ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

# ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានិងទារក

## ២០១៦ - ២០២០

ឧសភា ២០១៦

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

# ផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានិងទារក

## ២០១៦ - ២០២០

ឧសភា ២០១៦

# អារម្ភកថា

សុខភាពនិងសុខមាលភាពរបស់មាតានិងទារកមានភាពប្រសើរឡើងជាច្រើន ។ មាតានិងទារកកាន់តែច្រើនទទួលបាននូវសេវាសុខភាពដែលពួកគេត្រូវការ ដែលនេះជាសិទ្ធិជាមូលដ្ឋានរបស់ពួកគេ ហើយការស្លាប់ដោយមូលហេតុដែលអាចបង្ការបានមានកាន់តែតិចជាងមុន។ ប្រទេសកម្ពុជាបានក្លាយជាប្រទេសដែលមាតានិងទារកមានសុខភាពល្អជាងមុន ដែលធ្វើឱ្យយើងទាំងអស់គ្នាមានមោទនភាពចំពោះលទ្ធផលដែលសម្រេចបាននេះ។ យើងសម្រេចបាននូវគោលដៅក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាព មាតាតិចជាង២៥០នាក់ក្នុង ១០០,០០០កំណើតរស់ ហើយយើងក៏សម្រេចបាននូវគោលដៅការសម្រាលកូនដោយបុគ្គលិកជំនាញ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ការពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងការកាត់បន្ថយនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលបាននូវសេវាសម្ភពចំពោះស្ត្រីក្រីក្រ។

ជាមួយនិងការសម្រេចបាននូវលទ្ធផលនេះ យើងក៏នៅមានការងារជាច្រើនទៀតដែលត្រូវធ្វើដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព ដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានប្តេជ្ញាថា នឹងសម្រេចឱ្យបាន។ អទិភាពគន្លឹះគឺនឹងដោះស្រាយនូវបញ្ហាដែលមិនទាន់សម្រេចបានទាំងស្រុងនៅក្នុងផែនទីចង្អុលផ្លូវដើម្បីពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១០-២០១៥ ដែលរួមមាន ការបង្កើនគុណភាពនិងការគ្រប់ដណ្តប់សេវាពន្យារកំណើត សេវាសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់និងថែទាំទារកទើបកើត សេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងការលើកកម្ពស់ការអនុវត្ត របស់បុគ្គល គ្រួសារនិងសហគមន៍ក្នុងការថែទាំសុខភាព។ យើងក៏ត្រូវដោះស្រាយផងដែរនូវបញ្ហាដែលកើតមានថ្មីទៀតដូចជា ការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេងនិងការថែទាំទារកទើបកើត។

ការងារទាំងនេះនឹងមិនសម្រេចបានដោយងាយនោះទេ តែទោះជាយ៉ាងណា យើងនឹងអាចសម្រេចបន្ថែមទៀតទៅលើជ័យជំនះនិងបទពិសោធន៍ដែលមានកន្លងមក។ ផែនទីចង្អុលផ្លូវដើម្បីពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ ថ្មីនេះនឹងជួយបង្ហាញផ្លូវនិងធានាថាយើងអាចសម្រេចបានបន្ថែមទៀតនូវ ការពន្លឿនការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតានិងទារក ដែលនេះជាប្រយោជន៍ដ៏ធំសម្រាប់ប្រទេសយើង៕

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី៣១ខែឧសភា ឆ្នាំ២០១៦

រដ្ឋមន្ត្រី

ម៉ម ប៊ុនហេង

# សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមសំដែងនូវការកោតសរសើរយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ សម្រាប់ការចូលរួមផ្តល់ព័ត៌មានដ៏មានតម្លៃក្នុងការរៀបចំនូវ **ផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១៦ - ២០២០។** ជាពិសេស យើងសូមថ្លែងអំណរគុណដល់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារកព្រមទាំងដៃគូសុខាភិបាលទាំងអស់រួមមានអង្គការ WHO, UNFPA, UNICEF, URC, GIZ និងអង្គការផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ការចូលរួមក្នុងពេលរៀបចំ និងបញ្ចប់នូវផែនទីចង្អុលផ្លូវនេះ។ យើងបានឃើញនូវការប្តេជ្ញាចិត្តខ្ពស់ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង និងភាពរីករាយរបស់មន្ត្រីរាជរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល មន្ត្រីគ្រប់គ្រងរួមនិងមន្ត្រីសុខាភិបាលមកពី ២៤ខេត្តរាជធានីក្នុងការចែករំលែកនូវការយល់ដឹងមតិយោបល់ និងបទពិសោធន៍របស់ខ្លួននៅក្នុងសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់នៅខែតុលា ឆ្នាំ២០១៥។

យើងសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសចំពោះ លោកស្រី Alice Levisay ទីប្រឹក្សានៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ដែលបានជួយផ្នែកបច្ចេកទេសក្នុងការអភិវឌ្ឍផែនទីចង្អុលផ្លូវថ្មីនេះ តាមរយៈដំណើរការដែលប្រកបដោយការចូលរួម និងកិច្ចសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធ។

ជាទីបញ្ចប់ យើងក៏សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះអង្គការ WHO សម្រាប់ការជួយឧបត្ថម្ភក្នុងការបោះពុម្ពផ្សាយនូវផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់មាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១៦ - ២០២០។

# អក្សរកាត់

| | |
|---|---|
| **ANC** | Antenatal Care |
| **BCC** | Behavior Change Communication |
| **BEmONC** | Basic Emergency Obstetric and Newborn Care |
| **CAC** | Comprehensive Abortion Care |
| **CBD** | Community Based Distributor |
| **CCMN** | Community Care for Mothers and Newborns |
| **CDHS** | Cambodian Demographic and Health Survey |
| **CEmONC** | Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care |
| **CHW** | Community Health Worker |
| **CPR** | Contraceptive Prevalence Rate |
| **EmONC** | Emergency Obstetric and Newborn Care |
| **FP** | Family Planning |
| **FTIRM** | Fast Track Initiative Roadmap for Reducing Maternal & Newborn Mortality |
| **HC** | Health Center |
| **HMIS** | Health Management Information System |
| **INC** | Immediate Newborn Care |
| **LMIS** | Logistics Management Information System |
| **MDG** | Millennium Development Goals |
| **MDSR** | Maternal Death Surveillance and Response |
| **MgSO4** | Magnesium Sulfate |
| **MMR** | Maternal Mortality Ratio |
| **MoH** | Ministry of Health |
| **NE** | Northeast |
| **NGO** | Non-governmental organization |
| **NMR** | Neonatal Mortality Rate |
| **NSDP** | National Socio-Economic Development Plan |
| **OD** | Operational District |
| **PLW** | Pregnant and Lactating Women |
| **RGC** | Royal Government of Cambodia |
| **RH** | Reproductive Health |
| **RMNH** | Reproductive Maternal Newborn Health |
| **PNC** | Postnatal Care |
| **SBA** | Skilled Birth Attendance |
| **SE** | South East |
| **UN** | United Nations |
| **VHSG** | Village Health Support Group |

# មាតិកា


**សាវតា** ........................................ ១

**បរិបទ** ........................................ ១

**វិធីសាស្ត្រ** ........................................ ១

**វឌ្ឍនភាពមកទល់នឹងពេលបច្ចុប្បន្ន** ........................................ ១

**គោលដៅ** ........................................ ៥

**សមាសភាគស្នូល** ........................................ ៥

១. សមាសភាគទី មួយ: ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ ........................................ ៥

២. សមាសភាពទី ពីរ: សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ........................................ ៧

៣. សមាសភាពទី បី: ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត ........................................ ៩

៤. សមាសភាពទី បួន: ការពន្យារកំណើត ........................................ ១១

៥. សមាសភាគទី ប្រាំ: ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ........................................ ១២

**សមាសភាពគាំទ្រ** ........................................ ១៤

៦. សមាសភាពទី ប្រាំមួយ: ការដកចេញរបាំងហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីអាចទទួលបានសេវាសុខភាព ........................................ ១៤

៧. សមាសភាគទី ប្រាំពីរ: ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង ........................................ ១៥

**ការតាមដាននិងវាយតម្លៃ** ........................................ ១៦

**ឧបសម្ព័ន្ធ** ........................................ ២២

## សារចារ

ផែនទីចង្អុលផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតានិងទារក ( FTIRM ) 2010-2015 បានរៀបចំឡើងក្នុងឆ្នាំ 2009 ក្នុងគោលបំណងជួយពន្លឿនការកាត់បន្ថយមរណភាពមាតានិងទារក និងបង្កើនភាពរីកចម្រើនសំដៅសម្រេចឱ្យបាននូវគោលដៅគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ ( MDG ) ទី៤ និង ទី៥។ FTIRM 2016-2020 នេះបន្តពី FTIRM ទី១ និងរៀបរាប់ពីអាទិភាពសម្រាប់ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតានិងទារកនៅចន្លោះ ឆ្នាំ 2016 និងឆ្នាំ 2020 ស្របនឹងគោលដៅដែលបានកំណត់ក្នុងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព ( SDG ) ។

## បរិបទ

FTIRM 2016-2020 គឺជាឯកសារកម្រិតខ្ពស់ដែលមានចំនុចគន្លឹះរួមនិងស្របគ្នារវាងឯកសារ សំខាន់នានាដូចជាផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាល 2016-2020 និងយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាពបន្តពូជសុខភាពផ្លូវភេទ ផែនការកែលំអផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងថែទាំទារកទើបកើត (EmONC)និងផែនការសកម្មភាពសម្រាប់ប្រាំឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំទារកទើបកើត។

FTIRM គឺជាឯកសារ អាទិភាព និងមានគោលបំណងចម្បងរំលេចនូវអន្តរាគមន៍គន្លឹះ ដើម្បីការកាត់បន្ថយយ៉ាងឆាប់រហ័សការស្លាប់អស់មាតា និងទារកក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំខាងមុខ។ FTIRM នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍យុទ្ធសាស្ត្រអនុវិស័យ និងផែនការប្រចាំឆ្នាំ និងដើម្បីរៀបចំកៀរគរធនធាននិងការបែងចែកថវិកា។

## វិធីសាស្ត្រ

FTIRM 2016-2020 នេះត្រូវបានបង្កើតឡើងតាមរយៈការពិគ្រោះយោបល់ និងទៅតាមលទ្ធផលនៃការពិនិត្យលទ្ធផលលើការអនុវត្ត FTIRM 2010-2015 និងទៅតាមទិន្នន័យថ្មីៗដែលបានពីការពិនិត្យឡើងវិញផែនការកែលំអផ្នែកសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងថែទាំទារកទើបកើតផែនការសកម្មភាពសម្រាប់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំនៃការថែទាំទារក និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ2014 ។

