ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ដំណើរឆ្ពោះទៅកម្ពុជា
គ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់

គតិទេព និងវីរៈដឹកនាំ
បេសកកម្ម ឆ្ពោះទៅកម្ពុជា
គ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់

សាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង

ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០២៥

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន នាយករដ្ឋមន្ត្រី
នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ប្រគល់សៀវភៅផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ
លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១១ - ២០២៥
ជូន **ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង** រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ក្នុងឱកាសសន្និបាតសមិទ្ធផលសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១០ និងទិសដៅការងារ
ឆ្នាំ២០១១ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល នៅរាជធានីភ្នំពេញ
នាថ្ងៃទី១៥ ខែមីនា ឆ្នាំ២០១១

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

ដំណើរឆ្ពោះទៅកម្ពុជា
គ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់

គតិទេព និងវីរៈដឹកនាំ
បេសកកម្ម
ឆ្ពោះទៅកម្ពុជាគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់

សាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង

អ្នកតំណាងរាស្ត្រមណ្ឌលរាជធានីភ្នំពេញ
អតីត រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

បញ្ជីមាតិកា

អារម្ភកថា i

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ v

ផ្នែកទីមួយ៖ សេចក្ដីផ្ដើម 1

១. អ្វីទៅជាជំងឺគ្រុនចាញ់ ? 1

ក. មេរោគបង្កជំងឺគ្រុនចាញ់..1

ខ. កត្តាប្រឈមបង្កជំងឺគ្រុនចាញ់ 2

គ. រោគសញ្ញានៃជំងឺគ្រុនចាញ់ 3

ឃ. រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ 3

ង. ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់.. 4

ច. ការបង្ការជំងឺគ្រុនចាញ់ 4

ឆ. ហានិភ័យ (សេដ្ឋកិច្ច សង្គម).. 5

២. ប្រវត្តិនៃជំងឺគ្រុនចាញ់.. 6

ក. ប្រវត្តិជំងឺគ្រុនចាញ់ជាសកល 6

ខ. ប្រវត្តិជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងប្រវត្តិមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ........ 8

ផ្នែកទីពីរ៖ ស្ថានភាពជំងឺ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ...............................12

១. ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មុនដំណាក់កាលនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ 12
២. យុទ្ធសាស្ត្រជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា 14
ផ្នែកទីបី៖ វឌ្ឍនភាព និងសមិទ្ធផល 18
១. ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ 18
២. ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី 25
ក. ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស 25
ខ. រៀបចំច្បាប់បញ្ញត្តិផ្សេងៗ 28
គ. ការប្រើប្រាស់ធនធានថវិកា 34
៣. ការគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចម្លង (Vector Control) 36
ក. ភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ 36
ខ. ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស 37
គ. ការរៀបចំច្បាប់ បញ្ញត្តិផ្សេងៗ 38
ឃ. ការគ្រប់ដណ្តប់មុង និងប្រើប្រាស់ធនធាន 39
៤. ការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺ 41
ក. ការគ្រប់គ្រងភាពស៊ាំថ្នាំ 41
ខ. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ 45

៥. ការតាមដានឆ្លើយតប 49
ក. ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រតាមដានឆ្លើយតប ១, ៣, ៧ 49
ខ. សកម្មភាពយុទ្ធសាស្ត្រខ្លាំងក្លាបន្ថែម (Acceleration Approaches) 52
៦. ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថនិងប្រាស្រ័យទាក់ទង 56
៧. ការស្រាវជ្រាវ និងសើុបអង្កេត 57
ផ្នែកទីបួន៖ សន្និដ្ឋាន 59
កម្រងរូបភាពអនុស្សាវរីយ៍

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

អារម្ភកថា

ប្រទេសកម្ពុជា មិនមានករណីស្លាប់ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៨ គឺសម្រេចបាន២ឆ្នាំមុនផែនការ។ សមិទ្ធផលគួរជាទីមោទនៈនេះ បានមកដោយសារការផ្តួចផ្តើម និងគិតគូរប្រកបដោយបញ្ញាញាណ និងសុទិដ្ឋិនិយមខ្ពស់បំផុតរបស់ **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** អតីតនាយករដ្ឋមន្ត្រី និងបច្ចុប្បន្នជាប្រធានព្រឹទ្ធសភានៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្នុងការលើកកម្ពស់ថែរក្សាសុខុមាលភាព និងសុខភាព សាធារណៈរបស់ប្រជាជន ព្រមទាំងការអភិវឌ្ឍ ក្រោមដំបូលនៃសន្តិភាពពេញលេញលើផ្ទៃប្រទេស ដែលបានមកពីនយោបាយឈ្នះ! ឈ្នះ! ។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានដឹកនាំបំពេញការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅប្រទេសកម្ពុជា ជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធ ទៅតាមផែនទីបង្ហាញផ្លូវផ្អែកទៅតាមស្ថានភាព លទ្ធភាព និងសមត្ថភាពរបស់ខ្លួន ដោយដើរទទឹមគ្នានឹងផែនការនៅក្នុងតំបន់ និងសកល ដែលផ្តោតលើការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺការអប់រំសុខភាព ការគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចម្លង ការតាមដាន និងឆ្លើយតប និងការសម្របសម្រួលកម្មវិធី ដែលជាត្រីវិស័យដ៏ត្រឹមត្រូវ និងមានប្រសិទ្ធផលខ្ពស់បំផុត ក្នុងការសម្រេចបាននូវគោលដៅគន្លឹះសំខាន់ៗទាំងបី រួមមាន ១)-ការទប់ស្កាត់ភាពស៊ាំថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន (Artemisinin) ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ២)-ការធានាមិនឱ្យមានករណីស្លាប់ ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ និង ៣)-ការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុង ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។

សៀវភៅ «ដំណើរឆ្ពោះទៅកម្ពុជាគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់» នេះ រៀបរៀងជាឯកសារកម្រងអនុស្សាវរីយ៍ប្រវត្តិសាស្ត្រ និងរៀបរាប់ដោយសង្ខេបពីដំណាក់កាលចម្បងៗទាំងបី ដោយរំលេចពីសកម្មភាព សមិទ្ធផលនិងការងារបន្ទាប់ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលមានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ ជាសេនាធិការ ក្នុងការខិតខំប្រតិបត្តិអនុវត្តបេសកកម្មទៅតាមគតិទេព របស់អតីតប្រមុខរាជរដ្ឋាភិបាលដើម្បីជានា និងរក្សាឱ្យបាននូវកម្ពុជាគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់ចាប់ពីឆ្នាំ២០២៥នេះតទៅ។

ខ្ញុំសង្ឃឹមថា សៀវភៅដែលមានលក្ខណៈឯកសារប្រវត្តិសាស្ត្រនេះ អាចចូលរួមជាបច្ច័យដល់អ្នកអានគ្រប់ស្រទាប់ មិនថាជាថ្នាក់ដឹកនាំប្រទេស ស្ថាប័ន អង្គភាព ឬអ្នកបច្ចេកទេស ឬសិស្ស-និស្សិត ឬអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬប្រជាពលរដ្ឋទូទៅ ធ្វើការសិក្សាស្វែងយល់ ជាចំណេះដឹង ឬយកទៅប្រើប្រាស់សម្រាប់ការងារប្រចាំថ្ងៃ ឬអភិវឌ្ឍការងារមុខជំនាញរបស់ខ្លួន។

Preface

Cambodia had reported no malaria death since 2018, achieving this milestone two years ahead of the schedule. This remarkable achievement is resulted from the thoughtful initiative, profound wisdom, and visionary leadership of **Samdech Akka Moha Sena Padei Techo Hun Sen**, former Prime Minister and current President of the Senate of the Kingdom of Cambodia. His efforts have aimed to promote public well-being, enhance population health, and foster national development while maintaining lasting peace throughout the country through the Win-Win Policy.

The Ministry of Health has led the work to eliminate malaria in Cambodia, with support from stakeholders, following a structured roadmap, and considering the national context, capabilities, and capacity. These efforts have been aligned with regional and global plans, focusing on case management, health education, vector control, implementation, monitoring and response, and program coordination—key strategies regarded as both an accurate compass and effective tools for achieving three primary goals: (1) preventing artemisinin resistance by 2015, (2) ensuring zero malaria deaths by 2020, and (3) achieving complete malaria elimination by 2025.

This book "***The Road to a Malaria-Free Cambodia***", a compilation of historical memoirs, summarizes the three main goals highlighting activities, achievements, and subsequent works of the Ministry of Health. The National Center for Parasitology, Entomology and Malaria Control has

served as the technical secretariat under the guidance of the former head of the Royal Government to ensure and sustain a malaria-free Cambodia from 2025 onwards.

I hope this historical book serves as a valuable resource for readers from all walks of life, including national leaders, institutional and organizational representatives, technicians, students, researchers, and the general public, providing them with deeper insights and practical knowledge applicable to their daily work and professional development.

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ជាបឋម ខ្ញុំបាទសូមសម្តែងនូវកតញ្ញូតាធម៌ ដោយស្មោះអស់ពីដួងចិត្ត គោរពជូន **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** អតីតនាយករដ្ឋមន្ត្រី និងបច្ចុប្បន្នជាប្រធានព្រឹទ្ធសភានៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលបានផ្តល់ឱកាសឱ្យខ្ញុំបាទបានបំពេញភារកិច្ចបម្រើ ជាតិ សាសនា និង ព្រះមហាក្សត្រ រយៈពេល ១៥ឆ្នាំ ក្នុងនាមជារដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាលពីឆ្នាំ២០០៨ ដល់ ២០២៣។ សៀវភៅនេះ គ្រាន់តែជាសក្ខីភាពដ៏តូចមួយ ក្នុងចំណោមភារកិច្ចចម្បងៗសំខាន់ៗ ដែលសម្តេចអតីតប្រមុខរាជរដ្ឋាភិបាលបានប្រគល់ឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលដឹកនាំអនុវត្ត។

ខ្ញុំក៏សូមគោរពថ្លែងអំណរគុណជាអនេកប្បការចំពោះ សម្តេច ឯកឧត្តម លោកជំទាវ អ្នកឧកញ៉ា លោក លោកស្រី នាងកញ្ញា ដែលជាសមាជិក សមាជិកា ព្រឹទ្ធសភា រដ្ឋសភា រាជរដ្ឋាភិបាល ក្រសួង មន្ទីរ ដៃគូអភិវឌ្ឍ ដៃគូអនុវត្តជាតិ-អន្តរជាតិ ព្រមទាំងស្ថាប័ន និងអង្គភាពពាក់ព័ន្ធគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់ទាំងអស់ ដែលបានលើកទឹកចិត្ត គាំទ្រ ជ្រោមជ្រែង សហការ សហប្រតិបត្តិការក្នុងភារកិច្ចបម្រើជាតិ ជាពិសេសការលើកកម្ពស់សេដ្ឋកិច្ចសង្គម និងសុខុមាលភាពរបស់ប្រជាជន។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដល់ថ្នាក់ដឹកនាំ និងមន្ត្រីសុខាភិបាលគ្រប់កម្រិតទាំងអស់ ព្រមទាំងអង្គភាពមូលដ្ឋាន និងជាពិសេសអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិ ចំពោះការចូលរួមប្រតិបត្តិការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ប្រកបដោយស្មារតីទទួលខុសត្រូវខ្ពស់ និងប្រកបដោយការតាំងចិត្តខ្ពស់។

ខ្ញុំសូមសម្តែងនូវការកោតសរសើរដោយស្មោះអស់ពីចិត្តចំពោះថ្នាក់ដឹកនាំនិងមន្ត្រីនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ គ្រប់ជំនាន់ និងគ្រប់កម្រិតដែលបានលះបង់ទាំងកម្លាំងកាយ កម្លាំងចិត្ត និងប្រាជ្ញា ក្នុងការដឹកនាំ និងខិតខំអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ប្រកបដោយការទទួលខុសត្រូវខ្ពស់និងសម្រេចបាននូវសមិទ្ធផលគួរជាទីមោទនៈជាបន្តបន្ទាប់មកដល់ពេលនេះ។

ជាចុងបញ្ចប់ ខ្ញុំសូមអរគុណជាពិសេសដល់លោកបណ្ឌិត ហ៊ុយ រ៉េកុល លោកបណ្ឌិត ខៀវ វីរៈ លោកវេជ្ជបណ្ឌិត លាង ឬទ្ធា និងលោកវេជ្ជបណ្ឌិត ស៊ីវ សុវណ្ណារ័ត្ន ដែលបានចែករំលែកទិន្នន័យ ព្រមទាំងបានចូលរួមពិនិត្យ និងកែសម្រួលលើអត្ថបទរបស់សៀវភៅនេះ។

ផ្នែកទីមួយៈ សេចក្តីផ្តើម

១. អ្វីទៅជាជំងឺគ្រុនចាញ់?

