទាត់ (HEF និងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រោមបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម) គ្របដណ្តប់លើសេវារំលូតកូន និងសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូនភ្លាមៗ។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 1.7. ពង្រឹងសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព |
| --- |
| 1.7.1. <u>បង្កើនការការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព</u><br><br>1.7.1.1. វាយតម្លៃ និងកែលម្អមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលឆ្លើយតបតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យ (រួមបញ្ចូលទាំងសម្ភារៈនិងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់) និងបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកបន្ថែមអំពីការថែទាំការរំលូតកូនគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CAC)<br>1.7.1.2. ធ្វើការធានាគុណភាពនិងបង្វឹកជាបន្តដល់គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលផ្តល់ការថែទាំការរំលូតគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CAC)<br>• ពង្រីក និងពង្រឹងក្រុមធានាគុណភាព និងបង្វឹកនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន<br>1.7.1.3. ពង្រឹងការប្រមូលទិន្នន័យ CAC ប្រព័ន្ធកត់ត្រា និងរាយការណ៍ និងប្រើទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត |

[21] MoP, MoH, ICF Macro, <u>ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – ២០១៤ ២០១៥។</u>

| 1.7. ពង្រឹងសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព |
|---|
| |
| 1.7.2. <u>បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ គុណភាព និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន (ផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងផ្នែកស្តីពីផែនការគ្រួសារខាងលើ)</u><br><br>1.7.2.1. បង្កើនជំនាញផ្តល់ប្រឹក្សា និងសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវា CAC ដើម្បីផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន<br>1.7.2.2. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅក្នុងបន្ទប់ CAC<br>1.7.2.3. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូត ក្នុង HIS និង CDHS (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកផ្សេងទៀតនៅក្រោមគោលបំណងទីបី)<br>1.7.2.4. ស្នើសុំការទូទាត់ដោយប្រើមូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEFs) សម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតភ្លាមៗ ជាសេវាដោយឡែកមួយ (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងអន្តរាគមន៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល នៅក្រោមគោលបំណងទីពីរ) |
| 1.7.3. <u>បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់ការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ដោយផ្អែកលើយុទ្ធវិធីដាក់បញ្ចូលជាដំណាក់កាលៗ</u><br><br>1.7.3.1. ផ្សព្វផ្សាយរបកគំហើញពីការសាកល្បងនៅក្នុងខេត្តបាត់ដំបង និងពោធិ៍សាត់ និងឯកភាពគ្នាលើជំហានបន្ទាប់<br>1.7.3.2. ពង្រីកសេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថ នៅមណ្ឌលសុខភាពដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយប្រើឧបករណ៍ និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉ន/បង្វឹក ប្រសិនបើចាំបាច់។ |
| 1.7.4. <u>បង្កើនការគ្រប់គ្រង/ការត្រួតពិនិត្យមើលការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថ និងដោយប្រើឧបករណ៍នៅក្នុងវិស័យឯកជន</u><br><br>1.7.4.1. ស្នើសុំការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថាននិងសេវាថែទាំសុខភាព នូវ៖<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវាទាំងអស់ ត្រូវតែគោរពតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពសម្រាប់គ្រឹះស្ថានឯកជន |
| 1.7.5. <u>កាត់បន្ថយការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព និងការរំលូតកូនដដែលៗច្រើនដង</u><br><br>1.7.5.1. ពង្រីកការផ្សព្វផ្សាយថា ការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់។ |

| 1.7. ពង្រឹងសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព |
|---|
| 1.7.5.2. ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយអំពីច្បាប់ស្តីពីការរំលូតកូន<br>1.7.5.3. បង្កើនចំណេះដឹង និងការយល់ដឹងអំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព និងច្រើនដង និងទីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលបានសេវារំលូតដោយសុវត្ថិភាព<br>1.7.5.4. ជំរុញការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូត។ |

## ពង្រឹងការផ្តល់ព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពសម្រាប់យុវវ័យ

### សនិទានភាព

កម្ពុជាគឺជាប្រទេសដែលមានប្រជាជនវ័យក្មេងច្រើនជាងគេបំផុតក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដូច្នេះ ការបង្កើនការផ្តល់ និងការទទួលបានព័ត៌មាននិងសេវាមិត្តភាពយុវវ័យ មានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់សម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហានៃការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង ដែលកំពុងកើតមានកាន់តែច្រើន។ ពីឆ្នាំ ២០១០ ដល់ ២០១៦ កម្ពុជាទទួលបានវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ការអប់រំអំពីជីវិតផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលផ្តល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ។ សមាមាត្រមណ្ឌលសុខភាពដែលផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ បានកើនឡើងពី ២៦% ក្នុងឆ្នាំ ២០១០ ដល់ ៦៥% ក្នុងឆ្នាំ២០១៦ ហើយចំនួននេះលើសចំណុចដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រ RSH ដែលមានតែ ៥០% ត្រឹមដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គេរំពឹងថា ការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈទាំងនេះ នឹងមានតិចតួច តម្រូវការមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំ មានកម្រិតខ្ពស់ ហើយការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង ធ្វើឱ្យមានការព្រួយបារម្ភកាន់តែច្រើនឡើង ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ភាគឦសាននៃប្រទេស និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលរស់នៅតំបន់ជនបទ ក្រីក្រ និងមានការអប់រំទាបបំផុត។ [22]

កំណើននាពេលថ្មីៗនេះនៃការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង ត្រូវការការអង្កេតស្រាវជ្រាវនិងយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀត និងបញ្ជាក់ពីតម្រូវការចាំបាច់ដែលត្រូវកំណត់អាទិភាពសកម្មភាពទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ សម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧ និង ២០២០៖

- រៀបចំបង្កើតយុទ្ធវិធីថ្មី និងប្រើប្រាស់ភាពជាដៃគូសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ ជាពិសេស នៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ

[22] MoP, MoH, ICF Macro, ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា – 2014, 2015, pg. 71.

និងគ្របដណ្តប់លើក្រុមគោលដៅជាក់លាក់ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs) កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករក្នុងវិស័យកសិកម្ម និងជនពិការ)

- ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជនដែលមានសមត្ថភាពផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យប្រកបដោយគុណភាព (ឧទាហរណ៍ មូលដ្ឋាន សុខាភិបាលវិស័យសាធារណៈដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី AFRSH, RHAC, MSIC, Sun Quality Clinics) ជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចុះកិច្ចសន្យា ក្រោមគម្រោងគាំពារសង្គមថ្មី
- រៀបចំបង្កើតអន្តរាគមន៍ដែលផ្តោតលើយុវជន និង BCC ដែលលើកកម្ពស់ការពន្យារពេល និងការពន្យារកំណើត ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ភាគឦសាននៃប្រទេស និង
- ធ្វើការស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដើម្បីស្វែងយល់កត្តាជំរុញដែលនៅពីក្រោយការមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការ និងឧបសគ្គដែលយុវវ័យជួបប្រទះក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

| 1.8. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH |
|---|
| 1.8.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវា AFRSH (វិស័យសាធារណៈ)</u><br><br>1.8.1.1. ផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីសេវា AFRSH<br>1.8.1.2. ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល (TOT) ដល់គ្រូបង្គោលថ្នាក់ជាតិ និងខេត្ត អំពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ<br>1.8.1.3. ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ នឹងពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាលដល់ថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br>1.8.1.4. ត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលការពង្រីក និងការអនុវត្តការបណ្តុះបណ្តាល<br>1.8.1.5. ផ្តល់ការបង្វឹកជាបន្ត និងចុះអភិបាលគាំទ្រ ដើម្បីធានាថា សេវា AFRSH ត្រូវបានផ្តល់ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ |
| 1.8.2. <u>ពង្រីកភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីកែលម្អទំនាក់ទំនង និងការសម្របសម្រួលជាមួយវិស័យផ្សេងទៀត និងជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន</u><br>1.8.2.1. បង្កើតទំនាក់ទំនងរវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាលារៀន និងសហគមន៍<br>1.8.2.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជនដែលមានសមត្ថភាពផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យប្រកបដោយគុណភាព |

| 1.8. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH |
|---|
| (ឧទាហរណ៍ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី AFRSH, RHAC, MSIC, Sun Quality Clinics) ជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចុះកិច្ចសន្យា ក្រោមគម្រោងគាំពារសង្គមថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (បសស)។ |
| 1.8.3. <u>រៀបចំបង្កើតយុទ្ធវិធីថ្មី និងប្រើប្រាស់ភាពជាដៃគូសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ ជាពិសេស នៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងគ្របដណ្តប់លើក្រុមគោលដៅជាក់លាក់ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs) កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករក្នុងវិស័យកសិកម្ម ក្រុមជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ)</u><br><br>1.8.3.1. *អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត៖*<br>• ពង្រឹង និងពង្រីកព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដល់អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត<br>• ពង្រឹងការអប់រំសុខភាព និងការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាសុខាភិបាល<br><br>1.8.3.2. *កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ/កម្មករសំណង់៖*<br>• បញ្ចប់ និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំរបស់គិលានដ្ឋាននៅកន្លែងធ្វើការ ដោយសហការជាមួយក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ (MoLVT)<br>• ពង្រឹងសេវា និងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅគិលានដ្ឋានទាំងអស់ ជាពិសេសជំនាញផ្តល់ប្រឹក្សា និងការស្គាល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលបង្អែក<br>• បង្កើតទំនាក់ទំនង និងប្រព័ន្ធបញ្ជូន រវាងគិលានដ្ឋាននៅកន្លែងធ្វើការ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលខាងក្រៅ រួមបញ្ចូលទាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលបានចុះកិច្ចសន្យាក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃ បសស ។<br><br>1.8.3.3. *កម្មករចំណាកស្រុកក្នុងវិស័យកសិកម្ម៖*<br>• ពង្រឹង និងពង្រីកព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដល់កម្មករកសិកម្មចំណាកស្រុក<br>• ពង្រឹងការអប់រំ និងការបញ្ជូនទៅកាន់សេវាសុខភាព<br><br>1.8.3.4. *ក្រុមជនជាតិភាគតិច៖*<br>• ពង្រឹង និងពង្រីកព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដល់ក្រុមជនជាតិភាគតិច<br>• ផ្សព្វផ្សាយដល់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចផ្តល់សេវាកាន់តែអាច |

| 1.8. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH |
| --- |
| ទទួលយកបានថែមទៀត។<br><br>*1.8.3.5. ជនពិការ*<br>• ផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ នៅក្នុងទីកន្លែងនានាដែលជនពិការអាចចូលទៅប្រើប្រាស់បាន។<br>• បង្កើតទំនាក់ទំនង និងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអង្គការជនពិការ និងអ្នកផ្តល់សេវាព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ។<br>• ពង្រឹងការអប់រំអំពីសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យសម្រាប់ជនពិការ តាមរយៈយុទ្ធវិធីមិត្ត/ជនគំរូ។ ការធ្វើបែបនេះនឹងជួយជនពិការ ផ្តល់នូវឧទាហរណ៍ល្អក្នុងចំណោមមិត្តរបស់ពួកគេ និងដើម្បីដោះស្រាយការយល់ច្រឡំទូទៅអំពីតម្រូវការនិងសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទរបស់ជនពិការ។ |
| 1.8.4. <u>កាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង៖</u><br><br>1.8.4.1. បន្តពង្រីកការអប់រំអំពីជីវិតផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ តាមរយៈក្រសួងអប់រំយុវជននិងកីឡា (MoEYS)។<br>1.8.4.2. លើកទឹកចិត្តដល់ការពន្យារពេលការយកកូន និងការពន្យារកំណើត (ជាពិសេស នៅតំបន់ភាគខាងជើង និងឦសាន)<br>1.8.4.3. ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវបន្ថែម ដើម្បីយល់កាន់តែច្បាស់ថែមទៀតអំពីកត្តាជំរុញនៅពីក្រោយការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង និងឧបសគ្គសម្រាប់យុវវ័យក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ។ ប្រើលទ្ធផលដើម្បីជាមូលដ្ឋាននៃការរៀបចំអន្តរាគមន៍ និង BCC (ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងផ្នែកស្តីពីការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការខាងក្រោមផងដែរ) |

## ពង្រឹងសេវារោគស្ត្រី

### សនិទានភាព

សេវារោគស្ត្រីប្រកបដោយគុណភាពមានសារៈសំខាន់ជាសារវ័ន្តសម្រាប់លើកកម្ពស់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទរបស់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យ ហើយជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនគឺជាកង្វល់មួយដែលកំពុងតែលេចចេញឡើងនៅក្នុងប្រទេសនេះ។ ពីឆ្នាំ២០១០ និង ២០១៦ កម្ពុជាទទួលបានវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងការពង្រឹងសេវារោគស្ត្រី និងបង្កើនសមាមាត្រនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ និងគ្លីនិកអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល) ដែលផ្តល់

ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីមាត់ស្បូន ពី 0% ដល់ ១៣% ដែលលើសចំណុចដៅ ដែលបានកំណត់តែ ១0% សម្រាប់ដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។ បច្ចុប្បន្ននេះ គេកំពុងតែរៀបចំដាក់បញ្ចូលថ្នាំបង្ការវីរុស the Human Papilloma Virus (HPV)។

ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន គឺជាមូលហេតុនាំមុខនៃជំងឺមហារីកក្នុងចំណោមស្រ្តីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ អត្រាអាំងស៊ីដង់ដុល (crude incidence rate) ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាខ្ពស់ជាងអត្រាអាំងស៊ីដង់ដុលជាមធ្យមសម្រាប់តំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍។[23] នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៣ URC, Marie Stopes, EPOS និង នាយកដ្ឋានការពារសុខភាពនៃក្រសួងសុខាភិបាល បានដាក់ឱ្យអនុវត្តកម្មវិធីពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ដោយមានការគាំទ្រពីគម្រោង HSSP II ហើយជាបន្តបន្ទាប់មកទៀត ក្រសួងសុខាភិបាលបានអនុម័តពិធីសារដោយយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្មីបំផុតរបស់ WHO ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អង្គការ WHO និង UNFPA កំពុងគាំទ្រដល់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីបង្កើតផែនការសកម្មភាពជាតិមួយសម្រាប់បង្ការ និងព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ហើយគេរំពឹងថា ការងារនេះត្រូវបានបញ្ចប់ត្រឹមពាក់កណ្ដាលឆ្នាំ២០១៧។

ចន្លោះឆ្នាំ២០១៧ និង ២០២០ ការយកចិត្តទុកដាក់នឹងត្រូវបានផ្តោតទៅលើការបញ្ចប់ចុងក្រោយ ការអនុវត្ត និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់បង្ការ និងត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ព្រមទាំងពង្រីកសេវាពិនិត្យរក និងព្យាបាលជំងឺនេះនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅថ្នាក់មូលដ្ឋាន។ គេត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ផងដែរទៅលើការផ្សព្វផ្សាយច្បាប់ថ្មីស្តីពីការបរិច្ចាគ និងការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ និងប្រកាសរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីការពរពោះជំនួស (surrogacy) នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ថាជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ ។

| 1.9. ពង្រឹងសេវាកម្មផ្នែករោគស្ត្រី |
| --- |
| 1.9.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាបង្ការ ពិនិត្យរក និងព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន</u><br><br>1.9.1.1. ដាក់ឱ្យអនុវត្ត និងពង្រីកកម្មវិធីផ្តល់ថ្នាំបង្ការ HPV ដោយមានការគាំទ្រពី GAVI<br>1.9.1.2. បញ្ចប់ជាចុងក្រោយ ផ្សព្វផ្សាយ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់ការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន<br>1.9.1.3. ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃគម្រោងសាកល្បងពិនិត្យរកនិងព្យាបាលដែលមានស្រាប់ ពង្រីកសេវា |