## វឌ្ឍនភាពមកទល់នឹងពេលបច្ចុប្បន្ន

ភាពរីកចម្រើនយ៉ាងខ្លាំងត្រូវបានសង្កេតឃើញមាននៅក្នុងការកែលម្អសុខភាពមាតា និងទារកទើបនឹងកើតនៅចន្លោះឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2015 ។ នៅឆ្នាំ 2014 អត្រាមរណភាពមាតាត្រូវបានប្រមាណថាមានចំនួន ១៧០ករណីមាតាស្លាប់ក្នុង 100.000 កំណើតរស់ និងអត្រាមរណភាពទារកទើបកើតមាន 18 ក្នុង 1.000កំណើតរស់។ អត្រានេះសម្រេចបានលើសពីគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់កម្ពុជាសម្រាប់ចុងឆ្នាំ 2015 ហើយក៏លើសពីគោលដៅដែលបានកំណត់ក្នុង FTIRM និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍សម្រាប់សូចនាករសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញការសម្រាលកូន

នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលANC2+ ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ អត្រានៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌ (HEFs) និងសមាមាត្រនៃជនក្រីក្រគ្របដណ្តប់ដោយ HEFs ។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជានិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ គួរបានទទួលការកោតសរសើរចំពោះលទ្ធផលដែលគួរជាទីពេញចិត្តនេះ។

**សេចក្តីសង្ខេបនៃលទ្ធផលពី FTIRM 2010-2015 ត្រូវបានបង្ហាញខាងក្រោម និងពត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀតមាននៅក្នុងរបាយការណ៍ការពិនិត្យលទ្ធផលការអនុវត្ត FTIRM 2010-2015។**

| សូចនករ | ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន 2008 | 2010 | 2014/2015 | គោលដៅ 2015 | សម្រេចបាន (បៃតង)/ សម្រេចបានខ្លះ (លឿង)/សម្រេចបានតិចតួច (ក្រហម) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ចំនួនមូលដ្ឋាន CEmONC | 25 | | 37 (របាយការណ៍សេវា 2015) | 42 | |
| 2. ចំនួនមូលដ្ឋាន BEMONC | 19 | | 110 (របាយការណ៍សេវា 2015 | 132 | |
| 3. សមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ | 1.8% | 3% (CDHS-2010) | 6.3% (CDHS-2014) | 4% | |
| 4. សមាមាត្រនៃស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយឆ្មបជំនាញ | 39% | 54% (CDHS-2010) | 83% (CDHS-2014) | 70% | |
| 5. សមាមាត្រនៃស្ត្រីសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ | 58% | 71% (CDHS-2010) | 89% (CDHS-2014) | 80% | |
| 6. សមាមាត្រនៃមន្ទីរ | **67%** | 54% | 82% | 85% | |

| សូចនករ | ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន 2008 | 2010 | 2014/2015 | គោលដៅ 2015 | សម្រេចបាន (បៃតង)/ សម្រេចបានខ្លះ (លឿង)/សម្រេចបានតិចតួច (ក្រហម) |
|---|---|---|---|---|---|
| ពេទ្យបង្អែកដែលមានសេវាសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់គ្រប់ដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌ (HEFs) | (ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន)<br>**56%** (របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ **2014**)<br>**44%** (របាយការណ៍មូលនិធិសមធម៌ **URC**) | (2014 របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ)<br>53% (របាយការណ៍មូលនិធិសមធម៌ **URC**) | (URC HEF report Aug 2015) | | |
| 7. សមាមាត្រនៃជនក្រីក្រគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌ | 73% (11% របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ2014) | 35% (របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ 2014) | 90% (របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ 2014) | 95% | |
| **8.** សមាមាត្រនៃស្ត្រីប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប | 26% | 35% (CDHS-2010) | 39% (CDHS-2014) | 60% | |
| **9.** ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្តល់សេវាំលូតកូន ប្រកបដោយសុវត្ថិភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងសេវាថែទាំក្រោយរំលូត | 25 | | 604 (របាយការណ៍ MSIC & SPF) | 933 | |
| **10.** សមាមាត្រនៃស្ត្រីទទួលបានការពិនិត្យផ្ទៃពោះ២ដងឬលើស | 81% | 85% (CDHS-2010) | 92% (CDHS-2014) | 90% | |

| សូចនករ | ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន 2008 | 2010 | 2014/2015 | គោលដៅ 2015 | សម្រេចបាន (បៃតង)/ សម្រេចបានខ្លះ (លឿង)/សម្រេចបានតិចតួច (ក្រហម) |
|---|---|---|---|---|---|
| 11.ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលអនុវត្តការថែទាំសុខភាពមាតា និងទារកនៅសហគមន៍ | 0 | 36% នៃភូមិនៅក្នុង17 ODs (របាយការណ៍UNICEF ឆ្នាំ2011) | មិនមានទិន្នន័យ | មិនបានកំណត់ | |
| 12. ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលអនុវត្តការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅសហគមន៍ | N/A | 462 HC អនុវត្តការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅសហគមន៍ (2013 – របាយការណ៍NRHP ) <br><br> 62% នៃ ODs មានមណ្ឌលសុខភាពខ្លះអនុវត្តការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅសហគមន៍ (ការវាយតម្លៃ2010) | 709 HC អនុវត្តការចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅសហគមន៍ <br><br> (709/1105 HC = 64% នៃមណ្ឌលសុខភាពមាន CBD) (Nov 2015 - របាយការណ៍ NRHP ) | មិនបានកំណត់ | |

ជាការពិតណាស់បញ្ហាប្រឈមនៅតែមាន ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានផ្នែកខ្លះនៃគោលបំណងរបស់ FTIRM ទាក់ទងនឹងសម្ភពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត (EmONC) ការពន្យារកំណើត ការថែទាំ និងការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការលើកកំពស់ការអនុវត្តការថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គលក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍។

FTIRMថ្មី 2016-2020 នឹងផ្តែកលើលទ្ធផលសម្រេចបានខាងលើ និងផ្តោតលើរបៀបវារៈនៃ FTIRM 2010-2015 ដែលមិនទាន់សម្រេចបាន ដូចជាការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត។

## គោលដៅ

គោលដៅនៃ FTIRM 2016-2020 នេះគឺដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាមកត្រឹម 130 មាតាស្លាប់ក្នុងកំណើតរស់ 100.000 នាក់ និងកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ទារកមកត្រឹម 14 ទារកស្លាប់ក្នុងកំណើតរស់ 1000 នៅឆ្នាំ 2020 ។

## សមាសភាគស្នូល

FTIRM 2016-2020 នេះមានគោលបំណង / សមាសភាគស្នូលប្រាំ និងសមាសភាគគាំទ្រពីរ។ សមាសភាគស្នូលទាំងអស់របស់ FTIRM 2010-2015 នឹងបន្តហើយគោលបំណង / សមាសភាគថ្មីទាក់ទងនឹងការថែទាំទារកទើបនឹងកើតត្រូវបានបន្ថែម។ ទោះជាយ៉ាងណាមានតែសមាសភាគពីរនៃសមាសភាគគាំទ្រក្នុង FTIRM មុននឹងត្រូវរក្សាទុក ការកាត់បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព និងឥរិយាបថទំនាក់ទំនងដែលនាំមកការផ្លាស់ប្តូរ។ ការតាមដានមរណភាពមាតា និងទារក និងការឆ្លើយតបត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងសមាសភាពសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត។

### ១. សមាសភាគទី មួយ: ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ

គឺដើម្បីបង្កើនគុណភាព និងគ្របដណ្តប់របស់ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ(SBA) និងការថែទាំក្រោយសម្រាល (ជាទូទៅ និងជាពិសេសក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំទាបបំផុត)

### សនិទាន

ប្រទេសកម្ពុជាមានការរីកចម្រើនជាខ្លាំងរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2015 ក្នុងការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសម្រេចបានលើសពីគោលដៅកំណត់ក្នុង FTIRM ឆ្នាំ 2015 ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី២ និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ឆ្នាំ ២០១៥ សម្រាប់ SBA (87%) ។ នៅតែមានភាពខុសគ្នានៃការទទួលសេវាទៅតាមភូមិសាស្ត្រ ប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំ ប៉ុន្តែស្ថានភាពវិសមភាពនេះកំពុងតែប្រសើរឡើងជាបណ្តើរៗ និងមានការកើនឡើងការប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងក្រុមប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំទាប និងរស់នៅជនបទ។ ទោះយ៉ាងណាបញ្ហាប្រឈមនៅតែមាន ហើយនៅបន្តជាក្តីព្រួយបារម្ភចំពោះគុណភាពនៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល ហើយមានការខ្វះខាតឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និងដាច់ស្តុកនូវឱសថសង្គ្រោះជីវិតដូចជា $MgSO_4$ ។

ជាការចាំបាច់ FTIRM 2016-2020 នឹងបន្តនូវអន្តរាគមន៍ដែលជោគជ័យ និងផ្តោតខ្លាំងលើគុណភាព និងគម្លាតនៃការគ្របដណ្តប់នៅពេលដែលការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញស្ទើរតែសម្រេចបាន ការគ្របដណ្តប់ជាសកលសម្រាប់ក្រុមអ្នកមានធនធាន និងមានការអប់រំល្អប្រសើរជាង។ ការកែលម្អគុណភាព និងពេលវេលានៃការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើតគឺជាការចាំបាច់ក៏ដូចជាការ

បង្កើនសមត្ថភាពនិងចំនួនឆ្មបមធ្យម ជាពិសេសនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ការកែលម្អការបណ្តុះបណ្តាឆ្មប និងការដោះស្រាយបញ្ហាដាច់ស្តុកនូវឱសថសង្គ្រោះជីវិត ។

ព័ត៌មានលម្អិតពីរបៀបដែលបញ្ហាទាំងនេះ នឹងត្រូវបានដោះស្រាយនឹងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិថ្មីសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា 2017-2021។ ទោះជាយ៉ាងណាសេចក្តីសង្ខេបនៃការអន្តរាគមន៍សំខាន់សម្រាប់ឆ្នាំ 2016 ដល់ឆ្នាំ 2020 មានរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

### ១.១ បន្តធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសមត្ថភាពនិងចំនួនឆ្មប

១.១.១ ការបណ្តុះបណ្តាលមុនបំរើការងារ:

១.១.១.១ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលឆ្មប ពង្រឹងការអនុវត្តរបស់សិស្សឆ្មប និងពង្រឹង និងពង្រីកកម្មវិធីគ្រូដឹកនាំអនុវត្ត( preceptor)

១.១.១.២ កែសម្រួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាល មុនបំរើការងារសម្រាប់ឆ្មបដែល មានស្រាប់

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវកម្មវិធីសិក្សាឆ្មប
- ពិនិត្យឡើងវិញការងារឆ្មប (តួនាទីនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ឆ្មប បឋម)
- គន្លងអប់រំឆ្មប (Midwifery Education Pathways)
- អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ឆ្មប
- ក្របខ័ណ្ឌច្បាប់ក្នុងការអប់រំឆ្មប

១.១.២ ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងសេវា: ពង្រឹងជំនាញឆ្មបតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលដោយយកសមត្ថភាពជាមូលដ្ឋាន និងតាមរយៈការពង្រីកឱកាសសម្រាប់អនុវត្ត និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែង

១.១.៣ បទប្បញ្ញត្តិនិងការផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណ (regulation and licensing): ពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី និងការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ

១.១.៤ ឆ្មប: បង្កើនចំនួនឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព

១.១.៤.១ ការជ្រើសរើសឆ្មបមធ្យមសម្រាប់បំរើការងារនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល

