របាយការណ៍សង្ខេបសរុបរបស់
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់
ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ ឆ្នាំ២០១២

មិនា ឆ្នាំ២០១៣

របាយការណ៍សង្ខេបសរុបរបស់

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រ

ឆ្នាំ ២០១២

ខែ មិនា ឆ្នាំ២០១៣

មាតិកា

ផ្នែកទី១ ទំព័រ

របាយការណ៍សង្ខេបសរុបរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១២..០១

I. ការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ ២០១១-២០២៥..០១

II. ការកម្មវិធីជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម-ឈឹក..០៤

III. ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស៊ីស្តូ-ដង្កូវព្រូន..០០

ផ្នែកទី២

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលរបស់កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១២..០៦

I. ទិសដៅសកម្មភាពការងារកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់២០១២..០៦

II. សមិទ្ធផលការងារកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១២..០៦

១- សកម្មភាពសំខាន់៧គាំទ្រដល់ការគ្រប់ដណ្តប់បានទាំងស្រុង ភាគរយ១០០រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់..............០៦

១.១. សេវាសុខភាពសាធារណៈ..០៦

១.២. សេវាសហគមន៍ (VMW) ០៨

១.៣. សេវាឯកជន..១១

២- អន្តរាគមន៍បញ្ឈប់នូវការប្រើប្រាស់ឱសថដែលនាំឱ្យមានភាពស៊ាំ..១៦

៣- ធានាបាននូវការទទួលយកសេវាបង្ការជាពិសេស..១៧

៣.១- សមិទ្ធិផលដែលសំរេចបានផ្នែកគ្រប់គ្រងបាណកសាស្ត្រក្នុងឆ្នាំ២០១២..១៧

៣.២- ធ្វើការបាញ់ថ្នាំតំបន់ដែលមានអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់នៅមានវត្តមានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាមក្រោយការព្យាបាល៣ថ្ងៃ..១៨

៣.៣- ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពមុងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរ..១៨

៣.៤- ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពថ្នាំបាញ់ជញ្ជាំងទៅនឹងភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់..១៨

៣.៥- អភិបាលកិច្ចការងារបែងចែកមុងគ្រប់គ្រងមុងនិងការជ្រលក់មុងដល់មូលដ្ឋាន..១៨

៣.៦- រៀបចំកំណត់ទីតាំងផែនទីភូមិដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់..១៨

៤- ធានាថាសហគមន៍បានទទួលការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីជំងឺគ្រុនចាញ់..១៩

៤.១- ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការធានាអោយបានលើការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីជំងឺគ្រុនចាញ់..............១៩

៤.២- ឆ្លើយតបទៅនឹងចំនុចទាំង៥ខាងលើនេះសកម្មភាពមួយចំនួនត្រូវបានអនុវត្តន៏នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២....១៩
៤.៣- ទិវាជាតិប្រយុទ្ធនិងជំងឺគ្រុនចាញ់ ២០
៤.៤- ការផ្សព្វផ្សាយ...២១
៥. គ្រប់គ្រងកម្មវិធីប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពរួមបញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័ព័តិមានសុខាភិបាលនិងការតាមដាន ២១
III-ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក្នុងបរិបទ សកលលោក...២២
IV . ផ្នែកសិក្សាស្រាវជ្រាវ...២៩
៤.១- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីភាពស៊ាំមេរោគគ្រុនចាញ់ទៅនឹងថ្នាំ DHA-PIP.......................................២៩
៤.២- ការសិក្សាទៅលើជីវសាស្រ្តនិងបរិស្ថានសាស្រ្តនៅលើភ្នាក់ងារចំលង..២៩
V- ភស្តុភានិងការផ្គត់ផ្គង់...៣០
VI- ការងារលទ្ធកម្ម..៣០
VII. អន្តរាគមន៏អាទិភាព ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៥ នឹងត្រូវផ្តោតលើ..៣១
VIII- ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ ៣១

ផ្នែកទី៣

កម្មវិធីជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម_គ្រុនឈឹក...៣២
I. សេចក្តីផ្តើមៈ សភាពការណ៏ជម្ងឺគ្រុនឈាមនៅប្រទេសកម្ពុជា...៣២
II. សភាពការណ៏ជម្ងឺគ្រុនឈាមឆ្នាំ ២០១២...៣៣
III. សភាពការណ៏ជម្ងឺគ្រុនឈិគុនហ្គុនយ៉ាឆ្នាំ ២០១២..៣៤
IV. ការងារប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាមនៅប្រទេសកម្ពុជា..៣៦
V. សកម្មភាពផ្សេងៗទៀត..៣៨
VI. សន្និដ្ឋាន..៣៨
VII. អន្តរាគមន៏អត្ថិភាពសំរាប់ឆ្នាំ ២០១១-២០១៤..៣៩
VIII- ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនឈាម...៣៩

ផ្នែកទី៤

កម្មវិធីកំចាត់ជង្គឺទ្រព្រួន..៣៩
I.របាយការណ៏សកម្មភាពកម្មវិធីដង្កូវព្រូនប្រចាំឆ្នាំ២០១២...៣៩
II.សមិទ្ធិផលដែលកម្មវិធីដង្កូវព្រូនសំរេចបានក្នុងឆ្នាំ ២០១២...៤១
១- ជម្ងឺដង្កូវព្រូនដែលចម្លងដោយការប៉ះពាល់ដី...៤១

២- ជម្ងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ាស៊ីស..៤៤
៣- ជម្ងឺព្រូនអំបោះ..៤៦
៤- ជម្ងឺបង្កដោយការបរិភោគត្រីឆៅ,ខ្យងឆៅ ឬ ចំអិនមិនល្អ..៤៦
៥- ជម្ងឺព្រូនអង្គិលីល ឬ ព្រូនសសៃ ៤៨
III- ទិសដៅអនុវត្តន៏សំរាប់ឆ្នាំ (៣ឆ្នាំ): ២០១៣-២០១៥...៥១
IV-គោលដៅសំរាប់ជំងឺត្រូពិចនៅឆ្នាំ ២០១៦..៥១
V- ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីដង្កូវព្រូនឆ្នាំ២០១៣...៥១

ផ្នែកទី៥

ផ្នែករដ្ឋបាល និង គណនេយ្យ...៥២
I-ផ្នែករដ្ឋបាល..៥២
១. សកម្មភាពការងារ..៥២
២. បុគ្គលិក...៥២
៣.ការងារក្របខ័ណ្ឌ..៥៣
៤.ការងារបណ្តុះបណ្តាល (ការងារបណ្តុះបណ្តាលក្រៅប្រទេស) ៥៤
II-ផ្នែកគណនេយ្យ..៥៧
១. គោលបំណង និងទិសដៅ ៥៧
២. ផែនការសកម្មភាព និងលទ្ធផលដែលសំរេចបានក្នុងឆ្នាំ ២០១២ ....៥៧
៣. ទិសដៅគំរោងផែនការសំរាប់ឆ្នាំ ២០១៣ ....៥៩

ផ្នែកទី៦

ឧបសម្ព័ន្ធ..៦១
ឧប្បសម្ព័ន១: ទិន្នន័យប្រេវ៉ាឡង់ហ្សេស៊ីប៉េឌី (G6PD)នៅកម្ពុជា ៦១
ឧប្បសម្ព័ន្ធ២: ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១៣...៦៥
ឧប្បសម្ព័ន្ធ៣: ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនឈាម និង គ្រុនឈឹកឆ្នាំ២០១៣....................................៦៨
ឧប្បសម្ព័ន្ធ៤: ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីដង្កូវព្រូនឆ្នាំ២០១៣..៧០

ផ្នែកទី១

របាយការណ៍សង្ខេបសរុបរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រ ឆ្នាំ២០១២

I. ការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ ២០១១_២០២៥

អត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងសកលលោក(**៩៩ប្រទេសមានជំងឺគ្រុនចាញ់**) ក្នុងទសវត្ស ឆ្នាំ ២០០០-២០១០ បានថយចុះ២៥%(ប្រភពទិន្នន័យអង្គការសុខភាពពិភពលោក)ក្នុងនោះកម្ពុជាថយ៦២% (ប្រភពទិន្នន័យៈក្រសួងសុខាភិបាល)។នៅពេលកម្ពុជាធ្វើជាម្ចាស់ផ្ទះកិច្ចប្រជុំកំពូល អាស៊ានឆ្នាំ២០១២ សេចក្តីប្រកាសនៃកិច្ចប្រជុំកំពូលអាស៊ីបូពាំលើកទី៧ស្តីពីការឆ្លើយតបថ្នាក់តំបន់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនចាញ់ និង ការដោះស្រាយភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថរបស់ជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានអនុមតិកាលពីថ្ងៃទី ២០ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១២ នៅរាជធានីភ្នំពេញ។អត្រាស្លាប់គ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជនកម្ពុជា ១សែននាក់ បានថយចុះពី ៥,២៩នាក់ នាឆ្នាំ២០០០ មកនៅត្រឹម ០,៦៧នាក់នា ឆ្នាំ ២០១១ និង ០,៣២នាក់ នាឆ្នាំ២០១២ ក្នុងខណៈដែលគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សកម្ពុជា កំណត់ត្រឹម ០,៧៨ នាក់សំរាប់ឆ្នាំ២០១៥ពោលគឺយើងសំរេចគោលដៅ បាន៣ឆ្នាំមុនកាលកំណត់។ ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ដែលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ មណ្ឌលសុខភាពរដ្ឋក្នុងប្រជាជន១០០០នាក់បានថយពី ១១.២ ករណី នាឆ្នាំ២០០០ មកនៅ ២.៩ករណីឆ្នាំ២០១២ ក្នុងខណៈដែលគោលដៅសហសវត្សកម្ពុជាកំណត់ត្រឹម ០.៤០ករណី ពោលគឺយើងសំរេចគោលដៅបាន ៣ ឆ្នាំមុនកាលកំណត់។

ក្នុង៤ឆ្នាំ(២០០៨-២០១២)មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រនិងបាណកសាស្ត្របានចែកមុងដោយឥតបង់ថ្លៃចំនួន៦លាន១សែនមុងក្នុងនោះមុងចំនួនជាង ៣លាន៧សែន ទើបនឹងត្រូវបានចែក ក្នុងឆ្នាំ ២០១១-២០១២ដែលជារយៈកាល២ឆ្នាំដំបូងនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ ២០១១-២០២៥ របស់រាជរដ្ឋាភិបាល។ទន្ទឹមនោះមជ្ឈមណ្ឌលបានសហការជាមួយ អង្គការ ភី អេស អាយ ចែកថ្នាំជ្រលក់មុងដោយឥតបង់ថ្លៃចំនួនជាង៨ម៉ឺន៧សែនកញ្ចប់ដល់អ្នកលក់មុងតាមទីផ្សារឯកជន និងសហគមន៍ ។ ប្រដាប់ដោះឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់ និង ឱសថព្យាបាល គ្រុនចាញ់សំរាប់វិស័យសាធារណៈ វិស័យឯកជន និង នៅតាមសហគមន៍ត្រូវបានផ្គត់ផ្គង់ និង ចែកចាយផ្តាច់មុខដោយកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុន ចាញ់។ ភូមិណាដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់កំរិតខ្ពស់សុទ្ធតែមានភ្នាក់ងារស្ម័គ្រភូមិ ១ ឬ ២នាក់ ដែលទទួល ការបណ្តុះបណ្តាល អំពីការអប់រំសុខភាព ស្តីពីជំងឺគ្រុនចាញ់ -ការគ្រប់គ្រងបែងចែកមុង និង ការធ្វើរោគវិ និច្ឆ័យព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់កំរិត ស្រាល ព្រមទាំងបានទទួល ឱសថបរិក្ខារទាន់ពេលជាប្រចាំ។ ការផ្សព្វផ្សាយ និង អប់រំពីការការពារជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានធ្វើនៅតាមសហគមន៍ផង និង តាមបណ្តាញផ្សព្វផ្សាយ ទំនើបផងដូចជា តាមវិទ្យុ-

ទុរទស្សន៍ និង កាសែត។ កូនសោរនៃការកាត់បន្ថយ អត្រាស្លាប់ គឺជូនពត៌មានដល់ អ្នកមានសញ្ញាគ្រុនក្តៅនៅតំបន់គ្រុនចាញ់ ឬ ទើបនឹងមកពីតំបន់គ្រុនចាញ់ថា តើពួកគាត់ទៅរកសេវានៅឯណា ដោយចាប់ផ្តើមជាដំបូងពីការទៅភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិដែលនៅតំបន់គ្រុនចាញ់ស្រាប់។

ក្នុង២ឆ្នាំដំបូងនៃការការអនុវត្តន៏ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ២០១១-២០២៥ របស់រាជរដ្ឋាភិបាល ករណីស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់(ក្នុងឆ្នាំ ២០១១-២០១០)បានថយចុះក្នុងល្បឿនលឿន ដែលមិនធ្លាប់មានកាលពីមុនឆ្នាំ ២០១១។ ក្នុងទសវត្សឆ្នាំ២០០០-២០១០ ការស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ត្រូវបានកាត់បន្ថយជាមធ្យម ក្នុង១ឆ្នាំៗប្រហែល៨%ប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែក្រោយមកយើងកាត់បន្ថយបាន ៣៨%ក្នុងឆ្នាំ ២០១១ និង ៥២%ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះពោលគឺពី១៥១នាក់នាឆ្នាំ២០១០ មកនៅ៩៣នាក់នាឆ្នាំ២០១១ និង ៤៥នាក់ នាឆ្នាំ២០១២។ ចំនួនស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ទូទាំងប្រទេសពេញ១ឆ្នាំមានប្រហែលចំនួនស្លាប់ដោយ គ្រោះថ្នាក់ចរាចររយៈកាលតែ ៤ថ្ងៃ ៩-១២កុម្ភៈឆ្នាំ ២០១៣។ យើងសង្ឃឹមយ៉ាងមាំថា ចាប់ពីឆ្នាំ ២០១៥ តទៅការស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់លែងជាមូលហេតុចំបងនៃអត្រាស្លាប់ទូទៅនៅប្រទេសកម្ពុជាទៀតហើយប៉ុន្តែយើងមានកិច្ចជាច្រើនត្រូវធ្វើទៀតដើម្បីឈានទៅសំរេចការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានមុនឆ្នាំ២០២៥។ ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ព្យាលដោយសេវាសាធារណៈ ឬ ដោយភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិ ឆ្នាំ២០១២ មាន ៦៩,៥១៥នាក់ គឺថយចុះ ៣៥%បើប្រៀបធៀបឆ្នាំ ២០១១ ដែលមាន ១០៦,៧៧៦នាក់។

នៅឆ្នាំ២០១០ ខេត្តដែល "គ្មាន" ការស្លាប់ដោយ គ្រុនចាញ់មានចំនួនតែ ៥ទេគឺ ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ កំពង់ឆ្នាំង កណ្តាល កែប និង ប៉ៃលិន ប៉ុន្តែ ឆ្នាំ២០១២ ខេត្តដែល "គ្មាន" ការស្លាប់ដោយ មានរហូតដល់ ១៣ ខេត្ត ហើយខេត្តដែលនៅបន្តមានស្លាប់ឆ្នាំនេះមាន១១គឺខេត្ត កំពង់ចាម១១នាក់ ភ្នំពេញ៧នាក់ (ចំណាក ស្រុក) ក្រចេះ ៦នាក់ កំពង់ធំ៦នាក់ ស្ទឹងត្រែង៥នាក់ ស្វាយរៀង៣នាក់(ចំណាកស្រុក) សៀមរាប២នាក់ បាត់ដំបង២នាក់ រតនគិរី១នាក់ តាកែវ១នាក់ និង បន្ទាយានជ័យ១នាក់។ ខេត្តដែលទទួលជោគជ័យគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៏ ក្នុងការបន្ថយអត្រាស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ក្នុង ២ឆ្នាំកន្លងមក គឺខេត្តរតនគិរី ដែលមានស្លាប់ ៣៨នាក់ នាឆ្នាំ ២០១០ ហើយធ្លាក់មកនៅ ១១នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១១ និង មានតែ១នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១២ គឺកាត់បន្ថយបាន ៩៧% ក្នុង ២ឆ្នាំ។

ឆ្នាំ ២០១២ នេះករណីស្លាប់ភាគច្រើនជាអ្នកធ្វើចំណាកស្រុកទៅធ្វើការក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ និង ជាពិសេសអ្នកដែលទៅរកវិស័យឯកជនព្យាបាលមិនជាធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរួចហើយទើបចូលមកសេវាព្យាបាលសារធារណៈ យឺតពេលក្នុងនោះ ខ្លះស្លាប់តាមផ្លូវ ខ្លះស្លាប់ពេលចូលមកដល់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ដោយមកយឺតពេលហួសពេលជួយសង្គ្រោះបាន ។ ចំពោះអ្នកសង្ស័យគ្រុនចាញ់ ដែលមករកសេវារដ្ឋតាំងពីដំបូងមានអត្រាស្លាប់ទាបណាស់។ ឧទាហរណ៏ ករណីស្លាប់ នៅខេត្តស្វាយរៀង ដែលជាខេត្តគ្មានមូសដែកគោលចំលងគ្រុនចាញ់មានអ្នកស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ ២០១០មាន២នាក់ឆ្នាំ២០១១ឡើងដល់៤នាក់និងឆ្នាំ២០១២នេះមាន៣នាក់ ដោយ ពួកគេឆ្លងគ្រុនចាញ់នៅខេត្តផ្សេងៗ រួចទើបត្រឡប់មកព្យាបាលខេត្តដើមរបស់ខ្លួន។ ជនចំណាកស្រុកមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ដែល

ត្រឡប់មកស្លាប់នៅភ្នំពេញ ឆ្នាំ ២០១០ មាន១២នាក់ ឆ្នាំ២០១១មាន១០នាក់ និង ឆ្នាំ២០១២មាន៦នាក់ ដោយពួកគេភាគច្រើនមិនបានទៅរកសេវាព្យាបាលទាន់ពេលតាំងពីនៅតំបន់គ្រុនចាញ់មុនត្រឡប់មកខេត្តដែលមិនប្រឈមនឹងគ្រុនចាញ់វិញ។ ករណីស្លាប់នៅខេត្តកំពង់ចាម ឆ្នាំ២០១០មាន២២នាក់ ឆ្នាំ២០១១ចុះមក៥នាក់ និង ២០១២ឡើងមក១១នាក់ ដោយភាគច្រើនជាអ្នកទៅធ្វើការនៅតំបន់គ្រុនចាញ់ ដូចជា រតនគិរី មណ្ឌលគិរី និង ក្រចេះជាដើម។ ករណីស្លាប់ខ្លះទៀតឆ្នាំ២០១២នេះ ជាអ្នកមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរដោយជំងឺផ្សេងពីគ្រុនចាញ់ ប៉ុន្តែត្រូវបានរាប់ថាស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ទោះបីគេមានមេរោគគ្រុនចាញ់តិចតួចក៏ដោយ។

ទោះបីការស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់បានត្រូវកាត់បន្ថយក្នុងល្បឿនលោតផ្លោះក្នុង២ឆ្នាំកន្លងមកក៏ដោយ ក៏យើងកំពុងជួបបញ្ហាប្រឈម១ចំនួនក្នុង ការឈានទៅលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងនៅឆ្នាំ ២០២៥។ ទី១ គឺ ចលនាជនចល័តទៅការធ្វើតំបន់គ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេស និង ក្រៅប្រទេស។ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណជនចល័តមានការស្មុគស្មាញ។ ទី២ គឺភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ដែលកន្លងមកយើងមានលទ្ធភាពទប់ទល់មិនឱ្យរីករាលដាល ប៉ុន្តែបើយើងបន្ធូរបន្ថយអន្តរាគមន៍ភ្លាមភាពស៊ាំទាំងនោះអាចនឹងរីករាលដាលយ៉ាងរហ័ស។ ទី៣គឺសមាមាត្រមេរោគគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីហ្វារ៉ូមដែលជាប្រភេទកាចសាហាវឬប្រភេទមរណៈត្រូវបានកាត់បន្ថយ ជាហេតុនាំឱ្យសមាមាត្រ (Proportion) មេរោគគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ដែលជាប្រភេទស្រាល មានការកើនឡើងទោះបីចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់នេះបានថយចុះក៏ដោយក្នុងខណៈដែលប្រជាជនកម្ពុជាប្រហែលពី ៥% ទៅ ១២% (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១) មានគ្រាប់ឈាមក្រហមខ្វះសារជាតិហ្សេស៊ីកភីឌី (G6PDDeficiency) ដែលជាស្ថានភាពតពូជពីបុព្វកាលមក។ កង្វះ ហ្សេស៊ីកភីឌី មិនមែនជាជំងឺទេ ប៉ុន្តែអ្នកមាន គ្រាប់ឈាមក្រហម កង្វះសារជាតិនេះ អាចនឹងប្រឈម និង ផលរំខានរបស់ឱសថគ្រុនចាញ់ប្រភេទព្រីម៉ាគីន (Primaquine) ដែលបច្ចុប្បន្នជាឱសថដែលអាចសំលាប់មេ រោគគ្រុនចាញ់ ប្រភេទវីវ៉ាក់ដែលអាចពួនសំងំក្នុងថ្លើមមនុស្សច្រើនខែឆ្នាំក្រោយពីការព្យាបាលបានជាសះ ស្បើយ ដោយប្រើឱសថ ក្រៅពីប្រភេទព្រីម៉ាគីន។

បច្ចុប្បន្នអន្តរាគមន៍ចំពោះការប្រឈម ទាំង នោះមានជាអាទិ៍ះ

- ការធ្វើសកម្មភាពផ្តោតលើការបង្កឱកាសឱ្យ ជនចំណាកស្រុកបានទទួលពត៌មានស្តីពីជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និង ដើម្បីឱ្យពួកគាត់ទទួលសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ-ព្យាបាល ឱ្យបានទាន់ពេលវេលា ។
- សហប្រតិបត្តិការជាមួយវិស័យឯកជនក្នុងនោះមានម្ចាស់ឱសថស្ថាន ឬ ពេទ្យឯកជន អ្នកលក់មុង ម្ចាស់ការដ្ឋានដែលនៅតំបន់ក្រុនចាញ់ ។ល។ យើងមានការពិនិត្យលទ្ធភាពសហការក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថគ្រុនចាញ់ ឬ មុង វិស័យឯកជននៅតំបន់មិនប្រឈមផងដែរដោយហេតុថាថ្មីៗនេះមានអ្នក ជំងឺគ្រុនចាញ់ ១ចំនួនធំ ស្លាប់នៅតំបន់មិនប្រឈមពេលគេត្រឡប់មកពីតមបន់គ្រុនចាញ់។
- សហប្រតិបត្តិការឆ្លងដែនជាមួយប្រទេសជិតខាង ។ចាប់ពីចុងឆ្នាំ២០១២មកយើងបានចាប់ផ្តើម សហការជាមួយអង្គភាពសុខាភិបាលថៃ ដើម្បីជួយជនចំណាកស្រុកឆ្លងដែនក្នុងការការពារ និងព្យាបាលជំងឺគ្រុន

ចាញ់ ដោយចាប់ផ្តើមពីខេត្តថៃដែលជាប់ព្រំដែននឹងខេត្ត ពោធិសាត់ ប៉ៃលិន បាត់ដំបង ឧត្តរមានជ័យ បន្ទាយមានជ័យរបស់កម្ពុជា។ ប្រការគួរឥចាប់អារម្មណ៍១ ក្នុងសហប្រតិបត្តការនេះ ភាគីកម្ពុជា-ថៃ បានឯកភាពគ្នាប្រើសារអប់រំសុខភាពដូចគ្នាទ្វេភាសាពី កម្ពុជា-ថៃ នៅតាមសងខាងព្រំដែនក្នុងនោះ មានសារបញ្ជាក់ថាពិនិត្យព្យាបាលគ្រុនចាញ់ដោយឥតបង់ថ្លៃផងដែរ។ បច្ចុប្បន្នយើងកំពុងពិនិត្យ លទ្ធភាព ពង្រីកសហប្រតិបត្តិការឆ្លងដែននេះ នៅខេត្តផ្សេងៗទៀត និង ជាមួយប្រទេសឡាវ និង វៀតណាម។

- ការបន្តតាមដាន និងទប់ទល់ នឹង ភាពស៊ាំ និង ឱសថគ្រុនចាញ់ និង សិក្សាស្រាវជ្រាវ រកឱសថដែលអាច សម្លាប់មេរោគគ្រុនចាញ់ដែលអាចសំងំក្នុងថ្លើមដូចជាមេរោគប្រភេទវីវ៉ាក់ជាដើម។

II. ការកម្មវិធីជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម_ឈឹក

កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម បានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសកម្មក្នុងការសម្រេចសូចនាករស្នូល ដែលពាក់ព័ន្ធ នឹង ការកាត់បន្ថយករណីឈឺ និង អត្រាស្លាប់ជាទូទៅរបស់កុមារដោយជំងឺគ្រុនឈាម។ អន្តរាគមន៍របស់កម្មវិធី បានផ្តោតជាចម្បងលើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលទាន់ពេល ការដាក់ថ្នាំអាបែតតាមផ្ទះ និង ការអប់រំមាតា បិតា ឬ អាណាព្យាបាលរបស់កុមារឱ្យទទួលខុសត្រូវចូលរួមបំបាត់ជម្រកមូសខ្លា ខាំកូន និងនាំកូន ទៅពេទ្យទាន់ពេលវេលានៅពេលក្តៅខ្លួន។ ការឆ្លើយតបនឹងជំងឺគ្រុនឈាមនៅឆ្នាំ២០១២: កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម បានរៀបចំផែនការគ្របដណ្តប់រាល់តំបន់ចំនុចនៃខេត្ត ,រាជធានីប្រឈមទាំង២៤ ។ តំបន់ដែលប្រឈមខ្ពស់ត្រូវបានកំណត់ដាក់ថ្នាំ បាណកឃាដ នៅចន្លោះខែ ឧសភានិងមិថុនា ។ ខ្នងផ្ទះចំនួន ១,៣៧៧,៧៥១ នៅក្នុង ៤,៧៣៧ភូមិ ក្នុង១២៨ស្រុកនៃខេត្ត ,រាជធានីប្រឈម ទាំង២៤ បានដាក់ថ្នាំបាណកឃាដ ដែលគ្របដណ្តប់បាន ៤,៦៦៨,១៧២នាក់ ។អត្រាគ្របដណ្តប់ផ្ទះបានចំនួន៧៨% ដែលប្រើប្រាស់ថ្នាំបាណកឃាដអស់ជាង ១៤៧តោន ។ ករណីគ្រុនឈាមឆ្នាំ២០១២មាន៤២,៣៦២គឺកើន១៦៥%បើប្រៀបធៀបឆ្នាំ ២០១១ដែលមាន ១៥,៩៨០នាក់។ ករណីស្លាប់ឆ្នាំនេះមាន ១៨៩ នាក់ គឺកើន ៦១% បើប្រៀបធៀបឆ្នាំ ២០១១ ដែលមាន ៧៣នាក់។ ការផ្ទុះរាតត្បាត ឆ្នាំ២០១២ មានស្លាប់តិចជាងឆ្នាំ ២០០៨ ដែលកាលណោះ មាន៤០៦នាក់។ដោយប្រជាជនមានការយល់ដឹងច្រើនជាងមុន តាមរយៈប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយទាន់ពេល ពួកគាត់បានបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋបានទាន់ពេល កាន់តែច្រើនហេតុនេះអត្រាស្លាប់មានកំរិតទាបជាងការផ្ទុះរាតត្បាតឆ្នាំ ២០០៧មុន។ក្នុងការផ្ទុះឆ្នាំ ២០០៧ មានក្នុងជំងឺ ១០០០ នាក់ មានស្លាប់ជាមធ្យម ១០នាក់ ប៉ុន្តែ ឆ្នាំ នេះក្នុងជំងឺគ្រុនឈាម ១០០០នាក់ មានស្លាប់ ៤នាក់។អត្រាឈឺគិតជា មធ្យមក្នុងប្រជាជន១សែននាក់ឆ្នាំ២០១២ មាន២៩៧,៥នាក់ ក្នុងនោះអត្រាខ្ពស់លើសអត្រាមធ្យមនេះមាន៥គឺនៅខេត្តសៀមរាប(៨៧៦,១) បន្ទាយមានជ័យ(៧៥៦,៩) ឧត្តរមានជ័យ(៤៤៧) កណ្តាល(៤២០,៤)កំពង់ស្ពឺ(៣២៨,៨)។រាជធានីភ្នំពេញអត្រា២៣៦,៦ដែលជាអត្រាក្រោម មធ្យម។

ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនឈឹកឆ្នាំ២០១២: ឆ្នាំនេះមានការរាតត្បាតជំងឺគ្រុនឈិក ជាទ្រង់ទ្រាយតូចនៅបណ្តាខេត្តមួយចំនួនមានខេត្តព្រះវិហារ ខេត្តកំពង់ស្ពឺ ខេត្តតាកែវ ខេត្តកំពង់ចាម និងរាជធានី ភ្នំពេញ ដែលមានករណី សារុបចំនួន ១២,៥២៦ ករណី ។

III. ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស៊ីស្តូ-ដង្កូវព្រូន

ទោះបីជាកម្មវិធីជាតិកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូនគ្មានសូចនាករគោលដៅសហសវត្សសំរាប់ជំងឺនេះដោយផ្ទាល់ក៏ ដោយក៏កម្មវិធីនេះបានជួយរួមចំណែកក្នុងការសំរេចសូចនាករមួយចំនួនរបស់គោលដៅសហសវត្សដែលក្នុងនោះមាន អាហាររូបត្ថម្ភ អត្រាស្លាប់របស់កុមារ និង មាតា ។ ជំងឺស៊ីស្តូនៅតែចោទជាបញ្ហាសុខភាពដ៏សំខាន់ចំពោះប្រជាជនមួយចំនួនដែលរស់នៅតាមដងទន្លេមេគង្គនិងដៃទន្លេនៃខេត្តក្រចេះ និង ខេត្តស្ទឹងត្រែង ។ សកម្មភាពប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនេះបានទទួលជោគជ័យតាមរយៈការផ្តល់ឱសថ(ប្រាស៊ីកង់តែល)ទូទាំងសហគមន៍ក្នុងនោះមាននៅខេត្តក្រចេះចំនួន៤៨ភូមិ និង ខេត្តស្ទឹងត្រែងចំនួន៥៨ភូមិ ដោយបានទទួលថ្នាំជាសមូហភាពរហូតដល់ ៨៧% ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះ ។អត្រាឈឺត្រូវបានកាត់បន្ថយពី ៧២% នៅឆ្នាំ១៩៩៥មកនៅត្រឹម ៥%នាឆ្នាំ២០០៤ ។ គួរបញ្ជាក់ថាការលុបបំបាត់ជំងឺនេះបានទាំងស្រុង មិនទាន់អាចធ្វើបានទេដោយសារមិនអាច សម្លាប់ភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺនេះបាន(សត្វខ្យង)ដោយហេតុថា ការប្រើថ្នាំបាណកឃាដ អាចប៉ះពាល់ដល់បរិស្ថាន ពិសេសកន្លែងដែលមានសត្វផ្សោតរស់នៅ ។ ហេតុដូច្នេះហើយទើបអត្រាឈឺបានកើនឡើងវិញក្នុងឆ្នាំ កន្លងមកនេះ ជាក់ស្តែងជិតទៅ ៥% នៅក្នុងឆ្នាំ២០១១ ។

ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៥មកអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ឱសថទម្លាក់ព្រូនពោះវៀន ២ដង ក្នុង១ឆ្នាំសម្រាប់សិស្សសាលាបឋមសិក្សាសម្រេចបានលើស៩៥% ។ ដោយឡែកក្នុងឆ្នាំ២០១២អត្រាគ្របដណ្តប់នេះសម្រេចបាន ៩៣%ក្នុងជុំទី១ និង ៩៦% ក្នុងជុំទី២ ។ ដោយឡែកចំពោះស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ (អាយុពី១៥ឆ្នាំ ទៅ ៤៥ឆ្នាំ) ៧៧.៣% បានទទួលឱសថទម្លាក់ព្រូននេះនៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ ។

ផ្នែកទី២

របាយការណ៍សមិទ្ធិផលរបស់កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១២

I. ទិសដៅសកម្មភាពការងារកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់២០១២

១-ការគ្របដណ្តប់បានទាំងស្រុង (១០០ភាគរយ) រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានឆាប់រហ័សនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា និងមាន ប្រសិទ្ធភាពនូវគ្រប់ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ និង ការសម្លាប់ហ្គាម៉េតនៃមេរោគហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម (គោលដៅលើប្រជាជនចំណុចរួមទាំងប្រជាជនចល័ត និង ជនចំណាកស្រុក)។

២-បញ្ឈប់នូវការប្រើប្រាស់ឱសថដែលនាំឱ្យមានភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ ជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីនតាមរយៈការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលយកសេវាព្យាបាលជំងឺបានត្រឹមត្រូវ និង បង្ការការប្រើប្រាស់ថ្នាំគ្រុនចាញ់តែមួយមុខនិងថ្នាំខុសច្បាប់ឬក្លែងក្លាយនៅតាមសេវាសុខភាពសាធារណៈនិងឯកជន។

៣-ធានាបាននូវការទទួលយកសេវាបង្ការជាពិសេស ការបង្ការការចម្លងមេរោគគ្រុនចាញ់ដែលមានភាពស៊ាំនឹងថ្នាំ អាតេមីស៊ីនីន ក្នុងចំណោមប្រជាជនគោលដៅតាមរយៈការត្រួតពិនិត្យសត្វមូសដែលជាភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺ និង មធ្យោបាយការពារដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ និងការកែលំអបរិស្ថាន។

៤-ធានាថាសហគមន៍បានទទួលការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីជំងឺគ្រុនចាញ់ និង ការប្រកាន់យកឥរិយាបថត្រឹមត្រូវក្នុងការបង្ការការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ ចលនាសហគមន៍ និងការគាំទ្រកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់។

៥-គ្រប់គ្រងកម្មវិធីប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពរួមបញ្ចូលទាំងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនិងការតាមដានព្រមទាំងការសម្របសម្រួលនានាដែល នឹង នាំឱ្យការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់មានគុណភាពខ្ពស់ និង ទទួលបានជោគជ័យ។

II- សមិទ្ធិផលការងារកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១២

១_សកម្មភាពសំខាន់ៗគាំទ្រដល់ការគ្របដណ្តប់បានទាំងស្រុង(ភាគរយ១០០រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានឆាប់រហ័សនិងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលានិងមានប្រសិទ្ធភាពនូវគ្រប់ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់រួមទាំងប្រជាជនចល័ត និង ជនចំណាកស្រុកឲ

១.១.សេវាសុខភាពសាធាណៈ

ក-វគ្គបណ្តុះបណ្តាលលើការព្យាបាលនិងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ: មន្ត្រីសុខាភិបាលថ្នាក់មូលដ្ឋានចំនួន ៣៨៨នាក់ បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលលើការព្យាបាល(training malaria clinical management) ក្នុងឆ្នាំ២០១២ កន្លងមកនេះ ។ ការបណ្តុះបណ្តាលនេះបានធ្វើដោយកម្មវិធីគ្រុនចាញ់ ខេត្តរៀង៧ខ្លួន ដូចជាខេត្តកំពង់ចាមមានសិក្ខាកាមចូលរួម៩២នាក់ ខេត្តកំពង់ឆ្នាំងចំនួន១៨នាក់ ខេត្តកំពតចំនួន១៥នាក់

ខេត្តឧត្តរមានជ័យចំនួន២៤នាក់ ខេត្តព្រះវិហារចំនួន១៧១នាក់ ខេត្តពោធិសាត់ចំនួន២២នាក់ ខេត្តរតនគីរីចំនួន៣៩នាក់ ខេត្តសៀមរាបចំនួន២៣នាក់ ខេត្តព្រះសីហនុចំនួន១៥នាក់ និងខេត្តស្ទឹងត្រែងចំនួន៩នាក់ ។

