ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយនិងទារក

២០១០ ~ ២០១៥

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន

ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយនិងទារក

២០១០ ~ ២០១៥

អារម្ភកថា

នៅពេលដែលមានស្ត្រីម្នាក់ស្លាប់ កូនរបស់គេ គ្រួសាររបស់គេ សហគមន៍របស់គេ ក៏ដូចជាប្រទេសជាតិទាំងមូល បានបាត់បង់នូវប្រភពធនធានមនុស្ស សុភមង្គល និងភាពរុងរឿងដូច្នេះដែរ។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅប្រទេសកម្ពុជាស្ត្រីចំនួន ១,៦០០នាក់ត្រូវបានគេប៉ាន់ប្រមាណថាស្លាប់នៅក្នុងអំឡុងពេលសំរាលកូន ឬបណ្តាលមកពី មូលហេតុផ្សេងៗនៅពេលមានផ្ទៃពោះ។ អាស្រ័យដូច្នេះហើយ បានជា ក្រសួងសុខាភិបាលខិតខំប្រឹង ប្រែងធ្វើយ៉ាងណាដើម្បីធានាអោយសុខភាពស្ត្រីមានភាពប្រសើរឡើង ដែលក្នុងនោះការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ ត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈការធ្វើអោយសុខភាពម្តាយមានការប្រសើរឡើងដែលរួមមាន: ការធ្វើដំបូន្មានផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ ការថែទាំប្រកបដោយគុណភាព នៅពេលមានផ្ទៃពោះនិងពេលសំរាល (ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក ការថែទាំក្រោយសំរាលសំរាប់ម្តាយ និងទារក) និងការទទួលបាន នូវសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព។

ក្នុងនាមជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល យើងត្រូវតែដោះស្រាយអោយបាននូវបញ្ហាចំបង ចំនួន ៣ ដើម្បីធានាអោយបាននូវអាយុជីវិតរបស់ម្តាយនិងទារក (១) រយៈពេលសំរេចចិត្តក្នុងការស្វែងរកសេវា (២) បញ្ហាប្រឈមមុខនឹងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន និង (៣) កង្វះបុគ្គលិកជំនាញនៅពេលដែលស្ត្រីមកដល់មណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យ។

បញ្ហាទាំងអស់នេះគឺមិនអាចដោះស្រាយដោយម្នាក់ឯងបានទេ។យើងត្រូវធ្វើការជាមួយដៃគូពាក់ព័ន្ធនានាជាមួយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានានាដូចជាបញ្ហាសង្គម សេដ្ឋកិច្ច ដែលជាឧបសគ្គរាំងសំរាប់សេវាសុខភាពរបស់ម្តាយ។

ក្រសួងសុខាភិបាលបានដាក់ចេញនូវវិធានការណ៍ចំបងនានាសំដៅ ធ្វើអោយប្រសើរឡើងលើផ្នែកសេវាសុខភាព បន្តពូជ ម្តាយ ទារក និង កុមារ តាមរយៈការអនុវត្តន៍នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល ឆ្នាំ ២០០៨ ដល់ ២០១៥។ ក្រសួងបានបង្កើតអោយមានក្រុមការងារ ដើម្បីសំរបសំរួលក្នុងការធ្វើផែនការ អនុវត្តន៍ផែនការ និងតាមដាន ផែនការសកម្មភាពប្រចាំឆ្នាំ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កង្វះខាតនៃប្រភពធនធានមនុស្ស និង ថវិកា គឺជាបញ្ហា ដ៏ចំបងសំរាប់ការអន្តរាគមន៍ ក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ។

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារកនេះត្រូវបានរៀបចំដោយ ក្រសួងសុខាភិបាល ដោយបានបង្ហាញពីគំនិតផ្តួចផ្តើម និងយុទ្ធសាស្ត្រនានា ក្នុងការជួយសង្គ្រោះជីវិតម្តាយ និង កូន ក៏ដូចជាក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។ ខ្ញុំសង្ឃឹមយ៉ាងមុតមាំថា ផែនទីចង្អុលផ្លូវនេះពិតជានឹងអាចកាត់បន្ថយអត្រា ស្លាប់របស់ម្តាយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា យ៉ាងឆាប់រហ័ស និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។

ថវិកាសំរាប់ផ្តល់អោយការងារសកម្មភាព គោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្សទី៥ គឺមានតិចតួចនៅឡើយ បើប្រៀបធៀប ទៅនឹងផ្នែកគោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្សសុខភាពដទៃផ្សេងៗទៀត។ នៅពេលដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា នឹងបន្តរ គាំទ្រ លើផ្នែកសុខភាពម្តាយ ខ្ញុំសូមអំពាវនាវ ដល់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៏នានាបន្តរផ្តល់ជំនួយជាថវិកា ក្នុងវិស័យនេះបន្ថែមទៀត ជាពិសេសក្នុងការអនុវត្តន៏ ការអន្តរាគមន៏ផែនទីចង្អុលផ្លូវនេះអោយបានជោគជ័យ និងមាន ប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីធ្វើយ៉ាង ណាអោយ ប្រទេសកម្ពុជាសំរេចបាននូវផែនការ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្សទី៥ របស់ខ្លួននាឆ្នាំ ២០១៥ ខាងមុខនេះ។

Phnom Penh, May 31, 2010

Dr. Mam Bun Heng
Minister of Health

បញ្ជីរាយនាមសមាជិកដែលបានរួមចំណែកក្នុងដំណើការរៀបចំឯកសារ
ផែនទីចង្អុលផ្លូវ

ក. ក្រុមការងារសុខភាពបន្តពូជ មាតា ទារក និងកុមារ

1. Prof. Sann Chan Soeung	Deputy Director General for Health, Chair
2. Prof. Koum Kanal	Director of NMCHC, Vice Chair
3. Dr. Tung Rathavy	Deputy Director NMCHC, Manager NRHP
4. Prof. Chhour Y Meng	Director of National Paediatric Hospital
5. Prof. Teng Soeun	Director of Kossamak Hospital
6. Dr. Vong Sathiarany	Manager PMTCT, NMCHC
7. Dr. Chhorn Veasna	Manager ARI/CDD Program
8. Dr. Ou Kevanna	Manager Nutrition Program
9. Dr. Svay Sarath	Manager National Immunization Program
10. Dr. Hong Rathmony	Deputy Director of CDC
11. Dr. Bun Sreng	Chief of Prevention and Control Bureau, CDC
12. Dr. Viorica Berdaga	Chief of Child Survival and Development Program, UNICEF
13. Dr. Rasoka Thor	Child Survival Specialist, UNICEF
14. Dr. Malalay Ahmadzai	Mother Child Health Specialist, UNICEF
15. Dr. Susan Jack	Medical Officer Maternal and Child Health, WHO
16. Dr. Niklas Danielson	Former Medical Officer Maternal and Child Health, WHO
17. Mrs. Alice Levisay	Representative UNFPA
18. Dr. Sok Sokun	Reproductive Health Program Manager, UNFPA
19. Mrs. Yumiko Sasaki	Project Formulation Advisor, JICA Cambodia
20. Mrs. Olga Platzer	Advisor Maternal and Child Health, DeD
21. Dr. Sin Somuny	Executive Director of MEDiCAM
22. Dr. Hay La In	RMNCH Task Force Coordinator

ខ. នាយកដ្ឋាននៃក្រសួងសុខាភិបាល

23. Dr. Lo Vesnakiry	Director of DPHI
24. Dr. Sao Sovanratnak	Deputy Director of DPHI
25. Ms. Khout Thavary	Deputy Director of DBF
26. Dr. Sok Kanha	Deputy Director of DPHI, Responsible for HEF
27. Mr. Ros Chhun Eang	Chief of Health Economics and Financing Bureau, DPHI

គ. ទីប្រឹក្សារបស់អង្គការដៃគូ ផ្នែកសុខភាព

28. Dr. Jerker Liljestrand	MNCH and Nutrition Team Leader, URC
29. Dr. Paul Weelen	Health System Development Advisor, WHO
30. Mr. Benjamin Lane	Health Planning Advisor, WHO
31. Mrs. Erika Nilsson	Midwife, Making Pregnancy Safer, WHO
32. Mrs. Maryam Bigdeli	Health Finance Advisor, WHO
33. Dr. Cheang Kannitha	NPO for Making Pregnancy Safer, WHO
34. Dr. Var Chivorn	Associate Executive Director, RHAC
35. Dr. Chan Ketsana	Child Health and Nutrition team Leader, RACHA
36. Dr. Sieng Nam	Health Officer, UNICEF
37. Mr. Chum Aun	Immunization Officer, UNICEF

38. Dr. Joan Woods,	MCH Team Leader, USAID
39. Dr. Sek Sopheanarith	Development Assistant Specialist, USAID
40. Mrs. Yasuyo Osanai	Chief Advisor, JICA MCH Project
41. Dr. John Naponick	RMMP/Options Team Leader
42. Mrs. Marilyn McDonagh	Consultant, Options
43. Mrs. Che Katz	Program Director, Marie Stopes

មាតិកា

ពាក្យបំព្រួញ...7

សារលិខិត...9

ជំហររបស់ ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្ដាយ និងទារក.......................11

បំណង មាតិការ និង វចនានុក្រមនៃឯកសារ..12

ការសង្ខេប..12

សមាសធាតុគន្លឹះ...12

សមាសធាតុបន្ទាប់បន្សំ...13

គោលដៅរួម..14

គោលបំណងគន្លឹះ..14

ការតាមដាន និងវាយតំលៃ...15

គោលបំណង និង សូចនាករ...16

សមាសធាតុ ១ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក...17

សមាសធាតុ ២ ការបង្កើតកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ..20

សមាសធាតុ ៣ ការធ្វើផែនការគ្រួសារ..24

សមាសធាតុ ៤ ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព...27

សមាសធាតុ ៥ ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង..29

សមាសធាតុ ៦ ការលុបចោលនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវា..32

សមាសធាតុ ៧ ការតាមដាន និង ការឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា...36

ឧបសម្ព័ន្ធ

តារាងបង្ហាញពីការទទួលខុសត្រូវ...39

តារាងមុខងារភារកិច្ចរវាង មូលដ្ឋានសុខាភិបាល សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក ជាមូលដ្ឋាន និង ពេញលេញ
....40

ពាក្យបំព្រួញ

24h/7d	២៤ ម៉ោងក្នុង១ថ្ងៃ, ៧ថ្ងៃ ក្នុង១សប្តាហ៍
AMTSL	ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសំរាល ដំណាក់កាលទី៣
ANC	ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសំរាល
BCC	ការទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ
BEmONC	សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋាន
CAS	ការអង្កេតនរវិទ្យានៅកម្ពុជា ឆ្នាំ២០០៨
CBD	ការចែកចាយនៅតាមសហគមន៍
CBHI	ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅតាមសហគមន៍
CCT	ការបង្វែរប្រាក់ដោយភ្ជាប់ជាមួយល័ក្ខខ័ណ្ឌ
CEmONC	សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញ
CDHS	ការអង្កេតអំពីសុខភាព និងប្រជាសាស្រ្តនៅកម្ពុជា
CMDG	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរបស់កម្ពុជា
COC	ថ្នាំគ្រាប់លេបពន្យារកំណើត
COMBI	ការទាក់ទងដើម្បីធ្វើអោយមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ
CPA	សំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់
CPA1	សំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់ កំរិត១
CPA2	សំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់ កំរិត២
CPA3	សំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់ កំរិត៣
CPR	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំពន្យារកំណើត
C-Section	ការសំរាលកូនដោយការវះកាត់
CSES	ការអង្កេតអំពីសេដ្ឋកិច្ច សង្គមនៅកម្ពុជា
DP	ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍
DPHI	នាយកដ្ឋានផែនការ និង ព័តមានសុខាភិបាល
EmONC	សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក
FP	ផែនការគ្រួសារ
FTI	គំនិតផ្តួចផ្តើមដើម្បីពន្លឿន
FTIRM	ផែនទីចង្អុលផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមដើម្បីពន្លឿន
GPCC	ការធ្វើជំរឿនប្រជាជន នៅកម្ពុជា
HC	មណ្ឌលសុខភាព
HEF	មូលនិធិសមធម៌

HIS	ប្រព័ន្ធពិតមានសុខាភិបាល
HIV+	វីរុសហ៊ីវ វិជ្ជមាន
HSP2	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលដំណាក់កាលទី II (2008-2015)
IMCI	សមាហរណកម្មពិនិត្យ និង ព្យាបាលជំងឺកុមារ
MCH	សុខភាពមាតា និងកុមារ
MCH-SubTWG	អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេស សុខភាពមាតា និង កុមារ
MDG	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្ស
MDSR	ការតាមដាន មរណភាពមាតា និង ឆ្លើយតប
M&E	ការតាមដាន និង វាយតំលៃ
MgSO4	ម៉ាញ៉េស្យូម ស៊ុលហ្វាត
MMR	អត្រាមរណភាពមាតា
MNH	សុខភាពមាតា និងទារក
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MoI	ក្រសួងមហាផ្ទៃ
MPA	សំណុំសកម្មភាពអប្បបរិមា
N/A	ដែលមិនមាន, ដែលមិនអាចកំណត់
NCDD	គណៈកម្មាធិការជាតិសំរាប់ការគ្រប់គ្រងនិងកែទំរង់វិមជ្ឈការ
NGO	អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល
NMCHC	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
NRHP	កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ
OD	ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ
PHD	មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត
PNC	ការថែទាំក្រោយសំរាល
PSDD	គំរោងគាំទ្រការអភិវឌ្ឍន៍លទ្ធិប្រជាធិបតេយ្យតាមរយៈការធ្វើ វិមជ្ឈការ
RH	សុខភាពបន្តពូជ
RHs	មន្ទីរពេទ្យបង្អែក
RMNH	សុខភាពបន្តពូជ ម្តាយ និង ទារក
SBA	ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល
TBD	នឹងត្រូវកំណត់
TFR	អត្រាសាយកូន
UN	អង្គការសហប្រជាជាតិ
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន
ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយនិងទារក
២០១០-២០១៥

សាវតា

អត្រាមរណភាពមាតា នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នៅតែមានកំរិតខ្ពស់នៅឡើយ ដែលមិនអាចទទួលយកបាន នាទសវត្សកន្លងមកនេះ។ បញ្ហានេះជាក្តីបារម្ភដ៏ចំបងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល បើទោះជាមានការរីកចំរើនគួរអោយកត់សំគាល់ នៅក្នុងវិស័យសេដ្ឋកិច្ច សង្គម និង សូចនាករសុខភាពដទៃផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងរយៈពេលដូចគ្នាយ៉ាងណាក៏ដោយ។ អត្រាស្លាប់របស់ទារក បានធ្វើអោយអត្រាស្លាប់របស់កុមារអាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំមានការកើនឡើងគួរអោយកត់សំគាល់។ ក្រសួងសុខាភិបាលបានប្តេជ្ញាចិត្តខ្ពស់ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាអោយ អត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ មានការថយចុះ ហើយក៏ទទួលស្គាល់ថា ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងស្ថិតនៅលើផ្លូវដ៏លំបាកក្នុងការសំរេចអោយបាននូវផែនការ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ សហស្សវត្ស ទី៥ របស់ខ្លួន ដែលនឹងធ្វើអោយ អត្រាមរណភាពមាតានៅសល់តិចជាង ២៥0 លើ ១00,000 កំណើតរស់ នៅឆ្នាំ ២០១៥។