១.១.៤.២ ស្វែងរកជម្រើសនៃការធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយឆ្មបមធ្យម ដើម្បីបំរើការងារនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព និង / ឬការបង្កើនកំរិត ឆ្មបបឋមទៅជាឆ្មបមធ្យម

### ១.២ ការកែលម្អគុណភាពនិងចំនួននៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះ

១.២.១ ពង្រឹងកញ្ចប់នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះពេញលេញ (ពិនិត្យផ្ទៃពោះលើសពី ៤ដង ចាប់ផ្តើមក្នុងត្រីមាសទី1 ឱ្យបានឆាប់នៅពេលបាត់រដូវភ្លាម សមាសភាពរួមមានថ្នាំ ជាតិដែក / ហ្វូលិកអាស៊ីត ៩០គ្រាប់)

### ១.៣ កែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល / ការសម្រាល

១.៣.១ ពង្រឹងការតាមដានស្ថានភាពម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ ក្នុងអំឡុងឈឺពោះនិងពេលសម្រាល និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការស្គាល់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ និងកត្តាប្រឈមតាមរយៈការប្រើប្រាស់ partograph ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ

១.៣.២ ពង្រឹងការបង្ការ / ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ / និងធ្វើឱ្យស្ថានភាពមានស្ថេរភាព និងបញ្ជូនការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល

១.៣.៣ ពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ / បញ្ជូនជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើងរួមទាំងការណែនាំឱ្យផ្តល់ MgSO4 មួយដូសមុនពេលបញ្ជូន

១.៣.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការឆ្លងមេរោគ

### ១.៤ ការកែលម្អគុណភាពនិងបរិមាណនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល

១.៤.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍នៃកញ្ចប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលពេញលេញ (ពិនិត្យ៤ដង ចាប់ផ្តើមដោយការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១ទាំងម្តាយ និងកូនមុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។

១.៤.២ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការបញ្ជូនសម្រាប់ទារកដែលមានភាពមិនធម្មតាពីកំណើត

## ២. សមាសភាពទី ពីរៈ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថៃទាំទារកទើបនឹងកើត

គឺដើម្បីកែលម្អការគ្របដណ្តប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថៃទាំទារកទើបនឹងកើត ដូច្នេះមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថៃទាំទារកទើបនឹងកើតយ៉ាងហោចណាស់5 EmONC (CEmONC + BEmONC) សម្រាប់ប្រជាជនចំនួន 500,000 នាក់ក្នុងនោះរួមមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថៃទាំទារកទើបនឹងកើតពេញលេញយ៉ាងតិចមួយ(CEmONC)។

## សនិទាន

មានការរីកចម្រើនរវាងឆ្នាំ 2009 និងឆ្នាំ 2015 ក្នុងការកែលម្អការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថៃទាំទារកទើបនឹងកើត។ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថៃទាំទារកទើបនឹងកើតពេញលេញ (CEmONC) បានកើនឡើងពី 25 ទៅ 37 និងចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថៃទាំទារកទើបនឹងកើតមូលដ្ឋាន (BEmONC) កើនឡើងពី 19 ទៅ 110។ ការរីកចម្រើនខ្លាំងបំផុតគឺការពង្រីកការគ្របដណ្តប់នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល CEmONC។ នៅ ឆ្នាំ 2015 ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានលើសស្តង់ដារអន្តរជាតិសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់ CEmONC ។ ភាពប្រសើរក៏មានឡើងផងដែរនៅក្នុងការពង្រីកចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល BEmONC ប៉ុន្តែផ្នែកនេះមានភាពយឺតបន្តិច ។ មានតែ 28 នៃមូលដ្ឋាន BEmONC ចំនួន 110 ដែលដំឡើងកំរិត មានដំណើរការពេញលេញ (អនុវត្តអន្តរាគមន៍គន្លឹះ របស់BEmONC ទាំង7 ក្នុងអំឡុងពេល 3ខែមុនការពិនិត្យវាយតម្លៃ EmONC)។ ភាពប្រសើរក៏បានសង្កេតឃើញផងដែរនៅក្នុងសមាមាត្រនៃសម្រាលកូន

នៅមូលដ្ឋាន EmONC ដែលមានដំណើរការកាត់បន្ថយឧបសគ្គហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការថែទាំនូវ EmONC ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណៈនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការអនុវត្តអន្តរាគមន៍គន្លឹះជាក់លាក់។

ដូច្នេះទោះជាយ៉ាងណាប្រទេសកម្ពុជានៅតែមានចំនួនតិចជាងពាក់កណ្តាលនៃចំនួនមូលដ្ឋាន EmONC ដែលត្រូវមានទៅតាមអនុសាសន៍ហើយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC ប្រមូលផ្តុំភាគច្រើននៅកម្រិតមន្ទីរពេទ្យ និងនៅក្នុងតំបន់ទីប្រជុំជនហើយក្នុងនោះមានខេត្តមួយដែលមិនមានមូលដ្ឋាន EmONC ប្រភេទណាមួយ។ តម្រូវការរបស់ទារកទើបនឹងកើតដែលមានផលវិបាកក៏មិនទាន់បានឆ្លើយតបសមស្រប។ ក្នុងគោលបំណងដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ និងបញ្ហាប្រឈមដែលនៅសេសសល់ផ្សេងទៀត ផែនការកែលំអ EmONC ថ្មីត្រូវបានស្នើឡើងសម្រាប់រយៈពេលឆ្នាំ 2016 - 2020 ។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

### ២.១ ការកែលម្អគុណភាពនិងការគ្របដណ្តប់ភូមិសាស្រ្តនៃមូលដ្ឋាន EmONC

២.១.១ នៅថ្នាក់ខេត្ត ប្រើប្រាស់ផែនទី EmONC ដើម្បីកំណត់អាទិភាព និងជ្រើសរើសមូលដ្ឋាន EmONC សម្រាប់ពង្រឹងក្នុងអំឡុងពេល 2016-2020 ។ នៅពេលដែលអាទិភាពសម្រាប់ 2016-2020 ត្រូវបានយល់ព្រមជាមួយនឹងក្រសួងសុខាភិបាល រៀបចំ/អនុវត្តផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តសម្រាប់ឆ្នាំនីមួយ។ (អាទិភាពគួរត្រូវបានផ្តល់ការបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋាន BEmONC ឱ្យមានដំណើរការ)

២.១.២ បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC ដើម្បីអាចអនុវត្តអន្តរាគមន៍គន្លឹះ

២.១.៣ បង្កើនចំនួនមូលដ្ឋាន CEmONC បានកំណត់ឱ្យមានគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្រប់គ្រាន់ (វេជ្ជបណ្ឌិតមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់) និងបុគ្គលិកដាក់ថ្នាំស្ពឹក / គិលានុបដ្ឋាកដើម្បីផ្តល់នូវសេវាកម្ម24/7 និងសមត្ថភាពក្នុងការបញ្ចូលឈាម (អន្តរាគមន៍គន្លឹះទី 8 និង 9)

### ២.២ កាត់បន្ថយកង្វះខាតនូវហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន ឱសថ និងឧបករណ៍នៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC

២.២.១ ដំឡើងកំរិតហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាព2016-2020ថ្នាក់ខេត្តដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា

២.២.២ ធានាបាននូវការផ្គត់ផ្គង់ជាទៀងទាត់នៃឱសថសង្គ្រោះជីវិតសម្រាប់ម្តាយ និងទារកទើបនឹងកើត

២.២.៣ ផ្តល់និងបំពាក់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្រ្ត និងបរិក្ខារសមស្របដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្ត 2016-2020

### ២.៣ សហការជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នផែនទី EmONC ដោយការប្រើ GIS និងដោយផ្អែកលើផែនការកែលម្អ EmONC 2016-2020

## ២.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការកត់ត្រា និងរបាយការណ៍នៃផលវិបាកផ្នែកសម្ភព និងករណីទារកទើបនឹងកើតនៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់

## ២.៥ ពង្រឹងការអនុវត្តប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប (MDSR) និងការពិនិត្យឡើងវិញករណីទារកស្លាប់(ដោយភ្ជាប់ / រួមបញ្ចូលជាមួយ MDSR)

២.៥.១ ពង្រឹងសមត្ថភាពនៃគណៈកម្មាធិការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តន៍ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតានៅថ្នាក់ខេត្ត

២.៥.២ ពង្រឹងការអនុវត្តអនុសាសន៍ពីកិច្ចប្រជុំស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា

២.៥.៣ ចាប់ផ្តើមការពិនិត្យឡើងវិញករណីទារកស្លាប់

២.៥.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវទំនាក់ទំនងជាមួយការចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន

២.៥.៥ ពិចារណាអំពីការពិនិត្យករណីធ្ងន់ធ្ងរដែលជួយសង្គ្រោះបាន

# ៣. សមាសភាពទី បី: ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត

គឺដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំទារកទើបនឹងកើត។

## សនិទាន

ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតបានទទួលការយកចិត្តទុកដាក់ជាសកល និងថ្នាក់តំបន់នាពេលថ្មីៗនេះ។ ផែនការសកម្មភាពសាកលសម្រាប់គ្រប់ទារកទាំងអស់ និងផែនការសកម្មភាពសម្រាប់សុខភាពទារកប្រចាំតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិចដែលផែនការទាំងពីរបានផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 និងផែនការសកម្មភាព៥ឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំទារកនៅកម្ពុជា ២០១៦-២០២០ ត្រូវបានអនុម័តដោយក្រសួងសុខាភិបាលនៅក្នុងខែធ្នូឆ្នាំ 2015 ។ ខណៈដែល អត្រាមរណភាពទារកបានធ្លាក់ចុះពី 27 ក្នុងចំណោមកំណើតរស់ 1000 នាក់នៅឆ្នាំ 2010 មក 18 ទារកស្លាប់ក្នុងកំណើតរស់ 1000 នាក់នៅឆ្នាំ 2014 ហើយការស្លាប់របស់ទារកនេះ ស្មើនឹងជាង 60% នៃអត្រាស្លាប់របស់កុមារ និងស្មើនឹង 50% នៃការស្លាប់របស់កុមារអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ។

ដូចដែលបានបង្ហាញតាមរយៈការវាយតម្លៃ EmONC ឆ្នាំ 2014 មានកង្វះខាតក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទារកដែលមានបញ្ហា និងអនុវត្តការថែទាំទារកទើបនឹងកើត។ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាព (CDHS) ឆ្នាំ2014 បានបង្ហាញការធ្លាក់ចុះក្នុងការបំបៅដោះកូនភ្លាម និងបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយតែមុខរវាងឆ្នាំ 2010 និង 2014 ជាមួយអត្រា 66% នៃស្ត្រីដែលផ្តួចផ្តើមបំបៅដោះកូនក្នុងម៉ោងដំបូងនៃកំណើតនៅឆ្នាំ 2010 និង 63% នៅក្នុងឆ្នាំ 2014 ។ ការថយចុះគឺជាការបារម្ភជា ពិសេសនៅពេលដែលមានការកើនឡើងគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នៅក្នុងការបំបៅដោះកូនក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ។