ខ-វគ្គបណ្តុះបណ្តាលមីក្រូទស្សន៍និងតេស្តរហ័ស:

ទន្ទឹមនឹងមានបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលវគ្គគ្លីនិកជំងឺគ្រុនចាញ់ កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ខេត្ត ក៏មានបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកមីក្រូទស្សន៍ជំងឺគ្រុនចាញ់ជូនដល់មន្ត្រីបំរើការងារខាងមីក្រូទស្សន៍នៅ តាមមណ្ឌលសុខភាព និង ស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលមាន សិក្ខាកាមដែលចូលរួមចំនួន ៧៨នាក់ នៅក្នុងនោះមានខេត្តមណ្ឌលគីរី ។

គ-ការគាំទ្រអភិបាលកិច្ច

មន្ត្រីតាមដាននិងវាយតំលៃ និងក្រុមអភិបាលកិច្ចមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានធ្វើការតាមដាន និង ធ្វើការងារអភិបាលកិច្ចទៅកាន់ខេត្តនានាមួយចំនួន ។គោលបំណងគឺដើម្បីផ្តល់នូវការគាំទ្រឱ្យបានទៀងទាត់ទៅដល់មន្ត្រីគ្រុនចាញ់ខេត្ត ដើម្បីធានាថាកិច្ចអនុវត្តន៏ការងារគ្រុនចាញ់ដំណើរការសមស្របទៅតាម កិច្ចដំណើរ ការជាគន្លឹះនៅថ្នាក់ខេត្ត និងក៏រិត ប្រតិបត្តិ ហើយការងារទាំងអស់ត្រូវបាន អនុវត្ត តាមផែនការដែលបានកំណត់ ។

សកម្មភាពការងារគន្លឹះខាងក្រោម ត្រូវបានអនុវត្តកំឡុងពេលចុះទស្សនៈកិច្ច :

- ការជួបជាមួយនាយកមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និង មន្ត្រីគ្រុនចាញ់ខេត្តនិងអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗ ដែលពាក់ព័ន្ធ ។
- អភិបាល និង តាមដានកិច្ចដំណើរការកម្មវិធីគ្រុនចាញ់ និងសកម្មភាពផ្សេងៗនៅ មណ្ឌលសុខភាពណា ដែលនៅក្នុងតំបន់ប្រឈមមុខនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់ និង មធ្យម ។
- ជួយសំរួលនិងផ្តល់ប្រឹក្សាដល់មន្ត្រីគ្រុនចាញ់ខេត្ត និងគនេយ្យករ ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីគ្រុនចាញ់ដែលបានគ្រោងទុក និងធានាថាការចាត់ចែងថវិកាសំរាប់ការអនុវត្តសកម្មភាពនេះគឺសមស្របទៅតាមទិសដៅ ។
- សំរួលដល់មន្ត្រីគ្រុនចាញ់ខេត្ត និង គនេយ្យករ ក្នុងការរៀបចំផែនការតាមដាន និង វាយតំលៃប្រចាំត្រីមាស ផែនការហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំត្រីមាស និងរបាយការណ៏សកម្មភាពប្រចាំខែ ។
- ផ្តល់ប្រឹក្សា និងអំណាច ដល់មន្ត្រីគ្រុនចាញ់ក្នុងការរៀបចំរបាយការណ៏ និងផែនការការងារ និងសំណើរប្រាក់ចំណាយថវិកាប្រចាំត្រីមាស ។
- បង្កើនកិច្ចទំនាក់ទំនងរវាងមជ្ឈមណ្ឌលគ្រុនចាញ់និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និង អង្គការនានា ដែលកំពុងអនុវត្តសកម្មភាពលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និង ខេត្តនានាបានចុះទៅធ្វើការតាមដាន និងវាយតម្លៃនៅទូទាំង២០ខេត្តនិងស្រុកប្រតិបត្តិទាំង៤៥ ដែលមានជម្ងឺ គ្រុនចាញ់រាតត្បាត និង ចុះ

ទៅផ្ទាល់ដល់មណ្ឌលសុខភាព ដែលមានអត្រាជម្ងឺ គ្រុនចាញ់ខ្ពស់។ ក្នុងឆ្នាំ២០១២នេះ ក្រុមការងារចំនួន២ក្រុមបានចុះអភិបាលតាមដាននិងវាយតម្លៃនិងផ្តល់ការណែនាំក្នុងការអនុវត្ត កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ បានចំនួន ១១៤កន្លែង រួមមានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង មណ្ឌលសុខភាព ។ ជារួមយើងពិនិត្យឃើញថា ៩៥% នៃអ្នកជំងឺ គ្រុនចាញ់ដែលបានទទួល ការព្យាបាលបានត្រឹមត្រូវ នៅតាម សេវាសុខភាពសាធារណៈ ៨៨% នៃមណ្ឌលសុខភាព បានកត់ត្រាអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងសៀវភៅ តាមដានជំងឺបានត្រឹមត្រូវនិង ៩៥ % នៃ មណ្ឌលសុខភាពដែលបានរៀបចំប្រជុំប្រ ចាំខែ VHV, VMW បានជា ប្រចាំ។

ឃ.ការពិនិត្យគុណភាពកញ្ចក់ឈាមជំងឺគ្រុនចាញ់ (Cross-Checking)

លទ្ធផល Slides cross-checking **ក្នុងឆ្នាំ ២០១២**						
ខេត្ត	Number of slides	Sensitivity	Specificity	Accuracy	PPV	NPV
បាត់ដំបង	670	96.81	96.71	96.84	95.01	98.11
ប៉ៃលិន	275	100	95.47	96.67	91.67	100
បន្ទាយមានជ័យ	53	100	100	100	100	100
ឧត្តរមានជ័យ	232	95.7	91.95	93.07	91.31	96.70
Total	1230	98.13	96.03	96.65	94.50	98.70

១.២.សេវាសហគមន(VMW):

ការបង្កើតអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់គឺជាវិធីសាស្ត្រមួយដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់នៅតាមសហគមន៏ដោយផ្អែកលើការប្រើតេស្តរហ័សនិងព្យាបាលនៅនឹងកន្លែងតាមភូមិដែលមានការចម្លងជម្ងឺគ្រុននិងជាផ្នែកមួយក្នុងការចូលរួមចំណែកក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រលុបបំបាត់ជម្ងឺ គ្រុនចាញ់រយៈពេល យូររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។ ប្រទេសកម្ពុជា មានប្រជាជនប្រមាណ ១៤,៤៣១,៧៧៧ នាក់ដែលមានប្រជាជន ប្រឈមមុខនឹងជំងឺគ្រុចាញ់ប្រហែល៣.២ លាននាក់ក្នុង២០ខេត្តក្នុងចំណោម២៤ ខេត្តក្រុង ដែលស្ថិត ក្នុង៤៥ស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុចំណោម ៧៧ស្រុកប្រតិបត្តិ ទូរទាំងប្រទេសនិងមណ្ឌលសុខភាព៣៣០នៃ ៩១៤មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ ។រហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់ សរុបមានចំនួន ១,៦០៦ភូមិ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់ចល័តចំនួន ២០២ភូមិក្នុង ប្រទេសកម្ពុជាដែលគ្រប ដណ្តប់ប្រជាជនងាយរងគ្រោះ ដោយសារ ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រមាណ ១.១៥ លាននាក់ក្នុង ខេត្តចំនួន១៧ នឹង ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៣៤ មណ្ឌលសុខភាពចំនួន១៥៩។

ក្នុងឆ្នាំ២០១២នេះការផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងសហគមន៍តាមរយៈអ្នកស្ម័គ្រចិត្តមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ បានរួមសហការជាមួយដៃគូរនិងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មណ្ឌលសុខភាពបាន អនុវត្តសកម្មភាពមួយចំនួនដូចខាងក្រោមៈ

ក-ជ្រើសរើសអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិថ្មីបន្ថែម

នាឆ្នាំ២០១២គំរោងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិបានជ្រើសរើសភូមិថ្មី បន្ថែមចំនួន ៦៨ ក្នុងខេត្តប៉ៃលិន និង បណ្តុះបណ្តាលកាល ពីខែមិថុនា និង កញ្ញា ឆ្នាំ២០១២។ ភូមិទាំងអស់ចំនួន១១៤ក្នុងខេត្តប៉ៃលិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយកម្មវិធីអ្នកស្មគ្រ័ចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់១០០ភាគរយ។

ខ-ការអនុវត្តន៏ការព្យាបាលថ្នាំម៉ាឡារ៉ូនលើមេរោគហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូមនៅខេត្តប៉ៃលិន

អ្នកស្មគ្រ័ចិត្តព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ចំនួន១១៤ភូមិក្នុងមណ្ឌលសុខភាពទាំង៦បានបណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំម៉ាឡារ៉ូន និង តាមដានការលេបថ្នាំរបស់អ្នកជំងឺមុខអ្នកស្មគ្រ័ចិត្ត ព្រមទាំងតាមដោះឈាមអ្នកជំងឺនៅថ្ងៃទី២៨ហើយក៏មានបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីសាស្រ្តផ្ញើរសារ SMSនៅពេលដែលដោះឈាមអ្នកជំងឺ ឃើញមានមេរោគគ្រុនចាញ់ដោយមានការសហការជាមួយ ក្រុមហ៊ុនទូរសព្ទ័ ម៉ូប៊ីតែលកម្ពុជា។ ជាលទ្ធផលអ្នកជំងឺមានវិជ្ជមាន មេរោគប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម និង ចំរុះក្នុង រយៈពេល៦ខែ(កក្កដា-ធ្នូ ២០១២)មានចំនួន ១២៩ ករណី។

គ-ការប្រជុំរបស់គំរោងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់

បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពបានកំណត់កាលបរិច្ឆេទប្រជុំប្រចាំខែសម្រាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនិងអ្នកចល័តម្តងក្នុង១ខែ។ កំឡុងពេលប្រជុំបានត្រួតពិនិត្យមើលៈ

- លទ្ធផលតេស្តដែលបានធ្វើ
- ថ្នាំដែលបានផ្តល់ឱ្យអ្នកជម្ងឺ
- ចំនួនអ្នកជម្ងឺដែលបានកត់ត្រា
- ចំនួនសរុបនៃតេស្តរហ័សនិងថ្នាំដែលបានប្រើប្រាស់
- ពិនិត្យថ្ងៃខែឆ្នាំកំណត់ឱ្យប្រើប្រាស់នៅលើប្រអប់ថ្នាំនិងតេស្តនិងផ្តល់ថ្នាំឬតេស្តឱ្យតាមជាក់ ស្តែង។

ក្រៅពីជម្ងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានព្យាបាលអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ក៏បានព្យាបាលជម្ងឺ រលាកសួត រាគ គ្រុនក្តៅសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម៥ ឆ្នាំនៅភូមិចំនួន ៤០០ភូមិ ក្នុងខេត្តចំនួន៧។ ទិន្នន័យទាំងអស់នេះត្រូវ បានប្រមូល យ៉ាងទៀងទាត់នៅពេលប្រជុំប្រចាំខែ។

ឃ-ចំនួនករណីជំងឺគ្រុនចាញ់របស៊ី តាមរយៈប្រជុំប្រចាំខែ

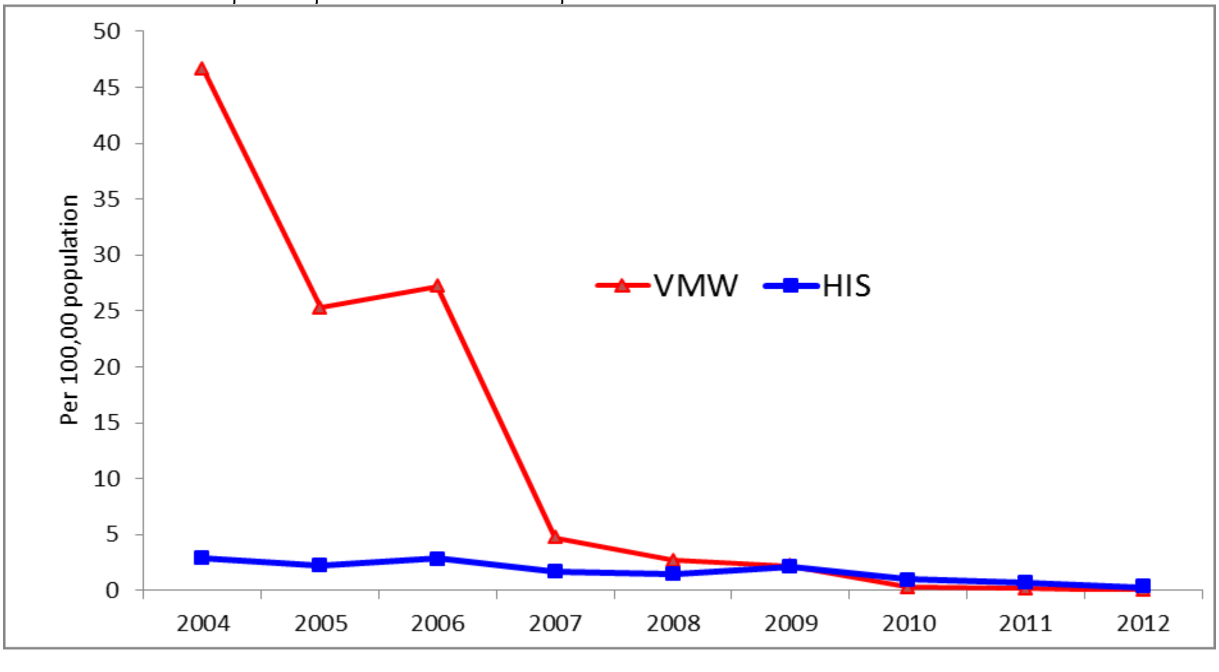
ក្នុងកំឡុងខែមករាដល់ខែធ្នូឆ្នាំ២០១២ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគ ជំងឺគ្រុន ចាញ់ដោយតេស្តរហ័សបានចំនួន ១០៦ ០៣២ នាក់ហើយក្នុងនោះមាន ២៩០៣៩ នាក់វិជ្ជមាន(មានមេរោគ) ជំងឺគ្រុន ចាញ់ ។មិនមានករណីស្លាប់ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់ទេ ។ បើសិនជាយើងងាកមកមើលឆ្នាំ ២០១១ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគ ជំងឺគ្រុន ចាញ់ដោយតេស្តរហ័សបានចំនួន ១៣៨,០៧០នាក់ ហើយក្នុងនោះមាន ៤៨,៧៥០នាក់វិជ្ជមានជំងឺគ្រុនចាញ់ ហើយករណីស្លាប់ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់មាន ២នាក់ ។

អាំងស៊ីដង់ក្នុងតំបន់ក្រោមការគ្រប់ដណ្តប់ដោយកម្មវិធីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ក៏មានការថយចុះផងដែរគឺថយចុះពី ៤៥ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១,០០០នាក់ ក្នុងឆ្នាំ២០១១ មកនៅ ២៥ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១,០០០នាក់ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ ។

តារាងៈចំនួនករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលដោយ VMW ឆ្នាំ២០០៤-២០១២

ចំនួនភូមិ VMW តាមឆ្នាំ	ចំនួនប្រជាជន គ្របដណ្តប់	ចំនួនតេស្ត RDT	ចំនួនករណី វិជ្ជមាន	ចំនួនករណី ស្លាប់	អត្រាអាំងស៊ីដង់ (ក្នុង១,០០០)	អត្រាស្លាប់ (១០០,០០០)	*អត្រា វិជ្ជមាន*
2004(235v)	70,722	18771	11998	33	170	46.7	64
2005(300v)	114,687	50885	28443	29	248	25.3	56
2006(300v)	124,841	84917	43437	34	348	27.2	51
2007(300v)	127,837	60304	24303	6	190	4.7	40
2008(400v)	186,186	57882	24439	5	131	2.7	42
2009(1255v)	864,525	122095	53568	19	62	2.2	44
2010(1394v)	1,042,995	132910	47222	3	45	0.3	36
2011(1528v)	1,082,971	138070	48750	2	45	0.2	35
2012(1606v)	1,154,512	106032	29039	0	25	0	27

ក្រាភិចៈអត្រាស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជន ១០០,០០០ក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់ VMW & HIS data ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៤ ដល់២០១២



១.៣.សេវាឯកជនៈ

ការផ្តល់សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលនៅសេវាឯកជនជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះមួយដែលមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ បានផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ សហការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅផ្នែកឯកជន ដែលក្នុងនោះមានអង្គការជាដៃគូរ (PSI), មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុក មណ្ឌលសុខភាព បានអនុវត្តសកម្មភាព សំខាន់ៗ មួយចំនួនដូចខាងក្រោមៈ

ក-ភាពជាដៃគូររវាងអ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈ និងឯកជន (Public-Private Mix Approach)

➢ **សាវបានិងការពង្រីកវចនាសម្ព័ន្ធ**

តាមរបាយការណ៍អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពឆ្នាំ២០០៥ និង ២០១០ អ្នកជំងឺដែលទៅរកសេវាជាជំរើសដំបូង ដោយទៅទិញថ្នាំ តាមតូប, ផ្ទះ ឬ រកសេវាដែលគ្មានវិជ្ជាជីវៈបានថយចុះពី ២១,៦% នាឆ្នាំ២០០៥មកនៅត្រឹម៥,៩%នាឆ្នាំ២០១០។ក៏ប៉ុន្តែអ្នកជំងឺនៅជនបទ ជំរើសដំបូង ដោយទៅរកសេវាឯកជនដែលមានវិជ្ជាជីវៈបានកើនពី៤៦,៧% នាឆ្នាំ២០០៥ ទៅដល់ ៥៥,៥% នាឆ្នាំ២០១០ ហេតុនេះហើយបានជាភាពជាដៃគូរ សេវាសាធារណៈ និងឯកជន រួមគ្នាប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់មានចែងច្រើនគួរសមនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ២០១១-២០២៥របស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

➢ **ទិសដៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រ**

ភាពជាដៃគូររវាងសេវាសាធារណៈនិងសេវាឯកជនគឺគាំទ្រដល់សកម្មភាពទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលនូវភាពសាំនៃមេរោគគ្រុនចាញ់ទៅនឹងឱសថអាតេមីស៊ីនីនតាមរយៈការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទនៃការចេញវេជ្ជបញ្ជាព្រមទាំងបង្កើនការតាមដាននិងគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៃអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលទៅរកសេវាឯកជនក្នុងគោលបំណងៈ

- ធានាថាមុងដែលបានផ្សព្វផ្សាយលក់និងមុងអង្រឹងត្រូវបានជ្រលក់ថ្នាំនិងសហការជានិយោជកដើម្បីធា នាបង្កើនអត្រាប្រើប្រាស់មុង។
- បង្កើនការផ្លាះប្តូរឥរិយាបថក្នុងកាកោរពារនិងព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់។
- មិនមានវត្ថុមានឱសថក្លែងក្លាយនិងឱសថម៉ូណូតេរ៉ាពីនៅលើទីផ្សារឯកជន។
- អ្នកជំងឺគ្រប់រូបនឹងទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដ៏ត្រឹមត្រូវ។
- អ្នកជំងឺគ្រប់រូបនឹងទទួលបានឱសថដ៏ត្រឹមត្រូវនិងគ្រប់គ្រាន់។

- អ្នកជំងឺនឹងត្រូវបានបញ្ជូនដោយផ្អែកតាមគោលនយោបាយជាតិ(អ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពធ្ងន់អ្នកជំងឺដែលលាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងកុមារអាយុក្រោម៥ឆ្នាំ) ។
- តាមដាននិងប្រមូលឱ្យបានទៀងទាត់នូវទិន្នន័យនៃអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលទៅរកសេវាឯកជន ។

➢ **សមិទ្ធិផលការងារកន្លងមកៈ**

ក-ដោយលក្ខណ៍យោង (TOR) របស់អនុគណៈកម្មការ បច្ចេកទេសភាពជាដៃគូរ រវាងវិស័យសាធារណៈនិង ឯកជនបានបញ្ជាក់ថាវិស័យឯកជនរួមមាន ទាំងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ផងដែរ នោះការអនុវត្តន៏អនុសរណៈយោគយល់គ្នារវាងជណ៌និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលចំនួន៤ ដើម្បីប្រើប្រាស់ថវិកាមូលនិធិសកលជុំទី៩ជំហានទី១ សរុប១៧លានដុល្លារត្រូវបានរំលេច ក្នុងរបាយការណ៍ នេះថាជាផ្នែកមួយនៃភាពជោគជ័យរវាងវិស័យសាធារណៈនិងឯកជនដែរ ។ អង្គការមិនមែន រដ្ឋាភិបាចំនួន៤នោះមានគឺ PSI(8.2 million $); MC(4.0 million$); PFD (2.3 million$); and HU/PHA(1.3 million $) ។ដោយអង្គការMCបានចុះកិច្ចសន្យា បន្តឱយ អង្គការ ចំនួន៥ ទៀតគឺ FHI; BBC; IPC; WMC; nig AMDAHL ចំនួនអង្គការមិន មែនរដ្ឋាភិបាល ដែលចូលរួមអនុវត្តPPMមាន៩អង្គការ ។

ខ-ដោយមានជំនួយបច្ចេកទេសពីអង្គការ CHAI (Clinton Health Access Initiative) មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្របាណកសាស្ត្របានសហការជាមួយអង្គការPATHការសាកល្បងកិច្ច សន្យា រវាងវិស័យសារធារណៈនិងឯកជន វេជ្ជសាស្ត្រនិង ឱសថសាស្ត្រ នៅស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៦គឺ *ឈូក* បានលុង បាត់ដំបង សំពៅលូន អូរជ្រៅ និង សូត្រនិគម មានតំណាងផ្នែកឯកជនសរុបចំនួន៤១០កន្លែងបានចុះកិច្ចសន្យាជូលរួមសហការក្នុងនោះមានឱសថ ស្ថាន៦៩កន្លែង ឱសថស្ថានរង៦២កន្លែង គ្លីនីក៦៤កន្លែង និងបន្ទប់ ពិគ្រោះព្យាបាល ២៣៩កន្លែង។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានធ្វើកិច្ចសន្យាបន្ថែម៤ស្រុកប្រតិបត្តិទៀតគឺ ឆ្លូង កំពង់ធំ ត្បែងមានជ័យ និង ចំការលើ ដែលមានតំណាងផ្នែកឯកជនសរុបចំនួន១៧៤កន្លែងបានចុះកិច្ចសន្យាជូលរួម សហការក្នុងនោះមានឱសស្ថាន២១កន្លែង ឱសថស្ថានរង ៥៥កន្លែង និងបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាល៩៨ កន្លែង ។

ខ-ទីផ្សារសង្គមលើឱសថគ្រុនចាញ់ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (Social Marketing on Malaria Case Management)

កម្មវិធីគ្រុនចាញ់របស់អង្គការ ភី អេស អាយ កម្ពុជាប្រតិបត្តិការនៅទូទាំងប្រទេស រួមមានៈ

- **កម្មវិធីបង្ការៈ**ដើម្បីធានាអោយក្រុមគ្រួសារអាចជ្រលក់មុងរបស់ពួកគេ ។កម្មវិធីបានប្រែក្លាយមុងធម្មតាជិត១លានមុង ឱ្យទៅជាមុងជ្រលក់ថ្នាំមានប្រសិទ្ធភាពជារៀងរាល់ឆ្នាំ ។

- **រោគវិនិច្ឆ័យ:** រួមមានការបណ្តុះបណ្តាល ចែកចាយសំភារៈតេស្តឈាម និងធានាឱ្យមានការធ្វើតេស្តឈាម មុនការព្យាបាល។
- **ការព្យាបាល:** រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលការចែកចាយឱសថដែលមានគុណភាពនិងការផ្សព្វផ្សាយដើម្បីជំរុញឱ្យមានការផ្តល់ឱសថព្យាបាលត្រឹមត្រូវ តាមក្រុមអាយុអ្នកជំងឺដែល បានកំណត់។

១-តើអ្វីជា ទីផ្សារសង្គម?

ទីផ្សារសង្គម គឺជាកញ្ចប់នៃសកម្មភាពដែលគិតគូរបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដូចជា ១/គុណភាពខ្ពស់នៃផលិតផលផលិតផល ដែលចែកចាយ ដោយវិស័យឯកជន មានតំលៃសមរម្យ និង ទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ២/ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មតាមរយៈវគ្គបណ្តុះបណ្តាល និងសំភារៈគាំទ្រ ៣/ ការទំនាក់ទំនងជាមួយ អតិថិជនតាមរយៈការងារនៅក៏រិតសហគមន៍ ឧទាហរណ៏ការបញ្ចាំងវីដេអូចល័ត យុទ្ធនាការផ្សព្វផ្សាយសាធារណៈដូចជា ទូរទស្សន៏ វិទ្យុ ផ្ទាំងប៉ាណូ ៤/ ការធ្វើការស្រាវជ្រាវ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថា យើងធ្វើផ្លាស់ ប្តូរឥរិយាបថបានត្រឹមត្រូវ និងដោះស្រាយ គ្រប់ឧបសគ្គបានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីធ្វើ អោយប្រជាពលរដ្ឋ ប្រកាន់ឥរិយាបថប្រកបដោយសុខុមាលភាព។

២-ACT និង RDTs - ប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្រ្តទីផ្សារសង្គម:

ការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានសារៈសំខាន់បំផុត មិនមែនសំរាប់តែសុខភាពសាធារណៈប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែសំរាប់ការទប់ស្កាត់ភាពរីកសាយនៃភាពស៊ាំនៃថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន។ ភី អេស អាយ ជាអង្គការតែមួយគត់ដែលអនុវត្តកម្មវិធីនូវទូទាំងប្រទេសគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ដើម្បីឱ្យ ប្រាកដថាអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនទាំងអស់ ស្តុកឱសថ និង សំភារៈ តេស្តឈាម រកមេរោគគ្រុនចាញ់មានគុណភាពខ្ពស់ហើយទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ។ខាងក្រោមនេះ គឺជាតួលេខនៃឱសថនិងសំភារៈតេស្តឈាម រកមេរោគ គ្រុនចាញ់ដែលចែកចាយ ដោយអង្គការ ភី អេស អាយ កន្លងមក។

តារាង១: ការចែកចាយ ACT (ម៉ាឡារីន)

Table ACT Distributed

Year	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
2003	0	2,031	4,015	2	7,075	3	1,030	3,547	2,040	2,749	2,015	5,735	30,242
2004	20	75	53	48	0	0	0	12	38,196	27,756	20,868	2,712	89,740
2005	3,180	2,232	2796	1,248	1476	25,104	25,920	20,928	21,948	12,672	32,904	44,808	195,216
2006	16,416	12,000	8,604	3,996	18,192	18,924	35,272	39,293	8,664	7,860	33,048	39,067	241,936
2007	31,584	17,987	14,160	10,175	8,448	13,596	17,328	14,974	18,060	9,720	5,676	656	162,364
2008	660	816	3,938	29,138	25,829	25,448	13,296	9,612	2,748	19.02	31,427	19,401	182,333
2009	38,892	24,396	7,788	10,832	1,308	47,364	26,040	25,524	23,844	30,336	26,456	18,336	281,116
2010	2,148	10,968	11,640	15,840	3,396	6,564	5,892	14,928	14,556	11,338	17,832	25,140	140,292

2011	16,476	16,392	12,936	8,364	5652	3,240	600	384	216	0	0	0	64,260
2012	0	36	30,780	30,072	19,872	30,528	20,580	17,928	8,988	1,200	0	0	159,984

តារាង២: ការចែកចាយ RDT (ម៉ាឡារីឆែក)

Table RDT Distributed

Year	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
2003	0	20,020	1,040	20	50,060	10	10,020	10,020	0	56,002	12	25	147,229
2004	20	6,080	20	50	100	50	1,200	32,480	3,790	22,220	20,980	13,540	100,530
2005	17,080	16,170	11,500	30,450	32,150	35,040	33,980	24,410	12,860	24,510	26,090	21,380	285,620
2006	12,220	6,500	7,220	5,130	18,110	16,460	27,000	37,600	13,540	19,560	39,240	32,650	235,230
2007	21,980	13,290	20,500	4,310	11,460	19,310	39,270	31,750	67,730	48,090	25,280	19,200	322,170
2008	7,460	2,000	370	0	0	0	0	0	0	0	0	119,580	129,410
2009	40,070	34,270	28,460	18,000	27,000	67,750	41,900	38,450	48,770	23,470	2,280	0	370,420
2010	0	0	31,000	54,100	39,990	43,940	35,240	48,550	54,420	44,100	81,110	88,010	520,460
2011	51,680	15,850	16,310	4,260	2,080	0	0	0	0	0	0	0	90,180
2012	96,420	82,400	303,620	67,570	43,150	32,820	7,410	250	0	0	0	0	633,640

សំរាប់ឆ្នាំ២០១២ តួលេខបង្ហាញថា ឱសថ ACT ដែលបានចែកចាយលើទីផ្សារដោយអង្គការភី អេស អាយ បានដាច់ស្តុកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ចាប់ពីខែ វិច្ឆិកា រហូតដល់ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១២ ។ និងដោយឡែក តេស្តរហ័ស RDT បានដាច់ស្តុកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ចាប់ពីខែ កញ្ញា រហូតដល់ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១២ ។

៣-វគ្គបណ្តុះបណ្តាលពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរហ័ស និងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ស្រាល

វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពី ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរហ័សនិងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ស្រាលរបស់អង្គការ ភី អេស អាយ គឺជាការបណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមចំណេះដឹងដែលមានរយៈពេលមួយថ្ងៃសំរាប់ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពឯកជន។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះបានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ២០០៤មានគោលបំណងផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថ អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន និងបង្កើនចំណេះដឹងទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ នេះ អង្គការ ភី អេស អាយ បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន ចំនួន១,៨៥៤នាក់ក្នុងខេត្តចំនួន១៥ ដែលជាតំបន់គ្រុនចាញ់និង និស្សិតគិលានុប្បដ្ឋាក-ឆ្មប នៃសាលាសុខាភិបាលភូមិភាគ ទាំង៥ ចំនួន ១,០២១ នាក់ ។

៤-កម្មវិធីអប់រំវេជ្ជសាស្ត្រ

អង្គការ ភី អេស អាយ បានបញ្ចូលជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងកម្មវិធីអប់រំវេជ្ជសាស្ត្រនៅឆ្នាំ២០០៦ ដែលកម្មវិធី នេះ បញ្ជាក់ថាជាគំរូដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ សំរាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពឯកជននៅទូទាំងប្រទេស។ ក្រុមការងារ អប់រំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អង្គការ ភី អេស អាយ បានចុះជួបអ្នកផ្តល់សេវាតាមទីតាំងផ្ទាល់សរុបចំនួន ១,៤០៤ កន្លែង ស្មើនឹង ៨,៨៧០ លើក ក្នុងឆ្នាំ២០១២។

៥-ការបញ្ចាំងវីដេអូចល័ត(MVU) អំពីជំងឺគ្រុនចាញ់

ក្រុមការងារបញ្ចាំងវីដេអូចល័តរបស់អង្គការ ភី អេស អាយ តែងតែរៀបចំការបញ្ចាំងវីដេអូនៅតាម តំបន់ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់និងពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន អំពីជំងឺគ្រុនចាញ់ពីបណ្តាញ ផ្សព្វផ្សាយដូចជាៈ ទូរទស្សន៍និងវិទ្យុ ។ក្រុមបញ្ចាំងវីដេអូចល័តរួមមានរថយន្តមួយគ្រឿងប្រដាប់ ដោយ

ឧបករណ៍សំរាប់ចាក់ផ្សាយ និងម៉ាស៊ីនភ្លើង ដែលធ្វើអោយមានភាពងាយស្រួល ក្នុងការរៀបចំផ្សព្វផ្សាយនៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាល ។សំរាប់ឆ្នាំ២០១២ ក្រុមការងារបញ្ចាំងវីដេអូចល័តរបស់អង្គការ ភី អេស អាយ បានរៀបចំបញ្ចាំងវីដេអូអប់រំស្តីពីជំងឺគ្រុនចាញ់ចំនួន ៣០៩ដង ដែលមានអ្នកចូលរួមទស្សនាប្រហែល ១០៨,៨៩៤ នាក់ក្នុង សហគមន៍ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់ នៃខេត្តដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំង ២០។

៦-យុទ្ធសាស្ត្រភ្ជាប់ទឹកថ្នាំជាមួយមុងធម្មតានៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា-ជាប្រភេទយុទ្ធសាស្ត្រថ្មី តែមួយគត់នៅលើពិភពលោក

តាមការណែនាំរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) អង្គការ ភី អេស អាយ បានផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីបង្ការ ជំងឺគ្រុនចាញ់របស់ខ្លួននៅឆ្នាំ២០០៨ ជំនួសអោយការនាំចូលមុងជ្រលក់ថ្នាំ និងទឹកថ្នាំសំរាប់ជ្រលក់មុងមានប្រសិទ្ធិភាព រយៈពេលខ្លី អង្គការ ភី អេស អាយ ចាប់ផ្តើមសហការដោយផ្ទាល់ជាមួយវិស័យឯកជន ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធិភាព នៃមុងធម្មតាដែលបាននាំចូល រួចហើយមកក្នុងប្រទេស កម្ពុជា។ នេះគឺជាយុទ្ធសាស្ត្រដ៏ពិតប្រាកដមួយក្នុងការសហការរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ដើម្បីប្រែក្លាយមុងធម្មតាដែលបាននាំចូលរាប់លានមុងក្នុងមួយឆ្នាំៗឱ្យក្លាយជាមុងជ្រលក់ថ្នាំហើយមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ក្នុងការការពារមូសខាំ និងជំងឺគ្រុញចាញ់ ។

យុទ្ធសាស្ត្រនេះគឺសាមញ្ញបំផុត។ តាមការប៉ាន់ប្រមាណ គឺមានមុងធម្មតាប្រហែល ១លានមុងត្រូវបាននាំចូល ប្រទេសកម្ពុជាជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អង្គការ ភី អេស អាយ នាំចូលថ្នាំជ្រលក់ មុងដែលមាន ប្រសិទ្ធិភាពយូរ សំរាប់ភ្ជាប់ទឹកថ្នាំជ្រលក់មុងមួយកញ្ចប់ ជាមួយមុងធម្មតាដែលគាត់នាំចូលទាំងអស់មុន ពេលចែកចាយ វាទៅតាមផ្សារ នៅតាមខេត្តនានា។ អង្គការ ភី អេស អាយ ចំណាយថវិកា តែទៅ លើទឹកថ្នាំជ្រលក់មុង ការផ្សព្វផ្សាយ ដើម្បីលើកកំពស់តំរូវការមុងភ្ជាប់ជាមួយទឹកថ្នាំ និងក្រុមការងារ ច្រកទឹកថ្នាំជាមួយមុងធម្មតារយៈពេល បួនខែដំបូង ដើម្បីច្រកទឹកថ្នាំ ជាមួយនឹងមុង ធម្មតាទាំងអស់ ដែលមាននៅតាមតូបលក់មុងក្នុងផ្សារនៃខេត្តគ្រុនចាញ់ទាំង ២០។