[23] មជ្ឈមណ្ឌលព័ត៌មាន HPV, <u>របាយការណ៍វីរុស Human Papillomavirus និងជំងឺពាក់ព័ន្ធ</u> ឆ្នាំ២០១៦។

| |
|---|
| ពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូននៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក/មន្ទីរពេទ្យខេត្ត និងការព្យាបាលដោយដុតត្រជាក់ (cryotherapy) នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក/មន្ទីរពេទ្យខេត្ត<br>1.9.1.4. កែលម្អហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសម្រាប់ការព្យាបាលដោយដុតត្រជាក់<br>1.9.1.5. ដាក់បញ្ចូលការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ជាផ្នែកមួយនៃការពិនិត្យរោគស្ត្រី និងការដាក់កងក្នុងស្បូន។<br>1.9.1.6. ផ្សព្វផ្សាយអំពីសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន តាមរយៈ CBDs, VHSGs និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយការគាំពារសុខភាពសង្គម។ |
| 1.9.2. ផ្សព្វផ្សាយច្បាប់ថ្មីស្តីពីការបរិច្ចាគ និងការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ និងប្រកាសរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីការពរពោះជំនួស (surrogacy) |

## ពង្រឹងសេវាសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងអំពើហិង្សាលើស្ត្រី (GBV/VAW )

### សនិទានភាព

អំពើហិង្សាពាក់ព័ន្ធនឹងយេនឌ័រ (GBV) នៅតែជាបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរមួយសម្រាប់កម្ពុជា។ ការអង្កេតជាតិឆ្នាំ២០១៥ ស្តីពីសុខភាពនិងបទពិសោធន៍ជីវិតរបស់ស្ត្រីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានរកឃើញថា ២១% នៃស្ត្រីដែលធ្លាប់មានដៃគូ អាយុពី ១៥ ដល់ ៦៤ ឆ្នាំ បានរាយការណ៍ឱ្យដឹងពីការបំពានលើរូបរាងកាយ និង/ឬផ្លូវភេទ ហើយ ៣២% បានរាយការណ៍ពីអំពើហិង្សាផ្លូវអារម្មណ៍ដោយដៃគូស្និទ្ធស្នាល។ ពីរភាគបីនៃស្ត្រីទាំងនេះ បានរាយការណ៍ពីផលវិបាកលើសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្ត ដោយសារតែអំពើហិង្សានេះ ប៉ុន្តែមានតែពាក់កណ្តាលនៃពួកគេប៉ុណ្ណោះដែលបានរាយការណ៍ថាបានស្វែងរកការថែទាំសុខភាពសម្រាប់របួសរបស់ពួកគេ។[24]

ក្រសួងកិច្ចការនារីបានបង្កើតផែនការសកម្មភាពជាតិទីពីរ ស្តីពីការទប់ស្កាត់អំពើហិង្សាលើស្ត្រី (VAW) (2014-2018) ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ ហើយបន្ទាប់មកទៀត ក្រសួងសុខាភិបាលបានអនុម័តគោលការណ៍ណែនាំជាតិដើម្បីគ្រប់គ្រងអំពើហិង្សាលើស្ត្រីនិងកុមារ ហើយថ្មីៗនេះបានបង្កើតសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍គ្លីនិក ផែនការបណ្តុះបណ្តាល និងកម្មវិធីសិក្សា។ គិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៦ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ៦% (មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងគ្លីនិកអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល) បានផ្តល់កញ្ចប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹង GBV និងការបញ្ជូន ប៉ុន្តែមិនបានសម្រេចចំណុចដៅ ដែលមាន ១០% នៅដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី ចំនួននេះត្រូវបានរំពឹងថានឹងកើនឡើងយ៉ាងរហ័ស ខណៈពេលដែលសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍គ្លីនិកថ្មី និងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល ត្រូវបានពង្រីកនៅដើមឆ្នាំ២០១៧។

[24] ក្រសួងកិច្ចការនារី ការអង្កេតជាតិស្តីពីសុខភាព និងបទពិសោធន៍ក្នុងជីវិតរបស់ស្ត្រីនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា, 2015.

សម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧ និង ២០២០ គេត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើការពង្រីកគោលការណ៍ណែនាំថ្មី កញ្ចប់បណ្តុះបណ្តាល ការតាមដានបន្តក្រោយពេលបណ្តុះបណ្តាល និងការបំបែកករណីអំពើហិង្សាលើស្ត្រីចេញពីប្រភេទរបួសជារួមនៅក្នុង HIS ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| | |
|---|---|
| 1.10. | ពង្រឹងសេវាសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអំពើហិង្សាលើស្ត្រី (GBV/VAW) |
| 1.10.1. | ពង្រីកគោលការណ៍ណែនាំថ្មី សៀវភៅមគ្គុទ្ទេសន៍គ្លីនិក កញ្ចប់បណ្តុះបណ្តាល និងការតាមដានបន្តក្រោយពេលបណ្តុះបណ្តាល |
| 1.10.2. | ធានាភាពជាឯកជន និងភាពសម្ងាត់សម្រាប់ជនរងគ្រោះដោយអំពើហិង្សាលើស្ត្រីនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល |
| 1.10.3. | ពង្រឹងកិច្ចសហការពហុវិស័យសម្រាប់អំពើហិង្សាលើស្ត្រី (VAW) តាមរយៈគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ជាតិ ខេត្ត ស្រុក និងឃុំ<br>1.10.3.1. ដាក់បញ្ចូល GBV/VAW ទៅក្នុងគណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព (HCMC) មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការពិភាក្សាក្នុងកិច្ចប្រជុំនៅ OD<br>1.10.3.2. ដាក់បញ្ចូលថវិកានៅក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំ (CIP) សម្រាប់ការផ្តល់សេវា និងការបញ្ជូន GBV/VAW<br>1.10.3.3. ធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណករណី GBV/VAW ឱ្យបានរហ័ស/ទាន់ពេលវេលា<br>1.10.3.4. ពង្រឹងបណ្តាញ/ប្រព័ន្ធបញ្ជូនពហុវិស័យនៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់ |
| 1.10.4. | កែលម្អការរក្សាកំណត់ត្រាសម្រាប់ GBV/VAW<br>1.10.4.1. ស្នើសុំបំបែកករណី GBV/VAW ចេញពីប្រភេទរបួសជារួមនៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HIS) និងបំបែកទៅតាមអាយុ ភេទ និងពិការភាព បើអាចធ្វើបាន (ដាក់បញ្ចូលក្នុងផ្នែកផ្សេងទៀតក្រោមគោលបំណងទីបី) |

## គោលបំណងទីពីរ

បង្កើនការទទួលបានដោយសមធម៌ និងបង្កើនគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការបង្កើនធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងធនធានមនុស្ស។

## ពង្រីកប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម រួមបញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដែលគ្របដណ្តប់កញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និង សុខភាពផ្លូវភេទ

### សន្និដ្ឋាន

ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ ការកាត់បន្ថយឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានគេទទួលស្គាល់យ៉ាងច្រើនថាជាកត្តាជំរុញគន្លឹះមួយចំពោះការកើនឡើងដ៏គួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍ នៅក្នុងសមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ និងកាសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គមត្រូវបានពង្រីកថែមទៀតពីឆ្នាំ ២០១០ ដល់ ២០១៦ ហើយមូលនិធិសមធម៌សុខភាពបានគ្របដណ្តប់ ៨៨% ឬ ១០០% នៃស្រុកប្រតិបត្តិ ត្រឹមដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។ លទ្ធផលនេះគឺលើសចំណុចដៅនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនៃសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដែលកំណត់ត្រឹមតែ ៧៧% ត្រឹមដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។

ខណៈដែលមូលនិធិសមធម៌សុខភាពត្រូវបានពង្រីកនៅក្នុងទិដ្ឋភាពជាច្រើនក្នុងអំឡុងពេលនេះ រួមទាំងការកើនឡើងនៃការគ្របដណ្តប់ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ និងកំណើននៃការគ្របដណ្តប់នៃសេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារក នៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក គេសង្កេតឃើញនៅតែមានគម្លាតនៅក្នុងកញ្ចប់ភាគផលមូលនិធិសុខភាព/ប្រព័ន្ធទូទាត់សងដដែល។ ឧទាហរណ៍ ការរំលូតកូនមិនត្រូវបានគេដាក់បញ្ចូល ឬដកចេញឱ្យបានច្បាស់លាស់ នៅក្នុងកញ្ចប់ភាគផលនេះទេ ហើយបញ្ហានេះធ្វើឱ្យគេមិនបានស្នើសុំមកវិញ ឬទូទាត់សង។ បញ្ហានេះក៏កើតមានផងចំពោះជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ហើយបច្ចុប្បន្ននេះ ការទូទាត់សងមិនត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឡើយចំពោះការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលចេញពីពេទ្យ ក៏ដូចជាចំពោះសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលភ្លាមៗ និងក្រោយពេលរំលូតកូន។

គម្រោងប័ណ្ណសុខភាពបន្តពូជ ក៏ត្រូវបានពង្រីកថែមទៀតពីឆ្នាំ២០១៣ ដល់ ២០១៦ ហើយគិតត្រឹមដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦ គម្រោងប័ណ្ណសុខភាពសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពបន្តពូជ និងក្រុមងាយរងគ្រោះ បានគ្របដណ្តប់ ៦ខេត្ត និង ២១ ស្រុកប្រតិបត្តិ។ គម្រោងនេះផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់សេវារំលូតកូន ផែនការគ្រួសារក្រោយពេលរំលូតនិងក្រោយពេលសម្រាលភ្លាមៗ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងនិងអចិន្ត្រៃយ៍ ទាំងនៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក្តី គម្រោងនេះនឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការគាំទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដោយចាប់ផ្តើមពីពាក់កណ្តាលឆ្នាំ២០១៧ ទៅ ដូច្នេះ គេត្រូវធានាថា ការគ្របដណ្តប់សេវាទាំងនេះ និងការចំណាយពាក់ព័ន្ធត្រូវបានរក្សាដដែល។

នៅក្នុងពេលអនាគត ជាការសំខាន់ដែលត្រូវកែតម្រូវបញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់សងខាងលើ ព្រមទាំងធានាថា ការគ្របដណ្តប់សេវា និងការចំណាយលើមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលបច្ចុប្បន្នត្រូវបានគាំទ្រតាមរយៈគម្រោងប័ណ្ណសុខភាព ត្រូវបានរក្សាដដែល។ ជាការសំខាន់ផងដែរដែលត្រូវធានាថា គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី ដែលជាផ្នែក

មួយនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម គ្របដណ្តប់កញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទពេញលេញ នៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់នៃការផ្តល់សេវាថែទាំ។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 2.1. ពង្រីកប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម រួមទាំងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដែលគ្របដណ្តប់លើកញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទពេញលេញ |
|---|
| 2.1.1. ស្នើសុំការគ្របដណ្តប់អ្នកក្រីក្រ ១០០% ក្រោមមូលនិធិសមធម៌សុខភាព និង ១០០% នៃកម្មករនិយោជិតវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្នុងប្រព័ន្ធ/មន្ត្រីរាជការ ដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម ដែលមានកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍/ប្រព័ន្ធទូទាត់ ដែលគ្របដណ្តប់លើកញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទពេញលេញ នៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់នៃសេវាថែទាំ (រួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលមុនចេញពីពេទ្យ សេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលរំលូតភ្លាមៗ ការថែទាំការរំលូតកូនគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន)។ |
| 2.1.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន ដែលមានសមត្ថភាពផ្តល់ព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពសម្រាប់យុវវ័យ (AFRSH) ប្រកបដោយគុណភាព (ឧទា. មូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី AFRSH, RHAC, MSIC, Sun Quality Clinics) ជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចុះកិច្ចសន្យាក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (NSSF)។ |
| 2.1.3. ស្នើសុំឱ្យមានការដាក់បញ្ចូលតួនាទីរបស់អ្នកផ្សព្វផ្សាយសេវាគាំពារសុខភាពសង្គមថ្មី (ដែលជាអតីតអ្នកផ្សព្វផ្សាយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព) ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងគាំពារសុខភាពសង្គម និងការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទប្រកបដោយគុណភាព ទាំងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន។<br>• ផ្តល់ការយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសទៅលើការផ្សព្វផ្សាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការទទួលសេវាក្នុងចំណោមក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ (ជនជាតិភាគតិច ជនចំណាកស្រុក កម្មកររោងចក្រ ជនពិការ ។ល។) |
| 2.1.4. ស្នើសុំឱ្យប្រព័ន្ធទូទាត់នៃមូលនិធម៌សុខភាព គ្របដណ្តប់លើ៖<br>• ការទូទាត់សងសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាល និងក្រោយពេលរំលូតកូនភ្លាមៗ ជាសេវាដោយឡែក (ការទូទាត់សងសម្រាប់ការសម្រាលកូន ឬការរំលូតកូន + ការទូទាត់សម្រាប់ការផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតភ្លាមៗ (ឧទា. ការដាក់កងក្នុងស្បូន IUD)<br>• ការទូទាត់សងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលពីពេទ្យ ជាសេវាដោយឡែកមួយ (ការទូទាត់សងសម្រាប់ការសម្រាល + ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល); ការ |

| | |
|---|---|
| | ទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល គួរផ្តល់តែពេលណាដែលសេវាផ្តល់សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងកូន ប៉ុណ្ណោះ។<br>• ការទូទាត់សងសម្រាប់សោហ៊ុយធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រីក្រ (ដែលមានប័ណ្ណក្រីក្រ poor ID) ដែលមករកសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទនៅមណ្ឌលសុខភាព (ក៏ដូចជានៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) |
| 2.1.5. ស្នើសុំបង្កើត និងផ្សព្វផ្សាយប្រកាស ឬសេចក្តីណែនាំដែលបំភ្លឺពីសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព (CAC) (និងការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងការព្យាបាល cryotherapy) ដោយអនុញ្ញាតឱ្យសុំ និងទូទាត់សងក្រោមគម្រោងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព | |

## បង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ

### សនិទានភាព

ការចំណាយថវិការដ្ឋលើសុខភាព និងផលិតផលពន្យារកំណើត បានកើនឡើងក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ ហើយថវិកាបែបនេះគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់និរន្តរភាពរយៈពេលវែងនៃការផ្តល់សេវា និងគំនិតផ្តួចផ្តើមហិរញ្ញប្បទានផ្នែកទទួលសេវា។ ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៤ តម្លៃសរុបនៃថវិកាសម្រាប់សុខភាពបានកើនឡើងពី ១៦០ លានដុល្លារអាមេរិក ដល់ ២១៤ លានដុល្លារអាមេរិក និងពី ៦,៥% ដល់ ៧,៦% នៃថវិការដ្ឋសរុប។[25] ហិរញ្ញប្បទានរដ្ឋសម្រាប់ផលិតផលពន្យារកំណើត ក៏បានកើនឡើងផងដែរក្នុងអំឡុងពេលនេះ ដោយកើនឡើងពី ១០០.០០០ដុល្លារអាមេរិក ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ដល់ ២ លានដុល្លារអាមេរិក ក្នុងឆ្នាំ២០១៦។ កំណើននៅក្នុងហិរញ្ញប្បទានរបស់រដ្ឋាភិបាលសម្រាប់ផលិតផលពន្យារកំណើត គឺជាជំហានវិជ្ជមានមួយសម្រាប់ពេលអនាគត។ ថវិកានេះមានសារៈសំខាន់ជាសារវ័ន្តសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង និងមានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេដងក្នុងការកាត់បន្ថយការចំណាយលើសេវាសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយការមានផ្ទៃពោះដែលមិនចង់បាន ការសម្រាល និងការរំលូតកូន។

នៅក្នុងពេលអនាគត ជាការសំខាន់ដែលត្រូវស្នើសុំបង្កើនថវិការដ្ឋលើសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ និងពង្រឹងការលើកកម្ពស់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ ជាមធ្យោបាយមួយនៃការសម្រេចបានគោលដៅដែលបានកំណត់នៅក្នុងផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារក ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលថ្មី ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព។

---

[25] ក្រសួងសុខាភិបាល ការិយាល័យសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល របាយការណ៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ ឆ្នាំ២០១៥, 2015.