ព័ត៌មានលម្អិតការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាទាំងនេះ និងត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងផែនការសកម្មភាពប្រាំឆ្នាំសម្រាប់ថែទាំទារកទើបកើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា 2016-2020។ ទោះជាយ៉ាងណាការសង្ខេបនៃការអន្តរាគមន៍សំខាន់សម្រាប់ឆ្នាំ 2016 ដល់ឆ្នាំ 2020 ត្រូវបានរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម។

## អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

### ៣.១ បង្កើនគុណភាពនិងសេវាថែទាំទារកទើបកើតនៅមូលដ្ឋាន EmONC និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្សេងទៀតជាដំណាក់កាល

៣.១.១ ផ្តួចផ្តើម និង / ឬការពង្រឹងការអនុវត្តការអោបទារកជាលើកដំបូង (first embrace) ចំពោះទារកទាំងអស់ (រួមទាំងទារកដែលសម្រាលកូនដោយការវះកាត់)

៣.១.២ ផ្តួចផ្តើម និង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / ការគ្រប់គ្រងករណីទារកថប់ដង្ហើម

៣.១.៣ ផ្តួចផ្តើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការផ្តល់ការថែទាំទារកកើតមិនគ្រប់ខែឬមានទម្ងន់ទាបរួមទាំងថែទាំតាមបែបម្តាយ Kangaroo (KMC ការប្រើថ្នាំ antibiotics សម្រាប់ការព្យាបាលការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាល និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ steroid មុនពេលសម្រាលសម្រាប់ទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ។

៣.១.៤ ផ្តួចផ្តើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់ទារកទើបកើតឈឺរួមទាំងទារកដែលថប់ដង្ហើម ការបង្ករោគក្នុងឈាមទារកដែលមានលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើតនិងបញ្ហាទារកទើបកើតដទៃទៀត / ការឆ្លងមេរោគផ្សេងទៀត។

៣.១.៥ ផ្តួចផ្តើម និង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការបញ្ជូន និងការផ្តល់ការថែទាំទារកទើបកើតមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬរួមទាំងការបង្កើតផ្នែកថែទាំទារក (NCU) នៅមន្ទីរពេទ្យCPA3 និង CEmONC

### ៣.២ ពង្រឹងការផ្តួចផ្តើមការបំបៅដោះកូនក្នុងម៉ោងដំបូងនិងបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់

៣.២.១ ពង្រឹងការគាំទ្រដល់ការបំបៅដោះកូន និងពិគ្រោះពិភាក្សាពីហានិភ័យនៃបំបៅដោយទឹកដោះគោដល់ឪពុកម្តាយ / គ្រួសារ។

### ៣.៣ ការកែលម្អគុណភាពនិងចំនួនដងនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល (PNC) (ទាក់ទងនឹងសមាសភាពការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញខាងលើ)

៣.៣.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍កញ្ចប់ពេញលេញនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល PNC (ការពិនិត្យលើសពី 4ដងដោយការពិនិត្យលើកដំបូងទាំងម្តាយនិងទារកធ្វើនៅពេលមុនចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

## ៤. សមាសភាពទី បួន: ការពន្យារកំណើត

ដើម្បីបង្កើនការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបែបទំនើប និងការបង្កើនសមាមាត្រនៃតម្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត

### សនិទាន

អត្រានៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតមានការកើនឡើងយឺត ប៉ុន្តែមានសន្ទុះទៅមុខជានិច្ចចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០០មក ដោយការប្រើប្រាស់បានកើនឡើងក្នុងអត្រាមធ្យម 1,5 ភាគរយក្នុងមួយឆ្នាំ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អត្រានៃការប្រើប្រាស់ខ្ពស់បំផុតគឺមាននៅក្នុងក្រុមប្រជាជនរស់នៅតាមជនបទក្រីក្រ និងមានការអប់រំតិច។ ខណៈដែលការអត្រានៃការប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតទំនើប (CPR) កើនឡើង និងតម្រូវការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមិនបានឆ្លើយតប(unmet need)ធ្លាក់ចុះរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2015 ប្រទេសកម្ពុជាមិនសម្រេចបានគោលដៅអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើតនៅក្នុង FTIRM និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍របស់ខ្លួន 60% នៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំ 2015។ ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយបុរាណបានកើនឡើងផងដែរក្នុងអំឡុងពេលនេះ ហើយមានអត្រាខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមប្រជាជនរស់នៅទីក្រុង និងក្រុមដែលមានទ្រព្យសម្បត្តិ។

ការមានផ្ទៃពោះវ័យជំទង់មានការកើនឡើងគួរឱ្យបារម្ភ និងវ័យជំទង់មានកូនកើនឡើងរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 ។ ការធាប់មានកូន កើតមានភាគច្រើនក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនរស់នៅតាមជនបទ ក្រីក្រ មានការអប់រំតិច និងមានជាទូទៅនៅក្នុងភាគឦសាននៃប្រទេសនេះ។ ខណៈដែលតម្រូវការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមិនបានឆ្លើយតបសម្រាប់ក្រុមអាយុ 15-19 ឆ្នាំបានថយចុះអាយុចន្លោះឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2014 តែជាក្រុមដែលមានអត្រាខ្ពស់ជាងគេរួមជាមួយនិងក្រុមដែលមានអាយុចាស់ជាងគេ45-49។ ដោយសារភាគច្រើននៃការមានកូននៅវ័យក្មេងមាននៅក្នុងក្រុមអាយុចាប់ 18-19ឆ្នាំ ហើយទោះជាអត្រានេះមិនជាហានិភ័យខ្ពស់ប៉ុន្តែស្ថានភាពនេះគឺនៅតែជាការព្រួយបារម្ភ និងគួរតែនឹងទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ និងសិក្សាបន្ថែមទៀត។

នៅក្នុងដំណើរឆ្ពោះទៅមុខនេះកម្ពុជានឹងត្រូវការបង្កើនគុណភាព និងការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើត ការប្តូរពីមធ្យោបាយបែបបុរាណមកមធ្យោបាយទំនើប បន្តការកាត់បន្ថយអត្រាតម្រូវការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមិនបានឆ្លើយតប និងការបង្កើនសមាមាត្រនៃតម្រូវការដែលពេញចិត្ត។ ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសលើការបង្កើនភាពអាចរកបាននូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែងនិងអចិន្ត្រៃយ៍ សេវាពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាលនិងរំលូតកូន ការពង្រីកសេវាយុវវ័យប្រកបដោយមេត្រីភាព ការកែលម្អសុវត្ថិភាពមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងការស្វែងយល់បន្ថែម និងដោះស្រាយការកើនឡើងនៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយបែបបុរាណ ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

#### ៤.១ បង្កើនគុណភាព ភាពអាចរកបាននិងអាចមកទទួលបានសេវាពន្យារកំណើត

៤.១.១ បង្កើនសមត្ថភាព / ជំនាញសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ និងការផ្តល់សេវា

៤.១.២ បង្កើនការគ្របដណ្តប់ CBD សម្រាប់តំបន់ដែលឆ្ងាយនិងពិបាកទៅដល់

៤.១.៣ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពអាចទទួលបានសេវាសម្រាប់ក្រុមនៅដាច់ស្រយាល និងងាយរងគ្រោះ ដូចជាកម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ ជនពិការ ប្រជាជនចំនុច និងជនជាតិភាគតិចតាមរយៈការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតនៅចុងសប្តាហ៍និង / ឬសេវាចុះមូលដ្ឋាន។

### ៤.២ បង្កើនភាពភាពអាចរកបាននិងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង / អចិន្ត្រៃយ៍

៤.២.១ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់គួរតែអាចផ្តល់នូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង / អចិន្ត្រៃយ៍ យ៉ាងហោចណាស់ 3 មធ្យោបាយ

### ៤.៣ បង្កើនភាពអាចរកបាននិងការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាលនិងរំលូតកូន (សេចក្តីលម្អិត ទាក់ទងទៅនឹងពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតមាននៅក្នុងផ្នែកការរំលូតកូន ខាងក្រោម)

៤.៣.១ ពង្រឹងការអនុវត្តនូវគោលការណ៍ណែនាំថ្មីអំពីការពន្យារកំណើតរួមមានការពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាល ។

៤.៣.២ ធានាឱ្យមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅក្នុងផ្នែកសម្ភព

### ៤.៤ ពង្រីកការផ្តល់ព័ត៌មាននិង សេវាកម្មសុខភាពយុវវ័យមេត្រីភាព

៤.៤.១ រៀបចំបន្ទប់សម្ភារៈ និងសម្ភារៈអប់រំសម្រាប់ការផ្តល់សេវាយុវវ័យប្រកបដោយមេត្រីភាព

### ៤.៥ ធានាសុវត្ថិភាពមធ្យោបាយពន្យារកំណើត

៤.៥.១ រៀបចំផែនការសកម្មភាព និងការប៉ាន់ប្រមាណមធ្យោបាយពន្យារកំណើតសម្រាប់ 2016 - 2020 ដែលរួមបញ្ចូលទាំងផែនការនិន្នភាពហិរញ្ញវត្ថុរយៈមធ្យម ដែលបង្ហាញពីការចូលរួមរបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

### ៤.៦ ពង្រឹងភាពជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈ និងឯកជន ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតប្រកបដោយគុណភាព និងរបាយការណ៍ត្រឹមត្រូវនិងទាន់ពេលវេលាពីអង្គការដៃគូ និងនិងវិស័យឯកជន

## ៥. សមាសភាគទី ប្រាំ: ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព

គឺដើម្បីបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងកាត់បន្ថយសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលធ្វើការរំលូតកូនច្រើនដងនិងរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព។

### សនិទាន

មានការរីកចំរើនគួរឱ្យកត់សម្គាល់ក្នុងការបង្កើនសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពរវាងឆ្នាំ 2008 និងឆ្នាំ 2015 ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងនេះក្តីប្រទេសកម្ពុជាមិនអាចសម្រេចដល់គោលដៅ FTIRM ក្នុងការពង្រីកឱ្យមាន 933 មូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្តល់សេវាកម្មរំលូតកូនសុវត្ថិភាពនៅដំណាច់ឆ្នាំ 2015 ។ ខណៈដែលការរំលូតកូនត្រូវបានធ្វើឱ្យស្របច្បាប់នៅក្នុងឆ្នាំ

1997 មានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលតិចតួចណាស់ដែលផ្តល់សេវាកម្មនេះរហូតដល់គោលការណ៍ណែនាំ និងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាថ្នាក់ជាតិការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពត្រូវបានណែនាំក្នុងឆ្នាំ 2006 ។ ត្រឹមឆ្នាំ 2008 មានមណ្ឌលសុខភាពតែ 25 ប៉ុណ្ណោះបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការថែទាំក្រោយរំលូត ប៉ុន្តែចំនួននេះបានកើនឡើងដល់ 604 នៅពាក់កណ្តាលឆ្នាំ 2015 ដោយសារការសហការគ្នាយ៉ាងជិតស្និតរវាងក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល។

