ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវ

សម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រា មរណភាព មាតា និងទារក

ឆ្នាំ២០២៥ - ២០៣០

មករា ២០២៥

បុព្វកថា

ដោយសារសន្តិភាព និងកំណើនសេដ្ឋកិច្ចស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើតនៅកម្ពុជា កំពុងទទួលបានសេវាសុខភាពដែលពួកគេត្រូវការ និងដែលពួកគេមានសិទ្ធិទទួលបានកាន់តែច្រើន។

ក្រសួងសុខាភិបាលបានពន្លឿនវឌ្ឍនភាព សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា ទារក និងកុមារ តាមរយៈការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធ ដែលកិច្ចការទាំងនេះបានចូលរួមចំណែកក្នុងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសុខាភិបាល និងការអនុវត្តកម្មវិធី សកម្មភាព នៃសន្និសីទអន្តរជាតិស្តីពីប្រជាជន និងអភិវឌ្ឍន៍ (ICPD-PoA) ដើម្បីទៅសម្រេចបាននូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពកម្ពុជាដោយកាត់បន្ថយមរណភាពមាតាដែលអាចការពារបានត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក (FTIRM) គឺជាមគ្គុទ្ទេសក៍ណែនាំដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១០ និងបានបន្តដោះស្រាយរបៀបវារៈដែលមិនទាន់បានបញ្ចប់នៅក្នុង FTIRM ទីពីរ ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២០២១-២២ បានបង្ហាញថា ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបាននូវគោលដៅគួរឱ្យកត់សម្គាល់ នៃការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើតមកត្រឹម ៨ នាក់ក្នុង ១ ០០០ កំណើតរស់ និងបង្កើនអត្រា នៃការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញរហូតដល់ ៩៩%។ អត្រាមរណភាពមាតាបានថយចុះពី ១៧០ ករណីក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ មកត្រឹម ១៥៤ ក្នុងឆ្នាំ២០២២ ប៉ុន្តែការថយចុះនេះ នៅមិនទាន់សម្រេចគោលដៅឆ្នាំ២០២០ នៅឡើយទេ។ ដូច្នេះ នៅមានការងារជាច្រើនទៀតដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបាននូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងរក្សានូវវឌ្ឍនភាព នៃសុខភាពទារក គឺការបន្តផ្តោតលើការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ និងកែលម្អគុណភាព នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ការពិនិត្យករណីមរណភាពមាតា និងមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប ការពន្យារកំណើត ការថែទាំព្យាបាលការមានកូនមិនតាមប្រាថ្នា (រំលូតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព) ការលុបបំបាត់ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព និងការកែលម្អការអនុវត្ត នៃការថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារកឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាលើកទី៣ ដើម្បីឱ្យស្របទៅនឹងបរិបទបច្ចុប្បន្ន និងបានផ្តល់អនុសាសន៍អំពីអន្តរាគមន៍គន្លឹះដែលត្រូវអនុវត្ត ដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលដៅកំណត់នៅឆ្នាំ២០៣០។

ថ្ងៃ[illegible]ខែ [illegible] ឆ្នាំម្សាញ់ សប្តស័ក ព.ស. ២៥៦៨

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី....៣០....ខែ....មេសា....ឆ្នាំ២០២៥

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ ឈាង រ៉ា

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាល សូមកោតសរសើរ និងវាយតំលៃខ្ពស់ដល់គណៈកម្មាការសម្របសម្រួលក្នុងការពង្រឹងគុណភាពថែទាំ ព្យាបាល សុខមាលភាពមាតា ទារក កុមារ និងរោគស្ត្រី ដែលមាន **លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ អ៊ឹម សិទ្ធិភារ្យ** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាលជាប្រធាន ក៏ដូចជាស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធរួមមានតំណាងនាយកដ្ឋាន និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនានា នៃក្រសួងសុខាភិបាល តំណាងដែលអញ្ជើញពីមន្ទីរសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលសុខភាព សាលាភូមិភាគសុខាភិបាល តំណាងគណៈកម្មាការទ្រទ្រង់មណ្ឌលសុខភាព ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ សមាគមន៍ និងគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សុខាភិបាល ដូចជា WHO, UNFPA, UNICEF, NCGM/JICA, USAID/FHI360, A&T, PSI, MSIC, KOFIH, RHAC, RACHA, WVI, HACC, Plan International សម្រាប់ការចូលរួមគាំទ្រនិងផ្តល់មតិយោបល់ ដែលធ្វើឱ្យផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក ឆ្នាំ ២០២៥-២០៣០ មានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាវជ្រៅដល់អង្គការសុខភាពពិភពលោកប្រចាំនៅប្រទេសកម្ពុជា សម្រាប់ការគាំទ្របច្ចេកទេស និងថវិកាក្នុងដំណើរការអភិវឌ្ឍន៍ និងបោះពុម្ពនូវឯកសារៈដ៏មានសារសំខាន់នេះ។

មាតិកា

បុព្វកថា..........១
សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ..........២
បញ្ជីរាយឈ្មោះក្រុមការងារ គ្រប់គ្រង និងដឹកនាំប្រជុំពិភាក្សាផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក..........៤
បញ្ជីអក្សរកាត់..........៧
សាវតា និងបរិបទ..........១០
វិធីសាស្ត្រ..........១១
វឌ្ឍនភាពមកទល់បច្ចុប្បន្ន..........១២
គោលដៅ..........១៦
សមាសធាតុ..........១៧
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីមួយ៖ ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ..........១៧
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីពីរ៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត- (EmONC) និងការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតនិងការឆ្លើយតប (MPDSR)..........២០
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីបី៖ ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត..........២៣
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីបួន៖ ការពន្យារកំណើត..........២៦
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីប្រាំ៖ ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព..........២៨
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីប្រាំមួយ៖ លុបបំបាត់ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពឆ្ពោះទៅសម្រេចបានគ្របដណ្ដប់សេវាសុខាភិបាលជាសកល (UHC)..........២៩
គោលបំណងឬសមាសធាតុទីប្រាំពីរ៖ ការចូលរួមរបស់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ ដើម្បីកែលម្អសុខភាពស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើត..........៣០
ក្របខណ្ឌតាមដាន និងវាយតម្លៃ..........៣២
ឧបសម្ព័ន្ធទី១៖ ឯកសារយោង..........៣៧

បញ្ជីរាយឈ្មោះក្រុមការងារ គ្រប់គ្រង និងដឹកនាំប្រជុំពិភាក្សាផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក

១-លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ឹម សិទ្ធិការ្យ**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
២-លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**ទុន រដ្ឋាវី**	ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល
៣-លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ	**គឹម រ័ត្ននា**	នាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
៤- លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**ជាង កន្និដ្ឋា**	មន្ត្រីបច្ចេកទេស នៃអង្គការ WHO ប្រចាំនៅកម្ពុជា
៥- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**សុខ សុគន្ធ**	អង្គការ UNFPA ប្រចាំនៅកម្ពុជា
៦-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**លាក់ ពន្លឺ**	នាយផ្នែករងផ្នែកជំងឺទូទៅទារក និងកុមារ នៃ មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
៧-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**គ្រាង ស៊ីដន**	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង
៨-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**រស់ សាផាត**	ប្រធានផ្នែករោគស្ត្រី និងប្រធានផ្នែកបណ្តុះបណ្តាល នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

គំណាងពីគណៈកម្មការសម្របសម្រួលក្នុងការពង្រឹងគុណភាពថែទាំព្យាបាលសុខមាលភាព មាតា ទារក និងកុមារ និងអង្គភាពនានានៃក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការដៃគូដែលចូលរួម ពិនិត្យបញ្ចប់សេចក្តីព្រាងផែនទីបង្ហាញផ្លូវ

១-ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ	**កុយ វ៉ាន់នី**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
២-ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ	**ឡឹម ដារា**	រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
៣-លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**គ្រុយ លាងស៊ីម**	អនុរដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
៤-លោកជំទាវសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ុំ សាម៉ុល**	អនុរដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
៥-លោកសាស្ត្រាចារ្យ	**គី សន់ទី**	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
៦-លោកសាស្ត្រាចារ្យ	**យ៉ៃ ចន្ទនា**	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី៧
៧-លោកសាស្ត្រាចារ្យ	**គឹម អាង**	នាយករងមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
៨-លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យ	**ខូន យ៉ាណែត**	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
៩-លោកស្រីសាស្ត្រាចារ្យ	**អ៊ីង ម៉ាឡែន**	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
១០-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ឈុន សមសោភា**	ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត

១១-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**លី សុគន្ធាវី**	ប្រធានស្តីទីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
១២-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**អ៊ុយ គីណា**	នាយផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
១៣-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**ខួន ច័ន្ទតត្រា**	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ
១៤-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ម៉ី មុនីបូរិន្ទ**	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
១៥-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ជា ពៅ**	ប្រធានផ្នែកជំងឺកុមារមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
១៦-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**ឆេង សំអាង**	ប្រធានផ្នែកជំងឺកុមារមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពជប៉ុនមង្គលបូរី
១៧- លោកសាស្ត្រាចារ្យ	**ឃុន លាងឃុន**	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី៧
១៨-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**ហេង រ័ត្នមុនី**	ជំនួយការប្រធានផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
១៩-លោកបណ្ឌិត	**កុយ វីរីយ៉ា**	អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
២០-កញ្ញា	**ខួន សុភាព**	ប្រធានគណៈឆ្មបកម្ពុជា
២១-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**ជួន កែវសំណាង**	ប្រធានផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង
២២-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**គីម ពៅ**	ប្រធានផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ទារក នៃមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា
២៣-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**សរ ប៊ុនថុង**	ប្រធានផ្នែកសង្គ្រោះទារក នៃមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី៧
២៤-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**អាំង ខេមរិទ្ធ**	ប្រធានផ្នែកទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
២៥-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ហេង រិទ្ធិសុបញ្ញា**	អនុប្រធានផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យព្រះអង្គឌួង
២៦-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**សៀក ម៉េង**	នាយផ្នែកជំងឺទូទៅទារក និងកុមារ នៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
២៧-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**នៅ លក្ខិណា**	នាយផ្នែកអគារទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ
២៨-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**លន ទ្រីយ៍ប៉ាទ្រីច**	អនុប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម
២៩លោកស្រី	**ឆាយ ស្វែងជាអាធី**	ប្រធានសមាគមឆ្មបកម្ពុជា
៣០-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**លី វិជ្ជារ៉ាវុធ**	ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
៣១-លោកវេជ្ជវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ង៉ែត វិត្ថូ**	ប្រធានផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្តបាត់ដំបង
៣២-លោកស្រីវេជ្ជបណ្ឌិត	**សៀង លំអងគន្ធា**	ប្រធានកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

៣៣-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**យ៉ោម សុផល**	ប្រធានផ្នែកសម្ភព នៃមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី៧
៣៤-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**សោ សុខុម**	ប្រធានផ្នែករោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តតាកែវ
៣៥-លោកសាស្ត្រាចារ្យ	**គាន់ អូន**	ប្រធានផ្នែករោគស្ត្រី នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
៣៦-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**អ៊ុក វិជ្ជា**	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ
៣៧-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**ម៉ិន ស័ក្តិសិដ្ឋ**	មន្ត្រីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
៣៨-លោកស្រី	**ហេង ឌីម**	មន្ត្រីកម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
៣៩-លោកវេជ្ជបណ្ឌិត	**តែ វ៉ាន់ថា**	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ
៤០-លោកវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស	**អាត់ បាលី**	មន្ត្រីផ្នែកប្រពោធនកម្មទារក នៃមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត
៤១-លោក	**ខួន ប្រុស**	មន្ត្រីកម្មវិធី UNFPA

បញ្ជីអក្សរកាត់

ANC	ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល
ADM	បរិញ្ញាបត្ររងឆ្មប
AYFSRH	សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព
A&T	អង្គការ Alive and Thrive
BCC	ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលនាំឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ
BDNM	បរិញ្ញាបត្រគិលានុបដ្ឋាក-យិកា និងឆ្មប
BF	ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ
BSM	បរិញ្ញាបត្រវិទ្យាសាស្ត្រផ្នែកឆ្មប
BEmONC	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតកម្រិតមូលដ្ឋាន
CAC	ការថែទាំការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព
CDHS	ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា
CEmONC	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើតគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ
CIP	ផែនការវិនិយោគឃុំ
CNP	គម្រោងអាហារូបត្ថម្ភកម្ពុជា
CPA	សំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់
CPAP	ម៉ាស៊ីនសម្រាប់ដាក់ជួយផ្លូវដង្ហើម
CSDG	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពរបស់កម្ពុជា
D&D	វិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ
EENC	ការថែទាំជាសារវ័ន្តសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត
EENC-HCT	ក្រុមការងារស្នូលសម្រាប់ការថែទាំជាសារវ័ន្តសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើតនៅមន្ទីរពេទ្យ
EmONC	សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត
EPMM	ការបញ្ចប់អត្រាមរណភាពមាតាដែលអាចទប់ស្កាត់បានត្រឹមឆ្នាំ២០៣០
EPNDS	ការបញ្ចប់មរណភាពទារក និងទារកកើតស្លាប់ ដែលអាចទប់ស្កាត់បានត្រឹមឆ្នាំ២០៣០
EW	អ្នកបម្រើសេវាកម្សាន្ត
FP	ផែនការគ្រួសារ ឬ ការពន្យារកំណើត
FHI	អង្គការ Family Health International