CMDG5: ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវសុខភាពម្តាយ	ខ្សែបន្ទាត់មូលដ្ឋាន		តួរលេខថ្មីបំផុត			គោលដៅចំនុច	
	ចំនួន	ឆ្នាំ	ចំនួន	ឆ្នាំ	ប្រភព	2010	2015
ផែនការ: កាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ							
5.1 អត្រាមរណភាពមាតា (លើ ១00,000 កំណើតរស់)	437	1997	461	2008	GPCC		250
5.2 អត្រាសាយកូន	4	1998	3.1	2008	GPCC	3.4	3
5.3 % នៃការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានបណ្តុះបណ្តាល	32	2000	63	2009	HIS	70	80
5.4 % នៃស្ត្រីដែលបានរៀបការប្រើប្រាស់វិធីពន្យារកំណើត	18.5	2000	28	2009	HIS	40	60
5.5 % នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល ២ដង រឺច្រើនដងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល	30.5	2000	83	2009	HIS	75	90
5.6 % នៃស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះខ្វះជាតិដែក	66	2000	57	2005	CDHS	39	33
5.7 % នៃស្ត្រីអាយុ ១៥ ដល់៤៩ ឆ្នាំ ដែលមាន BMI<18.5 kg/sq. meter	21	2000	16.1	2008	CAS	12	8
5.8 % នៃស្ត្រីអាយុ ១៥ ដល់៤៩ ឆ្នាំ ដែលខ្វះជាតិដែក	58	2000	47	2005	CDHS	32	19
5.9 %នៃស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះដែលសំរាលកូនដោយវះកាត់	0.8	2000	1.4	2009	MoH	2.5	4

ក្រោយពីចូលកាន់តំណែង នាឆ្នាំ ២០០៨, រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ឯកឧត្តម វេជ្ជ, **ម៉ម ប៊ុនហេង** បានប្រកាសអំពីគំនិតផ្តួចផ្តើមក្នុងគោលបំណង ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវ សុខភាពបន្តពូជ ម្តាយ ទារក និង កុមារ។ ឯកសារផែនទីចង្អុលផ្លូវ សំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារកនេះ ពិពិណនាអំពីសមាសធាតុ សំខាន់ៗនានាដែលទាក់ទង ទៅនឹងកម្មវិធីសុខភាពរបស់ម្តាយ និងទារក។ ការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ ទៅលើ ផែនទីចង្អុលផ្លូវនេះក៏ដូចជា ការចលនាធនធានថវិកា សំរាប់អនុវត្តន៏សកម្មភាពចាំបាច់ទាំងឡាយ គឺពិតជារួមចំណែក យ៉ាងសកម្ម ក្នុងការជួយកាត់បន្ថយបន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារក ចាប់ពីពេលនេះ រហូតដល់ឆ្នាំ ២០១៥។

ជាសកល, មានភាពទំនាក់ទំនងគ្នាយ៉ាងខ្លាំងក្លា រវាង អត្រាទាបនៃមរណភាពមាតា និងអត្រាខ្ពស់ នៃការធ្វើផែនការគ្រួសារ និង ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល។ វាក៏មានភាពទំនាក់ទំនងគ្នាផងដែរ រវាងអត្រាទាបនៃមរណភាពមាតា ទៅនឹងការទទួលសេវា ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព។ ការស្លាប់របស់ម្តាយ ភាគច្រើនកើតឡើងក្នុងរង្វង់ពេលការសំរាលកូន និង ក្រោយពីមានការរំលូតកូន ដោយមិនមានសុវត្ថិភាព។ កត្តាចំនួន ៤ ដែលក្នុងនោះរួមមានៈ ការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសំរាល, ការមានផ្ទៃពោះរួមជាមួយសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ព្រាយក្រឡាភ្លើង), ការឈឺពោះ សំរាលដែលជួបឧបសគ្គ និង ការឆ្លងមេរោគ សុទ្ធតែជាមូលហេតុចំបងនៃការស្លាប់។ វាមិនមានការអន្តរាគមន៏ ឯកឯងណាមួយ ដែលធ្វើអោយការស្លាប់ធ្លាក់ចុះបានទេ។ យុទ្ធសាស្ត្រសំរាប់ ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតា គឺត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុងកន្សោមអន្តរាគមន៏នានា ដែលតំរូវឱ្យមានអត្រាគ្របដណ្តប់ខ្ពស់ នៅទូទាំងប្រទេសរួម បញ្ចូលគ្នាដូចជាៈ ការពន្យារកំណើតដើម្បីកុំឱ្យមានផ្ទៃពោះ, ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព, ការគ្រប់គ្រងការ ឈឺពោះ សំរាលដំណាក់កាលទី៣, ការគ្រប់គ្រងការមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ព្រាយក្រឡាភ្លើង), ការគ្រប់គ្រង ការធ្លាក់ឈាម ក្រោយពេលសំរាល, ការគ្រប់គ្រង ការឆ្លងមេរោគនានា, ការគ្រប់គ្រង ការឈឺពោះសំរាលដែលជួបឧបសគ្គ។ ចំនួនមណ្ឌលសុខភាព និង ចំនួនបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព មានការកើន ឡើងគួរឱ្យកត់សំគាល់ បើប្រៀបធៀប ជាមួយភាគរយ នៃប្រជាជននាទសវត្សកន្លងមកនេះ បើទោះបីជា ចំនួននេះនៅមានតិចតួច ហើយត្រូវពង្រីក បន្ថែមទៀត ដើម្បីឆ្លើយតប ទៅនឹងអនុសាសន៏ជាសកល សំរាប់ប្រទេសនានា។ មរណភាពម្តាយ និងទារក គឺមាន ទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាយ៉ាង ជិតស្និទ្ធ រវាងការជួយសង្គ្រោះជីវិត របស់ម្តាយ ដើម្បីធានាឱកាសល្អសំរាប់ការរស់រាន មានអាយុជីវិតរបស់កុមារ។

ជាមួយនឹងការអន្តរាគមន៏ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ, ការជំរុញ និងពង្រីកលើសមាសធាតុបន្ទាប់បន្សំ ក៏មានសារៈសំខាន់ផងដែរក្នុងការកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់ម្តាយ។ កត្តានោះរួមមាន ការអភិវឌ្ឍន៏ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ការបង្កើនភាពស្មើគ្នា និងការអប់រំសំរាប់ក្មេងស្រី។ ការទាក់ទិនទៅនឹង អន្តរាគមន៏ ផ្នែកសុខាភិបាលដូចជា ការលុបបំបាត់ឧបសគ្គ ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវា សង្គ្រោះសុខភាពម្តាយ និង ការទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវទំលាប់ក្នុង ការស្វែងរកសេវា ថែទាំសុខភាព និង ការចូលរួមពីសហគមន៏។ លើសពីនេះទៅទៀត, ការពង្រឹងអំពីរបាយការណ៏ស្តីពីមរណភាពមាតា, ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និង ការអនុវត្តន៏សវនកម្មអំពីមរណភាពមាតា គួរតែ

ត្រូវបានពិភាក្សា ដើម្បីដោះ ស្រាយបញ្ហានានា ស្ដីអំពីប្រព័ន្ធសុខាភិបាល និង សហគមន៍ ដែលមានផលប៉ះពាល់ ទៅលើ មរណភាព និង សុខភាព របស់ម្ដាយ ។

ជំហាររបស់ផែនទីចង្អុលផ្លូវ សំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ របស់ម្ដាយ និង ទារក

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្ដាយ និងទារកនេះ គឺមិនមែនជាឯកសារមួយ ដាច់ដោយឡែកនោះទេ គឺវាគ្រាន់តែជាផ្នែកមួយ ដែលស្ថិតនៅក្រោមប្រធានបទ របស់ ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (Continuum of Care) សំរាប់សុខភាពបន្តពូជ ម្ដាយ ទារក និង កុមារតែប៉ុណ្ណោះ។ វាមិនមានភាពងាយស្រួលឡើយ នៅក្នុងការញែកគ្នាឱ្យដាច់ថា សមាសធាតុណាមួយនៃការថែទាំ សុខភាព ម្ដាយ និង ទារកបានរួមចំណែក ក្នុងការទទួលបាននូវសុខភាពល្អ។ ក៏ប៉ុន្តែ បើផ្អែងតាមការអង្កេតបានឱ្យដឹងថា ការផ្ដល់សេវាផែនការគ្រួសារទំនើប និង សេវាសុខភាព ម្ដាយ និង ទារកទៅដល់គ្រប់ស្ត្រីដែលត្រូវការទាំងអស់ គឺអាចជួយសង្គ្រោះជីវិតមនុស្ស រាប់លាននាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ. កាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្ដាយបាន បី ភាគ បួន ហើយនិង បន្ថយអត្រាស្លាប់ របស់ទារក បានជិតពាក់កណ្ដាល[1] ។ ការប្រទាក់ក្រឡាគ្នាពីសមាសធាតុមួយទៅសមាសធាតុមួយគឺពិតជាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់។ ឧទាហរណ៍ ការមកទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល គឺបានបង្កើនឱកាសចំពោះស្ត្រី ក្នុងការមកសំរាលកូនតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និង ទទួលបាននូវការថែទាំ ឬសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដ៏ទៃផ្សេងៗទៀត។ ការថែទាំទាន់ពេលវេលាចំពោះផលវិបាក នៃការមានផ្ទៃពោះ និង សំរាលគឺមិនត្រឹមតែជួយសង្គ្រោះជីវិត ម្ដាយ និង កូនប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងជួយការពារ សុខភាពរបស់ពួកគេនៅពេលអនាគតទៀតផង[2] ។

ទិដ្ឋភាពជាច្រើនរបស់ការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយត្រូវបានអនុវត្តន៏យ៉ាងជោគជ័យ នៅប្រទេសកម្ពុជា ក៏ប៉ុន្តែ ក៏តំរូវឱ្យមានការពង្រឹង និង ពង្រីក អំពីគុណភាពរបស់វា ផងដែរ។ ការអន្តរាគមន៍នានា ដែលផ្ដោតទៅលើការ កាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងក្លា ដល់អត្រាស្លាប់របស់ម្ដាយ និង កុមារជាការចាំបាច់មួយ ប្រសិនបើកម្ពុជា មានឱកាសក្នុងការ ធ្វើឱ្យសំរេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្សទី៥របស់ខ្លួន។ ជាការកត់សំគាល់. ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល និង ការថែទាំក្រោយសំរាល មានការកើនឡើងគួរឱ្យកត់សំគាល់។ ការអនុវត្តន៏យុទ្ធសាស្ត្រ ការរស់រានមានជីវិត របស់កុមារកម្ពុជា ជាមួយនឹងការអន្តរាគមន៍លើ ១២ ចំនុចកំពុងដំណើរការទៅមុខ ក្នុងការធ្វើឱ្យសំរេច គោលដៅអភិវឌ្ឍន៏ សហស្សវត្ស ទី៤ របស់ខ្លួននាឆ្នាំ២០១៥ ខាងមុខនេះ។ បើទោះបីជា បណ្ដាអន្តរាគមន៍ ឬ សកម្មភាពផ្សេងៗទៀតមិនបាន រាប់បញ្ចូលនៅក្នុង ផែនទីចង្អុលផ្លូវគំនិតផ្ដួចផ្ដើម នេះក៏ដោយ ក៏វានៅតែមានអត្ថប្រយោជន៏ ហើយ នៅតែត្រូវការជំនួយផ្នែកបច្ចេកទេស និង ហិរញ្ញវត្ថុសំរាប់ធានាដល់ភាពជោគជ័យដដែល។

[1] Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, South Central and Southeast Asia, Guttmacher Institute and UNFPA, December 2009
[2] Adding It Up (p 21)

បំណង មាតិកា និង រចនាសម្ព័ន្ធ នៃឯកសារ

គោលបំណងសំខាន់ៗ របស់ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារកនេះគឺៈ

1. បង្ហាញបទអន្តរាគមន៍ចំបងសំខាន់ៗ ដែលជាគន្លឹះក្នុងការធ្វើឱ្យអត្រាមរណភាព របស់ ម្តាយ និង ទារកធ្លាក់ចុះ

2. កំណត់ធនធានដែលត្រូវការ សំរាប់បង្កើនការអន្តរាគមន៍នានា និងគូសបញ្ជាក់អំពីថវិការដែលខ្វះខាត សំរាប់ យុទ្ធនាការណ៍ចលនាធនធានចាំបាច់ផ្សេងៗ

3. សំណើរដាក់បញ្ចូលសកម្មភាពសុខភាពរបស់ម្តាយនិងទារក ទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ របស់ស្ថាប័ន អនុវត្តន៍នានា ទាំងថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត

ឯកសារនេះរៀបរាប់ អំពីគោលដៅរួម និង គោលបំណងទាំងឡាយ សំរាប់ ផែនទីចង្អុលផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមដើម្បីពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារក ដល់អ្នកធ្វើគោលនយោបាយ និង អ្នកធ្វើសេចក្តីសំរេចចិត្ត នៅតាមថ្នាក់ជាតិ ក៏ដូចជា អ្នកផ្តល់ជំនួយទាំងឡាយ ដែលមានបំណង គាំទ្រដល់ការអន្តរាគមន៍ លើផ្នែក សុខភាពម្តាយនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ស្ថាប័នអនុវត្តន៍នានា នឹងផ្តល់អនុសាសន៍ថាតើ សកម្មភាពជាក់លាក់ណាខ្លះ នៃការអន្តរាគមន៍នឹងត្រូវ បានដាក់ទៅក្នុង ផែនការរបស់ខ្លួន សំរាប់អ្នកគ្រប់គ្រងសុខភាព ថ្នាក់ជាតិ និង ថ្នាក់ខេត្ត។

ការសង្ខេប

ឆ្លងតាមការពិគ្រោះយោបល់, មានសមាសធាតុសំខាន់ៗ ចំនួន៧ នៃការអន្តរាគមន៍ដែលត្រូវគេកំណត់ ថានឹងអាចកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់កុមារ និង ទារកនៅកម្ពុជា។ នៅក្នុងនោះសមាសធាតុគន្លឹះ មានចំនួន៤ និង សមាសធាតុបន្ទាប់បន្សំ មានចំនួន៣ ដែលទាក់ទងទៅនឹងផ្នែកសុខភាព។ សមាសធាតុទាំងនោះរួមមាន :

<u>សមាសធាតុគន្លឹះ</u>

1. **សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក (EmONC):** ផលវិបាកទាំងឡាយ ដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ គឺកំរ កើតមាន និង មិនអាចទស្សទាយទុកជាមុនបាន។ បី ភាគ បួននៃ ការស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារកគឺកើតឡើងនៅជុំវិញការសំរាល។ ដើម្បីកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារក គឺវាទាមទារ ជា ចាំបាច់នូវការធានា ក្នុងការទទួលបានជាសកល នូវសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលរួមបញ្ចូលមាន ការថែទាំក្រោយការរំលូតកូន, ការសំរាលកូនដោយការជប់, ការសំរាលកូនដោយការវះកាត់, ការបញ្ចូលឈាម និង ការគ្រប់គ្រង ការមានសម្ពាធឈាមខ្ពស់។

2. **ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល (SBA):** មានភស្តុតាង ក៏ដូចជាការព្រមព្រៀងមតិគ្នា ក្នុងចំណោមអ្នកជំនាញការ យ៉ាងជាក់ច្បាស់ថា ការសំរាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយមានការចូលរួមពី បុគ្គលិកសុខាភិបាល ជាជំរើសផ្តល់នូវសុវត្ថិភាពដ៏ល្អបំផុត។ អាស្រ័យហេតុនេះហើយ បានជាគោលនយោបាយ របស់រាជរដ្ឋាភិបាល គឺតំរូវឱ្យស្ត្រីទាំងអស់សំរាលកូន នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយមានការជួយជ្រុមជ្រែងពីឆ្មប។ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ មានការប៉ាន់ប្រមាណថា ៤៤% នៃម្តាយបានមកសំរាលកូននៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និង ៦៣% សំរាលកូនជាមួយបុគ្គលិកជំនាញ។ ការបណ្តុះបណ្តាល នៅនឹងកន្លែងការងារ, ការតាមដានក្រោយការបណ្តុះបណ្តាល, ការអភិបាល និង ការណែនាំ គឺជាសមាសធាតុដ៏សំខាន់ ដើម្បីពង្រឹងគុណភាពនៃការសំរាលកូនដោយ បុគ្គលិកសុខាភិបាល។