ខណៈពេលដែលចំនួនស្ត្រីស្វែងរកសេវារំលូតកូនហាក់ដូចជាកើនឡើងរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2014 ការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាពដូចជាបានធ្លាក់ចុះរវាងឆ្នាំ 2005 និងឆ្នាំ 2010 ហើយបន្ទាប់មកនៅទ្រឹងរវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2015 ។ ភាគរយនៃស្ត្រីរំលូតកូនច្រើនដងមាននិន្នាការដូចគ្នា និងបានថយចុះពីឆ្នាំ 2005 ដល់ឆ្នាំ 2010 ហើយបន្ទាប់មកនៅទ្រឹងរវាងឆ្នាំ 2010 និង2014 ឆ្នាំ ។

ខណៈដែលសេវា និងលទ្ធភាពទទួលបានសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពបានល្អប្រសើរនៅក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ចំនួនស្ត្រីដែលបានរាយការណ៍ថាបានរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព (40%) នៅតែជាអត្រាខ្ពស់ដែលមិនអាចទទួលយក។ ច្បាស់ណាស់ការពង្រីកសេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពថ្នាក់ជាតិត្រូវតែបន្ត និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងព័ត៌មាន និងលទ្ធភាពទទួលបានសេវាចាំបាច់ត្រូវដោះស្រាយដើម្បីធានាឱ្យបានការកាត់បន្ថយការរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

#### ៥.១ បង្កើនការគ្របដណ្តប់និងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព (នៅឆ្នាំ 2020 គ្រប់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ដែលមានលទ្ធភាពសមស្របផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព)

៥.១.១ វាយតម្លៃនិងដំឡើងកំរិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានលទ្ធភាពសមស្រប និងបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកបន្ថែមអំពីការថែទាំការរំលូតកូនពេញលេញ (CAC)

៥.១.២ អនុវត្តបន្តការត្រួតពិនិត្យដើម្បីធានាគុណភាពសម្រាប់គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ ដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនពេញលេញ (CAC)

៥.១.៣ ពង្រឹងការប្រមូលទិន្នន័យការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងប្រព័ន្ធកត់ត្រា និងរបាយការណ៍

#### ៥.២ បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូននិងក្រោយសម្រាល (សេចក្តីលម្អិតនៃសេវាពន្យារកំណើតក្រោយក្រោយសម្រាលមាននៅក្នុងសមាសភាពពន្យារកំណើតខាងលើ)

៥.២.១ បង្កើនជំនាញការពិគ្រោះពិភាក្សា និងសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការផ្តល់នូវសេវាពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូន

៥.២.២ ធានាឱ្យមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅក្នុងបន្ទប់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងសម្ភព ។

#### ៥.៣ បង្កើនសេវារំលូតកូនដោយឱសថនៅកម្រិតមណ្ឌលសុខភាព ជាដំណាក់កាលៗ

# សមាសភាពគាំទ្រ

## ៦. សមាសភាពទីប្រាំមួយ: ការដកចេញរបាំងហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីអាចទទួលបានសេវាសុខភាព

ដើម្បីធានាថាស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់អាចទៅទទួលបាននូវសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកសំខាន់ៗនៅពេលត្រូវការដោយមិនមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ។

### សនិទាន

មូលនិធិសមធម៌សុខភាព (HEFs) គឺជាយន្តការគាំពារសុខភាពសង្គមសំខាន់របស់ក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងការកាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលសេវាសុខភាពសម្រាប់ជនក្រីក្រ ។ មូលនិធិសមធម៌បានពង្រីកគួរឱ្យកត់សំគាល់រវាងឆ្នាំ 2010 និងឆ្នាំ 2015 និងត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងលើសពីគោលដៅ FTIRM 2010-2015 និងបានគ្របដណ្តប់លើសពី 85% នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង 100% នៃជនក្រីក្រនៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំ 2015។ ការពង្រីកបានធ្វើឡើងតាមវិធីជាច្រើនរួមមានការបង្កើនការគ្របដណ្តប់លើជនក្រីក្រ និងការបង្កើនការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកនៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ កញ្ចប់តាវកាលិកនៃមូលនិធិសមធម៌ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពក្នុងឆ្នាំ 2014 ហើយនឹងត្រូវកែសម្រួលបន្ថែមទៀតនៅក្នុងឆ្នាំ 2016 និងមានរួមបញ្ចូលទាំងកញ្ចប់នៃសេវាសុខភាពបន្តពូជមាតានិងទារកពេញលេញ។

ការកាត់បន្ថយរបាំងហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានទទួលស្គាល់យ៉ាងទូលំទូលាយ ថាបានជំរុញឱ្យមានការកើនឡើងគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍នូវសមាមាត្រនៃការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ និងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនាពេលប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ទោះយ៉ាងណាបញ្ហាប្រឈម និងគម្លាតគ្របដណ្តប់នៅតែមាន។ មន្ទីរពេទ្យមួយចំនួនបានស្នើសុំមូលនិធិសមធម៌ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយកញ្ចប់ឧបត្ថម្ភធនរបស់រដ្ឋាភិបាល និងមានតែមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិតែមួយគត់នាពេលបច្ចុប្បន្នដែលគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសមធម៌ ។ ហើយក៏មានបញ្ហាទាក់ទងទៅនឹងកម្រិតនៃការទូទាត់សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកសំខាន់ៗដូចជាការថែទាំក្រោយសម្រាល និងការពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូន។

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានប្តេជ្ញាចិត្តសម្រេចឱ្យបានការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាពជាសកល សម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជាទាំងអស់ ដោយធានាថាប្រជាជនទាំងអស់អាចទទួលបាននូវសេវាដែលពួកគេត្រូវការដោយមិនមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការបង់ថ្លៃសេវា។ រដ្ឋាភិបាលកំពុងរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអំពីប្រព័ន្ធគាំពារសង្គម ដែលរួមមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់កម្មករ/និយោជិកដែលមានប្រាក់បៀវត្ស និងមន្ត្រីរាជការក៏ដូចជាប្រជាជនកម្ពុជាទូទៅដែលទន្ទឹមនឹងនោះអ្នកក្រីក្រត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយមូលនិធិសម៌។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

៦.១ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់ និងទារកត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្រោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ
៦.២ សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកពេញលេញ ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់តាវកាលិករបស់មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ។

## ៧. សមាសភាគទី ប្រាំពីរ: ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង

គឺធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងជាបុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍នូវការអនុវត្តន៍ការថែទាំ និងការស្វែងការថែទាំសម្រាប់ស្ត្រី និងទារកទើបកើត។

### សនិទាន

ខណៈដែលចំណេះដឹង និងឥរិយាបថដែលទាក់ទងទៅនឹងការអនុវត្តន៍ក្នុងសុខភាពបន្តពូជ និងមាតាសំខាន់ៗមានភាពប្រសើរឡើង បច្ចុប្បន្ននេះចំណេះដឹងអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងកម្រិតខ្ពស់នៃសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល បានជ្រួតជ្រាបស្ទើរតែជាសកល តែក៏មានបញ្ហាលេចធ្លោមួយចំនួនដែលទាមទារត្រូវធ្វើឱ្យប្រើនបន្ថែមទៀត។ ជាការពិតមានបញ្ហាពិសេសមួយចំនួនដូចជាការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយបុរាណ ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការថែទាំក្រោយសម្រាល និងការរំលូតកូន និងសម្រាប់បញ្ហាមួយចំនួនដែលទើបនឹងកើតឡើងដូចជា ការមានផ្ទៃពោះក្នុងវ័យជំទង់ ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត ការបំបៅដោះកូនក្នុងម៉ោងដំបូង និងការបំបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ។ យកចិត្តទុកដាក់ក៏ត្រូវមានផងដែរសម្រាប់ជនក្រីក្រ និងតាមស្ថានភាពភូមិសាស្ត្រជាក់លាក់ដូចជាជនជាតិភាគតិចនៅភាគឦសាននៃប្រទេសនេះ និងក្រុមយុវវ័យ (រួមទាំងកម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ) ។

### អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

#### ៧.១ បង្កើនការប្រើប្រាស់ ANC4 និង PNC4

៧.១.១ បង្កើនចំណេះដឹងនិងការអនុវត្តន៍ការពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យបាន៤ដងយ៉ាងតិច (ចាប់ផ្តើមក្នុងត្រីមាសទី១) និងការពិនិត្យក្រោយសម្រាល៤ដង (PNC4) សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារកទើបកើត (ចាប់ផ្តើមមុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)
៧.១.២ លើកទឹកចិត្តឱ្យ VHSG / CBD ដើម្បីគាំទ្រដល់ស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងថែទាំក្រោយសម្រាល។

#### ៧-២ បង្កើនការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងម៉ោងដំបូងនិងការបំបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ

៧.២.១ បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងម៉ោងដំបូងនិងការបំបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរហូតដល់ 6 ខែ

#### ៧-៣ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តន៍ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតសមស្រប

៧.៣.១ បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តថែទាំទារកទើបនឹងកើតសមស្របរួមទាំង "ការឱបដំបូង" សម្រាប់គ្រប់ទារកដែលទើបនឹងកើតទាំងអស់ និងថែទាំតាមបែបម្តាយ Kangaroo សម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ទាប និងទារកមិនគ្រប់ខែ។

### ៧-៤ កាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង

៧.៤.១ លើកកំពស់ការពន្យារពេល និងបង្កើនគម្លាតនៃកំណើតកូនមួយទៅមួយទៀត

៧.៤.២ សិក្សាបន្ថែមទៀតដើម្បីយល់ដឹងពីបញ្ហាដែលកើតមានថ្មីៗ និងរៀបចំអន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបដើម្បីឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថដោយផ្អែកលើការរកឃើញ

### ៧-៥ កាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ

៧.៥.១ បង្កើនចំណេះដឹងអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបែបបុរាណ (ជាពិសេសការដកលិង្គ) គឺមិនមានប្រសិទ្ធិភាពឬមិនអាចទុកចិត្តបាន និងកាត់បន្ថយការភ័យខ្លាចនិងការភ័ន្តច្រឡំចំពោះមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប។

### ៧-៦ កាត់បន្ថយការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាពនិងរំលូតញឹកញាប់

៧.៦.១ បង្កើនចំណេះដឹងអំពីការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់

៧.៦.១.១ ផ្សព្វផ្សាយច្បាប់រំលូតកូន

៧.៦.២ បង្កើនចំណេះដឹង និងការយល់ដឹងអំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាព និងការរំលូតញឹកញាប់ និងទីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលការថែទាំរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព

## ការតាមដាននិងវាយតម្លៃ

FTRIM 2016-2020 នឹងត្រូវបានតាមដានប្រចាំឆ្នាំដោយប្រើក្របខ័ណ្ឌនៃការតាមដាន និងវាយតម្លៃរួមមានដូចខាងក្រោម និងការពិនិត្យហ្មត់ចត់បន្ថែមទៀតនឹងធ្វើនៅក្នុងឆ្នាំ 2020 នៅពេលដែលមានទិន្នន័យថ្មីនៃការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាព និងការវាយតម្លៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត ។