ក. មេរោគបង្កជំងឺគ្រុនចាញ់

ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាជំងឺបង្កឡើងដោយប៉ារ៉ាស៊ីតប្លាស្មូដ្យូមតាមរយៈការខាំចម្លងដោយមូសដែកគោលញី។ ជំងឺគ្រុនចាញ់កើតភាគច្រើននៅតំបន់ត្រូពិច និងអនុតំបន់ត្រូពិចដែលមានលក្ខខណ្ឌអំណោយផលដល់ការរស់នៅការបន្តពូជរបស់សត្វមូស និងប៉ារ៉ាស៊ីត។ ប៉ារ៉ាស៊ីតប្លាស្មូដ្យូមមាន ចំនួន៤ប្រភេទ (ហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម វីវ៉ាក់ អូវ៉ាឡេ និងម៉ាឡារីយេ) ដែលអាចឆ្លងពីមនុស្ស តាមរយៈការខាំចម្លងរបស់មូសដែកគោលញី ដោយឡែកក៏មានជំងឺគ្រុនចាញ់ផ្សេងទៀតកើតនៅលើសត្វស្វា (សត្វស្វាពូជកន្ទុយវែង) ឆ្លងមកមនុស្សដែរដូចជាៈ ប្លាស្មូដ្យូមណូឡេស៊ី ...។

ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទប្លាស្មូដ្យូមហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម ឬទម្រង់គ្រុនចាញ់សន្ទំ ជាប្រភេទដែលអាចវិវត្តលឿន ទៅរកសភាពធ្ងន់ធ្ងរ បើប្រៀបនឹងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត។ ចំពោះជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទប្លាស្មូដ្យូមវីវ៉ាក់ និងអូវ៉ាឡេ គឺជាទម្រង់លាប់ ដោយសារប៉ារ៉ាស៊ីតមួយចំនួន នៅសង្ងំក្នុងកោសិកាថ្លើមបង្កជាជំងឺសារជាថ្មីម្តងទៀត។ ដោយឡែកជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទប្លាស្មូដ្យូមម៉ាឡារីយ៉េជាទម្រង់មិនលាប់ ដោយសារមិនមានប៉ារ៉ាស៊ីតនៅសង្ងំក្នុងកោសិកាថ្លើមទេ។ ចំណែកឯជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទប្លាស្មូដ្យូមណូឡេស៊ី ជាប្រភេទដែលអាចវិវត្តលឿនទៅរកសភាពធ្ងន់ធ្ងរដែរ វាមានលក្ខណៈដូចប្រភេទប្លាស្មូដ្យូមហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម។

ខ. កត្តាប្រឈមបង្កជំងឺគ្រុនចាញ់

ជំងឺគ្រុនចាញ់មានទំនាក់ទំនង រវាងប៉ារ៉ាស៊ីតប្លាស្មូដ្យូម មនុស្ស (ឈាមដែលមានប៉ារ៉ាស៊ីតប្លាស្មូដ្យូម ដូចជាតាមការបញ្ចូលឈាម ឬការចម្លងពីម្ដាយទៅកូន) និងមូស ដែលទាក់ទងទៅនឹងកត្តាបរិស្ថាន រួមមាន អាកាសធាតុ ភូមិ-សាស្ត្រ។

កត្តាមនុស្ស និងមូស ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយសារតែសកម្មភាពមួយចំនួនរបស់មនុស្ស មានទំនាក់ទំនងជាមួយមូស ដូចជាការធ្វើការ និងរស់នៅតំបន់ប្រឈមជំងឺគ្រុនចាញ់។

ការប្រែប្រួលសីតុណ្ហភាព សំណើម និងលំនាំទឹកភ្លៀងអាចប៉ះពាល់ដល់ឥរិយាបថ ការរស់រាន ការបង្កាត់ពូជរបស់ជីវិតមូសដែកគោល (*Anopheles mosquitoes*) ដែលអាចនាំឱ្យមានការកើនឡើងជំងឺគ្រុនចាញ់ផងដែរ។

ទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ក៏ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ដែរ មានជាអាទិ៍ តំបន់ព្រៃភ្នំដងអូរ ជនបទដាច់ស្រយាល ជាដើម។ល។ ដោយសារមនុស្សអាចរស់នៅជិតតំបន់ដែលអាចប្រឈមនឹងមូសគ្រុនចាញ់ខាំចម្លងជំងឺ។

កំណើន និងការចល័តរបស់ប្រជាជន ក៏អាចរួមចំណែកដល់ការរីករាលដាលនៃជំងឺគ្រុនចាញ់ផងដែរ ដោយសារតែប្រជាជនអាចឆ្លងជំងឺនៅពេលដែលចូលទៅក្នុងតំបន់ប្រឈមនឹងការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់។ ម្យ៉ាងវិញទៀត ការបញ្ចូលឈាមអាចបណ្ដាលឱ្យមានការឆ្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ផងដែរ ប្រសិនបើឈាមបុគ្គលធ្វើអំណោយឈាមមានផ្ទុកមេរោគគ្រុនចាញ់ ហេតុនេះគឺត្រូវបាន

បញ្ចូលទៅអ្នកទទួល។ ការចម្លងក៏អាចកើតមានឡើង ពីម្ដាយទៅគភ៌ នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬពេលសម្រាលកូន ប៉ុន្តែវាជាករណីកម្រ។

គ. រោគសញ្ញានៃជំងឺគ្រុនចាញ់

អ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ មានរោគសញ្ញាសំខាន់ៗបី មានដូចជា៖ ក្ដៅខ្លួន (ចាប់ពី៣៧,៥^{0}c) ញាក់ និងបែកញើស ទន្ទឹមនឹងនោះ ក៏អាចមានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត ដូចជា ឈឺក្បាល ឈឺខ្លួនឬសន្លាក់ ចង្អោរឬក្អួត ស្លេកស្លាំង ថ្លើមឬលំពែងរីកធំ ដែលជាទូទៅចាប់ផ្ដើមក្នុងអំឡុងពេល៧ ទៅ១៥ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីមូសខាំចម្លងប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់។ ចំពោះរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងររួមមាន សន្លប់ ប្រកាច់ សញ្ញាស្លេកស្លាំង ពិបាកដកដង្ហើម និងមានទឹកនោមតិច ជាដើម។ល។

ក្រុមមនុស្សដែលងាយវិវត្តទៅរកភាពធ្ងន់ធ្ងរ មានដូចជា ទារក កុមារអាយុក្រោម ៥ឆ្នាំ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (អ្នកដែលមានប្រព័ន្ធប្រឆាំងមេរោគចុះខ្សោយ) ជាដើម។

ឃ. រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្រុនចាញ់ មានដូចជា ការពិនិត្យឈាមតាមការធ្វើតេស្តរហ័ស (Rapid Diagnostic Test "RDT") តាមមីក្រូទស្សន៍ និងតាមហ្សេណេទិក (Polymerase Chain Reaction "PCR")។ ចំពោះប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើតេស្តរហ័ស អាចធ្វើបាននៅតាមមណ្ឌលសុខភាព និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។ ចំណែកឯការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមមីក្រូទស្សន៍ អាចធ្វើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យតាមហ្សេណេទិក (PCR) អាចធ្វើបាននៅតាមមន្ទីរពិសោធន៍ថ្នាក់ជាតិ តែការធ្វើតេស្តនេះអាចធ្វើតែក្នុងករណីចាំបាច់មួយចំនួនដូចជា ការពិនិត្យបញ្ជាក់

ញែកប្រភេទមេរោគរបស់មនុស្សនិងសត្វ ឬនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើភាពស៊ាំថ្នាំ និងអេពីដេមីសាស្ត្រហេប្យូណេទិក ជាដើម។

ង. ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ គឺជាការព្យាបាលដោយពេញលេញលើប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ រួមទាំងការសម្លាប់ប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងដំណាក់កាលបន្តពូជរបស់ពួកវា ផងដែរ។

នៅប្រទេសកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន ថ្នាំអាតេស៊ុតណាត-មេផ្លូគីន (ប្រភេទថ្នាំរួមផ្សំដោយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន និងថ្នាំគោលមួយផ្សេងទៀត "Artemisinin Combination Therapy") ជាថ្នាំព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ជំរើសទីមួយ បូកបញ្ចូលថ្នាំព្រីម៉ាគីន ១ដូស ប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម និងប្រភេទម៉ាឡារីយ៉េ រយៈពេល៣ថ្ងៃ។

ដោយឡែក ការព្យាបាលដោយថ្នាំអាតេស៊ុតណាត-មេផ្លូគីនបូកថ្នាំព្រីម៉ាគីន រយៈពេល៧ថ្ងៃ គឺប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ និងប្រភេទអូវ៉ាឡេ។

ច. ការបង្ការជំងឺគ្រុនចាញ់

ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាជំងឺដែលអាចបង្ការបាន ដោយជៀសវាងកុំឱ្យមានការខាំរបស់មូសដែកគោលញីដែលមានផ្ទុកមេរោគគ្រុនចាញ់។ ការបង្ការជំងឺគ្រុនចាញ់ មានដូចជា៖

- ការប្រើប្រាស់មុង ជាពិសេសមុងជ្រលក់ថ្នាំ (Long Lasting Insecticidal Treated Net) រាល់ពេលសម្រាន្តនៅពេលយប់ (ពីព្រលប់ថ្ងៃលិច រហូតដល់ព្រលឹមថ្ងៃរះ)។
- ការប្រើប្រាស់ថ្នាំការពារខ្លួនដទៃទៀត ដូចជា ថ្នាំលាបស្បែក សម្លៀកបំពាក់ជ្រលក់ថ្នាំ ថ្នាំបង្ហើរដេញមូសជាដើម ក្នុងពេលបំពេញការងារ ឬកម្សាន្តនៅមុនពេលចូលសម្រាន្តក្នុងមុង។
- ការប្រើប្រាស់ថ្នាំលេបបង្ការ (Chemoprophylaxis) នៅពេលចូលទៅកាន់តំបន់គ្រុនចាញ់។

បច្ចុប្បន្ននេះ អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) បានអនុមតិឱ្យប្រើប្រាស់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺគ្រុនចាញ់ (R21 and RTS, S vaccines) ចំពោះកុមារដែលមានអាយុ ៥ខែ។ វ៉ាក់សាំងនេះ ប្រើប្រាស់បានតែនៅក្នុងប្រទេសមួយចំនួនក្នុងទ្វីបអាហ្វ្រិកតែប៉ុណ្ណោះ ព្រោះវាមិនមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការយកមកប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជាយើងទេ ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់នៅប្រទេសកម្ពុជាភាគច្រើនកើតលើមនុស្សវ័យកណ្ដាល។

ឆ. ហានិភ័យ (សេដ្ឋកិច្ច សង្គម)

ជំងឺគ្រុនចាញ់ បានធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សេដ្ឋកិច្ចនិងសង្គម រួមទាំងលើការចំណាយផ្ទាល់ចំពោះការព្យាបាលជំងឺ ពិសេសចំពោះជនក្រីក្រនិងជនដែលងាយរងគ្រោះ ហើយនិងការចំណាយសង្គមផ្សេងៗទៀត ដូចជា ការបាត់បង់ពេលវេលាសិក្សារបស់កុមារ និងយុវវ័យ ការបាត់បង់ពេលវេលាប្រកបមុខរបរ ការធ្វើដំណើរនិងបំលាស់ទី និងការសន្សំប្រាក់កាសទុកជាដើម។

ផលប៉ះពាល់មកពីជំងឺគ្រុនចាញ់ មកលើវិស័យម៉ាក្រូសេដ្ឋកិច្ច រួមមាន ពាណិជ្ជកម្ម ទេសចរណ៍ និងការវិនិយោគផ្ទាល់ពីបរទេសនិងក្នុងស្រុក។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និង បាណកសាស្ត្រនៃក្រសួងសុខាភិបាល បានធ្វើការប៉ាន់ស្មាននូវតម្រូវការ ហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេស ដោយផ្អែកលើបន្ទុកនៃជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការស្លាប់នៅក្នុងប្រទេស អាទិភាព ជាយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងប្រទេស សមត្ថភាព ស្រូបយកធនធាននៅក្នុងប្រទេស និងសមត្ថភាពបច្ចេកទេស និងការ គ្រប់គ្រងរបស់ដៃគូផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងរយៈពេល១៥ឆ្នាំ (២០១១-២០២៥) គឺមានចំនួនប្រមាណជា ៧៥៥,៣១៨,៨៨៨ ដុល្លារអាមេរិក។

២. ប្រវត្តិនៃជំងឺគ្រុនចាញ់

ក. ប្រវត្តិជំងឺគ្រុនចាញ់ជាសកល

ពាក្យ "**គ្រុនចាញ់**" មកពីភាសាអ៊ីតាលី "mala aria" ដែលមានន័យ ថា "ខ្យល់ មិនល្អ" ។ កាលពីសម័យបុរាណ គេបានសង្កេតឃើញថាមនុស្ស ដែលរស់នៅក្បែរវាលភក់ដែលមានក្លិនស្អុយ គឺងាយនឹងកើតជំងឺនេះណាស់[1]។

ជំងឺគ្រុនចាញ់ទំនងជាមានដើមកំណើតតាំងពីមុនប្រវត្តិសាស្ត្ររបស់ មនុស្សជាតិទៅទៀត ហើយបន្តកើតមានពេញមួយប្រវត្តិសាស្ត្ររបស់មនុស្ស យើង[2]។ រោគសញ្ញាជំងឺគ្រុនចាញ់មានក្នុងរបាយការណ៍ប្រវត្តិសាស្ត្រដំបូង ចាប់តាំងពីសម័យបុរាណអេហ្ស៊ីប គឺប្រហែលក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៥៥០ មុនគ្រិះ សករាជ[3]។ ក្នុងសម័យបុរាណអេហ្ស៊ីប គេសង្កេតឃើញមានសញ្ញាឆ្លាក់អណ្តើក នៅក្នុងសពបុរាណ ដែលអាចបញ្ជាក់អំពីវត្តមានជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងសម័យ

1)-Hempelmann E., Krafts K. (2013). Bad air, amulets and mosquitoes: 2,000 years of changing perspectives on malaria. Malaria Journal, 12(1), 232.
2)-Sallares, R., Bouwman, A., & Anderung, C. (2004). The spread of malaria to Southern Europe in antiquity: New approaches to old problems. Medical History, 48(3), 311–328.
3)-Cox, F. E. G. (2010). History of the discovery of the malaria parasites and their vectors. Parasites & Vectors

កាលនោះ។ ក្នុងសម័យក្រិច ទស្សនវិទូអ៊ីប៉ូក្រាត បានអធិប្បាយអំពីការកើតមានជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រចាំឆ្នាំថាជា «*ជំងឺគ្រុនក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ*»។ ក្នុងសម័យអាណាចក្ររ៉ូម៉ាំង ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់គឺកាន់តែអាក្រក់ បើធៀបនឹងស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានចាប់ផ្តើមកើតមានពីដំបូង នៅតំបន់សមុទ្រមេឌីទែរ៉ាណេខាងជើង(1)។

ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៨៨០ លោក Alphonse Laveran វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងជួរកងទ័ពបារាំងដែលស្ថិតនៅក្នុងប្រទេសអាល់ហ្សេរី គឺជាអ្នកដំបូងគេដែលបានសង្កេតឃើញប៉ារ៉ាស៊ីតក្នុងឈាមរបស់អ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺគ្រុនចាញ់(2)។ ក្រោយមក នៅថ្ងៃទី២០ ខែសីហា ឆ្នាំ១៨៩៧ លោក Ronald Ross ជាគ្រូពេទ្យអង់គ្លេសដែលធ្វើការនៅឥណ្ឌា បានរកឃើញប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ក្នុងជាលិកាក្នុងពោះរបស់សត្វមូសដែលបានខាំអ្នកកើតជំងឺគ្រុនចាញ់(3)។ ការរកឃើញរបស់លោក Ronald Ross នេះមានភាពស្របគ្នានឹងការរកឃើញរបស់លោក Patrick Manson ដែលបានបញ្ជាក់ថា ប៉ារ៉ាស៊ីតដែលបង្កឱ្យមានជំងឺរបស់មនុស្សអាចឆ្លងទៅមូសក្នុងឆ្នាំ១៨៧៨(4)។ ក្នុងឆ្នាំ១៨៨៦ លោក Camillo Golgi បានសង្កេតឃើញថា មានប្រភេទប៉ារ៉ាស៊ីតជំងឺគ្រុនចាញ់ច្រើនប្រភេទដែលអាចបង្កជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗគ្នា។ ក្រោយមក Giovanni Batista Grassi និង Raimondo Filetti បានដាក់ឈ្មោះប៉ារ៉ាស៊ីត ដែលបង្កឱ្យមានជំងឺគ្រុនចាញ់មនុស្ស ពីរប្រភេទផ្សេងគ្នា គឺប្លាស្មូដ្យូមវីវ៉ាក់ និងប្លាស្មូដ្យូមម៉ាឡារីយេ(5)។ ក្នុងឆ្នាំ១៨៩៧ លោក William Welch បានកំណត់ឈ្មោះ ប្លាស្មូដ្យូមហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម(6)។ ក្នុងឆ្នាំ១៩១៤ លោក Stephens បានរកឃើញប្លាស្មូដ្យូមអូវ៉ាឡេ ក្នុងសំណាកឈាមរបស់អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលមកពីប្រទេសឥណ្ឌា(7)។ ការបន្តរកឃើញក្រោយមកទៀត គឺប៉ារ៉ាស៊ីតប្លាស្មូដ្យូម