ក្នុងអំឡុងខែធ្នូ ឆ្នាំ២០០៩ ថ្នាំជ្រលក់មុងនាំចូលដោយអង្គការ ភី អេស អាយដំបូងបានមកដល់ប្រទេសកម្ពុជា ហើយយុទ្ធសាស្ត្រភ្ជាប់ទឹកថ្នាំជ្រលក់មុងជាមួយមុងធម្មតា ក៏ចាប់ផ្តើមសម្ពោធ ក្នុងពេលដំណាលគ្នានោះដែរ។ អង្គការ ភី អេស អាយ បានចុះកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយអាជីករនាំមុងចូល និង អ្នកលក់ដុំធំៗចំនួន ៥០កន្លែង ដែលមានទីតាំង នៅក្នុង ទីក្រុងភ្នំពេញ និងតាមបណ្តាខេត្ត ជាប់ព្រំដែនជាមួយប្រទេសថៃ ដូចជាបាត់ដំបង បន្ទាយមានជ័យ និង សៀមរាប។ រយៈពេលតែ៧ខែប៉ុណ្ណោះបន្ទាប់ពីកម្មវិធីសម្ពោធ អង្គការ ភី អេស អាយបានចែកចាយអស់ចំនួនទឹកថ្នាំដែលបាននាំចូលទាំងនោះ។ ហើយតាមរយៈការស្រាវជ្រាវរបស់អង្គការ ភី អេស អាយ បង្ហាញថា៧០%នៃតូបលក់មុងនៅទូទាំងប្រទេសមានដាក់លក់មុងមានភ្ជាប់ទឹកថ្នាំ ។

សំរាប់ឆ្នាំ២០១២កន្លងមកនេះអង្គការ ភី អេស អាយ បានចែកនូវទឹកថ្នាំជ្រលក់មុងដោយឥតគិតថ្លៃ ចំនួន ៧០០,០៦៥កញ្ចប់ ទៅកាន់អាជីវករលក់មុងចំនួន ៥៦កន្លែង នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញចំនួន ៤១, ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ ចំនួន ១១កន្លែង និង ខេត្តបាត់ដំបងចំនួន៤កន្លែងដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយមុងធម្មតាដែលគាត់នាំចូល។

ឆ្នាំ	ថ្នាំជ្រលក់មុង (កញ្ចប់) Super MalaTap	ចំនួនអ្នកលក់បោះដុំ (អ្នកនាំចូល) Number of Net Importers/Wholesalers signed into PSI Net Bundling Program				
		សារុប	ភ្នំពេញ	សៀមរាប	បន្ទាយមានជ័យ	បាត់ដំបង
2008	0	0	0	0	0	0
2009	114/804	50	34	1	11	4
2010	678/723	50	34	1	11	4
2011	700/015	49	34	0	11	4
2012	700/065	56	41	0	11	4

២. អន្តរាគមន៍បញ្ឈប់នូវការប្រើប្រាស់ឱសថដែលនាំឱ្យមានភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ជាមួយ ថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន:

របកគំហើញថ្មីៗពីគម្រោងដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិប៊ីលហ្គេត និងការសិក្សាជាច្រើនបានបង្ហាញ ឱ្យឃើញថា មេរោគគ្រុនចាញ់ដែលធន់នឹងឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់ផ្សំ ដោយសារធាតុអាតេមីស៊ីនីនកំពុងមានវត្តមាននៅតាម បណ្ដោយព្រំដែនកម្ពុជាថៃ អាចនឹងវិវត្តទៅជាមេរោគដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីនជាប្រភេទថ្នាំដែលត្រូវបានណែនាំថាមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បំផុតក្នុងការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ បានឆ្លើយតបយ៉ាងឆាប់រហ័ស ទៅនឹងបញ្ហាដ៏ស្រួចស្រាវនេះ តាមរយៈការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលយកសេវាព្យាបាលជំងឺបានត្រឹមត្រូវ និងបង្ការការប្រើប្រាស់ថ្នាំគ្រុនចាញ់តែមួយមុខ និង ថ្នាំខុសច្បាប់ឬក្លែងក្លាយនៅតាមសេវាសុខភាព សាធារណៈ និង ឯកជនៈ។

- បន្តផ្សព្វផ្សាយសេចក្ដីណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលហាមការផលិតនិងលក់ឱសថគ្រុនចាញ់ដែលមានជាតិផ្សំតែមួយមុខ
- ចុះត្រួតពិនិត្យលើការអនុវត្តន៍សេចក្ដីណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៅតាមសេវាឯកជនទាំងឱសថស្ថានឱសថស្ថានរងនិងតូបលក់ឱសថដើម្បីទប់ស្កាត់ការលក់ឱសថ Artemisinine Monotherapy នឹងពង្រឹងនៅ សេចក្តីប្រកាសរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

- ផ្នែកឱសថនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធជំងឺគ្រុនចាញ់បានរួមសហការណ៍ ជាមួយមន្ត្រីប៉ូលីសយុត្តិធម៌ និងមន្ត្រីការិយាល័យឱសថនៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តនៅតាមខេត្តចំនួន១០ដែលនៅតំបន់១ និង តំបន់២ដែលឧបត្ថម្ភថវិកាដោយContaintment project ក្នុងគោលបំណង ដើម្បីជួយ ទប់ស្កាត់ភាពស៊ាំរបស់ មេរោគជាមួយឱសថគ្រុនចាញ់។

បច្ចុប្បន្នផ្នែកឱសថនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគឺមានទំនាក់ទំនងជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាលជំរុំជាប្រចាំរាល់ការចែកចាយផ្គត់ផ្គង់ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល CMS ជាអ្នកអនុវត្តដោយផ្អែកលើគំរោងផែនការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ CNM លើកលែងតែករណីឱសថ រឺបរិក្ខារពេទ្យមួយចំនួនដែលឃ្លាំងឱសថកណ្តាល CMSអាចធ្វើការចែកចាយ,ផ្គត់ផ្គង់ទៅតាមវគ្គចែកចាយរបស់ខ្លួន ក្នុងនោះផ្នែកឱសថនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិក៏អាចតាមដាន នូវស្ថានភាពស្តុក ដោយប្រើតាមប្រព័ន្ធ NatDID តាមរយៈអ៊ិនធើណិត Internet ផងដែរ។

៣.ធានាបាននូវការទទួលយកសេវាបង្ការជាពិសេសការបង្ការការចម្លងមេរោគគ្រុនចាញ់ ដែលមានភាពស៊ាំនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន ក្នុងចំណោមប្រជាជនគោលដៅ តាមរយៈការត្រួតពិនិត្យសត្វមូសដែលជាភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺនិងមធ្យោបាយការពារដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ និងការកែលំអបរិស្ថានៈ

ដើម្បីធានាអោយបាននូវការការពារពិសេស បង្ការភាពចំលង នៃមេរោគគ្រុនចាញ់ពីមូសក្នុងចំណោមប្រជាជនគោលដៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុចាញ់ សហការជាមួយដៃគូរអភិវឌ្ឍន៏ បានអនុវត្តផែនការសកម្មភាពយុទ្ធសាស្រ្ត ដូចខាងក្រោមនេះ

១-ធ្វើយុទ្ធនាការបែងចែកមុងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរនិងអង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរ ចំពោះប្រជាជនគោលដៅ ចំពោះប្រជាជនចំណាកស្រុក និង ប្រជាជនដែលទៅធ្វើការ និង សំរាកក្នុងព្រៃទាំង ២០ខេត្ត។

២-ធ្វើការបាញ់ថ្នាំតំបន់ដែលមានអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅមានវត្តមានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាមក្រោយការព្យាបាល ៣ថ្ងៃ ។

៣-ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពមុងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងមូលដ្ឋានទៅនឹងភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់ ។

៤-ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពថ្នាំបាញ់ជញ្ជាំងទៅនឹងភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់ ។

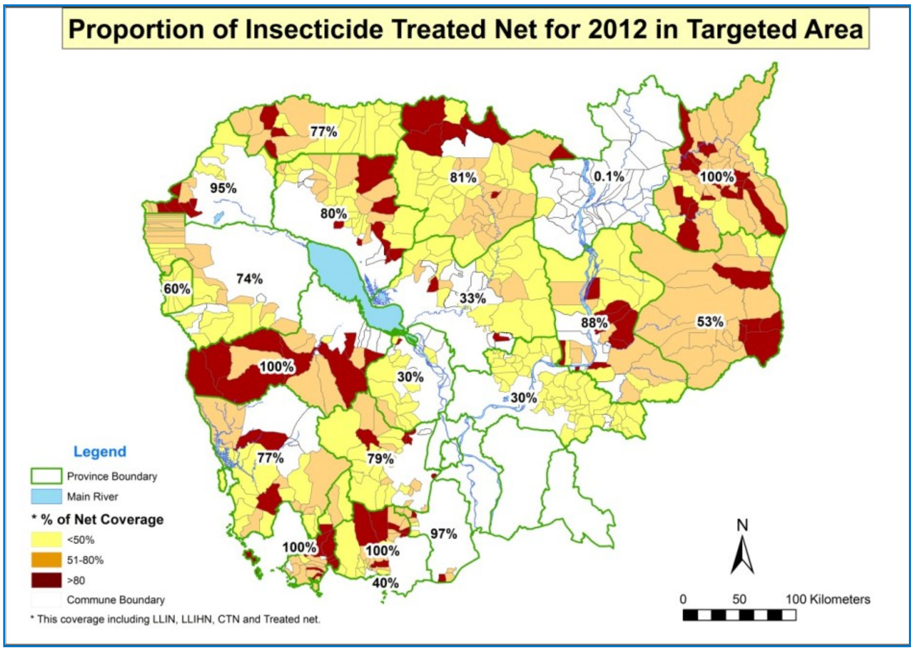
៥-អភិបាលកិច្ចការងារបែងចែកមុង គ្រប់គ្រងមុង និងការជ្រលក់មុងដល់មូលដ្ឋាន ។

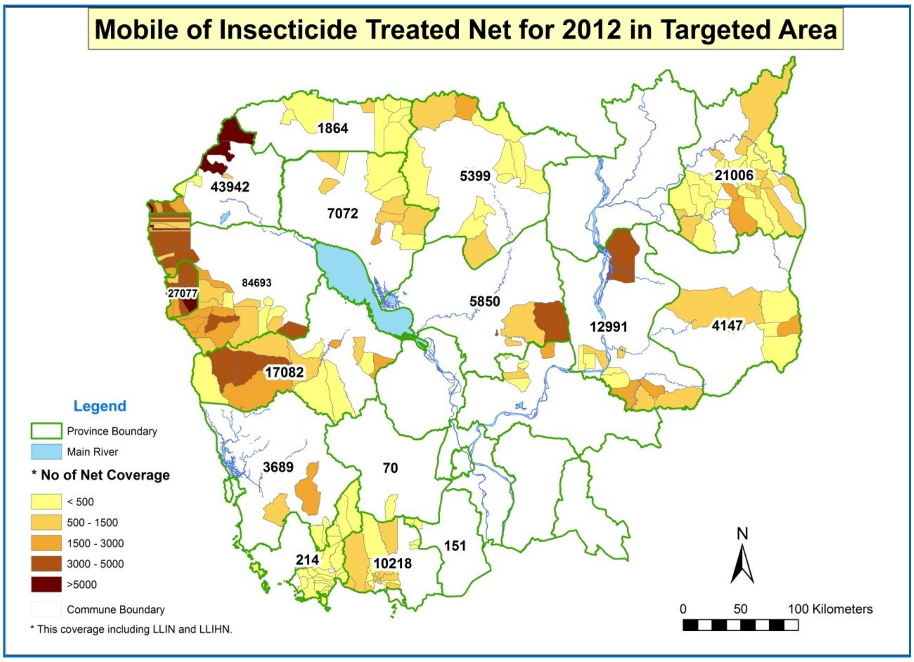
៦-រៀបចំកំណត់ទីតាំង ផែនទី ភូមិដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ។

៣.១-សមិទ្ធិផលដែលសំរេចបានផ្នែកគ្រប់គ្រងបាណកសាស្រ្តក្នុងឆ្នាំ២០១២ :

ធ្វើយុទ្ធនាការបែងចែកមុងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរនិងអង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធភាពយូរចំពោះប្រជាជន គោលដៅចំពោះប្រជាជនចំណាកស្រុកនិងប្រជាជនដែលទៅធ្វើការនិងសំរាកក្នុងព្រៃទាំង២០ខេត្ត។នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១២ មុង ជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរ និងអង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរចំនួន ២.៧ លានមុងបានចែកដល់ដៃប្រជាជនដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់។

មកទល់នឹងឆ្នាំ២០១២ បើគិតត្រឹមបីឆ្នាំចុងក្រោយយើងបានគ្របដណ្តប់មុងជ្រលក់ថ្នាំបាន ១00% ចំពោះប្រជាជន ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងអស់៣.២លាននាក់ ។ ក្នុងនេះ ១.៨លាននាក់បានគ្របដណ្តប់ក្នុងឆ្នាំ២០១២នេះ ដែលឆ្នាំនេះរួមមាន ១,៨៨១,៥៩៤ មុងជ្រលក់ថ្នាំ មានប្រសិទ្ធិភាពយូរ ២៦៨,៧00 មុងអង្រឹងជ្រលក់ ថ្នាំមានប្រសិទ្ធិភាពយូរ និង ៧២,៩៤៦ មុងជ្រលក់ថ្នាំឡើងវិញ ។ចំពោះប្រជាជនចំណាកស្រុក យើងបានប្រើយុទ្ធសាស្ត្រពីរសំរាប់ធ្វើការគ្របដណ្តប់ ដោយ យោងទៅនឹងរយៈ ពេលស្នាក់នៅរបស់គាត់ ។(១) ប្រជាជនចំណាកស្រុកដែលមកបោះទីតាំងថ្មី ដោយខ្លួនឯងនឹងធ្វើការស្នាក់នៅលើសពី ១ឆ្នាំ, (២) ប្រជាជនចំណាកស្រុកដែលមកធ្វើការឱ្យក្រុមហ៊ុន ម្ចាស់កសិដ្ឋានចំការ ជាដើម ការគ្រប ដណ្តប់មុងរបស់គាត់នឹងធ្វើតាមរយៈម្ចាស់ ក្រុមហ៊ុន ម្ចាស់កសិដ្ឋាន ចំការ ដោយប្រើយុទ្ធសាស្ត្រឱ្យខ្ចី ។ ក្នុងឆ្នាំនេះ ២,១០៩ម្ចាស់កសិដ្ឋាន ដែលមានអ្នក ចំណាកស្រុកចំនួន ១៥,៧៦៨ បានទទួលមុង ចំនួន ២៤៤,៦៧៨ មុង ជ្រលក់ថ្នាំមានប្រសិទ្ធិភាពយូរនិង ៥,0៤៤មុងអង្រឹងជ្រលក់ ថ្នាំមានប្រសិទ្ធិភាពយូរ ។





៣.២-ធ្វើការបាញ់ថ្នាំតំបន់ដែលមានអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់នៅមានវត្តមានប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាមក្រោយការព្យាបាល៣ថ្ងៃ

អ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ចំនួន ៩៩ នាក់ដែលនៅមានផ្ទុកវត្តមានប៉ារ៉ាស៊ីត ក្នុងឈាមក្រោយការ ព្យាបាល៣ថ្ងៃដែលបានស្រាវជ្រាវឃើញមកពី ៧មណ្ឌលសុខភាព រួមមានមណ្ឌលសុខភាព តាសាញ, មណ្ឌលសុខភាព សំពៅលូន, មណ្ឌលសុខភាពក្រចាប់, មណ្ឌលសុខភាពស្ទួនកុមារ, មណ្ឌលសុខភាពអូរាំង, មណ្ឌលសុខភាពត្រាង ,មណ្ឌលសុខភាពប្រម៉ោយ បានធ្វើការស៊ើបអង្កេតនិងផ្តល់ការពារការចំលងបន្ថែមដោយធ្វើការបាញ់ថ្នាំ។ អ្នកជំងឺទាំងនេះរស់នៅ ក្នុងភូមិចំនួន ២៧ នៃ ៧មណ្ឌលសុខភាព, ៥ស្រុកប្រតិបត្តិ ក្នុងខេត្តចំនួន ៤ ។ ភូមិទាំង២៧នេះបានទទួល ការបាញ់ ថ្នាំលើជញ្ជាំងជុំវិញកន្លែងរស់នៅរបស់ អ្នកជំងឺ ។

៣.៣-ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពមុងជ្រលក់ថ្នាំប្រសិទ្ធិភាពយូរដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងមូលដ្ឋានទៅនឹងភ្នាក់ងារចំលង ជំងឺគ្រុនចាញ់

មុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធិភាពយូរ គឺមុង Olyset ដែលបានប្រើប្រាស់បានយកមកធ្វើពិសោធន៍។ យើងបានកត់សំគាល់ឃើញថា មុងជ្រលក់ថ្នាំមានប្រសិទ្ធិភាពយូរ (Olyset)ដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងមូលដ្ឋានមានប្រសិទ្ធិភាពរហូតដល់៣ឆ្នាំ ចំពោះភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ An. dirus& An.epiroticus ។ លើកលែងតែភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ An. minimus មុងដែលប្រើបាន៣ឆ្នាំ ប្រសិទ្ធិភាពរបស់វាតិចជាងកំរិតស្តង់ដារចំនួន ៥% ។ដោយឡែកចំពោះភ្នាក់ងារ ចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទ An. maculatus ប្រសិទ្ធិភាពរបស់វាតិចជាងកំរិតស្តង់ដារចំនួន ១០%, ១៥% និង២០% ចំពោះមុងដែលប្រើបាន រយៈពេល ១ឆ្នាំ, ២ឆ្នាំនិង៣ឆ្នាំ។

៣.៤-ធ្វើការតាមដានប្រសិទ្ធិភាពថ្នាំបាញ់ជញ្ជាំងទៅនឹងភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់

ថ្នាំបាណកឃាដ ៥% deltamethrin បានយកមកធ្វើពិសោធន៍ ប្រសិទ្ធិភាពរបស់វាដែលបាញ់លើជញ្ជាំង។ ការពិសោធន៍បានធ្វើនៅកន្លែង ៣ ដែលលទ្ធផលបង្ហាញថា ប្រសិទ្ធិភាពថ្នាំបាញ់ជញ្ជាំង ៥% deltametrin មាន ប្រសិទ្ធិភាពប្រឆាំងភ្នាក់ងារចំលងដូចជា An. dirus, An.minimus, An.maculatus & An.epiroticus ក្នុងរយៈ ពេលបាញ់ ៣ខែ ។ ក្រោយការបាញ់៣ខែប្រសិទ្ធិភាពវាបានថយចុះប្រហែល ៣% ក្រោមកំរិត ស្តង់ដារ ។

៣.៥-អភិបាលកិច្ចការងារបែងចែកមុងគ្រប់គ្រងមុងនិងការជ្រលក់មុងដល់មូលដ្ឋាន

ផ្នែកគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចំលងបានធ្វើការតាមដាន និងផ្តល់ការអភិបាលចំពោះ ខេត្តទាំង ២០ និង ៤៥ ស្រុកប្រតិបត្តិក្នុងគោលបំណងផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និងផ្តល់ការគាំទ្រទាំងស្មារតី ចំពោះសហគមន៍ ។ ដោយក្នុងឆ្នាំនេះការងារបែងចែកមុង មានលក្ខណៈទ្រង់ទ្រាយធំ (យុទ្ធនាការ) មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ បាន បង្កើតក្រុមការងារចំនួន ៧ ដែលដឹកនាំដោយថ្នាក់ដឹកនាំរបស់មជ្ឈមណ្ឌល ក្នុងការផ្តល់ការអភិបាល ដោយផ្ទាល់ ចំពោះយុទ្ធនាការ បែងចែកមុង ដល់ខេត្តទាំង ២០ នៃ ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៤៥ ។

៣.៦-រៀបចំកំណត់ទីតាំងផែនទីភូមិដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់

ភូមិគោលដៅដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ចំនួន២០ខេត្ត ដែលបានធ្វើការកំណត់ដោយយោងទៅតាមចំងាយពីព្រៃបាននឹងកំពុងធ្វើការកំណត់ជាថ្មី ។ក្នុងចំណោមខេត្តទាំង ២០ នៃខេត្តទាំង ២៤ មានស្រុក ប្រតិបត្តិចំនួន ៤៥

ក្នុងចំណោមស្រុកប្រតិបត្តិ ៧៧ (៥៨%), មានមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ៣៣១ ក្នុងចំណោមមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ១,០៨៦ (៣៣%) និង មានភូមិចំនួន ៤,០៣៦ ក្នុងចំណោមភូមិ ១៥,១៦៧ (២៧%) ដែលបានកំណត់ជាកន្លែង ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ។ទោះបីយ៉ាងណាការងារកំពុងអនុវត្តន៍ មិនទាន់ ចប់សព្វគ្រប់នៅឡើយ ។

៤_ធានាថាសហគមន៍បានទទួលការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីជំងឺគ្រុនចាញ់និងការប្រកាន់យកឥរិយាបថត្រឹមត្រូវក្នុងការបង្ការការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ចលនាសហគមន៍និងការគាំទ្រកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ គ្រុនចាញ់

៤.១-ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការធានាអោយបានលើការយល់ដឹងទូលំទូលាយអំពីជំងឺគ្រុនចាញ់និង ការប្រកាន់យកឥរិយាបថត្រឹមត្រូវក្នុងការបង្ការការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅសហគមន៍ផ្នែកអប់រំសុខភាពរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់និងដៃគូរអភិវឌ្ឍន៍បានសហការគ្នាអនុវត្តន៍នូវការងារមួយចំនួនដូចខាងក្រោមនេះ

ក-ផ្តល់ចំណេះដឹង អំពីមូលហេតុ រោគសញ្ញា និង ការចំលងនៃជម្ងឺគ្រុនចាញ់

ខ-បង្កើតចំណេះដឹង និងផ្សព្វផ្សាយបន្ថែមដល់សហគមន៍ ពីវិធានការណ៍ការពារជំងឺគ្រុនចាញ់។

គ-ពង្រឹងភាពជឿជាក់ដល់សហគមន៍ លើការព្យាបាល ជំងឺគ្រុនចាញ់ ដើម្បីឈានទៅរកការកែប្រែទំលាប់ជាបណ្តើរៗ ។

ឃ-បង្កើនការយល់ដឹងដល់សហគមន៍ តាមរយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តអប់រំសុខភាពភូមិដោយវិធិសាស្ត្រ អប់រំសុខភាពមានរូបភាពដែលមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ ដើម្បីឱ្យប្រជាជនចេះការពារខ្លួនដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់អោយចេះប្រើប្រាស់ មុងនិងមុង ជ្រលក់ថ្នាំ និងមុង អង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំនៅពេលចូលព្រៃ។

ង-បន្ថែមចំណេះដឹងដល់អ្នកស្មគ្រ័ចិត្តភូមិ តាមរយៈការអប់រំសុខភាពដោយមានប្រើប្រាស់សំភារៈអប់រំសុខភាព បង្កើតឱ្យប្រជាជនដោយខ្លួនឯង អំពីការបង្ការដោយខ្លួនឯង ក្នុងការប្រើប្រាស់មុងជ្រលក់ថ្នាំនិងមុង អង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំនៅពេលទៅព្រៃ ។

៤.២-ឆ្លើយតបទៅនឹងចំនុចទាំង៥ខាងលើនេះសកម្មភាពមួយចំនួនត្រូវបានអនុវត្តន៍នៅក្នុងឆ្នាំ២០១២:

ក-វគ្គបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលដោយកម្មវិធីគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ខេត្តៈ ខេត្ត៣ បានធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលបន្តទៅមន្ត្រីមណ្ឌលសុខភាព មានខេត្តបន្ទាយមានជយ័បាន៨មណ្ឌលសុខភាព(ម៉ាឡៃ,ទួលពង្រ,បាឡាំង,អូបីជាន់, និមិត្ត, អូឬស្សី និង ប៉ោយប៉ែតមួយនិងពីរ), ខេត្តតាកែវបាន៤មណ្ឌលសុខភាព (ត្រពាំងអណ្តើក, ព្រៃ ស្បាត, អង្គរការ និង ត្រាំកក់) និងខេត្ត កំពង់ឆ្នាំងបាន៤មណ្ឌលសុខភាព (ត្រពាំងចាន់, ក្រាំងស្គារ, ក្តុល និង ក្រាំងល្វា) ។

ខ-ការចុះអភិបាលលើសកម្មភាពអប់រំសុខភាពៈ បានធ្វើអភិបាលកិច្ចនៅពេលប្រជុំប្រចាំខែ នៅមណ្ឌលសុខភាព ជាមួយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅ ខេត្តតាមខេត្ត ទាំង១៦ ដូចជា ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ បាត់ដំបង កំពង់ស្ពឺ កំពង់ចាម កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ធំ កំពត កែប មណ្ឌលគិរី ឧត្តរមានជ័យ ពោធិសាត់ សៀមរាប ប៉ៃលិន តាកែវ ស្ទឹងត្រែង និង កំពង់សោម ។

គ-ការផលិតសំភារៈអប់រំសុខភាព ដោយបណ្តាក្រសួងនិងអង្គការជាដៃគូៈបានសហការណ៍ យ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនិងបណ្តាក្រសួងនិងអង្គការជាដៃគូក្នុងការផលិតសំភារៈ ដូចជា វីដេអូស្ពុត ស្ពុតវិទ្យុ រឿង ល្ខោនវិទ្យុ ចំរៀង អាវយឺត មួក ឬសំភារៈផ្សេងៗទៀតជាច្រើនមុខទៀត ។

ឃ-ពង្រឹងទំនុកចិត្តសហគមន៍បន្ថែមលើការគ្រប់គ្រងជម្ងឺគ្រុនចាញ់និងវិធីបង្ការ ។

៤.៣-ទិវាជាតិប្រយុទ្ធនិងជំងឺគ្រុនចាញ់ៈ

បានរៀបចំទិវាជាតិប្រយុទ្ធ នឹង ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងខេត្តទាំង២០ លើកលែងតែ ខេត្ត កណ្តាល ព្រៃវែង ស្វាយរៀង និង ក្រុងភ្នំពេញ។ មុនចាប់ផ្តើមកម្មវិធីនេះផ្នែកអប់រំសុខភាពនៃ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធ នឹង ជំងឺគ្រុនចាញ់បាន អញ្ជើញ អ្នកអភិបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់ខេត្ត ព្រមទាំងអង្គការ ដែលជាដៃគូ មក ពិភាក្សា ដើម្បីរិះរក វិធីសាស្រ្តសំដៅធ្វើ យ៉ាងណា ឱ្យកម្មវិធីនេះមាន ការចូលរួមពីប្រជាជនមូលដ្ឋាន បានច្រើន កុះករ និងម៉្យាងវិញ ទៀតត្រូវមាន ការរៀបចំ ឱ្យបាន សមរម្យនិងត្រឹមត្រូវទៅ តាមថវិការ ដែលបានកំណត់ ។ក្នុងឱកាសនោះដែរក៏មានការចូលរួមពីសំណាក់ថ្នាក់ដឹកនាំនៃក្រសួងសុខាភិបាលដែលញ៉ាំងឱ្យកម្មវិធីនេះកាន់តែមានភាពអធឹកអធមអ្នកចូលរួមគឺមកពីគ្រប់សត្ថាបណ្ណ័ពាក់ពន្ធដូចជាៈ សាលារៀន ,ប៉ូលីស កងទ័ព ,អ្នកស្មគ្រ័ចិត្ត ប្រជាជន និងអាជ្ញាធរដែនដីមានចំនួនប្រហាក់ប្រហែលពី៦០០ទៅ១០០០ នាក់តាមខេត្តនិមួយៗ ។

៤.៤-ការផ្សព្វផ្សាយៈ

បានចាក់ផ្សាយតាមប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយខេត្តទាំង២០ ដូចជា ទូរទស្សន៏ វិទ្យុ , ទូរទស្សន៏ ខ្សែកាប ឬតាម រយៈវីដេអូចលត័ដែលមានការរៀបចំជាកាលវិភាគនិងមានការចុះកុងត្រាជាមួយនិងក្រុមហ៊ុន។ ការតាម ដានសកម្មភាព ចាក់ផ្សាយ ស្ពត់ ទាំងវិទ្យុនិងទូរទស្សន៏របស់ថ្នាក់ខេត្តនិងការធ្វើវីដេអូចលត័បានត្រូវធ្វើ ទន្ទឹម ពេល ការចាក់ផ្សាយដំណើរការ ។

៥.គ្រប់គ្រងកម្មវិធីប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពរួមបញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័ព័ត៏មានសុខាភិបាលនិងការតាមដានព្រមទាំងសម្របសម្រួលនានាដែលនឹងនាំឱ្យការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ មានគុណភាពខ្ពស់និងទទួលបានជោគជ័យៈ

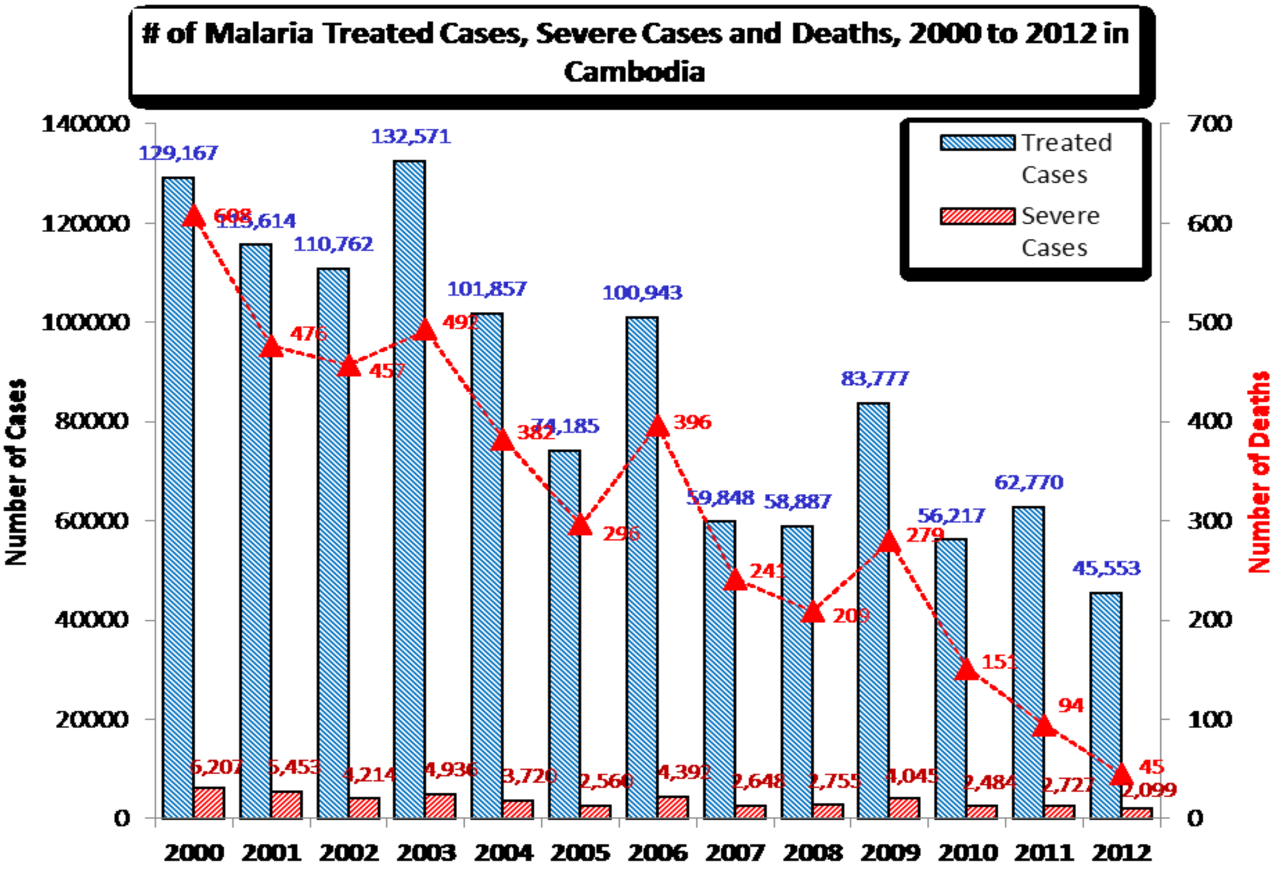
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ បានបង្កើតប្រពន្ធ័ព័ត៌មាន សុខាភិបាល និងការតាមដានព្រម ទាំងមានការសិក្សាស្រាវជ្រាវរិះរករបកកំហើញថ្មីៗ ស្របតាមលក្ខណៈវិទ្យាសាស្រ្តបច្ចុប្បន្ន ដើម្បី បង្កើតយុទ្ធសាស្រ្តឆ្លើយតបទៅនឹង ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្តជាតិនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ អោយអស់ នាឆ្នាំ២០២៥ ។

III ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាក្នុងបរិបទសកលលោក

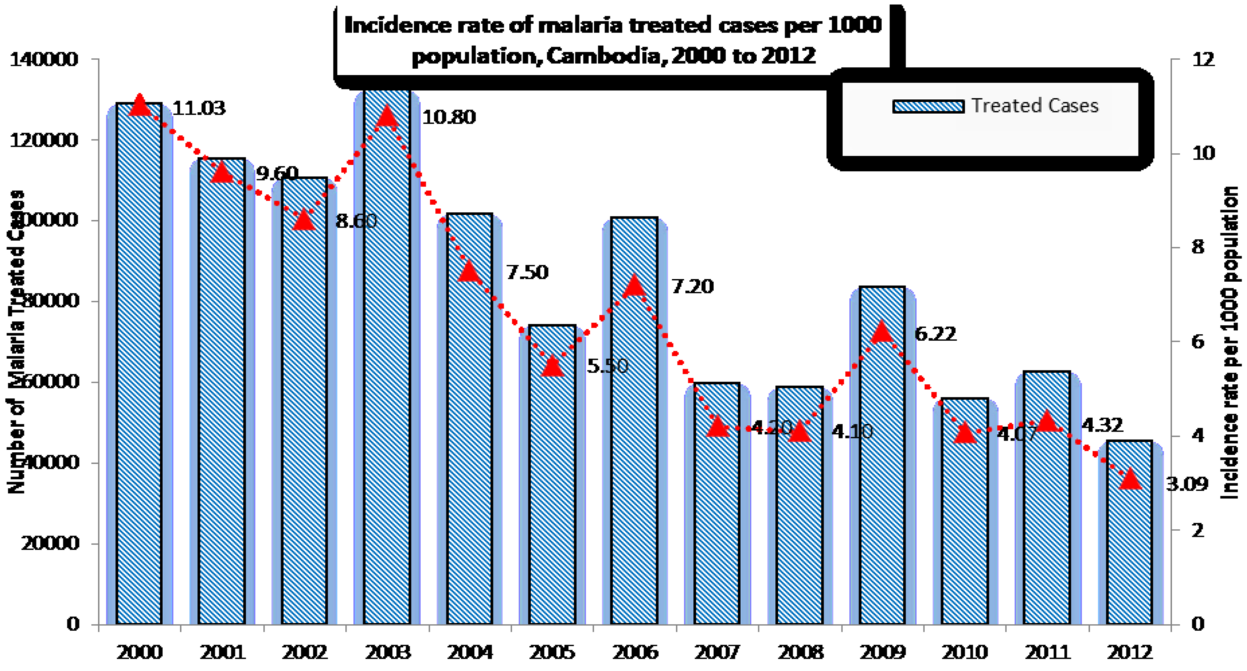
ចំនួនករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងសកលលោក (**៩៩ប្រទេសមានជំងឺគ្រុនចាញ់**) ក្នុងទសវត្ស ឆ្នាំ ២០០០-២០១០ បានថយចុះ ២៥% ក្នុងនោះកម្ពុជាថយ ៦២%។ នៅពេលកម្ពុជាធ្វើជាម្ចាស់ផ្ទះកិច្ចប្រជុំកំពូលអាស៊ានឆ្នាំ២០១២ សេចក្តីប្រកាសនៃកិច្ច ប្រជុំកំពូល អាស៊ីបូព៌ាលើកទី៧ ស្តីពីការឆ្លើយតបថ្នាក់តំបន់ទៅនឹងការ គ្រប់គ្រងជំងឺ គ្រុនចាញ់ និង ការដោះស្រាយភាពស៊ាំទៅ នឹងឱសថ របស់ជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានអនុមតិកាល ពីថ្ងៃទី ២០ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១២ នៅរាជធានីភ្នំពេញ។ អត្រាស្លាប់ គ្រុនចាញ់ក្នុងប្រជាជនកម្ពុជា ១សែននាក់បានថយ ចុះពី៥,២៩ នាក់ នាឆ្នាំ២០០០ មកនៅត្រឹម ០,៦៧នាក់ នាឆ្នាំ២០១១ និង ០,៣២នាក់ នាឆ្នាំ២០១២ ក្នុងខណៈដែលគោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហសវត្សកម្ពុជាកំណត់ត្រឹម ០,៧៨នាក់សំរាប់ឆ្នាំ២០១៥ពោល គឺយើងសំរេចគោល ដៅបាន ៣ឆ្នាំមុនកាល កំណត់។ ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ ដែល ព្យាបាល នៅ មន្ទីរពេទ្យ ឬ មណ្ឌលសុខភាពរដ្ឋ ក្នុង ប្រជាជន ១០០០ នាក់បាន ថយពី ១១.២ករណី នាឆ្នាំ២០០០ មកនៅ ២,៩ករណី ឆ្នាំ២០១២ ក្នុងខណៈដែលគោលដៅសហសវត្សកម្ពុជាកំណត់ត្រឹម០,៤០ករណីពោលគឺយើងសំរេចគោលដៅបាន៣ឆ្នាំមុនកាល កំណត់។