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 2.2. បង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ |
|---|
| 2.2.1. <u>ស្នើសុំការបង្កើនថវិការដ្ឋ សម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ (រួមបញ្ចូលទាំងលទ្ធកម្មផលិតផលមធ្យោបាយពន្យារកំណើត ថវិការដ្ឋជាប្រចាំ និងកញ្ចប់ថវិកាសម្រាប់ផ្តល់សេវា)</u><br><br>2.2.1.1. កសាងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អំពីការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ<br>2.2.1.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំ (CIP) នូវ៖<br>• សកម្មភាព HCMC និង VHSG (រួមបញ្ចូលទាំងសកម្មភាពចុះមូលដ្ឋានដែលទាក់ទងទៅនឹង RSH, GBV/VAW, AFRSH ។ល។)<br>• សកម្មភាពសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តសម្រាប់យុវវ័យ<br>• ការផ្តល់សេវា GBV/VAW និងការបញ្ជូន<br>2.2.1.3. រក្សាការគាំទ្រសម្រាប់ការលើកទឹកចិត្តឆ្មប (ការលើកទឹកចិត្តសម្រាប់ឆ្មបដែលធ្វើការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)<br>2.2.1.4. ស្នើសុំការបង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សម្ភារៈអប់រំសុខភាព/សកម្មភាពBCC សម្រាប់ RSH, FP, GBV/VAW, AFRSH, អាហារូបត្ថម្ភ ។ល។ |

## លើកកម្ពស់សមត្ថភាពជំនាញ និងការដាក់ពង្រាយឆ្មប

### សនិទានភាព

បន្ថែមពីលើការកាត់បន្ថយឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការថែទាំ ការបង្កើនសមត្ថភាពជំនាញ និងការដាក់ពង្រាយឆ្មប ជាពិសេសនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាកត្តាជំរុញដ៏សំខាន់មួយចំពោះកំណើនក៏គួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងសមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ និងការសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំថ្មីៗនេះ។ ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៦ កម្ពុជាបានបង្កើនចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលមានឆ្មបពីរនាក់ ពី ៧៧% ដល់ ៨១% ប៉ុន្តែ ប្រទេសនេះនៅមិនទាន់សម្រេចបានផែនការរបស់ខ្លួនដែលកំណត់ចំនួន ៨៥% នៅត្រឹមដំណាច់ឆ្នាំ២០១៦។

នៅក្នុងពេលអនាគត គេត្រូវដោះស្រាយកង្វះខាតនៃការគ្របដណ្តប់ទាំងនេះ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងសនិទានកម្មការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានសម្រាប់ឆ្មប។ ជាការសំខាន់ផងដែរដែលត្រូវពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេស និង

សង្គមវប្បធម៌របស់ឆ្មបដែលមានស្រាប់ តាមរយៈការបណ្ដុះបណ្ដាលផ្អែកលើសមត្ថភាពជំនាញ ការអភិបាលគាំទ្រ និងការពង្រីកឱកាសសម្រាប់អនុវត្តជាក់ស្ដែង និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងធ្វើការផ្ទាល់។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 2.3. **លើកកម្ពស់សមត្ថភាពជំនាញ និងការដាក់ពង្រាយឆ្មប** |
|---|
| 2.3.1. <u>ការបណ្ដុះបណ្ដាលមូលដ្ឋាន៖</u><br><br>2.3.1.1. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីសិក្សាឆ្មបមូលដ្ឋាន ពង្រឹងការបណ្ដុះបណ្ដាលអនុវត្តផ្ទាល់សម្រាប់និស្សិតឆ្មប និងពង្រីកកម្មវិធីគ្រូកម្មសិក្សា។<br>• ធានាថា សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទទាំងអស់ (រួមបញ្ចូលទាំង EmONC, AFRSH, GBV/VAW, ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ការពិនិត្យទារកទើបនឹងកើតរកមើលបញ្ហាមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត។ល។) និងសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ និងការយល់ដឹងផ្អែកសង្គមវប្បធម៌ (ឧទា. យេនឌ័រ ពិការភាព និងយុវវ័យ ។ល។) ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកម្មវិធីសិក្សាមូលដ្ឋាន<br>• ផ្ដល់អាទិភាពដល់ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីបណ្ដុះបណ្ដាលមូលដ្ឋាន នូវនិស្សិតដែលមកពីតំបន់ដែលខ្វះឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាព<br>2.3.1.2. សនិទានកម្មវគ្គបណ្ដុះបណ្ដាលមូលដ្ឋានដែលមានសម្រាប់សម្រាប់ឆ្មប<br>2.3.1.3. ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើវគ្គសិក្សាថ្នាក់បញ្ញាបត្ររង និងថ្នាក់បរិញ្ញាបត្រ<br>2.3.1.4. ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើការងារឆ្មប<br>2.3.1.5. អភិវឌ្ឍគន្លងអប់រំឆ្មប។<br>2.3.1.6. អភិវឌ្ឍក្របខ័ណ្ឌនិយតកម្មការអប់រំឆ្មប។ |
| 2.3.2. <u>ការបណ្ដុះបណ្ដាលបន្ត៖</u><br><br>2.3.2.1. ពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេសឆ្មប និងការយល់ដឹងផ្អែកសង្គមវប្បធម៌ តាមរយៈការបណ្ដុះបណ្ដាលផ្អែកលើសមត្ថភាពជំនាញ ការអភិបាលគាំទ្រ និងតាមរយៈការពង្រីកឱកាសសម្រាប់ការអនុវត្តផ្ទាល់ និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់។<br>• បង្កើតមន្ទីរពិសោធន៍ជំនាញនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក CPA3<br>• ប្ដូរវេនអ្នកផ្ដល់សេវា ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានករណីតិច ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានករណីច្រើន<br>• បង្កើនសមត្ថភាព និងឱកាសអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈសម្រាប់គ្រូបង្គោល/អ្នកអភិបាល និងគ្រូ |

បង្វឹកថ្នាក់ខេត្ត

2.3.2.2. ពង្រឹងកិច្ចប្រជុំក្រុមសម្របសម្រួលនិងសម្ព័ន្ធឆ្មបប្រចាំត្រីមាស។

- ប្រើកិច្ចប្រជុំ MCAT ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឆ្មបអំពីពិធីសារ គោលការណ៍ណែនាំប្រកាសថ្មី ការយល់ដឹងអំពីសង្គមវប្បធម៌ ។ល។
- ធានាការចូលរួមពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឆ្មប មកពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែក នៅក្នុងកិច្ចប្រជុំ MCAT ដើម្បីបំភ្លឺបញ្ហានានាទាក់ទងនឹងការសម្រាលដែលមានផលវិបាក និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់អំពីករណីបញ្ជូន។

2.3.3. <u>ការគ្រប់គ្រង និងការចេញអាជ្ញាប័ណ្ណ៖ ពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី ចេញអាជ្ញាប័ណ្ណ និងផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណជាថ្មី</u>

2.3.3.1.បញ្ចប់ពង្រៀង និងអនុវត្តច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល

2.3.4. <u>ការផ្គត់ផ្គង់៖ បង្កើនចំនួនឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព</u>

2.3.4.1. ការជ្រើសរើសចូលក្របខ័ណ្ឌនូវឆ្មបមធ្យមសម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព

2.3.4.2. ស្វែងរកជម្រើសនានាដើម្បីចុះកិច្ចសន្យាជាមួយឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និង/ឬដំឡើងឆ្មបបឋមទៅជាឆ្មបមធ្យម

2.3.4.3. ស្នើសុំប្រាក់លើកទឹកចិត្តសមស្របសម្រាប់ឆ្មបមធ្យមដែលធ្វើការនៅតំបន់ឆ្ងាយដាច់ស្រយាល។

### គោលបំណងទីបី

បង្កើនការទទួលបានប្រកបដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ។

## ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបមរណៈភាពមាតា

### សនិទានភាព

ប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបមរណភាពមាតា គឺជាឧបករណ៍ដ៏សំខាន់មួយសម្រាប់កាត់បន្ថយមរណភាពមាតា។ ប្រព័ន្ធនេះគឺជាវដ្តសកម្មភាពជាបន្តមួយ ដែលរួមមានបួនជំហាន៖ ១)កំណត់អត្តសញ្ញាណការស្លាប់ម្តាយដែលសង្ស័យ ២)បញ្ជាក់ការស្លាប់របស់ម្តាយ និងវាយតម្លៃគុណភាពនៃការថែទាំដែលបានទទួល និងកត្តានានាក្រៅពីវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការស្លាប់ ៣)វិភាគកត្តាដែលអាចជៀសវាងបាន និងផ្តល់អនុសាសន៍ភ្លាមៗសម្រាប់វិធានការកែតម្រូវ និង ៤)អនុវត្តអនុសាសន៍ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានការឆ្លើយតប។ ប្រព័ន្ធប្រភេទនេះជួយអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

សុខាភិបាលយល់ពីពេលវេលា ទីកន្លែង និងមូលហេតុដែលម្តាយស្លាប់ ព្រមទាំងគាំទ្រពួកគេតាក់តែងវិធានការសមស្របដើម្បីទប់ស្កាត់ការស្លាប់របស់ម្តាយស្រដៀងគ្នានេះក្នុងពេលខាងមុខ។

ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៦ កម្ពុជាទទួលបានវឌ្ឍនភាពយ៉ាងល្អនៅក្នុងការពង្រឹង និងពង្រីកប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបមរណភាពមាតា។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ ប្រទេសនេះបានធ្វើការស្រាវជ្រាវ ៩០% (៩០/១០០) នៃការស្លាប់របស់ម្តាយដែលបានរាយការណ៍ ដែលសម្រេចបានលើសផែនការនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទឆ្នាំ២០១៦របស់ខ្លួន ដែលបានកំណត់ត្រឹមតែ ៥០%។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ សមាជិកភាព និងតួនាទីនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់គណៈកម្មាធិការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងពិធីសារជាតិសម្រាប់ស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផងដែរ។ ខណៈពេលដែលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះមានផលប៉ះពាល់ជាវិជ្ជមាន ការសិក្សាថ្មីមួយបានបង្ហាញថាសមត្ថភាព និងហិរញ្ញប្បទានសម្រាប់ការតាមដាននិងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា ជាពិសេស នៅថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ស្រុក នៅតែខ្សោយ ដូច្នេះគេចាំបាច់ត្រូវតែបង្កើនការចូលរួមរបស់អ្នកជំនាញបច្ចេកទេសថ្នាក់ខេត្ត ក៏ដូចជា បង្កើនសមត្ថភាពរបស់សមាជិកគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ខេត្ត ដើម្បីផ្តល់ និងអនុវត្តអនុសាសន៍។

នៅក្នុងពេលអនាគត ជាការសំខាន់ដែលត្រូវដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ និងធានាការមានថវិការដ្ឋសម្រាប់គាំទ្រប្រព័ន្ធតាមដាននិងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតាជាប្រចាំ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 3.1. **ពង្រឹងប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប** |
|---|
| 3.1.1. <u>ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គណៈកម្មាធិការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (MDA) នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងខេត្ត។</u><br><br>3.1.1.1. រៀបចំកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាប្រចាំត្រីមាស ដើម្បីពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ស្តីពីមរណភាពមាតាដែលបានបញ្ជូនមកពីគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់។<br>3.1.1.2. ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងផ្តល់ការបង្ហឹកអនុវត្តជាក់ស្តែងដល់គណៈកម្មាធិការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ។<br>• ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពី MDAs កន្លងមក ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូករណី ដែលអាចប្រើសម្រាប់ការបង្ហឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់។<br>3.1.1.3. រៀបចំ និងផ្សព្វផ្សាយសេចក្តីណែនាំ/បទបញ្ជា ដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន លើលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងរបាយការណ៍<br>3.1.1.4. ផ្តល់ការណែនាំអំពីការអង្កេតស្រាវជ្រាវមរណភាពនៅទូទាំងខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ។ |

| |
|---|
| 3.1.1.5. ត្រួតពិនិត្យតាមដានការអនុវត្តអនុសាសន៍ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាថ្នាក់ខេត្ត និងខេត្ត និងកិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរបស់គណៈកម្មាធិការ។ |
| 3.1.2. <u>បង្កើនសមត្ថភាព និងឋវិកាសម្រាប់ MDSR ពិសេស នៅថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុក</u><br>3.1.2.1. ពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្ត/ស្រុក ដើម្បីបង្កើត និងអនុវត្តអនុសាសន៍។<br>3.1.2.2. បង្កើនការចូលរួមរបស់អ្នកជំនាញបច្ចេកទេសថ្នាក់ខេត្ត។ |
| 3.1.3. <u>កែលម្អទំនាក់ទំនងនឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន</u><br>3.1.3.1. កែលម្អទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងសាលាឃុំ ដែលមានមណ្ឌលសុខភាពនៅក្នុងនោះ។ |
| 3.1.4. <u>ពិចារណាដាក់ឱ្យអនុវត្តការអង្កេតស្រាវជ្រាវករណីមាតាហៀបនឹងស្លាប់ (near misses)</u><br>3.1.4.1. អនុវត្តទម្រង់ពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់ MDA សម្រាប់ករណីហៀបនឹងស្លាប់ (near misses) និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំ MCAT និងដើម្បីបង្កើត ករណីសិក្សាសម្រាប់ការបង្វឹក។ |

## ដាក់ឱ្យអនុវត្តការស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត

### សន្និទានភាព

ស្រដៀងគ្នានឹងការតាមដាននិងឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតាដែរ ការពិនិត្យឡើងវិញលើមរណភាពទារកទើបនឹងកើត រួមមានវដ្តមួយដែលមានបួនជំហាន និងជួយអ្នកជំនាញខាងសុខភាព យល់ពីពេលវេលា ទីកន្លែង និងមូលហេតុនៃការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត ព្រមទាំងគាំទ្រពួកគេក្នុងការដាក់ចេញនូវវិធានការសមស្រប ដើម្បីទប់ស្កាត់ការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើតស្រដៀងគ្នានេះក្នុងពេលអនាគត។ ខណៈពេលដែលកម្ពុជាបាននិងកំពុងដាក់ឱ្យអនុវត្តនូវប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើតមួយ ការអនុវត្តប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានពន្យារពេល ដោយរង់ចាំការចេញផ្សាយមគ្គុទ្ទេសក៏ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកសម្រាប់ស្រាវជ្រាវ និងពិនិត្យឡើងវិញលើការកើតស្លាប់ និងការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត។