1)-Hempelmann E., Krafts K. (2013). *Bad air, amulets and mosquitoes: 2,000 years of changing perspectives on malaria. Malaria Journal, 12(1), 232.*
2)-Nye, E. R. (2002). *Alphonse Laveran (1845–1922): Discoverer of the malarial parasite and Nobel laureate, 1907. Journal of Medical Biography, 10(2), 81–87.*
3)-Cook, G. C. (1997). *Ronald Ross (1857–1932): 100 years since the demonstration of mosquito transmission of Plasmodium spp—on 20 August 1897. Trans. Royal Soc. Tro. Med. Hyg., 91(4), 487–488*
4)-Eldridge, B. F. (1992). *Patrick Manson and the discovery age of vector biology. Journal of the American Mosquito Control Association, 8(3), 215–220*
5)-Cox, F. E. G. (2010). *History of the discovery of the malaria parasites and their vectors. Parasites & Vectors*
6)-Grassi, G. B., Bignami, A., & Bastianelli, G. (1899). *Osservazioni sulla trasmissione del malaria. Archivio per la Medicina Sperimentale, 12, 1–20*
7)-Stephens, A. W. (1914). *A new malaria parasite in man. The Lancet, 184(4778), 107–108.*

ពីរប្រភេទផ្សេងទៀតដែលឆ្លងដល់មនុស្ស៖ ប្លាស្មូដ្យូមអូវ៉ាឡេក្នុងឆ្នាំ១៩២២ និងប្លាស្មូដ្យូមណូឡេស៊ីក្នុងឆ្នាំ១៩២២ ដែលត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណនៅក្នុងសត្វស្វាកន្ទុយវែងក្នុងឆ្នាំ១៩៣១ និងចំពោះមនុស្សក្នុងឆ្នាំ១៩៦៥(3)។

ខ. ប្រវត្តិជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា និងប្រវត្តិមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ

ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈអាទិភាព និងស្មុគស្មាញមួយនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ហើយក៏មាននូវសកម្មភាពប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាមួយចំនួនផងដែរ ដូចដែលមានក្នុងឯកសារចងក្រង *Bulletin Officiel de L'Indochine Francaise, Vol. 12* នាឆ្នាំ១៩០៩ ដែលមានសេចក្តីសម្រេចលេខ៣៧៥ ស្តីអំពីអាជ្ញាធររដ្ឋបាលគីនីនឥណ្ឌូចិន លើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងថ្នាំគីនីនប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងប្រទេស ឬរដ្ឋនីមួយៗ។

នៅឆ្នាំ១៩៥១ ប្រតិបត្តិការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានចាប់ផ្តើមក្នុងខ្លឹមសារអំណះអំណាង "ឈានទៅរកការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទូទាំងប្រទេស (the avowed goal of country-wide eradication)"។ យុទ្ធនាការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់តាមរយៈការបាញ់ថ្នាំ DDT បានអនុវត្តអស់រយៈពេល៦ឆ្នាំ ដែលជាលទ្ធផលនាដើមទស្សវត្សឆ្នាំ១៩៦០ បានបង្ហាញថា ជោគជ័យ ព្រោះករណីជំងឺគ្រុនចាញ់បានធ្លាក់ចុះអត្រាឈឺពី ៦០% មកនៅត្រឹម ០,៩% ក៏ប៉ុន្តែនៅពេលបញ្ឈប់យុទ្ធនាការបាញ់ថ្នាំ គឺករណីជំងឺបានកើនឡើងយ៉ាងលឿនសារជាថ្មីមកវិញ(1)។

1)-Cambodia Malaria Elimination Action Framework 2016-2020

នៅថ្ងៃទី២២ ខែឧសភា ឆ្នាំ១៩៦១ ច្បាប់អំពីការកំចាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានសម្រេចដោយរដ្ឋសភានៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលពេលនោះ សកម្មភាពអនុវត្តរបស់កម្មវិធីជាបែបផែនខ្សែបណ្ដោយ ដោយបុគ្គលិកទាំងអស់របស់កម្មវិធីមិនស្ថិតនៅក្រោមថ្នាក់ខេត្ត ឬក្រុងណាមួយទេ។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានចែកជា៤តំបន់គឺ (១).តំបន់ភាគខាងកើត៖ ដែលមានទីតាំងការិយាល័យស្ថិតនៅស្រុកស្នួល ខេត្តក្រចេះ ហើយមានភារៈកិច្ចទទួលខុសត្រូវស្មើនឹង៥ខេត្ត បច្ចុប្បន្ន រួមមាន ខេត្តក្រចេះ ស្ទឹងត្រែង រតនគិរី មណ្ឌលគិរី និងកំពង់ចាម។ (២).តំបន់ភាគខាងលិច៖ ដែលមានទីតាំងការិយាល័យស្ថិតនៅខេត្តបាត់ដំបង ហើយមានភារៈកិច្ចទទួលខុសត្រូវស្មើនឹង៤ខេត្ត បច្ចុប្បន្ន រួមមាន ខេត្តបាត់ដំបង ពោធិ៍សាត់ ប៉ៃលិន និងកំពង់ឆ្នាំង។ (៣).តំបន់ភាគខាងត្បូង៖ ដែលមានទីតាំងការិយាល័យស្ថិតនៅស្រុកដំណាក់ចង្អើ ក្រុងកែប ហើយមានភារៈកិច្ចទទួលខុសត្រូវស្មើនឹង ៥ខេត្ត បច្ចុប្បន្ន រួមមាន ក្រុងកែប ខេត្តកំពត កំពង់សោម កោះកុង និងកំពង់ស្ពឺ។ (៤).តំបន់ភាគខាងជើង៖ ដែលមានទីតាំងការិយាល័យស្ថិតនៅខេត្តសៀមរាប ហើយមានភារៈកិច្ចទទួលខុសត្រូវស្មើនឹង ៤ខេត្ត បច្ចុប្បន្ន រួមមានខេត្តសៀមរាប កំពង់ធំ ព្រះវិហារ និងឧត្តរមានជ័យ[1]។

កម្មវិធីខាងលើនេះ បានផ្អាកដំណើរការទាំងស្រុងទៅវិញចាប់តាំងពីឆ្នាំ១៩៧៥ ដល់ឆ្នាំ១៩៧៨ ព្រោះនាពេលនោះ ប្រទេសធ្លាក់ចូលទៅក្នុងកលយុគនៃរបបប្រល័យពូជសាសន៍ខ្មែរក្រហម។

ក្រោយថ្ងៃរំដោះ ៧ មករា ១៩៧៩ កម្មវិធីនេះបានបង្កើតឡើងវិញក្រោមការជួយឧបត្ថម្ភគាំទ្រដំបូងដោយក្រុមជំនាញការវៀតណាមដែលមកពីវិទ្យាស្ថានគ្រុនចាញ់នៃទីក្រុងហាណូយ។ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ១៩៨០ គឺមានការផ្ទុះ

1)-Cambodia Malaria Elimination Action Framework 2016-2020

រាតត្បាតជំងឺគ្រុនចាញ់នៅខេត្តស្វាយរៀង ដែលក្រុមប្រជាជនទាំងនោះទើបតែបានវិលត្រឡប់មកពីតំបន់ព្រៃភ្នំ ដែលមានការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់។ ក្នុងគ្រាដ៏សែនលំបាកលំបិននោះ ក្រុមការងារប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់យើងបានចុះធ្វើការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ជូនប្រជាជនទាំងអស់នោះ ដោយបានផ្តល់ថ្នាំក្លរ៉ូគីន (Chloroquine) ជាសមូហភាព (MDA) រយៈពេល៣ថ្ងៃ និងបន្ថែមថ្នាំព្រីម៉ាគីន (Primaquine) ១ដូស ក្នុងកម្រិត ១៥ មីលីក្រាម។

នៅខែកក្កដា ឆ្នាំ១៩៨៤ គឺរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋកម្ពុជា បានបង្កើតឡើងវិញនូវមជ្ឈមណ្ឌលកំចាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (ថ្នាក់ស្មើនាយកដ្ឋាន និងស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងផ្ទាល់របស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល តាមអនុក្រឹត្យលេខ១១ អនក្រ របស់ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋមន្ត្រី) ដើម្បីផ្តល់បច្ចេកទេសនិងសំភារៈគាំទ្រដល់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យខេត្ត និងស្រុក។ នៅដើមឆ្នាំ១៩៨៧ ក៏មានការផ្ទុះរាតត្បាតជំងឺគ្រុនចាញ់ម្តងទៀតក្នុងទ្រង់ទ្រាយធំនៅក្នុងឃុំសោម និងឃុំតាអូរនៃស្រុកគីរីវង់ ខេត្តតាកែវ ដែលពួកគេទើបតែបានវិលត្រឡប់មកពីព្រំដែនខ្មែរ-ថៃ ដែលមានចំនួនប្រមាណជា ៦០០នាក់ ហើយត្រូវបានក្រុមគ្រូពេទ្យនៃមជ្ឈ-មណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ចុះជួយសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅនឹងកន្លែង ដែលក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទាំងអស់នោះ គឺមានប្រមាណជា៣០% ជាករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ។

យោងអនុក្រឹត្យរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា លេខ ៦៧អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២២ ខែតុលា ឆ្នាំ១៩៩៧ ស្តីពីការរៀបចំ និងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវបានជំនួសដោយឈ្មោះថ្មីគឺ «មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ» (ហៅកាត់ថា ម.គ.ច) Centre National de la Malariologie

(CNM) ដែលជាគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលថ្នាក់កណ្តាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ទទួលបន្ទុកការងារពិសេសប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ និងលុបបំបាត់ជំងឺ ដែលមានកម្មវិធីជាតិនៅក្រោមឱវាទចំនួនបី រួមមាន កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនឈាម និងកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺដង្កូវព្រូន។

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

ផ្នែកទីពីរ៖ ស្ថានភាពជំងឺ និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ

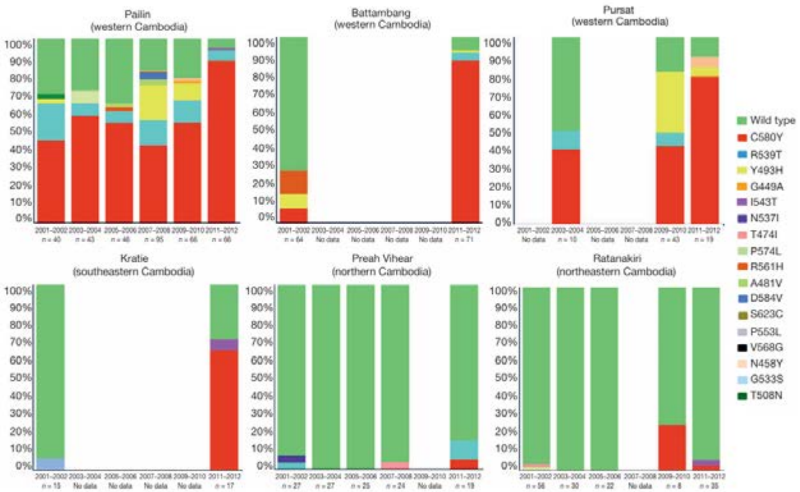
១. ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មុនដំណាក់កាលនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ

ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅតែជាបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ និងជាបន្ទុកសេដ្ឋកិច្ចនៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ ក្នុងរយៈពេល១៥ឆ្នាំ មុនការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (ឆ្នាំ១៩៩៧-២០១១) ទោះបីមានការឆ្លើយតប និងគ្រប់គ្រងករណីនៅតាមបណ្តាញសុខាភិបាលសាធារណៈ សហគមន៍និងឯកជនក៏ដោយ ក៏កម្រិតនៃការធ្លាក់ចុះនៃករណីជំងឺគ្រុនចាញ់នៅមានកម្រិតទាបប្រហែល ៣% ក្នុង១ឆ្នាំ និងករណីស្លាប់ប្រហែល១៤% ក្នុង១ឆ្នាំ (ពីករណីជំងឺចំនួន១៧០ ៣៨៧ករណី និងចំនួនស្លាប់ ៨៦៥នាក់ ក្នុងឆ្នាំ១៩៩៧ មកនៅ ១១២ ០៥៧ករណីឈឺ និង៩៣ករណីស្លាប់ ក្នុងឆ្នាំ២០១១ (យោង៖ទិន្នន័យប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រុនចាញ់) ដែលអត្រានេះ មានកម្រិតខ្ពស់បើប្រៀបធៀបនឹងបណ្តាប្រទេសផ្សេងៗក្នុងតំបន់។

បន្ថែមលើបន្ទុកជំងឺខាងលើ ប្រទេសកម្ពុជាក៏មានការវិវត្តនិងមានការសាយភាយរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីនដោយមានវត្តមានហ្សែន K13-propeller SNPs (យោងតាមការស្រាវជ្រាវនៅចន្លោះឆ្នាំ២០០១-២០១២ ដោយការសហការរវាង ម.គ.ច និងក្រុមស្រាវជ្រាវសាកលវិទ្យាល័យ Oxford UK[9] រូបទី១ និងរូបទី២)។

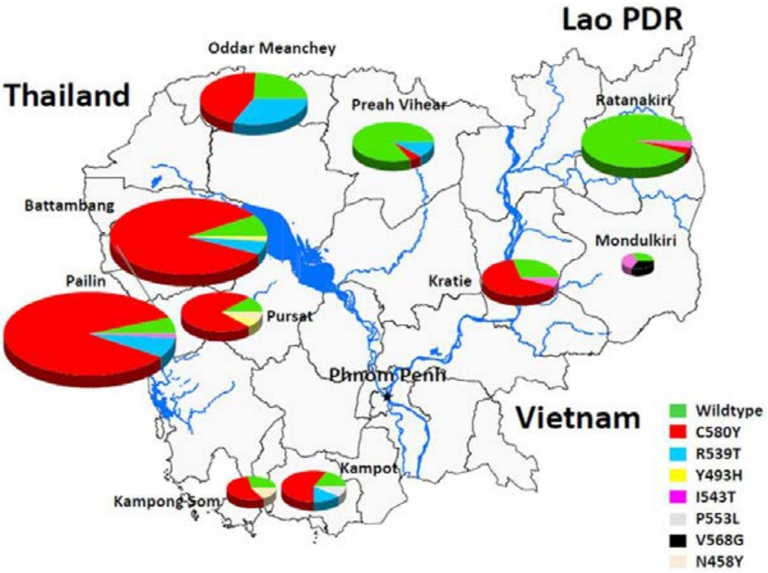
ដោយសារភាពស៊ាំថ្នាំនេះ ប្រទេសកម្ពុជាបានផ្លាស់ប្តូរថ្នាំព្យាបាលគ្រុនចាញ់ជាញឹកញាប់ ដើម្បីឱ្យការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ទទួលបានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០០មក ថ្នាំគ្រុនចាញ់រួមផ្សំអាតេមីស៊ីនីន បូក មេផ្លូគីន