ក្របខ័ណ្ឌនៃការតាមដាន និងវាយតម្លៃនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងតាមរយៈដំណើរការមួយដែលមានការចូលរួមហើយសូចនាករ និងគោលដៅត្រូវបានយកចេញពីឯកសារថ្នាក់ជាតិ និងតាមវិស័យឬអនុវិស័យដែលមានស្រាប់បើមិនទាន់មានសូចនាករនិងគោលដៅក្នុងស្រុកនោះ សូចនាករនិងគោលដៅថ្នាក់តំបន់និងសកលត្រូវបានប្រើដើម្បីធានាឱ្យបាននូវភាពងាយស្រួល និងភាពស្របគ្នានៃការរាយការណ៍។

## ក្របខ័ណ្ឌតាមដាននិងវាយតម្លៃ (Monitoring and Evaluation Framework)

| | សូចនាករ | 2010 | Baseline 2014 | គោលដៅ2020 | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| **គោលដៅ** (Goal) | | | | | |
| ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាត្រឹម ១៣០ នាក់ ក្នុង100.000 កំណើតរស់ និងការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់របស់ទារកត្រឹម 14 ក្នុង1000កំណើតរស់នៅឆ្នាំ2020។ | អត្រាមរណភាពរបស់មាតា | 206 ក្នុង 100.000 កំណើតរស់ | 170 | 130 | CDHS |
| | អត្រាមរណភាពរបស់ទារក | 27 per ក្នុង1000 កំណើតរស់ | 18 | 14 | CDHS |
| **សមាសធាតុ/វត្ថុបំណង** (Components/Objectives) | | | | | |
| 1. **ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ** ដើម្បីបង្កើនគុណភាពនិងគ្របដណ្តប់របស់ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល, ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញនិងការថែទាំក្រោយសម្រាល (ជាពិសេសក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងការអប់រំទាបបំផុត) | % នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានឆ្មបមធ្យមយ៉ាងតិច២នាក់ | គ្មានទិន្នន័យ | 41% (452/1105) | 50% | របាយការណ៍បុគ្គលិកសុខាភិបាល |
| | % នៃស្ត្រីបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច៤ដង | 59% (CDHS 2010) | 76% (CDHS 2014) | 90% | DHS, CDHS HIS |
| | % នៃការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br><br>(សរុបរួមនិងបែងចែកជាក្រុមៗទៅតាមស្ថានភាពប្រាក់ចំណូលនិងការអប់រំ) | 54% (សរុបរួម) (CDHS 2010)<br><br>34% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>35% (ប្រាក់ | 83% (សរុបរួម)<br><br>(CDHS 2014)<br><br>68% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>68% (ប្រាក់ | 90% (សរុបរួម)<br><br>80% (គ្មានការអប់រំ)<br><br>80% (ប្រាក់ | CDHS, HIS |

| | សូចនាករ | 2010 | Baseline 2014 | គោលដៅ2020 | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ចំណូលទាបបំផុត) (CDHS 2010) | ចំណូលទាបបំផុត) (CDHS 2014) | ចំណូលទាបបំផុត) | |
| | % នៃស្ត្រីបានទទួលបានការពិនិត្យក្រោយសម្រាលភ្លាម (ក្នុងអំឡុង ២ថ្ងៃក្រោយសម្រាល) | 70% (CDHS 2010) | 90% (CDHS 2014) | 95% | CDHS, HIS |
| 2. **សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត:** ដើម្បីកែលម្អការគ្របដណ្តប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ដូច្នេះមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត យ៉ាងហោចណាស់5 EmONC (CEmONC + BEmONC) សម្រាប់ប្រជាជនចំនួន 500,000 នាក់ក្នុងនោះរួមមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើតពេញលេញយ៉ាងតិច 1 (CEmONC) | # មូលដ្ឋាន EMONC សម្រាប់ប្រជាជន 500,000 នាក់ | 1.64 (2010) | 4.84 | យ៉ាងតិច៥ (≥150 មូលដ្ឋាន EmONC) | ការវាយតម្លៃ EMONC |
| | # មូលដ្ឋាន BEMONC សម្រាប់ប្រជាជន 500,000 នាក់ | 0.71 (2010) | 3.62 | យ៉ាងតិច 4(≥120 មូលដ្ឋាន BEmONC) | ការវាយតម្លៃ EMONC |
| | # មូលដ្ឋាន CEMONC សម្រាប់ប្រជាជន 500,000 នាក់ | 0.93 (2010) | 1.22 | យ៉ាងតិច១ (≥30 មូលដ្ឋាន CEmONC) | ការវាយតម្លៃ EMONC |
| | % នៃការសម្រាលកូនដោយការវះកាត់ សរុបរួមនិងថ្នាក់ក្រោមជាតិ(11) | សរុបរួម: 3% (CDHS 2010) កំពង់ស្ពឺ : | សរុបរួម: 6.3% (CDHS 2014) កំពង់ស្ពឺ : | សរុបរួម: 10% ថ្នាក់ក្រោមជាតិ: គ្មានខេត្តណា | CDHS, HIS |

| | សូចនាករ | 2010 | Baseline 2014 | គោលដៅ2020 | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.1% ពោធិសាត់ : 2.1%<br><br>ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង : 0.9%<br><br>ភ្នំពេញ : 9.9% (CDHS 2010) | 2.2% ពោធិសាត់ : 2.2%<br><br>ព្រះវិហារ/ស្ទឹងត្រែង : 2.3%<br><br>ភ្នំពេញ : 14.4% (CDHS 2014) | មួយក្រោម 3.5% និងភ្នំពេញមិនលើសពី 17% | |
| **3. ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត**<br>ដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំទារកទើបនឹងកើត | % នៃបុគ្គលិកទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំជាសារវ័ន្តទារកទើបកើតភ្លាម | NA | NA | 80% | របាយការណ៍ក្រសួងសុខាភិបាល |
| | %នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចំនុច ដែលបានអនុវត្តកញ្ចប់ការថែទាំទារក Expanded INC | NA | NA | 90% | ការអង្កេតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល |
| | % នៃទារកបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាល (ក្នុងអំឡុង២ថ្ងៃក្រោយសម្រាល) | NA | 76.5% (CDHS 2014) | 95% | CDHS, HIS |
| | % នៃទារកដែលត្រូវបានបំបៅដោយទឹក | 66% (CDHS | 63% (CDHS | 76% | CDHS |

| | សូចនាករ | 2010 | Baseline 2014 | គោលដៅ2020 | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | ដោះម្តាយក្នុងកំឡុងពេល១ម៉ោងដំបូងនៃកំណើត | 2010) | 2014) | | |
| 4. **ការពន្យារកំណើត**: ដើម្បីបង្កើនការប្រើវិធីពន្យាកំណើតបែបទំនើបនិងការបង្កើនសមាមាត្រនៃតម្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត | % នៃស្ត្រីដែលត្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត | 75.6% (CDHS 2010) | 82.7% (CDHS 2014) | 85% | CDHS |
| | % នៃស្ត្រីដែលត្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្តចំពោះមធ្យោបាយពន្យាកំណើតទំនើប | 52.2% | 57.4% | 62% | CDHS |
| | អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើតបែបទំនើប | 35% (CDHS 2010) | 39% (CDHS 2014) | 48% | CDHS, HIS |
| 5. <u>ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព:</u> ដើម្បីបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពនិងដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រានៃស្ត្រីដែលរំលូតកូនច្រើនដងនិងរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាព។ | # មូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព | 25 | 604 | 880 | របាយការណ៍ក្រសួងសុខាភិបាល/NGOs |
| | % ស្ត្រីដែលរំលូតកូនច្រើនដង | 1.4% (CDHS 2010) | 3.6% (CDHS 2014) | 2.0% | CDHS |

| | សូចនាករ | 2010 | Baseline 2014 | គោលដៅ2020 | ប្រភព |
|---|---|---|---|---|---|
| | % ស្ត្រីដែលបានរំលូតកូនតែមិនបានទទួលការរំលូតនេះដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលជំនាញនៅពេលរំលូតកូនលើកចុងក្រោយ | 40% (CDHS 2010) | 40% (CDHS 2014) | 30% | CDHS |
| 6. **ការដកចេញរបាំងហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីអាចទទួលបានសេវាសុខភាព**<br>ដើម្បីធានា ថាស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់អាចទៅទទួលបាននូវសេវាសុខភាពបន្តពូជសុខភាពមាតានិងទារកសំខាន់ៗនៅពេលត្រូវការ ដោយមិនមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ។ | % ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជដែលគ្របដណ្តប់ដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសង្គម (រួមមាន មូលនិធិសមធម៌ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និងផ្សេងៗ) | | នឹងកំណត់ | នឹងកំណត់ | របាយការណ៍ក្រសួងសុខាភិបាល |
| 7. **ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង:**<br>ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងជាបុគ្គល គ្រួសារ និង សហគមន៍នូវការអនុវត្តន៍ការថែទាំនិងការស្វែងការថែទាំសម្រាប់ស្ត្រីនិងទារកទើបកើត។ | អត្រាសម្រាលកូនក្នុងចំណោមយុវវ័យ (15-19) | 46 ក្នុងចំណោមស្ត្រីអាយុ 15-19ឆ្នាំ 1000 នាក់ | 57 | 51 | CDHS |
| | % ស្ត្រីរៀបការ កំពុងប្រើ មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ | 15.7% (CDHS 2010) | 17.5% (CDHS 2014) | 12% | CDHS |
| | % ស្ត្រីដែលបានដឹងថាការរំលូតកូនស្របច្បាប់ | NA | 12% (ទិន្នន័យមូលដ្ឋានរបស់អង្គការ PSL ក្នុង ៨ខេត្ត | 30% | ការអង្កេត |