ខណៈពេលដែលមគ្គុទ្ទេសន៍ថ្មីរបស់អង្គកាសុខភាពពិភពលោកត្រូវបានចេញផ្សាយក្នុងឆ្នាំ២០១៦ ឥឡូវនេះកម្ពុជាអាចបន្តទៅមុខជាមួយការបង្កើត និងដាក់ឱ្យអនុវត្តប្រព័ន្ធពិនិត្យ/ស្រាវជ្រាវថ្មីអំពីមរណភាពទារកទើបនឹងកើត ហើយគេរំពឹងថា ការបង្កើតប្រព័ន្ធថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមក្នុងឆ្នាំ២០១៧ ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាខាងលើ អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 3.2. ដាក់ឱ្យអនុវត្តការពិនិត្យឡើងវិញ/ស្រាជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត |
|---|
| 3.2.1. បង្កើតប្រព័ន្ធពិនិត្យ/ស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើតរបស់កម្ពុជា និងតាមរយៈការសម្រប និងបរិបទនីយកម្មមគ្គុទ្ទេសន៍ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក |
| 3.2.2. ដាក់បញ្ចូល/ភ្ជាប់ ប្រព័ន្ធស្រាជ្រាវមរណភាពជុំវិញកំណើត ជាមួយប្រព័ន្ធ MDSR |

## ធ្វើការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការ និងសកម្មភាពផ្សេងទៀត

### សនិទានភាព

ការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការគឺជាឧបករណ៍មួយ សម្រាប់កែលម្អការបង្កើតកម្មវិធី។ ពីឆ្នាំ២០១០ ដល់ ២០១៦ កម្ពុជាបានធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវស៊ីជម្រៅទៅលើមូលហេតុនៃភាពស្លេកស្លាំងរបស់ម្តាយ និងចំណង់ចំណូលចិត្តនៃការបន្តពូជនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ហើយថ្មីៗនេះ ប្រទេសនេះបានកំណត់ផ្នែកមួយចំនួនជាអាទិភាពសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវពីឆ្នាំ២០១៧-២០២០។ ផ្នែកដែលត្រូវសិក្សាស្រាវជ្រាវទាំងនេះគឺផ្នែកលើបញ្ហា និងអាទិភាពនានាដែលបានកំណត់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ និងដាក់បញ្ចូលការមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការ ភាពស្លេកស្លាំងដែលមិនបណ្តាលមកពីកង្វះជាតិដែក និងការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ។

កម្ពុជាក៏បានកំណត់ផងដែរនូវអន្តរាគមន៍មួយចំនួនដែលទាក់ទងនឹង HIS សម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ ហើយអន្តរាគមន៍ទាំងនេះត្រូវបានបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

អន្តរាគមន៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវបានកំណត់ជាអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំ២០១៧-២០២០។

| 3.3. ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិការ |
|---|
| 3.3.1. ធ្វើការសិក្សាសាកល្បង និង/ឬរៀបចំឱ្យមានការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ ប្រធានបទស្រាវជ្រាវជាអាទិភាពរួមមាន៖<br>• ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់ – កត្តាជំរុញនៃការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់ និងឧបសគ្គចំពោះយុវវ័យក្នុងការទទួលព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ |

| |
|---|
| • មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ - កត្តាជំរុញ និងរបៀបកាត់បន្ថយ។ |
| 3.4. **ផ្សេងទៀត** |
| 3.4.1. ស្នើសុំបំបែកករណី GBV/VAW ពីប្រភេទរបួសរួមនៅក្នុង HIS និងបំបែកតាមអាយុ ភេទ និងពិការភាព បើអាច (ដាក់បញ្ចូលផងដែរនៅក្នុងផ្នែកស្តីពី GBV/VAW ក្រោមគោលបំណងទីមួយ) |
| 3.4.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន ក្នុង HIS និង CDHS (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកស្តីពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូត ក្រោមគោលបំណងទីមួយ) |
| 3.4.3. ស្នើសុំបំបែករៀបការ និងមិនទាន់រៀបការ ក្នុងក្រុមអាយុ ១៥-១៩ និង ១៩-២៤ ឆ្នាំ |

## ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃ

យុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៧-២០២០ នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យតាមដានប្រចាំឆ្នាំ ដោយប្រើប្រាស់ក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃខាងក្រោម។ ការពិនិត្យឡើងវិញល្អិតល្អន់ជាងនេះមួយ នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំ២០២០ នៅពេលមានទិន្នន័យពី CDHS ថ្មី។

ក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាននិងវាយតម្លៃនេះត្រូវបានបង្កើតឡើង តាមរយៈដំណើរការតាមបែបចូលរួម ហើយសូចនាករនិងចំណុចដៅត្រូវបានដាក់តម្រូវតាមផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាលថ្មី ផែនទីបង្ហាញផ្លូវដើម្បីពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារក និងផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិថ្មីសម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននូវមេរោគអេដស៍ ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទបេ។ នៅទីណាដែលមិនទាន់មានសូចនាករនិងចំណុចដៅពាក់ព័ន្ធ សូចនាករសកល ឬសូចនាករ CDHS ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីធានាភាពងាយស្រួល និងសង្គតិភាពនៃការរាយការណ៍។

# ឧបសម្ព័ន្ធទី ១៖ ក្របខ័ណ្ឌត្រួតពិនិត្យតាមដាន

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| គោលដៅរួម | | | | | |
| ដើម្បីរួមចំណែកដល់សុខភាពនិងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជនទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយលើកកម្ពស់ស្ថានភាពសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងរបស់ស្ត្រី បុរស និងយុវវ័យ។ | អត្រាមរណភាពមាតា | 206 ក្នុង 100,000 | 170 (2014) | 130 | CDHS |
| | អត្រាមរណភាពទារក | 27 ក្នុង 1,000 | 18 (2014) | 14 | CDHS |
| | អត្រាបង្កកំណើតសរុប | 3.0 | 2.7 (2014) | 2.5 | CDHS |
| | អត្រាកំណើតក្នុងចំណោមយុវវ័យ (15-19) | 46 | 57 (2014) | 51 | CDHS |
| | អត្រាមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការ (15-19 ឆ្នាំ) | 8.2% | 12% (2014) | 8% | CDHS |
| | តម្រូវការមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់ផែនការគ្រួសារ | 16.6% | 11.9% (2014) | 8% | CDHS |
| | • តម្រូវការមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់ការពន្យារកំណើត | 6% | 5% (2014) | 4% | CDHS |
| | • តម្រូវការមិនទាន់បានបំពេញសម្រាប់ការបញ្ឈប់កំណើត | 10.6% | 6.9% (2014) | 4% | CDHS |
| | % នៃស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (15-49) ដែលបានបំពេញតម្រូវការ | 50.5% | 56.3% (ស្ត្រីរៀបការ) (2014) | 62% | CDHS |

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | របស់ខ្លួន (ជាមួយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប) | | | | |
| **គោលបំណង** | | | | | |
| 1. បង្កើនការទទួលបានដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការផ្តល់សេវា។ | អត្រាប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប (ស្ត្រីរៀបការ) | 35% | 39% (2014) | 48% | CDHS, HIS |
| | % នៃស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នដែលប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ | 15.7% | 17.5% | 15% | CDHS |
| | % មធ្យោបាយពន្យារកំណើតស្ត្រីរៀបការបច្ចុប្បន្នដែលប្រើមធ្យោបាយ LAPM (អចិន្ត្រៃយ៍, កងដាក់ដៃ, IUDs) | 6% | 9.6% (2014) | 14% | CDHS |
| | % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទទួលបានការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលយ៉ាងតិច 4 ដង | 59.4% (2010) | 75.6% (2014) | 90% | CDHS, HIS |
| | % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបូមសំណាកឈាមក្នុងពេល ANC | 15.3% (2010) | 77.1% (2014) | 90% | CDHS |

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | % អតិថិជន ANC ដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត | 41.7% (CDHS 2010) | 82.5% (2015) (មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT)<br>70.3% (CDHS 2014) | > 95% | មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT<br>OR<br>CDHS |
| | % ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលទទួលបាន ART ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ | 45% (2010) | 75.5% (2014) | 90% | របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពរបស់ប្រទេសកម្ពុជា NAA<br>OR<br>មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT |
| | % នៃការសម្រាលដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល<br>(ជារួម និងបំបែកតាមក្រុមបញ្ចភាគប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំ) | 71% (2010)<br>47% (គ្មានការអប់រំ)<br>49% (ប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) | 89% (2014)<br>72% (គ្មានការអប់រំ)<br>75% (ប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) | 90%<br>80% (គ្មានការអប់រំ)<br>80% (ប្រាក់ចំណូលទាប | CDHS, HIS |

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | បំផុត) | |
| | % នៃការសម្រាលក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br><br>(ជារួម និងបំបែកតាមក្រុមបញ្ចភាគប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំ) | 54% (ជារួម)<br><br>34% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>35% (ប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) | 83% (ជារួម)<br><br>68% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>68% (បញ្ចភាគប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) | 90% ជារួម)<br><br>80% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>80% (បញ្ចភាគប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) | CDHS, HIS |
| | % នៃការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់<br><br>(ជារួម និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ)[26] | Overall: 3%<br><br>កំពង់ស្ពឺ៖ 1.1%<br><br>ពោធិ៍សាត់៖ 2.1%<br><br>ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង៖ 0.9%<br><br>ភ្នំពេញ៖ 9.9% | ជារួម៖ 6.3%<br><br>កំពង់ស្ពឺ៖ 2.2%<br><br>ពោធិ៍សាត់៖ 2.2%<br><br>ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង៖ 2.3%<br><br>ភ្នំពេញ៖ 14.4% | ជារួម៖ 10%<br><br>ថ្នាក់ក្រោមជាតិ៖ គ្មានខេត្តណាក្រោម 3.5% ហើយភ្នំពេញមិនលើស | CDHS, HIS |

[26] ការបង្ហាញពីទីតាំងដែលមានអត្រាសម្រាលកូនដោយវះកាត់ទាបបំផុត និងខ្ពស់បំផុតសម្រាប់ឆ្នាំ២០១០ និង២០១៤ (CDHS)

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ពី 17% | |
| | ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ក្នុងចំណោមប្រជាជន 500,000 នាក់ | 1.64 (2009) | 4.84 (2015) | ≥5.0 (≥160 មូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC) | ការវាយតម្លៃ EmONC + NMCHC របាយការណ៍ផ្តល់សេវា |
| | % នៃស្ត្រីដែលមកជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រោយពេលសម្រាលកូនក្នុងអំឡុងពេល ២ថ្ងៃនៃការសម្រាល | 70% | 90% (2014) | 95% | CDHS, HIS |
| | % នៃទារកទើបនឹងកើត ដែលជួបក្រោយពេលសម្រាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងអំឡុងពេល ២ថ្ងៃនៃការសម្រាល | NA | 76.5% | 95% | CDHS, HIS |
| | % នៃស្ត្រីដែលបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលយ៉ាងតិច ២ ដង | 70% | 52.26% | 60% | HIS CDHS |
| | % នៃទារកដែលត្រូវបានដាក់ឱ្យបៅដោះម្តាយក្នុងអំឡុង ម៉ោងដំបូងបន្ទាប់ពីសម្រាល | 66% | 63% | 75% | CDHS |
| | អត្រារំលូតកូន (៥ ឆ្នាំ | 5% | 6.9% | 5% | CDHS |

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ចុងក្រោយ) | | | | |
| | ចំនួន និង % នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និង NGO[27] ដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព | សរុប៖ 175 (របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពវិស័យសុខាភិបាល) | សាធារណៈ៖ 762/1248 (61%)<br><br>NGO/ Private: 200/249 (80%)<br><br>សរុប៖ 962/ 1497 (64%)<br><br>SPF: 88 RH+ 559 HC<br>PSK: 179 sun quality clinic<br>MSI:13 RH+ 102 HCs+ 6 MSI គ្លីនិក<br><br>RHAC: 15 RHAC | សាធារណៈ៖ 811/1248 (65%)<br><br>NGO/ Private: 224/249 (90%)<br><br>សរុប៖ 1035/1497 (69%) | របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពវិស័យសុខាភិបាល 2015 + NRHP និង របាយការណ៍ NGO |
| | % នៃស្ត្រីដែលរាយការណ៍ពីការរំលូតច្រើនដង | 1.4% | 3.6% (2014) | 2.0% | CDHS |
| | % នៃស្ត្រីដែលរាយការណ៍អំពីការរំលូតដែលមិនមានការជួយពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅពេលរំលូតចុងក្រោយ | 40% | 40% (2014) | 30% | CDHS |

[27] ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល = មន្ទីរពេទ្យជាតិ + RH + HC + NGO clinic. គិតត្រឹមឆ្នាំ 2015: ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ (8+99) + HC (1141) + NGO clinic (6 MSI; 15 RHAC; 179/228 Sun Quality). សាធារណៈ = 107+1141= 1248; NGO = 200; សរុប: 1448

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ចំនួន និង % នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និង NGO[28] ដែលផ្តល់សេវា AFRSH | សរុប៖ 26% (របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពវិស័យសុខាភិបាល) | សាធារណៈ៖ 718/1240 (58%) (2014)<br><br>NGO/ Private: 15/249= 6% (2015)<br><br>សរុប៖ 733/1489= 49%<br><br>សាធារណៈ៖ 718 HCs និង RHs<br><br>MSI: 0 MSI គ្លីនិក<br><br>RHAC = 15 RHAC គ្លីនិក<br><br>PSK: 0 sun quality clinics | សាធារណៈ៖ 770/1240 (62%)<br><br>NGO/ Private: 15/249 (6%)<br><br>សរុប៖ 785/1489 (53%) | របាយការណ៍ NRHP និង NGO និង របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពវិស័យសុខាភិបាល |

[28] ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖ = មន្ទីរពេទ្យបង្អែក + មណ្ឌលសុខភាព + គ្លីនិក NGO ។ គិតត្រឹម 2015៖ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក (99) + HC (1141) + គ្លីនិក NGO (6 MSI; 15 RHAC; 228 Sun Quality)។ សាធារណៈ = 99+1141= 1240; NGO = 249; សរុប៖ 1489

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ចំនួន និង % នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និង NGO[29] ដែលផ្ដល់ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន | សាធារណៈ៖ 0, 0%<br><br>NGO: 0, 0% | សាធារណៈ៖ 161/1248 (13%)<br><br>NGO/ឯកជន: 31/249 (12%)<br><br>សរុប៖ 192/1497 (13%)<br><br>EPOS: 118 HCs និង 15 RHs =133<br>MSI: 1 សាធារណៈ + 6 MSI= 7<br>RHAC = 15 RHAC<br>PSK: 10 គ្លីនិក sun quality<br>Govt. សាកល្បង៖ 4 NH, 1, RH + 15 HC (កំពង់ចាម)=20<br>WHO Pilot: 2 RH + 5 HC (តាកែវ + សៀមរាប)= 7 | សាធារណៈ៖<br><br>312/1248 (25%)<br><br>NGO/ Private: 62/249 (25%)<br><br>TOTAL: 374/1497 (25%) | របាយការណ៍នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព និង NGO |
| | ចំនួន និង % នៃមូលដ្ឋានសាធារណៈ និង NGO[30] ដែលផ្ដល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹង GBV/VAW និង | សាធារណៈ៖ 0, 0%<br>NGO: 0, 0% | សាធារណៈ៖ 77/1240 (6%)<br><br>NGO/ Private: 15/249 (6%) | សាធារណៈ៖ 186/1240 (30%) | របាយការណ៍ NRHP និង NGO |