(AS-MQ) ជាប្រភេទ Arteminisinin Combination Therapy (ACT) ត្រូវបានយកមកប្រើជាជំរើសទីមួយ សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជា។ នៅឆ្នាំ២០០៨ ថ្នាំប្រភេទនេះ មានភាពស៊ាំនឹងប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម តម្រូវឱ្យប្តូរមកប្រើថ្នាំគ្រុនចាញ់រួមផ្សំបន្ថែមមួយប្រភេទទៀតគឺ ដេហ៊ីត្រូអាតេមីស៊ីនីន បូក ពីពេរ៉ាគីន (DHA-PIP) វិញ និងក្រោយមកនៅឆ្នាំ២០១៥ បានផ្លាស់ប្តូរមកប្រើថ្នាំគ្រុនចាញ់រួមផ្សំ អាតេមីសេនីន បូក មេហ្វ្លូគីន វិញ (AS-MQ) ដោយសារភាពស៊ាំរបស់ប៉ារ៉ាស៊ីត។



រូបទី១. វត្តមានហ្សែន K13-Propeller alleles នៅក្នុងមេរោគប៉ារ៉ាស៊ីតចំនួន ៨៨៦ករណី អ្នកជំងឺមកពីខេត្តតាមចំនួន៦ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ចន្លោះឆ្នាំ២០០១-២០១២

Ariey, Frédéric et al. "A molecular marker of artemisinin-resistant Plasmodium falciparum malaria." *Nature* vol. 505,7481 (2014): 50-5. doi:10.1038/nature12876



រូបទី២. ភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន ដោយមានវត្តមានហ្សែន K13-propeller SNPs នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ចន្លោះឆ្នាំ២០០១-២០១២

២. យុទ្ធសាស្ត្រជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា

ដោយមានការជំរុញលើកទឹកចិត្តពីរាជរដ្ឋាភិបាល ក្រោមការដឹកនាំដ៏ឈ្លាសវៃ និងប្រកបដោយគតិបណ្ឌិតរបស់ **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** នាយករដ្ឋមន្ត្រីនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលជាសេនាធិការរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល បានរៀបចំ និងអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាឆ្នាំ២០១១-២០២៥ តាមចក្ខុវិស័យយូរអង្វែងរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល គឺប្រទេសកម្ពុជាមួយដែលគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។ គោលដៅលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់មាន៣ដំណាក់កាលសំខាន់គឺ៖

- រយៈពេលខ្លី ត្រឹមឆ្នាំ២០១៥ ឆ្ពោះទៅរកការត្រៀមលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា តាមរយៈការខំប្រឹងប្រែង

យ៉ាងខ្លាំងក្លាក្នុងការលុបបំបាត់មេរោគគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម ដែលស៊ាំនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន។

- រយៈពេលមធ្យម ត្រឹមឆ្នាំ២០២០ ឆ្ពោះទៅរកការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាដោយផ្តោតជាសំខាន់ដំបូងទៅលើមេរោគគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម និងធានាមិនឱ្យមានករណីស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់។
- រយៈពេលវែង ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥ ឈានទៅសម្រេចឱ្យបានដំណាក់កាលលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងនៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាលើគ្រប់ទម្រង់នៃមេរោគគ្រុនចាញ់។

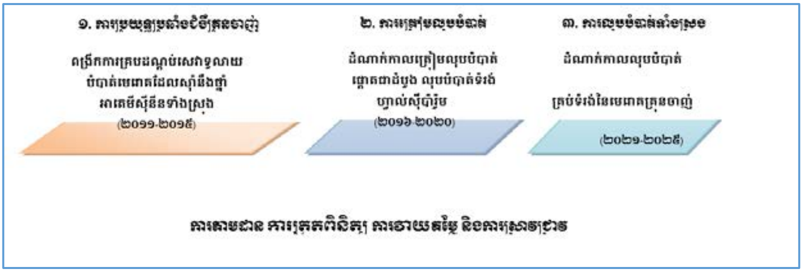
ចក្ខុវិស័យ៖ ប្រទេសកម្ពុជាគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់

បេសកកម្ម៖ រាជរដ្ឋាភិបាលនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា មានបេសកកម្មធ្វើការរួមគ្នាជាមួយគ្រប់ដៃគូ និងសហគមន៍ទាំងអស់ ដើម្បីធានានិរន្តរភាពនិងប្រសិទ្ធភាពការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ តាមរយៈចលនាប្រភពធនធាននិងអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនិងបទដ្ឋានជាតិទាំងឡាយ សម្រាប់បទអន្តរាគមន៍គន្លឹះដែលសំដៅទៅលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់។

គោលការណ៍ណែនាំចម្បង៖

1. ការប្តេជ្ញានយោបាយ ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងភាពជាម្ចាស់
2. សមភាពក្នុងការទទួលសេវា ជាពិសេស ប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ និងប្រជាជនដែលមានការប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់
3. ការធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តន៍សេវាសុខភាព
4. ឧបករណ៍ និងវិធីសាស្រ្ត ប្រកបដោយភាពច្នៃប្រឌិត
5. ការចូលរួមរបស់សហគមន៍
6. វិធីសាស្រ្តអន្តរវិស័យ។

គោលបំណងគោលទាំងបី មាន៖ (១).ការលុបបំបាត់មេរោគគ្រុនចាញ់ហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូមដែលស៊ាំនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីននិងជានា (២).មិនឱ្យមានករណីស្លាប់ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់ និង(៣).លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងលើគ្រប់ទម្រង់នៃមេរោគនៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។



ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ និងសកម្មភាពគន្លឹះ ដែលត្រូវអនុវត្ត៖

ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី១៖ ធានានូវការគ្របដណ្តប់បានទាំងស្រុង (១00%) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានឆាប់រហ័ស និងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលានិងមានប្រសិទ្ធភាពនូវគ្រប់ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការសម្លាប់ហ្គាម៉ែតនៃមេរោគហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម (ផ្តោតគោលដៅលើប្រជាជនចំណុចរួមទាំងប្រជាជនចល័តនិងជនចំណាកស្រុក)។

ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី២៖ បញ្ឈប់នូវការប្រើប្រាស់ឱសថ ដែលនាំឱ្យមានភាពស៊ាំរបស់មេរោគគ្រុនចាញ់ជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីនតាមរយៈការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលយកសេវាព្យាបាលជំងឺបានត្រឹមត្រូវនិងបង្ការការប្រើប្រាស់ថ្នាំគ្រុនចាញ់តែមួយមុខនិងថ្នាំខុសច្បាប់ឬក្លែងក្លាយនៅតាមសេវាសុខភាពសាធារណៈនិងឯកជន។

ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៣: ធានាបាននូវការទទួលយកសេវាបង្ការ ជាពិសេស ការបង្ការការចម្លងមេរោគគ្រុនចាញ់ ដែលមានភាពស៊ាំនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន ក្នុងចំណោមប្រជាជនគោលដៅ តាមរយៈការត្រួតពិនិត្យសត្វមូសដែលជាភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺនិងមធ្យោបាយការពារដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ និងការកែលម្អបរិស្ថាន។

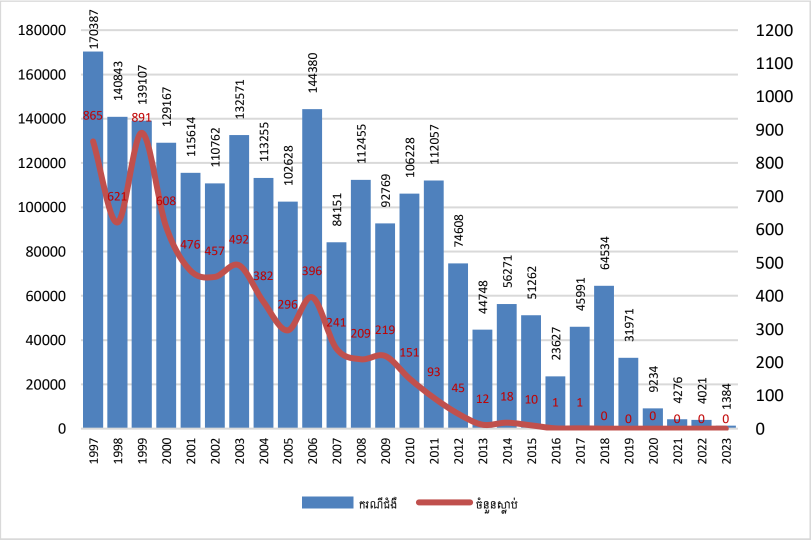
ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៤: ធានាបានការយល់ដឹងទូលំទូលាយរបស់សហគមន៍ អំពីជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការប្រកាន់យកឥរិយាបថត្រឹមត្រូវ ក្នុងការបង្ការការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ ចលនាសហគមន៍ និងការគាំទ្រកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់។

ទិសដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី៥: ធ្វើការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព រួមបញ្ចូលទាំងប្រពន្ធ័ព័ត៌មានសុខាភិបាល និងការតាមដាន ព្រមទាំងការសម្របសម្រួលនានាដែលនឹងនាំឱ្យការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់មានគុណភាពខ្ពស់ និងទទួលបានជោគជ័យ។

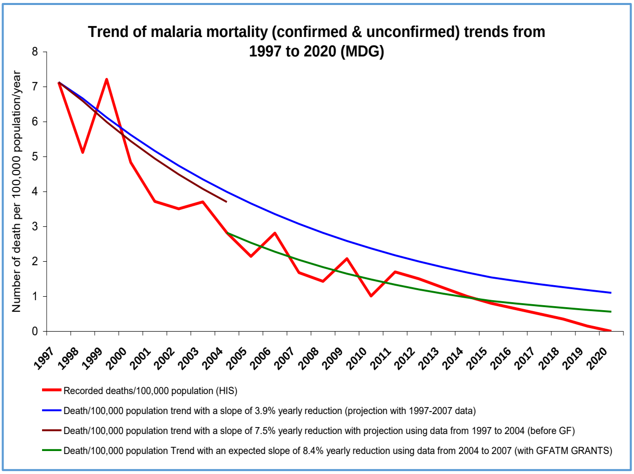
ផ្នែកទីបី៖ វឌ្ឍនភាព និងសមិទ្ធផល

១. ស្ថានភាពជំងឺគ្រុនចាញ់

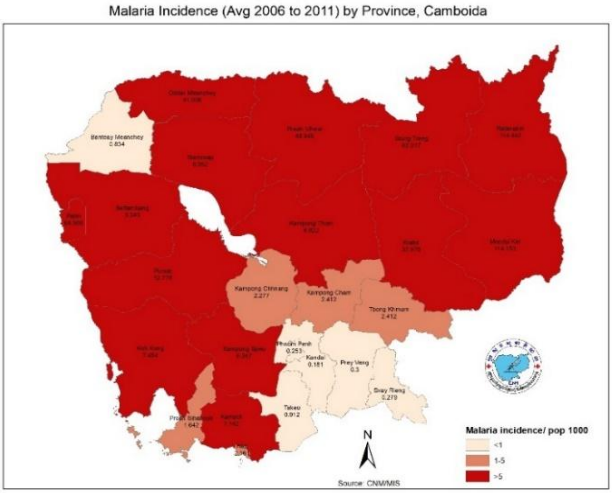
ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងអំឡុងទសវត្ស១៩៩៧-២០១១ មានចំនួនជាមធ្យម ១២ម៉ឺនករណីឈឺ ក្នុងមួយឆ្នាំៗ នាក្នុងដំណាក់កាលមុនការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១១-២០២៥។ ក្នុងចំណោមករណីជំងឺសរុបមាន៨០% ជាប្រភេទគ្រុនចាញ់ហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមដែលជាហេតុបណ្ដាលឱ្យមានចំនួនអ្នកជំងឺស្លាប់ជាមធ្យម ៤២៦នាក់ ក្នុងមួយឆ្នាំ (រូបទី៣, ទី៤ និងទី៥)។



រូបទី៣. ករណីឈឺនិងស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងប្រទេស ឆ្នាំ១៩៩៧-២០២៣
(ប្រភពMIS)

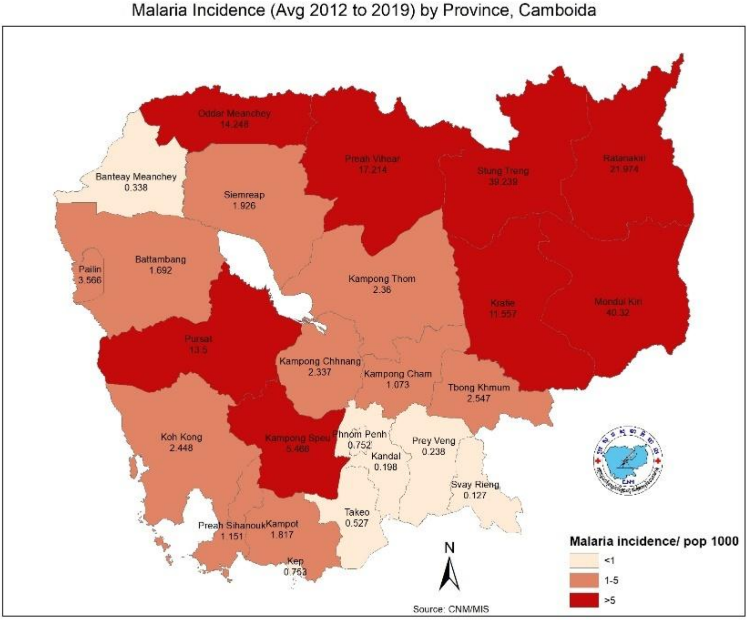


រូបទី៤.ទំនោរខ្សែបន្ទាត់សមាមាត្រករណីស្លាប់នៃជំងឺគ្រុនចាញ់
ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០ ០០០នាក់ ក្នុងប្រទេស
ឆ្នាំ១៩៩៧-២០២០ (ប្រភពNSP)