សូចនាករគោលដៅអភិវឌ្ឍន៏សហវត្សកម្ពុជា: លទ្ធផល ប្រៀបធៀបគោលដៅ ឆ្នាំ២០១៥

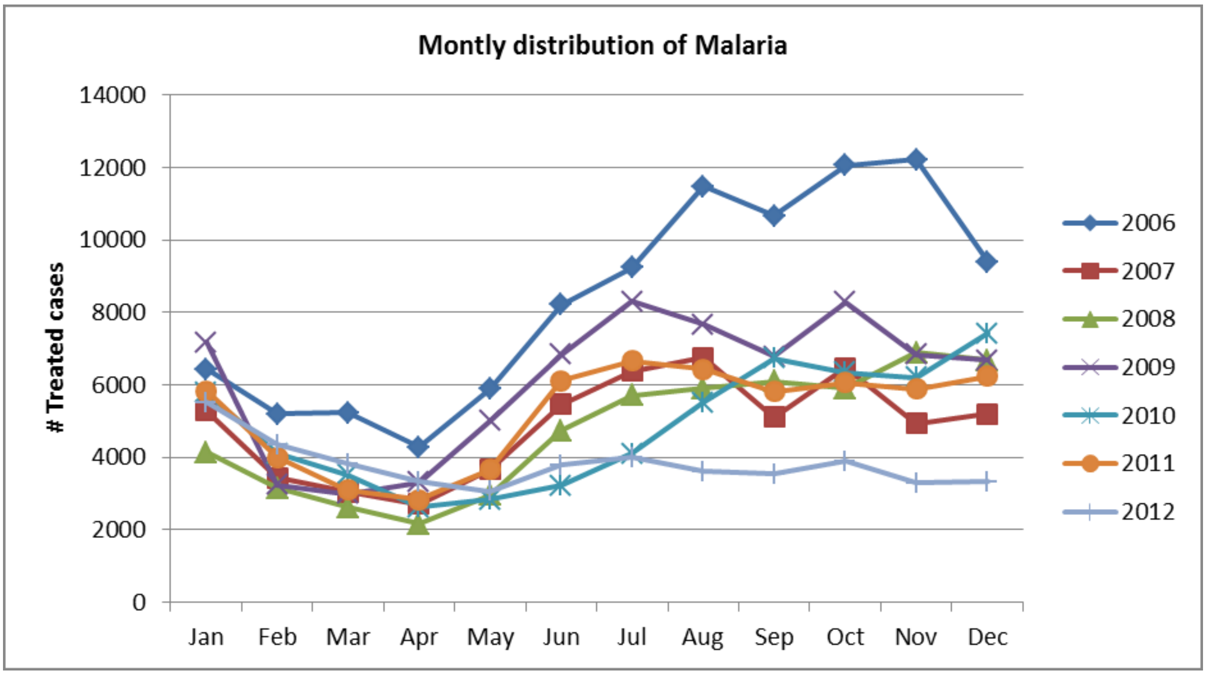
សូចនាករ	ស្ថានភាព ឆ្នាំ២០០០	លទ្ធផល 2010	លទ្ធផល 2011	លទ្ធផល 2012	គោលដៅ ឆ្នាំ២០១៥
សូចនាករស្នូល: ចំនួនស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ដែលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកសេវាសាធារណៈក្នុងប្រជាជន១សែននាក់	0.47%	0.26%	**0.67**	0.32	0.78
សូចនាករតាមដានទី១: ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ ដែលព្យាបាល ដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែកឬមណ្ឌលសុខភាពរដ្ឋក្នុងប្រជាជន១សែននាក់	11.2	4.3	4.5	2.9	4.0
សូចនាករតាមដានទី២: ចំនួនស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ ក្នុងករណីឈឺ១០០នាក់ ដែលព្យាបាល ដោយមន្ទីរពេទ្យបង្អែកឬម.សរដ្ឋ	5.29%	1.11 %	0.15%	0.11%	0.40%



# of Malaria Treated Cases, Severe Cases and Deaths, 2000 to 2012 in Cambodia
Treated Cases
Severe Cases
Number of Cases
Number of Deaths
129,167
115,614
110,762
132,571
101,857
74,185
100,943
59,848
58,887
83,777
56,217
62,770
45,553
608
476
457
492
382
296
396
241
209
279
151
94
45
6,207
5,453
4,214
4,936
3,720
2,560
4,392
2,648
2,755
4,045
2,484
2,727
2,099
2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012



Incidence rate of malaria treated cases per 1000 population, Cambodia, 2000 to 2012
Treated Cases
Number of Malaria Treated Cases
Incidence rate per 1000 population
11.03
9.60
8.60
10.80
7.50
5.50
7.20
4.20
4.10
6.22
4.07
4.32
3.09
2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012



មូលហេតុចំបងនៃ ការសំរេចលទ្ធផលក្នុងល្បឿនលោតផ្លោះខុសធម្មតា ដោយសារ ក្នុង៤ឆ្នាំ (២០០៨-២០១២) មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្រ្ត និង បាណកសាស្រ្ត បានចែកមុងដោយ ឥតបង់ថ្លៃ ចំនួន៦លាន១សែនមុង ក្នុងនោះមុង ចំនួនជាង៣លាន៧សែនទើបនឹងត្រូវបានចែក ក្នុងឆ្នាំ ២០១១ -២០១២ ដែលជា រយៈកាល ២ឆ្នាំដំបូង នៃការអនុវឌ្ឍន៏ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ ២០១១-២០២៥ របស់ រាជរដ្ឋាភិបាល។ ទន្ទឹមនោះមជ្ឈមណ្ឌលបានសហការជាមួយ អង្គការ ភី អេស អាយ ចែកថ្នាំជ្រលក់មុងដោយឥតបង់ថ្លៃ ចំនួនជាង ៨ម៉ឺន៧សែនកញ្ចប់ ដល់អ្នកលក់មុង តាមទីផ្សារឯកជន និង សហគមន៏ ។ ប្រដាប់ជួសឈាមរក មេរោគគ្រុនចាញ់ និង ឱសថព្យាបាល គ្រុនចាញ់ សំរាប់ វិស័យសាធារណៈ វិស័យឯកជន និង នៅតាមសហគមន៏ ត្រូវបានផ្គត់ផ្គង់និង ចែកចាយផ្ដាច់មុខ ដោយកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់។ ភូមិណា ដែលប្រឈម នឹងជំងឺ គ្រុនចាញ់កំរិតខ្ពស់សុទ្ធតែមាន ភ្នាក់ងារ ស្ម័គ្រភូមិ ១ ឬ ២នាក់ ដែលទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាល អំពី ការអប់រំសុខភាព ស្ដីពីគ្រុនចាញ់ ការគ្រប់គ្រងបែងចែកមុង និង ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ-ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់កំរិតស្រាល ព្រមទាំងបានទទួលឱសថបរិក្ខារទាន់ពេលជាប្រចាំ។ ការផ្សព្វផ្សាយ និង អប់រំពីការការពារជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានធ្វើនៅតាមសហគមន៏ផង និង តាមបណ្ដាញ ផ្សព្វផ្សាយទំនើបផងដូចជា តាមវិទ្យុ-ទុរទស្សន៏ និង កាសែត។ កូនសោរនៃការកាត់ បន្ថយអត្រាស្លាប់ គឺជូន ពត៌មានដល់អ្នកមានសញ្ញាគ្រុនក្ដៅនៅ តំបន់គ្រុនចាញ់ ឬ ទើបនឹងមកពីតំបន់គ្រុនចាញ់ថា តើពួកគាត់ទៅ រកសេវានៅឯណាដោយចាប់ផ្ដើមជាដំបូងពីការទៅ ភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិដែលនៅតំបន់គ្រុនចាញ់ស្រាប់ ។ក្នុង២ឆ្នាំដំបូងនៃការការអនុវត្តន៏ ផែនការ យុទ្ធសាស្រ្តជាតិលុប បំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ២០១១-២០២៥ របស់រាជរដ្ឋាភិបាល ករណីស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់(ក្នុងឆ្នាំ ២០១១-២០១០) បានថយចុះក្នុងល្បឿនលោតផ្លោះដែលមិនធ្លាប់ មាន

កាលពីមុនឆ្នាំ២០១១។ក្នុងទសវត្សឆ្នាំ២០០០-២០១០ ការស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ត្រូវបាន កាត់បន្ថយជាមធ្យម ក្នុង១ឆ្នាំៗ ប្រហែល៨%ប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែក្រោយមក យើងកាត់បន្ថយបាន ៣៨% ក្នុងឆ្នាំ ២០១១ និង ៥២% ក្នុងឆ្នាំ២០១២នេះពោលគឺ ពី ១៥១នាក់នាឆ្នាំ២០១០ មកនៅ ៩៣នាក់នាឆ្នាំ២០១១ និង៤៥នាក់នា ឆ្នាំ២០១២។ ចំនួនស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ទូទាំងប្រទេសពេញ១ឆ្នាំ មានប្រហែលចំនួនស្លាប់ដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរ រយៈកាលតែ៤ថ្ងៃ ៩-១២កុម្ភៈឆ្នាំ ២០១៣។ យើងសង្ឃឹមយ៉ាងមាំថាចាប់ពីឆ្នាំ ២០១៥តទៅការស្លាប់ដោយ ជំងឺគ្រុនចាញ់ លែងជាមូលហេតុចំបង នៃអត្រាស្លាប់ទូទៅនៅប្រទេសកម្ពុជា ទៀតហើយ ប៉ុន្តែយើងមានកិច្ចជា ច្រើនត្រូវធ្វើទៀត ដើម្បីឈានទៅសំរេចការ លុបបំបាត់ ជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យ បានមុនឆ្នាំ២០២៥។ ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ព្យាលដោយ សេវា សាធារណៈ ឬ ដោយ ភ្នាក់ងារស្ម័គ្រ ចិត្តភូមិ ឆ្នាំ២០១២ មាន ៦៩,៥១៥នាក់ គឺថយ ចុះ ៣៥% បើប្រៀបធៀបឆ្នាំ ២០១១ ដែលមាន ១០៦,៧៧៦នាក់។

នៅឆ្នាំ២០១០ ខេត្តដែល "គ្មាន" ការស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់មានចំនួនតែ៥ទេគឺ ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ កំពង់ឆ្នាំង កណ្តាល កែប និង ប៉ៃលិន ប៉ុន្តែ ឆ្នាំ២០១២ ខេត្តដែល "គ្មាន" ការស្លាប់ដោយ មានរហូតដល់១៣ខេត្ត ហើយខេត្តដែល នៅបន្តមានស្លាប់ឆ្នាំនេះ មាន១១គឺខេត្ត កំពង់ចាម១១នាក់ ភ្នំពេញ៧នាក់ (ចំណាកស្រុក) ក្រចេះ ៦នាក់ កំពង់ធំ ៦នាក់ ស្ទឹងត្រែង៥នាក់ ស្វាយរៀង៣នាក់(ចំណាកស្រុក) សៀមរាប ២នាក់ បាត់ដំបង ២នាក់ រតនគិរី១នាក់តាកែវ១នាក់ និងបន្ទាយានជ័យ១នាក់។ខេត្តដែលទទួលជោគជ័យគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៏ក្នុងការបន្ថយអត្រាស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ក្នុង២ឆ្នាំកន្លងមក គឺខេត្តរតនគិរី ដែលមានស្លាប់ ៣៨នាក់ នាឆ្នាំ២០១០ហើយធ្លាក់ ១១នាក់ នៅ ឆ្នាំ ២០១១ និង មានតែ ១នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១២ គឺកាត់បន្ថយបាន ៩៧% ក្នុង ២ឆ្នាំ។

ឆ្នាំ ២០១២ នេះ ករណីស្លាប់ភាគ ច្រើនជាអ្នកធ្វើចំណាកស្រុកទៅធ្វើការក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់ និងជាពិសេស អ្នកដែលទៅរកវិស័យឯកជនព្យាបាលមិនជាធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ រួចហើយទើបចូលមកសេវាព្យាបាលសារធារណៈយឺតពេលក្នុងនោះ ខ្លះស្លាប់តាមផ្លូវ ខ្លះស្លាប់ពេល ចូលមកដល់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ដោយមកយឺត ពេលហួសពេលជួយសង្គ្រោះបាន។ចំពោះអ្នកសង្ស័យគ្រុនចាញ់ដែលមករកសេវារដ្ឋតាំង ពីដំបូងមានអត្រា ស្លាប់ទាបណាស់។ ឧទាហរណ៏ ករណីស្លាប់នៅខេត្តស្វាយរៀងដែលជាខេត្តគ្មានមូសដែកគោលចំលងគ្រុនចាញ់ មានអ្នកស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ ២០១០ មាន២នាក់ ឆ្នាំ ២០១១ឡើងដល់៤នាក់ និង ឆ្នាំ២០១២នេះមាន៣នាក់ ដោយពួកគេឆ្លងគ្រុនចាញ់នៅខេត្តផ្សេងៗ រួចទើបត្រឡប់មកព្យាបាលខេត្តដើមរបស់ខ្លួន។ ជនចំណាកស្រុក មានជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលត្រឡប់មកស្លាប់នៅភ្នំពេញឆ្នាំ ២០១០មាន១២នាក់ ឆ្នាំ២០១១មាន១០នាក់និង ឆ្នាំ២០១២មាន៦នាក់ដោយពួកគេភាគច្រើនមិនបានទៅរកសេវាព្យាបាលទាន់ពេលតាំងពីនៅតំបន់គ្រុនចាញ់ មុនត្រឡប់មកខេត្តដែលមិនប្រឈមនឹងគ្រុនចាញ់វិញ។ ករណីស្លាប់នៅខេត្តកំពង់ចាមឆ្នាំ២០១០មាន២២នាក់ឆ្នាំ២០១១ចុះមក៥នាក់ និង ២០១២ឡើងមក១១នាក់ ដោយភាគច្រើនជាអ្នក ទៅធ្វើការនៅតំបន់ គ្រុនចាញ់ដូចជា រតនគិរី មណ្ឌលគីរីនិងក្រចេះជាដើម។ករណីស្លាប់ខ្លះទៀតឆ្នាំ២០១២នេះជាអ្នកមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ដោយជំងឺផ្សេងពីគ្រុនចាញ់ ប៉ុន្តែត្រូវបានរាប់ថាស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ទោះបីគេមានមេរោគ គ្រុនចាញ់ តិចតួចក៏ដោយ។

ចំនួន ករណីគ្រុនចាញ់ព្យាបាលដោយសេវាសាធារណៈ ឬដោយភ្នាក់ងារស្ម័គ្រចិត្តភូមិ

Province	២០១០		២០១១		២០១២		ប្រែប្រួល ២០១០-២០១១		ប្រែប្រួល ២០១១-២០១២		ប្រែប្រួល ២០១០-២០១២	
	ឈឺ	ស្លាប់	ឈឺ	ស្លាប់	ឈឺ	ស្លាប់	ឈឺ	ស្លាប់	ឈឺ	ស្លាប់	ឈឺ	ស្លាប់
Kampong Cham	8,678	**22**	5,239	**5**	4,609	**11**	-40%	-77%	-12%	120%	-47%	-50%
Phnom Penh	981	**12**	2,778	**10**	376	**7**	183%	-17%	-86%	-30%	-62%	-42%
Kampong Thom	11,868	**8**	5,947	**14**	4,178	**6**	-50%	75%	-30%	-57%	-65%	-25%
Kratie	14,705	**17**	8,623	**15**	6,955	**6**	-41%	-12%	-19%	-60%	-53%	-65%
Stung Treng	11,557	**6**	7,778	**7**	6,105	**5**	-33%	0%	-22%	-17%	-47%	-17%
Svay Rieng	174	**2**	240	**4**	170	**3**	38%	100%	-29%	-25%	-2%	50%
Battambang	13,038	**3**	5,644	**2**	4,905	**2**	-57%	-33%	-13%	0%	-62%	-33%
Siemreap	20,310	**14**	8,784	**12**	5,411	**2**	-57%	-14%	-38%	-83%	-73%	-86%
Ratanakiri	26,766	**38**	14,234	**11**	7,154	**1**	-47%	-71%	-50%	-91%	-73%	-97%
Takeo	983	**2**	1,425	**3**	972	**1**	45%	50%	-32%	-67%	-1%	-50%
Banteay Meanchey	4,035	**0**	466	**0**	438	**1**	-88%	#DIV/0!	-6%	#DIV/0!	-89%	#DIV/0!
Kampot	8,294	**5**	6,008	**2**	2,663	**0**	-28%	-60%	-56%	-100%	-68%	-100%
Kampong Speu	9,312	**4**	7,177	**2**	3,456	**0**	-23%	-50%	-52%	-100%	-63%	-100%
Preah Vihear	18,275	**4**	9,058	**2**	5,961	**0**	-50%	-50%	-34%	-100%	-67%	-100%
Pursat	9,629	**2**	7,016	**2**	4,828	**0**	-27%	0%	-31%	-100%	-50%	-100%
Preah Sihanouk	705	**5**	1,150	**1**	307	**0**	63%	-80%	-73%	-100%	-56%	-100%
Koh Kong	2,171	**3**	1,961	**1**	654	**0**	-10%	-67%	-67%	-100%	-70%	-100%
Mondul Kiri	8,808	**1**	3,641	**1**	2,735	**0**	-59%	0%	-25%	-100%	-69%	-100%
Oddar Meanchey	16,559	**2**	5,930	**0**	4,800	**0**	-64%	-100%	-19%	#DIV/0!	-71%	-100%
Prey Veng	551	**1**	647	**0**	495	**0**	17%	-100%	-23%	#DIV/0!	-10%	-100%
Kampong Chhnang	1,176	**0**	1,711	**0**	1,009	**0**	45%	#DIV/0!	-41%	#DIV/0!	-14%	#DIV/0!
Kandal	430	**0**	284	**0**	274	**0**	-34%	#DIV/0!	-4%	#DIV/0!	-36%	#DIV/0!
Kep	145	**0**	133	**0**	71	**0**	-8%	#DIV/0!	-47%	#DIV/0!	-51%	#DIV/0!
Pailin	2,501	**0**	902	**0**	989	**0**	-64%	#DIV/0!	10%	#DIV/0!	-60%	#DIV/0!
Total	191,651	**151**	106,776	**94**	69,515	**45**	-44%	-38%	-35%	-52%	**-64%**	**-70%**

ទោះបីការស្លាប់ដោយគ្រុនចាញ់ បានត្រូវកាត់បន្ថយក្នុងល្បឿនលឿនខ្លាំងក្នុង ២ឆ្នាំកន្លងមកក៏ដោយ ក៏ យើងកំពុង ជួបបញ្ហា ប្រឈម ១ចំនួនក្នុង ការឈាន ទៅ លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងនៅឆ្នាំ២០២៥។ ទី១ គឺចលនាជនចល័តទៅការធ្វើតំបន់គ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេស និង ក្រៅប្រទេស។ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណជនចល័តមានការស្មុគ្រស្មាញ។ ទី២ គឺ ភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ ដែលកន្លងមកយើងមានលទ្ធភាពទប់ទល់មិនឱ្យរីករាលដាលប៉ុន្តែបើយើងបន្ធូរបន្ថយអន្តរាគមន៍ភ្លាមភាពស៊ាំទាំងនោះអាចនឹងរីករាលដាលយ៉ាងរហ័ស។ ទី៣គឺសមា

មាត្រមេរោគគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីហ្វារ៉ូមដែលជាប្រភេទកាចសាហាវឬប្រភេទមរណៈ ត្រូវបានកាត់បន្ថយជាហេតុនាំ ឱ្យសមាមាត្រ (Proportion មេរោគគ្រុនចាញប្រភេទវីវ៉ាក់ ដែលជា ប្រភេទស្រាលមានការ កើនឡើងទោះបីចំនួន ករណីគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់នេះបានថយចុះក៏ដោយ ក្នុងខណៈ ដែលប្រជាជនកម្ពុជាប្រហែល ពី៥% ទៅ ២០% (សូមអាន ឧបសម្ព័ន្ធទី ១) មានគ្រាប់ឈាម ក្រហមខ្វះសារជាតិហ្សេស៊ីកភីឌី (G6PD Deficiency) ដែលជាស្ថានភាពតពូជពីបុព្វកាលមក។កង្វះហ្សេស៊ីកភីឌី មិនមែនជាជំងឺទេ ប៉ុន្តែអ្នកមាន គ្រាប់ឈាម ក្រហមកង្វះសារជាតិ នេះអាច នឹងប្រឈម និងផលរំខាន របស់ឱសថគ្រុនចាញ់ ប្រភេទព្រីម៉ាគីន (Primaquine) ដែលបច្ចុប្បន្នជា ឱសថដែលអាច សំលាប់មេរោគគ្រុនចាញ់ ប្រភេទវីវ៉ាក់ ដែលអាចពួនសំងំ ក្នុង ថ្លើមមនុស្ស ច្រើនខែឆ្នាំ ក្រោយពីការ ព្យាបាល បាន ជាសះ ស្បើយ ដោយប្រើឱសថ ក្រៅពីប្រភេទព្រីម៉ាគីន។

Plasmodium Species: National Malaria Survey 2004-2010										
Year	# Slides tested						Proportion (%)			
	# Slides tested	Pf	Pv	Mix	Others	Total	Pf	Pv	Mix	Others
2004	5696	173	70	6	6	255	67.84%	27.45%	2.35%	2.35%
2007	6273	125	69	17	1	212	58.96%	32.55%	8.02%	0.47%
2010	5070	6	41	2	0	49	12.24%	83.67%	4.08%	0.00%

Plasmodium Species 2006-2012: Public Health Facilities

Year	# Confirmed slides				Proportion (%)			
	Total positive	Pf	Pv	Mix	Total positive	Pf	Pv	Mix
2006	33405	25007	7645	753	100%	75%	23%	2%
2007	22478	16501	5361	616	100%	73%	24%	3%
2008	19261	13929	4653	679	100%	72%	24%	4%
2009	24273	19727	3801	745	100%	81%	16%	3%
2010	14276	8213	4794	1269	100%	58%	34%	9%
2011	13709	7006	5124	1579	100%	51%	37%	12%
2012	40476	14896	19575	6005	100%	37%	48%	15%

Plasmodium Species 2012 by Province: Public health facilities								
Province	# confirmed				Percentage			
	PF	Vivax	Mix	Total	PF	Vivax	Mix	Total
Mondul Kiri	973	208	164	**1345**	72%	15%	12%	**100%**
Ratanakiri	1710	1043	888	**3641**	47%	29%	24%	**100%**
Kratie	1549	1092	916	**3557**	44%	31%	26%	**100%**
Stung Treng	1201	858	337	**2396**	50%	36%	14%	**100%**
Pursat	1448	978	289	**2715**	53%	36%	11%	**100%**
Phnom Penh	221	151	4	**376**	59%	40%	1%	**100%**
Siemreap	1585	1436	451	**3472**	46%	41%	13%	**100%**
Kandal	119	117	38	**274**	43%	43%	14%	**100%**
Kampong Speu	818	868	293	**1979**	41%	44%	15%	**100%**
Svay Rieng	73	76	21	**170**	43%	45%	12%	**100%**
Prey Veng	192	225	78	**495**	39%	45%	16%	**100%**
Kampong Thom	607	743	260	**1610**	38%	46%	16%	**100%**
Banteay Meanchey	138	179	35	**352**	39%	51%	10%	**100%**
Takeo	410	491	42	**943**	43%	52%	4%	**100%**
Kampong Chhnang	318	534	157	**1009**	32%	53%	16%	**100%**
Kampot	659	892	110	**1661**	40%	54%	7%	**100%**
Battambang	748	1610	405	**2763**	27%	58%	15%	**100%**
Preah Sihanouk	98	152	4	**254**	39%	60%	2%	**100%**
Koh Kong	146	234	9	**389**	38%	60%	2%	**100%**
Kampong Cham	899	2349	510	**3758**	24%	63%	14%	**100%**
Preah Vihear	708	2716	791	**4215**	17%	64%	19%	**100%**
Pailin	63	376	91	**530**	12%	71%	17%	**100%**
Kep	17	51	3	**71**	24%	72%	4%	**100%**
Oddar Meanchey	196	2196	109	**2501**	8%	88%	4%	**100%**
Total	**14896**	**19575**	**6005**	**40476**	37%	48%	15%	**100%**

- **<u>របាយការណ៍បណ្តុះបណ្តាលនៃផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រឆ្នាំ២០១២</u>**

ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យគ្រុនចាញ់ គឺជាឧបករណ៏ដ៏សំខាន់សំរាប ់ការសំរេចចិត្តក្នុងការវាយតំលៃស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ ។ប៉ុន្តែសមត្ថភាពរបស់មន្ត្រីជំនាញពិសេស នៅថ្នាក់ខាងក្រោមចំពោះ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនិង លក្ខណៈគ្រឹះនៃការធ្វើវិភាគទិន្នន័យនៅតែមានកំរិតទាបនៅឡើយ ។ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពបុគ្គលិកអោយកាន តែប្រសើរឡើងជាពិសេស អ្នកដែលទទួលបន្ទុកផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ លក្ខណៈគ្រឹះនៃការវិភាគទិន្នន័យផ្នែក សុច្ឆនាករជំងឺគ្រុនចាញ់ ផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្រ និង បាណកសាស្ត្របានលើកគំរោងស្នើសុំទៅមូលនិធិសកលនូវសកម្មភាពវគ្គបណ្តុះបណ្តាល អំពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រ និង ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យតាមរយៈប្រពន្ឋ័ផែនទីភូមិសាស្ត្រ។ អាស្រ័យ ហេតុ នេះនៅក្នុងឆ្នាំ២០១២ការបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យតាមរយៈប្រពន្ឋ័ផែនទីភូមិសាស្ត្រត្រូវ បាន រៀបចំឡើងដោយផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រ រួមសហការជាមួយផ្នែកសិក្សាស្រាវជ្រាវ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺគ្រុនចាញ់ជូនដល់មន្ត្រីជំនាញទាំងអស់ នៅមន្ទីរសុខាភិបាល ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលពីការប្រើប្រាស់កម្មវិធីប្រពន្ឋ័ភូមិសាស្ត្រ ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងខេត្តចំនួន៦ដែលមាន

ខេត្តសៀមរាបដែលមានអ្នកចូលរួមចំនួន៦៣នាក់ មកពីខេត្តបន្ទាយមានជ័យ, ៧២នាក់មកពីខេត្តបាត់ដំបង ,៣១នាក់មក ពីខេត្តព្រះសីហនុ, ៣១នាក់មកពីខេត្តកំពត, ៣០នាក់មកពីខេត្តក្រចេះ និង ២៩នាក់មក ពីខេត្តមណ្ឌលគីរី ។

IV. ផ្នែកសិក្សាស្រាវជ្រាវ

៤.១-ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីភាពស៊ាំមេរោគគ្រុនចាញ់ទៅនឹងថ្នាំ DHA-PIP

ក-ទីកន្លែង.ពេលវេលា.លទ្ធផល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីភាពស៊ាំគ្រុនចាញ់ DHA-PIP បានធ្វើឡើងនៅបាត់ដំបង(តាសាញ), កំពង់ស្ពឺ (អូរ៉ាល់), ពោធិសាត់(វាលវែង)និងកំពង់ធំ(សណ្ដាន់) ។ការសិក្សាបានចាប់ ផ្ដើមពីខែកក្កដា ២០១២ នឹង បន្តរហូតដល់ខែមិនាឆ្នាំ២០១៣។ យើងបានពិនិត្យជំងឺសរុបទាំងអស់បានចំនួន ១០៧២នាក់ (ចំនួន២៧៥នាក់ នៅ តាសាញ, ២៧៥នាក់នៅវាលវែង, ២២១ នាក់នៅអូរ៉ាល់ និង ៣៥៦នាក់ នៅសណ្ដាន់) ក្នុងនោះយើងរើសបានអ្នកជំងឺបានចំនួន៤០ នាក់នៅតាសាញ, ២២នាក់នៅវាលវែង, ២២ នាក់នៅអូរ៉ាល់ និង ៦០នាក់នៅសណ្ដាន់ ។

ខ-សន្និដ្ឋាន

ថ្នាំ DHA-PIP មានការធ្លាក់ចុះសមត្ថភាពសំអាតមេរោគយើងសង្កេតឃើញថាអត្រាមេរោគនៅថ្ងៃទីបី ខ្ពស់រហូតដល់ **59.1%** នៅវាលវែង និងជាង 27%នៅឱរ៉ាល់ 20% នៅតាសាញ់ទោះបីជាការ ព្យាបាលជោគជ័យ 100% នៅសណ្ដាន់ និង នៅឱរ៉ាល់ ប៉ុន្តែថ្នាំនេះព្យាបាលជាសះស្បើយមានតែ 86% និង 90% នៅបាត់ដំបង និងពោធិសាត់។

៤.២-ការសិក្សាទៅលើជីវសាស្ត្រនិងបរិស្ថានសាស្ត្រនៅលើភ្នាក់ងារចំលង

បាណកសាស្ត្រនៅក្នុងសុខភាពសាធារណះគឺការសិក្សាទៅលើជីវសាស្ត្រនិងបរិស្ថានសាស្ត្រនៅលើភ្នាក់ងារចំលងដែលចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់និងគ្រុនឈាមនិងមេរោគផ្សេងៗទៀត។ ការសិក្សារអំពីបុគ្គលិក លក្ខណៈនៃការខាំកន្លែងសំរាកក្រោយការខាំអាយុរបស់របស់ភ្នាក់ងារចំលងដង់ស៊ីតេតាមម៉ោងនិងខែគឺជាសុច្ចនករក្នុងការបង្កើតនិងប្រតិបត្តនៅយុទ្ធសាស្ត្រដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការបង្រ្កាបភ្នាក់ងារចំលងនៅក្នុងបរិស្ថានផ្សេងៗគ្នា។ហេតុដូចនេះការតាមដានបាណកសាស្ត្រការតាមដានអំពីភាពស៊ាំរបស់ថ្នាំបាណកឃាតដែលកំពុងប្រើប្រាស់នៅក្នុងតំបន់គ្រុនចាញ់គឺជាមានសារះសំខាន់។ ការរួមបញ្ចូលពត៌មានបាណកសាស្ត្រនិងផ្នែកដទៃទៀតគឺគន្លឹះសំខាន់សំរាប់កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងការបង្កើតនៅយុទ្ធសាស្ត្រប្រសិទ្ធិភាពថ្មីៗសំរាប់ទប់ស្កាត់នឹងជំងឺគ្រុនចាញ់។

ក-ការសិក្សារបាណកសាស្ត្រនៅឆ្នាំ២០១២មានះ

១-ការសិក្សារបាណកសាស្ត្រនៅតំបន់ដែលអាចចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់។

២-ការសិក្សារតាមដានអំពីភាពស៊ាំរបស់ថ្នាំបាណកឃាតដែលកំពុងប្រើប្រាស់នៅក្នុង តំបន់គ្រុនចាញ់ នៅភាគឥសាន និងនិរតីនៃប្រទេស។

៣-ការសិក្សារសេរ៉ូសាស្ត្រក្នុងឆ្នាំទី១ផ្អែកលើសំណាកឈាមនៅក្នុងខេត្តមណ្ឌលគីរី។

៤-ការសិក្សារប្រសិទ្ធិភាពថ្នាំដេញមូសក្នុងឆ្នាំទី១នៅខេត្តរតនះគីរី ។

៥-បណ្តុះបណ្តាលបាណកសាស្ត្របន្ថែមដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាលខេត្ត ។

ខ-គោលបំណង

១-គោលបំណងទូទៅៈ

- ផ្តល់ពតិមានបាណកសាស្ត្រដល់អ្នកធ្វើផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដោយផ្អែកទៅលើសុច្ចនករចំលងនិងភាពស៊ាំជាមួយជាមួយថ្នាំបាណកឃាតរបស់ភ្នាក់ងារចំលងនៅក្នុងបរិយាកាសប្រែប្រួលបរិស្ថាន ។
- ពង្រឹងនិងបង្កើនសម្ថភាពបុគ្គលិកបាណកសាស្ត្រ ។

២-គោលបំណងសំខាន់ៈ

- តាមដានជីវបរិស្ថានវិទ្យារបស់ភ្នាក់ងារចំលងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងបរិយាកាសប្រែប្រួលបរិស្ថាននៃភាគឥសាននៃប្រទេសនិងកន្លែងទេសចរណ៏មានករណីគ្រុនចាញ់ ។
- បន្តការតាមដានជាប្រចាំភាពស៊ាំរបស់ភ្នាក់ងារចំលងជាមួយថ្នាំបាណកឃាតកំពុងប្រើប្រាស់និងស្វែងរកនៅយន្តកម្មនៃភាពស៊ាំពេលករណីចាំបាច់ ។
- វាយតំលៃនៅចលនករចំលងរបស់ជំងឺគ្រុនចាញ់ជាមួយនិងយុទ្ធវិធីផ្សេងទៀតក្រៅពីការសិក្សាបាណកសាស្ត្រ ។
- អត្តសញ្ញាណនៅចលនករចំលងរបស់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅតាមបណ្តោយព្រំដែនកម្ពុជានិងវៀតណាម

V-ភស្តុភានិងការផ្គត់ផ្គង់

ផ្នែកភស្តុភានិងការផ្គត់ផ្គង់នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ទទួលបន្ទុកធ្វើផែនការ្សតំរូវការ ការទទួល្សការចែកចាយ្សការតាមដានឪសថ្សបរិក្ខារ្សសំភារៈពេទ្យ្សប្រតិករ្សមុងដែលសំរាប់ប្រើប្រាស់កម្មវិធីរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់អោយដំណើរការទទួលជោគជ័យ ។

VI-**ការងារលទ្ធកម្ម**

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់បានបញ្ជាទិញមុងជ្រលក់ថ្នាំ (LLIN) ចំនួន ២,៨៣៤,៧៥០ និងមុងអង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំចំនួន ១២២,០០០ ក្នុងគំរោងមូលនិធិសកលទៅកាន់ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៤៥ សំរាប់ចែក ប្រជាជន គោលដៅ ប្រជាជនចល័ត រួមទាំងកងទ័ព និង ប៉ូលីស ។ទិញតេស្តពិនិត្យឈាម(RDT) ចំនួន ៤៨៧,៥០០តេស្ត សំរាប់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធ នឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ និង ACT ចំនួន ២១៧,២០៨ ។