3. **ការធ្វើផែនការគ្រួសារ (FP):** ការពន្យារកំណើត, ការក្រឱ្យមានផ្ទៃពោះលើកទីមួយ និងការកាត់បន្ថយ ការមានផ្ទៃពោះលើកទីមួយដោយចៃដន្យ គឺបានធ្វើឱ្យបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់នានា ដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងការពពោះមានការថយចុះ។ នៅប្រទេសកម្ពុជាបើទោះបីជា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំពន្យារកំណើត ដោយវិធីទំនើបមានការកើនឡើងយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏តួរលេខនេះ នៅមានកំរិតទាបនៅឡើយ។ នៅឆ្នាំ ២០០៥ តួរលេខការធ្វើផែនការគ្រួសារ នៅកម្ពុជាមានតែ ២៥%[3] តែប៉ុណ្ណោះ។

4. **ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព:** ការរំលូតកូន វាគឺជា លទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យ។ ទោះបីជាទទួលបានជាសកលនូវវិធីពន្យារកំណើត ទំនើបយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏មិនអាចបញ្ឈប់ការ មិនឱ្យមានផ្ទៃពោះបានដែរ។ ថ្វីត្បិតតែការរំលូតកូន ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាអំពើស្របច្បាប់ នៅកម្ពុជាចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៧ក្តី ក៏ការទទួលបាននូវសេវាបែបនេះតាមប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសាធារណៈ នៅមានកំរិតទាបនៅឡើយ។ ផលវិបាកគឺស្ថិតនៅត្រង់ថា បណ្តាស្ត្រីជាច្រើននៅពេលដែលពួកគាត់សំរេចចិត្ត បញ្ឈប់ការមានផ្ទៃពោះគឺ ប្រឈមមុខនឹង សេវារំលូតកូនដោយមិនមានសុវត្ថិភាព។

<u>សមាសធាតុបន្ទាប់បន្សំ</u>

5. **ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង (BCC):** ការប្រើប្រាស់ថ្នាំពន្យារកំណើត និង ការអនុវត្តន៍ប្រតិបត្តិដោយ សុវត្ថិភាព នៅជុំវិញការសំរាល គឺអាចមានឥទ្ធិពលតាមរយៈ ការទំនាក់ទំនង និង ការផ្សព្វផ្សាយតាមទីផ្សារនៅក្នុងសង្គម។ មានសក្ខីកម្មជាច្រើន ដែលបានបញ្ជាក់អំពីប្រសិទ្ធភាពនៃយុទ្ធនាការណ៍ការទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ និងកិច្ចប្រឹងប្រែងយ៉ាងធំធេងក្នុងការទំនាក់ទំនង នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដូចជានៅលើផ្នែក ជំងឺអេដស៍ និងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ។ សកម្មភាពនៃការទំនាក់ទំនងដែលរួមមាន

[3] CDHS 2005

យុទ្ធនាការណ៍នានា គឺមានគោលបំណងដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តន៏, ជំរុញតំរូវការការស្វែងរកសេវា ដែលអាចពង្រីក បទអន្តរាគមន៏គន្លឹះនានា សំរាប់សាធារណៈជន និង អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ។

6. **ការលុបចោលនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវា:** ឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវា សុខភាពបន្តពូជ និង ម្តាយ ដែលរួមបញ្ចូលមាន ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព, សេវាពន្យារកំណើត និងការរំលូតកូនដោយ សុវត្ថិភាព បានរួមចំណែកក្នុងការធ្វើឱ្យ អត្រាស្លាប់របស់ម្តាយមានកំរិតខ្ពស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ស្ត្រីដែល ត្រូវការសេវា សុខភាពបន្តពូជ និង ម្តាយចាំបាច់មួយចំនួន ត្រូវបានខកខានទទួលសេវា ដោយសារតែតំរូវ ទាមទារឱ្យ មានការបង់កំរៃសំរាប់តំលៃសេវា។ ការពង្រីកនូវមូលនិធិសមធម៌ និងយន្តការណ៍ ហិរញ្ញវត្ថុ ដទៃ ផ្សេងៗទៀត គឺជាការចាំបាច់មួយសំរាប់ធានា ដល់ស្ត្រីគ្រប់រូបជាពិសេស ដល់អ្នកក្រីក្រ ដើម្បីទទួលបាននូវ ការ អន្តរាគមន៏ គន្លឹះនានាដែលពួកគេត្រូវការជាចាំបាច់ ។

7. **ការតាមដាន និង ការឆ្លើយតបចំពោះមរណភាពមាតា (MDSR):** បទពិសោធន៏មក ពីបណ្តាប្រទេសនានាបាន បង្ហាញ អំពីសារៈសំខាន់នៃ ការតាមដានមរណភាពមាតា សំរាប់ឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញ អំពីបញ្ហាមរណភាពមាតា ហើយ និងប្រាប់ជាពិតមានស្តីពីការអនុវត្តន៏កម្មវិធី ក៏ដូចជាការបញ្ចេញនូវបទអន្តរាគមន៏ថ្មីៗ។ មកទល់នឹង ពេលនេះ, មានតែអត្រាមរណភាពមាតាមួយផ្នែកតូចប៉ុណ្ណោះ ដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រង តាមប្រព័ន្ធពិតមានសុខា ភិបាល។ មាន ១,៦០០ ករណី នៃការស្លាប់របស់ម្តាយត្រូវបានគេប៉ាន់ប្រមាណថាបានកើតឡើង ជារៀងរាល់ ឆ្នាំ ដែលគួរ លេខនេះ មិនត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងស្ថិតិសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិទេ។

គោលដៅរួម

- ដើម្បីរួមចំណែក ក្នុងការសំរេចអោយបាននូវផែនការ គោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្ស ទី៥ របស់ខ្លួន ដែលនឹងធ្វើឱ្យ អត្រាមរណភាពមាតាកម្ពុជា នៅសល់តិចជាង ២៥០នាក់ លើ ១០០,០០០ កំណើតរស់ នៅឆ្នាំ២០១៥។

គោលបំណងគន្លឹះ

- បង្កើនសកម្មភាព ក្នុងការសំរេចឱ្យបាន ការគ្របដណ្តប់ជាសកលនៃសេវា សុខភាពម្តាយ ទារក និងបន្តពូជ ដ៏មានសារៈ សំខាន់នេះ
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលបាន សេវាសុខភាពម្តាយ និង បន្តពូជ ក៏ដូចជាលទ្ធភាពសំរាប់សេវានេះផងដែរ តាម រយៈការលុបបំបាត់ឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវាថែទាំ

- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ ការអនុវត្តន៍ថែទាំរបស់ បុគ្គល, ក្រុមគ្រួសារ, សហគមន៍ នៅក្នុងអំឡុងពេលមុន និង កំពុងមានផ្ទៃពោះ, ពេលសំរាលកូន និង ក្រោយសំរាល ដោយរួមបញ្ចូលទាំង ការស្វះស្វែងរកការថែទាំត្រឹមត្រូវ និងបង្កើនសេចក្តីត្រូវការជាអទិភាព សំរាប់ សេវាសុខភាពម្តាយ និង បន្តពូជ

ដើម្បីសំរេចឱ្យបាននូវគោលបំណងខាងលើ, ផែនទីចង្អុលផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមសំរាប់ពន្លឿននេះមានបំណង :

- កំណត់ផ្នែកអទិភាព និងផ្នែកអន្តរាគមន៍នានា ដែលត្រូវការពង្រីកបន្ថែមសំរាប់គោលបំណងគន្លឹះ និងផ្នែកគន្លឹះចំបងដទៃផ្សេងៗទៀត
- ធ្វើចលនាសំរាប់ការគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីពង្រីក ការអន្តរាគមន៍អទិភាពនានា សំដៅ កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពរបស់ម្តាយ និងទារក
- កំណត់បញ្ហាគោលនយោបាយនានា ដែលត្រូវពង្រឹង ដើម្បីធានាធ្វើឱ្យស្ត្រីគ្រប់រូបអាចទទួលបាននូវសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជ និង ម្តាយសមស្រប
- ធ្វើការណែនាំដល់ផ្នែក អនុវត្តន៍នានានៃក្រសួងសុខាភិបាល នៅតាមថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត អំពីការអន្តរាគមន៍អទិភាពនានា ក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណ ភាពរបស់ម្តាយ និងទារក

ដើម្បីធានាដល់ភាពជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយ អត្រាមរណភាពរបស់ម្តាយនិងទារកបានយ៉ាងឆាប់រហ័សនិងមាននិរន្តភាព, ផែនទីចង្អុលផ្លូវគំនិតផ្តួចផ្តើមដើម្បីពន្លឿននេះ នឹងត្រូវទាមទារថវិកាមកពីខាងក្រៅសរុបប្រមាណ ២៥ ទៅ ៣៥ លាន ដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំរវាងពីឆ្នាំ ២០១០ ដល់ ២០១៥។ ការបង្កើនល្បឿនក្នុងការកាត់បន្ថយ អត្រាមរណភាពនេះ ត្រូវពឹងផ្អែក លើការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់អំពី សមាសធាតុនៃសុខភាពបន្តពូជ, ម្តាយ និងទារក ដែលមាន សារៈសំខាន់ បំផុតក្នុងការជួយសង្គ្រោះជីវិត។ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលនៅប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានពង្រឹង ជាបន្តបន្ទាប់ នាទសវត្សកន្លងមកនេះ។ ការទទួលនូវសេវាសុខាភិបាលបានកើនឡើងគួរឱ្យកត់សំគាល់ ជាមួយនឹងគុណភាព នៃសេវាថែទាំផងដែរ។ ចំនួនឆ្មប, គិលានុបដ្ឋាយិការ និងវេជ្ជបណ្ឌិត មានការកើនឡើងជាលំដាប់ ដូច្នេះវាជា ពេលវេលាដ៏សមស្របមួយសំរាប់បណ្តាក់ទុន ក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាពរបស់ម្តាយ និង ទារក។

ការតាមដាន និង វាយតំលៃ

ការតាមដាននៃបទអន្តរាគមន៍នានាក្នុងគំនិតផ្តួចផ្តើមនេះ គួរតែត្រូវបានធ្វើសមាហរ័ណកម្មទៅក្នុង គំរោងនិងប្រព័ន្ធនៃការតាមដាននិងវាយតំលៃ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង នៅក្នុងរបាយការណ៍ ការពិនិត្យរួមគ្នាសមិទ្ធផលសុខាភិបាលប្រចាំឆ្នាំ។

គោលបំណង និង សូចនាករ:

ផែនទីចង្អុលផ្លូវ សំរាប់ពន្លឿន ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និងទារក			
គោលដៅ: កាត់បន្ថយ យ៉ាងខ្លាំងក្លា ដល់អត្រាស្លាប់របស់ម្តាយដើម្បីសំរេចឱ្យបានគោលដៅ អភិវឌ្ឍន៏សហស្សវត្ស របស់កម្ពុជា ឱ្យនៅសល់ត្រឹមតែ ២៥០ លើ ១០០,០០០ កំណើតរស់ នៅឆ្នាំ ២០១៥			
គោលបំណង			
1. ខេត្តនិមួយៗមានយ៉ាងតិច មូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញមួយ និងស្រុកប្រតិបត្តិនិមួយៗ មានយ៉ាងតិច មូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋានមួយសំរាប់ដំណើរការសមស្របតាមស្តង់ដាររបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ ដែលក្នុងនោះយ៉ាងហោចណាស់ក្នុង មូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញមួយសំរាប់មនុស្ស ៥០០,០០០ នាក់ និង ក្នុងមូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋានមួយសំរាប់មនុស្ស ១០០,០០០ នាក់			
2. បង្កើនអត្រាស្ត្រីដែលមកសំរាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ជាមួយការចូលរួមរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល			
3. បង្កើនការទទួលសេវាថែទាំផ្នែកសម្ភព តាមរយ:ការលុបបំបាត់ឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវា			
4. បន្ថយការកង្វះតំរូវការចាំបាច់ និងបង្កើន %នៃដៃគូរដែលប្រើប្រាស់ សេវាពន្យារកំណើតទាន់សម័យ			
5. ធានាដល់ស្ត្រីគ្រប់រូប ក្នុងការទទួលយកសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងលាក់ការណ៏សំងាត់			
6. ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ ការអនុវត្តន៏ថែទាំរបស់ បុគ្គល, ក្រុមគ្រួសារ, សហគមន៏ នៅក្នុងអំឡុងពេលមុន និងកំពុងមានផ្ទៃពោះ , ពេលសំរាលកូន និង ក្រោយសំរាល			
	ខ្សែបន្ទាត់មូលដ្ឋាន	គោលដៅចំនុច	
សូចនាករ	**2008**	**2010**	**2015**
1. ចំនួនមូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញ ដែលដំណើរការ	25	26	42
2. ចំនួនមូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋាន ដែលដំណើរការ	19	34	132
3. %នៃការសំរាលកូនដោយការវះកាត់	1.8%	2.5%	4%
4. %នៃការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល	39%	50%	70%
5. %នៃការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល	58%	70%	80%
6. %នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបង្អែក ដែលផ្តល់សេវា ថែទាំលើផ្នែកសម្ភពដោយមូលនិធិសមធម	67%	75%	85%
7. %នៃជនក្រីក្រដែលគ្របដណ្តប់ ដោយមូលនិធិសមធម	73%	80%	95%
8. %នៃស្ត្រីដែលប្រើប្រាស់ សេវាពន្យារកំណើតទាន់សម័យ	26%	40%	60%
9. ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់ សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និង-ឬ សេវាក្រោយការរំលូតកូន	25	151	933
10. %នៃស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាលចំនួន ២ដង ឬច្រើនដង	81%	88%	90%
11. ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលអនុវត្តន៏ការថែទាំ ម្តាយ និងទារកនៅតាមសហគមន៏	0	25	TBD
12. ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលអនុវត្តន៏ការចែកចាយថ្នាំពន្យារកំណើតនៅតាមសហគមន៏	N/A	TBD	TBD

សមាសធាតុទី ១៖ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក

1.1 សនិទានភាព:

ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងអត្រាឈឺ និងស្លាប់របស់ម្តាយ និង ទារកដែលមានកំរិតខ្ពស់នេះ, ប្រទេសកម្ពុជាថ្មីៗនេះ[4] បានធ្វើការវាយតំលៃថ្នាក់ជាតិមួយ ស្តីអំពីលទ្ធភាព, គុណភាព និងការប្រើប្រាស់នៃសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក។ ការវាយតំលៃនេះត្រូវបានធ្វើឡើងនៅលើ ៣៤% នៃចំនួនមណ្ឌលសុខភាព ដែលផ្តល់បំរើ នូវសេវាផ្នែកសម្ភព។ មានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសរុបចំនួន ៣៤៧ ដោយរួមបញ្ចូលទាំងផ្នែកសាធារណៈ និង ឯកជន ត្រូវបានជ្រើសរើសសំរាប់ការអង្កេតនេះ។

តំហើញពីការវាយតំលៃបានឱ្យដឹងថា កត្តាខាងក្រោមនេះ ជាមូលហេតុក្នុងការធ្វើឱ្យ អត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ និង ទារកនៅកម្ពុជា មានកំរិតខ្ពស់ :

- មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកនៅ មិនទាន់មានគ្រប់គ្រាន់នៅឡើយ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលចំនួន ១៣៩ គួរតែត្រូវបានកែលំអសំរាប់បំរើសេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកនៅទូទាំងប្រទេស។
- មូលដ្ឋានសំរាប់ផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក នៅមិនទាន់បានបែងចែកគ្រប់គ្រាន់ ទូទាំងប្រទេសនៅឡើយ។
- នៅមានការខ្វះខាតដ៏ចំបង ស្តីអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកនៅក្នុងការថែទាំកំរិតទីមួយក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។
- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារកត្រូវបានប្រើប្រាស់តិចតួចនៅឡើយ