FTIRM	ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាព
HACC	គណៈកម្មាការសម្របសម្រួលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ឬ បណ្ដាញអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
HCMC	គណៈកម្មាការគ្រប់គ្រងមណ្ឌលសុខភាព
HEF	មូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល
HEQIP	គម្រោងលើកកម្ពស់គុណភាព និងសមធម៌សុខាភិបាល
INC	ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត
KMC	ការថែទាំទារកតាមរបៀបម្ដាយកង់ហ្គូរូ
LGTBQI	ស្ត្រីស្រលាញ់ស្ត្រី បុរសស្រលាញ់បុរស អ្នកប្ដូរយេនឌ័រ អ្នកស្រលាញ់ពីរភេទ អ្នកមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រខ្លួនឯង និងអន្តរភេទ
MA	ការរំលូតកូនដោយឱសថ
MCH	សុខភាពមាតា និងទារក
MDA	ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា
MDG	គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍
MDSR	ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប
MgSO4	ម៉ាញ៉េស្យូមស៊ុលហ្វាត
MSIC	អង្គការម៉ារីស្តូបអន្តរជាតិកម្ពុជា
MMR	អត្រាមរណភាពមាតា
MNH	សុខភាពមាតា និងទារកទើបនឹងកើត
NMR	អត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើត
NSDP	ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ
NSSF	បេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម
NSSRHR	យុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ
OOP	ចំណាយប្រាក់ពីហោប៉ៅ
PAC	ការថែទាំក្រោយរំលូតកូន
PHC	ការថែទាំសុខភាពបឋម
PHC BIF	ក្របខណ្ឌអនុវត្តការជំរុញបង្កើនការងារថែទាំសុខភាពបឋម

PNC	ការថែទាំក្រោយសម្រាល
PSI	អង្គការអន្តរជាតិបម្រើសុខភាពប្រជាជន
PSL	ភាពជាដៃគូរដើម្បីសង្គ្រោះជីវិត
RACHA	សម្ព័ន្ធសុខភាពកុមារ និងសុខភាពបន្តពូជ
RHAC	អង្គការថែទាំសុខភាពគ្រួសារកម្ពុជា
RMNH	សុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារក
SBA	ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ
UNFPA	មូលនិធិសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជន
UNICEF	មូលនិធិសហប្រជាជាតិដើម្បីកុមារ
USAID	ទីភ្នាក់ងារសហរដ្ឋអាមេរិកសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ
VCAT	ការបញ្ជាក់អំពីគុណតម្លៃ និងការផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយា
VHSG	ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក
WVI	អង្គការទស្សនៈពិភពលោកអន្តរជាតិ

សាវតា និងបរិបទ

នៅទូទាំងពិភពលោក ក្នុងឆ្នាំ២០២០ មានស្ត្រីម្នាក់បានស្លាប់រៀងរាល់ពីរនាទីម្តង ដោយ ៩៥% នៃការស្លាប់នោះកើតឡើងនៅក្នុងប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមធ្យម[1] ។

ការវិនិយោគលើសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា ទារកទើបនឹងកើត និងមនុស្សវ័យជំទង់ ទទួលបានភាគលាភយ៉ាងច្រើន មិនត្រឹមតែចំពោះសុខភាពប្រជាជនប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ចំពោះធនធាន ឬមូលធនមនុស្សរបស់ប្រទេសមួយផងដែរ ដែលជាកត្តាជំរុញដ៏សំខាន់ ទាំងកំណើនសេដ្ឋកិច្ច និងសង្គម។ គេបានប៉ាន់ស្មានថា រៀងរាល់ប្រាក់មួយដុល្លារ ដែលបានវិនិយោគនៅអាស៊ី និងអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ត្រឡប់មកវិញប្រហែលប្រាំបួនដុល្លារ ក្នុងឆ្នាំ២០៥០។[2]

ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបានសមិទ្ធិផលសំខាន់ៗក្នុងការពង្រឹងសុខភាពមាតា និងទារកនៅក្នុងទសវត្សរ៍កន្លងមក។ អត្រាមរណភាពរបស់កុមារអាយុក្រោមប្រាំឆ្នាំ និងទារកទើបនឹងកើត ត្រូវបានកាត់បន្ថយជាងពាក់កណ្តាល រវាងឆ្នាំ២០១៤ និង ឆ្នាំ២០២១/២២ ពោលគឺពី ៣៥ មកត្រឹម ១៦ ករណី និងពី ១៨ មកត្រឹម ៨ ករណីក្នុង ១ ០០០ កំណើតរស់រៀងគ្នា។[3] បើប្រៀបធៀបនឹងមធ្យមភាគជាសកលដែលមានការថយចុះ ១៥% ហើយជាញឹកញាប់ការថយចុះ នៃអត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើតគឺពិបាកនឹងធ្វើអោយមានការប្រែប្រួលដូច្នេះនេះជាសមិទ្ធិផលដ៏ធំមួយ។ ស្ត្រីស្ទើរតែគ្រប់រូប សម្រាលកូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានជំនាញ ហើយភាគច្រើន នៃការសម្រាលគឺនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ នៅពេលនេះ វាមានសារសំខាន់ក្នុងការថែរក្សា និងពង្រឹងបន្ថែមលើសមិទ្ធិផលដែលទទួលបានកន្លងមក រួមទាំងការដោះស្រាយវិសមភាពដែលនៅសេសសល់ផងដែរ ដើម្បីធានាថាពុំមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទុកចោលនោះទេ។

ជាមួយគ្នានេះ នៅខណៈពេលដែលអត្រាមរណភាពមាតាបានថយចុះ ពីការប៉ាន់ស្មាន ១៧០ ទៅ ១៥៤ ករណីក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ នៅចន្លោះឆ្នាំ២០១៤ និង ឆ្នាំ២០២១/២២ ការថយចុះនេះយឺតជាងគោលដៅដែលបានកំណត់ និងចាំបាច់ត្រូវបង្កើនល្បឿនឱ្យបានខ្លាំង ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ **CSDGs** ដែលមានចំនួន ៧០ ករណី ត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។

---

[1]និន្នាការ នៃអត្រាមរណភាពមាតា ចាប់ពីឆ្នាំ២០០០ ដល់ ឆ្នាំ២០២០៖ ប៉ាន់ស្មានដោយ **WHO UNICEF UNFPA** ក្រុមធនាគារពិភពលោក និង **UNDESA**/ផ្នែកប្រជាជន។ ទីក្រុងហ្សឺណែវ៖ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ២០២៣។ អាជ្ញាប័ណ្ណ៖ **CC BY-NC-SA 3.0 IGO.**

[2]**Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu A M.** និងអ្នកដទៃទៀត. ឆ្នាំ២០១៤. "ជំរុញការអភិវឌ្ឍន៍សង្គម និងសេដ្ឋកិច្ចតាមរយៈការវិនិយោគលើសុខភាពស្ត្រី និងកុមារ៖ ក្របខណ្ឌវិនិយោគជាសកលថ្មី." **The Lancet 383 (9925): 1333–54.**
doi: 10.1016 /S0140-6736(13)62231-X

[3]ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៤ និង ២០២១/២២។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក (FTIRM) ឆ្នាំ២០១០-២០១៥ ត្រូវបានបង្កើតឡើងក្នុងឆ្នាំ២០០៩ ជាមធ្យោបាយពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក និងមានវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅរកការសម្រេចបាននូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សរ៍ (MDG) ទី៤ និង ទី៥។ FTIRM ទីពីរ បានបន្តពី FTIRM ទីមួយ និងបានគូសបញ្ជាក់អំពីអាទិភាពសម្រាប់ការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក នៅចន្លោះឆ្នាំ២០១៦ ដល់ឆ្នាំ២០២០។ FTIRM ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ គឺបន្តពី FTIRM ទីពីរ ដោយគូសបញ្ជាក់អំពីរបៀបវារៈដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយរួច និងផ្អែកលើអាទិភាព យុទ្ធសាស្ត្រ និងគោលនយោបាយជាតិ ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពសេវា RMNH ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា ដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព ទី៣ និងបន្តកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើតត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។

FTIRM ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ គឺជាឯកសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្ររបស់រាជរដ្ឋាភិបាល (យុទ្ធសាស្ត្របញ្ចកោណដំណាក់កាលទី ១) យុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពរបស់កម្ពុជា (CSDG) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ (NSDP) ឆ្នាំ២០១៩-២០២៣ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលឆ្នាំ២០២៤-២០៣០ គោលនយោបាយវិមជ្ឈការ និងវិសហមជ្ឈការ (D&D) ក្របខណ្ឌអនុវត្តការជំរុញបង្កើនការងារថែទាំសុខភាពបឋម (PHC BIF) យុទ្ធសាស្ត្រ និងផែនការអនុវិស័យ ដូចជាយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទ សុខភាពបន្តពូជ និងសិទ្ធិ (NSSRHR) ឆ្នាំ២០១៧-២០២៣ ផែនការកែលម្អការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត (EmONC) ឆ្នាំ២០២១-២០២៥ និងផែនការសកម្មភាពរយៈពេលប្រាំឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតដែលត្រូវបានបន្ថែមរយៈពេលអនុវត្ត ។

វិធីសាស្ត្រ

FTIRM ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ ត្រូវបានបង្កើតឡើងតាមរយៈដំណើរការពិគ្រោះយោបល់ ដែលរួមមានបទសម្ភាសន៍នានា ព្រមទាំងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ចំនួនពីរលើក ដែលបានរៀបចំឡើងក្នុងខែមេសា ឆ្នាំ២០២៣ ដែលមានការចូលរួមពីតំណាងរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ជាពិសេស ក្រសួងសុខាភិបាល មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងតំណាងវិជ្ជាជីវៈ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និង NGOs សំខាន់ៗ ដែលបម្រើការងារនៅក្នុងវិស័យសុខភាពមាតា និងទារក។

FTIRM ថ្មីនេះ (ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០) ត្រូវបានរៀបចំឡើងផ្អែកលើ ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើ FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតប (MDSR) ឆ្នាំ២០១៩ របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា (CDHS) ឆ្នាំ២០២១-២២។

វឌ្ឍនភាពមកទល់បច្ចុប្បន្ន

វឌ្ឍនភាពត្រូវបានបង្ហាញតាមរយៈភាពល្អប្រសើរឡើង នៃសុខភាពមាតា និងទារក នៅចន្លោះឆ្នាំ២០១៦ ដល់ឆ្នាំ២០២២។ ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជាបានប៉ាន់ស្មានអត្រាមរណភាពមាតាបានថយចុះមក ត្រឹម ១៥៤ ក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ និងអត្រាមរណៈទារកត្រឹម ៨ ក្នុង ១ ០០០ កំណើតរស់ ដែលការ ថយចុះ នៃមរណភាពទារកសម្រេចបានគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពមុនកាលកំណត់។ សូចនាករចំនួនម្ភៃបួន (២៤) នៅក្នុង FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ ត្រូវបានពិនិត្យ និងបានរកឃើញថា សូចនាករចំនួន ៥ សម្រេចបានយ៉ាង ពេញលេញ (ពណ៌បៃតង) សូចនាករចំនួន ៩ សម្រេចបានខ្លះ (ពណ៌លឿង) សូចនាករចំនួន ៧ មិនសម្រេចបាន នោះទេ (ពណ៌ក្រហម) និងសូចនាករចំនួន ៣ មិនអាចវាយតម្លៃបាន ដោយសារពុំមានទិន្នន័យ ឬមិនបានកំណត់ គោលដៅសម្រាប់សូចនាករទាំងនេះ។ សេចក្តីសង្ខេបអំពីលទ្ធផលពី FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ មាននៅ ក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀតមាននៅក្នុងរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើ FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។

គោលដៅ/គោលបំណង	សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន ឆ្នាំ២០១៤	គោលដៅ ឆ្នាំ២០២០	វឌ្ឍនភាព ឆ្នាំ២០២២
កាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាមកត្រឹម ១៤០ ក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ និងកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទារកមកត្រឹម ១៤ ករណីក្នុង ១ ០០០ ត្រឹម ២០២០	MMR	១៧០	១៤១[4]	១៥៤[5]
	NMR	១៨	១៤	៨
បង្កើនគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់លើការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល (ជារួម និងជាពិសេសក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជន	% នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានឆ្មបមធ្យមយ៉ាងតិច ២ រូប	៤១% (៤៥២/១១០៥)	៥០%	៨៣% (១០៥២/១២៦៨)
	% នៃស្ត្រីដែលទទួលបានការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាលយ៉ាងតិច៤ដង	៧៦%	៩០%	៨៦,៣% (ជារួម) ៧៤,២% (ក្រុមប្រជាជនដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) ៧១,១% (គ្មានការអប់រំ)

[4] CSDGs ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០. បញ្ជីគោលដៅដែលបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២. MoP.