VII. អន្តរាគមន៍អាទិភាព ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៥ និងត្រូវផ្តោតលើ

- ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ស្តីពីការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ ២០១១-២០២៥ ដោយរៀបចំឯកសារក្របខណ្ឌសំរាប់អនុវត្តន៍ដោយផ្តោតលើក្នុងជំហ៊ាន ទី១ ២០១១-២០១៥ របស់ផែន ការនេះ (Framework for Implementation of for the 1st Phase (2011-2015) of the National Strategic Plan for Elimination of Malaria 2011-2025) និង ការចលនាធនធាន ក្នុងនិងក្រៅប្រទេសដោយកាត់បន្ថយ ការពឹងផ្អែកតែមូលនិធិសកលពេក។
- កាធ្វើសកម្មភាពផ្តោតលើ ការបង្កឱកាសឱ្យជនចំណាកស្រុកបានទទួលពតិមានស្តីពីជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និង ដើម្បីឱ្យពួកគាត់ទទួលសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ-ព្យាបាល ឱ្យបានទាន់ពេលវេលា ។
- សហប្រតិបត្តិការ ជាមួយ វិស័យឯកជន ក្នុងនោះ មាន់ម្ចាស់ឱសថស្ថាន ឬ ពេទ្យឯកជនអ្នកលក់មុងម្ចាស់ការដ្ឋាន ដែលនៅ តំបន់ប្រឹមគ្រុនចាញ់ ។ល។យើងមានការពិនិត្យ លទ្ធភាពសហការក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ គ្រុនចាញ់ ឬ មុង វិស័យឯកជន នៅតំបន់មិនប្រឈម ផងដែរ ដោយហេតុថាថ្មីៗនេះ មានអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ ១ ចំនួនធំស្លាប់នៅតំបន់មិនប្រឈម ពេលគេត្រឡប់មកពីតមបន់គ្រុនចាញ់។
- សហប្រតិបត្តិការឆ្លងដែនជាមួយ ប្រទេសជិតខាង។ ចាប់ពីចុងឆ្នាំ ២០១២មក យើងបានចាប់ផ្តើមសហការជាមួយ អង្គភាពសុខាភិបាលថៃ ដើម្បីជួយ ជនចំណាកស្រុកឆ្លងដែន ក្នុងការការពារនិងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយចាប់ផ្តើម ពីខេត្តថៃដែល ជាប់ព្រំដែននឹងខេត្តពោធិសាត់ ប៉ៃលិន បាត់ដំបង ឧត្តរមានជ័យ បន្ទាយ មានជ័យ របស់កម្ពុជា។ប្រការគួរឱចាប់អារម្មណ៏១ក្នុងសហប្រតិបត្តការនេះ ភាគីកម្ពុជា-ថៃ បានឯកភាពគ្នាប្រើសារអប់រំសុខភាពដូចគ្នា ទ្វេភាសាពី កម្ពុជា-ថៃ នៅតាមសងខាងព្រំដែន ក្នុងនោះមានសារ បញ្ជាក់ថាពិនិត្យព្យាបាលគ្រុនចាញ់ដោយ ឥតបង់ថ្លៃផងដែរ ។បច្ចុប្បន្នយើងកំពុងពិនិត្យលទ្ធភាពពង្រីកសហប្រតិបត្តិការឆ្លងដែននេះនៅខេត្តផ្សេងៗទៀត និង ជាមួយប្រទេស ឡាវ និង វៀតណាម។
- ការបន្តតាមដាន និងទប់ទល់ នឹង ភាពស៊ាំ និង ឱសថគ្រុនចាញ់ និង សិក្សាស្រាវជ្រាវរកឱសថដែលអាចសម្លាប់មេរោគគ្រុនចាញ់ដែលអាចសំងំក្នុងថ្លើម ដូចជាមេរាគប្រភេទវីវ៉ាក់ជាដើម ។

VIII-ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១៣

សូមអានពតិមានលំអិតនៅទំព័រឧប្បសម្ព័ន្ធ២

ផ្នែកទី៣
កម្មវិធីជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម_គ្រុនឈឹក

I. សេចក្តីផ្តើម: សភាពការណ៍ជំងឺគ្រុនឈាមនៅប្រទេសកម្ពុជា

ជម្ងឺគ្រុនឈាមជាប្រភេទជម្ងឺដែលកើតដោយសារវីរុស វាឆ្លងទៅមនុស្សដោយសារការខាំរបស់សត្វមូសខ្លា (*Aedes aegypti*) ភ្នាក់ងារចម្លង ដែលមូសប្រភេទ នេះច្រើន ពងនៅក្នុងទឹកពាង/អាង ដែលគេស្តុកទុក នៅតាម ផ្ទះ។ជម្ងឺនេះមានលក្ខណៈរាតត្បាត ជាប្រចាំ ជាពិសេសតាមប្រទេស ដែលមាន អាកាសធាតុក្តៅនិងក្តៅមធ្យម ដូចជាប្រទេសកម្ពុជា។ សព្វថ្ងៃ នៅប្រទេសកម្ពុជា ជម្ងឺនេះ មានលក្ខណៈរាតត្បាតជា (endemo-epidemic) នៅក្នុងតំបន់ ។

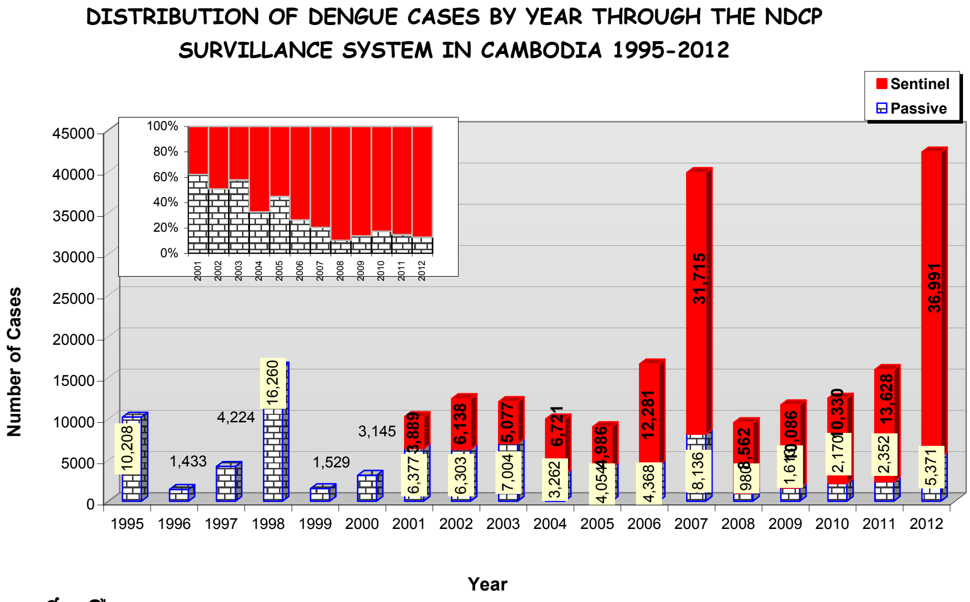
ទូរទាំងប្រទេស កាលពី៥ឆ្នាំកន្លងទៅ ឆ្នាំ ២០០៧ មានការរាតត្បាតជាទ្រង់ទ្រាយធំទូទាំងប្រទេសទាំង រដូវប្រាំង និង វស្សា។ នាឆ្នាំកន្លងទៅថ្មីៗនេះ មានការកើនឡើងនូវ របាយការណ៍នៃករណីគ្រុនឈាម ដែលចំនួន នេះ មានទំនាក់ ទំនង យ៉ាងជិតស្និត ទៅនឹង កំណើនប្រជាជន- ទីក្រុងភាវូបនីយកម្ម- អនាម័យនិង បរិស្ថាន ដែលនៅមានកំរិត ទាប និងការ កើនឡើងស្របគ្នា នូវមូសខ្លា-ភ្នាក់ងារ ចម្លង និង មេរោគវីរុស គ្រុនឈាម ។

សព្វថ្ងៃនេះ នៅពុំទាន់មានថ្នាំវ៉ាក់សាំងដើម្បី ចាក់ការពារ ជម្ងឺគ្រុនឈាមនៅឡើយ ដូចនេះវិធានការ ការពារដ៏មាន ប្រសិទ្ធិ ភាព គឺការកំចាត់មូសខ្លា- ភ្នាក់ងារចម្លងនិងជម្រករបស់វា។ នៅប្រទេសកម្ពុជាជម្រកសំខាន់ៗ មូសខ្លា- ភ្នាក់ងារចម្លងជម្ងឺគ្រុន ឈាម ច្រើន ពងនៅតាមពាង/អាងទឹកធំៗ ដែលគេទុកនៅ ខាងក្នុងនិងខាងក្រៅ ផ្ទះបញ្ជាក់ពីភាព រាយប៉ាយនៅពាសពេញប្រទេស ហើយភាគច្រើន (៧៥-៨០%)ពងនៅតាម ក្នុងពាង/អាងទឹកតូច-ធំដែលមាននៅខាងក្នុងនិង ក្រៅផ្ទះ និងប្រមាណ (២០-២៥%) ពង នៅតាមរបស់របរដែលគេបោះបង់ចោល ដូចជា សំបកកំប៉ុង- ខ្ទៅខ្ទង- ត្រឡោកដូង- សំបក កង់ឡាន- ថង់ប្លាស្ទិក នៅក្នុងបរិវេណជីផ្លូ និងតាមទីសាធារណៈនានា។

ភាពមានដ៏ច្រើនលើសលុបនូវ ពាង/អាងនិងបញ្ហាអនាម័យ បានបង្ករឱ្យមាន ការលំបាក ជាខ្លាំងក្នុង ការការពារ ពិសេសការងារ គ្រប់គ្រងទូទាំងប្រទេសពីសំណាក់កម្មវិធីជាតិ។ ការដាក់ថ្នាំបាណកឃាដ អាបេត (Temephos ១%) និង Bti (Vectobac WG) នៅតាមតំបន់សំខាន់ៗ រួមផ្សំនិង ការងារឃោសនា អប់រំនិង ការលុបបំបាត់ ជម្រក មូសដោយធ្វើអនាម័យ បំផ្លាញវត្ថុ ដែលអាចដក់ទឹក បានគឺជាវិធានការដ៏មាន ប្រសិទ្ធិភាព ក្នុងការបង្ការ ការរាតត្បាត ជម្ងឺគ្រុនឈាម ដែលអាចកើតមានឡើងជាយថាហេតុ ពិសេសនារដូវ ចម្លង។

រូបភាព១:

ប្រទេសកម្ពុជាយើងបានទទួលរងគ្រោះ ដោយការរាតត្បាតយ៉ាងខ្លាំងក្លាជាប្រចាំរវាង ៣- ៥ឆ្នាំម្តងៗ។ ចាប់ពីឆ្នាំ ១៩៩៨- ២០១១ កម្ពុជាត្រូវបានទទួលរងគ្រោះដ៏ខ្លាំងក្លានូវការរាតត្បាតជម្ងឺគ្រុនឈាម មានកុមារជាមធ្យម ប្រមាណ ចំនួន១០,០០០ ទៅ ១២,០០០នាក់ត្រូវបានរាយការណ៍ ដែលបានដេកសំរាកនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលសាធារណៈ ដែលក្នុងនោះមានកុមារចំនួនប្រមាណ ១០០នាក់បានស្លាប់បាត់បង់ជីវិតក្នុង មួយឆ្នាំៗ (អត្រា មរណៈភាព ០.៣%- ១% (ក្រាហ្វិក១), និងឆ្នាំ ២០១២ ការរាតត្បាតដ៏ខ្លាំងក្លា បានកើតមាននិងដើរតាមលំនាំការរាតត្បាតឆ្នាំ ២០០៧កន្លង ដែលមានករណីសរុបចំនួន ៤២,៣៦២ ក្នុងនោះមានកុមារចំនួន ១៨៩ នាក់ បានស្លាប់បាត់បង់ជីវិត។



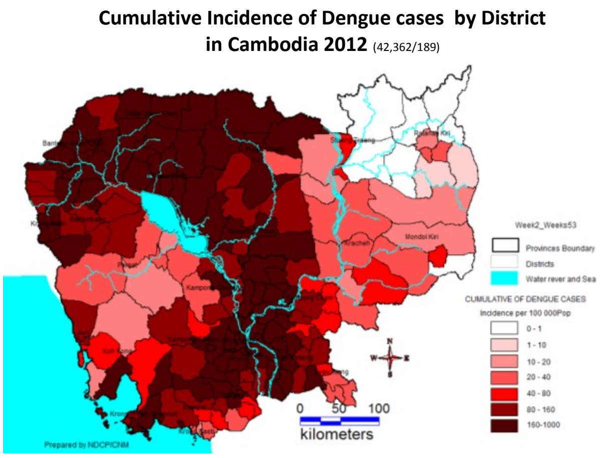
II. សភាពការណ៍ជម្ងឺគ្រុនឈាមឆ្នាំ ២០១២ :

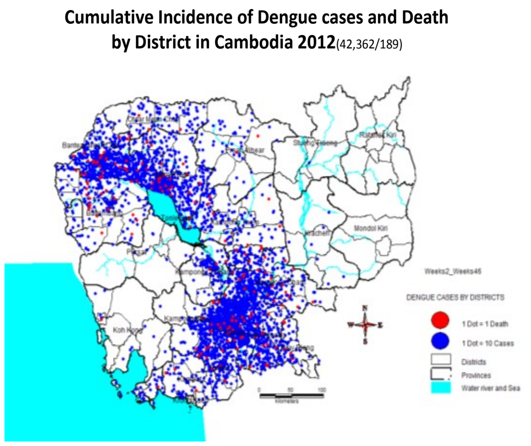
ចាប់ពីដើមឆ្នាំ ២០១២មក មានជាការរាតត្បាតជម្ងឺគ្រុនឈាម ជាទ្រង់ទ្រាយធំនៅតាម តំបន់ៗនៃខេត្តមួយចំនួន ដូច ជាខេត្ត/ តំបន់ មួយចំនួន ទាំងទីក្រុង- ជនបទនិងជនបទ ឆ្ងាយៗក្នុងបណ្តា ខេត្ត- រាជធានីទាំង១៨ក្នុងចំណោម២៤បានទទួលរងនូវការរាតត្បាតនៃជម្ងឺគ្រុនឈាមដូចជា:

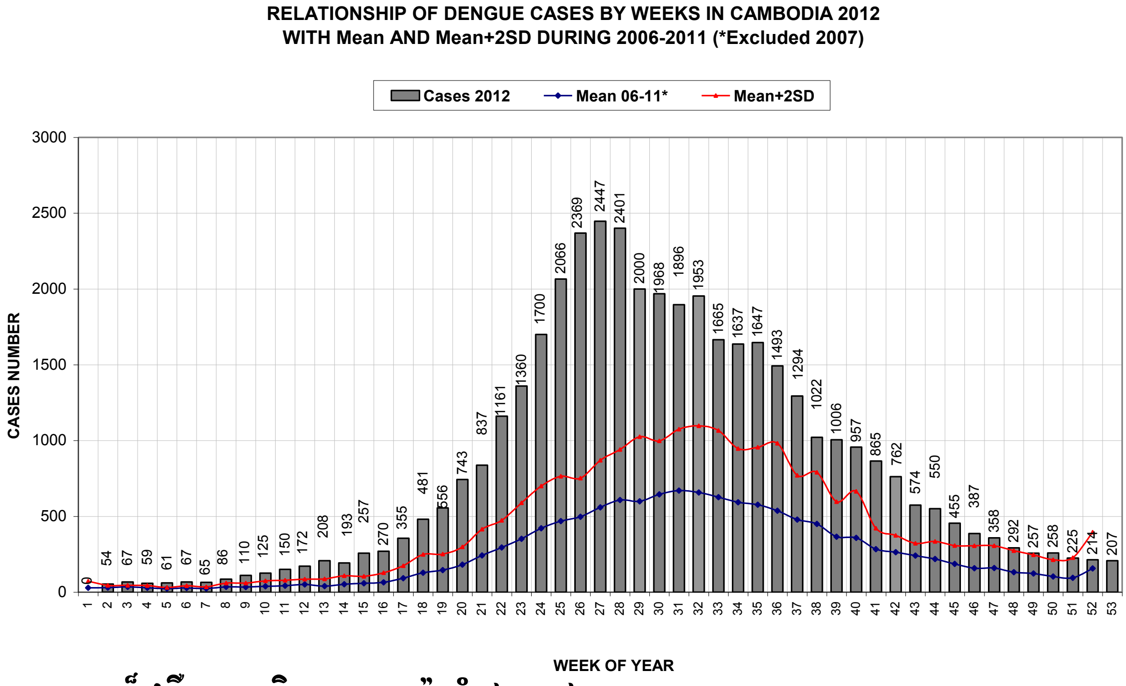
ខេត្តសៀមរាប- ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ- ខេត្តកណ្តាល- ខេត្ត កំពង់ចាម- រាជធានីភ្នំពេញ-ខេត្តកំពង់ធំ- ខេត្ត កំពង់ ស្ពឺ- ខេត្តព្រៃវែង- ខេត្តកំពង់ឆ្នាំង- ខេត្តឧត្តរមានជ័យ-ខេត្តបាត់ដំបង- ខេត្តកំពត-

ខេត្តតាកែវ- ខេត្តស្វាយរៀង-ខេត្តព្រះ វិហារ- ខេត្តពោធិសាត់ -ខេត្តព្រះសីហនុ- ខេត្តកោះកុង និង ខេត្ត ក្រចេះហើយ អត្រា អាំងស៊ីដង់ នៃករណី សង្ស័យគ្រុនឈាម ក្នុង ប្រជាជន ១០០,០០០នាក់ មានចំនួន ២៩៧.៥/១០០,០០០នាក់ច្រើនជាងឆ្នាំ ២០១១ដែលមានចំនួនតែ (១១៩.៣/១០០,០០០ នាក់) ។

(ផែនទី១)





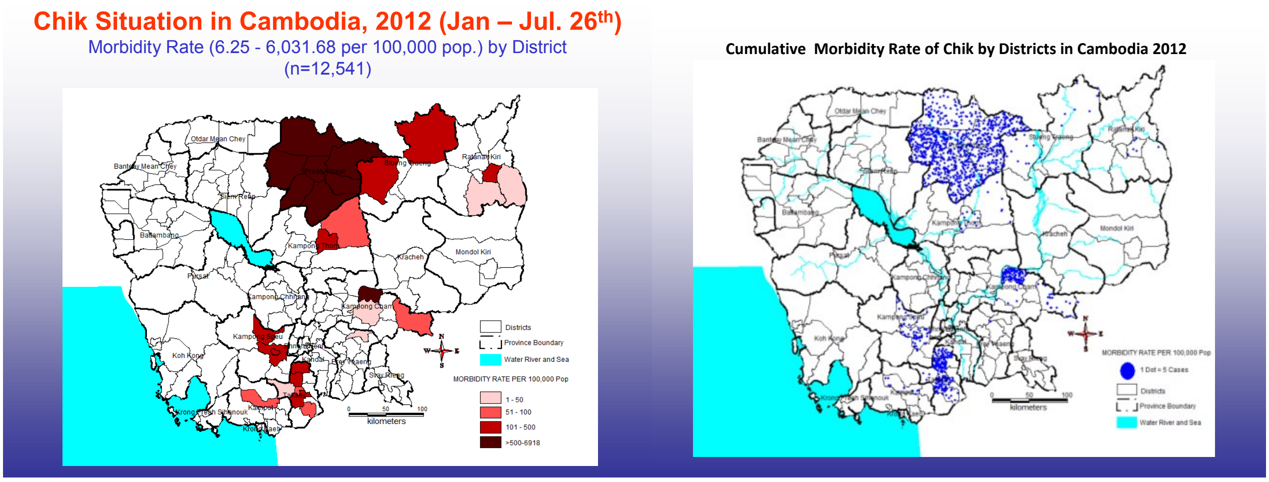


III. សភាពការណ៍ជម្ងឺគ្រុនឈិកុនហ្គុនយ៉ាឆ្នាំ ២០១២ :

ក្នុងខណៈពេលជាមួយគ្នាដែរ មានការរាតត្បាតជាទ្រង់ទ្រាយតូចៗនៃជម្ងឺគ្រុនឈិក ដែលកើតមាននៅ តាមបណ្តា ខេត្តមួយចំនួនដូចជា:

- ខេត្តព្រះវិហារ (ខែកញ្ញា ២០១១- ខែ មេសា ២០១២) ហើយក្នុងអំឡុង ឆ្នាំ ២០១២ បានរាលដាលដល់ខេត្តកំពង់ស្ពឺ (ខែមិនា-មេសា)-ខេត្តតាកែវ(ខែឧសភា)-រាជធានីភ្នំពេញ-ខេត្តកំពង់ចាម ។រហូតមកទល់ពាក់កណ្តាលខែកក្កដា (២៦ កក្កដា) ករណីសរុបនៃចំនួនគ្រុន ឈិកមាន ១២,៥២៦ករណីដែលក្នុង ចំណោម

អ្នកទាំងនោះ ភាគច្រើនជា កុមារអាយុលើសពី ១៥ឆ្នាំ។ គ្រប់ករណី ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ តាមរយៈការពិនិត្យ រោគសញ្ញា និង សំណាកឈាមមួយចំនួនត្រូវបានធ្វើការវិភាគវិជ្ជមាននៅអង្គការ NAMRU2 និង វិទ្យាស្ថាន ប៉ាស្ទ័រ-ភ្នំពេញ។

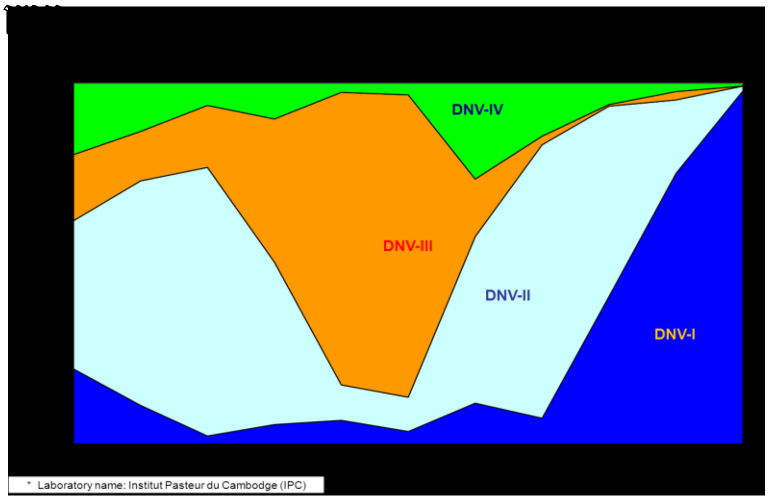


ប្រភេទវីរុសគ្រុនឈាម និងប្រជាសាស្ត្រ (Dengue serotype and demography):

ដោយកិច្ចសហការជាមួយវិទ្យាស្ថានជាតិប៉ាស្ទ័រ-កម្ពុជានិងមានការគាំទ្រថវិកានិងបច្ចេកទេសពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក និង វិទ្យា ស្ថានប៉ាស្ទ័រ-បារាំងតាមរយៈវិទ្យាស្ថានជាតិប៉ាស្ទ័រ-កម្ពុជា និង ធនាគារ អភិវឌ្ឍន៏អាស៊ី (ADB_CDC2) កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជម្ងឺ គ្រុនឈាម បានបន្ត ធ្វើការតាមដាន ភាពបំរែបំរួល ប្រភេទវីរុស-មេរោគ ជម្ងឺគ្រុនឈាម។ រហូតមកដល់ពេលនេះ រយៈពេល៥២អាទិត្យ ចំនួនសរុប២៧៧ នៃសំណាក ឈាម ត្រូវបាន បញ្ជូន មកវិទ្យាស្ថានជាតិប៉ាស្ទ័រ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យនិងផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយ IHA, PCR or virus isolation and ELISA tests:

- មេរោគដាំងប្រភេទ១ មានចំនួន ៤៣២ (៥៣) ករណី
- មេរោគដាំងប្រភេទ២ មានចំនួន ០៧ ករណី
- មេរោគដាំងប្រភេទ៣ មានចំនួន ០០ ករណី
- មេរោគដាំងប្រភេទ៤ មានចំនួន ០៤ (០១)
- DEN IgM: ៤០ (៤) cases
- CHIKV: ៤៩ cases
- CHIK IgM: ២៥
- JEV: ០០
- Flavivirus: ៦០ (៥) cases,
- Undetermined status (US): ៦១ (១១) cases

ជាសន្និដ្ឋាន: មានមេរោគវីរុសដាំងទាំង3 ប្រភេទដែលកំពុងចរាចរពាសពេញក្នុងប្រទេស ដែលក្នុងនោះភាគច្រើនគឺ វីរុសដាំង ប្រភេទ ១- វីរុសដាំងប្រភេទ ២ និង វីរុសដាំងប្រភេទ ៤ ជាបន្តបន្ទាប់ ដូចដែល បានបង្ហាញនៅក្នុងក្រាហ្វិចខាង

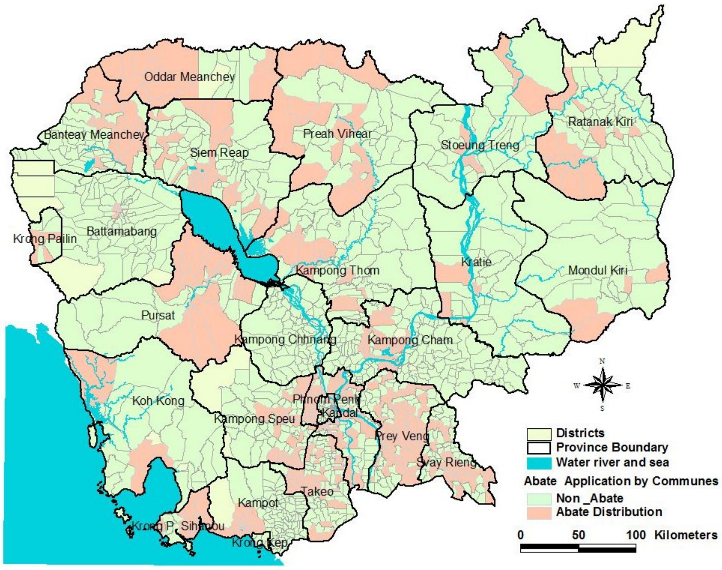


IV. ការងារប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាមនៅប្រទេសកម្ពុជា

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយមានការគាំទ្រពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាម បានរៀបចំនិង អនុវត្ត យុទ្ធនាការបថមដូចជា យុទ្ធនាការដាក់ថ្នាំបាណកឃាដ:

ការរៀបចំនិងយុទ្ធនាការនិងការងារ ពង្រីកផែនការដាក់ថ្នាំបាណកឃាដដែល ជាវិធានការបថម នៅតាមតំបន់ចំណុចមួយចំនួន នៃ ២៤ខេត្ត/រាជធានីដែលប្រឈមខ្ពស់នឹងគ្រោះគ្រុនឈាមគឺជា វិធានការទប់ទល់ ការរាតត្បាតជម្ងឺគ្រុនឈាម ។ នៅឆ្នាំ២០១២កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាមបានរៀបចំផែនការគ្របដណ្តប់រាល់តំបន់ចំណុចនៃខេត្ត/រាជធានីប្រឈមទាំង២៤។ តំបន់ដែលប្រឈមខ្ពស់នឹងគ្រោះគ្រុនឈាមនិងកន្លែងដែលរងការរាតត្បាតមួយចំនួន ត្រូវបានកំណត់យកដើម្បីធ្វើការដាក់ថ្នាំ បាណកឃាដនៅ ចន្លោះខែឧសភា និងមិថុនា។ ខ្នងផ្ទះសរុបចំនួន ១,៣៧៧,៧៥១ខ្នងផ្ទះ នៅក្នុងភូមិចំនួន ៤,៧៣៧ភូមិ= ១២៨ ស្រុកនៃ២៤ខេត្ត/ក្រុងត្រូវបានធ្វើការ ដាក់ថ្នាំបាណកឃាដ ដោយការពារប្រជាជនបានចំនួន ៤,៦៦៨,១៧២នាក់ និងគ្របដណ្តប់បាន ពាង/អាងចំនួន ៣,៧១៩,៧០០ ពាង /អាង។អត្រាគ្របដណ្តប់ផ្ទះបានចំនួន ៧៨.០៦% និងប្រើប្រាស់ថ្នាំ បាណកឃាដ អស់ ១៤៧,៣៣៧.៤៥គីឡូក្រាម ម្យ៉ាងវិញទៀតជំរកមូស ផ្សេងៗទៀត ដូចជា សំបកកង់រថយន្តចាស់ៗ- សំបកកំប៉ុង/ក្រឡ- ថូរផ្កា តូចៗ ក៏ជា ប្រភពសំខាន់ជំរកមូស ដែលជាកតព្វកិច្ចនិងការទទួលខុសត្រូវ របស់ ម្ចាស់ផ្ទះ និងអាជ្ញាធរដែនដី ត្រូវតែមានវិធានការ ស្វ័យការពារដោយ ខ្លួនឯង។ យុទ្ធនាការខាងលើនេះត្រូវបានឧបត្ថម្ភថវិកា ដោយធនាគារពិភពលោកនៃគំរោងទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល ជំហ៊ានទី២ (HSSP2_Pooled Fund) ។

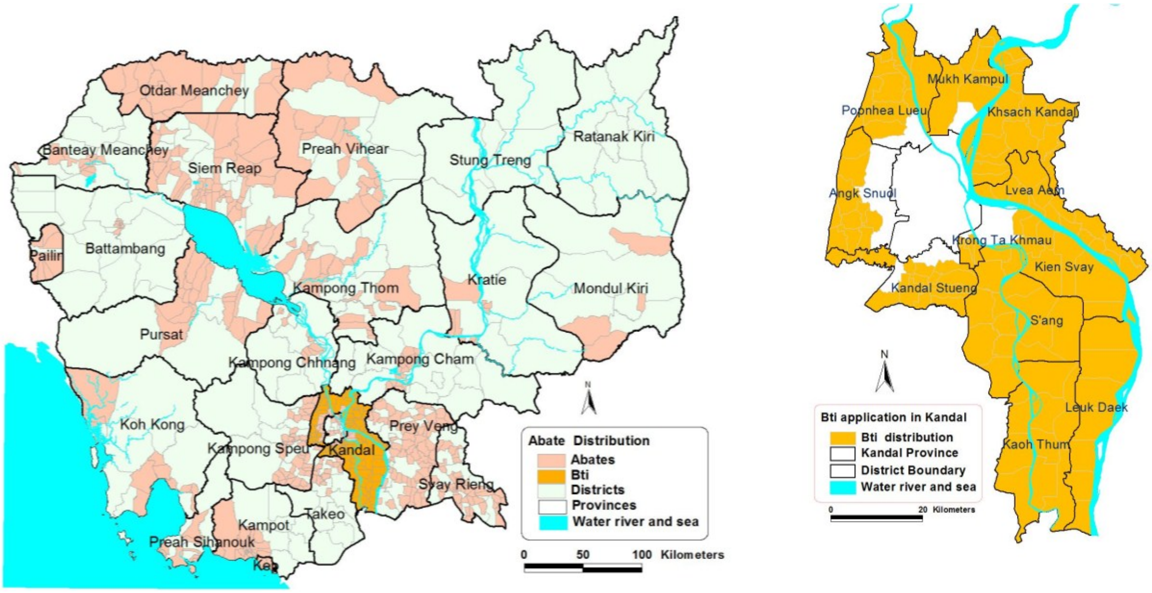
Result on 1rd round of Abate Application2012



ម្យ៉ាងវិញទៀតដើម្បីធានានូវភាពល្អប្រសើរនូវសភាពការណ៏គ្រុនឈាមពិសេសនារដូវចម្លង កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាម បានបន្តរៀបចំនិងពង្រីកផែនការដាក់ថ្នាំបាណកយាដ ចំនួន១៦៥,៧តោន លើកទី២ នៅតាមខេត្ត/ក្រុង ទាំង ២៤។ ជាលទ្ធផល តំបន់ ចំណុចតាមបណ្តា ២២ខេត្ត/ក្រុងត្រូវបានគ្រប ដណ្តប់=១០៥ស្រុក=៦០៨ឃុំ=៥,២៤២ភូមិនិងគ្របដណ្តប់បានផ្ទះសរុបចំនួន៩៩៩,០១៥ ខ្នងផ្ទះ(= ៨៧.០៥%) គ្របដណ្តប់ ពាង/អាងបានចំនួន៤,៤៧៦,៤២០ពាង/អាងនិងការពារប្រជាជនបានចំនួន ៥,២១៨,៨៨៥លាននាក់និងប្រើប្រាស់ បរិមាណថ្នាំបាណកយាដ អស់ ១១៧,៧៧៣.៥២ គីឡូក្រាម ឧបត្ថម្ភថវិកាដោយគំរោង វិស័យសុខាភិបាលជំហ៊ាន២ (HSSP2_Pooled Fund) ។

ទន្ទឹមនឹងនេះដែរ ការប្រើប្រាស់វិធានការតាមជីវសាស្ត្រក្នុងការកំចាត់ភ្នាក់ងារចម្លងតាមរយៈការសម្លាប់ ដង្កូវទឹកដែលហៅថា Bti (Bacillus Thuringiensis Israelensis) ត្រូវបានធ្វើការអនុវត្តនៅខេត្តកណ្តាល ដោយមានកិច្ចសហការ ឧបត្ថម្ភថវិកាដោយ HSSP2_Pooled fund (Per-diem) nig Valent Biosciences company ដូចជា (Bti training, IEC materials: T-shirts, leaflets, Booklets, Spray cans, Containers, Spoons, Bags...) ការងារដឹកជញ្ជូន (ប្រេង)និងការងារ ផ្សេងៗ។ យុទ្ធនាការនេះ បានគ្របដណ្តប់តំបន់ចំណុច និងភូមិនៃស្រុកទាំង ១១ នៃខេត្តកណ្តាល ដូចជា: ស្រុកតាខ្មៅ- ស្រុកស្អាង- ស្រុក កោះធំ- ស្រុកកណ្តាល ស្ទឹង- ស្រុកពញាឮ- ស្រុកមុខកំពូល- ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល- ស្រុកអង្គស្នួល- ស្រុកគៀនស្វាយ- ស្រុកល្វាឯម និង ស្រុក លើដែក។ ជាលទ្ធផល ១១ស្រុក= ១២៧ឃុំ និងប្រជាជនចំនួន ៩៥៧,៩១០ នាក់ត្រូវ បានការពារនិង គ្របដណ្តប់បាន ផ្ទះចំនួន ១៨៧,២៧៣ ផ្ទះ= ១,៥០៧,៨៧៥ពាង/អាងនិង ប្រើប្រាស់អស់ Bti ចំនួន ៥,៨៣២.៨៣គក្រ។

Result on Mass Larviciding, 2nd Round Application, August- Sept 2012



V. សកម្មភាពផ្សេងៗទៀតៈ

សកម្មភាពមួយចំនួនទៀតត្រូវបានអនុវត្តក្នុងពេលទន្ទឹមគ្នាដូចជាៈ

- វគ្គបណ្តុះបណ្តាលវេជ្ជបណ្ឌិត- គ្រូពេទ្យកុមារ (ជាគ្រូបង្គោល) ការងារធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិង ព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនឈាមនិងថែទាំអ្នកជម្ងឺ និងតាមដានក្រោយការបណ្តុះបណ្តាល- វគ្គបណ្តុះបណ្តាល អេពីដេមីសាស្ត្រនិងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីគោលការណ៍ប្រើប្រាស់ថ្នាំ បាណកឃាដ ក្នុងវិស័យ សុខាភិបាលសាធារណៈ ។
- អភិបាលការងារផ្គត់ផ្គង់ឧសថ-បរិក្ខារពិសេសពេលមានការរាតត្បាតនិង ការបែងចែក ឧសថនិងថ្នាំបាណកឃាដ
- ការងារប្រជុំជម្ងឺគ្រុនឈាមប្រចាំខែនិង ពិនិត្យនិងកែសំរួលឡើងវិញមគ្គុទ្ទេសព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនឈាម
- ការឆ្លើយតបបន្ទាន់ ពេលមានការរាតត្បាតនិង ការងារអភិបាល
- កិច្ចសហការអន្តរជាតិ- អន្តរក្រសួងនិងឯកជន
- ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ,,,,,, ។ល ។