- តំរូវការរបស់បណ្តាស្ត្រី ដែលមានផ្ទៃពោះមានបញ្ហា (complications of pregnancy) នៅមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយទាំងស្រុង។
- មានស្ត្រីជាច្រើន(ដែលទាមទារការវះកាត់) មិនទាន់បានទទួលសេវា ការសំរាលកូនដោយការវះកាត់
- គុណភាពនៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារក នៅមានកំរិតខ្សោយ

ឧបសគ្គនានានៃលទ្ធភាពដំណើការសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារករួមមាន :

- កង្វះខាតស្តង់ដារនៃសេវា
- គោលនយោបាយមិនបានគាំទ្រ ការអនុវត្តន៍នៃនិតិវិធីក្នុងការជួយសង្គ្រោះជីវិត

[4] Ministry of Health (2009) National Emergency Obstetric and Newborn Assessment in Cambodia

- កង្វះខាតបុគ្គលិកមានសមត្ថភាព
- ប្រព័ន្ធភស្តុភារ និងលទ្ធកម្មសំរាប់ឱសថ, ការផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍នៅមានកំរិតនៅឡើយ
- បញ្ហាហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ
- លំហូរអ្នកជំងឺនៅខ្សោយ
- មិនមានសេវារាក់ទាក់រួសរាយ សំរាប់ស្ត្រី “women friendly”
- ប្រព័ន្ធបញ្ជូននៅខ្សោយ
- ការផ្គត់ផ្គង់ឈាមដែលមានសុវត្ថិភាពនៅមានកំរិត
- ការតាមដាន, អភិបាល និង វាយតំលៃនៅខ្សោយ

ដោយសារមានបញ្ហាដូច្នេះ, គំហើញពីការវាយតំលៃរបស់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារកគួរត្រូវបានកំណត់ជាយុទ្ធសាស្ត្រសមស្រប និងបទអន្តរាគមន៍នានា ដើម្បីធ្វើផែនការកែលំអទៅលើសេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារកដែលជាមូលហេតុចំបងនៃការស្លាប់របស់ម្តាយ និង ទារកនៅកម្ពុជា។ ការអនុវត្តន៏បានជោគជ័យ នូវផែនការនេះ គឺពិតជាមានសារៈប្រយោជន៏ខ្លាំងណាស់ ទៅលើការរស់រានមានជីវិតរបស់ស្ត្រី និងទារក។

1.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៏:

សមាសធាតុនៃយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះក្នុងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ការគ្របដណ្តប់, លទ្ធភាព និង គុណភាពនៃសេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក មានដូចខាងក្រោមនេះ :

- ការធ្វើឱ្យមានស្តង់ដាររួមមួយសំរាប់មូលដ្ឋានដែលផ្តល់សេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក ហើយ និងកន្លែងសំរាប់ការបណ្តុះបណ្តាល
- ការផ្លាស់ប្តូរគោលនយោបាយមួយដើម្បីសំរួលដល់ការគាំទ្រក្នុងការអនុវត្តន៏ សេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក
- លើកកំពស់សមត្ថភាព និងការវិនិយោគនៅលើការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកគ្លីនិក
- ប្រគល់សិទ្ធក្នុងការទទួលខុសត្រូវលើការដឹកនាំ ឬការគ្រប់គ្រងនៅតាមមូលដ្ឋាន
- ចាត់វិធានការណ៍ធ្វើការជាក្រុមដើម្បីធានានូវលទ្ធភាពផ្តល់ សេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក ២៤ម៉ោង លើ ២៤ម៉ោង

យុទ្ធសាស្ត្រនឹងត្រូវបានអនុវត្តន៏លើ ៤ផ្នែក នៅក្នុង៤ ដំណាក់កាល។សកម្មភាពនៅតាមលំដាប់ថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្តនឹងត្រូវចាប់ផ្តើមស៊ីងតែនៅរយ:ពេលព្រមៗគ្នា។

- ការរៀបចំ និងការធ្វើផែនការ: ការរៀបចំដាក់ឱ្យមានប្រព័ន្ធគាំទ្រ, ស្តង់ដារ, មគ្គុទ្ទេសក៏, គោលនយោបាយ និងការ

ធ្វើផែនការ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តន៍ និងការចាប់ផ្តើមក្នុងការបង្កើតសមត្ថភាព នៅតាមមូលដ្ឋាន ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តន៏។

- ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងបុគ្គលិកៈ នៅមុនដំណាច់ឆ្នាំ ២០១៥, មូលដ្ឋានសុខាភិបាលចំនួន១៣៩ មណ្ឌលសុខភាពចំនួន ១០៥ និងមន្ទីរពេទ្យចំនួន ៣៤នឹងត្រូវបានកែលំអរដើម្បី ផ្តល់សំណុំកញ្ចប់អប្បបរិមា នៃសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែក CPA3 និង CPA2 និងសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋាន ដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាពចំនួន CPA1 ។ ក្នុងចំណោមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់នេះ, មន្ទីរពេទ្យចំនួន ៦នឹងត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីឱ្យក្លាយទៅជាទីកន្លែងសំរាប់បណ្តុះបណ្តាលផ្នែកគ្លីនិក។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលនឹងត្រូវបាន បណ្តុះបណ្តាលដើម្បីធានាសំរាប់សេវាការសំរាលកូនដោយការវះកាត់ និងសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពមានលទ្ធភាពបំរើ ២៤ម៉ោង លើ ២៤ម៉ោង ក៏ដូចជាការពង្រឹងលើផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៏សំរាប់ធានាសុវត្ថិភាព ក្នុងការបញ្ចូលឈាមទៅដល់គ្រប់ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារកពេញលេញទាំងអស់។
- ពង្រឹងលើការផ្តល់សេវាៈ នៅពេលដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលកែលំអរនៅលើការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព នឹងធានាដល់លទ្ធភាពនៃសេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក២៤ម៉ោង លើ ២៤ម៉ោង។ សកម្មភាពនឹងផ្តោតទៅលើការរក្សាឱ្យបាន នូវគុណភាពសេវា និងការពង្រឹងភាព ប្រទាក់ក្រឡាគ្នា រវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសហគមន៏។
- ការគ្រប់គ្រង និង ការសំរបសំរួលៈ សមាសធាតុនេះផ្តោតទៅលើការបង្កើតភាពជាដៃគូ, ការធ្វើចលនាធនធាន និង ការគ្រប់គ្រងនៃសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារក ប្រកបដោយ សមត្ថភាព និង ប្រសិទ្ធភាព នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តន៏។

  សេចក្តីលំអិតសូមអាននៅក្នុងផែនការកែលំអរសេវា ការសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារក។

1.3 ការសំរបសំរួលៈ

អនុសមាសធាតុនៃផែនការ ផ្តោតទៅលើ ការតស៊ូមតិសំរាប់បង្កើនការប្តេជ្ញាចិត្ត និងធនធានសំរាប់ សេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់សំរាប់ម្តាយ និង ទារក។ បង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រភាពជាដៃគូ ដើម្បីធ្វើឱ្យការសំរបសំរួល មានភាពប្រសើរឡើង។ សហប្រតិបត្តិការរវាងដៃគូរក្នុងការស្វែងរកធនធានសំរាប់សកម្មភាព ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារកឱ្យមាននិរន្តភាពក្នុងរយៈពេលវែងក៏ដូចជា ការគ្រប់គ្រងប្រកបដោយសមត្ថភាព និង ប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ រាល់គ្រប់ដំណាក់កាល នៃការអនុវត្តន៏ទាំងអស់។

ក្រសួងសុខាភិបាលនឹងអនុវត្តន៍ផែនការ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារក តាមរយៈក្រុមការងារសំរបសំរួលរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ដែលស្ថិតនៅក្រោមកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ។ បន្ថែមពីការអនុវត្តន៍សកម្មភាពនានាទៅតាមផែនការកំណត់របស់ខ្លួន, ផ្នែកសំរបសំរួលអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក នឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យលើការអនុវត្តន៍សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតាមដានរាល់បទអន្តរាគមន៍នានា នៃសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភពនិងការថែទាំទារក។

អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខភាពម្តាយ និង កុមារ (MCH Sub-TWG) ដែលកំពុងមានស្រាប់សព្វថ្ងៃ នេះនឹងត្រូវបំពេញ ភារកិច្ចដើម្បីធានាដល់ ក្នុងការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេសដល់ការអនុវត្តន៍សកម្មភាពនានា ក៏ដូចជាការតាមដានយ៉ាងទៀងទាត់ផងដែរ។

សមាសធាតុទី ២: ការបង្កើតកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ

2.1 សនិទានភាព:

មានតែ ៦៣% តែប៉ុណ្ណោះនៃការសំរាលកូនក្នុងប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបាន ធ្វើឡើងដោយមានការ ចូលរួមពីបុគ្គលិកសុខាភិបាល និង៤៤% នៃការសំរាលកូនត្រូវបានធ្វើឡើងដោយនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល[5]។ នេះបានបង្ហាញពីការរីកចំរើនគួរឱ្យកត់សំគាល់ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៥ ដែលក្នុងនោះមួយផ្នែក គឺដោយសារតែមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើកទឹកចិត្តសំរាប់ឆ្មបនៅចុងឆ្នាំ ២០០៨ ដែលចូលរួមក្នុងការសំរាលកូននៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏នៅមានកត្តាជាច្រើនដែលជាឧបសគ្គរាំងក្នុងការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ ដែលក្នុង នោះរួមមាន: កង្វះឆ្មបដែលមានគុណភាព, ម៉ោងធ្វើការងាររបស់មណ្ឌលសុខភាពមួយចំនួនមានកំរិត, តំលៃនៃការ ថែទាំនិងដឹកជញ្ជូនមានតំលៃខ្ពស់, ចំងាយផ្លូវទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឆ្ងាយ, កង្វះមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន និងជំនឿ អរូបិយនានា។

ភស្តុតាងជាច្រើនបង្ហាញថា ស្ត្រីនឹងទំនងជាបានទទួលការជួយជ្រោមជ្រែង លើបទអន្តរាគមន៍ជំនាញសុខាភិបាល ចាំបាច់នានាប្រសិនបើពួកគេសំរេចចិត្ត ធ្វើការសំរាលកូន នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលជាជាងនៅផ្ទះ[6]។ យុទ្ធសាស្ត្រនៃការសំរាលកូន នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គឺជាគោលការណ៍មានសារសំខាន់ខ្លាំងណាស់ បើគេនិយាយដល់បញ្ហាសុវត្ថិភាព, ការកាពារបឋម និង ការរកឃើញដំណាក់កាលដំបូងនៃជំងឺ (early detection)ក៏ដូចជាការគ្រប់គ្រងលើផលវិបាកនានា ដែលអាច គំរាម កំហែងដល់អាយុជីវិត។ សមាសធាតុនៃការព្យាបាលគួរតែត្រូវបានរាប់បញ្ចូលរាល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពជាមូលដ្ឋាន, ជាមួយការបញ្ចូលឈាម និងការវះកាត់តាមផ្នែកបង្អែក (referral levels) ផ្សេងៗសំរាប់ រាល់សេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពពេញលេញ។ ការអន្តរាគមន៍ភាគច្រើនដែលធ្វើឡើងជាបែប

[5] RMNCH Task Force Report 2009
[6] Adding It Up (p 22)

សំណុំកញ្ចប់ផ្តល់តាមរយៈមណ្ឌលសុខភាពត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ពិតជាបានរួមចំណែកធ្វើឱ្យ អត្រាស្លាប់របស់ម្តាយធ្លាក់ចុះយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាព[7] ។

ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ គឺអាចធ្វើទៅបានតាមរយៈការបង្កើន សេវាគ្របដណ្តប់នៃការបង្កើតកូនដោយបុគ្គលិកមានសមត្ថភាព។

ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជាប្រទេសដែលប្រឈមមុខទៅនឹងកង្វះខាតបុគ្គលិកសុខាភិបាល យ៉ាងខ្លាំងជាពិសេស គឺឆ្មបដែលទើបបញ្ចប់ការសិក្សា និងឆ្មបមធ្យម។ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលកំណត់ថា ២,៥ ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ នៅលើប្រជាជន ១,០០០នាក់[8], ប្រទេសកម្ពុជាមានតែ ០,៧៧ ប៉ុណ្ណោះនៅលើប្រជាជន ១,០០០នាក់ (ការសំរាលកូនចំនួន ១០,៣៣៣ ករណីដោយបុគ្គលិកជំនាញ[9] ដែលរួមមានគិលានុបដ្ឋាកមធ្យម, ឆ្មបមធ្យម, គ្រូពេទ្យ,វេជ្ជបណ្ឌិត) ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនានាតែងតែជួបប្រទះនូវកង្វះខាតបុគ្គលិក, ចំនួនក៏ដូចជាជំនាញនៃអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលនៅមានកំណត់ ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ, ម្តាយ និងទារកប្រកបដោយគុណភាពល្អ។

ឆ្មបមធ្យមគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាយ៉ាងចំបង លើការថែទាំ ២៤ម៉ោង, មានតែមន្ទីរពេទ្យចំនួន ៦១% និងមណ្ឌលសុខភាព ៧%តែប៉ុណ្ណោះដែលមានសេវាកម្មថែទាំ២៤ម៉ោង ដំណើរការដោយមានការចូលរួមពីឆ្មបមធ្យម (ការកំណត់តំលៃរបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ២០០៦-២០១៥)។ មកទល់នឹងឆ្នាំ២០០៩, នៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ មានឆ្មបយ៉ាងតិចម្នាក់, តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏៦០% នៃមណ្ឌលសុខភាពទាំងនេះ មានតែឆ្មបបឋមដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាលបានយ៉ាងច្រើនក្នុងរយៈពេល១២ខែ តែប៉ុណ្ណោះ។ ចំពោះបញ្ហានេះ , ជាមួយនឹងកង្វះការប្រគល់តួនាទី និងកង្វះសមត្ថភាពក្នុងការអនុវត្តន៍បទអន្តរាគមន៍សង្គ្រោះជីវិត ក៏ដូចជាកង្វះខាតនៅក្នុងការតាមដាន និងអភិបាលកិច្ច ធ្វើឱ្យពួកគេរៀបចំមិនទាន់បានល្អ ក្នុងការផ្តល់សេវាដែលមានគុណភាពចាំបាច់ដើម្បីឆ្លើយតប ទៅនឹងមូលហេតុចំបងនានា នៃការស្លាប់របស់ម្តាយ។

ខណៈដែលឆ្មបមធ្យមបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ, ស្តង់ដារនៃការបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែងធ្វើការគឺជាការចាំបាច់នៅក្នុងរយៈពេលខ្លី និងមធ្យម ដើម្បីគាំទ្រដល់ពួកគេក្នុងការកសាងនូវសមត្ថភាព, ចំនេះដឹងចាំបាច់ផ្សេងៗទៀតក្នុងការគ្រប់គ្រងមូលហេតុចំបងនានា នៃការស្លាប់ របស់ម្តាយ។

[7] Lancet Series on Maternal Health
[8] Working Together for Health , WHO World Health Report 2006
[9] MoH Personnel Dept 2009

2.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

2.2.1 ការអន្តាគមន៍ថ្មីៗ:

- ធានាឱ្យបានយ៉ាងហោចណាស់មានឆ្មបមធ្យមម្នាក់ បំរើការនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពនិមួយៗ ហើយចំនួនឆ្មបឱ្យមានគ្រប់គ្រាន់នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនានា ដើម្បីធានាដល់ការផ្តល់សេវាគ្របដណ្តប់ ២៤ម៉ោង នៅលើ ២៤ម៉ោង ។
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែងធ្វើការអំពីការសំរាលកូនដោយ បុគ្គលិកជំនាញ:
    - ពិនិត្យមើលឡើងវិញ ការបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែងធ្វើការសំរាប់ឆ្មប ដោយផ្អែកទៅតាមពិធីសារមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ (Safe Motherhood Protocol) ថ្មីៗបំផុត និងបង្កើតកញ្ចប់បណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែងធ្វើការស្តង់ដារមួយ ជាសំណុំសកម្មភាពអប្បបរិមា (MPA) ម៉ូឌុលសំរាប់ឆ្មបនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងសំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់ (CPA) ម៉ូឌុលសំរាប់ឆ្មប នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលរួមមាន :
        - ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល
        - ការសំរាលកូនធម្មតាដោយរួមបញ្ចូល ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសំរាលដំណាក់កាលទី៣ និង ការថែទាំទារកជាសារវន្ត
        - សមាហរណកម្មការថែទាំក្រោយការសំរាលរបស់ម្តាយ និងទារក
        - ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក
            - ការគ្រប់គ្រងការធ្លាក់ឈាមក្រោយការសំរាល
            - ការគ្រប់គ្រងការឡើងសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ព្រាយក្រឡាភ្លើង)
            - ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសំរាលរយៈពេលយូរ និងមានឧបសគ្គ
            - ការគ្រប់គ្រងការឆ្លងមេរោគក្រោយការសំរាល
            - ការធ្វើឱ្យទារកដឹងខ្លួន និងថែទាំទារកដែលមានជំងឺ
        - ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និង ការថែទាំក្រោយការរំលូត
        - ការធ្វើផែនការគ្រួសារ
    - ការបណ្តុះបណ្តាលសារឡើងវិញ នូវម៉ូឌុលអទិភាពនានា ដែលជាកត្តាធ្វើឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ដល់ការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ម្តាយ នៅក្នុងរយៈពេល ៣ឆ្នាំខាងមុខដូចជា: ការសំរាលកូនធម្មតា, ការគ្រប់គ្រងការឈឺពោះសំរាលដំណាក់កាលទី៣ និង ការថែទាំទារកជាសារវន្ត, ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក, ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងផែនការគ្រួសារ ។
- ពិនិត្យឡើងវិញលើមុខងារ និងភារកិច្ចរបស់ ឆ្មបបឋម និង ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលជាអទិភាព សំរាប់នៅតាម

មណ្ឌលសុខភាពណាដែលបច្ចុប្បន្នមានតែ ឆ្មបបឋមតែម្នាក់ ដើម្បីឱ្យពួកគេ ចេះអំពីរបៀបសំរាលកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការថែទាំលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពជាមូលដ្ឋាន។ កិច្ចការនោះរួមមានការប្រើប្រាស់ Oxytocine សំរាប់រាល់ការសំរាលកូន និង ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត សំរាបរាល់ករណី មានព្រាយក្រឡាភ្លើង

- វគ្គបណ្តុះបណ្តាលបន្តរ (Bridging training course) ដល់ឆ្មបបឋមដើម្បីមាន ឱកាសសិក្សា បន្តរក្លាយទៅជា ឆ្មបមធ្យម
- បណ្តុះបណ្តាលវេជ្ជបណ្ឌិតអំពីការអន្តរាគមន៍ លើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការសំរាលកូនដោយការវះកាត់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនានា,បណ្តុះបណ្តាលអ្នកបច្ចេកទេស,គិលានុប្បដ្ឋាក,គ្រូពេទ្យលើការដាក់ថ្នាំសណ្តំ
- ប្រព័ន្ធពិតមានសុខាភិបាលគួរតែដាក់បញ្ចូនអំពីទិន្នន័យអត្រាឈឺ និងស្លាប់របស់ទារកដែលទើបនឹងកើត (0-28 ថ្ងៃ),កូនក្មេង (0-11ខែ) និង កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ

2.2.2 ការអន្តាគមន៍សំរាប់ការពង្រីកបន្ថែមឱ្យបានឆាប់រហ័ស:

- ពង្រឹងការអភិបាលគាំទ្រ (Supportive Supervision) និងការបង្ហាត់បង្រៀនទៅដល់ឆ្មប នៅតាមមណ្ឌលសុខភាពដែលធ្វើឡើងដោយឆ្មបជាន់ខ្ពស់មានបទពិសោធន៍ ដែលធ្វើការនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនានា
- សម្ព័ន្ធភាពឆ្មប (Midwife Alliances) ដែលរួមបញ្ចូលការប្រជុំប្រចាំត្រីមាស ដោយមានការចូលរួមពីឆ្មបនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក
- ការបណ្តុះបណ្តាលរំលឹក សំរាប់អ្នកជំនាញខាងផ្នែកសម្ភពក្នុងការប្រើប្រាស់ ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត សំរាប់ករណីមានព្រាយក្រឡាភ្លើង
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការបណ្តុះបណ្តាលមុនចូលបំរើការងារ (Pre-Service Training) សំរាប់ឆ្មប:
    - បង្កើនចំនួនឆ្មបដែលត្រូវបណ្តុះបណ្តាល តាមកម្មវិធីមុខវិជ្ជាឆ្មបក៏រិតថ្មីដែលមានរយ:ពេល ៣ឆ្នាំស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលផ្តល់អាទិភាពទៅលើការជ្រើសរើសឆ្មបជាបុគ្គលិក របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលផ្តល់ដោយការិយាល័យមុខងារសាធារណ: (Office of Public Function)
    - បញ្ចូលកម្មវិធីសិក្សាប្រកបដោយគុណភាពសំរាប់វគ្គសិក្សា លើមុខវិជ្ជាឆ្មបនៅមុនពេលចូលបំរើការងារ
    - លើកកំពស់សមត្ថភាពអ្នកបង្រៀនមុខវិជ្ជាឆ្មប និងមជ្ឈមណ្ឌលបណ្តុះបណ្តាលភូមិភាគ
    - ពង្រឹងការបណ្តុះបណ្តាលលើផ្នែកអនុវត្តន៍ និង ពង្រីកបន្ថែមកម្មវិធីអប់រំស្តីពីការកែប្រែឥរិយាបទ (Preceptor Programmes)

- ពង្រីកបន្ថែមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់នូវបន្ទប់សំរាប់ការឈឺពោះសំរាល, បន្ទប់ថែទាំពេល និងក្រោយសំរាលឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ម្តាយ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ
- បង្កើនចំនួនផ្ទះរង់ចាំផ្នែកសម្ភពនៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយ៉ាល និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការ ថែទាំទារកឱ្យស្របទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល

- ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវយន្តការណ៍បញ្ជូន (Referral Mechanisms) ពីមណ្ឌលសុខភាព ទៅមន្ទីរពេទ្យ និងការពង្រីកប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូននៅតាមសហគមន៍
- ធានាឱ្យមានថ្នាំ, ឧបករណ៍សម្ភារៈគ្រប់គ្រាន់, ការផ្គត់ផ្គង់ប្រកបដោយសុវត្ថិភាពខ្ពស់ និងការគ្រប់គ្រងទៅលើផលវិបាក ដែលអាចកើតឡើងផ្សេងៗ
- ធានាឱ្យបានការផ្គត់ផ្គង់ទឹក និងអគ្គិសនី ដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ២៤ម៉ោង លើ ២៤ម៉ោង
- លប់បំបាត់ឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីសំរួលឱ្យស្ត្រី គ្រប់រូបអាចទទួលបាន នូវសេវាគន្លឹះផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ និងម្តាយ តាមរយៈការពង្រីកនៃមូលនិធិសមធម៌, គំរោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅតាមសហគមន៍, ប្រព័ន្ធប័ណ្ណ (voucher systems) ។ល ។
- ពង្រឹងការទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទ (BCC) និង លើកកំពស់ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

2.3 ការសំរបសំរួលៈ

ការពង្រឹងលើផ្នែកការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ នឹងត្រូវបានដឹកនាំអនុវត្តន៏ និងសំរបសំរួល ដោយកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជក្រោមកិច្ចសហប្រតិបត្តិការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៏ធនធានមនុស្ស, ដៃគូអភិវឌ្ឍន៏សុខាភិបាលនានា ជាពិសេសលើការពិនិត្យឡើងវិញ និងការបង្កើតកញ្ចប់បណ្តុះបណ្តាលសំរាប់ឆ្មបនៅនឹងកន្លែងធ្វើការ ។ មន្ទីរសុខាភិបាល និងការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ នឹងដឹកនាំលើការអនុវត្តន៏, ការសំរបសំរួល, ការតាមដាននិងវាយតំលៃនៃសេវា ការសំរាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ ។

សមាសធាតុទី ៣ៈ ការធ្វើផែនការគ្រួសារ

3.1 សនិទានភាពៈ

ផែនការគ្រួសារកាត់បន្ថយ ការមានផ្ទៃពោះដោយមិនតាមបំណង ការរំលូតកូន និងការសម្រាលកូន ដោយមិនបានគ្រោងទុកជាមុន ។ ជាលទ្ធផលធ្វើឱ្យមានការកាត់បន្ថយចំនួនករណីស្លាប់របស់មាតានិងទារកទើបកើត ។ ស្ត្រី ក្រុមគ្រួសារ និង សង្គម ទាំងមូលក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៏ដែលគេមិនសូវអាចរាប់ជាចំនួនបានដ៏ច្រើនផងដែរ ពីផែនការគ្រួសារ ។ គ្រួសារតូចអាចធ្វើឱ្យស្ត្រី និងកុមារមានសុខភាពប្រសើរជាងមុន និងទទួលបានការអប់រំល្អជាងមុន តាមរយៈការរៀបចំផែនការគ្រួសារ ។

ភាពសាយកូន (Fertility) កំពុងថយចុះយ៉ាងឆាប់រហ័ស នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ហើយការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតកំពុង មានការកើនឡើងបន្តិចម្តងៗ ។ នៅក្នុងឆ្នាំ ១៩៩៥ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់ មធ្យោបាយពន្យារកំណើត (CPR) ក្នុងចំណោមដៃគូរៀបការរស់នៅជាមួយគ្នាមានចំនួន ៧% ។ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០០ អត្រានេះឡើងដល់

១៨,៥% ហើយ រហូតមកដល់ឆ្នាំ ២០០៥ អត្រានេះបានឡើងរហូតដល់ ២៧% ។ ប៉ុន្តែអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយ ពន្យារកំណើតរបស់វិស័យសាធារណៈ សម្រាប់មធ្យោបាយទំនើប មានត្រឹមតែ ២៨% ប៉ុណ្ណោះ នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៥ពោលគឺទាបជាងគោលដៅចំនុចរបស់ជាតិ ។នេះធ្វើឱ្យប្រទេសកម្ពុជាស្ថិតនៅក្នុងក្រុមប្រទេស ដែលមានការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត (CPR) ទាបជាងគេ នៅក្នុងពិភពលោក ។

បើទោះបីជា ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត (CPR) មានការកើនឡើងក៏ដោយ នៅមានតម្រូវការមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបចំនួន ២៥% ដែល មិនទាន់អាចបំពេញបាន នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ ដែលនេះជាភាគរយដ៏ខ្ពស់មួយ ដែលធ្វើឱ្យការមានផ្ទៃពោះដោយមិនតាមបំណង បាននៅតែជាហានិភ័យខ្ពស់មួយ ។ ស្ត្រីកម្រប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងណាស់ ធ្វើឱ្យការប្រើ ប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតប្រភេទនេះ មានត្រឹមតែមួយភាគបីប៉ុណ្ណោះ នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបចម្រុះ ។ ការមានជាប់លាប់នូវផលិតផលផែនការគ្រួសារក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់រយៈពេលវែងក៏ជាបញ្ហាមួយផងដែរ ដោយសារតែការគាំទ្ររបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយបច្ចុប្បន្ន សម្រាប់លទ្ធកម្មផលិតផលទាំងនេះ នឹងបញ្ចប់នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១២ ។

អត្រាសាយកូនសរុប ប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងតម្រូវការ ដែលមិនបានបំពេញ

ឆ្នាំ	១៩៩៥	២០០០	២០០៥	គោលដៅចំនុចសម្រាប់ ២០១៥
អត្រាសាយកូនសរុប	៤	៤	៣,៤	៣
អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត	៧%	១៨,៥%	២៧%	៦០%
តម្រូវការមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមិនទាន់ត្រូវបានបំពេញ	មិនមានតួលេខ	៣២,៥%5	២៥,៥%	១៨%

3.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

ការបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបាន សេវាពន្យារកំណើត គឺជាជំហានដ៏សំខាន់មួយ ដើម្បីបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវានេះ ។ លទ្ធភាពទទួលបានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប រួមផ្សព្វផ្សាយជាមួយនឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាល្អៗដល់ស្ត្រី ដែលទើបសម្រាលកូន/រំលូតកូនរួច និងដល់អ្នកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាគន្លឹះ ដើម្បីធានានិរន្តរភាព និងបង្កើនការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត ។

ការមានសេវាទាំងនេះ គួរបំពេញបន្ថែមដោយកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង (BCC) ដើម្បីបង្កើនចំណេះដឹង និងការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប ។

ការលើកកម្ពស់ការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតតាមសហគមន៍ ត្រូវបន្តធ្វើទៅមុខទៀត ដូចគ្នានឹងការពង្រឹងទំនាក់ទំនងជាមួយវិស័យឯកជន និងគំនិតផ្តួចផ្តើមផ្សព្វផ្សាយតាមទីផ្សារសង្គមនានាផងដែរ។

3.2.1 ការអន្តាគមន៍ថ្មីៗ:

- ធានាយ៉ាងណាឱ្យប្រទេសបន្តមានជាប់លាប់នូវផលិតផលពន្យារកំណើតក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ ក្រោយឆ្នាំ ២០១២ ដោយមានការគាំទ្រពីរដ្ឋាភិបាលផង និងពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផង
- បញ្ចូលផលិតផលពន្យារកំណើត ទៅក្នុងកញ្ចប់សំណុំសកម្មភាពបំពេញបង្គ្រប់ (CPA) ដើម្បីឱ្យមានផលិតផលទាំងនេះសម្រាប់ស្រ្តីដែលទើបសម្រាលកូន និងស្រ្តីទើបរំលូតកូនហើយ ក៏ដូចជាសម្រាប់សេវាក្រោយរំលូត នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនានា
- ណែនាំឱ្យស្គាល់នូវវិធីពន្យារកំណើតថ្មី និងរយៈពេលវែង
- បង្កើតទំនាក់ទំនងរវាងសេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ជាមួយនឹងសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពមាតាដទៃទៀត ដូចជា សេវាសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក, សេវាថែទាំ និងផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ការរំលូតកូន និងក្រោយពេលរំលូតកូន, សេវាធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ ។ល។

3.2.2 ការអន្តាគមន៍សំរាប់ការពង្រីកបន្ថែមឱ្យបានឆាប់រហ័ស:

- ពង្រីកបន្ថែមការអនុវត្តកម្មវិធីចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតតាមសហគមន៍ (CBD)
- កែលំអ និងពង្រីកកម្មវិធី CBD និងបន្តធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ តាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង ដើម្បីកាត់បន្ថយការភ័យខ្លាចអំពីផលរំខាន និងការព្រួយបារម្ភនានាអំពីសុខភាព
- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវមុខវិជ្ជាជំនាញ លើការប្រឹក្សាស្តីពីផែនការគ្រួសារសំរាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល
- លើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ វិធីពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង

3.3 ការសំរបសំរួល:

កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនឹងសម្របសម្រួល ពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃសកម្មភាព ដោយមានការគាំទ្រពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល។ មន្ទីរសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិនឹងដឹកនាំបុគ្គលិកសុខាភិបាលថ្នាក់ខេត្ត ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីអនុវត្ត ពិនិត្យតាមដាន និងវាយតម្លៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងទាំងនេះ។

អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីសុខភាពមាតា និងកុមារ (Sub-TWG MCH) គឺជាកន្លែងសម្រាប់រៀបចំឱ្យមានកិច្ចពិគ្រោះយោបល់រវាងរដ្ឋាភិបាល និងអ្នកផ្តល់ជំនួយ អំពីបញ្ហារៀបចំផែនការគ្រួសារ ហើយក្រុមការងារទទួលបន្ទុកភាព

មានជាប់លាប់នូវផលិតផលពន្យារកំណើតក្នុងបរិមាណគ្រប់គ្រាន់ នឹងបង្កើតនូវវេទិកាមួយសម្រាប់ការពិភាក្សាជាពិសេស អំពីបញ្ហានៃភាពមានជាប់លាប់នូវផលិតផលពន្យារកំណើតនេះ។ ដើម្បីឱ្យវេទិកានេះមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត សមាជិកភាពរបស់ក្រុមការងារនេះគួរពង្រីកបន្ថែមទៀត ដើម្បីដាក់បញ្ចូលនាយកដ្ឋានថវិកា និងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងការិយាល័យលទ្ធកម្មរបស់នាយកដ្ឋាននេះ ក៏ដូចជាវិស័យឯកជន។

សមាសធាតុទី ៤: ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព

4.1 សនិទានភាព:

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០២ គេប៉ាន់ប្រមាណថាមានមរណៈភាពមាតាពី ២០ - ២៩% (១៣០ នាក់ក្នុងចំណោម ១០០,០០០ នាក់) នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព (WHO 2002)[10] ។ ការចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ការបញ្ជាក់ពីការស្លាប់ និងការតាមដានករណីមរណៈភាពមាតា នៅមិនទាន់មានសុក្រឹតភាព និងពេញលេញគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអាចផ្តល់ឱ្យយើងដឹងពីការប៉ាន់ប្រមាណដ៏ល្អអំពីចំនួនករណីស្លាប់ ដែលកើតឡើងដោយសារការរំលូតកូនឡើយ។ បើតាមការអង្កេតអំពីសុខភាព និងប្រជាសាស្ត្រនៅកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ ២០០៥, មានការរំលូតកូន ចំនួន ៥១% គឺជាការរលូតដោយខ្លួនឯង ឬរំលូត ដោយប្រើប្រាស់វិធីបុរាណ ឬប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលគ្មានសុវត្ថិភាព។ វាបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថា ការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាព គឺជាកត្តាដ៏ធំមួយដែលចូលរួមចំណែកធ្វើឱ្យមាន មរណៈភាពមាតា នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ខណៈពេលដែលយើងទាំងអស់គ្នាទទួលស្គាល់ភាពមិនប្រាកដប្រជានៃការប៉ាន់ ប្រមាណនេះ។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៧ មក ការរំលូតកូន គឺជាទង្វើស្របច្បាប់ ចំពោះស្ត្រី ដែលមានផ្ទៃពោះមិនលើសពី ១២ សប្តាហ៍ ប៉ុន្តែសេវារំលូតកូនពិតប្រាកដមានចំនួនកំណត់ ហើយភាគច្រើននៃ ការរំលូតកូន ត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល នៅក្នុងវិស័យឯកជន។ នេះជាកត្តាចូលរួមចំណែកយ៉ាងសំខាន់ ធ្វើឱ្យមានករណីមរណៈមាតានៅក្នុងប្រទេស។ ស្ថិតិសុខភាពជាតិបាន និងកំពុងកត់ត្រាអំពីការរំលូតកូន ហើយបង្ហាញថា ចំនួនករណីរំលូតកូនដោយអ្នកផ្តល់ សេវា ដែលបានរាយការណ៍ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមាន ៣៥៤ ករណី នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៨, ២៨០ ករណី នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៧ និង ៣៧៩ ករណី នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៦។ បើទោះបីជាករណីរំលូតកូនដោយអ្នកផ្តល់សេវា នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហាក់បីដូចជាត្រូវបានគេរាយការណ៍មិនគ្រប់ចំនួនក៏ដោយ ការរំលូតកូនភាគច្រើនប្រហែលជាធ្វើឡើងនៅ ក្រៅប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋាភិបាល អាចនៅតាមគ្លីនិកឯកជន ឬនៅតាមផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងតាមផ្ទះរបស់ អតិថិជន។

[10] WHO, 2004.Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in2000. Geneva: WHO

ការរំលូតកូន ដោយអ្នកផ្តល់សេវា ធ្វើឡើង ដោយសារការមានផ្ទៃពោះដោយមិនចង់បាន។ ស្ត្រីស្ទើរពាក់កណ្តាលនៃស្ត្រីទាំងអស់ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលបញ្ឈប់ការមានផ្ទៃពោះរបស់ខ្លួន ធ្លាប់រំលូតកូនចេញពីមុនមក។ ស្ត្រីក្មេងៗ និងស្ត្រីមានកូនច្រើន គឺជាអ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យជាពិសេស។ ប្រសិនបើលទ្ធភាពទទួលសេវាមិនមានការកើនឡើង នៅក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំខាងមុខនេះទេ តម្រូវការសេវាដែលមិនទាន់បានបំពេញ នៅតែមានកម្រិតខ្ពស់ ធ្វើឱ្យស្ត្រីជាច្រើននាក់ប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃការមានផ្ទៃពោះដោយមិនចង់បាន និងងាយរងគ្រោះ ដោយសារការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាព។

ការកាត់បន្ថយចំនួនមានផ្ទៃពោះ ដោយមិនចង់បានមានសារៈសំខាន់យ៉ាងខ្លាំង ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនករណីរំលូតកូនជារួមទាំងមានសុវត្ថិភាព ទាំងគ្មានសុវត្ថិភាព។ គោលដៅនេះអាចសម្រេចទៅបានល្អបំផុត តាមរយៈការបង្កើន ចំណេះដឹង និង ការយល់ដឹងអំពីការពន្យារកំណើត និងការបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ដូចដែល បានបរិយាយនៅក្នុងសមាសធាតុរៀបចំផែនការគ្រួសារ នៃផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ របស់មាតា និងទារកនេះ។ ទីពីរ លទ្ធភាពទទួលបានសេវារំលូតកូនស្របច្បាប់ និងមានសុវត្ថិភាព ក៏គួរបង្កើនផងដែរ។

4.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

- បង្កើនសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព
  - ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ
    - ធានាយ៉ាងណាឱ្យសេវាអាចបំពេញបានទៅតាមស្តង់ដាប្រតិបត្តិការកម្រិតអប្បបរមា (ហេដ្ឋារចនា-សម្ព័ន្ធ បរិក្ខារ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់)
  - ការពង្រាយធនធានមនុស្ស
    - ធានាយ៉ាងណាឱ្យកម្មវិធីសិក្សាអំពីការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលយ៉ាងពេញលេញ ទៅក្នុងការអប់រំអំពីជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រ និងការបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលបម្រើការងាររបស់បុគ្គលិក សុខាភិបាលទាំងអស់ និងធានាយ៉ាងណាឱ្យមានការដាក់ឱ្យអនុវត្តនូវគ្រប់ស្តង់ដា និងពិធីសារជាតិ ដើម្បីផ្តល់ការបញ្ជាក់ដល់ អ្នកដែលបញ្ចប់ការបណ្តុះបណ្តាល ដោយជោគជ័យ
  - សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងបរិក្ខារ (ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធខាងលើ)
- បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវារំលូតកូន ដោយសុវត្ថិភាព
  - លុបបំបាត់របាំងហិរញ្ញវត្ថុ
    - កាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរារាំងដល់ការទទួលបានសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ដោយធានា យ៉ាងណាឱ្យមានការដាក់បញ្ចូលសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពនេះ ទៅក្នុងគ្រប់មូលនិធិសមធម៌ សុខាភិបាលទាំងអស់ ក៏ដូចជា នៅក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍នានា។ លើសពីនេះទៅទៀត យើងចាំបាច់ ត្រូវដោះស្រាយបញ្ហានិយ័តកម្មតម្លៃ ដែលនៅខ្សោយ នៅតាមមូលដ្ឋាន សុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន ដោយសារតែសេវារំលូតកូន ដូចគ្នានឹងសេវាព្យាបាលបន្ទាន់ផ្សេង ទៀតដែរសុទ្ធតែងាយស្រួលឱ្យ អ្នកផ្តល់សេវាយកថ្លៃសេវាខ្ពស់ខ្លាំង ដែលធ្វើឱ្យស្ត្រីក្រីក្រកាន់តែ ប្រឈមនឹងហានិភ័យជាពិសេស

- បង្កើនគុណភាពនៃការសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព
    - ការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល កំពុងបម្រើការងារ
        - ពង្រីកការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការថែទាំក្រោយរំលូតកូន ដូចជាការផ្តល់ មធ្យោបាយពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូន ដល់បណ្តាខេត្តនានា ដែលពុំបានចូលរួមក្នុងកម្មវិធី បណ្តុះបណ្តាល នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ
    - ការបង្កើន/ធានាគុណភាព (ការចុះអភិបាលគាំទ្រ ការបង្ហាត់បង្ហាញដោយផ្ទាល់)
        - រក្សាការធានាគុណភាព នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលអ្នកផ្តល់សេវាធ្លាប់បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលកន្លងមក ដូចជាការបង្កើនការចុះបង្ហាត់បង្ហាញ និងផ្តល់ការគាំទ្រទៅនឹងកន្លែងលើការងារសំខាន់ៗ ដូចជាការបង្ការការឆ្លងរោគ និងការគ្រប់គ្រងកាកសំណល់ ក៏ដូចជាជំនាញគ្លីនិក
- បង្កើនការប្រើប្រាស់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព
    - បង្កើតយុទ្ធសាស្រ្តតស៊ូមតិ និងគៀងគរសហគមន៍ ដែលមានការរៀបចំបានល្អ ដើម្បីឱ្យសហគមន៍ទទួលបានព័ត៌មានបានច្រើនអំពីភាពស្របច្បាប់នៃការរំលូតកូន គ្រោះថ្នាក់នៃការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព (មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងសមាសធាតុ BCC)

4.3 ការសំរបសំរួល:

ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព គួរដាក់បញ្ចូលឱ្យបានពេញលេញទៅក្នុងគ្រប់កម្មវិធីសុខភាពមាតា កម្មវិធីសុខភាពបន្តពូជ និងកម្មវិធីរៀបចំផែនការគ្រួសារ/ពន្យារកំណើតទាំងអស់។ ដូច្នេះ ការងារតាមដាន និងត្រួតពិនិត្យអាចធ្វើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក/កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ ដោយមានការគាំទ្រពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនានា។

សមាសធាតុបន្ទាប់បន្សំ

សមាសធាតុទី ៥: ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ តាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង

5.1 សនិទានភាព:

សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងសុខភាពទារក ទទួលរងឥទ្ធិពលយ៉ាងសំបើមពីការអនុវត្តរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ របស់ក្រុមគ្រួសារ និងរបស់សហគមន៍ទាំងមូល ក៏ដូចជាការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីការស្វែងរកការថែទាំ ដែលសមស្រប។ ដូច្នេះ ការលើកកម្ពស់ឱ្យមានការអនុវត្តសមស្រប មុន និងក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងរយៈពេល

ភ្លាមៗក្រោយសម្រាល ដូចជា ការស្វែងរកការថែទាំឱ្យបានទាន់ពេលវេលាជាដើម គឺជាសមាសធាតុដ៏សំខាន់មួយ ដើម្បីបង្ការមរណៈភាពមាតា និងទារក។

បើនិយាយតាមបែបប្រាស្រ័យទាក់ទង ការថែទាំ និងការស្វែងរកការថែទាំមិនបានគ្រប់គ្រាន់ មុន និងក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងរយៈពេលភ្លាមៗក្រោយសម្រាល កើតឡើងដោយសារៈ

(i) បុគ្គល ក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍មានចំណេះដឹងមិនគ្រប់គ្រាន់អំពីការថែទាំមុន និងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ, ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល

(ii) ការសាយភាយទម្លាប់ជាប្រពៃណី និងការយល់ដឹងផ្នែកវប្បធម៌ ដែលចង់ឱ្យមានការសម្រាលកូនតាមផ្ទះជាមួយនឹងឆ្មបបុរាណ

(iii) គុណភាព និងការឆ្លើយតបនៃសេវាសុខភាពចំពោះតម្រូវការរបស់ស្ត្រី និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ នៅមិនទាន់មានគ្រប់គ្រាន់

សមាសធាតុអំពីការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងនេះ គឺស្របគ្នាជាមួយនឹងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រវិស័យសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ (HSSP2) ដែលចែងពីតួនាទីរបស់ BCC នៅក្នុងការជម្រុញឱ្យមានតម្រូវការសេវាសុខភាព និងកែលំអការអនុវត្តតាមគ្រួសារ និងតាមសហគមន៍។ ការគាំទ្រស្រដៀងគ្នាលើការងារ BCC នេះ ត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ និងផ្លូវភេទរបស់ប្រទេសកម្ពុជា ២០០៦-២០១០ ដែលលើកឡើងពីគោលវិធីសម្រាប់កែលំអស្ថានភាពសុខភាពបន្តពូជ និងផ្លូវភេទរបស់ស្ត្រី តាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពសមស្រប និងមានប្រសិទ្ធភាព ដែលពង្រីកការយល់ដឹងរបស់សហគមន៍អំពីតម្រូវការ និងសិទ្ធិពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពបន្តពូជ និងផ្លូវភេទ ក៏ដូចជាបង្កើនតម្រូវការសេវា។

គោលវិធីប្រាស្រ័យទាក់ទង ដើម្បីមានឥទ្ធិពលលើឥរិយាបថ (COMBI) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ នៅក្នុងការរៀបចំតាក់តែង និងអនុវត្តកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាស្រ័យទាក់ទងទូទាំងប្រទេសចំនួន ២ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា - ពោលគឺ ការលើកកម្ពស់ការថែទាំផ្ទៃពោះ និងការលើកកម្ពស់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ បទពិសោធន៍ទាំងពីរបានបង្ហាញឥទ្ធិពលជាវិជ្ជមានមកលើឥរិយាបថ ហើយមេរៀន ដែលទទួលបានពីយុទ្ធនាការលើកកម្ពស់ការថែទាំផ្ទៃពោះ និងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនេះ នឹងត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីរៀបចំបង្កើត និងអនុវត្តអន្តរាគមន៍ BCC ដែលចង់បាន។

សមាសធាតុ BCC លើកកម្ពស់ការអនុវត្តសំខាន់ៗ ដូចជាៈ

1. ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប ដើម្បីបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនចង់បាន
2. ការប្រើប្រាស់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព សម្រាប់បញ្ឈប់ការមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនចង់បាន
3. ទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យបានយ៉ាងហោចណាស់ចំនួន ៤ ដង នៅមណ្ឌលសុខភាព នៅពេលមានផ្ទៃពោះ
4. សម្រាលកូនជាមួយឆ្មបជំនាញ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

5. ស្វែងរកការថែទាំក្រោយសម្រាល ជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវា ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល
6. ស្វែងរកការថែទាំ នៅពេលម្តាយ និងទារកមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល

5.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

គំរូគោលវិធីប្រាស្រ័យទាក់ទង ដើម្បីមានឥទ្ធិពលលើឥរិយាបថ (COMBI) នឹងយកមកប្រើប្រាស់ជាយុទ្ធសាស្ត្រ រួមជាមួយនឹងអន្តរាគមន៍ប្រាស្រ័យទាក់ទងផ្សេងៗ ដើម្បីគៀងគរឥទ្ធិពលពីសង្គម និងឥទ្ធិពលផ្ទាល់ខ្លួនលើបុគ្គលម្នាក់ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ សំដៅជម្រុញឱ្យមានការអនុវត្តតាម ឬគាំទ្រដល់ការរក្សាការអនុវត្ត ដែលចង់បាន។ COMBI មានដំណើរការ តាមរយៈការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយប្រាស្រ័យទាក់ទងចម្រុះគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដូចជា ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយទូលាយ ការប្រាស្រ័យទាក់ទងអន្តរបុគ្គល ការកៀងគងសហគមន៍ ការអប់រំផ្សព្វផ្សាយខាងក្រៅ និងការអប់រំផ្សព្វផ្សាយនៅពេលផ្តល់សេវា។

ការងារទាំង ៤ ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ពោលគឺការលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប, ការថែទាំផ្ទៃពោះ ការថែទាំពេលសម្រាល និងការថែទាំក្រោយសម្រាល នឹងទាញប្រយោជន៍ពីការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងអស់នេះ។ ការអប់រំផ្សព្វផ្សាយឱ្យមានការប្រើប្រាស់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការស្វែងរកការថែទាំ នៅពេលមានសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ ត្រូវប្រើប្រាស់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងអន្តរបុគ្គលចម្បងជាងគេ ដោយយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការធានាឱ្យមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងសមស្របទៅតាមវប្បធម៌។

សមាសធាតុប្រាស្រ័យទាក់ទងអន្តរបុគ្គលនេះនឹងប្រើប្រាស់កញ្ចប់សេវាថែទាំមាតា និងទារកតាមសហគមន៍ ក៏ដូចជាម៉ូឌុលដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងសមាហរណកម្មនៃការទទួលបន្ទុកពិនិត្យ និងព្យាបាលជំងឺកុមារនៅសហគមន៍។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងប្រាស្រ័យទាក់ទងត្រូវមានវិសាលភាពគ្របដណ្តប់ទូទាំងប្រទេស។ ប៉ុន្តែ ត្រូវមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាអាទិភាពលើអ្នកដែលមិនបានទទួលសេវា (អ្នកពិបាកទទួលសេវា និងប្រជាជនក្រីក្រ)។ សមាសធាតុនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្ត តាមរយៈបណ្តាញមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព រហូតដល់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តតាមភូមិ។ ការសហការជាមួយនឹងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ដែលកំពុងមានជាបន្ត ក៏នឹងត្រូវបានជម្រុញឱ្យមានផងដែរ ដើម្បីពង្រីកការលើកកម្ពស់សុខភាពតាមសហគមន៍។

ការលើកកម្ពស់ការថែទាំ និងការស្វែងរកការថែទាំជាវិជ្ជមាន របស់ប្រជាពលរដ្ឋ នឹងត្រូវបានបំពេញបន្ថែមដោយកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ដើម្បីកែលំអភាពឆ្លើយតបរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ទៅនឹងតម្រូវការរបស់ស្ត្រី និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

យុទ្ធសាស្ត្រតស៊ូមតិ ដែលផ្តោតគោលដៅលើអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន នឹងត្រូវបានបង្កើតឡើង និងដាក់ឱ្យអនុវត្ត ក្នុងគោល-បំណងបង្កើនសេវាសុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពមាតាជាសារវ័ន្ត ក៏ដូចជាបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ ផ្នែក

តាមបទពិសោធន៍បច្ចុប្បន្ននេះ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានអាចបំពេញតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ នៅក្នុងការធានាឱ្យមានការបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវា តាមរយៈការបង្កើត ឬការផ្តល់ការឧបត្ថម្ភហិរញ្ញវត្ថុដល់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន/បញ្ជូនក្នុងសហគមន៍, តាមរយៈការឯកភាព និងគាំទ្រដល់ការងាររបស់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តតាមភូមិ, និងតាមរយៈការផ្តល់ឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនូវប្រភពភ្លើងបំភ្លឺ ទឹក និងបរិក្ខារអនាម័យសមស្រប ។

5.3 ការសំរបសំរួល:

ការងារនេះនឹងត្រូវបានសំរបសំរួល និងមើលការខុសត្រូវដោយកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាព (NCHP) ដោយមានការគាំទ្រពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងក្រុមហ៊ុនឯកជន ដែលធ្វើការងារពាក់ព័ន្ធនឹងការលើកកម្ពស់សុខភាព និងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទ ។

អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាននឹងចូលរួម នៅក្នុងការរៀបចំផែនការ និងការអនុវត្តការងារប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងនេះ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាព, ពង្រីកវិសាលភាពនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង ក៏ដូចជាសម្រួលឱ្យប្រជាពលរដ្ឋទទួលបានសេវា ដែលកំពុងត្រូវបានលើកកម្ពស់ ។

ភាពជាដៃគូជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនផ្សព្វផ្សាយ/ស្ថានីយទូរទស្សន៍នឹងត្រូវបានពង្រឹង ដើម្បីធានាឱ្យមានការគ្របដណ្តប់ឱ្យបានទូលំទូលាយ និងដើម្បីបានតម្លៃទាបបំផុត សម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយ ។

សមាសធាតុទី ៦: ការលុបចោលនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការទទួលសេវា

6.1 សនិទានភាព:

6.1.1. របាំងហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរារាំងការទទួលបានសេវារបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

របាំងហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរារាំងការទទួលបានសេវារបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មានចំនួន ៣ ប្រភេទ:

- តម្លៃសេវា នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ការចំណាយលើការធ្វើដំណើរ:
    - ការធ្វើដំណើរពីផ្ទះទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ជាពិសេសក្នុងករណីអាសន្ន ឬនៅពេលយប់
    - ការធ្វើដំណើរសម្រាប់ការបញ្ជូនរវាងមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យ និងពីស្រុកមកខេត្ត/ទីក្រុងភ្នំពេញ
- ការចំណាយឱកាស: ការចំណាយលើអ្នកមើលថែកូនផ្សេងទៀត ដែលស្នាក់នៅផ្ទះ, លើអាហារសម្រាប់អ្នកនៅមើលថែស្ត្រី នៅមណ្ឌលសុខភាព, ការខកខានមិនបានប្រកបរបររកចំណូល ឬការខកខានមិនបានប្រកបរបរកសិកម្ម (ជារឿយៗ សំខាន់ សម្រាប់ការមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងការថែទាំក្រោយសម្រាលជាទៀងទាត់) ។

របាំងហិរញ្ញវត្ថុទាំង ៣ ដែលរារាំងដល់ការទទួលបានសេវានេះ ចាំបាច់ត្រូវដោះស្រាយ ដើម្បីផ្តល់លទ្ធភាពឱ្យមានការ

ទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ សេវាសុខភាពមាតា និងសេវាសុខភាពទារកសំខាន់ៗ។ គេចាំបាច់ត្រូវប្រើប្រាស់គោលវិធីនានារួមបញ្ចូលគ្នា ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំដោយមិនគិតថ្លៃ ដល់ស្ត្រីក្រីក្រទាំងអស់ នៅពេលដែលពួកគេមិនទទួលសេវា។

6.1.2. យន្តការហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ដែលមានស្រាប់

1. មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា សុទ្ធតែគិតថ្លៃសេវា។ តម្លៃសេវាទាំងអស់ សុទ្ធតែមានប្រព័ន្ធសម្រាប់លើកលែងការបង់ថ្លៃ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលអាចលើកលែងការបង់ថ្លៃនេះ បន្ទាប់ពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានធ្វើការវាយតម្លៃលើស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ចរបស់អ្នកជំងឺរួច។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាឧបសគ្គចំពោះការទទួលបាន ការលើកលែងការបង់ថ្លៃ:

- ប្រព័ន្ធលើកលែងការបង់ថ្លៃ មិនបានទទួលឧបត្ថម្ភធន។ ដូច្នេះនៅពេលដែលមានការលើកលែងការបង់ថ្លៃម្តងៗ បុគ្គលិកសុខាភិបាលនឹងទទួលបានប្រាក់តិចជាងមុន ពីចំណូលដែលបានពីការយកថ្លៃសេវា
- ការវាយតម្លៃលើស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ចរបស់អ្នកជំងឺ អាចត្រូវការពេលវេលា ហើយធ្វើឱ្យមានការពន្យារពេលការផ្តល់ការថែទាំ ជាពិសេសនៅក្នុងករណីបន្ទាន់
- ការវាយតម្លៃលើស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ច ដែលធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល គឺធ្វើឡើងទៅតាមការយល់ឃើញរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលរូបនោះ
- គ្មានការរ៉ាប់រងជួយចេញចំណាយលើការធ្វើដំណើរ អាហារ និងចំណាយឱកាស ដូច្នេះការចំណាយទាំងអស់នេះនៅតែជាបន្ទុកដ៏ធ្ងន់ធ្ងរមួយសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងគ្រួសាររបស់គាត់

2. មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលមាននៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៤៩ ក្នុងចំណោមស្រុកប្រតិបត្តិទាំង ៧៧។ មូលនិធិទាំងនេះរ៉ាប់រងការចំណាយលើការបង់ថ្លៃសេវា ការធ្វើដំណើរ និងអាហារសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រ (និងអ្នកមើលថែ) នៅពេលពួកគេមកស្វែងរកការថែទាំ។ មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលត្រូវបានអនុវត្ត នៅកម្រិតមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែ បានពង្រីកដល់មណ្ឌលសុខភាព នៅតាមតំបន់មួយចំនួន ហើយតែងអមជាមួយនូវកម្មវិធីមួយ ដែលធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណគ្រួសារទុកជាមុន។ បញ្ហាប្រឈម ដែលការផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានដល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងសុខភាពទារក ជួបប្រទះ តាមរយៈមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលរួមមាន:

- ឧបត្ថម្ភធនតាមរយៈមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល ផ្តោតគោលដៅលើប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រ។ ប៉ុន្តែ ប្រជាពលរដ្ឋដែលក្រីក្រល្មម ដូចជាអ្នកដែលមានផ្ទះ មានអាហារញ៉ាំ ប៉ុន្តែមិនមានប្រាក់សម្រាប់រ៉ាប់រងលើចំណាយថែទាំសុខភាពនៅតែជួបប្រទះរបាំងហិរញ្ញវត្ថុ ជាពិសេស សម្រាប់សេវាដែលត្រូវការចំណាយច្រើន និងការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដូចជា នៅក្នុងករណីសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក ជាដើម។
- មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលមួយចំនួន នៅពឹងផ្អែកលើការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺ បន្ទាប់ពួកគេមកដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលហើយ:

    - ដោយសារតែអ្នកជំងឺមិនប្រាកដ ឬមិនដឹងពីសិទ្ធិរបស់ខ្លួន គាត់អាចពន្យារពេលការស្វែងរកការថែទាំ

- ការកំណត់ពីស្ថានភាពសង្គម-សេដ្ឋកិច្ចរបស់អ្នកជំងឺ បន្ទាប់ពីគាត់មកដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល អាចស៊ីពេលយូរ និងពន្យារពេលការផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់ករណីបន្ទាន់

- អ្នកជំងឺចាំបាច់ត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ការធ្វើដំណើរជាមុន ហើយបន្ទាប់មកទទួលបានប្រាក់នេះវិញ នៅពេលដែលពួកគេមកដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលមិនរ៉ាប់រងការចំណាយលើការថែទាំនៅមណ្ឌលសុខាភាពឡើយ នេះធ្វើឱ្យប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រមិនចង់ទៅរកសេវាសំខាន់ៗ ដែលមាននៅកម្រិតថែទាំបឋម
- មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលមិនរ៉ាប់រងលើចំណាយឱកាសសម្រាប់ការមើលថែកុមារ និងចំណាយផ្សេងទៀត
- ជារឿយៗ មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលមិនរ៉ាប់រងលើចំណាយសម្រាប់ការរំលូតកូន

3. ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងបែបនេះធ្វើឱ្យប្រជាពលរដ្ឋអាចទទួលបានសេវាសុខភាព ដោយមិនគិតថ្លៃ នៅតាមស្រុកប្រតិបត្តិមួយចំនួន បន្ទាប់ពីពួកគេបានបង់ប្រាក់បុព្វលាភដល់អង្គការធានារ៉ាប់រងមិនស្វែងរកប្រាក់ចំណេញរួចមក។ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមសហគមន៍ភាគច្រើនមិនប្រើប្រាស់យន្តការ ដែលជាក់លាក់សម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងសុខភាពទារកនោះទេ ហើយក៏ មិនរ៉ាប់រងលើចំណាយឱកាសនោះដែរ។

4. ប្រព័ន្ធផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តដល់ឆ្មបរបស់រដ្ឋាភិបាល ផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តដល់ឆ្មបរបស់រដ្ឋ សម្រាប់ការ សម្រាលកូននិមួយៗ ដែលពួកគេសម្រាល នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(១៥ ដុល្លារនៅមន្ទីរពេទ្យ និង ១០ ដុល្លារនៅមណ្ឌលសុខភាព)។ នេះគឺជាប្រាក់លើកទឹកចិត្ត សម្រាប់បុគ្គលិកសុទ្ធសាធ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យឆ្មបលើកកម្ពស់និងគាំទ្រដល់ការសម្រាលកូន នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។ ប៉ុន្តែអ្នកជំងឺនៅតែត្រូវ រ៉ាប់រងលើចំណាយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព និងការចំណាយឱកាសដដែល។

5. ក្រុមប្រឹក្សាឃុំឧបត្ថម្ភដល់ ការបញ្ជូនស្ត្រីមាន ផ្ទៃពោះក្រីក្រឱ្យមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋាន សុខាភិបាល។

6.2 យុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

គោលវិធីហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល ដែលបានស្នើឡើង ដើម្បីលុបបំបាត់របាំងហិរញ្ញវត្ថុចំពោះស្ត្រី ដែលត្រូវការសេវាសុខភាពមាតា និងទារកសំខាន់ៗ ត្រូវប្រើប្រាស់ និងពង្រឹងយន្តការហិរញ្ញប្បទានដែលមានស្រាប់ ដូចជាកម្មវិធីហិរញ្ញ-ប្បទានខាងអ្នកផ្តល់សេវាផង និងខាងតម្រូវការសេវាផង។

6.2.1 ហិរញ្ញប្បទានខាងអ្នកអ្នកផ្តល់សេវា:

6.2.1.1 ប្រាក់លើកទឹកចិត្តឆ្មបរបស់រដ្ឋាភិបាល កំពុងផ្តល់ការលើកទឹកចិត្តដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងបង្កើតបាននូវ លទ្ធផលដ៏ល្អ និងគួរមានបន្តទៀត យ៉ាងហោចណាស់សម្រាប់រយៈពេលមធ្យម

6.2.1.2 គួរមានការពិចារណាឱ្យបានហ្មត់ចត់លើការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឆ្មប ដែលធ្វើការងារនៅតំបន់ដាច់ស្រយាលដើម្បីធានាយ៉ាងណាឱ្យការផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងសុខភាពទារកនៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមានគុណភាពល្អ ដោយមិនគិតពីទីតាំងភូមិសាស្ត្រ

6.2.2 ហិរញ្ញប្បទានខាងតម្រូវការ :

6.2.2.1 នៅតាមតំបន់ដែលមានមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលរួចហើយ កញ្ចប់មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលនេះគួរពង្រីកបន្ថែម ដើម្បីរ៉ាប់រងចំណាយលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក និងសេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជទាំងអស់ រាប់បញ្ចូលទាំងសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព សម្រាប់ស្ត្រីក្រីក្រទាំងអស់ផងដែរ ។ មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាលគួរពង្រីកបន្ថែមនៅទូទាំងប្រទេស ហើយគួរគ្របដណ្តប់លើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារក និងសេវាសុខភាពបន្តពូជ ជាពិសេស ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព នៅកម្រិតមន្ទីរពេទ្យបង្អែកផង និងកម្រិតមណ្ឌលសុខភាពផង ។