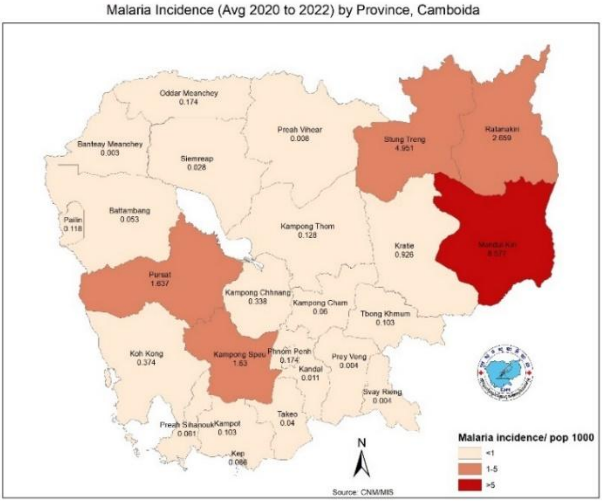


រូបទី៥. មធ្យមភាគអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់តាមខេត្ត
ឆ្នាំ២០០៦-២០១១ (ប្រភពMIS)

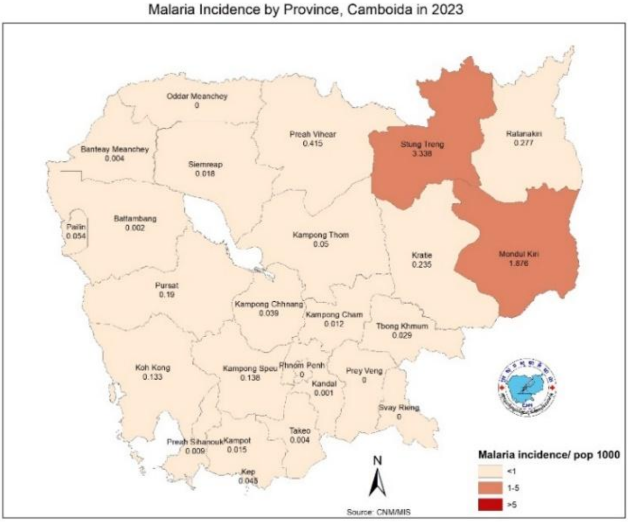
បន្ទាប់ពីយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១១-២០២៥ ត្រូវបានចាប់ផ្តើមអនុវត្តជាបន្តបន្ទាប់រហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ន គឺលទ្ធផលផ្លែផ្កាជាវិជ្ជមានដ៏មហិមាក៏ត្រូវបានទទួលជាបន្តបន្ទាប់ដូចជា៖ ៣ឆ្នាំដំបូងនៃការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ គឺករណីជំងឺបានថយចុះជាង៣០% ពី ១២០ ០៥៧ករណី មកនៅ ៤៤ ៧៤៨ករណី (រូបផែនទី២ ខាងក្រោម)។ ករណីជំងឺបន្តថយចុះយ៉ាងគំហុកជាបន្តបន្ទាប់ជាង៩៥% នាប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយ (រូបទី៦ ទី៧ និងទី៨)។



រូបទី៦. មធ្យមភាគអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់តាមខេត្ត ចន្លោះឆ្នាំ២០១២-២០១៩ (ប្រភពMIS)



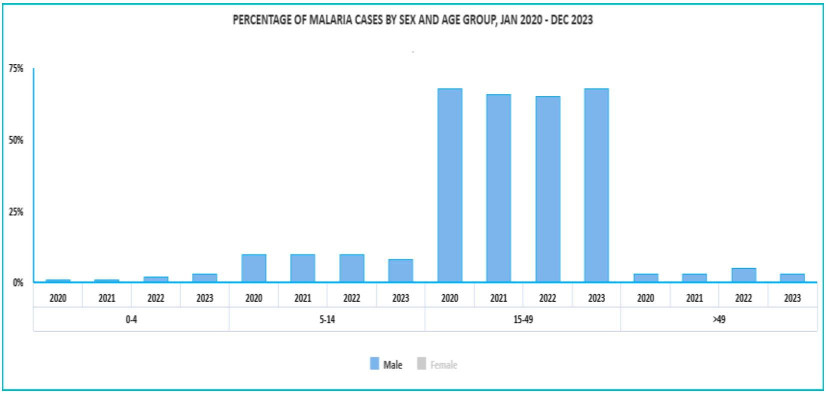
រូបទី៧. មធ្យមភាគអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់តាមខេត្ត
ចន្លោះឆ្នាំ២០២០-២០២២ (ប្រភពMIS)



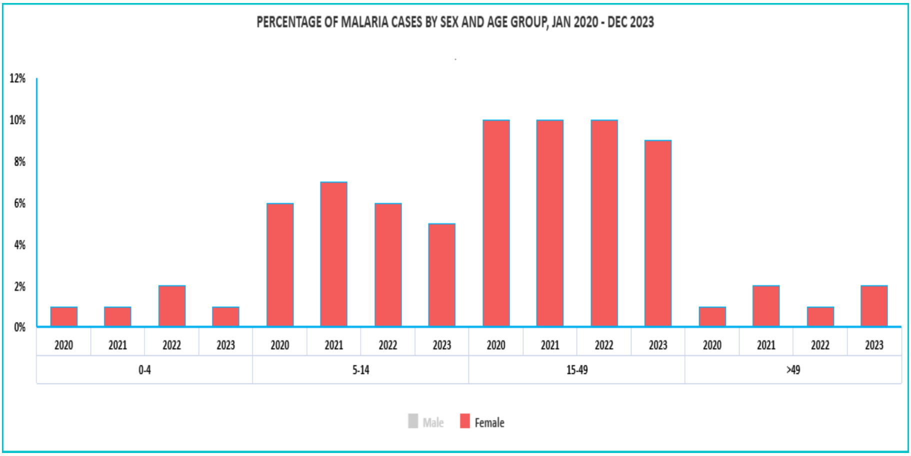
រូបទី៨. អត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់តាមខេត្ត ឆ្នាំ២០២៣
(ប្រភពMIS)

ស្ថានភាពស្លាប់ដោយសារជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រចាំឆ្នាំ បានថយចុះពី ៩៣នាក់ ក្នុងឆ្នាំ២០១០ មកនៅ ០នាក់ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៨ រហូតដល់បច្ចុប្បន្ន (សូចនាករនេះជោគជ័យ៣ឆ្នាំមុន ផែនការគ្រោងឆ្នាំ២០២០)។

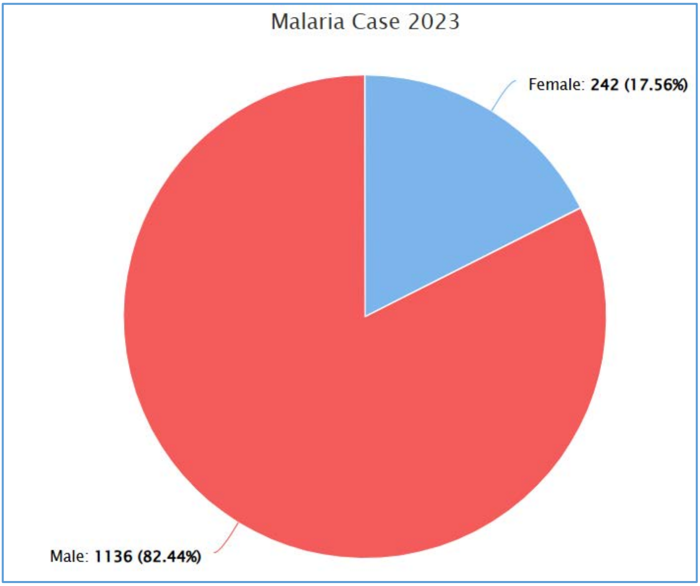
ក្នុងឆ្នាំ២០២៣ ករណីគ្រុនចាញ់មានចំនួនសរុប ៧៥២ករណី និងគ្មានស្លាប់ ដែលក្នុងនោះជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម (ដែលជាទម្រង់សន្ធំ) មានចំនួន២៣ករណី (ស្មើ០,៨% នៃករណីជំងឺសរុប) ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ (ទម្រង់លាប់) មានចំនួន២០៩ករណី (ស្មើ៩០,៥% នៃករណីសរុប) ប្រភេទម៉ាឡារីយេ មានចំនួន១២ករណី (ស្មើ៥,២% នៃករណីសរុប) និងមានជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទណូឡេស៊ី (គ្រុនចាញ់ឆ្លងពីសត្វស្វា) មានចំនួន ៨ករណី (ស្មើ៣% នៃករណីសរុប)។ ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់កើតមានលើបុរសច្រើនជាងនារី គឺបុរសមានប្រហែល៨០% ដោយចំនួននេះមិនសូវមានការប្រែប្រួលទេតាំងពីទសវត្សឆ្នាំ១៩៩៧មក (មើលរូបទី៩ ទី១០ និងទី១១)។



រូបទី៩. អត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់តាមក្រុមអាយុចំពោះបុរស ពីឆ្នាំ២០០០-២០២៣ (ប្រភព MIS)



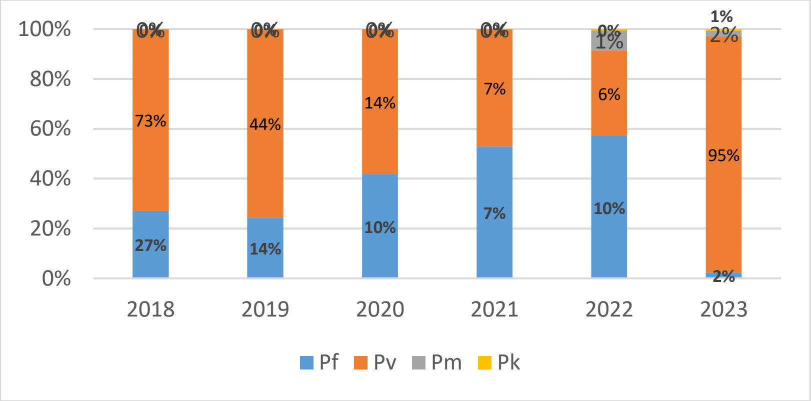
រូបទី១០. អត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់តាមក្រុមអាយុ ចំពោះស្ត្រី ពីឆ្នាំ២០០០-២០២៣
(ប្រភព MIS)



រូបទី១១. អត្រានិងករណីជំងឺគ្រុនចាញ់តាមភេទ ឆ្នាំ២០២៣ (ប្រភពMIS)

នៅប្រទេសកម្ពុជា គេសង្កេតឃើញថា ជំងឺគ្រុនចាញ់កើតមានភាគច្រើនលើក្រុមអាយុពេញវ័យ អាយុពី១៥ឆ្នាំ-៤៩ឆ្នាំ ដែលជាវ័យពេញកម្លាំងការងារ (រូបទី៩) បានន័យថា ជំងឺគ្រុនចាញ់បានប៉ះពាល់ចម្បងដល់កម្លាំងពលកម្មប្រជាជន។

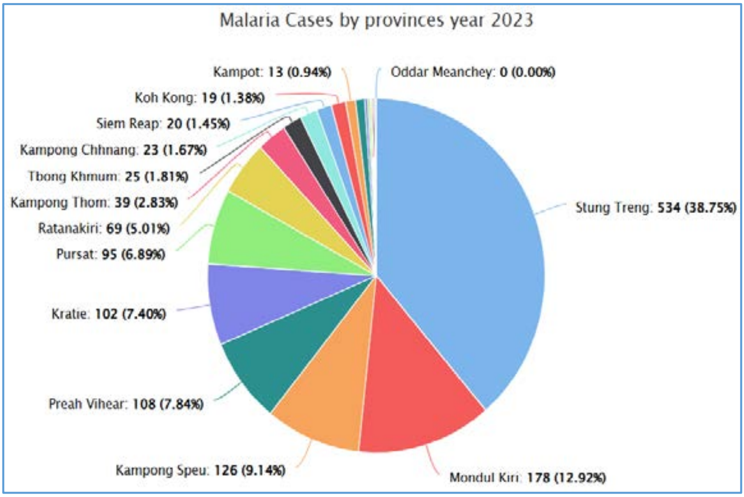
ដោយមានការប្រឹងប្រែងលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាពិសេសក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ម.គ.ច បានផ្តោតសំខាន់ទៅលើការកាត់បន្ថយ និងលុបបំបាត់ភាពស៊ាំនឹងប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម ធ្វើឱ្យអត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម បានថយចុះយ៉ាងគំហុកពី២៧% នៅក្នុងទសវត្សឆ្នាំ២០១៨ មកនៅ២% ក្នុងឆ្នាំ២០២៣ (រូបទី១២) គឺនៅសល់តែ២៣ករណី ប៉ុណ្ណោះក្នុងឆ្នាំ២០២៣។



រូបទី១២. អត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់តាមប្រភេទមេរោគ ពីឆ្នាំ២០១៨-២០២៣ (ប្រភព MIS)

ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅប្រទេសកម្ពុជា កើតមានស្ទើរតែគ្រប់តំបន់ទាំងអស់នៃប្រទេស លើកលែងតែខេត្តចំនួន៤មាន ខេត្តកណ្តាល ខេត្តព្រៃវែង ខេត្តស្វាយរៀង និងរាជធានីភ្នំពេញ។ ក្នុងឆ្នាំ២០២៣ ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់មាន

អត្រាខ្ពស់នៅតាមតំបន់ភាគឦសានប្រទេស គឺខេត្តស្ទឹងត្រែង មណ្ឌលគិរី និងខេត្តព្រះវិហារ ដោយមានអត្រាជាងពាក់កណ្ដាល (៦០%) នៃករណីជំងឺទូទាំងប្រទេស (មើលរូបទី១៣)។



រូបទី១៣. អត្រាជំងឺគ្រុនចាញ់តាមខេត្ត ពីឆ្នាំ២០២៣ (ប្រភព MIS)

២. ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី

ក. ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស

ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅថ្មីៗនេះ ម.គ.ច បានផ្លាស់ប្ដូររចនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងពីកម្មវិធីខ្សែបណ្ដោយ មកជាកម្មវិធីវិមជ្ឈការដោយបញ្ជ្រាបជាមួយនឹងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសាធារណៈ។ អ្នកផ្ដល់សេវាក្នុងសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមមាន៖

1. ថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក

2. មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព៖ ជាកម្រិតសេវាសុខាភិបាលបឋម សម្រាប់ប្រជាជនជនបទ ដែលសេវានីមួយៗ ត្រូវគ្របដណ្តប់ប្រជាជនចំនួនពី ១០ ០០០-២០ ០០០នាក់។
3. អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅសហគមន៍ (ស្ថិតនៅក្រោមកម្មវិធីនៃក្រសួងសុខាភិបាល)។

ការទទួលខុសត្រូវធ្វើផែនការសកម្មភាព ត្រូវបានចាត់ចែងដោយមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិតាមរយៈមន្ត្រីគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនចាញ់។ ការអនុវត្តន៍សកម្មភាពដែលទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ បានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈនៅតាមប៉ុស្តិ៍សុខភាព មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកគ្រប់កម្រិត។