[5] CDHS ឆ្នាំ២០២១-២២

ដែលមានប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំទាបបំផុត)	% នៃការសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ជារួម និងត្រូវបានបែងចែកតាមកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូល និងការអប់រំ)	៨៣% (ជារួម) ៦៨% (ក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) ៦៨% (គ្មានការអប់រំ)	៩០% (ជារួម) ៨០% (ក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) ៨០% (គ្មានការអប់រំ)	៩៨% (ជារួម) ៩៣,៥% (ក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) ៩១,៨% (គ្មានការអប់រំ)
	% នៃស្ត្រីដែលទទួលបាន PNC ភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃក្រោយពេលសម្រាល)	៩០%	៩៥%	៨៤,៥% (ជារួម) ៧៦% (ក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត) ៧៧,២% (គ្មានការអប់រំ)
ពង្រឹងការគ្របដណ្តប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ដូច្នេះមានមូលដ្ឋាន EmONC យ៉ាងតិច ៥ (CEmONC + BEmONC) ក្នុងចំណោមប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់ រួម ទាំងមូលដ្ឋាន CEmONC យ៉ាងតិចមួយ	មានមូលដ្ឋាន EmONC សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់	២,៣៥ (ដំណើរការ) ៤,៨៥ (បានដំឡើងកម្រិត)	យ៉ាងតិច ៥ (មូលដ្ឋាន EmONC ≥ ១៦០)	២,៦២ (ដំណើរការ) ៥,៧៦ (បានដំឡើងកំរិត)
	មានមូលដ្ឋាន BEmONC សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់	១,០៤ (ដំណើរការ) ៣,៦២ (បានដំឡើងកម្រិត)	យ៉ាងតិច ៤ (មូលដ្ឋាន BEmONC ≥ ១២៥)	១,៤៨ (ដំណើរការ) ៤,៤១ (បានដំឡើងកំរិត)
	មានមូលដ្ឋាន CEmONC សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់	១,៣១ (ដំណើរការ) ១,២២ (បានដំឡើងកម្រិត)	យ៉ាងតិច ១ (មូលដ្ឋាន CEmONC ≥ ៣៥)	១,១៤ (ដំណើរការ) ១,៣៥ (បានដំឡើងកំរិត)
	% នៃការសម្រាលកូនដោយវះកាត់	ជារួម៖ ៦,៣% កំពង់ស្ពឺ៖ ២,២% ពោធិ៍សាត់៖ ២,២% ព្រះវិហារ៖ ២,៣% ស្ទឹងត្រែង៖ ២,៣% ភ្នំពេញ៖ ១៤,៤%	ជារួម៖ ១០% ថ្នាក់ក្រោមជាតិ៖ ពុំមានខេត្តដែលទាបជាង ៣,៥% នោះទេ ហើយភ្នំពេញមិនលើសពី ១៧%	ជារួម៖ ១៧,៩% កំពង់ស្ពឺ៖ ១៦,២% ពោធិ៍សាត់៖ ១៥,៩% វិហារ៖ ៨,៦% ស្ទឹងត្រែង៖ ៩,៣% រតនគិរី៖ ២,០%

				ភ្នំពេញ៖ ២៩,១%
ពង្រឹងគុណភាព និង ការគ្របដណ្តប់ នៃការថែទាំទារកទើបនឹងកើត	% នៃឆ្មបជំនាញទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកថែទាំជាសារវ័ន្ត/ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតភ្លាម	៧១%[6] បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបានទទួលការបង្វឹក EENC (៣៨០៣/៥៣៤៧)	៨០%	៧៦%[7] បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបានទទួលការបង្វឹក EENC (៤២១៦/៥៥៧៨)
	% នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលចំនុចដែលបានអនុវត្តកញ្ចប់ការថែទាំទារក (Expanded INC)	៩០%[8] (១១៣៩/ ១២៧២)	៩០%	៨៩%[9] (១១៨៧/១៣២៨)
	% នៃទារកទើបនឹងកើតបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលភ្លាម (ក្នុងរយៈពេល ២ថ្ងៃក្រោយពេលសម្រាល)	៧៦,៥%	៩៥%	៧៧,៨%
	% នៃទារកដែលត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្តាយ ក្នុងរយៈពេល ១ ម៉ោងក្រោយពេលកើត	៦៣%	៧៦%	៥៣,៨%
បង្កើនការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប និងបង្កើនសមាមាត្រ	% នៃស្ត្រី ដែលត្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត	៨២,៧%	៨៥%	៨៤,០%

[6] របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីពីរ ឆ្នាំ២០១៦-២០១៧. WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច

[7] របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីបី ឆ្នាំ២០១៨-២០២០. WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច

[8] របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីពីរ ឆ្នាំ២០១៦-២០១៧. WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច

[9] របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីបី ឆ្នាំ២០១៨-២០២២. WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច

នៃតម្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្ត	% នៃស្ត្រី ដែលត្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្តចំពោះមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប	៥៧,៤%	៦២%	៦០,៦%
	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការពន្យារកំណើតតាមបែបទំនើប	៣៩%	៤៨%	៤៥%
បង្កើនចំនួន មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងកាត់បន្ថយ សមាមាត្រស្ត្រីដែលរំលូតកូនជាច្រើនដងនិងរំលូតកូនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព	# នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព	៦០៤	៨៨០	៧៩៣[10]
	% នៃស្ត្រីដែលរាយការណ៍ថាបានរំលូតកូនជាច្រើនដង	៣,៦%	២,០%	គ្មាន
	% នៃស្ត្រីដែលបានរំលូតកូនតែមិនបានទទួលការរំលូតដោយបុគ្គលិកជំនាញនៅពេលរំលូតកូនលើកចុងក្រោយ	៤០%	៣០%	គ្មាន
ធានាថាស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់អាចទទួលបានកញ្ចប់សេវាសុខភាពបន្តពូជសេវាសុខភាពមាតា និងទារកសារវ័ន្តនៅពេលត្រូវការដោយពុំមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ	% នៃស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ ដែលគ្របដណ្តប់ដោយការគាំពារសុខភាពសង្គម (រួមទាំង HEF និងការធានា	TBD	TBD	២២,៨% នៃស្ត្រីដែលរំពឹងទុកថា មានផ្ទៃពោះ[11] បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគ្រួសារមានប័ណ្ណក្រីក្រ និង បសស បានសម្រាលកូននៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងត្រូវបានទូទាត់ដោយ HEF និង

[10] NMCHC, MoH

[11] ស្ត្រីដែលបានរំពឹងទុកថាមានផ្ទៃពោះនៅឆ្នាំ ២០២២ តាមការប៉ាន់ស្មាន មានចំនួន ៣៥៩.៤១២ នាក់។

	រ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និងរបបដទៃទៀត) % នៃការសម្រាលកូន ដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយការគាំពារសង្គម			NSSF។ ៦,៧% នៃស្ត្រីដែលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួចស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ[12]។
កែលម្អការអនុវត្តក្នុងការថែទាំបុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ និងការស្វែងរកការថែទាំសម្រាប់ស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើត	អត្រាសម្រាលកូនក្នុងចំណោមយុវវ័យ (១៥-១៩)	៥៧	៥១	៤៨
	% ស្ត្រីរៀបការកំពុងប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបុរាណ	១៧,៥%	១២%	១៧,២%
	% នៃស្ត្រីដែលដឹងថាការរំលូតកូនគឺស្របច្បាប់	១២% (នៅក្នុងខេត្តទាំង ៨ ដែលបានទទួលជំនួយពី PSL)	៣០%	១៤,៦% (នៅក្នុងខេត្តទាំង ៨ ដែលបានទទួលជំនួយពី PSL)

បញ្ហាប្រឈមនៅមាននៅគ្រប់សមាសធាតុនៃ **FTIRM** ដូច្នេះនៅមានរបៀបវារៈដែលមិនទាន់សម្រេចបាន និងដែលត្រូវបំពេញត្រឹមឆ្នាំ ២០៣០ ជាពិសេសការថែទាំមុនពេលសម្រាល ក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារក ការពន្យារកំណើត ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព និងការសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់ នៃសេវាសុខភាពជាសកល។

គោលដៅ

គោលដៅរបស់ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ គឺកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតាមកត្រឹម ៧០[13] ក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់ និងកាត់បន្ថយការស្លាប់របស់ទារកទើបនឹងកើតបន្ថែមទៀតឲ្យបានតិចជាង ៨ ក្នុង ១ ០០០ កំណើតរស់ ត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។

[12] ស្ត្រីដែលរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច ដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ នៅឆ្នាំ ២០២២ តាមការប៉ាន់ស្មាន មានចំនួន ៣,១៨៥,៧៧២ នាក់។
[13] **CSDG** ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០. បញ្ជីគោលដៅដែលត្រូវបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២. **MoP**

សមាសធាតុ

FTIRM ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ មានគោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលចំនួនប្រាំ និងសមាសធាតុគាំទ្រចំនួនពីរ។ សមាសធាតុស្នូលនៃ FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ ទាំងអស់ នឹងត្រូវបន្តធ្វើអន្តរាគមន៍សំខាន់ៗថ្មីៗទៀត។ សមាសធាតុគាំទ្រមួយនៃ FTIRM ឆ្នាំ២០១៦-២០២០នឹងបន្តអនុវត្ត ហើយសមាសធាតុថ្មីមួយនឹងត្រូវបានដាក់ឱ្យអនុវត្ត។

គោលបំណងឬសមាសធាតុទីមួយ ៖ ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ

បង្កើនការគ្របដណ្តប់សេវាប្រកបដោយគុណភាពលើការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច៤ដង ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ និងការថែទាំក្រោយសម្រាល ដោយផ្តោតជាពិសេសលើក្រុមងាយរងគ្រោះ។

សនិទាន

នៅចន្លោះឆ្នាំ២០១៦ ដល់ ឆ្នាំ២០២២ ប្រទេសកម្ពុជាមានវឌ្ឍនភាពយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការគ្របដណ្តប់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញ ការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ ភាគរយ នៃស្ត្រីដែលបានពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងហោចណាស់ម្តងពីឆ្មបជំនាញបានកើនឡើងពី ៩៦% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ ទៅ ៩៩% ក្នុងឆ្នាំ២០២១-២២។ ការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច៤ដង បានកើនឡើងពី ៧៦% (ឆ្នាំ២០១៤) ទៅ ៨៦% (ឆ្នាំ២០២១-២២)។ ស្ត្រីប៉ែតសិបប្រាំពីរភាគរយ (៨៧%) បានពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកដំបូង នៅក្នុងត្រីមាសទីមួយ នៃការមានផ្ទៃពោះ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយមានភាពខុសគ្នា នៃការទទួលបានសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច៤ដង រវាងស្ត្រីនៅទីក្រុង និងនៅជនបទ (៩១,៣% ទល់នឹង ៨២,៨%) រវាងស្ត្រីនៅក្នុងក្រុមគ្មានការអប់រំ និងស្ត្រីដែលមានការអប់រំលើសពីមធ្យមសិក្សា (៧១,១% ទល់នឹង ៩៥,៨%) រវាងក្រុមដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបបំផុត និងខ្ពស់បំផុត (៧៤,២% ទល់នឹង ៩៥%)។ ស្ត្រីរស់នៅខេត្តរតនគិរីទំនងជាមាន ANC ៤+ តិចជាង (៥៧,៣%) ស្ត្រីរស់នៅខេត្តកំពត (៩១,៩%)។ ស្ត្រីនៅខេត្តក្រចេះទំនងជាទទួលបាន ANC លើកដំបូងរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងត្រីមាសទីមួយតិចជាង (៧៦,៨%) ស្ត្រីរស់នៅខេត្តកំពត (៩៥%)។ ការសម្រាលកូនដោយឆ្មបជំនាញបានកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំង ពី ៩៣% (ឆ្នាំ២០១៤) ទៅ ៩៩% (ឆ្នាំ២០២១-២២) ហើយការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានកើនឡើងពី ៨៩% (ឆ្នាំ២០១៤) ទៅ ៩៨% (ឆ្នាំ២០២១-២២)។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ភាគរយ នៃស្ត្រីដែលទទួលបានការថែទាំក្រោយសម្រាល បានថយចុះពី ៩០% នៅឆ្នាំ២០១៤ ទៅ ៨៥% នៅឆ្នាំ២០២១-២២។ កត្តាមួយក្នុងចំណោមកត្តាជាច្រើននៃការថយចុះនេះគឺដោយសារផលប៉ះពាល់ នៃជំងឺរាតត្បាតសកល កូវីដ១៩ លើការផ្តល់ និងការប្រើប្រាស់សេវានានា។ ជាមួយនឹងភាពប្រសើរឡើងគួរឱ្យកត់សម្គាល់ នៃការគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំ ឥឡូវនេះតម្រូវឱ្យមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការបង្កើនគុណភាព នៃការថែទាំដើម្បីកាត់បន្ថយ MMR និង NMR បន្ថែមទៀត។ កិច្ចការនេះទាមទារទាំងយន្តការពង្រឹងគុណភាព (QI) ជាមួយនឹងការពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យ ក៏ដូចជាការគាំទ្រសកម្មភាពកែលម្អរួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំពេញការងារសម្រាប់បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព។ សូចនាករមួយចំនួនមានស្រាប់

សម្រាប់តាមដានគុណភាពការថែទាំជាប្រចាំដោយទាញយកទិន្នន័យពី HMIS។ ទិន្នន័យទាំងនេះអាចត្រូវបានពិនិត្យ និងប្រើប្រាស់សម្រាប់សកម្មភាពទាំងនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ស្រុក ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិតាមរយៈផ្ទាំងទិន្នន័យ (dashboard) ។ វាមានសារៈសំខាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងការភ្ជាប់ទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ដើម្បីការកែលម្អគុណភាពសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងមូល។

FTIRM ឆ្នាំ២០២៥-២០៣០ មានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការថែរក្សាការអនុវត្តល្អ និងត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀតលើគុណភាព នៃសេវាសុខភាព និងគម្លាត នៃការគ្រប់ដណ្តប់ដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយ។ ចាំបាច់ត្រូវបន្តកែលម្អគុណភាព និងការមកតាមកាលវិភាគ នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការថែទាំក្រោយសម្រាល ថែទាំពេលសម្រាល និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត ដោយការបង្កើនសមត្ថភាពជំនាញឆ្មប និងមានឆ្មបមធ្យម នៅមណ្ឌលសុខភាព ដើម្បីអាចជួយសង្គ្រោះជីវិតស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើតបានកាន់តែច្រើន។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. ពង្រឹងសមត្ថភាព និងបង្កើនចំនួនឆ្មប

ក. ការបណ្តុះបណ្តាលមុនពេលចូលបំរើការងារ

- ពិនិត្យមើលភាពស្របគ្នានៃការអប់រំមុនពេលចូលបំរើការងារជាមួយនឹង MPA និង CPA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដើម្បីធានាថាសិស្សឆ្មប និងសិស្សផ្សេងទៀតត្រូវបានបំពាក់ដោយចំណេះដឹង និងជំនាញដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មសំខាន់ៗដោយផ្អែកលើ MPA និង CPA
- បង្កើត និងអនុវត្តកម្មវិធីសម្រាប់គ្រូបង្រៀន ដើម្បីធានាការបង្រៀន និងការរៀនសូត្រត្រូវបានផ្តល់ប្រកបដោយគុណភាព។ ពង្រឹងបន្ថែមលើការអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពគ្រូតាមរយៈកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលបំពេញការងារ និងវគ្គខ្លីៗជាក់លាក់ ស្តីពីការបង្រៀន និងការរៀនសូត្រ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការអនុវត្តន៍កម្មវិធីអប់រំផ្អែកលើសមត្ថភាព។
- ធ្វើការវាយតម្លៃតម្រូវការ និងគាំទ្រដល់ការអភិវឌ្ឍន៍ឬការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសម្ភារៈបង្រៀនសម្រាប់កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលឆ្មប (កម្មវិធីសិក្សាបរិញ្ញាប័ត្ររងឆ្មប (ADM) បីឆ្នាំ និង បរិញ្ញាប័ត្រឆ្មប (BSM) បួនឆ្នាំ និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលបន្តពីឆ្មបបឋម ទៅ ADM និងពីឆ្មបមធ្យម (ADM) ទៅ BSM។
- ពិចារណាបញ្ចប់កម្មវិធីសិក្សាឆ្មបរយៈពេលមួយឆ្នាំពីបរិញ្ញាបត្រគិលានុបដ្ឋាកឆ្មប(BDNM) ។