## ឧបសម្ព័ន្ធ

**អន្តរាគមន៍គន្លឹះក្នុងគ្របខ័ណ្ឌការងារនៃផែនទីចង្អុលផ្លូវសំរាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក**

(FTIRM) 2016-2020

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| **១.ការសម្រាលដោយឆ្មប ជំនាញ:** គឺដើម្បីបង្កើនគុណភាពនិងគ្របដណ្តប់របស់ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល(ជាទូទៅនិងជាពិសេសក្នុងចំណោមក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងការអប់រំទាបបំផុត) | **១.១ បន្តធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងសមត្ថភាពនិងចំនួនឆ្មប**<br>១.១.១ ការបណ្តុះបណ្តាលមុនបំរើការងារ<br>១.១.១.១ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលឆ្មប ពង្រឹងការអនុវត្តរបស់សិស្សឆ្មប និងពង្រឹងនិងពង្រីកកម្មវិធីគ្រូដឹកនាំអនុវត្ត( preceptor)<br>១.១.១.២ កែសម្រួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាល មុនបំរើការងារសម្រាប់ឆ្មបដែលមានស្រាប់<br>• ពិនិត្យឡើងវិញនូវកម្មវិធីសិក្សាឆ្មប<br>• ពិនិត្យឡើងវិញការងារឆ្មប (តួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ឆ្មបបឋម)<br>• គន្លងអប់រំឆ្មប (Midwifery Education Pathways)<br>• អភិវឌ្ឍយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ឆ្មប<br>• គ្របខ័ណ្ឌច្បាប់ក្នុងការ អប់រំឆ្មប<br>១.១.២ ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងសេវា:ពង្រឹងជំនាញឆ្មបតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលដោយយកសមត្ថភាពជាមូលដ្ឋាន និងតាមរយៈការពង្រីកឱកាសសម្រាប់អនុវត្ត និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែង<br>១.១.៣ បទប្បញ្ញត្តិ និងការផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណ (regulation and licensing): ពង្រឹងប្រព័ន្ធចុះបញ្ជី និងការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ<br>១.១.៤ ឆ្មប:បង្កើនចំនួនឆ្មបមធ្យមនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព<br>១.១.៤.១ ការជ្រើសរើសឆ្មបមធ្យមសម្រាប់បំរើការងារនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពជាពិសេសនៅតំបន់ដាច់ស្រយាល<br>១.១.៤.២ ស្វែងរកជម្រើសនៃការធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយឆ្មបមធ្យមដើម្បីបំរើការងារនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពនិង / ឬការបង្កើនកំរិត ឆ្មបបឋមទៅជាឆ្មបមធ្យម<br>**២.២ ការកែលម្អគុណភាពនិងចំនួននៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះ**<br>១.២.១ ពង្រឹងកញ្ចប់នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះពេញលេញ (ពិនិត្យផ្ទៃពោះលើសពី ៤ដង ចាប់ផ្តើមក្នុងត្រីមាសទី 1 ឱ្យបានឆាប់នៅពេលបាត់រដូវភ្លាមសមាសភាពរួមមានថ្នាំជាតិដែក/ហ្វូលិកអាស៊ីត៩០គ្រាប់) |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| | **១.៣ កែលម្អគុណភាពនៃ ក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល / ការសម្រាល**<br>១.៣.១ ពង្រឹងការតាមដានស្ថានភាពម្តាយនិងទារកក្នុងផ្ទៃ ក្នុងអំឡុងឈឺពោះនិងពេលសម្រាល និងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការស្គាល់សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ និងកត្តាប្រឈមតាមរយៈការប្រើប្រាស់ partograph ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ<br>១.៣.២ ពង្រឹងការបង្ការ / ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ / និងធ្វើឱ្យស្ថានភាពមានស្ថេរភាពនិងបញ្ជូនការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល<br>១.៣.៣ ពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ / បញ្ជូនជំងឺបំរុងក្រឡាភ្លើង និងក្រឡាភ្លើងរួមទាំងការណែនាំឱ្យផ្តល់ MgSO4 មួយដូសមុនពេលបញ្ជូន<br>១.៣.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការឆ្លងមេរោគ<br><br>**១.៤ ការកែលម្អគុណភាពនិងបរិមាណនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល**<br>១.៤.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍នៃកញ្ចប់ការថែទាំក្រោយសម្រាលពេញលេញ (ពិនិត្យ៤ដង ចាប់ផ្តើមដោយការពិនិត្យក្រោយសម្រាលលើកទី១ ទាំងម្តាយ និងកូនមុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។<br>១.៤.២ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការបញ្ជូនសម្រាប់ការទារកដែលមានភាពមិនធម្មតាពីកំណើត |
| **២.សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត**<br>គឺដើម្បីកែលម្អការគ្របដណ្តប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ដូច្នេះមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើត យ៉ាងហោចណាស់5 EmONC (CEmONC + BEmONC) សម្រាប់ប្រជាជនចំនួន 500,000 នាក់ក្នុងនោះរួមមានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពនិងថែទាំទារកទើបនឹងកើតពេញលេញយ៉ាងតិច 1 (CEmONC) | **២.១ ការកែលម្អគុណភាពនិងការគ្របដណ្តប់ភូមិសាស្ត្រនៃមូលដ្ឋាន EmONC**<br>២.១.១ នៅថ្នាក់ខេត្ត ប្រើប្រាស់ផែនទីEmONC ដើម្បីកំណត់អាទិភាព និងជ្រើសរើសមូលដ្ឋាន EmONC សម្រាប់ពង្រឹងក្នុងអំឡុងពេល 2016-2020 ។ នៅពេលដែលអាទិភាពសម្រាប់ 2016-2020 ត្រូវបានយល់ព្រមជាមួយនឹងក្រសួងសុខាភិបាលរៀបចំ / អនុវត្តផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តសម្រាប់ឆ្នាំនីមួយ។ (អាទិភាពគួរត្រូវបានផ្តល់ការបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋាន BEmONC ឱ្យមានដំណើរការ)<br>២.១.២ បង្កើនសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC ដែលបានកំណត់ដើម្បីអាចអនុវត្តអន្តរាគមន៍គន្លឹះ<br>២.១.៣ បង្កើនចំនួនមូលដ្ឋាន CEmONC បានកំណត់ឱ្យមានគ្រូពេទ្យវះកាត់គ្រប់គ្រាន់ (វេជ្ជបណ្ឌិតមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រាលដោយវះកាត់) និងបុគ្គលិកដាក់ថ្នាំស្ពឹក / គិលានុបដ្ឋាកដើម្បីផ្តល់នូវសេវាកម្ម24/7 និងសមត្ថភាពក្នុងការបញ្ចូលឈាម (អន្តរាគមន៍គន្លឹះទី 8និង 9) |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| | ២.២ កាត់បន្ថយកង្វះខាតនូវ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន ឱសថ និងឧបករណ៍នៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC<br>២.២.១ ដំឡើងកំរិតហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ដោយផ្អែកលើផែនការសកម្មភាព 2016-2020ថ្នាក់ខេត្តដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា<br>២.២.២ ធានាបាននូវការផ្គត់ផ្គង់ជាទៀងទាត់នៃឱសថសង្គ្រោះជីវិតសម្រាប់ម្ដាយ និងទារកទើបនឹងកើត<br>២.២.៣ ផ្ដល់ និងបំពាក់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងបរិក្ខារសមស្រប ដោយផ្អែកលើសកម្មភាពថ្នាក់ខេត្តព្រមព្រៀងគ្នាគ្រោង 2016-2020<br><br>២.៣ សហការជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នផែនទី EmONC ដោយការប្រើ GIS ដោយផ្អែកលើផែនការការកែលម្អ EmONC 2016-2020<br><br>២.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការកត់ត្រានិងរបាយការណ៍នៃផលវិបាកផ្នែកសម្ភព និងករណីទារកទើបនឹងកើតនៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់<br><br>២.៥ ពង្រឹងការអនុវត្តប្រព័ន្ធស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប (MDSR) និងការពិនិត្យឡើងវិញករណីទារកស្លាប់ (ដោយភ្ជាប់ / រួមបញ្ចូលជាមួយ MDSR)<br>២.៥.១ ពង្រឹងសមត្ថភាពនៃគណៈកម្មាធិការជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តន៍ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតានៅថ្នាក់ខេត្ត<br>២.៥.២ ពង្រឹងការអនុវត្តអនុសាសន៍ពីកិច្ចប្រជុំស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា<br>២.៥.៣ ចាប់ផ្ដើមការពិនិត្យឡើងវិញករណីទារកស្លាប់<br>២.៥.៤ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវទំនាក់ទំនងជាមួយការចុះអគ្រានុកូលដ្ឋាន<br>២.៥.៥ ពិចារណាអំពីការពិនិត្យករណីធ្ងន់ធ្ងរដែលជួយសង្គ្រោះបាន |
| **៣.ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត**<br>គឺដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងការគ្របដណ្ដប់សេវាថែទាំទារកទើបនឹងកើត | ៣.១ បង្កើនគុណភាព និងសេវាថែទាំទារកទើបកើតនៅមូលដ្ឋាន EmONC និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្សេងទៀតជាដំណាក់កាល<br>៣.១.១ ផ្ដួចផ្ដើមនិង / ឬការពង្រឹងការអនុវត្តការអោបទារកជាលើកដំបូង (first embrace) ចំពោះទារកទាំងអស់ (រួមទាំងទារកដែលសម្រាលកូនដោយការវះកាត់)<br>៣.១.២ ផ្ដួចផ្ដើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ / ការគ្រប់គ្រងករណីទារកថប់ដង្ហើម |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| | ៣.១.៣ ផ្តួចផ្តើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការផ្តល់ការថែទាំទារកកើតមិនគ្រប់ខែឬមានទម្ងន់ទាបរួមទាំងការថែទាំតាមបែបម្តាយ Kangaroo (KMC) ការប្រើថ្នាំ antibiotics សម្រាប់ការព្យាបាលការបែកស្រោមទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសម្រាលនិងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ steroid មុនពេលសម្រាលសម្រាប់ទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ។<br>៣.១.៤ ផ្តួចផ្តើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់ទារកទើបកើតឈឺរួមទាំងទារកដែលថប់ដង្ហើម ការបង្ករោគក្នុងឈាម ទារកដែលមានលក្ខណៈមិនធម្មតាពីកំណើត និងបញ្ហាទារកទើបកើតដទៃទៀត / ការឆ្លងមេរោគផ្សេងទៀត<br>៣.១.៥ ផ្តួចផ្តើមនិង / ឬពង្រឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការបញ្ជូន និងការផ្តល់ការថែទាំទារកទើបកើតមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬរួមទាំងការបង្កើតផ្នែកថែទាំទារក (NCU) នៅមន្ទីរពេទ្យCPA3 និង CEmONC<br><br>**៣.២ ពង្រឹងការផ្តួចផ្តើមការបំបៅដោះកូនក្នុងម៉ោងដំបូង និងបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់**<br>៣.២.១ ពង្រឹងការគាំទ្រដល់ការបំបៅដោះកូន និងពិគ្រោះពិភាក្សាពីហានិភ័យនៃបំបៅដោយទឹកដោះគោដល់ឪពុកម្តាយ / គ្រួសារ។<br><br>**៣.៣ការកែលម្អគុណភាព និងចំនួនដងនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល (PNC) (ទាក់ទងនឹងសមាសភាពការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ ខាងលើ)**<br>៣.៣.១ ពង្រឹងការអនុវត្តន៍កញ្ចប់ពេញលេញនៃការថែទាំក្រោយសម្រាល PNC( ការពិនិត្យលើសពី4ដងដោយការពិនិត្យលើកដំបូងទាំងម្តាយនិងទារកធ្វើនៅពេលមុនចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ) |
| **៤.ការពន្យារកំណើត**<br>ដើម្បីបង្កើនការប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតបែបទំនើបនិងការបង្កើនសមាមាត្រនៃតម្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត | **បង្កើនគុណភាព, ភាពអាចរកបាននិងអាចមកទទួលបានសេវាពន្យារកំណើត**<br>៤.១.១ បង្កើនសមត្ថភាព/ជំនាញសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់និងការផ្តល់សេវា<br>៤.១.២ បង្កើនការគ្របដណ្តប់CBDសម្រាប់តំបន់ដែលឆ្ងាយនិងពិបាកទៅដល់<br>៤.១.៣ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពអាចទទួលបានសេវាសម្រាប់ក្រុមនៅដាច់ស្រយាល និងងាយរងគ្រោះដូចជាកម្មកររោងចក្រកាត់ដេរ, ជនពិការ, ប្រជាជនចំនុច និងជនជាតិភាគតិចតាមរយៈការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតនៅចុងសប្តាហ៍និង / ឬសេវាចុះមូលដ្ឋាន<br><br>**៤.២ បង្កើនភាពភាពអាចរកបាន និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង / អចិន្ត្រៃយ៍** |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| | ៤.២.១ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់គួរតែអាចផ្តល់នូវមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង / អចិន្ត្រៃយ៍យ៉ាងហោចណាស់ 3 មុខ<br><br>**៤.៣ បង្កើនភាពអាចរកបាន និងការប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាលនិងរំលូតកូន (សេចក្តីលម្អិតទាក់ទងទៅនឹងពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតមាននៅក្នុងផ្នែកការរំលូតកូន ខាងក្រោម)**<br>៤.៣.១ ពង្រឹងការអនុវត្តនូវគោលការណ៍ណែនាំថ្មីអំពីការពន្យារកំណើតរួមមានការពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាល ។<br>៤.៣.២ ធានាឱ្យមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមាននៅក្នុងផ្នែកសម្ភព<br><br>**៤.៤ ពង្រីកការផ្តល់ព័ត៌មាននិង សេវាកម្មសុខភាពយុវវ័យមេត្រីភាព**<br>៤.៤.១ រៀបចំបន្ទប់ សម្ភារៈ និងសម្ភារៈអប់រំសម្រាប់ការផ្តល់សេវាយុវវ័យប្រកបដោយមេត្រីភាព<br><br>**៤.៥ ធានាសុវត្ថិភាពមធ្យោបាយពន្យារកំណើត**<br>៤.៥.១ រៀបចំផែនការសកម្មភាព និងការប៉ាន់ប្រមាណមធ្យោបាយពន្យារកំណើតសម្រាប់ 2016 - 2020 ដែលរួមបញ្ចូលទាំងផែនការនិរន្តរភាពហិរញ្ញវត្ថុរយៈមធ្យមដែលបង្ហាញពីការចូលរួមរបស់រដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍<br><br>**៤.៦ ពង្រឹងភាពជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈ និងឯកជន ដើម្បីធានាការផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតប្រកបដោយគុណភាព និងរបាយការណ៍ត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលាពីអង្គការដៃគូ និងវិស័យឯកជន** |
| **៥.ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព** គឺដើម្បីបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពនិងកាត់បន្ថយសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលធ្វើការរំលូតកូនច្រើនដងនិងរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព | **៥.១ បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព (នៅឆ្នាំ 2020 គ្រប់មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ដែលមានលទ្ធភាពសមស្របផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព)**<br>៥.១.១ វាយតម្លៃ និងដំឡើងកំរិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានលទ្ធភាពសមស្រប និងបណ្តុះបណ្តាបុគ្គលិកបន្ថែមអំពីការថែទាំការរំលូតកូនពេញលេញ (CAC)<br>៥.១.២ អនុវត្តបន្តការត្រួតពិនិត្យដើម្បីធានាគុណភាពសម្រាប់គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនពេញលេញ (CAC)<br>៥.១.៣ ពង្រឹងការប្រមូលទិន្នន័យការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងប្រព័ន្ធកត់ត្រា និងរបាយការណ៍ |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
| --- | --- |
| | ៥.២ បង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃសេវាពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូន និងក្រោយសម្រាល (សេចក្តីលម្អិតមាននៃសេវាពន្យារកំណើតក្រោយសម្រាលមាននៅក្នុងសមាសភាពពន្យារកំណើតខាងលើ)<br>៥.២.១ បង្កើនជំនាញការពិគ្រោះពិភាក្សា និងសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការផ្តល់នូវសេវាពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូន<br>៥.២.២ ធានាឱ្យមាននមធ្យោបាយពន្យារកំណើតនៅក្នុងបន្ទប់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាពនិងសម្ភព ។<br><br>៥.៣ បង្កើនសេវារំលូតកូនដោយឱសថនៅកម្រិតមណ្ឌលសុខភាព ជាដំណាក់កាលៗ |
| ១.ការដកចេញរបាំងហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីអាចទទួលបានសេវាសុខភាព<br>ដើម្បីធានា ថាស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់ អាចទៅទទួលបាននូវសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកសំខាន់ៗនៅពេលត្រូវការដោយមិនមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ។ | ៦.១ ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់ និងទារក ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្រោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ<br><br>៦.២ សេវាសុខភាពបន្តពូជ មាតា និងទារកពេញលេញ ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់តាវកាលិករបស់មូលនិធិសមធម៌និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ។ |
| **២.ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទង**<br>គឺធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងជាបុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍នូវការអនុវត្តន៍ការថែទាំ និងការស្វែងការថែទាំសម្រាប់ស្ត្រី និងទារកទើបកើត។ | ៧.១ បង្កើនការប្រើប្រាស់ ANC4 និង PNC4<br>៧.១.១ បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តន៍ការពិនិត្យផ្ទៃពោះឱ្យបាន៤ដងយ៉ាងតិច (ចាប់ផ្តើមក្នុងត្រីមាសទី១) និងការពិនិត្យក្រោយសម្រាល៤ដង (PNC4) សម្រាប់ទាំងម្តាយ និងទារកទើបកើត (ចាប់ផ្តើមមុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)<br>៧.១.២ លើកទឹកចិត្តឱ្យ VHSG / CBD ដើម្បីគាំទ្រដល់ស្ត្រីឱ្យមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនិងថែទាំក្រោយសម្រាល។<br><br>៧.២ បង្កើនការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងម៉ោងដំបូង និងការបំបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ<br>៧.២.១ បង្កើនចំណេះដឹងនិងការអនុវត្តក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយក្នុងម៉ោងដំបូង និងការបំបៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរហូតដល់ 6 ខែ<br><br>៧.៣ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តន៍ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតសមស្រប<br>៧.៣.១ បង្កើនចំណេះដឹង និងការអនុវត្តថែទាំទារកទើបនឹងកើតសមស្រប |