6.2.2.2 នៅតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ ដែលគ្មានមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល, ការលើកលែងការបង់ថ្លៃគួរត្រូវបានប្រើប្រាស់ឱ្យបានពេញលេញជាងមុន ហើយអាចប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប័ណ្ណលើកលែងការបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពបន្តពូជ/សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារក ។

6.2.2.3 ការឧបត្ថម្ភរបស់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំសម្រាប់ការបញ្ជូន ដោយប្រើប្រាស់ថវិកា ដែលបានបែងចែកសម្រាប់ក្រុមប្រឹក្សាឃុំនីមួយៗសម្រាប់គោលបំណងនេះ គួរមានការអនុវត្តឱ្យបានពេញលេញ

6.2.2.4 ការផ្ទេរប្រាក់ ដើម្បីគ្របដណ្តប់លើចំណាយឱកាស

ចំណាយឱកាសគួរទទួលបានហិរញ្ញប្បទាន តាមរយៈការផ្ទេរប្រាក់ដោយមានលក្ខខណ្ឌ (conditional cash transfer) ។ គុណសម្បត្តិរបស់ ការផ្ទេរប្រាក់ដោយមានលក្ខខណ្ឌ គឺថា វានឹងរ៉ាប់រងលើចំណាយឱកាស ដែលខាតបង់ ដោយសារការស្វែងរកការ ថែទាំសុខភាព ហើយក៏អាចប្រើជាយន្តការដើម្បីបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ស្ត្រីមាន ផ្ទៃពោះផងដែរ ។ លក្ខខណ្ឌសម្រាប់ការផ្ទេរប្រាក់នេះ គឺត្រូវបញ្ចប់កញ្ចប់ថែទាំសុខភាពនៅមណ្ឌលសុខភាព ដូចជា: ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ ៤ ដង, ការសម្រាលកូននៅមណ្ឌលសុខភាព, ការថែទាំក្រោយសម្រាល និងការ រៀបចំផែនការគ្រួសារក្រោយសម្រាល ។

6.3 ការសំរបសំរួល:

សមាសធាតុលុបចោលរបាំងហិរញ្ញវត្ថុនេះនឹងសម្របសម្រួលដោយការិយាល័យសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល របស់ក្រសួងសុខាភិបាល នៅក្នុងបរិបទនៃកំណែទម្រង់រដ្ឋបាលសាធារណៈទូលំទូលាយ ។

សមាសធាតុទី ៧: ការតាមដាន និងការឆ្លើយតបចំពោះមរណៈភាពមាតា

7.1 សនិទានភាព:

"ការបញ្ចៀសមិនឱ្យមានករណីស្លាប់របស់មាតាគឺអាចធ្វើបាន សូម្បីតែនៅក្នុងប្រទេសដែលខ្សត់ខ្សោយធនធាន ប៉ុន្តែត្រូវមាន**ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ** សម្រាប់ជាមូលដ្ឋានបង្កើតកម្មវិធីទាំងនេះ"[11] ។

បច្ចុប្បន្ននេះ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលក្តាប់បានតែមួយភាគតូច នៃចំនួនមរណៈភាពមាតា ដែលគេរំពឹងទុកតែប៉ុណ្ណោះ ។ មានការទទួលស្គាល់ថា ការរាយការណ៍ពីករណីស្លាប់បានទាន់ពេលវេលា និងធ្វើការវិភាគពីមូលហេតុ ពេលវេលា និងរបៀបដែលស្ត្រីស្លាប់ នឹងផ្តល់លទ្ធភាពឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលកាន់តែអាចផ្តល់សេវាដែលចាំបាច់ បានប្រសើរជាងមុន និងអាចផ្តល់ព័ត៌មានដល់សហគមន៍បានកាន់តែប្រសើរ អំពីរបៀបជួយស្ត្រី ក្នុងពេល និងជុំវិញពេលសម្រាលកូន ។ វាក៏ជួយគូសបញ្ជាក់ពីបញ្ហាប្រឈមផ្នែកមរណៈភាពមាតា ឱ្យអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តបានដឹង ដើម្បីជម្រុញឱ្យពួកគេរិះរកវិធីដែលមានឥទ្ធិពលរយៈពេលវែង ដល់ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណៈភាពមាតា ។ ប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះករណីមរណៈភាពមាតា (Maternal Death Surveillance & Response System) នឹងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងរវាងសហគមន៍ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរសុខាភិបាល និងក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈប្រព័ន្ធរាយការណ៍ជាប្រចាំសប្តាហ៍អំពីករណីមរណៈភាពមាតា ដែលកើតឡើងក្នុងសហគមន៍ និងតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅទូទាំងប្រទេស ។ ព័ត៌មាននេះនឹងប្រមូល តាមរយៈប្រព័ន្ធ រាយការណ៍ពីច្រើនប្រភព ដោយប្រើប្រាស់ទម្រង់សាមញ្ញសម្រាប់បំពេញព័ត៌មានចំនួន ១ ទំព័រ ដែលត្រូវបំពេញភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីមានការរាយការណ៍ថាមានករណីស្លាប់កើតមានឡើង ។ ស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវតាមដានលើករណីមរណៈភាពមាតា ដែលត្រូវបានបញ្ជាក់នីមួយៗដោយប្រើប្រាស់សវនកម្មមរណភាពមាតា ។ នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល គឺជាអ្នកទទួលខុស ត្រូវចម្បងលើការប្រមូល ការវិភាគ និងការផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យតាមដាននេះ ដោយសហការយ៉ាងជិត ស្និទជាមួយ កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក, អង្គភាពថ្នាក់ក្រោមជាតិរបស់ក្រសួង សុខាភិបាល, អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងដៃគូសុខាភិបាល ដែលពាក់ព័ន្ធ ។ សម្រាប់គោលបំណងនេះ បន្ទប់វិភាគស្ថានភាព មរណៈភាព

[11] WHO, 2004, Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer, Geneva, page 1.

មាតាមួយត្រូវបានបង្កើតឡើង នៅក្នុងក្រសួងសុខាភិបាល សម្រាប់រក្សាទុកមូលដ្ឋានទិន្នន័យមរណៈភាពមាតា ដែលប្រមូលដោយនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល។

មូលដ្ឋានទិន្នន័យនេះនឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរៀងរាល់សប្តាហ៍ ដើម្បីផ្តល់លទ្ធភាពឱ្យថ្នាក់ដឹកនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល អ្នកគ្រប់គ្រងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក/កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ និងថ្នាក់គ្រប់គ្រងរបស់មន្ទីរសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិ ធ្វើការពិនិត្យតាមដានឱ្យបានល្អិតល្អន់។ ព័ត៌មាននេះនឹងបង្ហាញតាមរយៈផែនទីខ្នាតធំ ដែលបង្ហាញពីទីតាំង ដែលមរណៈភាពមាតាកើតមានឡើង ទៅតាមឃុំ ហើយភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងករណីស្លាប់ទាំងនេះជាមួយទីតាំងរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារក ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធផ្លូវថ្នល់ និងបណ្តាញគមនាគមន៍ ក្រាហ្វិចបង្ហាញពីទិន្នាការនៃសូចនាករលទ្ធផលការងារសំខាន់ៗ ពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពមាតា និងមានតារាងពិពណ៌នាលម្អិតអំពីធនធានមនុស្ស ធនធានរូបវ័ន្ត និងធនធានហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់កែលំអសេវាថែទាំសុខភាពមាតា។

7.2 យុទ្ធសាស្រ្តគន្លឹះសំរាប់ការអនុវត្តន៍:

- បង្កើតប្រព័ន្ធផ្តល់ព័ត៌មានអំពីមរណៈភាពមាតា
  - ការរាយការណ៍ តាមរយៈប្រព័ន្ធសុខាភិបាល
  - ការរាយការណ៍ពីសាធារណជនទូទៅ និងពីសហគមន៍ (លេខទូរស័ព្ទហៅចូលដោយមិនគិតថ្លៃ) មកកាន់បន្ទប់វិភាគស្ថានភាពមរណៈភាពមាតា
  - ផ្សព្វផ្សាយពីប្រព័ន្ធ និងលេខទូរស័ព្ទផ្តល់ព័ត៌មានទាន់ហេតុការណ៍របស់ MDSR
  - ការដាក់បញ្ចូលមរណៈភាពមាតា ទៅក្នុងសំបុត្រមរណៈភាព
- ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានមរណៈភាពមាតា
  - ពិនិត្យឡើងវិញ និងធានាឱ្យមានការអនុវត្តប្រព័ន្ធសវនកម្មមរណៈភាពមាតានៅទូទាំងប្រទេស
  - ពង្រីកប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីដាក់បញ្ចូលសវនកម្មមរណៈភាពមាតា លើករណីមរណៈភាព ដែលកើតឡើងក្នុងសហគមន៍ និងតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយប្រព័ន្ធចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន
- ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីមូលហេតុនៃករណីមរណៈភាពមាតាជាមួយវិស័យផ្សេងទៀត តាមរយៈគណៈរដ្ឋមន្ត្រី និងរដ្ឋសភា និងជាមួយសាធារណៈជនទូទៅ តាមរយៈប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ

7.3 ការសំរបសំរួលៈ

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាលនឹងត្រូវធ្វើការងារយ៉ាងជិតស្និទជាមួយនឹងកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ ដើម្បីអនុវត្តប្រព័ន្ធតាមដាន និងឆ្លើយតបចំពោះមរណៈភាពមាតា និងដើម្បីកំណត់រកខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលត្រូវការជាចាំបាច់នូវអន្តរាគមន៍ខាងផ្នែកតម្រូវការ និងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់ ក៏ដូចជាវាយតម្លៃលើផែនការរបស់ខេត្ត ដើម្បីធានាយ៉ាងណាមានការដាក់បញ្ចូលអន្តរាគមន៍ទាំងនេះ ទៅក្នុងថវិកាជាតិ និងការគាំទ្ររបស់ដៃគូសុខាភិបាល ។ នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាលនឹងធ្វើការសម្របសម្រួល ជាមួយនឹងអង្គភាពពិនិត្យតាមដានរបស់គណៈកម្មាធិការជាតិ/ខេត្តសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍតាមបែបប្រជាធិបតេយ្យនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ នៃក្រសួងមហាផ្ទៃ ដើម្បីប្រើប្រាស់មូលដ្ឋានទិន្នន័យឃុំ (CDB) ដែលមានព័ត៌មានអំពីសូចនាករសង្គមសេដ្ឋកិច្ចសំខាន់ៗ ដូចជា ការរាប់ចំនួនប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រជាដើម ដែលមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ធ្វើការវិភាគទិន្នន័យព័ត៌មានសុខាភិបាល ក៏ដូចជាប្រមូលព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធពីប្រភពព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលមាន ដូចជា សវនកម្មមរណៈភាពមាតា, ការអង្កេតអំពីសុខភាព និងប្រជាសាស្ត្រនៅកម្ពុជា (CDHS), ការអង្កេតអំពីសេដ្ឋកិច្ចសង្គមនៅកម្ពុជា (CSES), ការអង្កេតនរវិទ្យានៅកម្ពុជា (CAS) និងការវាយតម្លៃលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ការថែទាំទារក (EmONC) ដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៨ ជាដើម ។

តារាងបង្ហាញពីការទទួលខុសត្រូវ

	អន្តរាគមន៍	ការបណ្តុះបណ្តាល	អ្នកកំពុងបម្រើការងារ	អ្នកមុនពេលបម្រើការងារ	គ្រូពេទ្យវះកាត់	ឆ្មបភូមិ	ការផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់តាមរយៈ:ការព្យាបាលទាក់ទង	ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក	ការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធ និងបរិក្ខារពេទ្យ	ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ	ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ	សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងបរិក្ខារ	បរិយាកាសអនុគ្រោះ	ការពង្រីកមូលនិធិសមធម៌	ការតស៊ូមតិ និងការលើកកម្ពស់តាមរយៈ:ភាពជាដៃគូ
កម្មវិធីដែលត្រូវទទួលខុសត្រូវ															
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក			●	○	●	●	●								●
នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល														●	●
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាព							●								
នាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស			○	●					○						
នាយកដ្ឋានបុគ្គលិក									●						
ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល												●			
នាយកដ្ឋានឱសថ ចំណីអាហារ និងគ្រឿងសម្អាង												●			
នាយកដ្ឋានសេវាមន្ទីរពេទ្យ					○	○			○		●	●			
នាយកដ្ឋានថវិកា និងហិរញ្ញវត្ថុ														●	
កន្លែងផ្តល់សេវាសំខាន់ៗ															
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក			●	○								●			
សាលាបច្ចេកទេសថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ/សាលាបណ្តុះបណ្តាលភូមិភាគ				●								●			
មន្ទីរពេទ្យបង្អែក			●	○	●	●			●		●	●		●	●
មណ្ឌលសុខភាព			●				●		●		●	●		●	●
សហគមន៍							●								●
វិស័យឯកជន/អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល			○				●							○	●
ស្ថាប័នអនុវត្ត															
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក			●		●	●						●			●
សាលាបច្ចេកទេសថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ/សាលាបណ្តុះបណ្តាលភូមិភាគ				●								●			
មន្ទីរសុខាភិបាល							●		●					●	●
ស្រុកប្រតិបត្តិ							●								●
មន្ទីរពេទ្យបង្អែក			●	●							●	●		●	●
មណ្ឌលសុខភាព							●				●	●		●	●
តំបន់គ្របដណ្តប់របស់មណ្ឌលសុខភាព							●								●
វិស័យឯកជន/អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល							●								●

ការទទួលខុសត្រូវចំបង ●

ការទទួលខុសត្រូវបន្ទាប់បន្សំ ○

តារាងមុខងារគោរកិច្ច រវាង មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក ជាមូលដ្ឋាន និង ពេញលេញ

សេវាមូលដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋាន	សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកពេញលេញ
១. ចាក់ថ្នាំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិច	បំពេញមុខងារតាមសញ្ញា ១-៧ បូកនិង:
២. ប្រើថ្នាំធ្វើអោយសាច់ដុំស្បូនកន្ត្រាក់ (ថ្នាំអុកស៊ីតុកស៊ីនចាក់, ថ្នាំអេហ្គូមេទ្រីនចាក់, មីសូប្រូស្តូល)	៨. ធ្វើការវះកាត់ (ផ្នែកវះកាត់)
៣. ចាក់ថ្នាំទប់ស្កាត់កុំឱ្យមានការប្រកាច់ សម្រាប់ករណីបំរុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើង (ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត ដ្យាហ្សេប៉ាម)	៩. បញ្ចូលឈាម
៤. បារយកសុកចេញដោយដៃ	
៥. ជួយធ្វើការទំលាក់សុកដែលសេសសល់ (MVA, misoprostol, dilatation and curettage)	
៦. សំរាលកូន តាមទ្វារមាស ដោយប្រើឧបករណ៍ជំនួយ (vacuum extractor, forceps)	
៧. ជួយដំណកដង្ហើមរបស់ទារក (ដោយប្រើថង់ និងម៉ាស)	

មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកជាមូលដ្ឋាន គឺជាមូលដ្ឋាន ដែលបំពេញមុខងារទាំងអស់ពី ១-៧

មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកពេញលេញ គឺជាមូលដ្ឋាន ដែលបំពេញមុខងារទាំងអស់ពី ១-៩

យកចេញពីសូចនាករសម្រាប់ពិនិត្យតានដានភាពមាន និងការប្រើប្រាស់សេវាសម្ភព: សៀវភៅណែនាំ UNICEF, UNFPA, WHO ១៩៩៧ ទំព័រទី ២៦ (៥)