ខ. ចំនួនឆ្មបដែលមាន (AVAILABILITY)

- ធ្វើការវិភាគទីផ្សារការងារក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
- អនុវត្តផែនការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០២៤-២០៣៣
- ជ្រើសរើសឆ្មបមធ្យមទើបចេញពីសាលាឱ្យចូលបម្រើការងារ ចំនួន ៣០០ នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ (សម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ) ដើម្បីបំពេញតម្រូវការឆ្មបនៅតាមមណ្ឌលសុខភាពដែលនៅសល់ (មណ្ឌលសុខភាពចំនួន ២១៦ កន្លែង មានឆ្មបមធ្យមតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ) និងសម្រាប់មណ្ឌលសុខភាពបង្កើតថ្មី (ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពមានការកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ) និងសម្រាប់បំពេញនូវឆ្មបចូលនិវត្តន៍។

- ស្វែងរកជម្រើស នៃការចុះកិច្ចសន្យាឆ្មបមធ្យមនៅមណ្ឌលសុខភាពតាមតំបន់ដាច់ស្រយាល ឬផ្តល់អាទិភាពឬឱកាសដល់ឆ្មបនៅ នឹងមូលដ្ឋានឆ្មបជនជាតិដើមភាគតិច ឱ្យធ្វើការនៅភាគពព្យសាន។

គ. បទប្បញ្ញត្តិ និងការផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណ (REGULATION AND LICENSING)

- ត្រួតពិនិត្យរចនាសម្ព័ន្ធ នៃគណៈឆ្មបកម្ពុជា (CMC) នៅថ្នាក់កណ្តាល និងស្វែងរកមតិគាំទ្រឬប្រមូលផ្តុំធនធានបន្ថែមទៀត ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការបំពេញតួនាទីរបស់ CMC រួមទាំងធនធានមនុស្សផងដែរ
- ពិនិត្យភាពស្របគ្នារវាងក្របខ័ណ្ឌបទប្បញ្ញត្តិ និង MPA និង CPA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដើម្បីធានាបាននូវការគាំទ្រផ្នែកច្បាប់ និងការការពារសម្រាប់ឆ្មប និងប្រភេទបុគ្គលិកដទៃទៀត ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មសំខាន់ៗប្រកបដោយគុណភាពដោយផ្អែកលើ MPA និង CPA ។
- បន្តការចុះឈ្មោះឆ្មប និងការផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណឆ្មបតាមអនឡាញ
- បន្តការបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណឆ្មប ស្របតាមស្តង់ដាអប្បបរមាសម្រាប់ការបន្តអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈឆ្មប។

២. ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលចូលបំរើការងារ (IN-SERVICE TRAINING) ដើម្បីបង្កើនគុណភាព និងត្រូវតាមកាលវិភាគ នៃការថែទាំមុនពេលសម្រាល ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាល

ក- បន្តអនុវត្តការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងពេលចូលបំរើការងារ និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែង ដល់បុគ្គលិកគ្រប់រូបដែលផ្តល់សេវាថែទាំមាតា និងទារកទើបនឹងកើត

ខ- ធ្វើការវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការ នៃការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពី BEmONC សម្រាប់បរិញ្ញាបត្រ គិលានុបដ្ឋាក-ឆ្មប (BDNMs) ដែលបច្ចុប្បន្ន កំពុងបំពេញការងារជាឆ្មបនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងអំឡុងពេលបំពេញការងារឬការហ្វឹកហាត់ ស្តីពី BEmONC

គ- រៀបចំវគ្គខ្លី ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងភាពជាអ្នកដឹកនាំសម្រាប់ឆ្មប។

ឃ- អនុវត្តការកែលម្អគុណភាពនៅកន្លែងធ្វើការ ការវាយតម្លៃអំពីគុណភាព និងតម្រូវការសម្រាប់ការកែលម្អគុណភាព និងការទទួលសេវាតាមកាលវិភាគ នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ការសម្រាល និងក្រោយសម្រាលស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ (រួមទាំងការទទួលបានការណែនាំពីអាហារូបត្ថម្ភ និងជាតិដែក ការប្រើ MgSO4 ការផ្តល់ cortico steroid សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះតាមការចាំបាច់) និងភ្ជិតគម្លាតរវាងខេត្តនានាកម្រិតវប្បធម៌ កម្រិតជីវភាព។

៣. ពង្រឹងយន្តការត្រួតពិនិត្យ និងកែលម្អគុណភាព ដើម្បីបង្កើនគុណភាព នៃការថែទាំ

ក- ពង្រឹងការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំនូវគុណភាព នៃការថែទាំមាតា និងទារកតាមរយៈការចាប់ផ្តើមប្រើផ្ទាំងទិន្នន័យ (dash board) និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ទាំងកម្រិតមូលដ្ឋាន និងថ្នាក់ជាតិ

ខ- គាំទ្រមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បីពង្រឹងយន្តការកែលម្អគុណភាពជាបន្តបន្ទាប់ និងអនុវត្តផែនការកែលម្អ

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីពីរ៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និង ថែទាំទារក ទើបនឹងកើត (EMONC) និងការពិនិត្យមរណភាពមាតា និង ទារកជុំវិញកំណើត និងការឆ្លើយតប (MPDSR)

ខណៈពេលដែលការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាលកូនភាគច្រើនធម្មតា ប្រហែល ១៥% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ បានវិវត្តន៍ទៅជាលក្ខខណ្ឌដែលអាចគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតដែលតម្រូវឱ្យមានសេវា EmONC ដោយខ្លះត្រូវ ការបញ្ជូនទៅកាន់កម្រិតខ្ពស់ នៃការថែទាំ។ FTIRM មានគោលបំណងកែលម្អការគ្រប់ដណ្តប់ នៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្នែកសម្ភព និងថែទាំទារកទើបនឹងកើត ដើម្បីបំពេញតាមស្តង់ដាដែលត្រូវមានមូលដ្ឋាន EmONC យ៉ាងតិច ៥ សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់ (ជាពិសេស មូលដ្ឋាន BEmONC) និងពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូន និងការពិគ្រោះ ពីចម្ងាយ។ ឯកសារនេះក៏មានគោលបំណងពង្រឹងការពិនិត្យមរណភាពមាតា និងទារកជុំវិញកំណើត និងការ ឆ្លើយតប (MPDSR) ដោយភ្ជាប់វាជាមួយនឹងគំនិតផ្តួចផ្តើមកែលម្អគុណភាព។

សនិទាន

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០២០ ការពិនិត្យតាមដានផែនការកែលម្អ EmONC បានផ្តល់ព័ត៌មានថា មានមូលដ្ឋាន BEmONC ដែលដំណើរការ ចំនួន ៤៥ និងមូលដ្ឋាន CEmONC ដែលដំណើរការ ចំនួន ៣៥ ក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ មុនពេលវាយតម្លៃ ឬមានមូលដ្ឋាន BEmONC ដែលដំណើរការ ចំនួន ៧១ និងមូលដ្ឋាន CEmONC ដែលដំណើរការ ចំនួន ៤០ ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុនពេលវាយតម្លៃ។ ការវាយតម្លៃក៏បានបង្ហាញអំពីវិសមភាពក្នុងការផ្តល់សេវា EmONC និងបានរកឃើញផងដែរថា នៅមានបញ្ហាប្រឈម នៃការគ្រប់ដណ្តប់នៅក្នុងមូលដ្ឋាន EmONC ប្រសិនបើ ប្រៀបធៀបនឹងចំណុចគោល នៃស្តង់ដារបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ និងផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០១៦-២០២០ (មិនមានគម្លាតសម្រាប់ CEmONC និង មានគម្លាតសម្រាប់ BEmONC ចំនួន ៧៤ ធៀបនឹងស្តង់ដា របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ និងគម្លាតនៅក្នុង CEmONC ចំនួន ១៣ និង BEmONC ចំនួន ៨៨ធៀបនឹងផែនការ កែលម្អ EmONC) ។ មូលដ្ឋាន EmONC ចំនួន ៦៣ ក្នុងចំណោមមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានវាយតម្លៃ ចំនួន១៨១ មានគ្រួសារ ដែលរស់នៅទីកន្លែងដែលត្រូវធ្វើដំណើរលើសពី ២ ម៉ោងពីមូលដ្ឋានទាំងនេះ។ វឌ្ឍនភាពត្រូវបានបង្ហាញ តាមរយៈការកើនឡើង នៃចំនួនបុគ្គលិកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល រួមមាន អ្នកឯកទេស គ្រូពេទ្យឆ្មប អ្នក ប្រើថ្នាំស្ពឹក ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធមូលដ្ឋាន បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថ សម្ភារៈប្រើប្រាស់ និងឧបករណ៍សម្រាប់បង្ការ និង ត្រួតពិនិត្យ ការចម្លងរោគនៅគ្រប់មូលដ្ឋាន EmONC ដែលដំណើរការ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏នៅមានតម្រូវការដ៏ធំ ក្នុងការកែលម្អស្ថានភាពរបស់មូលដ្ឋានដែលមិនដំណើរការឱ្យទៅជាមូលដ្ឋានដែលដំណើរការ។

ការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា (MDA) បានចាប់ផ្តើមនៅប្រទេសកម្ពុជាក្នុងឆ្នាំ២០០៤។ ពាក្យនេះត្រូវបាន ប្រើនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីសំដៅលើដំណើរការតាមដានមរណភាពមាតា និងការឆ្លើយតបនាពេលបច្ចុប្បន្ន។ ដោយមានការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងហិរញ្ញវត្ថុពីអង្គការសុខភាពពិភពលោកមជ្ឈមណ្ឌល ជាតិគាំពារមាតា និងទារកបានរៀបចំការពិនិត្យឡើងវិញថ្នាក់ជាតិចំនួនពីរលើក នៅឆ្នាំ២០១១ និង ឆ្នាំ២០១៨។

ការពិនិត្យនេះបានរកឃើញមូលហេតុចម្បងៗចំនួនពីរ (ការធ្លាក់ឈាមក្រោយពេលសម្រាល និងក្រឡាភ្លើង) នៃមរណភាពមាតា និងតម្រូវឱ្យមានជំនាញសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបកើត ដើម្បីកាត់បន្ថយមរណភាពមាតាបន្ថែមទៀត។ ក្នុងការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ក៏នៅមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការកំណត់ឬមិនអាចធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ ការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍អំពីមូលហេតុនៃមរណភាព និងការផ្តល់មតិត្រឡប់ទៅគណៈកម្មាការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតាថ្នាក់ខេត្ត មិនមានទិន្នន័យអំពីលទ្ធផល នៃមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត គុណភាពនៃការថែទាំ និងបញ្ហាក្នុងការបញ្ជូនទៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់។ គុណភាព នៃអនុសាសន៍របស់គណៈកម្មាការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា នៅតែជាកង្វល់ដ៏ធំមួយ នៅខណៈពេលដែលអនុសាសន៍ជាក់លាក់ត្រូវបានលើកឡើងក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំតែមិនត្រូវបានឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនោះទេ។ មានករណីមរណភាពមាតាដែលអាចមិនត្រូវបានរាយការណ៍ក្នុងការស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា MDSR ប្រសិនបើប្រៀបធៀបនឹងចំនួនប៉ាន់ស្មានដែលត្រូវគណនាចេញពីអត្រាមរណភាពមាតា (MMR) និងចំនួនកំណើតរស់តាមទិន្នន័យប៉ាន់ស្មានដោយទីភ្នាក់ងារអង្គការសហប្រជាជាតិ។

FTIRM ២០២៥-២០៣០ បន្តផ្តោតលើការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់របស់ EmONC ការកសាងសមត្ថភាពបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធដែលកំពុងបំពេញការងារនៅតាមមូលដ្ឋាន EmONC ការស្វែងរកការគាំទ្រពីអាជ្ញាធរខេត្តសម្រាប់ការគាំទ្របន្ថែមលើការធ្វើផែនការ និងការអនុវត្តផែនការកែលម្អ EmONC ថ្នាក់ខេត្ត និងការបញ្ជូនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងទាន់ពេលវេលា ទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសមស្របដើម្បីសង្គ្រោះជីវិត។ លើសពីនេះ ពិធីសារជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតានឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយបន្ថែមនូវការពិនិត្យមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត និងការភ្ជាប់រវាងការពិនិត្យនិងការធ្វើសកម្មភាពឆ្លើយតប និងសារសំខាន់ នៃការអនុវត្តផែនការកែលម្អគុណភាព។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. កែលម្អគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់នៃ EmONC

ក- បង្កើនការគ្របដណ្តប់របស់ BEmONC ដើម្បីផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២១-២០២៥ (ដើម្បីឈានដល់គោលដៅមានមូលដ្ឋាន EmONC យ៉ាងតិច ១៨០)

ខ- ពង្រឹងគុណភាពរបស់មូលដ្ឋាន EmONC ដែលដំណើរការ រួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាលពង្រឹងជំនាញការតាមដានការបណ្តុះបណ្តាល និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែង

គ- បំពាក់បរិក្ខារពេទ្យ ឱសថ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈបង្ការការចម្លងរោគ នៅមូលដ្ឋាន EmONC។

ឃ- ពង្រឹងបណ្តាញថែទាំ ជាមួយនឹងការបញ្ជូនបន្តប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងទាន់ពេលវេលា