| សមាសធាតុ/ វត្ថុបំណង | អន្តរាគមន៍គន្លឹះ |
|---|---|
| | រួមទាំង "ការឱបដំបូង" សម្រាប់គ្រប់ទារកដែលទើបនឹងកើតទាំងអស់ និងថែទាំតាមបែបម្តាយ Kangaroo សម្រាប់ទារកមានទម្ងន់ទាបនិងទារកមិនគ្រប់ខែ<br><br>**៧.៤ កាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យក្មេង**<br>៧.៤.១ លើកកំពស់ការពន្យាពេល និងបង្កើនគម្លាតនៃកំណើតកូនមួយទៅមួយទៀត<br>៧.៤.២ សិក្សាបន្ថែមទៀតដើម្បីយល់ដឹងពីបញ្ហាដែលកើតមានថ្មីៗនិងរៀបចំអន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបដើម្បីឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថដោយផ្អែកលើការរកឃើញ<br><br>**៧.៥ កាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ**<br>៧.៥.១ បង្កើនចំណេះដឹងអំពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើតបែបបុរាណ (ជាពិសេសការដកលិង្គ) គឺមិនមានប្រសិទ្ធិភាពឬមិនអាចទុកចិត្តបាន និងកាត់បន្ថយការភ័យខ្លាច និងការភ័ន្តច្រឡំចំពោះមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប<br><br>**៧.៦ កាត់បន្ថយការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាពនិងរំលូតញឹកញាប់**<br>៧.៦.១ បង្កើនចំណេះដឹងអំពីការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់<br>៧.៦.១.១ ផ្សព្វផ្សាយច្បាប់រំលូតកូន<br>៧.៦.២ បង្កើនចំណេះដឹង និងការយល់ដឹងអំពីគ្រោះថ្នាក់នៃការរំលូតកូនគ្មានសុវត្ថិភាពនិងការរំលូតញឹកញាប់ និងទីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលការថែទាំរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព |

# បញ្ជីរាយនាមសមាជិកដែលបានចូលរួមចំណែកក្នុងដំណើរការរៀបចំឯកសារផែនទីចង្អុលផ្លូវ

## Ministry of Health

| | |
|---|---|
| H.E. Prof. Eng Huot | Secretary of State for Health |
| H.E. Prof. Tan Vouch Chheng | Secretary of State for Health |
| H.E. Prof. Chhour Y Meng | Under-Secretary of State for Health |
| H.E. Dr. Or Vandine | Director General for Health |
| Prof. Tung Rathavy | Director of the National Maternal and Child Health Center |
| Dr. Lam Phirun | Manager of the National Reproductive Health Programme |
| Dr. Lo Veasna Kiry | Director of the Department of Planning & Health Information |
| Dr. Sok Kanha | Deputy-Director of the Department of Planning & Health Information |
| Dr. Khol Khemrary | Chief of Health Information System Bureau |
| Dr. Krang Sidonn | Vice Chief of Prevention and Control Bureau of CDC Department. |
| Dr. Ouk Sokun | Chief of Technical Bureau, National Center for Health Promotion |
| Dr. Lim Pich | Deputy-Director, National Center for Health Promotion |
| Mr. Dam Charuvan | Officer, National Center for Health Promotion |

## Development partners

| | |
|---|---|
| Dr. Dong-Il Ahn | Representative, WHO |
| Dr. Marc Derveeuw | Representative, UNFPA |
| Ms. Benita Sommerville | First Secretary, Development Cooperation, Australian Embassy |
| Mr. Inokuchi Kunihiro | Representative, JICA |
| Mr. Noah Mathew Sprafkin | MCH Team Leader, USAID |
| Dr. Etienne Poirot | Chief of Child Survival and Development, UNICEF |

| | |
|---|---|
| Dr. Karine Mortiz | Team Leader, GFP, GIZ |
| Mr. James Rarick | NHL Team Leader, WHO |
| Dr. Kannitha Cheang | Reproductive & Maternal Health Officer, WHO |
| Dr. Sano Phal | Newborn & Child Health Officer, WHO |
| Dr. Momoe Takeuchi | HSD Team Leader, WHO |
| Dr. Indrajit Hazarika | Technical Officer for Human Resource for Health, WHO |
| Dr. Eijiro Murakoshi | Technical Officer for Health Care Financing, WHO |
| Dr. Sok Sokun | Reproductive Health Manager, UNFPA |
| Dr. Katherine Krasovec | Chief of Party, USAID Quality Health Services, URC |
| Mrs. Cornelia Becker | Project Manager, Rights-Based Family Planning and Maternal Health Project, GIZ |
| Dr. Sam Sochea | Project Management Specialist RH/FP, USAID |
| Dr. Hong Rathmony | Health Specialist, UNICEF |
| Dr Piseth Meng | Program Manager, Development Cooperation (Health), Australian Embassy. |
| Mr. Chum Thou | Director of Partnership, Marie Stopes Cambodia |
| Ms. Chi Socheat | Director, PSK |
| Dr. Sieng Rithy | Deputy Project Director, EPOS |
| Mr. Kosal Kuch | Program Officer, KOFIH |
| Dr. John Naponick | Country Director, Sugar Palm Foundation |
| Dr. Oum Vanna Theary | Program Director, Sugar Palm Foundation |
| Ms. Heidi Brown | Coordinator and Learning Unit Director, PSL |
| Dr. Vincent Faveau | EMONC Consultant |