VI. សន្និដ្ឋានៈ

ជាទូទៅការរាតត្បាតនៃជម្ងឺគ្រុនឈាមមិនអាចកំណត់បានទេ។ មុនពេលមាន វ៉ាក់សាំង ចាក់ការពារជម្ងឺគ្រុនឈាម ការងារកំចាត់ភ្នាក់ងារចម្លងគឺជាមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពបំផុតក្នុងការ ទប់ស្កាត់ការរាតត្បាត ជម្ងឺគ្រុនឈាម។ សកម្មភាពទាំងនោះ គួរ អនុវត្តនៅចន្លោះពេលនៃការរាតត្បាត ដោយអនុលោមទៅតាមសភាពការណ៍ជាក់ស្តែងនៃយុទ្ធសាស្ត្រ កំចាត់ភ្នាក់ងារចម្លង។ ពេលមានការរាតត្បាត ការងារបាញ់ថ្នាំ កំចាត់ ភ្នាក់ងារចម្លង រួមផ្សំនឹងការងារដាក់ថ្នាំបាណកឃាដអាបេត- ការងារសំអាត បរិស្ថាន

បំបាត់ជំរកមូស និងការ បាញ់ថ្នាំលើកទី២មួយអាទិត្យឬ១០ថ្ងៃបន្ទាប់ជាការចាំបាច់ ក្នុងន័យកាត់ ផ្តាច់ចង្វាក់លូតលាស់ របស់ភ្នាក់ងារ ចម្លង- យន្តការ នៃការតាមដានវីរុសសាស្ត្រ នៅ តាមមន្ទីរពេទ្យចំណុច គួរតែពង្រឹងនៅដំណាក់កាលមុន ការរាតត្បាត ដើម្បីរកឱ្យឃើញនូវការចល័តនិងទទួលខុសត្រូវនូវ ប្រភេទមេរោគវីរុស គ្រុនឈាមតាម ចំណុច/កន្លែង រាតត្បាតនិមួយៗ។

VII. អន្តរាគមន៍អត្តិភាពសំរាប់ឆ្នាំ ២០១១-២០១៥

- ធ្វើឱ្យមានភាពកាន់តែប្រសើរឡើង សកម្មភាពបង្ការជម្ងឺគ្រុន ឈាមតាមសហគមនិង សាលារៀន (ការងារអប់រំ-ការងារ អនាម័យបំបាត់ជំរកមូស)។
- ធ្វើឱ្យមានភាពរឹងមាំ ការងារតាមដាននិង ព្យាបាល-ថែទាំ ជម្ងឺគ្រុនឈាម (វេជ្ជបណ្ឌិត និង គិលានុប្បដ្ឋាក-យិកា)។
- ពង្រឹងការងារត្រៀមនិងទប់ស្កាត់ ហ៊ឺព័ទ្ធការរាតត្បាត តាមរយៈសកម្មភាពឆ្លើយតបបន្ទាន់
- យុទ្ធនាការដាក់ថ្នាំបាណកឃាដបង្ការជម្ងឺគ្រុនឈាម តាមបណ្តាខេត្តដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ (២ដងក្នុង១ឆ្នាំ) ។
- ផ្សព្វផ្សាយសារស្តីពីវិធានការណ៍ការពារជម្ងឺគ្រុនឈាមនិង ការបញ្ជូនអ្នកជម្ងឺទៅទទួលការព្យាបាល ឱ្យបានទាន់ពេល វេលា តាមបណ្តាញទូរទស្សន៍- វិទ្យុនិង សារព័ត៌មាន ។
- ប្រារព្ធទិវាអនាម័យប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាម ។
- តាមដានជាប្រចាំសភាពការណ៍ជម្ងឺគ្រុនឈាមតាមកន្លែងដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ។

VIII-ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនឈាមឆ្នាំ២០១៣

សូមអានពត៌មានលំអិតនៅទំព័រឧបសម្ព័ន្ធ៣

ផ្នែកទី៤

កម្មវិធីកំចាត់ជន្លេនព្រូន

I. របាយការណ៍សកម្មភាពកម្មវិធីជន្លេនព្រូនប្រចាំឆ្នាំ២០១២

ទោះបីជាកម្មវិធីជាតិកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូន គ្មានសូចនាករគោលដៅសហសវត្ស សំរាប់ជំងឺនេះដោយ ផ្ទាល់ក៏ដោយក៏ កម្មវិធីនេះបាន ជួយរួមចំណែក ក្នុងការសំរេចសូចនាករមួយចំនួនរបស់គោលដៅ សហសវត្ស ដែលក្នុងនោះមាន អាហារ រូបត្ថម្ភអត្រាស្លាប់របស់កុមារ និង មាតា ។

ដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រ (ម.គ.ច) នៃក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជានិងមាន ការជួយសំរបសំរួល និងកែលំអរដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) នៅដើមឆ្នាំ ២០១២ កម្មវិធីជាតិកំចាត់ ជំងឺដង្កូវព្រូន បានចងក្រង និង បានអនុវត្តន៏ជាផ្លូវការ នូវគំរោងផែនការសកម្មភាពថ្នាក់ជាតិសំរាប់ការ រួមបញ្ចូលការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូននៅតំបន់ប្រទេសក្តៅ ដែលគេមិនចាប់អារម្មណ៏នៅប្រទេស កម្ពុជា រយៈពេល ៥ ឆ្នាំ (២០១២-២០១៧) ។

តាមរយៈផែនការសកម្មភាពជាយុទ្ធសាស្ត្រជាក់លាក់ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះ កម្មវិធីជាតិបាន ទទួលជំនួយថ្នាំទំលាក់ព្រូនពីអង្គការWorld Vision Australia (Albendazole400mg 6 million tables and Praziquantel 600mg 300,000 tablets) ដែលបន្ថែមលើជំនួយរបស់អង្គការ Johnson&John (Mebendazole500mg 5 million tables). ទន្ទឹមគ្នានោះដែរទីភ្នាក់ងារអភិវឌ្ឍន៏អន្តរជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (USAID) ក៏បានជួយឧបត្ថម្ភថវិការ មួយចំនួនរួមចំណែកក្នុងការអនុវត្តន៏ផែនការ សកម្មភាពដោយបន្ថែមលើថវិកា ដែលមានស្រាប់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល រយៈពេលពីរឆ្នាំចាប់ពីខែ មិថុនា ២០១២ ដល់ខែឧសភា ២០១៤គំរោងនេះនឹងបំពេញបន្ថែម នូវចន្លោះខ្វះខាត ក្នុងទិសដៅជួយស្តាសុខភាព កុមារនិងប្រជាជនចំណុច អោយឆ្លងផុតពីការចំលង នៃជំងឺដង្កូវព្រូនដើម្បីអោយកុមារនិងប្រជាជនចំណុច មានសុខភាពល្អនិងជួយដល់កម្មវិធីក្នុងការឈានទៅលុបបំបាត់ជំងឺព្រូនប្រភេទខ្លះដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ ដល់កាយសម្បទាប្រជាជនរំខានដល់ជីវភាពរស់នៅនិងអាចអាយស្លាប់ដូចជាជំងឺស៊ីស្តូ (Schistoso miasis), ជំងឺព្រូនអំបោះ (Lymphatic filariasis) ជាដើម ។

ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនលើកុមារអាយុពី ១២-៥៩ ខែ បានចំនួន ៩៣% នៅជុំទី ១ និង ៩៧% នៅជុំទី២ ។ រីឯអត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន (មេបង់ដាស្យុល) លើកុមារក្នុងវ័យសិក្សាទូទាំង២៤ រាជធានី-ខេត្ត អាយុពី៦-១៤ឆ្នាំ តាមសាលាបឋមសិក្សាបានធ្វើឡើងពីរដង ក្នុង មួយឆ្នាំ នៅឆ្នាំ ២០១២ នេះ ដែរសម្រេចបានអត្រា 93% នៅជុំទី ១ និង 96% នៅជុំទី ២ ។

ចំណែកឯស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជរួមទាំងស្ត្រីមានគភ៌ចាប់ពីត្រីមាសទី ២ និង ស្ត្រីក្រោយសម្រាលបាន ទទួលថ្នាំ ព្រូនមាន ចំនួន ១០៣៨៤៩៥ នាក់កើនឡើងលើសពីឆ្នាំមុនៗ។ បច្ចុប្បន្ននេះទោះបី ជំងឺស៊ីស្តូត្រូវ បានថយចុះយ៉ាងគំហុកក៏ដោយក៏កម្មវិធីជាតិ នៅតែបន្តសកម្មភាពតាម ដានពីសភាពការណ៏ជម្ងឺដដែល។ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះកម្មវិធីបានផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល និង អប់រំសុខភាពដល់ ប្រជាជនក្នុង តំបន់ចំណុចតែខេត្ត ក្រចេះ (៤៩ ភូមិចុ និង ខេត្តស្ទឹងត្រែង ១៥៨ ភូមិ) ចំនួន ៨១១៩៥ នាក់។

ជំងឺព្រូនអំបោះLymphatic filariasis មានកើតនៅក្នុងខេត្តពីរគឺខេត្តរតនៈគីរី ខេត្តស្ទឹងត្រែងស្រុក៣ (ស្រុក វ៉ារិន ស្រុកសៀមរាបនិង ស្រុកអង្គរជុំ) ក្នុងខេត្តសៀមរាប និង ស្រុកមួយ (ស្រុករវៀង) ក្នុងខេត្ត ព្រះវិហារដែលការ អនុវត្តន៏ជំងឺនេះបានសំរេចជោគជ័យលើយុទ្ធនាការចែកថ្នាំ ព្យាបាលជាសមូហភាពក្នុង ឆ្នាំ២០១០ និងពុំមានករណីជំងឺថ្មីកើតមានទេ។ ប៉ុន្តែកម្មវិធីនូវមានភារៈកិច្ចបន្តការតាមដាន ជារៀងរាល់ ឆ្នាំ ដើម្បី ឈាន ទៅលប់ បំបាត់ជំងឺទាំង ស្រុងតាមផែនការគ្រោងក្នុងឆ្នាំ ២០១៦ ។

ការស្រាវជ្រាវជម្ងឺបង្កដោយការបរិភោគត្រីឆៅឬខ្យងឆៅ ឬ ចំអិនមិនល្អ នៅឃុំមួយចំនួនក្នុង ខេត្តកំពង់ ចាម និង ខេត្តតាកែវ និង កំពង់ធំ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះបានរកឃើញអត្រាផ្ទុកដង្កូវថ្លើមពី ៤% - ៦៥%។ កម្មវិធី បានផ្តល់ថ្នាំ ប្រាស៊ីកង់តែលព្យាបាលដល់ប្រជាជនក្នុងភូមិដែលបានធ្វើការស្រាវជ្រាវ ។

សកម្មភាពពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកព្រូនអង្គីលីល (Strongyloidiasis) រឺព្រូនសសៃ ដែលឆ្លងតាមការ ជ្រៀត ចូលតាម ស្បែកហើយដែលអាចបង្កអោយមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរចំពោះអ្នកដែលមានកង្វះភាពស៊ាំ នៅ ពេល ថ្មីៗ ក្នុងខេត្ត ព្រះវិហារ និង ខេត្តតាកែវ។ លទ្ធផល បង្ហាញពីការរកឃើញអ្នក ផ្ទុកជំងឺ មានអត្រា ប្រេវ៉ាឡង់ពី ៤០-៦០% (ខេត្ត ព្រះវិហារ ឆ្នាំ២០១០)និង ពី ១០-៤០% (ខេត្តតាកែវ ឆ្នាំ ២០១១) ។ កម្មវិធីកំពុងបន្ត ការសិក្សាពីប្រសិទ្ធិភាពព្យាបាលជំងឺ ព្រូនមូលនេះជាមួយនឹងថ្នាំ Ivermectin នៅស្រុក រវៀង ខេត្តព្រះវិហារ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២-២០១៣ ។

II. សមិទ្ធិផលដែលកម្មវិធីដង្កូវព្រូនសំរេចបានក្នុងឆ្នាំ ២០១២

ការអនុវត្តន៏ផែនការប្រតិបត្តិឆ្នាំ ២០១២ នៃកម្មវិធីដង្កូវព្រូន បានផ្តោតលើសកម្មភាពអទិភាព សម្រាប់ ប្រយុទ្ធទប់ស្កាត់ជំងឺដង្កូវព្រូនប្រាំប្រភេទសំខាន់ៗដែលបានស្រាវជ្រាវឃើញមាននៅក្នុង ប្រទេស កម្ពុជាៈ

១. ជំងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ាស៊ីស (Schistosomiasis)

២.ជំងឺព្រូនឆ្លងតាមដី (Soil- Transmitted Helminth)

៣. ជំងឺព្រូនអំបោះ (Lymphatic filariasis)

៤. ជំងឺបង្កដោយការបរិភោគត្រី ឆៅឬ ខ្យងឆៅ ឬ ចំអិនមិនបានឆ្អិនល្អ (Food Born Trematode)

៥. ជំងឺព្រូនអង្គីលីលឬព្រូនសសៃ (Strongyloidiasis)

យុទ្ធសាស្ត្រចំបងរបស់កម្មវិធីជាតិកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូនគឺការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូន ដែលជាការព្យាបាលទៀងទាត់ មួយ ដល់ប្រជាជនដែលកំពុងប្រឈមនឹងជំងឺព្រូន ដោយប្រើឱសថតែមួយមុខ ឬច្រើនមុខលាយបញ្ចូលគ្នា ទៅតាមករណី ជំងឺគោលដៅនីមួយៗ រួមទាំង ការអប់រំសុខភាព ការត្រួតពិនិត្យ និង តាមដាន ជំងឺ ការគ្រប់គ្រងករណីឈឺ ការបណ្តុះបណ្តាល និង អភិបាលកិច្ច ។

១_ជម្ងឺដង្កូវព្រូនដែលចម្លងដោយការប៉ះពាល់ដី (Soil Transmitted Helminthiasis)

ជំងឺដង្កូវព្រូនពោះវៀនដែលចំលងតាមដី (STH) ដូចជាព្រូនចង្កឹះ (Ascaris lumbricoide), ព្រូនទំពក់ (Hookworms: Ancylostoma duodenal and Nacator americanis), ព្រូនអៀន (Pinworm: Enterobius vermicularis); ព្រូនរំពាត់សេះ (Trichuris trichiura); ធ្វើឱ្យប៉ះពាល់សុខភាព ដល់ប្រជាជន ដែលរស់នៅតាម ជន បទ និង តំបន់ជាយក្រុង ជាពិសេស គឺកុមារត្រៀមចូលសាលារៀន្ស កុមារ ស្ថិតក្នុងវ័យសិក្សា និង នារីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ។ ដែលសព្វថ្ងៃមានប្រជាជនប្រឈមជាង៨.១៥ លាន នាក់។

ក-អត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តលើថ្នាំទំលាក់ព្រូនដល់ក្រុមចំណុច

គួររំលឹកថា ប្រទេសកម្ពុជា បានទទួលជោគជ័យ លើអត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមុនការកំណត់ដល់ប្រជាជនគោលដៅដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកបានប្រកាសថា“ ប្រទេសកម្ពុជាជាប្រទេសទី១ លើពិភពលោក ដែលបានសំរេចសុច្ចនករនេះបានលើសពី ៧៥5 មុនឆ្នាំ២០១០” ។

អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនមានការកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយសារមានការ សហការ ដ៏ល្អ ពីក្រសួងពាក់ព័ន្ធ និង អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលនានា។ កម្មវិធីជាតិ កំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូន ក៏មានគោល នយោបាយ ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនដល់ស្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជអាយុ ១៥-៤៥ ឆ្នាំផងដែរ ដោយបន្ថែមលើ ស្ត្រីមាន ផ្ទៃពោះចាប់ពីត្រីមាសទីពីរ្ស និង ស្ត្រីក្រោយពេលសម្រាល ក្រសួង សុខាភិបាល បានអនុវត្តន៏តាំងពីឆ្នាំ ២០០៦ មក ។

ពិតមែនតែកម្មវិធីផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនបានទទួលភាព ជោគជ័យក៏ដោយ តែដោយសារកត្តា អនាម័យ បរិស្ថាន និងសង្គម សេដ្ឋកិច្ច ចំពោះស្ថានភាពរស់ នៅរបស់ប្រជាជននៅមានកំរិត ជាពិសេស អ្នកក្រីក្រ នៅ ប្រទេស កម្ពុជា ជាពិសេសព្រូនចម្លងដោយការប៉ះពាល់ដី ជាប្រភេទព្រូនងាយចម្លងជាទីបំផុត ទាំង នេះ ហើយដែលជាកត្តានាំ អោយកុមារ ត្រូវទទួលរងនឹងការចំលង ឡើង វិញរយះ ពេល ៣-៤ខែក្រោយ ពីការ លេបថ្នាំ ទំលាក់ព្រូន។ ហេតុនេះកម្មវិធីផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូន ត្រូវតែបន្តជាប្រចាំ នូវ ការផ្តល់ ថ្នាំទំលាក់ ព្រូន មេបង់ជាហ្ស៊ល់ អោយបាន ២ដង ក្នុង១ឆ្នាំ ដល់កុមារក្នុងវ័យសិក្សា (៥-១៥ឆ្នាំ) ទាំងអស់ តាម រយះកម្ម វិធីទំលាក់ព្រូន នៅតាមសាលា រៀននិងកុមារត្រៀម ចូលសាលារៀន(១២-៥៩ខែ) នៅមណ្ឌលសុខភាព តាមរយះសេវាចុះមូលដ្ឋានដោយមិន គិតពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ ដោយហេតុ ថា ការព្យាបាល ជ្រើសរើស តែអ្នក ដែលមានវត្តមាន ដង្កូវព្រូនគឺ មិនអាចធ្វើ ទៅបានទេ នៅក្នុង ប្រទេសកម្ពុជា។

ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនលើកុមារអាយុពី ១២-៥៩ ខែ បានចំនួន៩៣% នៅជុំទី ១ និង ៩៧% នៅជុំទី២។ រីឯអត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូន (មេបង់ដាស្យុល) លើកុមារក្នុងវ័យសិក្សាទូទាំង ២៤ រាជធានី- ខេត្ត អាយុពី ៦-១៤ឆ្នាំ តាមសាលាបឋមសិក្សាបានធ្វើឡើង ពីរដងក្នុង មួយឆ្នាំ នៅឆ្នាំ ២០១២ នេះដែរសម្រេចបានអត្រា ៩៣% នៅជុំទី ១ និង ៩៦% នៅជុំទី ២ ។

ចំណែកឯស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជរួមទាំងស្ត្រីមានគភិចាប់ពីត្រីមាសទី ២ និងស្ត្រីក្រោយសម្រាលបាន ទទួលថ្នាំព្រូន មានចំនួន ១,០៣៨,៤៩៥ នាក់កើនឡើងលើសពីឆ្នាំមុនៗ។

តារាងការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ជាសមូហភាព(MDA)យ៉ាងទៀងទាត់ដើម្បីកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូនដែលឆ្លងតាមដីលើក្រុមប្រជាជនគោលដៅ នាឆ្នាំ ២០១២

ក្រុមប្រជាជនគោលដៅ	ចំនួនប្រជាជនគោលដៅ	ប្រជាជនដែលបានទទួលថ្នាំ និងអត្រាគ្របដណ្តប់(%)ជុំទី ១	ប្រជាជនដែលបានទទួលថ្នាំនិងអត្រាគ្របដណ្តប់ (%) ជុំទី ២
កុមារត្រៀមចូលសាលារៀន (អាយុ ១២-៥៩ ខែ)	១,៣៨៦,៤៥៣	១,២៨៩,៤០២ (៩៣.0)	១,៣៤៤,៨៥៩ (៩៧.0)
កុមារក្នុងវ័យសិក្សា (៦-១៤ ឆ្នាំ)	២,៦២៨,៣៨១	២,៤៤៤,៣៩៤ (៩៣.0)	២,៥២៣,២៤៦ (៩៦.0)
ស្ត្រីវ័យបន្តពូជអាយុពី១៥-៤៥ឆ្នាំ “ ២៤ខេត្ត” រួមទាំងស្ត្រីមានគតិនិងកំពុងបំបៅកូន	៣,៥៧១,៤៣០	១,០៣៨,៤៩៥ (២៩.១)	

ទិន្នន័យអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ព្រូនជាទៀងទាត់ ២ ដង ក្នុងមួយឆ្នាំ ចំពោះក្រុម គោលដៅចំណុចដែល ប្រឈមមុខនឹងជំងឺព្រូនចំលងតាមដី (កុមារត្រៀមចូលរៀន កុមារក្នុងវ័យសិក្សា ស្ត្រីមាន ផ្ទៃពោះពីត្រីមាសទីពីរ និង ស្ត្រីក្រោយពេលសម្រាល) ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល (HIS) ។

ខ-កិច្ចប្រជុំពិភាក្សាពិគ្រោះយោបល់ជាមួយដៃគូ

កម្មវិធីដង្កូវព្រូននៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រនិងបាណកសាស្ត្រ(ម.គ.ច)បានរៀបចំការប្រជុំពិភាក្សាពិគ្រោះយោបល់ជាមួយដៃគូថ្នាក់ជាតិ និងអន្តរជាតិដែលពាក់ព័ន្ធនឹង NTD (stakeholder) នៅសណ្ឋាគារ រ៉ាហ្វាលឡឺរ៉ូយ៉ាល់ ភ្នំពេញរយៈពេល២ថ្ងៃ ១២៧-២៨កុម្ភៈ ២០១២ ឧបត្ថម្ភ ថវិកាដោយ អង្គការ USAID ក្នុងគោលបំណងសំរេចបញ្ចប់ជាស្ថាពរពីគំរោង ផែនការ សកម្មភាព ថ្នាក់ ជាតិ សំរាប់ការរួមបញ្ចូលការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីកំចាត់ជំងឺដង្កូវព្រូន នៅតំបន់ប្រទេសក្តៅដែលគេមិនចាប់អារម្មណ៍នៅប្រទេស

កម្ពុជាដែលបានត្រូវរៀបចំចងក្រងឡើងក្នុងខែធ្នូ២០១០និងបានបញ្ចប់ក្នុងខែធ្នូ២០១១ ដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ ម.គ.ច នៃក្រសួងសុខាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា និង មាន ការជួយ សំរបសំរួល និងកែលំអដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) ។

សមាជិកសមាជិកាដែលបានចូលរួមនៅក្នុងសិក្ខាសាលាស្តីពី NTD stakeholder meeting មានចំនួន ៦៦ នាក់មក ពីអង្គការថ្នាក់ជាតិនិងអន្តរជាតិដូចជា: WPRO, USAID, WVA, WHO, FHI 360, CWW, GIZ, HKI ព្រមទាំងក្រសួងស្ថាប័ន និងអង្គភាពជាដៃគូសហការមួយចំនួនដូចជា: រដ្ឋបាលជលផល នាយក ដ្ឋានសុខភាពសិក្សា ក្រសួងកិច្ចការនារី ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍ជនបទ មជ្ឈមណ្ឌលលើក កំពស់ សុខភាព មជ្ឈ មណ្ឌលគាំពារមាតានិងទារក កម្មវិធីចាក់ ថ្នាំបង្កា HSSP2 ect……

គ-សិក្ខាសាលា

ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះកម្មវិធីដង្កូវព្រូនសហការជាមួយនាយកដ្ឋានសុខភាពសិក្សាបានរៀបចំ សិក្ខាសាលាស្តីពីការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនដល់ក្រុមគោលដៅនៅប្រទេសកម្ពុជា ។សិក្ខាសាលានេះបានអនុវត្តន៏ទូទាំង ២៤ខេត្តក្រុង ក្នុងគោលបំណងបង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនដល់ក្រុមគោលដៅក្នុង២៤ខេត្ត ក្រុង និងពង្រឹងការសហការរវាងក្រសួងនិងកម្មវិធីជាតិដែលពាក់ព័ន្ធអោយរឹតតែល្អប្រសើរឡើងថែមទៀត ។ សិក្ខាសាលា នេះមានសិក្ខាកាមចូលរួមសរុបចំនួន ៦៣២ នាក់ដែលអញ្ជើញ មកពីស្ថាប័នសុខាភិបាលចំនួន ៣៧២ នាក់ និងស្ថាប័នអប់រំចំនួន ២៦០ នាក់ ។

២_ជម្ងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ាស៊ីស (Schistosomiasis)

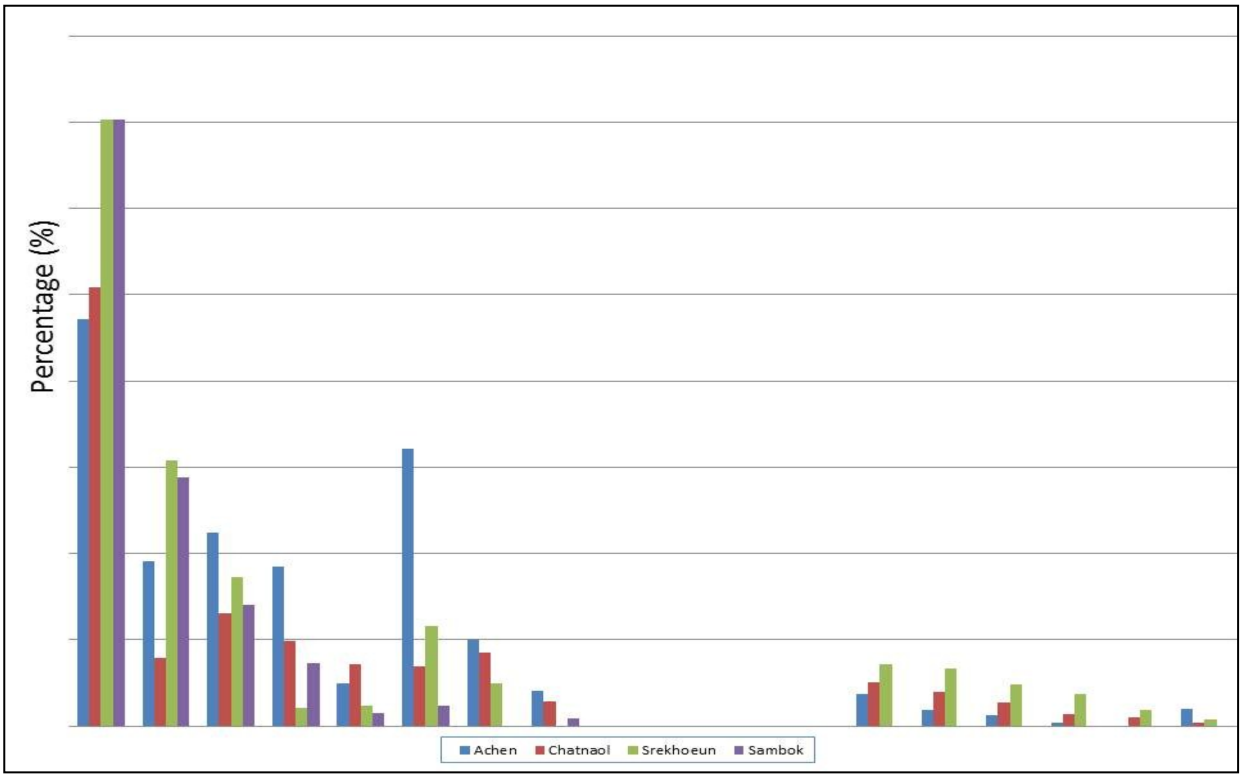
ជំងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ាស៊ីសមេគង្គ ជាជំងឺសំខាន់មួយដែលបង្កអោយប៉ះពាល់សុខភាពជាសាធារណៈដល់ ប្រជាជនរស់នៅតាមដងទន្លេមេគង្គនិងដៃទន្លេនៃខេត្តក្រចេះ និងខេត្តស្ទឹងត្រែងចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៥ ។ ជំងឺនេះ ឆ្លងតាម ការប៉ះពាល់ទឹកដោយកូនដង្កូវព្រូនចេញពីសត្វខ្យងខ្លារួចហើយហែលទឹកមកចូលជ្រៀត តាម ស្បែក ចូលក្នុងខ្លួនមនុស្ស បង្កឱ្យមានវិបត្តិថ្លើម និងភាគច្រើន អាចបណ្តាលអោយ ស្លាប់ដោយ ក្អួតឈាម (Rupture Vein Esophageal).ប៉ុន្តែសកម្មភាព ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺនេះបានទទួលជោគជ័យចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០៤ក្រោយពីការផ្តល់ ថ្នាំប្រាស៊ីកង់តែល ជាសមូហភាពដល់ប្រជាជនចំណុច ដែលរស់នៅតំបន់ប្រឈមនៃខេត្តទាំងពីរ(៤៩ភូមិក្នុងខេត្តក្រចេះ) និង (៥៨ភូមិក្នុងខេត្តស្ទឹងត្រែង) ។ អត្រាឈឺនៅភូមិទាំងនេះត្រូវបានកាត់ បន្ថយពី ៧២%នាឆ្នាំ១៩៩៥ មកនៅក្រោម ៥% នាឆ្នាំ ២០០៤ ទោះយ៉ាងនេះក្តីក៏ជំងឺនេះ មិនអាចលុបបំបាត់បានដែរពីព្រោះ យើងមិនអាចប្រើថ្នាំសំលាប់ សត្វខ្យងខ្លានៅខេត្តក្រចេះ ស្ទឹងត្រែង បានដោយមូលហេតុប៉ះពាល់បរិស្ថាន ជាពិសេសនៅកន្លែងដែលមានសត្វផ្សោតហេតុនេះនៅឆ្នាំ២០០៧ អត្រាឈឺចាប់មានឡើងវិញក្នុងកំរិត ៤-៧% ប៉ុន្តែត្រូវកាត់បន្ថយ វិញមកដល់ឆ្នាំ ២០១២ នៅក្រោម ៥% ។

បច្ចុប្បន្ននេះទោះបី ជំងឺស៊ីស្តូត្រូវបានថយចុះយ៉ាងគំហុកក៏ដោយ ក៏កម្មវិធីជាតិ នៅតែបន្តសកម្មភាពតាមដានពីសភាពការណ៍ជម្ងឺដដែល ។ ក្នុងឆ្នាំ២០១២ នេះកម្មវិធីបានផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល និង អប់រំសុខភាពដល់ ប្រជាជនក្នុងតំបន់ចំណុចនៃខេត្តក្រចេះ(៤៩ ភូមិ) និង ខេត្តស្ទឹងត្រែង(៥៨ ភូមិ) ចំនួន៨១,១៩៥ នាក់ ។

ក-ការពិនិត្យតាមដានពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជម្ងឺស៊ីស្តូ

រៀងរាល់ឆ្នាំមុននឹងចាប់ផ្តើម អនុវត្តការផ្តល់ថ្នាំជាសមូហភាព កម្មវិធីជាតិកំចាត់ជំងឺព្រូននៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រនិងប៉ាណកសាស្ត្រដោយរួមសហការជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តបានចុះធ្វើការ អង្កេតស្រាវជ្រាវរកមើលជំងឺស៊ីស្តូ និងព្រូនពោះវៀនតាមរយៈការពិនិត្យសំណាក លាមក ពីកុមារសិស្សសាលាបឋមសិក្សា និងពីសហគមន៍នៅក្នុងភូមិមួយចំនួនក្នុងខេត្តក្រចេះ ដើម្បីវាយ តម្លៃអំពី ប្រសិទ្ធភាពថ្នាំព្រូនប្រភេទ Praziquantel (40mg/kg) និង Mebendazol (500mg លេបម្តងក៏ដូចជាការវាស់វែងអំពីចំណេះដឹងរបស់សហគមន៍អំពីវិធីសាស្រ្ត ការពារជំងឺ ។លទ្ធផលនៃការ ពិនិត្យលាមកនៅភូមិ ៤ ឆ្នាំ ២០១២ ដែលកម្មវិធីបានអង្កេតឃ្លាំមើល ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ចាប់ពីឆ្នាំ ១៩៩៥ មកបង្ហាញអោយឃើញថាអត្រានៅតែអវិជ្ជមានដដែលនៅ ភូមិសំបុក ឯចំណែក ភូមិ បីទៀតបង្ហាញ វិជ្ជមាន ទាប គឺភូមិ ចាថ្នោល (0.4%) , ភូមិស្រែឃឿន (0.8%) និង ភូមិអាចេន (2.0%) ។

តារាងតាមដាន ជាប្រចាំនៅភូមិ៤ ក្នុងខេត្តក្រចេះពីភាពជោគជ័យនៃការប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ាស៊ីសក្រោយការព្យាបាលជាសមូហភាពដោយថ្នាំប្រាស៊ីកង់តែលចាប់ ពីឆ្នាំ ១៩៩៥ ដល់ ឆ្នាំ ២០១២



ខ-ការពិនិត្យវាយតម្លៃពីស្ថានភាពជំងឺស៊ីស្ត

នៅខែវិច្ឆិកា២០១២ ក្រសួងសុខាភិបាល បានអនុញ្ញាតិអោយក្រុមជំនាញផ្នែកជម្ងឺស៊ីស្តមកពីស្វ៊ីណែវ ប្រទេសស្វីស ហ្វីលីពីន ឡាវ កម្ពុជា និង ចិន ដែលដឹកនាំដោយ តំណាងអង្គការសុខភាព ពិភពលោកថ្នាក់តំបន់ ចុះមកនិត្យ ការគ្រប់គ្រងប្រយុទ្ធនឹងជំងឺស៊ីស្តឡើងវិញ និងធ្វើការ វាយតំលៃ ដើម្បី បង្កើតយុទ្ធសាស្រ្ត ក្នុងទិសដៅលុបបំបាត់ ជំងឺស៊ីស្តសូមីញាស៊ីសនៅប្រទេសកម្ពុជា ដោយលែងមាន ប៉ះពាល់សុខភាពជា សាធារណៈបន្តទៀតនៅឆ្នាំ ២០១៦ ។

៣-ជម្ងឺព្រូនអំបោះ (Lymphatic Filariasis)

ជំងឺព្រូនអំបោះ (Lymphatic filariasis) មានកើតនៅក្នុងខេត្តពីរគឺខេត្តរតនៈគីរី ខេត្តស្ទឹងត្រែង ស្រុក៣ ១ស្រុកវ៉ារិន ស្រុកសៀមរាបនិង ស្រុកអង្គរជុំ បក្នុងខេត្តសៀមរាបនិងស្រុកមួយ ១ស្រុករវៀងប ក្នុងខេត្ត ព្រះវិហារ ដែលការអនុវត្តន៏ជំងឺនេះបានសំរេចជោគជ័យលើយុទ្ធនាការចែកថ្នាំព្យាបាល ជាសមូហភាពក្នុង ឆ្នាំ ២០១០ និងពុំមានករណីជំងឺថ្មីកើតមានទេ។ ប៉ុន្តែកម្មវិធី នូវមានភារៈកិច្ចបន្តការ តាមដាន ជារៀង រាល់ឆ្នាំ ដើម្បីឈាន ទៅលុប បំបាត់ជំងឺទាំងស្រុងតាមផែនការគ្រោងក្នុងឆ្នាំ ២០១៦ ។
ហេតុដូច្នេះដើម្បីបញ្ជាក់ថាជំងឺព្រូនអំបោះ(LF) ត្រូវបានលុបបំបាត់ទាំងស្រុងកម្មវិធីព្រូននឹងបន្តត្រួត ពិនិត្យ តាមដានរកករណីជំងឺព្រូនអំបោះ(LF) លើកុមារអាយុពី៦ទៅ៧ឆ្នាំ នៅតំបន់ចំណុចក្នុងខេត្ត ទាំង៤ រៀងរាល់ ២ឆ្នាំម្តង។ ករណីគ្មានជំងឺព្រូនអំបោះ(LF)លេចឡើងក្នុងរយៈពេលតាមដាននេះ អង្គការសុខភាពពិភពលោក នឹងផ្តល់វិញ្ញាបនប័ត្រទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការថាកម្ពុជាពិតជាគ្មានជំងឺព្រូនអំបោះ (LF).