២. ការគូរផែនទីមូលដ្ឋាន EmONC

ធ្វើការពិនិត្យផែនការកែលម្អសេវា EmONC បន្ទាប់ទៀត ឬការវាយតម្លៃទ្រង់ទ្រាយតូច ដែលរួមបញ្ចូលមូលដ្ឋានឯកជនផងដែរ។

៣. កែលម្អការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍ទិន្នន័យសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព

ក- កំណត់ស្តង់ដា និយមន័យ នៃផលវិបាកផ្នែកសម្ភព ទារកស្លាប់កើត និងផលវិបាកដទៃទៀត យោងតាមការចាត់ថ្នាក់ជំងឺជាអន្តរជាតិ (ICD ១១)

ខ- កែលម្អការកត់ត្រា និងការរាយការណ៍អំពីសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងស្វែងយល់អំពីលទ្ធភាពក្នុងការបញ្ចូលទិន្នន័យដែលមិនបានរាយការណ៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល។

៤. ស្វែងរកមតិគាំទ្រសម្រាប់ការគាំទ្រសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភពបន្ថែមទៀតដោយការភ្ជាប់បណ្តាញថៃទាំដែលរឹងមាំ

ក- ស្វែងរកមតិគាំទ្រពីអាជ្ញាធរខេត្ត និងភាគីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ សម្រាប់ការគាំទ្របន្ថែមទៀតលើការរៀបចំផែនការ និងការអនុវត្តផែនការកែលម្អសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព ថ្នាក់ខេត្ត (រួមទាំងធនធានហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ)

ខ- ស្វែងរកមតិគាំទ្រសម្រាប់ជំនួយក្នុងការបញ្ជូនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានទាន់ពេលវេលា ដើម្បីសង្គ្រោះជីវិត

គ- ចូលរួមជាមួយវិស័យឯកជន ដើម្បីគាំទ្រការពង្រឹងសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព ។

៥. ការសម្រាលកូនដោយវះកាត់

ក- ធ្វើការវិភាគអំពីកត្តាជំរុញ នៃអត្រាសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ទាំងតម្រូវការខ្ពស់ដែលមិនបានបំពេញ និងការផ្តល់សេវាច្រើនហួស និងផ្តល់អនុសាសន៍ដើម្បីកែលម្អបន្ថែមទៀត

ខ- ពង្រឹងការអនុវត្តស្តង់ដាការព្យាបាល "ការវះកាត់ដោយមានហេតុផលសមស្រប" (ការវះកាត់ដែលមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ឬការប្រើ "ចំណាត់ថ្នាក់ **Robson**" សម្រាប់ការវះកាត់ ជាពិសេសនៅតាមសេវាឯកជន និងនៅទីក្រុង។

៦. ពិចារណាបញ្ចូលការពិនិត្យមរណភាពទារកជុំវិញកំណើតមរណភាពទារកទើបនឹងកើត និងករណីមានផលវិបាកហើយត្រូវបានសង្គ្រោះ (NEAR MISS).

ក- កែសម្រួលពិធីសារជាតិស្រាវជ្រាវមរណភាពមាតា ដើម្បីរួមបញ្ចូលការពិនិត្យមរណភាពទារកជុំវិញកំណើត។

ខ- ការពង្រឹងសមត្ថភាពថ្នាក់ខេត្ត និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលលើការអនុវត្ត **MPDSR** ។

ប្រមូលផ្តុំការគាំទ្រ(អ្នកជំនាញផ្នែកព្យាបាលអ្នកឯកទេសមន្ត្រីជាន់ខ្ពស់ផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ)សម្រាប់ការកសាងសមត្ថភាពរបស់សមាជិកគណៈកម្មការ **MPDSR** នៅថ្នាក់ខេត្ត និងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណរាយការណ៍ កត់ត្រាមូលហេតុ នៃការស្លាប់ លទ្ធផលជុំវិញកំណើត និងគុណភាពនៃការថែទាំ និងផ្តល់អនុសាសន៍។

គ- អនុវត្ត **MPDSR** ចំពោះករណីមានផលវិបាកហើយត្រូវបានសង្គ្រោះ ហើយប្រើលទ្ធផលដើម្បីផ្តល់មតិកែលម្អក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំ **MCAT** និងដើម្បីបង្កើតករណីសិក្សាសម្រាប់ការបង្វឹក។

ឃ- ស្វែងយល់ពីវិធីសាស្ត្រ **sensitive** ក្នុងការប៉ាន់ប្រមាណឬការគណនាសមាមាត្រមរណភាពមាតាក្នុងករណី **CDHS** នាពេលអនាគតមិនបញ្ចូលម៉ូឌុលមរណភាពមាតា។

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីបី៖ ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត

ដើម្បីពង្រឹងគុណភាព និងការគ្របដណ្តប់ នៃការថែទាំជាសារវ័ន្តទារកទើបនឹងកើត (EENC) (ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតភ្លាម (INC) និងការថែទាំទារកដែលមានតម្រូវការពិសេស) ។

សនិទាន

ក្នុងចន្លោះឆ្នាំ២០១៦ ដល់ ឆ្នាំ២០២២ វឌ្ឍនភាពបានកើតមានឡើងតាមរយៈការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំ និងឧបករណ៍សម្រាប់ការអនុវត្ត និងវឌ្ឍនភាពក្នុងការកសាងសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលកំពុងបំពេញការងារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលសុខភាពទូទាំងប្រទេស។ របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពរៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទី៣ (ឆ្នាំ២០១៨-២០២០) បានបង្ហាញថា នៅកម្ពុជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល៧៦% (៤២១៦/៥៥៧៨) បានទទួលការបង្វឹក ហើយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ៨៩% (១១៨៧/១៣២៨) កំពុងអនុវត្តការ EENC។ មកទល់បច្ចុប្បន្នមានក្រុមការងារថែទាំជាសារវ័ន្តទារកទើបនឹងកើតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (EENC-HCTs) ចំនួន ២៩ ដែលកំពុង ដំណើរការ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាតិចំនួន ២មន្ទីរពេទ្យខេត្តចំនួន ២៥ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកចំនួន ២ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងធានាគុណភាពរបស់ EENC នៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការអនុវត្ត EENC ធ្វើចំពោះគ្រប់ការសម្រាលកូនទាំងអស់ រួមទាំងការសម្រាលកូនដោយផ្ទៃវះកាត់ផងដែរ។នៅឆ្នាំ២០២២មានមន្ទីរពេទ្យចំនួន៣០នៅកម្ពុជាមានបុគ្គលិកដែលបានទទួលការបង្វឹក និងអនុវត្តការថែទាំទារកតាមរបៀបម្តាយកង់ហ្គូរូ (KMC)។ គោលការណ៍ណែនាំ និងឧបករណ៍នានាត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរួមជាមួយអនុសាសន៍ថ្មីៗរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងមានជាស្រេចសម្រាប់ការប្រើប្រាស់រួមទាំងការជួយគាំទ្រដល់ម្តាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ការច្របាច់ទឹកដោះ និងបញ្ចុកទឹកដោះម្តាយ។ ម៉្យាងវិញទៀត ការកែលម្អគុណភាពក៏ត្រូវបានពង្រឹងតាមរយៈគំរោង HEQIP/CNP នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងការកសាងសមត្ថភាពសមាជិកឃុំឬសង្កាត់ ដើម្បីគាំទ្រដល់ស្ត្រី និងកុមារ ក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ការផ្តល់អាហារ និងអាហារបំប៉នដល់ទារក និងកុមារតូចឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការផ្តល់សេវាដទៃទៀត ស្តីពីការថែទាំមាតានិងកុមារ សម្រាប់ឆ្មប គ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកដទៃទៀត បានរួមបញ្ចូលនូវចំណេះដឹង និងជំនាញក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ដើម្បីពង្រឹងការអនុវត្តក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ លទ្ធផលពី CDHS បានបង្ហាញរូបភាពចម្រុះ។ នៅខណៈពេលដែលស្ត្រី ៩៧,៨% បានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនោះ ក្នុងចំណោមពួកគេ មានតែ ៧៦,៨% ប៉ុណ្ណោះ ដែលទទួលបានជំនួយភ្លាមៗក្នុងការដាក់ទារកទើបនឹងកើតនៅលើទ្រូងម្តាយ ។ មានម្តាយនិងទារកតែ ៧៥,៣% ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាល(សម្រាប់ទាំងពីរនាក់)ក្នុងរយៈពេល២ថ្ងៃក្រោយពេលសម្រាល និងមានទារកទើបនឹងកើតតែ ៤៩,៦% ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានទទួលការ អនុវត្ត៥ ចំនុច (ការត្រួតពិនិត្យទងសុក ការវាស់សីតុណ្ហភាព ម្តាយបានប្រាប់អំពីរបៀបមើលថាតើទារកត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗដែរ ឬទេ ម្តាយបានទទួលពិគ្រោះយោបល់អំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងម្តាយបានសង្កេតមើលការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ)។ ម្តាយតែ ៥២,៦% ប៉ុណ្ណោះ បានទទួលការពិគ្រោះយោបល់អំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងបានសង្កេតមើលការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ ការអនុវត្តនៅកម្រិតទាបនេះបាននាំឱ្យមានការថយចុះ នៃការចាប់ផ្តើមបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយភ្លាមៗ និងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយតែមួយមុខគត់។

បញ្ហាប្រឈមមួយទៀតគឺទារកទើបនឹងកើតទំនងជាស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ៧ ថ្ងៃក្រោយពេលកើត (មរណភាពរបស់ទារកទើបនឹងកើតដំបូងគឺ ៧ ករណីក្នុង ១០០០ កំណើតរស់) ច្រើនជាងក្នុងរយៈពេល ៣ សប្តាហ៍ក្រោយ (អត្រាមរណភាពទារកទើបនឹងកើតគឺ ៨ ករណីក្នុង ១០០០ កំណើតរស់)។ ដូច្នេះ ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល និងទារកទើបនឹងកើតមានសារសំខាន់ណាស់ក្នុងការកាត់បន្ថយមរណភាពទារកទើបកើត។

FTIRM ២០២៥-២០៣០ ផ្តោតលើការបន្តបណ្តុះបណ្តាលឬការបង្ហាត់បង្រៀនស្តីពី EENC ដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលនៅសល់ បង្កើន KMC សម្រាប់ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ និងមានទម្ងន់ទាប បណ្តុះបណ្តាលអំពីការឆ្លងមេរោគក្នុងឈាមទារកទើបនឹងកើត ពង្រឹងដំណើរការកែលម្អគុណភាព EENC និងលើកកម្ពស់ការអនុវត្តក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. បង្កើនការគ្របដណ្តប់ នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានបុគ្គលិកទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងកញ្ចប់ EENC (ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតភ្លាម ការថែទាំតាមបែបម្តាយកង់ហ្គូរូ ការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ការឆ្លងមេរោគនៅក្នុងឈាមទារកទើបនឹងកើត)

ក- បន្តការបណ្តុះបណ្តាលនៅពេលធ្វើការ និងការបង្វឹកនៅនឹងកន្លែងដល់បុគ្គលិកដែលធ្វើការនៅមន្ទីរសម្ភព NCU និងមណ្ឌលសុខភាព អំពី EENC និង KMC ភ្លាមៗ ក្រោយពេលសម្រាល សម្រាប់ទារកកើតមិនគ្រប់ខែ និងមានទម្ងន់ទាប

ខ- បន្តការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាលអំពីការថែទាំទារកទើបនឹងកើត និងក្រោយសម្រាលស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់កែលម្អ EENC នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងក្នុងពិធីសារជាតិមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់

គ- ធ្វើសមាហរណកម្មកញ្ចប់ EENC នៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សាដោយផ្អែកលើសមត្ថភាពជំនាញ (CBE) មុនពេលចូលបំរើការងារ សម្រាប់និស្សិតពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាក និងឆ្មប

ឃ- បង្កើនចំណេះដឹង និងជំនាញលើការថែទាំទារកទើបនឹងកើត និងកញ្ចប់ EENC ដល់បុគ្គលិកបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្រៀន គ្រូណែនាំផ្នែកគ្លីនិកនិងគណៈគ្រប់គ្រង នៃសកលវិទ្យាល័យវេជ្ជសាស្ត្រសុខាភិបាល និងសាលាបណ្តុះបណ្តាលវេជ្ជសាស្ត្រភូមិភាគ ។

២. ពង្រឹងគុណភាព EENC, KMC និងបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានដែលមាន EENC-HCT

ក- កែលម្អគុណភាព នៃកញ្ចប់ EENC នៅមន្ទីរពេទ្យ និង INC, KMC ការអនុវត្តក្នុងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅមណ្ឌលសុខភាព

ខ- បំពាក់សម្ភារៈសារវន្តសម្រាប់ EENC ដល់គ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់

គ- បង្កើត EENC-HCT ដោយផ្អែកលើ "គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំជាសារវន្តសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត នៅមណ្ឌលសុខភាព - ឆ្នាំ២០២២" នៅមន្ទីរពេទ្យជាតិដែលនៅសល់មន្ទីរពេទ្យ CPA២ និង CPA១

ឃ- បំពាក់ និងបង្កើត "ផ្នែកថែទាំទារក (NCU) កម្រិត ២"[14] នៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិត CPA៣[15] ។

ង- ពង្រីកវិសាលភាពទិន្នន័យ EENC ក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល DHIS-២ តាមដាន និងផ្សព្វផ្សាយទិន្នន័យ EENC សម្រាប់ការកែលម្អការថែទាំទារកទើបនឹងកើត។

៣. ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតដែលមានជំងឺ

ក- គ្រប់គ្រងទារកទើបនឹងកើតដែលមានការឆ្លងមេរោគក្នុងឈាម ពិបាកដកដង្ហើម ថយចុះជាតិស្ករក្នុងឈាម និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើតដែលមានជំងឺ រួមទាំងទារកកើតមិនគ្រប់ខែឬទារកមានទម្ងន់ទាប នៅមន្ទីរពេទ្យខេត្ត

ខ- បន្តកែលម្អ និងពង្រឹងការបញ្ជូនទារកទើបនឹងកើតដែលមានជំងឺ ទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកទេស។ ធានារថយន្តគិលានសង្គ្រោះមានបុគ្គលិកមានជំនាញ និងបំពាក់សម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជូន។

៤. ភាពជាដៃគូរ វាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ដើម្បីកែលម្អ EENC និងការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនៅគ្លីនិកឯកជន

ក- ធានាថា គ្លីនិកសម្ភពឯកជនទាំងអស់អនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ

ខ- ស្វែងរកយន្តការដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវាកម្មនៅតាមមូលដ្ឋានឯកជន ដែលមានសម្ភព និងផ្នែកថែទាំទារកហើយប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីកញ្ចប់ EENC ដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងបង្កើតក្រុមការងាររបស់មន្ទីរពេទ្យ។

---

[14] NCU កម្រិត ២ ត្រូវបានកំណត់និយមន័យថាជា NCU ដែលមានការថែទាំដូចតទៅ៖ KMC CPAP ការផ្តល់អាហារ និងការព្យួរសេរ៉ូមដោយមានជំនួយ ការគ្រប់គ្រងការឆ្លងមេរោគក្នុងឈាមទារកទើបនឹងកើត ជំងឺខាន់លឿង ជំងឺរលាកខួរក្បាល ការរកឃើញ ឬការបញ្ជូនភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើតការតាមដានទារកទើបនឹងកើតដែលមានហានិភ័យ ការព្យាបាលដោយការប្តូរឈាម។ ប្រភព៖ ការបញ្ឈប់មរណភាពទារកទើបនឹងកើត និងទារកកើតស្លាប់ ដែលអាចទប់ស្កាត់បាន ត្រឹមឆ្នាំ២០៣០. ខែកក្កដា ឆ្នាំ ២០២០. WHO និង Unicef.