លើសពីនេះទៀត ម.គ.ច បានសហការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍនានាក្នុងការផ្តល់សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលតាមរយៈការសហការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន។ តាមរយៈកម្មវិធីសេវាឯកជននិងរដ្ឋ គឺសេវាឯកជនដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ បានចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងកម្មវិធីដៃគូសហការវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីរោគវិនិច្ឆ័យសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់ដើម្បីធ្វើការបញ្ជូនអ្នកជំងឺ និងការធ្វើរបាយការណ៍។

ម.គ.ច មានបីការិយាល័យគឺ ការិយាល័យបច្ចេកទេស ការិយាល័យគណនេយ្យ និងការិយាល័យរដ្ឋបាល។ ការិយាល័យទាំងបី ស្ថិតនៅក្រោមការចាត់ចែងផ្ទាល់របស់ប្រធាន ម.គ.ច។ អនុប្រធាន ម.គ.ច ផ្តល់ការគាំទ្រលើការងារបច្ចេកទេស ការធ្វើផែនការថវិកា ទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូសហការ និងការងារគ្រប់គ្រងគម្រោង។

ការិយាល័យបច្ចេកទេសមានមុខងារត្រួតពិនិត្យការព្យាបាល ការងារបណ្តុះបណ្តាល និងអភិបាលកិច្ចសម្រាប់កម្មវិធីជាតិទាំង៣។ កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ គឺជាកម្មវិធីចម្បងមួយ ដែលបានទទួលការអនុម័តបេសកកម្មពីរដ្ឋាភិបាលក្នុងការឈានទៅលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងត្រូវបានគ្រប់គ្រងចម្បងដោយការិយាល័យបច្ចេកទេស ដែលមានបុគ្គលិកចំនួន៧៥% នៃបុគ្គលិកបច្ចេកទេសទាំងអស់។ ការងារបច្ចេកទេសបានបែងចែកជា១២ ផ្នែកបច្ចេកទេស រួមមាន៖ ផ្នែកបាណកសាស្ត្រ ផ្នែកអេពីដេមីសាស្ត្រ ផ្នែកស្រាវជ្រាវ ផ្នែកគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចម្លង ផ្នែកត្រួតពិនិត្យនិងវាយតម្លៃ ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ផ្នែកអប់រំសុខភាព ផ្នែកព័ត៌មានវិទ្យា ផ្នែកជំងឺដង្កូវព្រូន ផ្នែកព្រូនអំបោះ ផ្នែកដៃគូសហការវិស័យសាធារណៈនិងឯកជន និងផ្នែកអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។

ការិយាល័យរដ្ឋបាល ទទួលខុសត្រូវជាចំបងក្នុងការគ្រប់គ្រងការងាររដ្ឋបាល ពិសេស ការគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក និងការដឹកជញ្ជូន។ ការិយាល័យនេះទទួលខុសត្រូវលើមុខងារចំនួន៦ផ្នែកគឺ ផ្នែករដ្ឋបាល ផ្នែកដឹកជញ្ជូន ផ្នែកលទ្ធកម្ម ផ្នែកបណ្ណាល័យ ផ្នែកសន្តិសុខ និងផ្នែកអនាម័យ។ ផ្នែកលទ្ធកម្មទទួលខុសត្រូវចំពោះការប៉ាន់ប្រមាណចំនួន ការបញ្ជាទិញឱសថ ផលិតផលសម្ភារៈ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈផ្សេងៗ ដែលជាសេចក្តីត្រូវការសម្រាប់ប្រតិបត្តិការងាររបស់ ម.គ.ច។

ការិយាល័យគណនេយ្យ មានមុខងារគ្រប់គ្រងរាល់ប្រតិបត្តិការថវិការួមទាំងកញ្ចប់ថវិកាជំនួយ និងថវិកាគម្រោងនានា។ ការិយាល័យនេះ មើលខុសត្រូវលើមុខងារចំនួន៣គឺ ផ្នែកគណនេយ្យ ផ្នែកផែនការនិងសម្ភារៈ ព្រមទាំង

ផ្នែកសេវាកម្មគណនេយ្យ។ ផ្នែកសេវាកម្មគណនេយ្យទទួលគ្រប់គ្រងចំពោះថវិកាមូលនិធិសកល។

ម.គ.ច មានមន្ត្រីរាជការ និងមន្ត្រីជាប់កិច្ចសន្យាសរុបចំនួន ១៦២ នាក់/ស្រី ៤៩នាក់ (គិតត្រឹមខែមិថុនា ឆ្នាំ២០២៤) ដែលក្នុងនោះ៖

- មន្ត្រីរាជការចំនួន ៧៧នាក់/ស្រី២៥នាក់
- មន្ត្រីជាប់កិច្ចសន្យាក្រសួងសុខាភិបាល ចំនួន៣៧នាក់/ស្រី៧នាក់
- មន្ត្រីកិច្ចសន្យាគម្រោងមូលនិធិសកល ចំនួន៣១នាក់/ស្រី១០នាក់
- មន្ត្រីគម្រោងថវិកាជំងឺគ្រុនចាញ់ដទៃ ចំនួន ១៧នាក់/ស្រី៧នាក់។

ចាប់ពីឆ្នាំ២០១២មក ក្រុមការងារពិសេសលុបបំបាត់នឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ខេត្ត បានបង្កើតឡើងនៅគ្រប់ខេត្តទាំង២១ ដែលប្រឈមជំងឺគ្រុនចាញ់ ដែលមានអភិបាលរងនៃគណៈអភិបាលខេត្ត ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលជាសេនាធិការ និងមានសមាជិកជាមន្ទីរពាក់ព័ន្ធ រួមទាំងកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធផងដែរ។ ក្រុមការងារនេះជាឆ្អឹងខ្នងដ៏សំខាន់សម្រាប់តាមដាន និងជំរុញការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ខ្លួន ដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅរួមរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

ខ. រៀបចំច្បាប់បញ្ញត្តិផ្សេងៗ

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០១១	សៀវភៅយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១១-២០២៥
២០១៤	បច្ចុប្បន្នភាពមគ្គុទេសក៍ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០១៥	អង្កេតការចាត់ចែងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅសេវាឯកជន នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (ACTwatch)
២០១៦	គោលការណ៍ណែនាំ ការអនុវត្ត និងចាត់ចែងករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ ក្នុងបណ្តាញសហការរវាងរដ្ឋ និងឯកជន (Public Private Mix) សម្រាប់គ្រូបង្គោល និងសម្រាប់សេវាឯកជន នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
២០១៦	ផែនការតាមដាន និងវាយតម្លៃ (Monitoring and Evaluation Plan) នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦-២០២០
២០១៦	អភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១៦-២០២០
២០១៧	គោលការណ៍ណែនាំ ការតាមដានបាណកសាស្រ្តក្នុងការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
២០១៧	និតិវិធីស្តង់ដារ សម្រាប់ការងារផ្នែកអេពីដេមីសាស្រ្ត
២០១៧	គោលការណ៍អនុវត្តការអង្កេត តាមដាន សម្រាប់ការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅប្រទេសកម្ពុជា (Surveillance for malaria elimination operational manual)
២០១៧	សៀវភៅបណ្តុះបណ្តាលពីការគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនចាញ់ដល់បុគ្គលិកពិនិត្យ និងពិគ្រោះជំងឺក្រៅ (malaria case management training for OPD staff in English)
២០១៧	សៀវភៅបណ្តុះបណ្តាលអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ សម្រាប់ភ្នាក់ងារសុខាភិបាល (សៀវភៅសម្រាប់គ្រូបង្គោល) (malaria diagnosis and treatment training for health facilities (trainer's manual)

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០១៧	សៀវភៅសម្រាប់ការអនុវត្តកម្មវិធីអប់រំសុខភាពជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
២០១៧	សៀវភៅអនុវត្តសម្រាប់ប្រជាជនចល័ត និងចំណាកស្រុកនៅក្នុងបរិបទនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (mobile and migrant populations in the context of malaria elimination operational manual)
២០១៧	សៀវភៅនីតិវិធីស្តង់ដាសម្រាប់ការអនុវត្តន៍កម្មវិធីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ (village malaria worker operational manual)
២០១៧	សៀវភៅបណ្តុះបណ្តាលអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់: សៀវភៅសម្រាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិ (Village malaria worker training: learners' manual)
២០១៧	សៀវភៅបណ្តុះបណ្តាលកម្មវិធីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់: សម្រាប់គ្រូបង្គោល (Village malaria worker training: Trainer manual)
២០១៧	សៀវភៅអនុវត្តសម្រាប់កម្មវិធីភាពជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈ និងឯកជន រួមគ្នាប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ (public-private mix operational manual)
២០១៧	កម្មវិធីភាពជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈ និងឯកជន រួមគ្នាប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់៖ សៀវភៅសម្រាប់សិក្ខាកាម (public-private mix program: learners' manual)

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០១៧	កម្មវិធីភាពជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈ និងឯកជន រួមគ្នាប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់៖ សៀវភៅសម្រាប់គ្រូបង្គោល (Public-private mix program trainer manual)
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដាលើការផ្គត់ផ្គង់/គ្រប់គ្រងលទ្ធកម្មសម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (procurement supply management SOP)
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារបស់ផ្នែកតាមដាន និងវាយតម្លៃ
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដាថ្នាក់ជាតិស្តីអំពីការពិនិត្យមេរោគគ្រុនចាញ់ដោយមីក្រូទស្សន៍
២០១៨	លិខិតជូនដំណឹង លេខ៣១១/១៨ ចុះថ្ងៃទី២៨ ខែមីនា ឆ្នាំ ២០១៨ ជម្រាបជូនដល់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់២១ខេត្ត ឱ្យចាប់ផ្តើមអនុវត្តដំណើរការប្រជុំប្រចាំខែអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់
២០១៨	ចេញលិខិតជូនដំណឹង លេខ៨៣៣/១៨ ចុះថ្ងៃទី០៦ ខែសីហា ឆ្នាំ២០១៨ ជម្រាបជូនដល់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់២១ខេត្ត ស្តីពីការកំណត់ថ្ងៃប្រជុំប្រចាំខែអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ឱ្យបានទៀងទាត់និងត្រឹមត្រូវគឺនៅចន្លោះសប្តាហ៍ទី៣ និង៤ នៃខែនីមួយៗ
២០១៨	ចេញលិខិតជូនដំណឹង លេខ១០៤០/១៨ ចុះថ្ងៃទី២៧ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៨ ជម្រាបជូនដល់កម្មវិធីគ្រុនចាញ់២១ខេត្ត ឱ្យផ្តល់ថ្នាំគ្រុនចាញ់និងតេស្តរហ័សបន្ថែមដល់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០១៨	សៀវភៅផែនការប្រតិបត្តិការស្តង់ដាសម្រាប់កម្មវិធីភាពជាដៃគូរវាងវិស័យសាធារណៈ និងឯកជន
២០១៨	សៀវភៅណែនាំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាឯកជន
២០១៨	សៀវភៅណែនាំសម្រាប់គ្រូបង្គោលក្នុងការបង្រៀនអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន
២០១៩	លទ្ធផលការពិនិត្យលើការអនុវត្តអភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់២០១៦-២០២០ (Malaria Program Review MEAF 2016-2020)
២០១៩	សៀវភៅយុទ្ធសាស្ត្រថ្នាក់ជាតិស្តីអំពីការផ្លាស់ប្តូរទម្លាប់ និងផលិតសម្ភារៈអប់រំសុខភាព សម្រាប់ជំងឺគ្រុនចាញ់
២០២០	បច្ចុប្បន្នភាពមគ្គុទេសក៍ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ជាតិ
២០២០	លក្ខខណ្ឌនិងមុខងារប្រតិបត្តិ ការផ្លាស់ប្តូរទម្លាប់ចំពោះជំងឺគ្រុនចាញ់របស់គម្រោង PHB
២០២០	បច្ចុប្បន្នភាពសៀវភៅសម្រាប់ការអនុវត្តកម្មវិធីអ្នកស្មគ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់
២០២០	គោលការណ៍ណែនាំការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់
២០២១	អភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ជំហានទី២ ឆ្នាំ ២០២១-២០២៥
២០២១	បច្ចុប្បន្នភាពមគ្គុទេសក៍ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ជាតិ
២០២១	បច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធតាមដានលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០២១ (កែសម្រួលឯកសារពីឆ្នាំ២០១៧)

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០២១	គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ថ្នាក់ក្រោមជាតិនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ការទុកដាក់ឯកសារ និងកម្មវិធីការបង្ការការកកើតឡើងវិញនៃការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់
២០២១	ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ការធ្វើសមាហរណកម្មការងារអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ទៅតាមអភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់២០២១-២០២៥
២០២១	បច្ចុប្បន្នភាពសៀវភៅសម្រាប់ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលលើកម្មវិធីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដល់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ
២០២១	សៀវភៅសម្រាប់ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោលលើកម្មវិធីសមាហរណកម្មអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដល់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ
២០២២	បច្ចុប្បន្នភាពមគ្គុទេសក៍ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ជាតិ
២០២២	បច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ថ្នាក់ក្រោមជាតិនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ការទុកដាក់ឯកសារ និងកម្មវិធីការបង្ការការកកើតឡើងវិញនៃការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់
២០២២	គោលការណ៍ ការរៀបចំសម្រាប់វិញ្ញាបនបត្រនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់
២០២២	ប្រតិបត្តិការប្រើក្រយៅដៃ សម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណករណីជំងឺរបស់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិ និងសេវាសុខភាពសាធារណៈក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានជំងឺគ្រុនចាញ់

ឆ្នាំ	សៀវភៅ ឯកសារ បទដ្ឋាន
២០២២	លទ្ធផលពាក់កណ្ដាលអាណត្តិ លើការពិនិត្យលើការអនុវត្ត អភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ជំហានទី២ ឆ្នាំ ២០២១-២០២៥ (Midterm Review of the MEAF2-2021-2025)
២០២៣	បច្ចុប្បន្នភាពមគ្គុទេសក៍ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ថ្នាក់ជាតិ
២០២៣	ស្តង់ដាអនុវត្តការធ្វើតេស្តប្រសិទ្ធភាពថ្នាំគ្រុនចាញ់ TES
២០២៣	គោលការណ៍ណែនាំ ការអង្កេតតាមដាន និងលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (Surveillance Guideline Operational Manual)

គ. ការប្រើប្រាស់ធនធានថវិកា

ថវិកាជាតិគឺជាប្រភពធនធានចម្បង និងចាំបាច់ក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ជាពិសេសនៅមុនឆ្នាំ២០០៤ ដែលនៅពេលនោះប្រភពថវិកាពីខាងក្រៅ មានតិចតួចបំផុតសម្រាប់កម្មវិធីគ្រប់គ្រងជំងឺគ្រុនចាញ់។

ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៤មក ដោយបន្ថែមលើថវិកាជាតិ កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ បានទទួលជំនួយថវិកាសម្រាប់បំពេញបន្ថែមក្នុងការអនុវត្ត រួមមាន៖

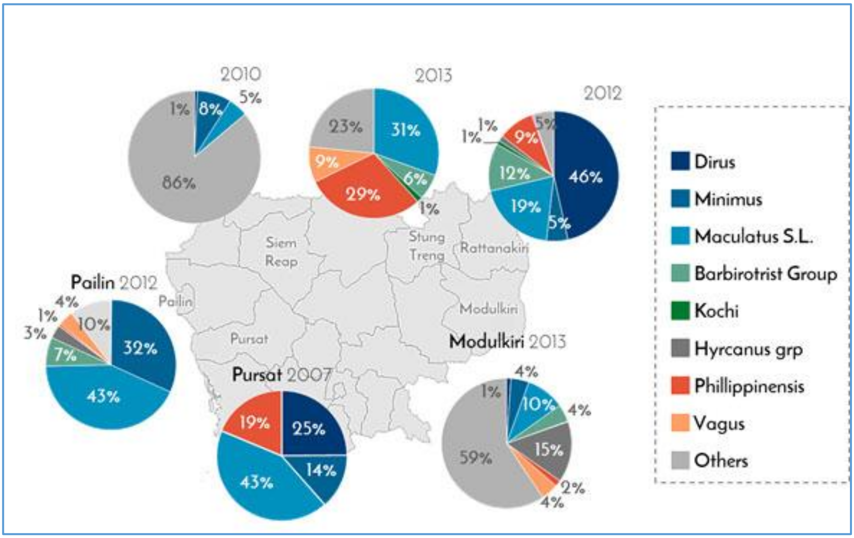
- ឆ្នាំ២០០៤៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកលជុំទី២ ចំនួន៩,៩លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០០៤-២០០៨)

- ឆ្នាំ២០០៥៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកលជុំទី៤ ចំនួន៩,៨លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០០៥-២០០៩)
- ឆ្នាំ២០០៦៖ ទទួលថវិកាគម្រោង HSSD ចំនួន ៧៨៥ ៤៥១ ដុល្លារអាមេរិក, ថវិកា USAID/WHO ចំនួន ៥២៨ ៧០០ដុល្លារអាមេរិក, DFID ចំនួន ២០៨ ០០០ដុល្លារអាមេរិក
- ឆ្នាំ២០០៧៖ ទទួលថវិកាគម្រោង USAID/WHO/DFID/WB ចំនួន ៣,៧លានដុល្លារអាមេរិក
- ឆ្នាំ២០០៨៖ ទទួលថវិកាគម្រោងមូលនិធីសកលជុំទី៦ ចំនួន ៣១ លានដុល្លារអាមេរិក រយៈពេល៥ឆ្នាំ (២០០៨-២០១២)
- ឆ្នាំ២០០៩៖ ទទួលថវិកាគម្រោងមូលនិធិសកល RAI 2-RCC ចំនួន ៤១លានដុល្លារអាមេរិក រយៈពេល៥ឆ្នាំ (២០០៩-២០១៤)
- ឆ្នាំ២០១០៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកលជុំទី៩ ចំនួន១០២ លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៥ឆ្នាំ (២០១០-២០១៥) និងបានទទួលគម្រោងថវិកា AMFm ចំនួន ៩,៦លានដុល្លារអាមេរិក រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០១០-២០១២)
- ឆ្នាំ២០១៤៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកល RAI ចំនួន១៥លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០១៤-២០១៦)
- ឆ្នាំ២០១៨៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកល RAI2 ចំនួន៤២ លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០១៨-២០២០)
- ឆ្នាំ២០២១៖ ទទួលបានថវិកាមូលនិធិសកល RAI3E ចំនួន១៨,៨ លានដុល្លារអាមេរិក សម្រាប់រយៈពេល៣ឆ្នាំ (២០២១-២០២៣) និងថវិកា GF-C19RM ចំនួន ២៣៩ ៨៤២ដុល្លារអាមេរិក។

៣. ការគ្រប់គ្រងភ្នាក់ងារចម្លង (Vector Control)

ក. ភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់

ភ្នាក់ងារចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់មានចំនួន២៥ប្រភេទ ត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជារវាងឆ្នាំ២០០៧ និងឆ្នាំ២០១៣។ ភ្នាក់ងារចម្លងប្រភេទ *Anopheles (An.) maculatus s.l.* បានបង្ហាញវត្តមានគ្រប់ទីកន្លែងនៃប្រទេសកម្ពុជា រីឯភ្នាក់ងារចម្លងប្រភេទ An.minimuss.l. វិញភាគច្រើនឃើញមាននៅភាគខាងលិចនៃប្រទេស ខណៈដែលភ្នាក់ងារចម្លងប្រភេទ *An. dirus* ត្រូវបានរកឃើញនូវប៉ែកឦសាននៃប្រទេស។ មានភ្នាក់ងារចម្លងផ្សេងទៀតដូចជា *An. barbirotrist, An. phillipinensis, An vagus* និង *An. hyrcanus* ក៏ត្រូវបានរកឃើញមានផងដែរនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (មើលរូបទី ១៤)។



រូបទី១៤. អត្រាប្រភេទភ្នាក់ងារចម្លងគ្រុនចាញ់ យោងតាមការអង្កេតផ្នែកបាណកសាស្ត្រ ពីឆ្នាំ២០០៧-២០១៣ (ប្រភព MEAF1)

ភ្នាក់ងារចម្លងប្រភេទ *An. dirus* មាននៅតាមព្រៃភ្នំ ជ្រោះ ព្រៃចំការ ចំការកៅស៊ូ ផ្ទុយទៅវិញ *An. minimus* ស្ថិតនៅតាមតំបន់ជាយព្រៃ ឬតំបន់ព្រៃដែលកាប់អស់ហើយ។ រីឯ *An. maculatus* រកឃើញនៅលើខ្នងភ្នំ ឬតំបន់ភ្នំ ហើយវាបន្តពូជនៅតំបន់ដែលទឹកថ្លា ដូចជា ព្រែក ឬស្ទឹង ជាដើម។ An. epiroticus អាចបន្តកំណើតនៅក្នុងទឹកសាបលាយទឹកប្រៃដែលជាទូទៅត្រូវបានរកឃើញនៅតំបន់សមុទ្រនៃប្រទេសកម្ពុជា។ ភ្នាក់ងារចម្លងគ្រុនចាញ់ទាំងនេះខាំគ្រប់ម៉ោងនាពេលល្ងាច ប៉ុន្តែវាខាំច្រើនបំផុតគឺនៅចន្លោះពេលពីម៉ោង៨ល្ងាច និង១២យប់។

ខ. ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស

ធនធានមនុស្សផ្នែកជំនាញបាណកសាស្ត្រ មិនមានការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងប្រទេសទេ ពោលគឺមិនមានវិទ្យាល័យជំនាញផ្នែកបាណកសាស្ត្រ។ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០១-២០២៣ មកយើងមានតែអ្នកឯកទេសថ្នាក់ជាតិចំនួន ៦នាក់ ក្នុងនោះមានថ្នាក់អនុបណ្ឌិតបាណកសាស្ត្រចំនួន២នាក់ ថ្នាក់បរិញ្ញាបត្របាណកសាស្ត្រចំនួន៤នាក់ ដែលទទួលបានការសិក្សានៅក្រៅប្រទេសមានប្រទេសអង់គ្លេស និងប្រទេសម៉ាឡេស៊ី។

មកទល់បច្ចុប្បន្ន ក្រោមការប្រឹងប្រែងរបស់ ម.គ.ច និងបានការសហការជាមួយដៃគូជំនាញ យើងបានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកឯកទេសបាណកសាស្ត្រថ្នាក់ក្រោមជាតិ (ស្រុកប្រតិបត្តិ) ចំនួន១១៤នាក់ (ថ្នាក់ជំនាញបាណកសាស្ត្រមូលដ្ឋាន) នៅទូទាំងប្រទេស។

គ. ការរៀបចំច្បាប់ បញ្ញត្តិផ្សេងៗ

ឆ្នាំ	សៀវភៅ/ឯកសារ/បទដ្ឋាន
២០០២	គោលការណ៍ណែនាំ អប់រំពីរបៀបប្រើប្រាស់មុងជ្រលក់ថ្នាំ
២០០៣	គោលការណ៍អប់រំ វិធានការការពារជំងឺគ្រុនចាញ់ តាមរយៈវិទ្យុទូរទស្សន៍
២០០៧	គោលការណ៍ណែនាំពីវិធិសាស្រ្តជ្រលក់មុង ជាមួយថ្នាំបាណកឃាដ
២០១៧	គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ (guidelines for distribution of long lasting insecticidal mosquito nets)
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដា សម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំក្នុងយុទ្ធនាការទូទៅ (SOP for LLINs/LLIHNs distribution through mass campaign approach)
២០១៧	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ផែនការលំអិតនៃការចែកមុងជ្រលក់ថ្នាំ (Training curriculum for micro plan of bed net distribution)
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដា ការបាញ់ថ្នាំតាមជញ្ជាំងក្នុងផ្ទះ
២០១៧	នីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដាសម្រាប់ការធ្វើតេស្តមុងជ្រលក់ថ្នាំ
២០១៧	ការណែនាំ ការត្រួតពិនិត្យ តាមដានការប្រើប្រាស់មុងជ្រលក់ថ្នាំ
២០១៩	បច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ
២០១៩	បច្ចុប្បន្នភាពនីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដា សម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំក្នុងយុទ្ធនាការទូទៅ

ឆ្នាំ	សៀវភៅ/ឯកសារ/បទដ្ឋាន
២០២១	បច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ
២០២១	បច្ចុប្បន្នភាពនីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដា សម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំក្នុងយុទ្ធនាការទូទៅ
២០២៣	បច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ
២០២៣	បច្ចុប្បន្នភាពនីតិវិធីប្រតិបត្តិការស្តង់ដា សម្រាប់ការចែកចាយមុងជ្រលក់ថ្នាំក្នុងយុទ្ធនាការទូទៅ

ឃ. ការគ្រប់ដណ្តប់មុង និងប្រើប្រាស់ធនធាន

ការចំណាយថវិកាលើយុទ្ធសាស្ត្រគ្រប់គ្រងបាណកសាស្ត្រ គឺផ្តោតទៅលើការគ្រប់ដណ្តប់មុងជ្រលក់ថ្នាំ ការពារកុំឱ្យភ្នាក់ងារចម្លងខាំបឺតឈាមមនុស្សបាននៅពេលសម្រាន្តពេលយប់។

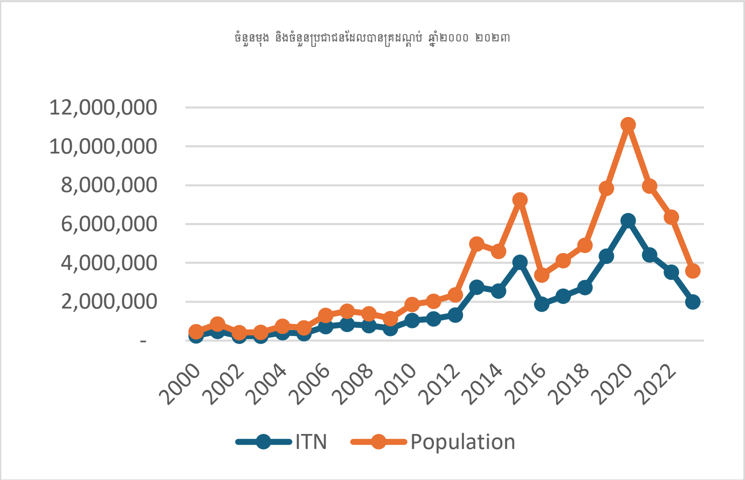
នៅមុនឆ្នាំ២០០០ យើងប្រើថ្នាំបាណកឃាដទឹកប្រភេទពីរីត្រយ (Pyre-throid Insecticide) មកជ្រលក់មុងដោយខ្លួនឯង ដែលប្រសិទ្ធភាពរបស់ថ្នាំអាចសម្លាប់មូសបានតែក្នុងរយៈពេល៦ខែ ក្រោយការជ្រលក់តែប៉ុណ្ណោះ។ ហេតុដូចនេះហើយ យើងធ្វើការជ្រលក់មុងសម្រាប់តែក្នុងរយៈពេលមានការចម្លងជំងឺខ្ពស់តែប៉ុណ្ណោះ (រដូវវស្សា)។

ចាប់ពីឆ្នាំ២០០១-២០០៣មក យើងបានប្រើប្រាស់មុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ Long-lasting insecticidal nets (LLINs) ដែលនៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូង យើងបែងចែកមុងនេះតែនៅតំបន់ដែលមាន

អត្រាចម្លងខ្ពស់ ចំពោះតំបន់ចម្លងក្រៅពីនេះ យើងនៅបន្តជ្រលក់មុងជាមួយថ្នាំបាណកឃាដ។

ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៣ទៅ យើងបានប្រើប្រាស់មុងជ្រលក់ថ្នាំដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ (LLINs) នៅគ្រប់តំបន់ដែលមានហានិភ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ ដែលមុងនេះអាចរក្សាប្រសិទ្ធភាពថ្នាំបាណកឃាដ បាន៣ឆ្នាំ។

បន្ថែមលើនេះ ចាប់ពីឆ្នាំ២០១០មក យើងបានចែកមុងអង្រឹងជ្រលក់ថ្នាំ long lasting insecticidal hammock nets (LLIHNs) ដល់ប្រជាជនដែលប្រកបរបរនៅក្នុងព្រៃ។



រូបទី១៥. ចំនួនមុង និងប្រជាជនដែលបានគ្របដណ្តប់មុងជ្រលក់ថ្នាំ ពីឆ្នាំ២០០០-២០២៣ (ប្រភព MIS)

៤. ការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺ

ក. ការគ្រប់គ្រងភាពស៊ាំថ្នាំ

ប្រទេសកម្ពុជា បានទទួលរងនូវវិវត្តស៊ាំថ្នាំរបស់ប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ ហេតុនេះហើយការគ្រប់គ្រងករណីជំងឺ គឺបានផ្ដោតយ៉ាងសំខាន់លើប្រសិទ្ធភាពព្យាបាលនៃថ្នាំគ្រុនចាញ់។ ការសាយភាយនៃមេរោគគ្រុនចាញ់ដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន គឺជាដំណើរថយក្រោយនៃការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ពិភពលោកក្នុងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ព្រោះថាបច្ចុប្បន្ននេះ នៅពុំទាន់មានឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ណា ដែលមានប្រសិទ្ធភាពស្មើនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន នៅឡើយទេ។