[29] ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល = មន្ទីរពេទ្យជាតិ + មន្ទីរពេទ្យបង្អែក + មណ្ឌលសុខភាព + គ្លីនិក NGO ។ គិតត្រឹមឆ្នាំ 2015: ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖ មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ ( 8+99 ) + HC ( 1141 ) + គ្លីនិក NGO ( 6 MSI; 15 RHAC; 228 Sun Quality ). សាធារណៈ៖ = 107+1141= 1248; NGO = 249; សរុប៖ 1497

[30] មូលដ្ឋានសុខាភិបាល = មន្ទីរពេទ្យបង្អែក + មណ្ឌលសុខភាព + គ្លីនិក NGO ។ គិតត្រឹមឆ្នាំ 2015: # នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: RH ( 99 ) + HC ( 1141 ) + គ្លីនិក NGO ( 6 MSI; 15 RHAC; 228 Sun Quality ). សាធារណៈ: = 99+1141= 1240; NGO = 249; សរុប: 1489

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ការបញ្ជូន | | សរុប៖ 92/1489 (6%)<br>CARE: RH+HC= 21<br>RHAC: 15 RHAC<br>GIZ: RH+HC= 18<br>CWPD: RH + HC = 38 | NGO/ឯកជន៖ 15/249 (6%)<br>សរុប៖ 201/1489 (13%) | |
| 2. បង្កើនការទទួលបានប្រកបដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវា RSH តាមរយៈការបង្កើនធនធានហិរញ្ញវត្ថុនិងមនុស្ស | % នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល[31] ដែលគ្របដណ្តប់ដោយប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់ផ្លូវការ ដែលកញ្ចប់ភាគផល រួមបញ្ចូលកញ្ចប់សេវា RMNH ពេញលេញ | 23% នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្របដណ្តប់ដោយ HEF (282/1203) (កញ្ចប់ភាគផល/ប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់ត្រូវបានគ្របដណ្តប់មួយផ្នែកលើកញ្ចប់សេវា RMNH ពេញលេញ) | 89% នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្របដណ្តប់ដោយ HEF (1186/1329) (ប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់គ្របដណ្តប់កញ្ចប់សេវា RMNH ពេញលេញ លើកលែងតែមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលរំលូតភ្លាមៗ ការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនចេញពីពេទ្យ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងការរំលូតកូន) (2015) | 100% | របាយការណ៍ MoH |
| | ការចំណាយលើសុខ | 265.48M | 257.89M USD | 27% | NHA |

[31] មូលដ្ឋានសុខាភិបាល = មន្ទីរពេទ្យជាតិ + មន្ទីរពេទ្យបង្អែក + មណ្ឌលសុខភាព+ ប៉ុស្តិ៍សុខភាព (2010=1203; 2014=1317, 2015=1329)

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ភាពសរុបសម្រាប់ RMH (និងជា % នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប) | USD (25.7% នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប) (2012) | (24.4% នៃការចំណាយលើសុខភាពសរុប) (2014) | | |
| | ការចំណាយលើសុខភាពពីថវិការដ្ឋ RMH (និងជា % នៃការចំណាយលើសុខភាពពិថវិការដ្ឋ) | | 29.01M USD (13.8% នៃការចំណាយលើសុខភាពពីថវិការដ្ឋ) (2014) | 25%[32] | NHA |
| | % នៃមណ្ឌលសុខភាព ដែលមានឆ្មបមធ្យមយ៉ាងតិច 2 នាក់ | មិនមាន | 41% (452/1105) (2015) | 50% | របាយការណ៍បុគ្គលិក MoH |
| 3. បង្កើនការទទួលបានដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវា RSH តាមរយៈការពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មាន RSH | % នៃការស្លាប់របស់ម្តាយដែលបានអង្កេតស្រាវជ្រាវតាមរយៈប្រព័ន្ធ MDSR | 30% | 90% (90/100) (2015) | 95% | របាយការណ៍ NMCHC |
| | ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត ត្រូវបានបង្កើតឡើង និងមានដំណើរការ | ពុំមានប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត | ពុំមានប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត | ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត ត្រូវបានបង្កើត | របាយការណ៍ NMCHC |

[32] How to calculate: Based in NHA report. Nominator: RSMNCH budget (programme 1) + ¼ of HSS programme (programme 4). Denominator: Total annual health budget

| | សូចនាករ | ២០១០ | ទិន្នន័យគោល | ចំណុចដៅ ២០២០ | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ឡើង និងមានដំណើរការ | |

# ឧបសម្ព័ន្ធទី ២៖ ក្របខ័ណ្ឌអន្តរាគមន៍គន្លឹះ

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| គោលបំណងទី១៖ បង្កើនការទទួលបានប្រកបដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការពង្រឹងអភិបាលកិច្ច និងការផ្តល់សេវា |
| 1.1. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវាផែនការគ្រួសារ |
| 1.1.1. <u>បង្កើនគុណភាព និងការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារ</u><br><br>1.1.1.1. បង្កើតសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ និងការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើត តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹកនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>1.1.1.2. បង្កើត និងអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មី ដើម្បីលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាផែនការគ្រួសារ នៅក្នុងតំបន់ដែលទាន់សម្រេចបានចំណុចដៅ និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានតម្រូវការច្រើន (ឧទា. ១៥-២៤ឆ្នាំ ៤០-៤៩ឆ្នាំ មិនទាន់រៀបការ ក្រីក្របំផុត និងមានការអប់រំតិចបំផុត) និងក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ (រួមទាំងអ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs), កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករកសិកម្ម ជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ)<br>• ផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារនៅចុងសប្តាហ៍<br>• ប្រើសេវាចែកចាយនៅសហគមន៍ (CBD)/សេវាចល័តសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលពិបាកចូលទៅដល់<br>1.1.1.3. សនិទានកម្មការគ្រប់ដណ្តប់ CBD ដែលមានស្រាប់ និងបង្កើនការគ្រប់ដណ្តប់នៅក្នុងតំបន់ដែលពិបាកចូលទៅដល់ |
| 1.1.2. <u>បង្កើនសេវា និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង/អចិន្ត្រៃយ៍</u><br><br>1.1.2.1. មន្ទីរពេទ្យបង្អែក គួរតែមានសមត្ថភាពផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង/អចិន្ត្រៃយ៍ យ៉ាងតិច ៣ មុខ<br>• បង្កើតផ្នែកដោយឡែកមួយសម្រាប់ផែនការគ្រួសារនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក<br>• បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងផ្តល់សេវាសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណត់រយៈពេលវែង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>1.1.2.2. មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ គួរតែមានសមត្ថភាពផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងយ៉ាងតិចមួយមុខ (IUD និង/ឬ កងដាក់ដៃ) |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| • បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងផ្តល់សេវាសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងការអភិបាលគាំទ្រ<br>1.1.2.3. ពិនិត្យឡើងវិញលើតម្លៃប្រៀបធៀបនៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត (LAPM ធៀបនឹងមធ្យោបាយរយៈពេលខ្លី) នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងកែសម្រួល បើចាំបាច់<br>1.1.2.4. ផលិត និងផ្សព្វផ្សាយសម្ភារៈអប់រំអំពីផែនការគ្រួសារ<br>1.1.2.5. បង្កើតការចូលរួមរបស់បុរសនៅក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ និងអន្តរាគមន៍ផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ<br>1.1.2.6. ពិចារណាពង្រីកសកម្មភាព CBD ដើម្បីដាក់បញ្ចូលការផ្សព្វផ្សាយ LAPM និងការបញ្ជូនទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសមស្រប។ |
| 1.1.3. <u>បង្កើនការផ្គត់ផ្គង់និងការប្រើប្រាស់សេវាមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាល</u> (អន្តរាគមន៍ដែលទាក់ទងនឹងការពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាល មានបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកស្តីពីសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពខាងក្រោម)<br>1.1.3.1. ពង្រឹងការអនុវត្តមានគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការពន្យារកំណើតដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដែលដាក់បញ្ចូលការពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលភ្លាមៗ។<br>• ប្រើប្រាស់កិច្ចប្រជុំក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្មប (MCAT) ដើម្បីបង្ហាញ/ពិភាក្សាគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីការពន្យារកំណើត<br>1.1.3.2. ធានាថា មានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅក្នុងអគារសម្ភព<br>1.1.3.3. ស្នើសុំអនុញ្ញាតទូទាត់មូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលភ្លាមៗ ជាសេវាដោយឡែកមួយ (ដាក់បញ្ចូលក្នុងអន្តរាគមន៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាលក្រោមគោលបំណងទីពីរ)។ |
| 1.1.4. <u>ធានានិរន្តរភាព មធ្យោបាយពន្យារកំណើត</u><br>1.1.4.1. បញ្ចប់ពង្រៀង និងផ្សព្វផ្សាយរបាយការណ៍ព្យាករណ៍និងតម្រូវការចំណាយសម្រាប់ផលិតផលមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងធានាការផ្គត់ផ្គង់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដល់ វិស័យសាធារណៈ។<br>1.1.4.2. ប្រើរបាយការណ៍ព្យាករណ៍និងតម្រូវការចំណាយសម្រាប់ផលិតផលសុខភាពបន្តពូជឆ្នាំ ២០១៦ ដើម្បីស្នើសុំការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពីរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់ផលិតផលសុខភាពបន្តពូជឆ្នាំ២០១៧-២០២០ តទៅ។<br>1.1.4.3. ពង្រឹងមុខងាររបស់ក្រុមការងារសន្តិសុខផលិតផលសុខភាពបន្តពូជ។<br>1.1.4.4. ពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងភ័ស្តុភារ (LMIS)។ |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| 1.1.5. <u>ពង្រឹងភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីធានាគុណភាពនៃការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារ និងការរាយការណ៍ទាន់ពេលវេលានិងត្រឹមត្រូវពីវិស័យឯកជន។</u><br><br>1.1.5.1. ពង្រឹងភាពជាដៃគូជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន តាមរយៈកិច្ចប្រជុំតាមពេលកំណត់<br>1.1.5.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថានថែទាំនិងសេវាសុខភាព នូវៈ<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាល/សេវាទាំងអស់ អនុវត្តតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពរបស់គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពឯកជន។ |
| 1.1.6. <u>កាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ</u><br><br>1.1.6.1. បង្កើនចំណេះដឹងដែលថា មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ (ជាពិសេស វិធីដកចេញ) គឺគ្មានប្រសិទ្ធភាព ឬមិនអាចជឿទុកចិត្តបាន និងកាត់បន្ថយការភ័យខ្លាច និងព័ត៌មានមិនពិតអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប។<br>• ពង្រឹងជំនាញប្រឹក្សាផែនការគ្រួសាររបស់អ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈ និងឯកជន តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។<br>• ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ ឬបើកយុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយដោយប្រើប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយធំ។ |
| **1.2. ពង្រឹងសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល** |
| 1.2.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល</u><br><br>1.2.1.1. ពង្រឹងកញ្ចប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលពេញលេញ (ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងពិធីសារស្តីពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។ (យ៉ាងតិចការមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ៤ ដង (ANC 4+) ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបាត់រដូវ។ សមាសភាគសេវាដែលផ្តល់រួមមានការតាមដានមើលទម្ងន់ ការពិនិត្យរកមើលបម្រុងក្រឡាភ្លើង ក្រឡាភ្លើង ភាពស្លេកស្លាំង ស្វាយ មេរោគអេដស៍ ការផ្តល់វិធានការបង្ការ (រួមទាំង ការផ្តល់អាហារបន្ថែមមីក្រូសារជាតិ និងការទម្លាក់ព្រូន) និងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ អាហារូបត្ថម្ភ និងការថែទាំខ្លួនឯង ។ល។)<br>1.2.1.2. ពង្រឹងសកម្មភាពចុះមូលដ្ឋាន និងរៀបចំ និងអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល ជាពិសេស នៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមាន |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| ដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលពិបាកចូលទៅដល់ និងដែលងាយរងគ្រោះ។<br>1.2.1.3. ពិចារណាបន្ថែមការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលទៅក្នុងកញ្ចប់សេវាមន្ទីរពេទ្យ (CPA) និងបង្កើតសេវា ANC នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យស្រុក។ |
| 1.2.2. <u>បង្កើនចំណេះដឹង និងតម្រូវការសម្រាប់ ANC4+</u><br><br>1.2.2.1. បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តកញ្ចប់សេវា ANC **ពេញលេញ** (ដោយចាប់ផ្ដើមភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបាត់រដូវ)<br>1.2.2.2. លើកទឹកចិត្តក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ (VHSG) អ្នកចែកចាយនៅសហគមន៍ (CBDs) និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយសេវាគាំពារសុខភាពសង្គមថ្មី (អតីតអ្នកផ្សព្វផ្សាយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព) ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយ និងគាំទ្រដល់ការទទួលបានសេវា ANC<br>1.2.2.3. បង្កើនការចូលរួមរបស់បុរសនៅក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ និងអន្តរាគមន៍ផ្លាស់ប្ដូរឥរិយាបថ |
| **1.3. បង្កើនការធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ** |
| 1.3.1. <u>បង្កើនការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ</u><br><br>1.3.1.1. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ជាប្រចាំនូវឃីតតេស្តពីរមុខ នៅកន្លែងផ្ដល់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលក្នុងវិស័យសាធារណៈ តាមរយៈ៖<br>• ការព្យាករលទ្ធកម្មគ្រប់គ្រាន់ ដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានព្យាករ ដោយពិចារណាពីស្តុកត្រៀមបម្រុង (buffer)[33] និងការបាត់បង់ដែលអនុញ្ញាត<br>• តាមដាន និងឃ្លាំមើលជាប្រចាំនូវកម្រិតស្តុកនៅឯឱសថស្ថានស្រុកប្រតិបត្តិ និងនៅមណ្ឌលសុខភាព/មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង<br>• ការទាក់ទងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្ដាល និងការដាក់ "សំណើពិសេស" នៅពេលចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចៀស/ដោះស្រាយបញ្ហាដាច់ស្តុក។<br>1.3.1.2. កែសម្រួលគោលការណ៍/នីតិវិធីគ្រប់គ្រងទូទឹកកកនៅមណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីរក្សាទុកប្រតិករ/ឃីតតេស្ត ក៏ដូចជា ថ្នាំបង្ការ ដែលងាយរងប៉ះពាល់ដោយកម្ដៅ ។<br>1.3.1.3. សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីបណ្ដុះបណ្ដាលមូលដ្ឋានសម្រាប់ឆ្មប ដើម្បីដាក់បញ្ចូលការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍/ស្វាយ និងការផ្ដល់ប្រឹក្សា ទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សាមូលដ្ឋាន |

[33] រយៈពេលត្រៀមបម្រុងស្តុក ៦ខែ (6 month buffer) នៅថ្នាក់ជាតិ (CMS) ២ខែនៅឱសថស្ថាន OD និង ១ខែ ត្រៀមបម្រុង (1 month buffer) នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ។