[15] គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់សម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៤. MoH. នៅឆ្នាំ២០២២ មាន ៧២ មន្ទីរពេទ្យ ដំណើរការជា CPA៣ (៣៣ មន្ទីរពេទ្យ) និង CPA២ (៣៩ មន្ទីរពេទ្យ)។

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីបួនៈ ការពន្យារកំណើត

បង្កើនអត្រា នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងតម្រូវការ នៃការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្តចំពោះមធ្យោបាយទំនើប។

សនិទាន

ខណៈពេលដែលតម្រូវការផែនការគ្រួសារដែលមិនបានបំពេញនៅទ្រឹងត្រឹមកម្រិត ១២% ចន្លោះឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០២១-២២ អត្រាកំណើតក្នុងចំណោមមនុស្សវ័យជំទង់ធ្លាក់ចុះពី ៥៦ ទៅ ៤៨ ក្នុងស្ត្រី ១ ០០០ នាក់ដែលមានអាយុពី១៥-១៩ ឆ្នាំ ហើយតម្រូវការពន្យារកំណើតដែលមានការពេញចិត្តចំពោះមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានរៀបការកំពុងកើនឡើងបន្តិចម្តងៗរហូតដល់បច្ចុប្បន្នមាន ៦១%។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខិតខំប្រឹងប្រែងជាបន្តគឺចាំបាច់សម្រាប់ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងបន្ថែមទៀតជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្ត្រគោលដៅដើម្បីអាចទៅដល់ប្រជាជនដែលមិនទាន់ទទួលបានដើម្បីដោះស្រាយគម្លាតនេះ។ មណ្ឌលសុខភាពដែលដំណើរការទាំងអស់ មានបុគ្គលិកបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការពន្យារកំណើត និងផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលខ្លីយ៉ាងតិច ៣មធ្យោបាយ ។ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលមានមធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលខ្លី និងរយៈពេលវែង ក៏បានកើនឡើងជាលំដាប់ផងដែរ ហើយមធ្យោបាយទាំងពីរនេះ ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងគ្លីនិកឯកជនផងដែរ។ ស្ត្រី ៤៦% នាពេលបច្ចុប្បន្ន ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយទំនើបដែលទទួលបានពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ នៅខណៈពេលដែល ៥២% ទទួលបានពីវិស័យឯកជន។ កម្មវិធីទីផ្សារសង្គមបានចែកចាយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតយ៉ាងសកម្មនៅទូទាំងប្រទេស។ ចាប់ពីឆ្នាំ២០១៦ រហូតដល់បច្ចុប្បន្ន មធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលផ្គត់ផ្គង់ដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ត្រូវបានទិញតាមរយៈអង្គការ UNFPA ដោយប្រើថវិការដ្ឋាភិបាល (ប្រហែល ២ លានដុល្លារអាមេរិកក្នុងមួយឆ្នាំ)។ ចំនួននេះត្រូវបានធានាសម្រាប់សេវាសាធារណៈ។ គ្លីនិកឯកជន និងឱសថស្ថានទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ពីផ្នែកទីផ្សារសង្គម។ វិធីសាស្ត្រទីផ្សាររួម ហាក់បីដូចជាដំណើរការបានល្អនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ តម្រូវការសរុប នៃការពន្យារកំណើតតាមបែបទំនើប ដែលបានបំពេញ បានកើតឡើងពី ៥៦% នៅឆ្នាំ២០១៤ ទៅ ៦១% នៅឆ្នាំ២០២១-២២។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើត តាមបែបបុរាណនៅមានកម្រិតខ្ពស់។ ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតបែបទំនើបមានភាពខុសគ្នាទៅតាមកម្រិតវប្បធម៌ និងកំរិតជីវភាព ហើយកង្វល់នានាត្រូវបានលើកឡើងទាក់ទងនឹងគុណភាព នៃការកត់ត្រា និងរបាយការណ៍អតិថិជនកំពុងប្រើប្រាស់ អតិថិជនបោះបង់ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។

FTIRM ផ្តោតលើការកែលម្អ និងការពង្រីកសេវាពន្យារកំណើត ជាពិសេសទៅកាន់តំបន់ដាច់ស្រយាល និងពិបាកទៅដល់ ការកែលម្អគុណភាព នៃការកត់ត្រា ការរក្សាទុក និងរបាយការណ៍ទិន្នន័យ ការធានាសុវត្ថិភាព នៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត និងបង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព (AYFSRH)។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. បន្តពង្រីកការគ្របដណ្តប់ នៃសេវាពន្យារកំណើត

ក- បង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតប្រកបដោយគុណភាពរួមទាំងការពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពក្នុងការផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង (LARC) និងមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍។

ខ- ពង្រឹងសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាអំពីជំនាញទំនាក់ទំនង និងការផ្តល់ប្រឹក្សាពីមធ្យោបាយពន្យារកំណើត

គ- បង្កើនការទទួលបាននូវមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍ (សម្រាប់បុរស និងស្ត្រី)

ង- បន្តការផ្តល់សេវាកម្មពីចម្ងាយ សម្រាប់ការធ្វើផែនការគ្រួសារ។

២. ពង្រឹងគុណភាព នៃសេវាពន្យារកំណើត

ក- ធ្វើការវាយតម្លៃរហ័ស និងរៀបចំផែនការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការពន្យារកំណើតកម្រិតមូលដ្ឋាន ដែលរួមមានការគ្រប់គ្រងសេវាពន្យារកំណើត (ការកត់ត្រា និងរបាយការណ៍ទិន្នន័យ ការគ្រប់គ្រងការផ្គត់ផ្គង់នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈសម្រាប់គ្រូពេទ្យ និងឆ្មប)។ ស្វែងរកឱកាសធ្វើសមាហរណកម្មទិន្នន័យសេវាពន្យារកំណើតក្រោយពេលរំលូតកូន និងការចុះឈ្មោះអតិថិជនក្រោយពេលរំលូតកូនជាអតិថិជនថ្មី

ខ- ពិនិត្យឡើងវិញឧបករណ៍វាយតម្លៃគុណភាព និងរួមបញ្ចូលការកត់ត្រា និងរបាយការណ៍ទិន្នន័យ នៃការពន្យារកំណើត និងធ្វើការវាយតម្លៃគុណភាពឬកែលម្អគុណភាពជាទៀងទាត់

គ- ធ្វើការតាមដានការបណ្តុះបណ្តាល ការបង្វឹក ដើម្បីពង្រឹងជំនាញផ្តល់ប្រឹក្សាគ្រប់មធ្យោបាយទាំងអស់រួមទាំងមធ្យោបាយរយៈពេលវែង និងការត្រួតពិនិត្យអ្នកផ្តល់សេវា។

៣. ធានាសុវត្ថិភាព នៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត

ក- ដំណើរការឡើងវិញនូវក្រុមការងារសុវត្ថិភាពមធ្យោបាយពន្យារកំណើត ដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព នៃមធ្យោបាយពន្យារកំណើត

ខ- ធានាថាមានថវិកាប្រហែល ២ លានដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ទិញមធ្យោបាយពន្យារកំណើតផ្គត់ផ្គង់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ

គ- ឱ្យមានការចូលរួមរបស់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដើម្បីកែលម្អការធ្វើផែនការ និងការគ្រប់គ្រងមធ្យោបាយពន្យារកំណើត (រួមទាំងការគ្រប់គ្រងស្តុក ការស្នើសុំការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងការរាយការណ៍ផងដែរ)។

៤. បង្កើនភាពអាចស្វែងរកបាន និងលទ្ធភាពទទួលបានសេវាកម្ម AYFSRH

ក- បន្តផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជរបស់យុវវ័យប្រកបដោយមិត្តភាព (AYFSRH)

ខ- ពង្រីកសេវា AYFSRH ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពី AYFSRH (រួមទាំង មានកន្លែងសុវត្ថិភាពផងដែរ)

គ- ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងរវាងសេវា AYFSRH និងកម្មវិធីសុខភាពសាលារៀន (កម្មវិធីនៅក្នុង និងនៅក្រៅសាលារៀន)។

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីប្រាំ៖ ការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

បង្កើនភាពអាចស្វែងរកបាន និងលទ្ធភាពទទួលបានសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពរួមជាមួយការពន្យារកំណើតក្រោយរំលូត។

សនិទាន

ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព (CAC) ត្រូវបានអនុវត្តចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៧ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលមានលក្ខខណ្ឌសមស្រប មានបុគ្គលិកមានលក្ខខណ្ឌសមស្រប នឹងទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលស្របតាមច្បាប់រំលូតកូន នៃប្រទេសកម្ពុជា។ ចាប់ពីឆ្នាំ២០១៦ ដល់ ឆ្នាំ២០២២ មូលដ្ឋានមួយចំនួនមានបុគ្គលិកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី CAC ហើយការផ្តល់សេវាកម្ម បានកើនឡើងពី ៦៤៩ ទៅ ៧៩៣មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (៥២,៦% នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសរុប)។ CAC ក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅតាមមូលដ្ឋានរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផងដែរ ជាពិសេស អង្គការម៉ារីស្តូបអន្តរជាតិកម្ពុជា (MSIC) និងគ្លីនិករ៉ាក់។ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថ (MA) ក៏ត្រូវបានអនុវត្តនៅក្នុងប្រទេសផងដែរ ហើយមកទល់ឆ្នាំ២០២២ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលផ្តល់សេវា MA បានកើនឡើងដល់ ៤៤៨ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។ ជាលទ្ធផល CDHS បានបង្ហាញថាអត្រារំលូតកូនបានថយចុះពី ១២% ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ មកត្រឹម ៩% ក្នុងឆ្នាំ ២០២១-២២។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយពុំមានទិន្នន័យអំពីការរំលូតកូនច្រើនដងឬម្តងហើយម្តងទៀតនោះទេ។

FTIRM ២០២៥-២០៣០ ផ្តោតលើការបង្កើនចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានលក្ខខណ្ឌសមស្របក្នុងការផ្តល់សេវាកម្ម CAC ពង្រឹងសេវាកម្មប្រកបដោយគុណភាព និងរួមបញ្ចូលការធ្វើផែនការគ្រួសារក្រោយពេលរំលូតកូន។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបាន និងពង្រឹងគុណភាព នៃសេវារំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

ក- ធ្វើការវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការ នៃការបណ្តុះបណ្តាល CAC និងបង្កើតផែនការបណ្តុះបណ្តាល

ខ- បង្កើនទំនាក់ទំនងរវាងសេវា CAC និងសេវាពន្យារកំណើតជាទម្លាប់ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីធានាថាអតិថិជនដែលរំលូតកូនរួចគ្រប់រូបមានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាពន្យារកំណើត និងជៀសវាងការរំលូតកូនច្រើនដងឬម្តងហើយម្តងទៀត

គ- ស្វែងរកមតិគាំទ្រដើម្បីកៀរគរធនធានបន្ថែម សម្រាប់ការថែទាំការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព រួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាល ការផ្តល់ឧបករណ៍ និងឱសថរំលូតកូនដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ

ឃ- ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ការថែទាំក្រោយរំលូត ការរំលូតកូនដោយប្រើឱសថការពន្យារកំណើតក្រោយរំលូតកូនសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ដែលមានលក្ខខណ្ឌសមស្រប។ រាល់ការបណ្តុះបណ្តាលទាំងអស់គួរតែរួមបញ្ចូលវគ្គ ស្តីពីការកាត់បន្ថយការមាក់ងាយដែលទាក់ទង នឹងការរំលូតកូន ឬកង្វះចំណេះដឹងឬព័ត៌មានមិនពិតអំពីការថែទាំការរំលូតកូនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ដូចជា " ការបញ្ជាក់អំពីគុណតម្លៃ និងការផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយា (VCAT)" ជាដើម

ង- ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់សេវាឯកជន ដែលមានលក្ខខណ្ឌសមស្រប

ច- រួមបញ្ចូលគ្រប់ភាគីពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីធានាឱ្យបាននូវការអនុវត្តច្បាប់រំលូតកូន និងការសង្គ្រោះជីវិតស្ត្រី

ឆ- ធានាបាននូវការត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ និងយ៉ាងម៉ឺងម៉ាត់ និងផ្តល់ការបង្វឹកដល់មូលដ្ឋានដែលផ្តល់សេវារំលូតកូន

ជ- ធ្វើការវាយតម្លៃគុណភាពនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលផ្តល់សេវា CAC។