៤-ជម្ងឺបង្កដោយការបរិភោគត្រីឆៅ,ខ្យងឆៅ ឬ ចំអិនមិនល្អ (Food Born Trematode)

សកម្មភាពប្រយុទ្ធនឹងព្រូនដែលឆ្លងតាមម្ហូបអាហារកំពុងចាប់ផ្តើមអនុវត្តន៏ស្រាវជ្រាវ ដូចជាតេនញាដែល ឆ្លងតាមការហូបសាច់ជ្រូក-គោ ចម្អិនមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬដង្កូវថ្លើមដែលឆ្លងតាមការ ហូបសាច់ ត្រីឆៅ ផ្អក ម៉ាំឆៅ ឬត្រី ប្រែឆៅ ជាដើម។ តាមការសិក្សានៅប្រទេសជិតខាងដូចប្រទេសថៃ (ភាគឥសាន) ដង្កូវ ថ្លើមជាមូល ហេតុចម្បង នៃជំងឺមហារីកប្រមាត់ ឬជំងឺថ្លើម។ ការស្រាវជ្រាវ នៅឃុំ មួយចំនួនក្នុងខេត្ត កំពង់ចាម និងខេត្តតាកែវនិងកំពង់ធំ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះបានរកឃើញ អត្រាផ្ទុក ដង្កូវថ្លើមពី ៤% - ៦៥%។ កម្មវិធីបានផ្តល់ថ្នាំ ប្រាស៊ីកង់តែលព្យាបាល ដល់ប្រជាជនក្នុង ភូមិដែលបាន ធ្វើការស្រាវជ្រាវ ។

Opisthorchis viverini Survey in Kampong Thom, Kampong Cham and Prey Veng province in June and July 2012.

Province	District	Commune	Village	No. stool sample	O.v positive (%)	Hookworm Positive (%)
Kg. Thom	Baray	Tnaot	Kang Meas	183	89 (48.6)	33 (18.0)
	Santouk	Tipau	Thlok	104	11 (10.6)	38 (36.5)
Kg. Cham	Kg. Siem	Srak	Lpeak	126	82 (65.1)	16 (12.7)
	Kang Meas	Preak Krabao	Pousalapi	105	22 (21.0)	6 (5.7)
	Srey Santhor	Baray	Kamplak	102	5 (4.9)	0
			Banteay	165	47 (28.5)	3 (1.8)
		Preak Por	Prey Tbes	160	1 (0.6)	26 (16.3)
Prey Veng	Baphnom	Theay	Torp Sdach	116	0	23 (19.8)
Total				**1061**	**257 (24.2)**	**145 (13.7)**

អត្រាព្រូនថ្លើមអង្កេតនៅក្នុងភូមិសាស្ត្រមួយចំនួនក្នុងស្រុកព្រៃកប្បាស ខេត្តតាកែវ និង ស្រុកស្វាយ ខេត្តកំពង់ចាម តាមរយៈការពិនិត្យសំណាក លាមក នៅក្នុងខែសីហា ឆ្នាំ២០១២

No	*Village*	*No. of individual stool samples*	*No of O.V infection*	*Prevalence rate*	*Intensity (epg) in Average*	*STH infection rate*
1	Ang Svay Chek	195	20	10.3	331	9.2
2	Preak Kros	199	32	16.1	46	5.5
3	Lpeak	226	82	65.1	370	14.2
	Total	**620**	**134**	**21.6**	**249**	**9.6**

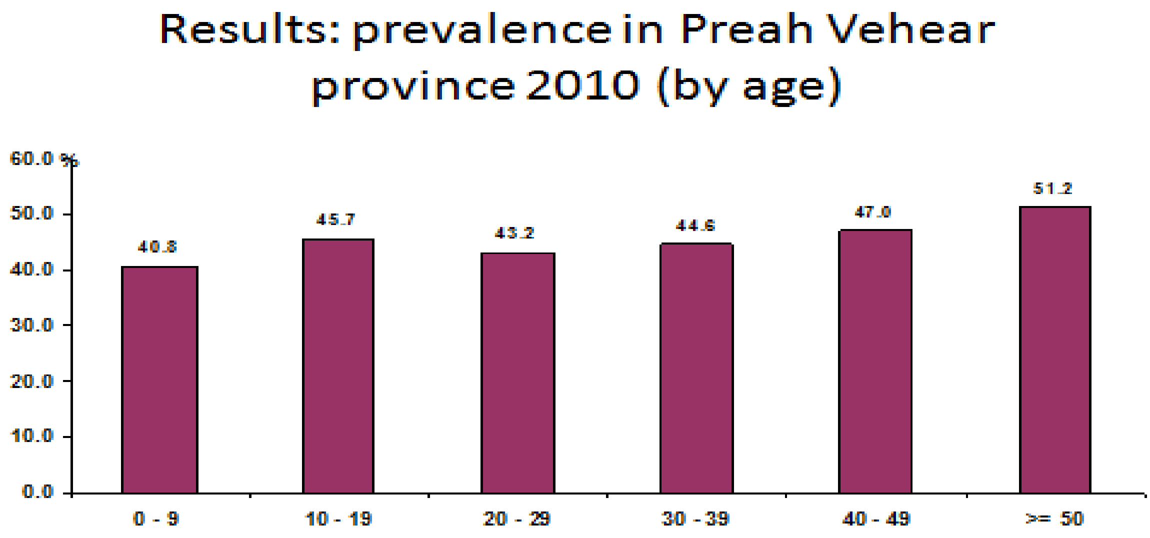
អត្រាព្រូនថ្លើមអង្កេតនៅក្នុងភូមិសាស្ត្រមួយចំនួនក្នុង ស្រុកសូតង ខេត្តកំពង់ចាម តាមរយៈការពិនិត្យសំណាក លាមក នៅក្នុងខែសីហា ឆ្នាំ២០១២

No	Village	No. of individual stool samples	No of O.V infection	Prevalence rate of O.v (%)	Intensity (epg) in average of O.v	STH prevalence (%)
1	Anlong Or Keat	262	61	23.3	264	7.5
2	Boeung Trav	380	16	4.2	192	6.6
3	Preak Pranak	220	25	11.4	144	11.3
4	Kok Krabei	180	8	4.4	336	13.9
	Total	**1042**	**110**	**10.6**	**936**	**9.8**

កម្មវិធីព្រូននឹងបន្តការស្រាវជ្រាវថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់អោយបានច្បាស់ពីតំបន់ដែលមានផ្ទុកជម្ងឺព្រូន ថ្លើម ងាយស្រួលក្នុងការ អនុវត្តន៏វិធានការណ៏ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុង ការធ្វើអន្តរាគមន៏ក្នុងការអនុវត្តន៏ការផ្តល់ ថ្នាំព្យាបាល ជា សមូហភាពដល់ប្រជាជនប្រឈមនឹងជម្ងឺ ។

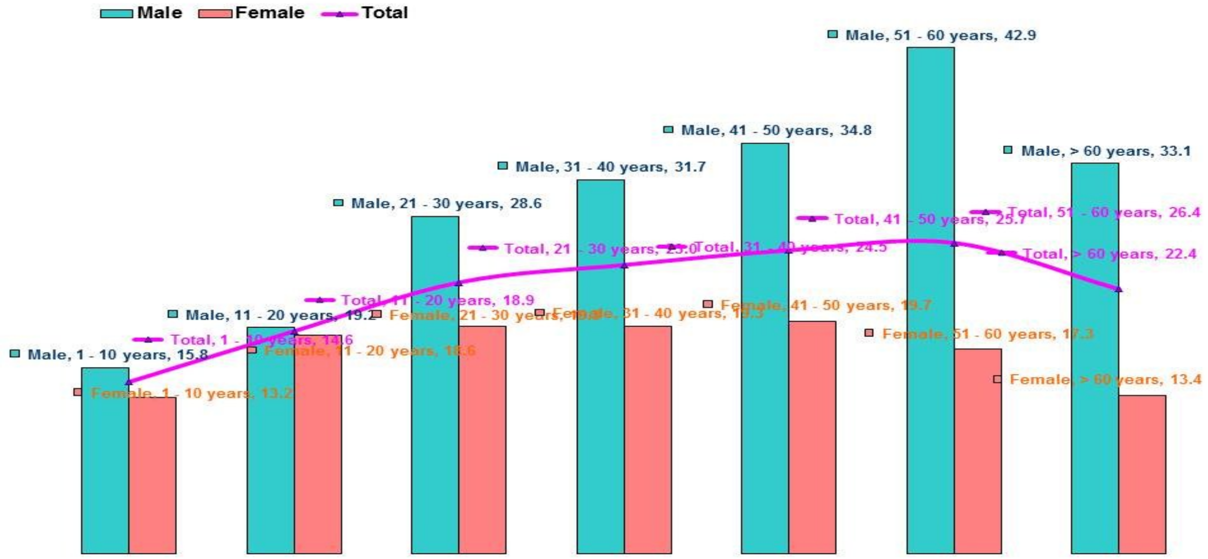
៥_ជម្ងឺព្រូនអន្ធិលីល ឬ ព្រូនសសៃ (Strongyloidiasis)

សកម្មភាពពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកព្រូនអង្គីលីល(Strongyloidiasis) រឺព្រូនសសៃ ដែលឆ្លងតាមការជ្រៀតចូលតាមស្បែកហើយដែលអាចបង្កអោយមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរចំពោះអ្នកដែលមានកង្វះភាពស៊ាំ នៅពេល ថ្មីៗ ក្នុង ខេត្ត ព្រះវិហារ និង ខេត្តតាកែវ។ លទ្ធផល បង្ហាញពីការរកឃើញអ្នក ផ្ទុកជំងឺ មានអត្រា ប្រេវ៉ាឡង់ពី ៤០-៦០% (ខេត្តព្រះវិហារឆ្នាំ២០១០) និងពី ១០-៤០%(ខេត្តតាកែវ ឆ្នាំ២០១១)។ កម្មវិធីកំពុងបន្តការសិក្សាពីប្រសិទ្ធិភាពព្យាបាលជំងឺព្រូនម្ហូលនេះជាមួយនឹងថ្នាំIvermectin នៅស្រុករវៀងខេត្តព្រះវិហារក្នុងឆ្នាំ២០១២-២០១៣ ។



Distribution of *Stercoralis stercoralis* prevalence by age group among 2396 participants in Preah Vihear province, Cambodia (2010)

Cummulative Prevalence of S. stercoralis by Age Group among 2861 general population in Takeo province, 2011



លទ្ធផលសង្ខេបការអង្កេតជំងឺព្រូនសរសៃ(*Strongyloide stercoralis*) នៅស្រុករវៀង ខេត្តព្រះវិហារ ក្នុងឆ្នាំ ២០១២

ល.រ	ឈ្មោះភូមិ	ចំនួនលាមកបានពិនិត្យ	ចំនួនវិជ្ជមានព្រូនសរសៃ (SS)& (%)	ចំនួនវិជ្ជមានព្រូនទំពក់ (Hws) &(%)	ចំនួនអ្នកផ្ទុកព្រូនសរសៃ (SS))ានព្យាបាលដោយថ្នាំIvermectin
1	បាក់ក្តោង	631	176 (32.5)	119 (24.0)	164
2	បឹង	278	87 (32.4)	28 (12.2)	85
3	ត្រពាំងឫស្សី	249	68 (27.3)	14 (6.7)	59
4	ថ្មែង	566	177 (31.3)	35 (6.8)	164
5	ថ្នល់កែង	732	197 (27.0)	54 (9.0)	188
6	ដូង	594	154 (26.0)	49 (9.3)	145
7	បុស្ស	428	104 (24.3)	40 (9.3)	97
8	សង្កែរោង	231	65 (28.1)	18 (7.8)	65
សរុប		3,709	1,028 (27.7)	357 (9.6)	967 **ករណី**

ក-កត្តាចម្បងនាំមកនូវលទ្ធផលល្អ

- បុគ្គលិកកម្មវិធីគ្រប់ខេត្តក្រុង និង ស្ថាប័នដែលជាដៃគូសហការបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការងារភារកិច្ច និងតួនាទីទទួលខុសត្រូវ ។
- កិច្ចសហការល្អពីក្រសួងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនិងការចូលរួមពីសហគមន៍ក្នុងសកម្មភាពអប់រំពីការបង្ការ ទប់ស្កាត់ជំងឺព្រូន
- ថវិកា និង ឱសថគ្រប់គ្រាន់ល្មមសំរាប់អនុវត្តសកម្មភាពការងារនៅគ្រប់ លំដាប់ថ្នាក់ ថ្នាក់ជាតិ ខេត្ត ស្រុក ប្រតិបត្តិ និងមណ្ឌលសុខភាពច។
- ប្រព័ន្ធអភិបាលនិងប្រមូលទិន្នន័យពីអត្រាគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូននៃប្រជាជនចំណុច ដំណើរការល្អនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលគ្រប់ថ្នាក់ ។ពីអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលពិសេស USAID,WHO និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិ ក្នុងការ ចូលរួមផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជាសមូហភាពដល់សហគមន៍ ។

ខ-បញ្ហាប្រឈម

- បញ្ហាអនាម័យបរិស្ថាននៅមានកំរិតដូច្នោះការចំលងឡើងវិញនៃជំងឺព្រូននៅតែ កើត មានជាប្រចាំ ។
- ពុំទាន់មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការស្រាវជ្រាវពីភាពចំលងព្រូនពីលាមកសត្វទៅ មនុស្ស ។
- ថវិការមានកំរិតក្នុងការអនុវត្តន៏រួមគ្នាជាមួយនឹងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពដែលបង្កដោយដង្កូវព្រូន ។
- ការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនជាទៀងទាត់ដល់ប្រជាជនចំណុចនៅជួបការលំបាកជាពិសេសសាលាឬភូមិដែលស្ថិតនៅក្នុងខេត្តដែលមានប្រជាពលរដ្ឋរស់នៅឃ្លាតឆ្ងាយពីគ្នាដូចជាខេត្តមណ្ឌលគីរី រតនគីរី ស្ទឹងត្រែង និងកោះកុងជាដើម ។

គ-សេចក្តីសន្និដ្ឋាន

ព្រូនសសៃរ(strongyloide)គឺជាជំងឺព្រូនមួយដែលមានអត្រាខ្ពស់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាជាពិសេសគឺ ខេត្តព្រះវិហារដែលជាបញ្ហាប៉ះពាល់សុខភាពដល់ប្រជាពលរដ្ឋជាសាធារណៈហើយដែលទាមទារអោយមានការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជាសមូហភាព ព្រោះការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមការពិនិត្យលាមក គឺទាមទារនូវបច្ចេកទេសខ្ពស់ទាំង ផ្នែកសមត្ថភាពក៏ដូចជាសំភារះ ។

ឃ-សំណូមពរ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រ ស្នើសុំក្រសួងសុខាភិបាលផ្តល់ថ្នាំ Ivermectin200mg សំរាប់ព្យាបាលប្រជាជនដែលផ្ទុកព្រូនសសៃរ (strongyloide) នៅខេត្តព្រះវិហារទាំង មូលដែលមានចំនួនប្រហែល ១៧០ ០០០នាក់ ។

III- និសដៅអនុវត្តន៍សំរាប់ឆ្នាំ (៣ឆ្នាំ): ២០១៣-២០១៥

- ពង្រីកការគ្របដណ្តប់ការផ្តល់ថ្នាំទំលាក់ព្រូនដល់ក្រុមប្រជាជនចំណុចដើម្បីទប់ស្កាត់ការចម្លងនៃជំងឺព្រូន ។
- ពង្រីកការស្រាវជ្រាវរកប្រភេទព្រូនថ្មីមនៅតំបន់ផ្សេងៗទៀតក្នុងប្រទេសកម្ពុជាពិសេសគឺតំបន់ដែលចូលចិត្ត ហូបត្រីខ្យងឆៅឬចំអិនមិនបានឆ្អិនល្អ ដើម្បីកំណត់ពីវិធានការណ៍គ្រប់គ្រង ។
- ពិនិត្យតាមដានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជមងឺស៊ីស្តូតតាមរយៈការពិនិត្យលាមក ដោយបច្ចេកទេស Kato Katz និង Serology
- ពិនិត្យតាមដានករណីព្រូនអំបោះដែលមានផលវិបាករួចហើយនិងសំអាតព្យាបាលដោយខ្លួនឯង
- ផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលដោយសមូហភាពរៀងរាល់ឆ្នាំដល់ប្រជាជនដែលកំពុងរស់នៅតំបន់ប្រឈមមុខនឹងការចំលងជំងឺស៊ីស្តូ ។

IV-គោលដៅសំរាប់ជំងឺត្រូពិចនៅឆ្នាំ ២០១៦

១-លុបបំបាត់ជំងឺ(lymphatic filariasis)នៅក្នុងប្រទេស ១០ បន្ថែមទៀត ។

២-លុបបំបាត់ជំងឺ ស៊ីស្តូសូមីញ៉ា (schistosomiasis)នៅប្រទេសកម្ពុជា ចិន និង ឡាវ ។

៣-លុបបំបាត់ជំងឺភ្នែកឡើងបាយបណ្តាលឱ្យខ្វាក់ភ្នែក (blinding tracoma)នៅប្រទេសកម្ពុជា ចិន និង វៀតណាម ។

៤-លុបបំបាត់ជំងឺឃ្លង់នៅប្រទេសគីរីបាទី កោះម៉ាសាល និង រដ្ឋសហព័ន្ធមីក្រូណេស៊ី ។

៥-បន្ថយករណីគ្លីនិកនៃជំងឺគមរមាស់ដល់កំរិតសូន្យ ក្នុងតំបន់ហានិភ័យខ្ពស់នៃប្រទេសវៀតណាម និងបង្កើនវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅលុបបំបាត់ជមងឺនេះនៅប្រទេសប៉ាពុនិវហ្គីណេ និង កោះសូឡូម៉ុង ។

៦-កាត់បន្ថយការឈឺបណ្តាលមកពីជំងឺ helminthiases ដែលឆ្លងតាមដីតាមរយៈបង្កើនការគ្របដណ្តប់នៃការផ្តល់ថ្នាំទម្លាក់ដង្កូវ ព្រូនយ៉ាងតិច ៧៥% លើកុមារក្នុងវ័យសិក្សាដែលប្រឈម នឹងហានិភ័យក្នុង ប្រទេស១២លើកុមារអាយុមុនចូលរៀនក្នុងប្រទេស ១០ និង លើស្ត្រីក្នុងវ័យ បន្តពូជក្នុងប្រទេស៤ ។

៧-កាត់បន្ថយការឈឺដោយសារជំងឺ trematodiases ដែលបណ្តាលមកពីចំណីអាហារ (foodborne trematodiases) តាមរយៈការគ្របដណ្តប់យ៉ាងតិច ៧៥% នៃការបង្ការដោយឱសថនៅ សាធារណៈរដ្ឋកូរ៉េ ឡាវ និង វៀតណាម ។

VI-ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីជំងឺព្រូនឆ្នាំ២០១៣

សូមអានពតិមានលំអិតនៅទំព័រឧប្បសម្ព័ន្ធ៤

ផ្នែកទី៥

ផ្នែករដ្ឋបាល និង គណនេយ្យ-ហិរញ្ញវត្ថុ ឆ្នាំ ២០១២

I-ការិយាល័យរដ្ឋបាល

ការិយាល័យរដ្ឋបាលជាសេនាធិការរបស់ខ្ញុំមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រ ហើយបានអនុវត្តន៏ការងារដូចខាងក្រោម

១. <u>សកម្មភាពការងារ</u>

- សំរបសំរួលការងារប្រចាំថ្ងៃ
- ពង្រាងតាក់តែងចុះលេខនិងចែកចាយលិខិតស្នាម
- ធ្វើសំណើរសុំបេសកកម្មចំនួន :៧៨១ លើក
- ចុះលេខចេញ :២៦០៥ លេខ
- ចុះលេខចូល :៥៦០ លេខ
- រៀបចំមហាសន្និបាតបូកសរុបការងារប្រចាំឆ្នាំ ២០១១
- រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលមីក្រូទស្សន៏ជំងឺគ្រុនចាញ់
- រៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលផ្នែកបច្ចេកទេសការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់និងគ្រុនឈាម

<u>២. បុគ្គលិក</u>

- ជាអង្គភាពរដ្ឋបាលកណ្តាលមានមន្ត្រីរាជការសរុបចំនួន១៥៧ នាក់ខ្ញុំដោយរួម បញ្ចូលទាំងបុគ្គលិក គំរោង មូលនិធិពិសកលផងដែរ ។ក្នុងនោះរួមមាន:
    - មន្ត្រីរាជការចំនួន៩៥ នាក់មានឈ្មោះក្នុងបញ្ជីតារាងប្រាក់បៀវត្សត្រឹម ថ្ងៃទី០១ខែធ្នូឆ្នាំ ។២០១២
    - បុគ្គលិកកិច្ចសន្យាមានចំនួន១៣ នាក់
    - បុគ្គលិកបណ្តែតមានចំនួន២៤ នាក់
    - មន្ត្រីឈប់សំរាកគ្មានបៀវត្តចំនួន០៨ នាក់
    - មន្ត្រីស្ថិតក្រោមគំរោងមូលនិធិសកលចំនួន១៧ នាក់
- មជ្ឈមណ្ឌលមានរចនាសម្ព័ន្ធរដ្ឋបាលដូចខាងក្រោម:
    - ប្រធាន១រូបនិងអនុប្រធាន៧រូប
    - មានការិយាល័យ៣គឺការិយាលរដ្ឋបាល ការិយាល័យគណនេយ្យ និង ការិយាលបច្ចេកទេស.

<u>ការិយាល7យរដ្ឋបាល</u> **១៨ នាក់**

- ផ្នែករដ្ឋបាល : ០៦ នាក់

- ផ្នែកឃ្លាំងឱសថ : ០៤ នាក់
- ផ្នែកដឹកជញ្ជូន : ០៥ នាក់
- ផ្នែកអនាម័យ : ០៣ នាក់

<u>ការិយាល័យគណនេយ្យ</u> **០៦ នាក់**

- ផ្នែកគណនេយ្យ : ០៦ នាក់

<u>ការិយាល័យបច្ចេកទេស</u> **៦៣ នាក់**

- ផ្នែកបច្ចេកទេស : ១៣ នាក់
- ផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រ : ០២ នាក់
- ផ្នែកស្រាវជ្រាវសុខភាព: ០៣ នាក់
- ផ្នែកបាណកសាស្ត្រ : ០៧ នាក់
- ផ្នែកអប់រំសុខភាព : ០៣ នាក់
- ផ្នែកអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ : ០៥ នាក់
- ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ : ១៣ នាក់
- កម្មវិធីព្រូនអំបោះ: ០៣ នាក់
- កម្មវិធីជម្ងឺគ្រុនឈាម : ០៩ នាក់
- ផ្នែកគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចំលង: ០៥ នាក់

៣/ការងារក្របខ័ណ្ឌ

ល.រ	ប្រភេទ	ចំនួន	**ផ្សេងៗ**
១	វេជ្ជបណ្ឌិត/ថ្នាក់ឯកទេស	០១	
២	ឱសថការី/ថ្នាក់ឯកទេស		
៣	វេជ្ជបណ្ឌិត/ថ្នាក់បណ្ឌិត	០១	
៤	ឱសថការី/ថ្នាក់បណ្ឌិត		
៥	វេជ្ជបណ្ឌិត/ថ្នាក់ Master	០៥	
៦	ឱសថការី/ថ្នាក់ Master		
៧	ទន្តបណ្ឌិត/ថ្នាក់ Master		
៨	គ្រូពេទ្យមធ្យម/ថ្នាក់ Master	០១	
៩	វេជ្ជបណ្ឌិត	៣១	
១០	ឱសថការី	៥	

១១	ទន្តបណ្ឌិត		
១២	គ្រូពេទ្យមធ្យម	៥	
១៣	ឱសថការីមធ្យម	១	
១៤	ទន្តពេទ្យ		
១៥	គិលានុបដ្ឋាកមធ្យម	២០	
១៦	ឆ្មបមធ្យម		
១៧	អ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៏មធ្យម	១៣	
១៨	គិលានុបដ្ឋាកបឋម	២	
១៩	ឆ្មបបឋម		
២០	អ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៏បឋម		
២១	បុគ្គលឹកគិលានសង្គ្រោះ		
២២	បុគ្គលិគ្គរដ្ឋបាល	៦	
២៣	គណនេយ្យឧត្តម	៣	
២៤	បុគ្គលិកផ្នែកពត៏មានវិទ្យា	១	
សរុប		**៩៥ នាក់**	

៤/ការងារបណ្តុះបណ្តាល (ការងារបណ្តុះបណ្តាលក្រៅប្រទេស)

លរ	ឈ្មោះ	ផ្នែក/តួនាទី	ការប្រជុំ ឬ វគ្គ	កាលបរិច្ឆេទ	ប្រទេស	អ្នកឧបត្ថម្ភ
1	**-Dr. Char Meng Chour**	**- Director**	**- The Clinical Trials of new FEMSE drug**	**27-30 Nov 2012**	**China**	**Prof. Li**
2	**- Dr. Meas Tha - Dr. Boukheng Thavrin - Dr. Chhun Chanvuthy -Dr. Kem Sam On**	**- Vice Director -T.bureau Officer -Health Edu cation Officer - Health Edu cation Officer**	**-Pretesting, Reviewing, and Finalizing the bilingual BBC Materials along the Cambodia-Thai border areas**	**17-20 Dec 2012**	**Thailand**	CAP-Malaria
3	**- Dr. Tho Sochantha - Dr. Heng Pisal - Ms. Mao Sokny - Dr. Oung Yeang**	**- Vice Director - Vice Director -Chief of Entomology - IBN Officer**	-International Tropical Medicine meeting 2012	**11-15 Dec 2012**	**Thailand**	**Cam-Thai Malaria Control Project**
4	**- Dr. Po Ly**	**- Chief of VMW Project**	**-International Tropical Medicine Meeting 2012**	**10-14 Dec 2012**	Thailan d	MORU
5	**Dr. Neang Vannarith**	**-VMW Officer**	**- Regional workshop on Malaria Control in the border areas**	**07-10 Nov 2012**	**Vietnam**	**Vietnam Global Fund Malaria Control Project**
6	**-Dr. Tho Sochantha -Dr. Chea Nguon**	**- Vice Director - Vice Director**	**- Regional workshop on Malaria Control in the border areas**	**07-10 Nov 2012**	**Vietnam**	**Vietnam G.F Malaria Control Project**
7	**-Ms. Kim Marath -Mr. You Yom -Mr. Va Soch**	**-Lab Officer -Lab Officer -Lab Officer**	**- Malaria Microscopy Refresher training for trainer and lab**	**03-07 Dec 2012**	**Thailand**	**ACT Malaria Foundatio**

	-Ms. Mam Montha	-Lab Officer	managers/coordinator of QA			n
8	Ms. Mam Boravann	PPM Coordinator	- Medicine counterfeit	29-30 Oct 2012	Vietnam	FSP Mekong
9	-Dr. Muth Sinuon	Chief of admin	-The revision of the schistosomiasis control program	11-17 Nov 2012	Lao	WHO
10	-Ms. Mao Sokny	Chief of Entomology	-The second integrated Vector Management (IVM) course	28 Oct-03 Nov 2012	Malaysia	ITM
11	-Dr. Ngan Chantha -Dr. Huy Rekol	-Vice Director -Deputy of Dengue program	- Infectious Disease, Biodiversity and Health Risk in Southeast Asia	26-28 Nov 2012	Vietnam	IRD
12	-Dr. Chea Huch -Dr. Srey Sophannaroth	-Vice Director -M&E Officer	- The second integrated Vector Management (IVM) course	28 Oct-03 Nov 2012	Malaysia	WHO
13	-Dr. Tho Sochantha -Dr. Siv Sovannaroth	-Vice Director -Chief of Technical bureau	-Pathogen Survival Strategies and The DGD-ITM Framework Agreement	29 Nov-07 Dec 2012	Belgium	ITM
14	-Dr. Muth Sinuon -Ms. Mam Montha -Dr. Srey Sophannaroth	-Chief of Admin -Lab officer -M&E officer	-The 12th Annual Workshop of the regional network on Asian Schistosomiasis and other Helminth (RNAS+)	07-09 Nov 2012	Vietnam	RNAS+
15	-Dr. Siv Sovannaroth	-Chief of Technical bureau	- The ASTMH 61th annual meeting	11-15 Nov 2012	USA	MC
16	-Dr. Po Ly	-Chief of VMW unit	- The ASTMH 61th annual meeting	11-15 Nov 2012	USA	NIHA
17	Ms. Mam Boravann	-PPM Coordinator	- The ASTMH 61th annual meeting	11-15 Nov 2012	USA	LSHMT
18	-Dr. Muth Sinuon	-Chief of Admin	-The EcoHealth 2012	15-18 Oct 2012	China	EcoHealth
19	-Dr. Siv Sovannaroth	- Chief of Technical bureau	-Saving lives in the Asia-Pacific	31 Oct-02 Nov 2012	Australia	MC
20	-Dr. Char Meng Chuor	-Director	-The ASTMH 61th annual meeting	11-15 Nov 2012	USA	USAMC-AFRIMS
21	-Dr. Char Meng Chuor -Dr. Kheng Sim	-Director -Vice Director	-Saving lives in the Asia-Pacific	31 Oct-02 Nov 2012	Australia	AusAID
22	-Dr. Siv Sovannaroth	- Chief of Technical bureau	-Advisory Workshop on G6PD Testing	04-06 Oct 2012	Thailand	PATH
23	-Dr. Muth Sinuon -Ms. Tes Sophal	-Chief of Admin -Lab officer	-Helminths Diagnostic Techniques in West Pacific Region Countries	13-15 Sept 2012	China	Shanghai. P.R.China
24	Dr. Tho Sochantha	Vice Director	-The Malaria Conmmittee Meeting	06-07 Sept 2012	Thailand	Cam-Thai project
25	-Dr. Kheng Sim -Dr. Samth Tola -Dr. Im Mao	-Vice director -RH Rattanakiri -HC bor keo	- The Training Course on Malaria Management	10-14 Oct 2012	Thailand	Cam-Thai project
26	-Dr. To Setha	-Dengue Fever Officer	-Scientific Discussion on the Management and control of Mosquito Vector of Disease	19-25 Aug 2012	USA	Valent BioSciences Corporation
27	-Dr. Kheng Sim -Dr. Samuth Tola -Dr. Im Mao	-Vice Director -RH Mundulkiri -HC Borkeo	-Clinical Management Course	10-14 Sept 2012	Thailand	Cam-Thai project
28	-Dr. Ngan Chantha	-Vice Director	- The 2nd ASIAN Dengue Course	03-07 Sept 2012	Thailand	SEAMEO TROPMED
29	-Ms. Sreng Sokunthea	-Lab Officer	-2012 Mekong Molecular Surveillance Network Meeting	12-13 Jul 2012	Thailand	WWARN
30	-Dr. Muth Sinuon	-Chief of Admin	-Workshop on pilot-testing mechanism for joint process of requesting, reviewing and reporting on medicines for preventive chemotherapy (eTools)	19-20 Jul 2012	Switzerland	WHO
31	-Dr. Heng Pisal	-Vice Director	-Field Epidemiology Training Program		Thailand	
32	-Dr. Huy Rekol	-Deputy of Technical bureau	-The third Asia-Pacific Dengue Workshop	28 Aug-06Sept 2012	Singapore	WHO
33	-Dr. Suth Thang	-M&E Officer	-Cambodia Entomology	23 Jun- 14 Jul	Thailand	USAMC-

	Phann -Dr. Thay Kheang Heng	 - Lab Officer	Team Training	2012		AFRIMS
34	-Dr. Chea Nguon -Dr. Po Ly	-Vice Director -Chief of VMW	-Global Health Bioethics Network	14-22 Jul 2012	England	The Oxford Global Health Bioethics Network
35	-Dr. Po Ly	-Chief of VMW	-Sixth Meeting of the RBM Case Management Working Group	10-14 Jun	Switzerland	MC
36	-Dr. Ngan Chantha Ms. Chan Bunnavy	-Vice Director -Dengue Fever Officer	-Regional Observation of ASEAN Dengue Day and ASEAN Dengue Conference	14-15 Jun 2012	Myanmar	Myanmar budget
37	-Dr. Chea Huch -Ms. Tep Chhorda -Dr. Muth Sinuon	-Vice Director -Chief of Schisto -Chief of admin	-New Guidance on Monitoring and Evaluation of Lymphatic Filariasis Elimination Program	29-31 May 2012	Philippines	WHO
38	-Dr. Heng Pisal -Dr. Leang Rithea	-Vice Director -Chief of Health Research	-Workshop to review and plan therapeutic efficacy studies in the Greater Mekong Sub-region	12-13 Jun 2012	China	WHO
39	-Dr. Chea Nguon -Dr. Kheng SIm	-Vice Director -Vice Director	-APMEN's fourth annual meeting	014-11 May 2012	Korean	APMEN IV
40	-Ms. Kim Marath -Ms. Ngem Sina	- Lab Officer -Lab Officer	-Strengthening Quality Assurance System of Giemsa Malaria Microscopy Planning Workshop	02-04 May 2012	Philippines	ACT Malairia
41	-Dr. Muth Sinuon	-Chief of Admin	-Technical Assistant Workshop on soil-transmitted helminthiasis	27-28 May 2012	Philippines	CWW
42	-Dr. Kheng Sim	-Vice Director	-Consolidating the regional response to address malaria multi-drug resistance and substandard anti-malaria medicines in the great Mekong sub-region	24-26 April 2012	Thailand	WHO
43	-Dr. Tho Sochantha -Dr. Chea Nguon	-Vice Director - Vice Director	-ACT Malaria executive board and partners meeting	19-25 Mar 2012	Myanmar	ACT Malaria
44	-Dr. Suon Seila -MS. Sreng Sokunthea	-Deputy of Technical bureau - Lab Officer	-to discussion on going collaborative research, to plan for new projects between CNM and the NIH	07Mar-09Apr 2012	USA	NIH
45	-Dr. Tho Sochantha -Dr. Siv Sovannaroth	-Vice Director -Chief of Têchnical Bureau	-Malaria Prevention Strategy on outdoor transmission on Mekong Countries	11-17 Mar 2012	Thailand	WHO
46	-Ms. Kong Nareth	-Lab officer	-GEIS Malaria Blood Films Standard Training	27 Feb-02 Mar 2012	Kenya	US Army Medical Research
47	-Dr. Muth Sinuon -Dr. Srey Sophannaroth	-Chief of Admin -M&E officer	-The Ecohealth emerging infectious disease	12-16 Mar 2012	Lao	NIPH