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| 1.3.2. <u>បង្កើនការព្យាបាលមេរោគអេដស៍/ស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ</u><br><br>1.3.2.1. ពង្រីកការជំរុញការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មភាពសមាហរណកម្ម (B-IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកគ្រប់គ្រង OD/PHD និងការអភិបាលគាំទ្រ។ ធានាការតាមដាន និងត្រួតពិនិត្យមើលស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគ (seropositive women) និងទារករបស់ពួកគេ។<br>1.3.2.2. បណ្តុះបណ្តាល/ត្រួតពិនិត្យតាមដានឆ្មបនៅក្នុងការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំថ្មីសម្រាប់តេស្តរហ័ស ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាល ប្រសិនបើមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ម្តាយ និងចាប់ផ្តើមប្រើ ART ខណៈពេលរង់ចាំតេស្តបញ្ជាក់។<br>1.3.2.3. ធានាការផ្គត់ផ្គង់បន្ទាន់នូវ ART នៅឯអគារសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក តាមរយៈកិច្ចសហការជាមួយទីតាំង ART និងតាមដានមើលកម្រិតស្តុកដោយអ្នកគ្រប់គ្រង OD/PHD។<br>1.3.2.4. ធានាការមាន និងការទទួលបានការព្យាបាលជំងឺស្វាយសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងទារកទើបនឹងកើត។ |
| **1.4. ពង្រឹងការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល** |
| 1.4.1. <u>ពង្រឹងការអនុវត្តពិធីសារថ្មីស្តីពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់</u><br><br>1.4.1.1. ពង្រីកក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្មប (MCATs) ដើម្បីគ្របដណ្តប់ ODs ទាំងអស់ និងប្រើកិច្ចប្រជុំ MCAT ដើម្បីបង្ហាញ/ពិភាក្សាពិធីសារថ្មីស្តីពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់<br>1.4.1.2. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋាន ដើម្បីឱ្យមានសង្គតិភាពជាមួយពិធីសារមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់។<br>1.4.1.3. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិក MCH ខេត្ត និង OD ដើម្បីផ្តល់ការបង្វឹក។<br>1.4.1.4. ប្រើប្រាស់ករណីស្លាប់មាតា/ហៀបនឹងស្លាប់ (near-miss cases) ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូសម្រាប់បង្វឹក។ |
| 1.4.2. <u>បង្កើត/អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង និងការប្រើប្រាស់ការថែទាំជុំវិញពេលសម្រាល/ពេលសម្រាល ជាពិសេស នៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមដែលពិបាលចូលទៅដល់ និងដែលងាយរងគ្រោះ (រួមបញ្ចូលទាំង អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs), កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករកសិកម្ម ជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ)</u><br>1.4.2.1. ពង្រឹងទំនាក់ទំនងរវាងមណ្ឌលសុខភាព ក្រុមប្រឹក្សាឃុំ VHSGs និងឆ្មបបុរាណ ដើម្បីជំរុញការសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងដើម្បីគាំទ្រដល់ការបញ្ជូន នៅពេលចាំបាច់។ |

**ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ**

1.4.3. <u>ពង្រឹងការតាមដានមើលម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងរកមើលសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ និងកត្តាហានិភ័យនានា តាមរយៈការប្រើប៉ាតូក្រាហ្វ</u>

1.4.3.1. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គ្រូកម្មសិក្សានៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់បង្វឹក

1.4.3.2. កែលម្អគុណភាព និងសង្គតិភាពនៃប៉ាតូក្រាហ្វ តាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ។

---

1.4.4. <u>ពង្រឹងការបង្ការ ការព្យាបាលភ្លាមៗ និងការរក្សាលំនឹង និងការបញ្ជូនសម្រាប់ករណីធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល</u>

1.4.4.1. កែលម្អគុណភាព និងការអនុវត្ត តាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ

- ប្រើប្រាស់ករណីស្លាប់មាតា/ហៀបនឹងស្លាប់ (near-miss cases) ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូសម្រាប់បង្វឹក។

---

1.4.5. <u>ពង្រឹងរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាលភ្លាមៗ និងការបញ្ជូនសម្រាប់ករណីបម្រុងក្រឡាភ្លើង/ក្រឡាភ្លើង រួមទាំងការប្រើ MgSO4 ដោយចាក់ជាដូសដំបូង (loading dose) មុនបញ្ជូន</u>

1.4.5.1. បង្កើនទំនុកចិត្ត/ឆន្ទៈរបស់ឆ្មបដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលខាង EmONC ដើម្បីប្រើ MgSO4

1.4.5.2. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ជាប្រចាំនូវ MgSO4 នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ទាំងអស់។

1.4.5.3. កែលម្អគុណភាពនៃការអនុវត្ត តាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ

- ប្រើប្រាស់ករណីស្លាប់មាតា/ហៀបនឹងស្លាប់ (near-miss cases) ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូសម្រាប់បង្វឹក។

---

1.4.6. <u>កែលម្អការបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ</u>

1.4.6.1. កែលម្អគុណភាពនៃការអនុវត្ត តាមរយៈការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់ និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ

1.4.6.2. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ទឹក អនាម័យ និងកន្លែងចាត់ចែងសំណល់ និងបរិក្ខារម្ងាប់មេរោគ និងមានដំណើរការ

---

1.4.7. <u>ពង្រឹងការចាប់ផ្តើមបំបៅកូនដោយទឹកចិត្តម្តាយភ្លាមៗពីដំបូង និងកាត់បន្ថយការឱ្យចំណីផ្សេងមុនពេលបៅដោះម្តាយ (prelacteal feeding)</u>

1.4.7.1. ពង្រឹងការគាំទ្រសម្រាប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ឪពុកម្តាយ/គ្រួសារ

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| អំពីជម្រើសសមស្របនានាសម្រាប់ស្ត្រីដែលធ្វើការ និងហានិភ័យនៃការប្រើផលិតផលជំនួសទឹកដោះម្តាយ។<br>1.4.7.2. កែលម្អ/ពង្រឹងការអនុវត្តគំនិតផ្តួចផ្តើមមន្ទីរពេទ្យស្រឡាញ់ទារក (BFHI) រួមទាំងការ អនុវត្តអនុក្រឹត្យលេខ ១៣៣<br>1.4.7.3. ផ្សព្វផ្សាយបង្កើនការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍ អំពីសារៈសំខាន់នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់ តាមរយៈគណៈកម្មាធិការឃុំទទួលបន្ទុកនារីនិងកុមារ (គឃនក) (CCWC) |
| 1.4.8. <u>បង្កើនការគ្រប់គ្រង/ការត្រួតពិនិត្យគ្លីនិកសម្ភពឯកជន</u><br><br>1.4.8.1. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថាននិងសេវាថែទាំសុខភាព នូវ៖<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវាទាំងអស់ អនុវត្តតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពរបស់គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពឯកជន<br>1.4.8.2. ពង្រឹងគណៈកម្មាធិការក្រោមរដ្ឋបាលខេត្ត ដើម្បីគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន។ |
| **1.5. បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងកែលម្អគុណភាព EmONC** |
| 1.5.1. <u>កែលម្អគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់តាមទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃសេវា EmONC</u><br><br>1.5.1.1. រៀបចំ និងអនុវត្តផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្ត ដែលបង្ហាញពីសកម្មភាពអាទិភាពសម្រាប់ឆ្នាំនីមួយៗ (២០១៧-២០២០)។<br>1.5.1.2. គួរផ្តល់អាទិភាពដល់ការបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល BEmONC ដែលមានដំណើរការ និងធានាថា ខេត្តនីមួយៗមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ដែលមានដំណើរការយ៉ាងតិច ១ (លើកលែង ខេត្ត កែប)<br>1.5.1.3. បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ដែលបានកំណត់ ក្នុងការអនុវត្តជំនាញសង្គ្រោះជីវិតស្នូល<br>1.5.1.4. សម្រាប់បុគ្គលិក BEmONC រៀបចំបង្វឹកអនុវត្តផ្ទាល់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC អំពីជំនាញសង្គ្រោះជីវិតដែលខ្វះខាត<br>1.5.1.5. បង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC ដែលបានកំណត់ ដែលមានគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្រប់គ្រាន់ (វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានសមត្ថភាពសម្រាលកូនដោយវះកាត់) និងអ្នកដាក់ថ្នាំសណ្តំ/ គិលានុបដ្ឋាកដាក់ថ្នាំសណ្តំ ដើម្បីផ្តល់សេវាមួយថ្ងៃ ២៤ម៉ោង ៧ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (24/7) និងសមត្ថភាពដើម្បីបញ្ចូលឈាម (ជំនាញសង្គ្រោះជីវិតទី ៨ និងទី ៩) |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| |
| 1.5.2. <u>កាត់បន្ថយកង្វះខាតហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន ឱសថ និងបរិក្ខារនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC</u><br><br>1.5.2.1. ដំឡើងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តដែលបានឯកភាព ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០<br>1.5.2.2. ស្នើសុំ/ទិញ និងដំឡើងបរិក្ខារពេទ្យ និងសម្ភារៈដែលត្រូវការ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តដែលបានឯកភាព ឆ្នាំ២០១៦-២០២០<br>1.5.2.3. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ជាទៀងទាត់នូវឱសថសង្គ្រោះជីវិតសម្រាប់ម្តាយ និងទារក<br>1.5.2.4. អភិវឌ្ឍ/ពង្រឹងដេប៉ូឈាម/ធនាគារឈាម<br>• ស្នើសុំ/ទិញ និងដំឡើងបរិក្ខារនិងសម្ភារៈដែលត្រូវការសម្រាប់បង្កើតដេប៉ូឈាម/ធនាគារឈាម<br>• បង្កើតក្រុមអ្នកបរិច្ចាគឈាមដែលមានប្រភេទក្រុមឈាមពិសេស (មិត្ត peers) |
| 1.5.3. <u>កាត់បន្ថយការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ដែលមិនមានលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវ</u><br><br>1.5.3.1. រៀបចំតាក់តែង និងផ្សព្វផ្សាយប្រកាសឬសេចក្តីណែនាំ ស្តីពីការគោរពតាមហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់<br>1.5.3.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថានថែទាំនិងសេវាសុខភាព នូវ៖<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវាទាំងអស់ អនុវត្តតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពរបស់គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពឯកជន<br>1.5.3.3. ពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ដើម្បីធានាថា ការ សម្រាលកូនដោយវះកាត់ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅពេលណាមានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រតែប៉ុណ្ណោះ។ |
| 1.5.4. <u>អភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានស្តីពីការដាក់ថ្នាំសណ្តំ</u><br><br>1.5.4.1. បង្កើតក្រុមស្នូលក្រោមនាយកដ្ឋានធនធានមនុស្ស ឬសកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល ដើម្បីអភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សាសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលដាក់ថ្នាំសណ្តំ<br>1.5.4.2. ផ្តល់កម្មវិធីសិក្សាដាក់ថ្នាំសណ្តំនៅតាមសកលវិទ្យាល័យដែលមានការទទួលស្គាល់ និង/ឬ មជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលថ្នាក់ភូមិភាគ |

## ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ

1.5.5. បង្កើនចំនួនវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាគ្រូពេទ្យវះកាត់ (ដែលមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រាលកូនដោយវះកាត់)

1.5.5.1. អភិវឌ្ឍកម្មវិធីសិក្សាអំពីការវះកាត់មូលដ្ឋានសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត

1.5.5.2. ដាក់បញ្ចូលកម្មវិធីសិក្សានៅតាមសកលវិទ្យាល័យមួយចំនួន

1.5.5.3. តម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងវិស័យសាធារណៈដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាគ្រូពេទ្យវះកាត់ នៅធ្វើការក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលបានចាត់តាំងរយៈពេលយ៉ាងតិច ៥ ឆ្នាំ។

1.5.6. កែលម្អកំណត់ត្រា និងការរាយការណ៍អំពីផលវិបាកផ្នែកសម្ភព និងករណីទារកទើបនឹងកើតនៅក្នុងគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

1.5.6.1. ប្រើប្រាស់ករណីស្លាប់មាតា/ហៀបនឹងស្លាប់ (near-miss cases) ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូសម្រាប់បង្វឹក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការកត់ត្រានិងរាយការណ៍នៅតាមកន្លែង ផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។

### 1.6. ពង្រឹងសេវាថែទាំក្រោយសម្រាល

1.6.1. បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល

1.6.1.1. ពង្រឹងការអនុវត្តកញ្ចប់សេវាថែទាំក្រោយសម្រាលពេញលេញ (FULL PNC) (ការមកជួយ ៤ ដង ដោយចាប់ផ្តើមពីការពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាលលើកទីមួយមុនចេញពីពេទ្យសម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារក រួមទាំងអាហារបំប៉នមីក្រូសារជាតិក្រោយពេលសម្រាល និងការទម្លាក់ព្រូន និងការពិនិត្យរាងកាយរបស់ទារកទើបនឹងកើត រកមើលភាពពិការ និង/ឬបញ្ហាមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត)

1.6.1.2. ពង្រឹងសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាល ៤ ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារក។

1.6.1.3. ធ្វើការចុះពិនិត្យថែទាំក្រោយសម្រាលតាមផ្ទះ ក្នុងអំឡុងពេលចុះមូលដ្ឋាន និងរៀបចំ/អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ ដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹង ការផ្តល់ និងការប្រើប្រាស់សេវា PNC ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនដែលពិបាកចូលទៅដល់ និងដែលងាយរងគ្រោះ។

1.6.1.4. កែលម្អការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការបញ្ជូនសម្រាប់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការមានជំងឺ និងការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើត និងសម្រាប់បញ្ហាមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត។

1.6.2. បង្កើនចំណេះដឹង និងតម្រូវការសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល

1.6.2.1. ឆ្មប (ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត) ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សាមុនពេលចេញពីពេទ្យដល់ស្ត្រី