២. កាត់បន្ថយការរំលូតកូនច្រើនដង/ម្តងហើយម្តងទៀត

ក- អនុវត្តការផ្តល់សេវាព្យាបាលពីចម្ងាយ លើការថែទាំក្រោយពេលរំលូតកូន ពង្រឹងជំនាញពិគ្រោះពិភាក្សាអំពីការពន្យារកំណើត

ខ- ធ្វើការវិភាគទិន្នន័យបន្ទាប់បន្សំ (secondary analysis) ស្តីពីការរំលូតកូន ដើម្បីទទួលបានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការរំលូតកូនច្រើនដង និងសមាមាត្រ នៃការរំលូតកូនច្រើនដងទៅតាមតំបន់ឬទីកន្លែង កម្រិតវប្បធម៌ និងកម្រិតជីវភាព និងកំណត់គោលដៅសម្រាប់ឆ្នាំ២០៣០

គ- ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវទាក់ទងនឹងការរំលូតកូន។

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីប្រាំមួយៈ លុបបំបាត់ឧបសគ្គផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ឆ្ពោះទៅសម្រេចបានគ្របដណ្តប់សេវាសុខាភិបាលជាសកល (UHC)

បង្កើនសមាមាត្រ នៃស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (និងសមាមាត្រ នៃទារកទើបនឹងកើត) ដែលគ្របដណ្តប់ដោយប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម (មូលនិធិសមធម៌សុខភាព និង ប.ស.ស)

សនិទាន

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាប្តេជ្ញាចិត្តសម្រេចឱ្យបាននូវការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកល (UHC) សម្រាប់ប្រជាជនរបស់ខ្លួន ដែលធានាថា ប្រជាជនគ្រប់រូបទទួលបានសេវាសុខភាពដែលពួកគេត្រូវការ ដោយពុំមានហានិភ័យហិរញ្ញវត្ថុនៅពេលទូទាត់សេវាសុខាភិបាល។ ក្របខ័ណ្ឌគោលនយោបាយជាតិគាំពារសង្គម ឆ្នាំ២០១៦-២០២៥ បានចាប់ផ្តើមដំណើរការនៅខែមីនា ឆ្នាំ ២០១៧ ដែលបែងចែកជាជំនួយសង្គម និងសន្តិសុខសង្គម។ ការពិនិត្យវឌ្ឍនភាពនៃ FTIRM ២០១៦-២០២០ មានការរីកចម្រើនក្នុងការគ្របដណ្តប់ នៃមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល និងកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ស្ត្រីផ្ទៃពោះ និងកុមារដែលជាផ្នែក នៃកម្មវិធីជំនួយសង្គម និងពិនិត្យលើស្ត្រីដែលបានចុះឈ្មោះក្រោមបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គម និងបេឡាជាតិរបបសន្តិសុខសង្គមដែលជាផ្នែកមួយ នៃរបបសន្តិសុខសង្គម។ ជាលទ្ធផលការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅឆ្នាំ២០២២ បានបង្ហាញថា ភាគរយ នៃស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (១៥-៤៩) ដែលមានទម្រង់ណាមួយ នៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានកើតឡើងពី ១៦% នៅឆ្នាំ២០១៤ ទៅ ២១,៧% នៅឆ្នាំ២០២១-២២។ នៅក្នុងខែមីនា ឆ្នាំ ២០២៤ របាយការណ៍ "សមិទ្ធិផលក្នុងវិស័យ បានបង្ហាញថា ការគ្របដណ្តប់ប្រជាជនក្រោមរបបសន្តិសុខសង្គមបានកើនឡើងពី ៣៦,៩% (២០២២) ដល់ ៤៩,៤% (២០២៣)[16] ។ របាយការណ៍នេះក៏បានបញ្ជាក់ផងដែរថា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួន ៤១ ៣៣២ នាក់ (១២,៤%[17]

[16] The Achievement in Health Sector 2023, MoH March 2024.

[17] Expected pregnant women in 2023 equal 333153.

នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលរំពឹងទុក) បានសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលគាំទ្រដោយ HEF ។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួន ៧៥ ០២២នាក់ សម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិជាតិគាំពារសង្គម[18] ។

FTIRM ២០២៥-២០៣០ ផ្តោតលើការទទួលបានសេវាសុខភាពបន្តពូជ សុខភាពមាតា និងទារកទើបនឹងកើតជាសកល សម្រាប់ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ និងទារកទើបនឹងកើត។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ:

ធានាថា ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ និងទារកទើបនឹងកើតគ្រប់រូបបានចុះឈ្មោះនៅក្រោមរបបគាំពារសង្គម

- បន្តអនុវត្តក្របខណ្ឌគោលនយោបាយជាតិគាំពារសង្គម ឆ្នាំ២០១៦-២០២៥
- អនុវត្តផែនទីបង្ហាញផ្លូវឆ្ពោះទៅការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកលនៅកម្ពុជា ២០២៤-២០៣៥
- ធ្វើការសិក្សាឬវិភាគបន្ថែម ដើម្បីស្វែងយល់ពីស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ និងទារកទើបនឹងកើត ដែលគ្របដណ្តប់ដោយរបបបេឡាជាតិគាំពារសង្គម។

គោលបំណង ឬ សមាសធាតុទីប្រាំពីរ៖ ការចូលរួមរបស់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ ដើម្បីកែលម្អសុខភាពស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើត

ការថែទាំសុខភាពបឋមគឺជាគន្លងដើម្បីជំរុញការចូលរួមរបស់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ នៅក្នុងការលើកកម្ពស់ និងពង្រឹងសុខភាពស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើត។

សនិទាន

ប្រទេសកម្ពុជាបាន និងកំពុងឆ្លងកាត់ដំណើរការវិមជ្ឈការ ដោយអំណាចកាន់តែច្រើនត្រូវបានផ្ទេរទៅឱ្យអាជ្ញាធរថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋានជាបន្តបន្ទាប់ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅ នៃតម្រូវការរបស់សហគមន៍ និងអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ និងគោលនយោបាយជាតិ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលស្គាល់ថា សុខភាពមិនអាចប្រសើរឡើងបានតាមរយៈអន្តរាគមន៍របស់អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាព និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលតែមួយមុខនោះទេ។ បុគ្គល គ្រួសារ សហគមន៍ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងភាគីពាក់ព័ន្ធដទៃទៀត មានសារៈសំខាន់ស្មើៗគ្នាក្នុងដោះស្រាយកត្តាសង្គមដែលកំណត់សុខភាព និងជាពិសេស ការលើកកម្ពស់សុខភាពមាតា និងទារក និងកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និងទារក។ SDH គឺជាកត្តាសំខាន់លើសពីការថែទាំសុខភាពដែលមានឥទ្ធិពលលើលទ្ធផលសុខភាព ដែលរួមមានការអប់រំ លំនៅដ្ឋាន បរិយាកាសរស់នៅ ការគាំទ្រសង្គម ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ការងារ និងកត្តាផ្សេងទៀតលើសពីអ្វីដែលការថែទាំសុខភាពអាចផ្តល់ឱ្យ។ នេះមានន័យថា កិច្ចសហការពហុវិស័យក្រោមការដឹកនាំរបស់រដ្ឋបាលមូលដ្ឋានក្លាយជាកត្តាសំខាន់។

---

[18] Report from National Social Protection in Cambodia. NSPC August 2024.

FTIRM ២០២៥-២០៣០ ស្របនឹងក្របខ័ណ្ឌអនុវត្តការជំរុញបង្កើនការងារថែទាំសុខភាពបឋម (PHC-BIF) ដោយផ្តល់អំណាចដល់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ និងបង្កើនគណនេយ្យភាពរបស់សហគមន៍ និងការដឹកនាំរបស់អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានក្នុងការកែលម្អសុខភាពសហគមន៍ រួមទាំងសុខភាពមាតា និងទារក។ វាក៏សង្កត់ធ្ងន់ផងដែរអំពីសារៈសំខាន់នៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងប្រព័ន្ធសុខភាពដែលទទួលបានការជឿទុកចិត្តពីសហគមន៍។

អន្តរាគមន៍គន្លឹះ

១. ជំរុញគណនេយ្យភាពរបស់សហគមន៍ចំពោះសុខភាពមាតា និងទារក កាត់បន្ថយភាពយឺតយ៉ាវក្នុងការស្វែងរកការថែទាំ និងលើកកម្ពស់លទ្ធផលវិជ្ជមាននៃការមានផ្ទៃពោះ

ក- បង្កើតវិធីសាស្ត្រ និងឧបករណ៍ដើម្បី៖ (1) ស្វែងយល់ពីទស្សនៈ និងកាលៈទេសៈ នៃអាកប្បកិរិយា និងស្វែងរកការថែទាំរបស់សហគមន៍ (2) គាំទ្រការធ្វើផែនការដោយមានការចូលរួមកម្រិតសហគមន៍ ដោយកំណត់រកធនធាននៅមូលដ្ឋាន និងឱកាសសម្រាប់ការកែលម្អ MNH ។

ខ- ការចូលរួមយ៉ាងសកម្មពីក្រុមប្រជាជនដែលមិនពិបាកទៅដល់ រួមមានកម្មកររោងចក្រ អ្នកបម្រើសេវាកម្សាន្តជនជាតិភាគតិច ជនចំណាកស្រុក ជនពិការ (ក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យ) សិស្សានុសិស្សយុវជនដែលបោះបង់ការសិក្សា ក្រុម LGTBQI ដើម្បីឱ្យពួកគាត់ទទួលខុសត្រូវចំពោះសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងអាចស្វែងរកសេវាសុខភាពសមស្រប។

គ- ការចូលរួមអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ អ្នកមានឥទ្ធិពល និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានផ្អែកលើភស្តុតាង ដែលលុបបំបាត់ជំនឿមិនពិត និងផ្តល់ព័ត៌មានជាក់ស្តែងអំពីសុវត្ថិភាព និងច្បាប់នៃការរំលូកូន។

ឃ- ការចូលរួមពីគ្រូបង្រៀននៅសាលា ដើម្បីធានាថាកុមារមានឱកាសទទួលបានព័ត៌មានពីសុខភាពបន្តពូជត្រឹមត្រូវជាផ្នែក នៃការអប់រំផ្លូវភេទដ៏ទូលំទូលាយ ជួយពួកគេឱ្យការពារខ្លួន និងធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយផ្អែកលើព័ត៌មាន។ ពង្រឹងភាពជាអ្នកដឹកនាំក្នុងមូលដ្ឋាន រួមទាំងការវិនិយោគបន្ថែមទៀតនៅក្នុងផែនការវិនិយោគឃុំឬសង្កាត់ និង ប្រមូលផ្តុំសកម្មភាពពហុវិស័យសម្រាប់ការកែលម្អសុខភាពស្ត្រីនិងទារកទើបនឹងកើត។

២. គាំទ្រការផ្តល់សេវាសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព

ក- អភិវឌ្ឍសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពលើជំនាញទំនាក់ទំនងប្រកបដោយការគោរព និងមិនប្រកាន់ឋានានុក្រម ដើម្បីបង្កើតទំនាក់ទំនងគួរឱ្យទុកចិត្តនៅក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីលើកកម្ពស់លទ្ធផលវិជ្ជមាន នៃការមានផ្ទៃពោះ។

ខ- ការចូលរួមរបស់សហគមន៍ (អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន VHSG អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល) និងអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល ក្នុងការផ្តល់មតិកែលម្អ

គ- ពង្រឹងភាពជាដៃគូរវាងវិស័យឯកជន និងសាធារណៈ រួមទាំងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល មូលដ្ឋានឯកជនដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពសេវាមាតា និងទារក និងការចូលរួមវិស័យឯកជនក្នុងផែនការសុខភាពសាធារណៈ និងការផ្តល់សេវានៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។

ឃ- ពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់ឬប្រកាស ស្តីពីការរំលូតកូន

ក្របខ័ណ្ឌតាមដាន និងវាយតម្លៃ

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន CDHS ឆ្នាំ២០២២	គោលដៅ ឆ្នាំ ២០៣០	គោលដៅ សកល
គោលដៅ			
អត្រាមរណភាពមាតា (ក្នុង ១០០ ០០០ កំណើតរស់)	១៥៤	៧០[19]	៧០
អត្រាមរណភាពទារក (ក្នុង ១ ០០០ កំណើតរស់)	៨	< ៨	១២
គោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលទី១៖ ការសម្រាលដោយឆ្មបជំនាញ			
ភាគរយ នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមានឆ្មបមធ្យមយ៉ាងតិច ២ រូប (ADM) (%)	៨៣[20]	≥ ៩៨	-
ភាគរយ នៃស្ត្រីដែលបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច៤ ដង(%)	៨៦,៣	៩០	៩០ (EPMM)
ភាគរយ នៃការសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (%)	៩៨	៩៩	៩០ (EPMM)
ភាគរយ នៃការថែទាំក្រោយសម្រាល (PNCALL[21]) ក្នុងរយៈពេល ២ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកំណើត (%)	៧៤,២	≥ ៩៥	៩០ (EPNDS)
ភាគរយ នៃស្ត្រីបានទទួលការថែទាំក្រោយសម្រាលលើកទី ១ PNC ១ (សេវាសាធារណៈ) ក្នុងរយៈពេល ៧ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីកំណើត (%)	៥៤,៥[22]	៨៥	-
គោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលទី២៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត			
ការគ្របដណ្តប់ នៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើត មូលដ្ឋាន BEmONC	BEmONC មាន ៤៥ ១,៤៨[23] (ដំណើរការ)	BEmONC ≥ ១៤៤	៤ សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០ នាក់
ការគ្របដណ្តប់ នៃសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកសម្ភព និងការថែទាំទារកទើបនឹងកើតពេញលេញ CEmONC	CEmONC ចំនួន ៣៥ ១,១៤[24] (ដំណើរការ)	CEmONC ≥ ៣៦	១ សម្រាប់ប្រជាជន ៥០០ ០០០