II. ការិយាល័យគណនេយ្យ-ហិរញ្ញវត្ថុ ឆ្នាំ ២០១២

១. គោលបំណង និងទិសដៅ

ដើម្បីរួមចំណែកអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិបច្ចុប្បន្នកម្មឆ្នាំ២០០៩-២០១៣ និងពិសេស ការបន្តជំរុញ ការអនុវត្តន៍យុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណដំណាក់កាលទី២ ដើម្បីកំណើនការងារសមធម៌ និងប្រសិទ្ធភាព របស់រាជរដ្ឋាភិបាល សំដៅសំរេចឱ្យបាននូវគោលដៅកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រ និងលើកកំពស់ក៏រិតជីវភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ។ក្រសួងសុខាភិបាលបានរៀបចំ នូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០០៨-២០១៥ ដែលបាន កំណត់គោលបំណងគោលនយោបាយក្នុងការអនុវត្តន៍ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រថវិកា ក៏ដូចជាផែនការ ប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំតាមកម្មវិធីដែលផ្តោតលើ គោលបំណងគោលនយោបាយចំបង៧ចំនួន៤ក៏ប៉ុន្តែមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រមានបេសកកម្មត្រូវនឹងគោល បំណងគោល នយោបាយទី២ : បង្កានិងទប់ស្កាត់ជម្ងឺឆ្លងព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដានជម្ងឺ ដើម្បីឆ្លើយតបមានប្រសិទ្ធភាព ទៅនឹងជម្ងឺរាតត្បាតដែលលេចឡើង និងលេចឡើងសារជាថ្មី ដែលជាជ្រុងទី២ នៃយុទ្ធសាស្ត្រចតុកោណទី៤ ក្នុងផែនការ យុទ្ធសាស្ត្រអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ ស្ថិតនៅក្នុងគោលនយោបាយវិស័យសុខាភិបាល ។

២. ផែនការសកម្មភាព និងលទ្ធផលដែលសំរេចបានក្នុងឆ្នាំ ២០១២

➧ បានធ្វើគំរោងផែនការចំណូល-ចំណាយថវិកាប្រចាំឆ្នាំ ២០១២ ដែលរដ្ឋសភាបានអនុម័ត រួចសរុបមានទឹកប្រាក់ចំនួនៈ ២,០៧៦,២០០,០០០៛០០ បើប្រៀបធៀប និង ថវិកាឆ្នាំ ២០១១ គឺមានការកើនឡើង ០,០៧៣% ការ កើនឡើងនេះក្រសួងសុខាភិបាលចាំបាច់ត្រូវក៏រិតថវិកាអនុវត្តន៍តាមកម្មវិធី និង មិនមែនកម្មវិធីអោយមានតម្លាភាព បំផុត លើការចំណាយ ហើយរាល់ការទិញឱសថ ប្រតិករនិងបរិក្ខារទេព្យ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ជាគោលការណ៍ ក្រសួងសុខាភិបាល បានឱ្យគ្រប់ អង្គភាពក្រោមឱវ៉ាទ ស្នើសុំលើកសំណើមកក្រសួងនូវរាល់ធានាចំណាយណា ដែលមាន លក្ខណៈជាលទ្ធកម្ម ដើម្បីក្រសួងមាន ភាពងាយស្រួលក្នុងការប្រមូលផ្តុំគំរោង រាល់តំរូវការរបស់អង្គភាពនីមួយៗឱ្យ អង្គភាពលទ្ធកម្មក្រសួង ធ្វើបែបបទលទ្ធកម្ម សាធារណៈបានទាន់ពេលវេលា និងចំមុខចំណាយ ជៀសវាងការបំបែក គំរោងតូចៗ ដែលខុសនឹងនីតិវិធីលទ្ធកម្មសាធារណៈ របស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ។

➧ ថវិកាដែលស្នើសុំហើយទទួលបានក្នុងឆ្នាំ ២០១២ នេះ រួមមានដូចខាងក្រោម ÷

ក). ស្ថានភាពចំណូលថវិការដ្ឋក្នុងឆ្នាំ ២០១២ :

☞ សមតុល្យដើមឆ្នាំ ២០១២ ជាសម្ភារ ជំពូក ៦០,៦២ ចំនួនៈ **<u>២៦៩,៣២៨,៦៤០៛០០</u>**

•• សរុបចំណូល ជាសាច់ប្រាក់ និងសម្ភារ ជំពូក៦០,៦១,៦២,៦៤ ចំនួន : <u>១,៨៨១,៤០៩,០៩០៛០០</u>

• សរុបចំណូលថវិកាជាសាច់ប្រាក់ជំពូក ៦០,៦១,៦២,៦៤ ចំនួន : ៧១៣,៣៧៤,៣៩០៛០០

ក្នុងនោះរួមមាន ÷

+ *ប្រាក់រង្វាន់ទេយ្យបុរេប្រទាន មិនមែនកម្មវិធី ជំពូក៦០,៦១,៦២ : ៩៣,០០០,០០០៛០០*
+ *ប្រាក់បៀវត្សនិងប្រាក់បំណាច់ មិនមែនកម្មវិធី ជំពូក៦៤ : ៦២០,៣៧៤,៣៩០៛០០*

- ចំណូលបង់ពន្ធផ្លូវរថយន្តផ្ទេរភារៈចំណាយជំពូក៦៣ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ២៣,៧៨០,០០០៛០០
- ចំណូលបង់ថ្លៃអគ្គិសនីផ្ទេរភារៈចំណាយជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ១៧២,៣៨៧,៦០០៛០០
- ចំណូលបង់ថ្លៃទឹកផ្ទេរភារៈចំណាយ ជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ៤,៩៩៩,០០០៛០០
- ចំណូលជួសជុលរថយន្ត(លទ្ធកម្មក្រសួង)ជំពូក៦១ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ២៦៣,១៦៥,០០០៛០០
- ចំណូលជាសម្ភារ(លទ្ធកម្មក្រសួង) ជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ៤១៨,៩៩៨,១០០៛០០
- ចំណូលជាសម្ភារបោះពុម្ព(លទ្ធកម្មក្រសួង)ជំពូក៦២ តាមកម្មវិធី ចំនួន : ២៨៥,១៤៥,០០០៛០០

រាល់ចំណូលជាថវិកា និងសម្ភារដែលការិយាល័យគណនេយ្យយើងខ្ញុំទទួលបានពីក្រសួងសុខាភិបាលមាន ថវិកាតាមកម្មវិធី និងថវិកាមិនមែនកម្មវិធី។ គណនេយ្យករយើងខ្ញុំបានញែកយ៉ាងច្បាស់លាស់ នូវតួលេខថវិកាទាំងពីរខាងលើដោយ យោងប័ណ្ណចំណាយ ឬប័ណ្ណបញ្ចេញសម្ភាររបស់ក្រសួង ដើម្បីអនុវត្តកិច្ចបញ្ជិការ ចំណូលរបស់ គណនេយ្យនៃអង្គភាព តាម នីតិវិធី (ថវិការង្វាន់ទេយ្យបុរេប្រទាន ឬក៏ថវិកាលទ្ធកម្មសាធារណៈ) និងតាមគោលការណ៍ច្បាប់គណនេយ្យ ហិរញ្ញវត្ថុ។

ខ).ស្ថានភាពចំណាយថវិការដ្ឋក្នុងឆ្នាំ ២០១២ :

•• សរុបចំណាយជាសាច់ប្រាក់និងសម្ភារ ជំពូក៦០,៦១,៦២,៦៤ ចំនួន : <u>២,០៧៦,០៦៥,៨៨០៛០០</u>

• ចំណាយថវិកាជាសាច់ប្រាក់ ជំពូក៦០,៦១,៦២,៦៤ ចំនួន : ៧១៣,៣៧៤,៣៩០៛០០

ក្នុងនោះរួមមាន ÷

+ *ប្រាក់រង្វាន់ទេយ្យបុរេប្រទាន មិនមែនកម្មវិធី ជំពូក៦០,៦១,៦២ : ៩៣,០០០,០០០៛០០*
+ *ប្រាក់បៀវត្សនិងប្រាក់បំណាច់ មិនមែនកម្មវិធី ជំពូក៦៤ : ៦២០,៣៧៤,៣៩០៛០០*

- ចំណាយបង់ពន្ធផ្លូវរថយន្តផ្ទេរភារៈចំណាយជំពូក៦៣ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន: ២៣,៧៨០,០០០៛០០
- ចំណូលបង់ថ្លៃអគ្គិសនី ផ្ទេរភារៈចំណាយ ជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ១៧២,៣៨៧,៦០០៛០០
- ចំណាយបង់ថ្លៃទឹក ផ្ទេរភារៈចំណាយ ជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធី ចំនួន : ៤,៩៩៩,០០០៛០០
- ចំណាយជួសជុលរថយន្ត(លទ្ធកម្មក្រសួង)ជំពូក៦១ មិនមែនកម្មវិធីចំនួន : ២៦៣,១៦៥,០០០៛០០
- ចំណាយជាសម្ភារ (លទ្ធកម្មក្រសួង) ជំពូក៦០ មិនមែនកម្មវិធីចំនួន : ៤១៥,៤៦៩,៣៩០៛០០
- ចំណាយជាសម្ភារបោះពុម្ព(លទ្ធកម្មក្រសួង)ជំពូក៦២ តាមកម្មវិធី ចំនួន : ៤៨៣,៣៣០,៥០០៛០០

☞ សមតុល្យចុងឆ្នាំ ២០១២ ជាសម្ភារ ជំពូក៦០,៦២ ចំនួន: **<u>៧៤,៦៧១,៨៥០៛០០</u>**

តារាងស្ថានភាពបញ្ចូល-បញ្ចេញសម្ភារប្រចាំឆ្នាំ ២០១២

គិតជារៀល

ល.រ	បរិយាយ	សមតុល្យដើមគ្រា	បញ្ចូលក្នុងគ្រា	បញ្ចេញក្នុងគ្រា	សមតុល្យចុងគ្រា
១	សម្ភារសំអាតនិងអនាម័យ	១២,៦៨៥,២៣០	១៣,២៤៦,៥០០	១០,៤៩១,៥០០	១៥,៤៤០,២៣០
២	សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សំរាប់ថែទាំសម្ភារឧបករណ៍	១៨,៤៨៩,៨០០	៥០,៩២១,០០០	៥២,១២១,៨០០	១៧,២៨៩,០០០
៣	ប្រេងឥន្ធនៈ និងប្រេងរំអិល	0	២៩៤,៧០៧,០០០	២៩៤,៧០៧,០០០	0
៤	សម្ភារការិយាល័យ និងការបោះពុម្ព	៣៩,៩៦៨,១១០	២៣,៣៥១,៦០០	២១,៣៧៧,០៩០	៤១,៩៤២,៦២០
៥	ឯកសណ្ឋានពេទ្យ	0	១៨,១៧២,០០០	១៨,១៧២,០០០	0
៦	សម្ភារនិងបរិក្ខារបច្ចេកទេស	0	១៨,៦០០,០០០	១៨,៦០០,០០០	0
៧	សម្ភារឃោសនាអប់រំផ្សព្វផ្សាយ	១៩៨,១៨៥,៥០០	២៨៥,១៤៥,០០០	៤៨៣,៣៣០,៥០០	0
	សរុប...	**២៦៩,៣២៨,៦៤០**	**៧០៤,១៤៣,១០០**	**៨៩៨,៧៩៩,៨៩០**	***៧៤,៦៧១,៨៥០***

ចំពោះរាល់ការចំណាយជាថវិកាក្តី ជាសម្ភារក្តី ជាលទ្ធកម្មក្រសួងក្តី ជាការផ្ទេរភារៈ ចំណាយដោយក្រសួងក្តីគណនេយ្យករបានថតចំលងរៀបចំទុកដាក់ឯកសារបានគ្រប់គ្រាន់ និងយ៉ាងត្រឹមត្រូវតាមកិច្ច បញ្ជិការរបស់គណនេយ្យ ។

ទន្ទឹមនឹងនោះ ÷

- បានធ្វើបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌទ្រព្យសម្បត្តិរដ្ឋ និងសន្និធិឃ្លាំងប្រចាំឆ្នាំ២០១២ទាន់ពេលវេលា ជូនក្រសួង
- បានរៀបចំទុកដាក់ប្រមូលផ្តុំឯកសារក្នុងឆ្នាំ ២០១២ ដែលពាក់ព័ន្ធ និងការងារគណនេយ្យឱ្យមានសណ្តាប់ធ្នាប់ល្អ ទាំងថវិកាជាសាច់ប្រាក់ ថវិកាជាសម្ភារ ក៏ដូចឯកសារនីតិវិធីលទ្ធកម្ម ឬចំណាយតាមការបង្វែរដោយក្រសួងសុខាភិបាល ។
- បានរៀបចំបញ្ជីស្ទាមគណនេយ្យសំរាប់ឆ្នាំ ២០១២ ដើម្បីត្រៀមជូនប្រតិភូសវនកម្មជាតិ ឬប្រតិភូអធិការ កិច្ចក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ ឬប្រតិភូសវនកម្មផ្ទៃក្នុង និងដោយរួមសហការ ជាមួយមន្ត្រីជំនាញ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។
- បានរៀបចំរបាយការណ៍លទ្ធផលការងារ ដែលអនុវត្តថវិកាផែនការឆ្នាំ ២០១២ ដាក់ជូនការិយាល័យផែនការ នៃនាយកដ្ឋានថវិកា-ហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីធ្វើការបូកសរុបដាក់ជូនទៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ បញ្ជាក់ អំពីលទ្ធផលនៃការងារដែលបានអនុវត្តក្នុងឆ្នាំកន្លងមក ។

៣. ទិសដៅគំរោងផែនការសំរាប់ឆ្នាំ ២០១៣

- បានលើកគំរោងផែនការឆ្នាំ ២០១៣ ជាមាតិកាថវិកា សំរាប់ខ្ទង់ចំណាយណាតាមកម្មវិធី និងខ្ទង់ចំណាយណា មិនមែនកម្មវិធីដែលជាផែនការច្រាំឆ្នាំរបស់អង្គភាព តាមកំណើននៃការអនុញ្ញាត របស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ទៅលើជំពូកនីមួយៗ ដូចជាជំពូក ៦០, ៦១, ៦២, ៦៣ ឱ្យកើនតែ ៥%ប៉ុណ្ណោះ ចំណែកឯជំពូក៦៤ បៀវត្សរ៍វិញ ឱ្យកើនរហូត ទៅដល់ ២០% សំរាប់ប្រតិបត្តិការលើវិស័យសុខាភិបាល ដែល

អនុវត្តន៍ទៅលើការងារគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាល បច្ចេកទេស ការងារដំណើរការរៀបចំជួសជុល និងថែទាំមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្រ្ត និងបាណកសាស្រ្តទាំងមូល។

- បានសិក្សាលើផែនការឆ្នាំ ២០១៣ ដើម្បីអនុវត្តន៍ប្រតិបត្តិការប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំឆមាស ដែលមានថវិកាតាមកម្មវិធី និងមិនមែនកម្មវិធី។

- បានរៀបចំ និងបែងចែកថវិកាតាមមុខងារ ជំពូក សំរាប់ការងារថែទាំ ជួសជុល និងដំណើរការងារអង្គភាពដើម្បីឱ្យមាននិរន្តន៍ភាពនិងតម្លាភាពគ្រប់កម្មវិធីជាតិមាន កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ,កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនឈាម, កម្មវិធីប្រយទ្ធនឹងជម្ងឺស៊ីស្តូសូមីញ៉ា(ដង្កូវព្រូនពោះវៀន)និង កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺព្រូនអំបោះ (ហ្វីលែ)។

- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្រ្ត និងបាណកសាស្រ្ត នឹងខិតខំបន្តលើកកំពស់ការអនុវតន្តន៍ ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសុខាភិបាល ២០០៨-២០១៥ ដើម្បីកែលំអសូចនាករ សុខភាពសំខាន់ៗ ក្នុងការឈានទៅសំរេចឱ្យបាន ជោគជ័យនូវយុទ្ធសាស្រ្តចតុកោណរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដំណាក់ កាលទី២ នីតិកាលទី៤ នៃរដ្ឋសភាឆ្នាំ ២០០៨-២០១៣ និង គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវត្សកម្ពុជាពិសេសលើការកាត់បន្ថយការស្លាប់ដោយជម្ងឺគ្រុនចាញ់ និងឈានត្រៀមលុបបំបាត់ ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ជាបណ្តើរៗ និងរហូតឈានទៅលុបបំបាត់ទាំងស្រុងនៅឆ្នាំ ២០២៥។

ផ្នែកទី៦ :

ឧបសម្ព័ន្ធ ទី១: ទិន្នន័យប្រេវ៉ាឡង់ហ្សេស៊ីប៉េឌី (G6PD)នៅកម្ពុជា **(Records on G6PD Prevalence in Cambodia)**

Authors - Journal - Date	*Year*	*Targeted Population*	*N*	*Method*	*Main findings*	*Comments*
Sam Sunnaro	*1966*	*Male inpatient aged 19-55 years old (Hospital Monivong)*		*Method used by J.C. Kaplan et J.C. Dreyfus*	*8.9% among malaria patients and 11.6% among non-malaria*	*Contribution à l'Etude de Deux Anomalies Erythrocytaires Vues au Cambodge (Hemoglobine E et Deficit en G6PD). Faculté de Médecine de Phnom Penh. Thèse pour le Doctorat en Médecine.*
AFFRIMS-unpublicized	*2009-2012*	*Malaria subject in deferent 8 provinces*	*783*	*G6PD Fluorescence*	*G6PDd=13.80%*	*No abstract are available*
AFFRIMS-unpublicized	*2010-2011*	*Malaria Epidemiology Cohort Study in OMC*	*256*	*G6PD Fluorescence*	*G6PDd=12.5%*	*Primaquine who develop P. vivax during study (15mg/day for 2 weeks for who had G6PD normal otherwise 45mg per week for 8 weeks for G6PD def)*
AFFRIMS-unpublicized	*2012*	*Healthy volunteers military and civilians*	*149*	*G6PD Fluorescence and Quantitative test*	*G6PD d class I&II=2.0%* *G6PD d class III=11.4%* *G6PD class IV=20.1%* *G6PD class V=66.4%* *Genetics result is on process analysis*	*Primaquine for subject who develop P.vivax infected during study as (15mg/day for 2 weeks for who had G6PD normal otherwise 45mg per week for 8 weeks for G6PD def class III)*
Goueffon et al, Bull. Soc. Pathol. Exot., 1969	*1966*	*?*			*G6PDd=14.5%*	*No abstract available*
Everett et al., Am. J. Trop. Med. Hyg., 1977	*1975*	*Healthy Khmer Air Force male troops*	*106*	*?*	*G6PDd=14.1% for males (100% G6PD-Mahidol) - G6PD-Mahidol enzyme activities=4% to 11% of G6PD normal levels*	*Primaquine trial (15 mg/day for 2 weeks)*
Monchy et al., Med. Trop., 2004	*2002*	*Children aged from 6 months to 5 years in Kandal province*	*151*	*G6PD assay activity (37°C)*	*G6PDd=13.4% for males & 4.3% for females*	*G6PDd < 2.4 U/gHb & G6PDi=2.4-5.1 U/gHb*

Louicharoen et al., J. Hum. Genet., 2005	*2002*	*Migrant Cambodian laborers in Chanthaburi province, Thailand,*	*108*	*G6PD assay activity (37°C) & PCR-RFLP*	*G6PDd=26.1% for males & 3.1% for females, G6PD-ViangChan=82.4%, G6PD-Union=3.0%, G6PD-Coimbra=3.0%, Unkwon=11.6%*	*G6PDd < 1.5 U/gHb*
	2003	*Cord blood samples newborns of Khmer-speaking mothers*	*107*	*G6PD assay activity (37°C)*		
Matsuoka et al., J. Hum. Genet., 2005	*2003-2004*	*Battambang, Kampot, Phnom Penh and Rattanakiri provinces (13 sites)*	*670*	*G6PD Assay Kit (Dojindo Laboratories, Tokyo, Japan) & PCR-sequencing*	*G6PDd=8.1% for males & 5.3% for females (in Khmer ethnic group, G6PDd=12.6% for males & 13.8% for females; in Tum Pun group, G6PDd=1.1% for males and in Cha Ray ethnic group, G6PDd=3.2% for males), G6PD-ViangChan=97.9%, G6PD-Union=2.1%.*	*Divide into (1) full activity of G6PD, (2) partial deficiency group, and (3) complete deficiency group*
Steenkeste et al., PhD thesis, 2009	*2001*	*8 villages & 3 ethic groups (Tum Pun, n=698; Jaray, n=179; Brao, n=237)*	*1116*	*PCR-sequencing (Exons 9-12)*	*100% G6PD-ViangChan. G6PDd=4.3% (3.0% for males & 5.4% for females). G6PDd=0.3% in Tum Pun group, 2.2% in Jaray & 17.7% in Brao).*	
Khim et al., PlosOne, 2011	*2010*	*4 villages in Pailin province*	*903*	*G6PD assay activity (Trinity Biotech). G6PD RDT (Access Bio) & PCR-sequencing (all exons)*	*G6PDd=10.7% (15.0% for males & 6.9% for females). Fully G6PDd=1.2%, severe G6PDd=5.6%, mild G6PDd=11.0%, normal G6PD=76.6% & increased G6PD=5.6%. G6PD-ViangChan=95.5%, G6PD-Canton=1.5%, G6PD-Mahidol=1.5% & G6PD-Valladolid=1.5%.*	*fully G6PDd (WHO class I) < 0.12 U/gHb, severe G6PDd (WHO class II): >0.12-1.2 U/gHb, mild G6PDd (WHO class III): >1.2-7.1 U/gHb, normal G6PD (WHO class IV): >7.1-17.7 U/gHb, increased G6PD (WHO class V) >17.7 U/gHb*

Spatial distribution of severe deficiency (classes I & II) and mild deficiency/normal (classes III+IV+V) in malaria infected patient's by provinces, Cambodia, 2010-2012 (Source: Pasteur Institute)

Areas	*Provinces*	*No.*	*Severe deficiency*			*Mild deficiency/normal*		
			No.	*%*		*No.*	*%*	
Western	***Oddar Manchay***	***212***	***29***	***13.7%***	***9.1%***	***47***	***22.1%***	***15.0%***
	Battambang	***187***	***20***	***10.7%***		***50***	***26.7%***	
	Pailin	***205***	***26***	***12.7%***		***37***	***18.0%***	
	Pursat	***323***	***24***	***7.4%***		***38***	***11.7%***	
	Kampong Speu	***37***	***6***	***16.2%***		***7***	***18.9%***	
	Kampong Som	***368***	***38***	***10.3%***		***53***	***14.4%***	
	Kampot	***400***	***15***	***3.7%***		***28***	***7.0%***	
Central	***Phnom Penh***	***8***	***0***	***0,0%***	***6.9%***	***0***	***0,0%***	***15.3%***
	Preah Vihear	***254***	***18***	***7.1%***		***40***	***15.7%***	
Eastern	***Rattanakiri***	***138***	***9***	***6.5%***	***5.1%***	***17***	***12.3%***	***8.9%***
	Kratie	***208***	***7***	***3.4%***		***13***	***6.2%***	
	Mondolkiri	***68***	***5***	***7.4%***		***7***	***10.3%***	
Cambodia		*2408*	*197*	*8.2%*		*290*	*14.0%*	

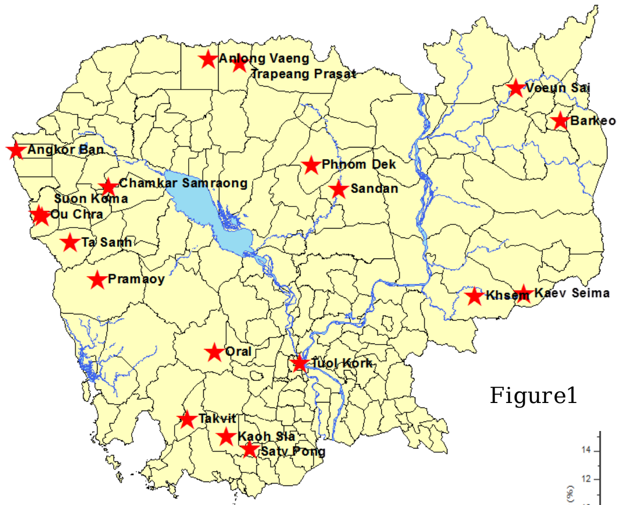


Figure1

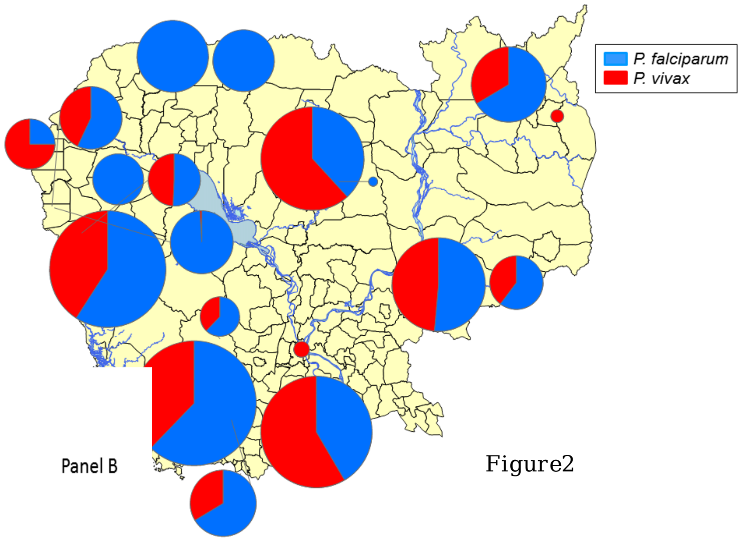


Figure2

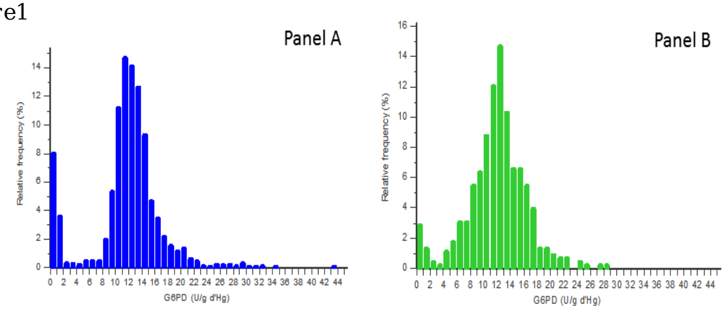


Figure3

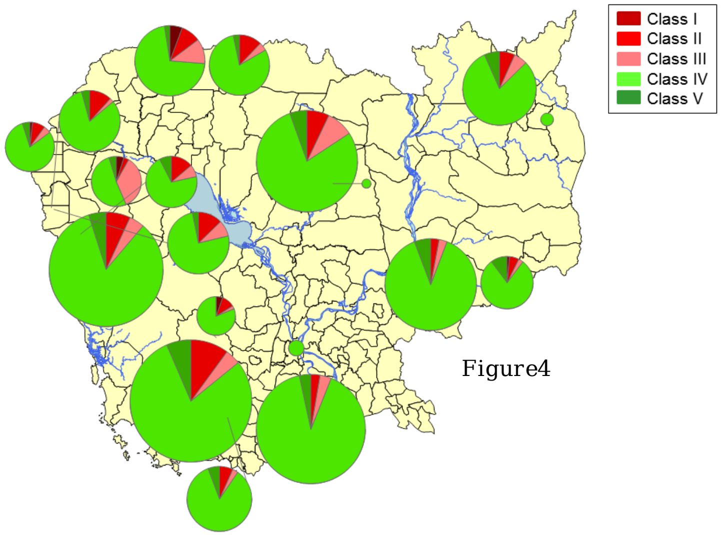


Figure4

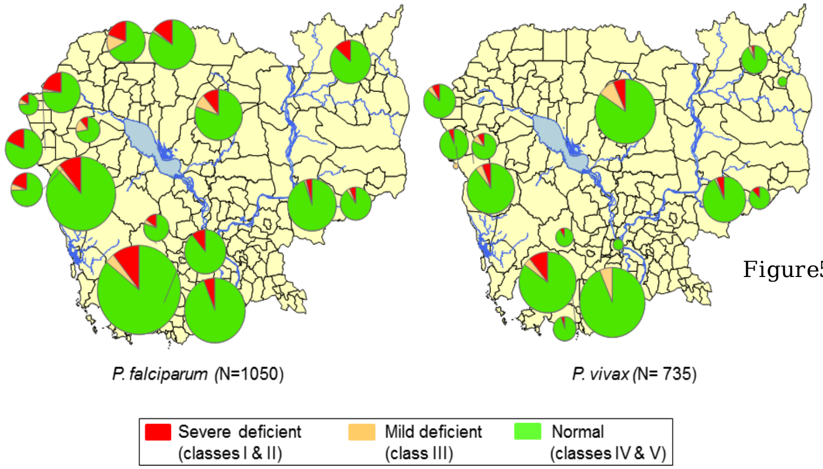


Figure5

ឧបសម្ព័ន្ធ២៖ ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១៣

ប្រធានបទនៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាល/សិក្ខាសាលា ដែលនឹងត្រូវអនុវត្តដោយអង្គភាពប្រតិបត្តិសំរាប់ឆ្នាំ២០១៣-២០១៤

No	Training/workshop's name in English	Duration (Days)	Implementation Unit				Trainers Facilitators		Participants	Curriculum		Remarks		
			Central	Pro	OD	HC	Other	Org.		yes	no	A	B	C
1	Refresher training for 552 VMWs	2	x	x	x			CNM/PMS/ ODs/HCs	VMW will be conducted Refresher training	Y				
2	Training new VMWs 4982 from 2491villages(2013=409)(2014=709)(2015=1373)	2	x	x	x			CNM/PMS/ ODs/HCs	Training new VMWs 4982 from 2491villages	Y				
3	Refresher training of trainers to 40 PMSs from 20 provinces	3	x	x				CNM/PMS	Training will selecetd 40 PMSs from 20 provinces.	Y				
4	Refresher training of trainers to 45 OD staffs from 20 provinces	2		x	x			PMS	Refresher training of trainers will sellected 45 OD staffs from 20 provinces	Y				
5	Train Malaria education 306 HC trainers at OD offices	2		x	x			PMS/ODs	Training will selected 306 HC staffs.	Y				

6	Refresher training to VHVs and community leaders	2			x			ODs/HCs	Refresher training will selected 1245 of VHVs.	Y				
7	Training PPM Committee (ToT for PPM Team)	2	x	x	x			CNM/PMS /ODs	Training PPM will selected 20 for 10 Ods participants.	Y				
8	Training the Selected Private Providers	2	x	x	x			CNM/PMS /ODs	Selected Private Providers will be selected 30 paricipants	Y				
9	Refresher training on M&E, Finance and Procurement of SRs/SSRs	2	x	x	x			CNM/PMS /ODs	127 participants will selected in training		no			
10	Train PHD/OD/HCs on bed net distribution strategy	3	x	x	x			CNM/PMS /ODs	167 participants will selected in training	Y				
11	Entomology Training of provincial level in Ratanakiri,SiemReap, Battambang,Kampot 4 Places per year	8	x	x	x			CNM/PMS /ODs	32 participants will selected in training		no			
12	Train PHD and OD(RH/HC) staff on quality control guidelines and written back-up procedure	2	x	x	x			CNM/PMS /ODs	Conduct training by CNM team for RHs, FDHs, HC, and HPs total : 106 participants	Y				

13	Train Microscopist at HC level	4	x	x	x			CNM/PMS /ODs	22 participants will selected in training		no			
14	Training RH/HC on Case Management	3	x	x	x			CNM/PMS /ODs	24 participants will selected in training		no			
15	Train taxi and bus drivers for awareness malaria prevention and let them after training they will help us for leaflet distribution.	2		x				CNM ,Health Education Unit	200(50/prpvince)	Y		x		
16	Train 40 trainers from 20 provinces	3	x	x				CNM, Health Education Unit	2 persons from 20 provinces	Y		x		
17	Training Health education to 45 OD on malaria prevention	3	x	x				CNM, Health Education Unit	Participants from 45 OD	Y		x		
18	Training of 306 VHV Trainers from the HCs	2		x	x	x		Provincial and OD	Participants form 306 HC	Y		x		
19	Refresher training to VHVs and community leaders	2		x	x	x		Provincial , OD,HC	VHV and Village chief from 1,670 villages	Y		x		

20	Hold semester meetings of the BCC Working Group to discuss progress, share information, and adjust strategy as needed	2	x	x				CNM, Health Education Unit	BCC working group (participants from NGO and other ministries)			x		
21	Annual meeting to present findings of behavioral research/qualitative studies/operational lessons learnt	4	x					CNM, Health Education Unit	Participants from provinces and partner, other ministries			x		
22	Workshop with BCC Working Group and other relevant partners to revise key messages created for Zone 1 and Zone 2 (as needed) and to create new messages	55	x					CNM, Health Education Unit	Participants from provinces and partner, other ministries					

ឧប្បសម្ព័ន្ធ៣ៈ ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីគ្រុនឈាម និង គ្រុនឈឹកឆ្នាំ២០១៣

ប្រធានបទនៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាល/សិក្ខាសាលា ដែលនឹងត្រូវអនុវត្តដោយអង្គភាពប្រតិបត្តិសំរាប់ឆ្នាំ២០១៣-២០១៤

No	ឈ្មោះវគ្គ បណ្តុះបណ្តាល	Duration (Days)	Implementation Unit				Trainers Facilitators		Participants	Curriculu m		Remarks		
			Central	Pro	OD	HC	Other	Org.		yes	no	A	B	C
1	បណ្តុះបណ្តាលការងារធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ-ព្យាបាល ជមឺគ្រុនឈាម-គ្រុនឈិក ដល់បុគ្គលិកសុខាភិបាល : វេជ្ជបណ្ឌិតមន្ទីរពេទ្យខេត្ត- ស្រុកជាគ្រូបណ្តុះបណ្តាលបន្ត (ភ្នំពេញនិងតាមតំបន់)	3	x				NPH-KBH-Kg Cham Referral Hosp-Takeo Referral Hosp	CNM/D HF	MDs- Nurses of high risk locations	x		x		
2	បណ្តុះបណ្តាលអេពីដេមីសាស្ត្រនិង GIS ដល់បុគ្គលិក សុខាភិបាល ធ្វើឱ្យមានភាពល្អប្រសើរការងារ ប្រមូល-វិភាគរបាយការណ៍ដល់មន្ទីរពេទ្យចំណុចទាំង5 និងខេត្តចំណុចទាំង 10	5 days	CNM							x				
3	បណ្តុះបណ្តាលក្រុមឆ្លើយតបបន្ទាន់ថ្នាក់ខេត្តលើការងារ កំចាត់ភ្នាក់ ងារចំលងនិងការប្រើប្រាស់ថ្នាំបាណកឃាដ	3 days	CNM						Dengue	x				

ឧបសម្ព័ន្ធ៨៖ ផែនការបណ្តុះបណ្តាលរបស់កម្មវិធីជំងឺព្រូនឆ្នាំ២០១៣

Training Plan of CNM Implementtation Agencies on Helminthiases programme

No	Training tittle	Duration	Facilitator	Curriculum for training	Level of Participant attending	# partcip	Other
1	**Schistosomiasis Program**						
	Passive case detection and disease management	2	CNM,PHD	available	CNM,PHD,OD,HCs	80	Two session
	HE skill to Community for prevention	2	PHD, OD, HCs	available	OD, HCs, VHVs	100	Two sessions
2	**Deaworming Program**						
	Intergrated management on requesting, reporting deworming drugs	**2**	CNM, PHD, CMS, HIS	available	CNM, PHD, OD, HCs	400	Four sessions
	Helminth Diagnosis by stool examination	**5**	CNM, PHD	available	CNM, PHD, RH, OD, HCs	50	Three sessions
	Refreshing training on MDA reporting coverage	2	CNM, PHD, OD, HCs	available	PHD,OD, HCs,	400	Four sessions
3	**Food Borne Trematode**						
	Control on liver and intestinal flukes	2	CNM, PHD, OD, HCs	available	PHD,OD, HCs,	80	Two sessions
4	**Lymphatic Filariasis (LF)**						
	Transmission asessement survey post-MDA	3	CNM, PHD, OD, HCs	available	PHD,OD, HCs,	80	Two sessions
	Training to VHV of disease prevention and new case detection	2	OD, HCs	available	OD, HCs, VHVs	100	Two sessions
5	**Strongyloidiasis**						
	Control on Strongyloidiasis at community setting	2	CNM, PHD, OD, HCs	available	PHD,OD, HCs,	80	One session