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| បុរស និងគ្រួសារអំពីសារៈសំខាន់នៃការមកទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាល ៤ ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ ទាំងទារក។<br>1.6.2.2. VHSG/CBD និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយសេវាគាំពារសុខភាពសង្គមថ្មីដើម្បីបង្កើនការយល់ដឹងអំពីការថែទាំក្រោយសម្រាលចំនួន ៤ដង សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងកូន និងគាំទ្រស្ត្រី/ទារក ដើម្បីទទួលបានការថែទាំក្រោយសម្រាល។ |
| 1.7. **ពង្រឹងសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព** |
| 1.7.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវារំលូតកូណដោយសុវត្ថិភាព</u><br>1.7.1.1. វាយតម្លៃ និងដំឡើងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលឆ្លើយតបតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យ (រួមទាំង ការមានសម្ភារៈនិងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់) និងបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកបន្ថែម អំពីការថែទាំការរំលូតកូនគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CAC)។<br>1.7.1.2. ធ្វើការធានាគុណភាព និងការបង្ហឹកជាបន្តសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ដែលអនុវត្ត CAC។<br>1.7.1.3. ពង្រីក និងពង្រឹងក្រុមធានាគុណភាព និងបង្ហឹកនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានផ្ទាល់។<br>1.7.1.4. ពង្រឹងការប្រមូលទិន្នន័យ CAC ប្រព័ន្ធកត់ត្រា និងរាយការណ៍ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ |
| 1.7.2. <u>បង្កើនការផ្តល់សេវា បង្កើនគុណភាព និងការត្រួតពិនិត្យតាមដានសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន (ភ្ជាប់ទៅនឹងផ្នែកស្តីពីផែនការគ្រួសារខាងលើ)</u><br>1.7.2.1. បង្កើនជំនាញប្រឹក្សា និងសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវា CAC ដើម្បីផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន។<br>1.7.2.2. ធានាថា ផលិតផលមធ្យោបាយពន្យារកំណើត មាននៅក្នុងបន្ទប់ CAC។<br>1.7.2.3. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូត ក្នុង HIS និង CDHS (និងដាក់បញ្ចូលក្នុងផ្នែកផ្សេងទៀត ក្រោមគោលបំណងទីបី)។<br>1.7.2.4. ស្នើសុំអនុញ្ញាតទូទាត់មូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតភ្លាមៗ ជាសេវាដោយឡែកមួយ (និងដាក់បញ្ចូលផងដែរ ក្នុងអន្តរាគមន៍ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ក្រោមគោលបំណងទីពីរ)។ |
| 1.7.3. <u>បង្កើនការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយឱសថ នៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ជាដំណាក់កាលៗ</u><br>1.7.3.1. ផ្សព្វផ្សាយរបកគំហើញពីគម្រោងសាកល្បងក្នុងខេត្តបាត់ដំបង និងពោធិ៍សាត់ និងឯកភាពគ្នាលើជំហានបន្ទាប់។<br>1.7.3.2. ពង្រីកសេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថនៅមណ្ឌលសុខភាព ដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយប្រើ |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| ឧបករណ៍ និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉ន/ការបង្វឹក ប្រសិនបើចាំបាច់។ |
| 1.7.4. <u>បង្កើនការគ្រប់គ្រង/ការត្រួតពិនិត្យមើលការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយប្រើឱសថនិងឧបករណ៍នៅក្នុងវិស័យឯកជន</u><br>1.7.4.1. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលក្នុងច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្រឹះស្ថានថែទាំនិងសេវាសុខភាព នូវៈ<br>• បទប្បញ្ញត្តិដែលតម្រូវឱ្យគ្រឹះស្ថាន/សេវាទាំងអស់ អនុវត្តតាមគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។<br>• ប្រព័ន្ធសម្រាប់រាយការណ៍ជាប្រចាំ និងការធានាគុណភាពរបស់គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពឯកជន។ |
| 1.7.5. <u>កាត់បន្ថយការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព និងដដែលៗ</u><br>1.7.5.1. ផ្សព្វផ្សាយថា ការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់។<br>1.7.5.2. ផ្សព្វផ្សាយច្បាប់ស្តីពីការរំលូតកូន។<br>1.7.5.3. បង្កើនចំណេះដឹង និងធ្វើការផ្សព្វផ្សាយអំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការរំលូតកូនដែលគ្មានសុវត្ថិភាព និងច្រើនដង និងកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។<br>1.7.5.4. ផ្សព្វផ្សាយឱ្យបានសកម្ម អំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន។ |
| **1.8. ពង្រឹងព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពសម្រាប់យុវវ័យ (AFRSH)** |
| 1.8.1. <u>បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទមិត្តភាពយុវវ័យ (វិស័យសាធារណៈ)</u><br>1.8.1.1. ផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីសេវា AFRSH ។<br>1.8.1.2. ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលសម្រាប់គ្រូបង្គោលថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត អំពីគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីសេវា AFRSH ។<br>1.8.1.3. ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ត្រូវពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាលដល់ថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br>1.8.1.4. ត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលការពង្រីក និងការអនុវត្តការបណ្តុះបណ្តាល។<br>1.8.1.5. ធានាការបង្វឹកជាបន្ត និងការចុះអភិបាលគាំទ្រ ដើម្បីធានាថាសេវា AFRSH ត្រូវបានផ្តល់ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ។ |
| 1.8.2. <u>ពង្រីកភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈ-ឯកជន និងកែលម្អទំនាក់ទំនង និងការសម្របសម្រួលជាមួយវិស័យផ្សេងទៀត និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន</u><br>1.8.2.1. បង្កើតទំនាក់ទំនងរវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាលារៀន និងសហគមន៍។ |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| 1.8.2.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន ដែលមានសមត្ថភាពផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH ប្រកបដោយគុណភាព (ឧទា. មូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី AFRSH, RHAC, MSIC, Sun Quality Clinics) ជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចុះកិច្ចសន្យា ក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (NSSF) ។ |
| 1.8.3. <u>តាក់តែងយុទ្ធវិធីថ្មីៗ និងជំរុញភាពជាដៃគូវិស័យសាធារណៈ-ឯកជន ដើម្បីផ្តល់សេវា AFRSH ជាពិសេស នៅក្នុងតំបន់ដែលនៅមានដំណើរការយឺតយ៉ាវ និងដល់ក្រុមគោលដៅជាក់លាក់ (រួមទាំងអ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត (EWs), កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ កម្មករសំណង់ កម្មករកសិកម្ម ជនជាតិភាគតិច និងជនពិការ)</u><br><br>*1.8.3.1. អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត៖*<br>• ពង្រឹង និងពង្រីកព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ដល់អ្នកធ្វើការក្នុងសេវាកម្សាន្ត។<br>• ពង្រឹងការអប់រំសុខភាព និងការបញ្ជូនទៅរកសេវាសុខភាព។<br><br>1.8.3.2. *កម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ/កម្មករសំណង់៖*<br>• បញ្ចប់ជាចុងក្រោយ និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំរបស់គិលានដ្ឋាននៅកន្លែងធ្វើការ ដោយសហការជាមួយក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ (MoLVT)<br>• ពង្រឹងសេវា និងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅតាមគិលានដ្ឋាន ជាពិសេស ជំនាញផ្តល់ប្រឹក្សា និងចំណេះដឹងរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលបង្អែក<br>• បង្កើតទំនាក់ទំនង និងប្រព័ន្ធបញ្ជូនរវាងគិលានដ្ឋាននៅកន្លែងធ្វើការ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលខាងក្រៅ រួមទាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលបានចុះកិច្ចសន្យាក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃ បសស។<br><br>1.8.3.3. *កម្មករកសិកម្មចំណាកស្រុក៖*<br>• ពង្រឹង និងពង្រីកព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទដល់កម្មករកសិកម្មចំណាកស្រុក<br>• ពង្រឹងការអប់រំសុខភាព និងការបញ្ជូនទៅរកសេវាសុខភាព។<br><br>1.8.3.4. *ជនជាតិភាគតិច៖* |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| • ពង្រឹងនិងពង្រីកព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទដល់ជនជាតិភាគតិច<br>• ផ្សព្វផ្សាយដល់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចផ្តល់សេវាកាន់តែអាចទទួលយកបានថែមទៀត។<br><br>*1.8.3.5. ជនពិការ*<br>• ផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH នៅតាមទីកន្លែងដែលជនពិការអាចចូលទៅប្រើប្រាស់បាន<br>• បង្កើតទំនាក់ទំនង និងការប្រាស្រ័យទាក់ទងរវាងអង្គការជនពិការ និងអ្នកផ្តល់សេវា AFRSH<br>• ពង្រឹងការអប់រំ AFRSH សម្រាប់ជនពិការ តាមរយៈយុទ្ធវិធីមិត្តអប់រំមិត្ត/ជនគំរូ។ ការធ្វើបែបនេះនឹងជួយជនពិការ ផ្តល់ជាគំរូល្អដល់មិត្តរបស់ពួកគេ និងដើម្បីតទល់ជាមួយការយល់ច្រឡំទូទៅអំពីតម្រូវការនិងសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទរបស់ជនពិការ។ |
| 1.8.4. <u>កាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការៈ</u><br><br>1.8.4.1. បន្តពង្រីកការអប់រំអំពីជីវិតផ្លូវភេទគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ តាមរយៈក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា (MoEYS) ។<br>1.8.4.2. ជំរុញការពន្យារពេលមានកូន និងការពន្យារកំណើត (ជាពិសេសនៅក្នុងតំបន់ភាគខាងជើង និងឦសាននៃប្រទេស)<br>1.8.4.3. ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ដើម្បីយល់ដឹងកាន់តែច្បាស់អំពីកត្តាជំរុញនៃការមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការ និងឧបសគ្គចំពោះយុវវ័យក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ។ ប្រើលទ្ធផលពីការសិក្សានេះដើម្បីតាក់តែងអន្តរាគមន៍ និង BCC។ (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកស្តីពីការស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិខាងក្រោម) |
| **1.9. ពង្រឹងសេវារោគស្ត្រី** |
| 1.9.1. <u>បង្កើនការគ្រប់ដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាបង្ការ ពិនិត្យរក និងព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន</u><br><br>1.9.1.1. ដាក់ឱ្យអនុវត្ត និងពង្រីកកម្មវិធីផ្តល់ថ្នាំបង្ការ HPV ដោយមានការគាំទ្រពី GAVI<br>1.9.1.2. បញ្ចប់ជាចុងក្រោយ ផ្សព្វផ្សាយ និងត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពជាតិសម្រាប់បង្ការ និងព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន។ |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| 1.9.1.3. ផ្តោតលើលទ្ធផលនៃគម្រោងពិនិត្យ និងព្យាបាលសាកល្បងដែលមានស្រាប់ ពង្រីកសេវាពិនិត្យនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក/ខេត្ត និងការព្យាបាលដោយ cryotherapy នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក/ខេត្ត<br>1.9.1.4. កែលម្អហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ cryotherapy ។<br>1.9.1.5. ដាក់បញ្ចូលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ជាផ្នែកមួយនៃការពិនិត្យរោគស្ត្រី និងការដាក់កងក្នុងស្បូន (IUD) ។<br>1.9.1.6. ផ្សព្វផ្សាយពីសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន តាមរយៈ CBDs, VHSGs និងអ្នកផ្សព្វផ្សាយអំពីការគាំពារសុខភាពសង្គម។ |
| 1.9.2. ផ្សព្វផ្សាយច្បាប់ថ្មីស្តីពីការបរិច្ចាគ និងការប្តូរសរីរាង្គ និងប្រកាសរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលស្តីពីការពរពោះជំនួស (surrogacy) |
| 1.10. ពង្រឹងសេវាសុខភាពដែលទាក់ទងនឹង GBV/VAW |
| 1.10.1. ពង្រីកគោលការណ៍ណែនាំថ្មី សៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍គ្លីនិក កញ្ចប់បណ្តុះបណ្តាល និងការតាមដានបន្តក្រោយពេលបណ្តុះបណ្តាល |
| 1.10.2. ធានាភាពជាឯកជន និងភាពសម្ងាត់សម្រាប់ជនរងគ្រោះ VAW នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល |
| 1.10.3. ពង្រឹងកិច្ចសហការពហុវិស័យសម្រាប់ VAW តាមរយៈគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ជាតិ ខេត្ត ស្រុក និងឃុំ<br>1.10.3.1. ដាក់បញ្ចូល GBV/VAW ក្នុងការពិភាក្សាក្នុងកិច្ចប្រជុំរបស់គណៈកម្មាធិការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព (HCMC) មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងស្រុកប្រតិបត្តិ។<br>1.10.3.2. ដាក់បញ្ចូលថវិកាក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំ (CIP) សម្រាប់ការផ្តល់សេវា GBV/VAW និងការបញ្ជូន។<br>1.10.3.3. ធានាការកំណត់រកករណី GBV/VAW ដោយរហ័ស/ទាន់ពេលវេលា។<br>1.10.3.4. ពង្រឹងបណ្តាញ/ប្រព័ន្ធបញ្ជូនពហុវិស័យនៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់។ |
| 1.10.4. កែលម្អការរក្សាកំណត់ត្រាសម្រាប់ GBV/VAW<br>1.10.4.1. ស្នើសុំបំបែកករណី GBV/VAW ចេញពីប្រភេទរបួសរួមនៅក្នុង HIS និងបំបែកតាមអាយុ ភេទ និងពិការភាព បើអាចធ្វើបាន (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកផ្សេងទៀតក្រោមគោលបំណងទីបី) |
| **គោលបំណងទី ២៖ បង្កើនការទទួលបានដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទតាមរយៈការបង្កើនធនធានហិរញ្ញវត្ថុ និងមនុស្ស។** |
| 2.1. ពង្រីកប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម រួមបញ្ចូលទាំងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដែលគ្របដណ្តប់លើកញ្ចប់សេវា |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| សុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទពេញលេញ។ |
| 2.1.1. ស្នើសុំការគ្របដណ្តប់អ្នកក្រីក្រ ១០០% ដោយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព និងការគ្របដណ្តប់លើកម្មករនៃវិស័យសេដ្ឋកិច្ចក្នុងប្រព័ន្ធ/មន្ត្រីរាជការស៊ីវិល ដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៃ បសស ដែលមានកញ្ចប់ភាគផល/ប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់ ដែលគ្របដណ្តប់លើកញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទពេញលេញនៅគ្រប់កម្រិតថ្នាក់នៃការថែទាំ ដែលមានការផ្តល់សេវា (រួមបញ្ចូលទាំង ការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនចេញពីពេទ្យ សេវាមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលរំលូតភ្លាម ការថែទាំការរំលូតកូនគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងជំងឺមហារីក។) |
| 2.1.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជនដែលមានសមត្ថភាពផ្តល់ព័ត៌មាន និងសេវា AFRSH ប្រកបដោយគុណភាព (ឧទា. មូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី AFRSH, RHAC, MSIC, Sun Quality Clinics) ជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចុះកិច្ចសន្យា ក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី ដែលជាផ្នែកមួយនៃបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម (បសស)។ |
| 2.1.3. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងតួនាទីរបស់អ្នកផ្សព្វផ្សាយថ្មីនៃសេវាគាំពារសុខភាពសង្គម (អតីតអ្នកផ្សព្វផ្សាយមូលនិធិសមធម៌សុខភាព) នូវភារកិច្ចផ្សព្វផ្សាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងគាំពារសុខភាពសង្គម និងការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទប្រកបដោយគុណភាព ទាំងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន។<br><br>2.1.3.1. យកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅលើការផ្សព្វផ្សាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការទទួលបានសេវារបស់ក្រុមដែលងាយរងគ្រោះ (ជនជាតិភាគតិច ជនចំណាកស្រុក កម្មកររោងចក្រ ជនពិការ ។ល។) |
| 2.1.4. ស្នើសុំប្រព័ន្ធទូទាត់សងរបស់មូលនិធិសមធម៌សុខភាព ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការទូទាត់សង៖<br>2.1.4.1. ចំណាយលើសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលសម្រាលនិងក្រោយពេលរំលូតភ្លាមៗ ជាសេវាដោយឡែក (ការទូទាត់សងសម្រាប់ការសម្រាលកូន ឬការរំលូតកូន + ការទូទាត់សងសម្រាប់ការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតភ្លាមៗ (ឧទា. ការដាក់កងក្នុងស្បូន)<br>2.1.4.2. ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលមុនពេលចេញពីពេទ្យ ជាសេវាដោយឡែកមួយ (ការទូទាត់សងសម្រាប់ការសម្រាល + ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល); ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល គួរធ្វើឡើងតែប្រសិនបើសេវានោះផ្តល់ជូន **ទាំង** ម្តាយ និងកូន។<br>2.1.4.3. ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលក្រោយពេលចេញពីពេទ្យសម្រាប់ម្តាយនិងទារក ជាសេវាដោយឡែកមួយ (ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលសម្រាប់ម្តាយ |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| + ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំទារក); ការទូទាត់សងសម្រាប់ការថែទាំក្រោយសម្រាល គួរធ្វើឡើងតែប្រសិនបើសេវានោះផ្តល់ជូន **ទាំង** ម្តាយ និងកូន។<br>2.1.4.4. ការទូទាត់សងសម្រាប់ការចំណាយលើការធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រីក្រ (ដែលមានប័ណ្ណក្រីក្រ) ដែលស្វែងរកសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទនៅមណ្ឌលសុខភាព (ក៏ដូចជានៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក)។ |
| 2.1.5. ស្នើសុំរៀបចំនិងផ្សព្វផ្សាយប្រកាស ឬសេចក្តីណែនាំដែលបញ្ជាក់ថា សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព (CAC) (និងការពិនិត្យរកជំងឺមហារីមាត់ស្បូន និងការព្យាបាលដោយ cryotherapy) ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យស្នើសុំទូទាត់ និងសងក្រោមគម្រោងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព។ |
| 2.2. **បង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ** |
| 2.2.1. ស្នើសុំបង្កើនការចំណាយថវិការដ្ឋលើវិស័យសុខាភិបាល សម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ (រួមបញ្ចូលទាំងលទ្ធកម្មផលិតពន្យារកំណើត ថវិការដ្ឋជាប្រចាំ និងកញ្ចប់ថវិកាសម្រាប់ផ្តល់សេវា)<br><br>2.2.1.1. កសាងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលអំពីការគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ<br>2.2.1.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលសកម្មភាពទាំងឡាយខាងក្រោមនេះក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំ (CIP):<br>• សកម្មភាពរបស់ HCMC និង VHSG (រួមបញ្ចូលទាំង សកម្មភាពចុះមូលដ្ឋានដែលទាក់ទងនឹង RSH, GBV/VAW, AFRSH, ។ល។)<br>• សកម្មភាព AFRSH<br>• ការផ្តល់សេវា GBV/VAW និងការបញ្ជូន<br>2.2.1.3. រក្សាការគាំទ្រសម្រាប់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តឆ្មប (ប្រាក់លើកទឹកចិត្តសម្រាប់ឆ្មបដែលអនុវត្តការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)<br>2.2.1.4. ស្នើសុំបង្កើនថវិការដ្ឋសម្រាប់សម្ភារៈអប់រំសុខភាព /សកម្មភាព BCC សម្រាប់ RSH, FP, GBV/VAW, AFRSH, អាហារូបត្ថម្ភ ។ល។ |
| 2.3. **លើកកម្ពស់សមត្ថភាពជំនាញ និងការផ្គត់ផ្គង់ឆ្មប** |
| 2.3.1. ការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋាន៖<br><br>2.3.1.1. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីសិក្សាមូលដ្ឋានសម្រាប់ឆ្មប ពង្រឹងការបណ្តុះបណ្តាលអនុវត្តជាក់ស្តែងសម្រាប់និស្សិតឆ្មប និងពង្រីកកម្មវិធីគ្រូកម្មសិក្សា។<br>• ធានាថា សេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទទាំងអស់ (រួមទាំង EmONC, AFRSH, GBV/VAW, ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ការរំលូតកូន ការពិនិត្យទារកទើប |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| នឹងកើតរកមើលបញ្ហាមិនគ្រប់លក្ខណៈពីកំណើត ។ល។) និងសិទ្ធិសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ និងការយល់ដឹងពីសង្គមវប្បធម៌ (ឧទា. យេនឌ័រ ពិការភាព ជនជាតិភាគតិច និងយុវវ័យ ។ល។) ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកម្មវិធីសិក្សាមូលដ្ឋាន<br>2.3.1.2. ផ្តល់អាទិភាពលើការចុះឈ្មោះចូលរៀនក្នុងការបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋាន សម្រាប់សិស្សមកពីមូលដ្ឋានផ្ទាល់ ជាពិសេស អ្នកដែលមកពីតំបន់ដែលមណ្ឌលសុខភាពមិនទាន់មានឆ្មបគ្រប់គ្រាន់។<br>2.3.1.3. សនិទានកម្មវគ្គបណ្តុះបណ្តាលមូលដ្ឋានឆ្មបដែលមានស្រាប់។<br>2.3.1.4. ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើវគ្គសិក្សាថ្នាក់បរិញ្ញាបត្ររង និងថ្នាក់បរិញ្ញាបត្រ។<br>2.3.1.5. ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើការងារឆ្មប។<br>2.3.1.6. អភិវឌ្ឍគន្លងអប់រំឆ្មប។<br>2.3.1.7. អភិវឌ្ឍក្របខ័ណ្ឌគ្រប់គ្រងការអប់រំឆ្មប។ |
| 2.3.2. <u>ការបណ្តុះបណ្តាលបន្ត៖</u><br>2.3.2.1. ពង្រឹងជំនាញបច្ចេកទេសឆ្មប និងការយល់ដឹងពីសង្គមវប្បធម៌ តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលដោយផ្អែកលើសមត្ថភាពជំនាញ ការចុះអភិបាលគាំទ្រ និងតាមរយៈការពង្រីកឱកាសសម្រាប់ការអនុវត្តផ្ទាល់ និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងធ្វើការ។<br>• បង្កើតមន្ទីរពិសោធន៍ជំនាញនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក CPA3។<br>• ប្តូរវេនអ្នកផ្តល់សេវា ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានបន្ទុកករណីទាប ទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានបន្ទុកករណីខ្ពស់។<br>• បង្កើនសមត្ថភាព និងឱកាសអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈសម្រាប់គ្រូបង្គោល/អ្នកអភិបាលថ្នាក់ខេត្ត និងគ្រូបង្វឹក។<br>2.3.2.2. ពង្រឹងកិច្ចប្រជុំប្រចាំត្រីមាសរបស់ក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្មប (MCAT)<br>• ប្រើប្រាស់កិច្ចប្រជុំ MCAT ដើម្បីផ្តល់បច្ចុប្បន្នភាពដល់ឆ្មបអំពីពិធីសារ គោលការណ៍ណែនាំ ប្រកាសថ្មីៗ ការយល់ដឹងពីសង្គមវប្បធម៌ ។ល។<br>• ជំរុញការចូលរួមរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងឆ្មបពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែក នៅក្នុងវគ្គ MCAT ដើម្បីបំភ្លឺបញ្ហានានា ទាក់ទងនឹងការសម្រាលដែលមានផលវិបាក និងដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់អំពីករណី បញ្ជូន។ |
| 2.3.3. <u>ការគ្រប់គ្រង និងការចេញអាជ្ញាប័ណ្ណ៖ ពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី ចេញអាជ្ញាប័ណ្ណ និងចេញអាជ្ញាប័ណ្ណជាថ្មី</u><br>2.3.3.1. បញ្ចប់ជាចុងក្រោយ និងអនុវត្តច្បាប់ថ្មីស្តីពីការគ្រប់គ្រងអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល។ |
| 2.3.4. <u>ការផ្គត់ផ្គង់៖ បង្កើនចំនួនឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព</u> |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- |
| 2.3.4.1. ការជ្រើសរើសក្របខ័ណ្ឌឆ្មបមធ្យមសម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព។<br>2.3.4.2. ស្វែងរកជម្រើសនានាសម្រាប់ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និង/ឬ ដំឡើងឆ្មបបឋមទៅជាឆ្មបមធ្យម។<br>2.3.4.3. ស្នើសុំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសមស្របសម្រាប់ឆ្មបមធ្យម ដែលធ្វើការក្នុងតំបន់ដាច់ស្រយាល។ |
| **គោលបំណងទី៣៖ បង្កើនការទទួលបានដោយសមធម៌ និងគុណភាពនៃសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ តាមរយៈការពង្រឹងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ។** |
| 3.1. ពង្រឹងប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប (MDSR) |
| 3.1.1. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់គណៈកម្មាធិការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតានៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងខេត្ត<br>3.1.1.1. រៀបចំកិច្ចប្រជុំប្រចាំត្រីមាសរបស់គណៈកម្មាធិការស្រាជ្រាវមរណភាពមាតាថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីពិនិត្យមើលរបាយការណ៍មរណភាពមាតា ពីគណៈកម្មាធិការថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់។<br>3.1.1.2. ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងផ្តល់ការបង្វឹកអនុវត្តជាក់ស្តែងដល់គណៈកម្មាធិការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាថ្នាក់ខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ។<br>• ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាកន្លងមក ដើម្បីបង្កើតសេណារីយ៉ូករណី ដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងផ្ទាល់។<br>3.1.1.3. រៀបចំ និងផ្សព្វផ្សាយសេចក្តីណែនាំ/បទបញ្ជា ដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ/ឯកជន អំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការជ្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងរបាយការណ៍។<br>3.1.1.4. ផ្តល់ការណែនាំអំពីការអង្កេតស្រាវជ្រាវមរណភាព នៅទូទាំងខេត្ត និងមន្ទីរពេទ្យជាតិ<br>3.1.1.5. ត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលការអនុវត្តអនុសាសន៍ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំគណៈកម្មាធិការ MDA ថ្នាក់ខេត្ត និងជាតិ និងកិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំ។ |
| 3.1.2. បង្កើនសមត្ថភាព និងថវិកាសម្រាប់ MDSR ជាពិសេស នៅថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុក<br>3.1.2.1. ពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ថ្នាក់ខេត្ត/ស្រុក ដើម្បីបង្កើត និងអនុវត្តអនុសាសន៍<br>3.1.2.2. បង្កើនការចូលរួមរបស់អ្នកជំនាញបច្ចេកទេសថ្នាក់ខេត្ត |
| 3.1.3. កែលម្អទំនាក់ទំនងទៅនឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន<br>3.1.3.1. កែលម្អទំនាក់ទំងរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងសាលាឃុំ ដែលមណ្ឌលសុខភាពស្ថិតនៅក្នុងឃុំនោះ។ |
| 3.1.4. ពិចារណាដាក់ឱ្យអនុវត្តការអង្កេតស្រាវជ្រាវករណីហៀបនឹងស្លាប់ (near misses)<br>3.1.4.1. ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញលើទម្រង់ MDA សម្រាប់ករណីហៀបនឹងស្លាប់ (near misses) និងប្រើលទ្ធផលពីការពិនិត្យឡើងវិញនេះដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ក្នុងកិច្ចប្រជុំ MCAT និងដើម្បី |