[19] CSDG ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០. បញ្ជីគោលដៅដែលត្រូវបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២។ MoP
[20] របាយការណ៍សន្និបាទវិស័យសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៨-២០២២។ MoH
[21] PNCALL = PNC សម្រាប់ម្តាយ និងទារក
[22] របាយការណ៍សន្និបាទសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៨-២០២២។ MoH
[23] ការពិនិត្យឡើងវិញផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២០
[24] ការពិនិត្យឡើងវិញផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២០

មូលដ្ឋានសុខាភិបាល EmONC មានប្រជាជនដែលរស់នៅធ្វើដំណើរលើសពី ២ ម៉ោង ពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (%)	៣៤,៨[25] (៦៣/១៨១)	១០ (១៨/១៨១)	-
ការសម្រាលដោយវះកាត់ (%) នៅថ្នាក់ជាតិ (បែងចែកជាសេវាសាធារណៈ និងឯកជន) និងនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ	១៧,៩ សាធារណៈ៖ ១០,៣ ឯកជន៖ ៥០,២ ភ្នំពេញ៖ ២៩,១ ត្បូងឃ្មុំ៖ ២៦,៦ កណ្ដាល៖ ២៤,៥ កំពត៖ ២៤,៣ ក្រចេះ៖ ៦,៣ កំពង់ធំ៖ ៦,៧ រតនគិរី៖ ២,០	១៧ ពុំមានខេត្តណាមួយលើស ១៧% និងពុំមានខេត្តណាមួយក្រោម ១០% នោះទេ	-
គោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលទី៣៖ ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត			
សមាមាត្រទារកដែលត្រូវបានបំបៅដោយទឹកដោះម្ដាយក្នុងរយៈពេល១ម៉ោងក្រោយពេលកើត (%)	៥៣,៨	៨០	-
សមាមាត្រទារកបានទទួលការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់មុនពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (%)	៥៧,៧[26]	> ៨០	-
សមាមាត្រ នៃការដាក់ទារកទើបនឹងកើតនៅលើទ្រូងម្ដាយក្នុងរយៈពេល ៩០ នាទី (%)	៦៦,១[27]	> ៨០	-
ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអនុវត្តកញ្ចប់ EENC	២៩[28]	៧០[29]	-
សមាមាត្រ នៃបុគ្គលិកនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអនុវត្ត EENC ដែលបានទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាលអំពី INC,KMC,BF និងការឆ្លងមេរោគក្នុងឈាមទារក (%)	INC៖ ៣៣,៨[30] (៤៧៣/១៤០០) KMC៖ ១២,៩[31] (១៨១/១៤០០)	៨៥ ៥០ >៨០	-

[25] ការពិនិត្យឡើងវិញផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២០.

[26] របាយការណ៍ HMIS ឆ្នាំ២០២២៖ ចំនួនទារកដែលបៅដោះម្ដាយតែមួយមុខគត់ ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ស្មើនឹង ១៥២.៧៥៣ នាក់ និងចំនួនកំណើតរស់ស្មើនឹង ២៦៤.៧៨៤

[27] របាយការណ៍ HMIS ឆ្នាំ២០២២៖ ចំនួនទារកទើបនឹងកើត ដែលត្រូវបានដាក់នៅលើខ្លួនម្ដាយក្នុងរយៈពេល ៩០ នាទី ស្មើនឹង ១៧៤.៩៥៩ ស្មើនឹង ២៦៤.៧៨៤ កំណើតរស់

[28] NPH NMCHC មន្ទីរពេទ្យនៅ ២៥ ខេត្ត មន្ទីរពេទ្យនៅមោងឫស្សី និង សំពៅលូន

[29] មន្ទីរពេទ្យ CPA៣ និង CPA ទាំងអស់ = ៧០ ទីតាំង។ ទីតាំងនីមួយៗមានបុគ្គលិក ២០ នាក់ ដែលបានទទួលបានការបណ្ដុះបណ្ដាលអំពី EENC.

[30] ផ្នែកបណ្ដុះបណ្ដាល / ទិន្នន័យ NMCHC

[31] ទិន្នន័យ NRHP

	BF៖ ៩,៤[32] (១៣១/១៤០០) ការឆ្លងមេរោគក្នុងឈាមទារក៖ ៤,៣[33] (៦០/១៤០០)	៣០	
សមាមាត្រ នៃមន្ទីរពេទ្យ CPA៣ និង CPA២ ដែលមាន NCU[34] កម្រិត ២ សម្រាប់ទារកតូច និងមានជំងឺ (%) (KMC CPAP ការបំបៅដោយមានជំនួយ និងការបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃ ការគ្រប់គ្រងការឆ្លងរោគក្នុងឈាមទារកទើបនឹងកើត ជំងឺខាន់លឿង ជំងឺរលាកខួរក្បាល ការរកឃើញ ឬការបញ្ជូនភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត ការតាមដានទារកទើបនឹងកើតដែលមានហានិភ័យ ការព្យាបាលដោយការប្តូរឈាម)	៤១,៧[35] (៣០/៧២)	៧០	៨០%[36] នៃចំនួនស្រុក មានផ្នែកអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យកម្រិត ២ យ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីថែទាំទារកតូច និងមានជំងឺ ដោយ CPAP
គោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលទី៤៖ ការពន្យារកំណើត			
អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ នៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប (%)	៤៥	៦០	-
ភាគរយនៃ ស្ត្រីដែលត្រូវការពន្យារកំណើតមានការពេញចិត្តចំពោះមធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើប (%)	៦០,៦	៦៨[37]	-
តម្រូវការផែនការគ្រួសារដែលមិនបានបំពេញ (%)	១១,៨	៨	មិនមាន (សូន្យ) តម្រូវការ FP ដែលមិនបានបំពេញ
ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលផ្តល់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតតាមបែបទំនើបយ៉ាងតិច ៣ ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលផ្តល់ជូននូវវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតអចិន្ត្រៃយ៍	១២០៥[38] ៣៤	១២៤០ ៤០	-

[32] ទិន្នន័យ BFHI

[33] ទិន្នន័យរបស់មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ

[34] គោលការណ៍ណែនាំអំពីសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៤. MoH.

[35] NPH NMCHC មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ មន្ទីរពេទ្យខ្មែរ-សូវៀត មន្ទីរពេទ្យខេត្តចំនួន ២៤ មន្ទីរពេទ្យសំពៅលូន និង មន្ទីរពេទ្យមោងឬស្សី មាន NCU។ នៅឆ្នាំ២០២២ ប្រទេសកម្ពុជាមាន ៧២ មន្ទីរពេទ្យ ដែលផ្តល់ CPA៣ និង CPA២ (៣៣ CPA៣ និង ៣៩ CPA២).

[36] ការបញ្ឈប់មរណភាពទារកទើបនឹងកើត និងទារកកើតស្លាប់ ដែលអាចទប់ស្កាត់បាន ត្រឹមឆ្នាំ២០៣០. WHO និង Unicef.

[37] CSDG ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០. បញ្ជីគោលដៅដែលត្រូវបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២. MoP

[38] កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ/NMCHC

ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ ដែលមានសេវា AYFSRH	១០០	១៥០	-
គោលបំណងឬសមាសធាតុស្នូលទី៥៖ ការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព			
អត្រារំលូតកូន (%)	៨,៨	៧	-
ចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈដែលផ្តល់សេវារំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព	៧៩៣[39]	១០០០	-
គោលបំណងឬសមាសធាតុគាំទ្រទី៦៖ ការដកចេញនូវរបាំងហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីឆ្ពោះទៅសម្រេចបាននូវការគ្របដណ្តប់សេវាសុខភាពជាសកល			
ការគ្របដណ្តប់ប្រជាជនដោយប្រព័ន្ធគាំពារសុខភាពសង្គម (%)[40]	៤៥ (២០២៤)	៧០	
ភាគរយ នៃស្ត្រីសម្រាលកូន ដែលគាំទ្រដោយ HEF នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ (%)	១២,៤[41] (៤១៣៣២/ ៣៣៣១៥៣)	TBC	
ភាគរយ នៃស្ត្រីសម្រាលកូនដែលគាំទ្រដោយ NSPF នៅមូល នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (%)	២២,៥%[42] (៧៥០២២/ ៣៣៣១៥៣)	TBC	-
ភាគរយ នៃស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (១៥-៤៩) ដែលមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយ (%)៖ • សន្តិសុខសង្គម • ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀតនៅកន្លែងធ្វើការ • អង្គការសុខភាព/ការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងសហគមន៍ (CBHI) • ការទិញធានាធានារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុន	២១,៧ (CDHS 2021-22) • ១៦,៤ • ០,៩ • ២,៤ • ២,២	TBD (CDHS)	-
គោលបំណងឬសមាសធាតុគាំទ្រទី៧៖ ការចូលរួមរបស់បុគ្គល គ្រួសារ និងសហគមន៍ ដើម្បីកែលម្អសុខភាពស្ត្រី និងទារកទើបនឹងកើត			

[39] កម្មវិធីជាតិសុខភាពបន្តពូជ/NMCHC

[40] ផែនទីបង្ហាញផ្លូវឆ្ពោះទៅការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកលនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០២៤-២០៣៥

[41] The Achievement in Health Sector 2023. Estimated number of expected pregnant women was 333153.

[42] 75022 women delivered at health facility in 2023 (supported by NSPC).

មណ្ឌលសុខភាពដែលមានគណៈកម្មការទ្រទ្រង់មណ្ឌលសុខភាពដំណើរការ (%)	៨៧,៨[43]	៩៥	-
អត្រានៃការមានផ្ទៃពោះនៅវ័យជំទង់ (%) អត្រាសម្រាលកូនក្នុងចំណោមយុវវ័យអាយុ ១៥-១៩ ឆ្នាំ ១ ០០០ នាក់	៩,៣ ៤៨	៤[44] ៤០	-

[43] របាយការណ៍សន្និបាទសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៨-២០២២

[44] CSDG ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០. បញ្ជីគោលដៅដែលត្រូវបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២. MoP

ឧបសម្ព័ន្ធទី១៖ ឯកសារយោង

1- ការពិនិត្យឡើងវិញផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ពន្លឿនការកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពមាតា និងទារក ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០
2- ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២១-២២
3- គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាពរបស់កម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០។ បញ្ជីគោលដៅដែលបានកែសម្រួល និងសូចនាករតាមគោលដៅ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២ ក្រសួងផែនការ
4- យុទ្ធសាស្ត្រជាសកល ដើម្បីសុខភាពស្ត្រី កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់ ឆ្នាំ២០១៦-២០៣០។ WHO
5- យុទ្ធសាស្ត្រឆ្ពោះទៅបញ្ឈប់អត្រាមរណភាពមាតាដែលអាចទប់ស្កាត់បាន (EPMM) ឆ្នាំ២០១៥។ WHO
6- ការបណ្តុះបណ្តាល និងគន្លង នៃវិជ្ជាជីវៈឆ្មបនៅប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៧។ គណៈឆ្មបកម្ពុជា
7- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់គណៈឆ្មបកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២១-២០២៥។ គណៈឆ្មបកម្ពុជា
8- ផែនការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស នៃវិស័យសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០២៤-២០៣៣, ក្រសួងសុខាភិបាល
9- តម្រូវការធនធានមនុស្ស នៃវិស័យសុខាភិបាលសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់សុភាពជាសកល និងគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព ឆ្នាំ២០១៦។ WHO
10-ការពិនិត្យឡើងវិញផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២០។ ក្រសួងសុខាភិបាល
11-ផែនការកែលម្អ EmONC ឆ្នាំ២០២១-២០២៥ ខែមករា ឆ្នាំ២០២២។ ក្រសួងសុខាភិបាល
12-សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ WHO ស្តីពីការសម្រាលកូនដោយវះកាត់ ឆ្នាំ២០១៥។ WHO
13-ផែនការសកម្មភាពរយៈពេលប្រាំឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតនៅកម្ពុជា ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១៥។ MoH
14-ផែនការសកម្មភាព EENC ថ្នាក់តំបន់ គោលដៅត្រូវបានបន្តរហូតដល់ឆ្នាំ២០៣០។ ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០២២។ WHO
15-របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីពីរ (ឆ្នាំ២០១៦-២០១៧)។ WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច
16-របាយការណ៍វឌ្ឍនភាព EENC រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង លើកទីបី (ឆ្នាំ២០១៨-២០២០)។ WHO តំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច
17-ការបញ្ឈប់មរណភាពទារកទើបនឹងកើត និងទារកកើតស្លាប់ ដែលអាចទប់ស្កាត់បាន ត្រឹមឆ្នាំ២០៣០។ ភាពរីកចម្រើនឆាប់ជាងមុន ឆ្ពោះទៅរកការគ្របដណ្តប់សុខភាពជាសកលប្រកបដោយគុណភាពកខ្ពស់ នៅឆ្នាំ ២០២០-២០២៥ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២។ WHO, Unicef.
18-គោលការណ៍ណែនាំអំពីសំណុំសកម្មភាពបង្គ្រប់ដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៤។ ក្រសួងសុខាភិបាល
19-គោលការណ៍ណែនាំអំពីសំណុំសកម្មភាពអប្បបរមា ឆ្នាំ២០១៨។ ក្រសួងសុខាភិបាល
20-របាយការណ៍សន្និបាទសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៨-២០២២។ ក្រសួងសុខាភិបាល
21-របាយការណ៍ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០២២
22-ផែនការអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៦-២០២០។ ក្រសួងសុខាភិបាល

23-គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់កញ្ចប់តាវកាលិក និងការទូទាត់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់ជនក្រីក្រ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៨។ ក្រសួងសុខាភិបាល

24- ក្របខណ្ឌគោលនយោបាយជាតិគាំពារសង្គម ឆ្នាំ២០១៦-២០២៥ ខែមិនា ឆ្នាំ២០១៧។ **CoM RGC**

25- ក្របខណ្ឌអនុវត្តការជំរុញបង្កើនការងារថែទាំសុខភាពបឋម ឆ្នាំ២០២៣។ ក្រសួងសុខាភិបាល

26- គណនីយភាពសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១២-២០១៦។ របាយការណ៍ចំណាយ នៃវិស័យសុខាភិបាល ឆ្នាំ២០១៩។ **WHO**