| ផ្នែកអន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|
| បង្កើតករណីសិក្សាសម្រាប់ការបង្ហឹក។ |
| **3.2. ដាក់ឱ្យអនុវត្តការពិនិត្យ /ការស្រាវជ្រាវមរណភាពទារកទើបនឹងកើត** |
| 3.2.1. អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធពិនិត្យឡើងវិញ/ស្រាវជ្រាវការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើតនៅកម្ពុជា តាមរយៈការសម្រប និងបរិបទនីយកម្មគោលការណ៍ណែនាំថ្មីរបស់ WHO។ |
| 3.2.2. ដាក់បញ្ចូល/ភ្ជាប់ប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពជុំវិញកំណើត ជាមួយប្រព័ន្ធ MDSR |
| **3.3. ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ** |
| 3.3.1. ធ្វើការសិក្សាសាកល្បង និង/ឬរៀបចំការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ ប្រធានបទនៃការស្រាវជ្រាវជាអាទិភាព រួមមាន៖<br>• ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង – កត្តាជំរុញនៃការមានផ្ទៃពោះមិនទាន់គ្រប់ការ និងឧបសគ្គចំពោះយុវវ័យក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននិងសេវាសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ<br>• មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ- កត្តាជំរុញ និងរបៀបកាត់បន្ថយ។ |
| **3.4. ផ្សេងទៀត** |
| 3.4.1. ស្នើសុំបំបែកករណី GBV/VAW ចេញពីប្រភេទរបួសជារួមនៅក្នុង HIS និងបំបែកតាមអាយុ ភេទ និងពិការភាព បើអាចធ្វើបាន (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកស្តីពី GBV/VAW ក្រោមគោលបំណងទីមួយ) |
| 3.4.2. ស្នើសុំដាក់បញ្ចូលមធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូត ទៅក្នុង HIS និង CDHS (ដាក់បញ្ចូលផងដែរក្នុងផ្នែកស្តីពីការពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន ក្រោមគោលបំណងទីមួយ)។ |
| 3.4.3. ស្នើសុំបំបែកទិន្នន័យអ្នករៀបការរួច និងមិនទាន់រៀបការ ដាក់ក្នុងក្រុមអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំ និង ១៩-២៤ ឆ្នាំ។ |

## ឧបសម្ព័ន្ធ៣៖ កញ្ចប់សេវាថែទាំសារទន្តសុខភាពបន្តពូជនិងសុខភាពផ្លូវភេទ

*ARSH Services*

- Availability of AFRSH essential service package

*Family Planning Services*

- Counselling on methods
- Availability of oral contraceptives
- Availability of three-monthly injectables
- Availability of implant services
- Availability of emergency contraception
- Availability of IUD services
- Availability of condoms for dual protection
- Availability of voluntary surgical contraception (male and female)

*RTI Care*

- Condoms
- Diagnosis and treatment of RTIs (including STIs)
- Primary prevention for HIV
- Availability of VCCT for HIV

*Antenatal Care*

- At least four visits
- Access pregnancy status (both mother and fetus)
  - Check for danger signs and management such as pre-term labour, anaemia, vaginal bleeding, fever, fetal movement, hypertensive disorders…
- Detection and treatment of malaria and tuberculosis
- Screening and treatment of syphilis
- VCCT for HIV
- Availability of PMTCT
- Tetanus immunization
- Provision of iron/folate and mebendazole
- Mother class/counseling (e.g. nutrition, recognition of complications/danger signs, family planning)
- Birth preparedness (birth/emergency plan in Mother's Health Record)
- Availability of EmONC (e.g. referral system, surgery)
- Availability of CEmONC

*Delivery Care*

- Universal precautions (access to clean delivery)
- Availability of Midwife-TBA alliance
- Assessment and care during labour and delivery
- Use of skilled birth attendant at delivery
- Availability of PMTCT
- Use of partograph
- Active management of third stage of labour
- Routine placenta examination
- Immediate newborn care
- Availability of parenteral anticonvulsants for pre-eclampsia/eclampsia
- Availability of oral and parenteral antibiotics
- Availability of EmONC (e.g. PPH, referral system, surgery)

*Neonatal Care*

- Thermal management
- Availability of neonatal resuscitation
- 'Kangaroo Mother Care' for high-risk neonates
- Promotion of immediate exclusive breastfeeding
- Care of the umbilical cord
- Early detection and management of infections and jaundice
- Availability of PMTCT
- Counselling (e.g. nutrition, exclusive breastfeeding, recognition of danger signs, early child development)

*Postnatal Care*

- Assessment and care of the postpartum woman (up to 6 weeks) and her newborn
- Response to observed signs and volunteered problems
- Early detection and management of puerperal complications (e.g. bleeding, involuted uterus)
- Birth spacing plan and service provision
- Iron/folate supplementation
- Vitamin A supplementation
- Detection and treatment of anaemia
- Detection and treatment of malaria
- Tetanus immunization (if not done at ANC)
- Screening for syphilis (if not done at ANC)
- Provision of mebendazole (if due)
- VCCT for HIV (if not done at ANC)
- Counselling (e.g. hygiene, nutrition, birth spacing, recognition of danger signs, emergency preparation, and routine and follow – up visit)
- Availability of EmONC (e.g. referral system, surgery)
- Danger signs to the newborn prior to discharge
- Care of the newborn to all babies until discharge
- Identification of newborn problem needing special management

*Reducing Unsafe Abortion (CAC and PAC)*

- Medical abortion at appropriate levels
- Manual vacuum aspiration at appropriate HC level
- Prevention and management of complications (e.g. injury, infection, shock, haemorrhage)
- Birth spacing plan and service provision
- Counselling (e.g. pre-abortion, family planning, self-care, recognition of danger signs, prevention of STI/HIV transmission)
- EmONC (e.g. referral system, surgery)

*Cancers, Subfertility, Peri/Postmenopausal Services*

- Counselling and basic screening and treatment (e.g. breast self-exams, lifestyle, VIA, HPV vaccine, nutrition, BCC) and referral

*Gender Equity*

- Identification, treatment, and referral for VAW survivors
- Access to post-exposure prophylaxis for rape survivors
- Counselling (e.g. gender equity, VAW, male involvement)
- Advocacy (e.g. gender equity, VAW, male involvement, partnership, cooperation, and responsibilities in RSH)