នៅមុនឆ្នាំ២០០០ ការផ្ដល់សេវាព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់មាននៅតាមសេវាសុខភាពសាធារណៈ (មន្ទីរពេទ្យ) និងនៅតាមសេវាឯកជន ពុំសូវមានការគ្រប់គ្រងបានឱ្យបានជិតដល់ទេ។ ថ្នាំក្លរ៉ូគីន ថ្នាំគីនីន ថ្នាំតេត្រាស៊ីគ្លីន និងថ្នាំអាតេមីស៊ីនិនតែមួយមុខ (Artemisinine mono therapy) បានយកមកប្រើជាទូទៅសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នាពេលនោះ។ ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដោយប្រើថ្នាំតែមួយមុខ ធ្វើឱ្យភាពស៊ាំថ្នាំមានការវិវត្តលឿន។

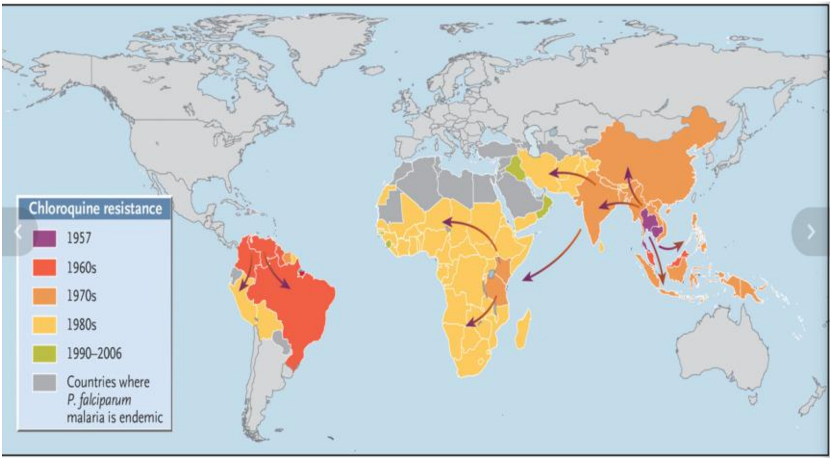
បទពិសោធន៍កន្លងមកបានបង្ហាញឱ្យឃើញថា ប្រទេសកម្ពុជាជាចំណុចចាប់ផ្ដើម (ground zero) ក្នុងការកកើតនៃភាពស៊ាំថ្នាំក្លរ៉ូគីននៅក្នុងអំឡុងទសវត្សន៍ឆ្នាំ១៩៥០។ ភាពស៊ាំថ្នាំនេះ បានរាលដាលក្នុងតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ ក្នុងអំឡុងទសវត្សន៍ឆ្នាំ១៩៥៧ រួចបានទៅដល់សាប់សាហារ៉ាអាហ្វ្រិក និងអាមេរិកខាងត្បូង នៅក្នុងអំឡុងទសវត្សន៍ឆ្នាំ១៩៧០ (រូបទី១៦)។

មេរោគស៊ាំនឹងឱសថអាតេមីស៊ីនីន (Artemisinin) និងថ្នាំរួមផ្សំរបស់ Artemisinin-based Combination Therapies (ACTs) ត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងបណ្ដាប្រទេសចំនួន៥ នៅអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ក្នុងនោះក៏មានប្រទេសកម្ពុជាផងដែរ។ មានការព្រួយបារម្ភពីការកើតឡើង និងការរីករាលដាលនូវភាពស៊ាំឱសថ ដែលអាចបណ្ដាលមកពីការធ្វើចលនាចំណាកស្រុក។ បើសិនជាភាពស៊ាំឱសថមានការកើតឡើង និងរីករាលដាលដល់ប្រទេសឥណ្ឌា ឬតំបន់សាប់សាហារាអាហ្វ្រិក (Sub-Sahanran Africa) នោះបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ អាចនឹងត្រូវស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរនៅក្នុងខណៈពេលដែលមិនទាន់មានឱសថណាផ្សេងទៀត ដែលមានកម្រិតប្រសិទ្ធភាពពូកែស្មើ និងមានតុល្យភាពដូចប្រភេទឱសថ ACTs នេះ។

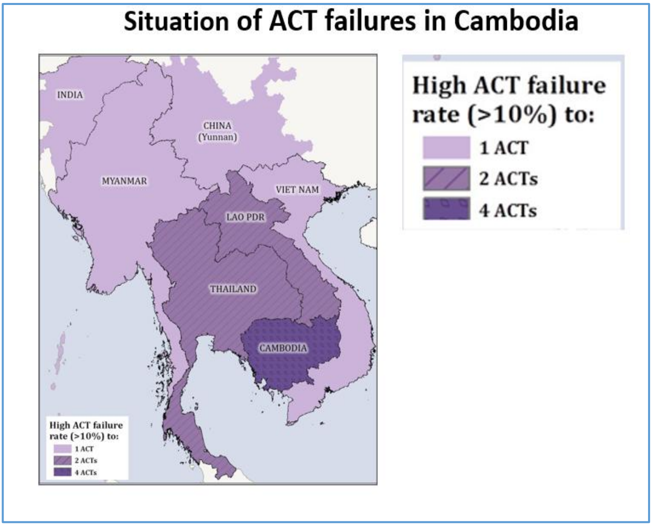
ដើម្បីទប់ស្កាត់ និងកាត់បន្ថយភាពស៊ាំថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំបូកបញ្ចូលគ្នាដ៏មានប្រសិទ្ធភាពជាពពួកអាតេមីស៊ីនីនរួមបញ្ចូល (ACTs) ចាប់ពីឆ្នាំ២០០០-២០១៦មក។ នៅប្រទេសកម្ពុជាក៏បានយកថ្នាំអាតេស៊ុណាត-មេផ្លូគីន (AS-MQ) មកប្រើប្រាស់ផងដែរ។

ភាពស៊ាំឱសថអាតេមីស៊ីនីន (Artmininin) ទើបនឹងត្រូវបានរកឃើញជាលើកដំបូង នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាឆ្នាំ២០០៦ តាមរយៈការសិក្សាគ្លីនិក។ តែទោះបីជាយ៉ាងនេះក្ដី តាមការវិភាគថយក្រោយដោយប្រើបច្ចេកទេស PCR បានឆ្លុះបញ្ចាំងឱ្យឃើញថា មានការស៊ាំឱសថអាតេមីស៊ីនីន (Artemisinin) តាំងតែពីមុនឆ្នាំ២០០១មកម្ល៉េះ ពោលគឺតាំងពីមុនពេលការប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយនៃប្រភេទឱសថ ACTs នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមកម្ល៉េះ។ ដំបូងដោយសារតែអត្រានៃការបរាជ័យខ្ពស់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ស្រាល

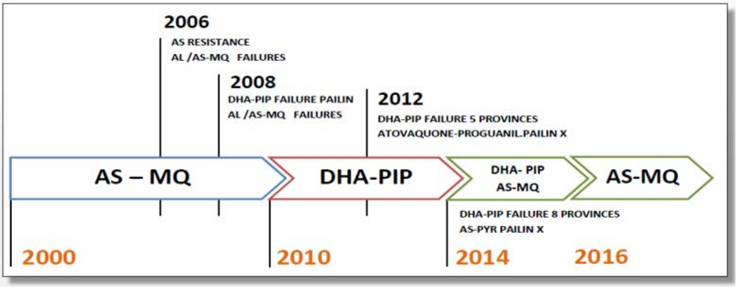
ជម្រើសទី១ (First Line Treatment) ដោយប្រើឱសថ ACTs ប្រភេទឱសថផាច់ដោយឡែក Artesunate-mefloquine (AS-MQ) ទើបមានការប្តូរមកប្រើប្រាស់ប្រើឱសថ ACTs ប្រភេទថ្នាំរួមផ្សំ Dihydroartemisinin-Piperaquine (DHA-PPQ) នៅក្នុងខេត្តប៉ៃលិន ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ ហើយក្រោយមកត្រូវបានពង្រីកទូទាំងប្រទេសនៅឆ្នាំ២០១០ តែនៅឆ្នាំ២០១៨ យើងបានផ្លាស់ប្តូរជាថ្មីទៀត មកប្រើថ្នាំបូកបញ្ចូលប្រភេទអាតេស៊ីណាតមេផ្លូគីន វិញ ដោយថ្នាំឌីអីដ្រូអាតេមីុសេនីន-ពីពេរ៉ាគីន បានថយចុះប្រសិទ្ធភាព។



រូបទី១៦. ការសាយភាយភាពស៊ាំថ្នាំក្លរ៉ូគីន ពីឆ្នាំ២០០០-២០២៣[៣]



[៣]ប្រភពនៃភាពសាំថ្នាំគ្រុនចាញ់ ដោយ Randall M. Packard
បោះពុម្ពផ្សាយនៅថ្ងៃទី៣១ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១៤ នៅក្នុងទស្សនាវដ្តី N Engl J Med 2014;371:397-399 DOI: 10.1056/NEJMp1403340. VOL. 371 NO. 5



បន្ថែមពីនេះ យើងបានបញ្ចូលថ្នាំសម្រាប់សម្លាប់ហ្គាម៉េតូស៊ីត ដើម្បីទប់ស្កាត់មេរោគជំងឺគ្រុនចាញ់របស់មូសដែកគោលញី គឺថ្នាំព្រីម៉ាគីន កម្រិតដូសទាប។

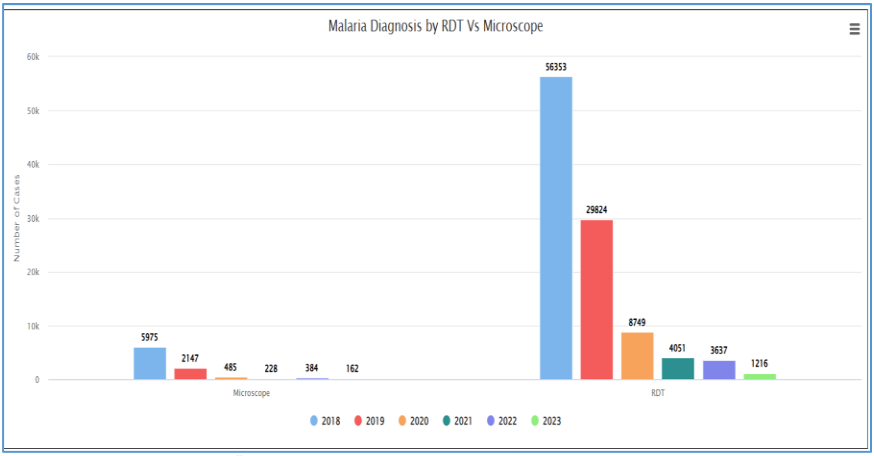
បច្ចុប្បន្ននេះ យើងបានកាត់ផ្តាច់ទាំងស្រុងនូវភាពស៊ាំថ្នាំគ្រុនចាញ់របស់ប៉ារ៉ាស៊ីតហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមនៅប្រទេសកម្ពុជា ដែលជាជោគជ័យដ៏ធំធេងរបស់ប្រទេសកម្ពុជា ហើយក៏ជាប្រទេសគំរូទីមួយនៅក្នុងតំបន់មហាអនុតំបន់ទន្លេមេគង្គដែលសម្រេចបានជោគជ័យនេះ។

ខ. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់

គោលនយោបាយផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានពង្រឹង និងពង្រីកនៅគ្រប់តំបន់ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ រួមមានសេវាសាធារណៈនៅទូទាំងប្រទេស (មន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព) និងសេវាសហគមន៍មូលដ្ឋាន (អ្នកស្ម័គ្រចិត្តព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ភូមិ មានចំនួន ២ ៧១០ភូមិ និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ចល័តមានចំនួន ២៥៣កន្លែង)។ ទន្ទឹមនឹងនោះ យើងក៏មានសេវាឯកជនដែលជួយផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់នៅអំឡុងមុនឆ្នាំ២០១៨ នៅពេលដែលសេវាសាធារណៈមិនទាន់រឹងមាំ។ នៅពេលនោះ វិស័យឯកជនមានការរីកដុះដាលយ៉ាងខ្លាំង ពីព្រោះមានតម្រូវការខ្ពស់នូវសេវាកម្មសុខភាព និងដោយសារបទដ្ឋានច្បាប់ នៅមិនទាន់រឹងមាំនៅឡើយ។ យោងតាមការស្រាវជ្រាវជំងឺគ្រុនចាញ់នៅកម្ពុជាកាលពីឆ្នាំ២០១៣ បានបង្ហាញថា ២៥% នៃអ្នកមានរោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅក្នុងអំឡុងពេល២សប្តាហ៍កន្លង បានទៅទទួលសេវាព្យាបាលឯកជន និង២៣% បានទៅទិញថ្នាំព្យាបាលនៅឱសថស្ថាន/តូបលក់ឱសថ និងចំនួន២២% ទៅទទួលសេវាព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាព។ ឧបសគ្គដែលរារាំងមិនអាចទៅទទួលសេវាព្យាបាលសាធារណៈបានរួមមានដូចជា ផ្លូវឆ្ងាយ ថ្លៃធ្វើដំណើរខ្ពស់ ផលលំបាកនៃម៉ោងធ្វើការរដ្ឋ និងដូចជារង់ចាំយូរជាដើម (យោងតាមសៀវភៅអភិក្រមការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុន

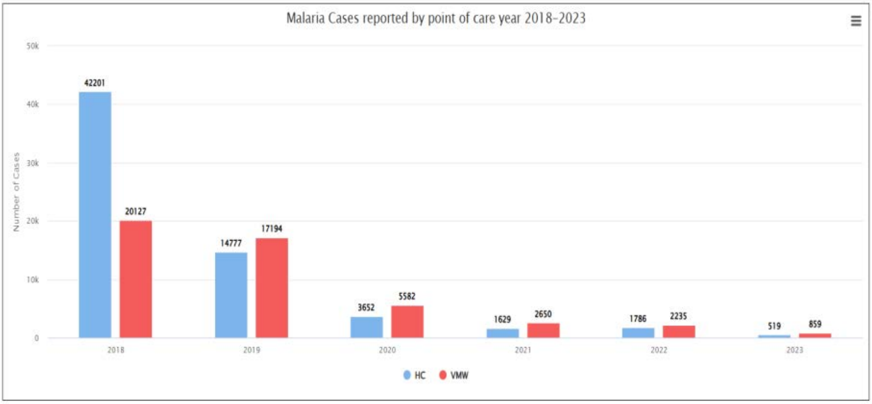
ចាញ់ឆ្នាំ២០១៦-២០២០)។ ក្រោយមក នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៨ សេវាឯកជនត្រូវបញ្ឈប់ឱ្យផ្តល់សេវាព្យាបាល ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ឱសថ និងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលមិនមានប្រសិទ្ធភាព។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវបានធ្វើដោយមីក្រូទស្សន៍នៅមុនឆ្នាំ១៩៩៩ ដែលធ្វើឱ្យមានការលំបាកក្នុងការពង្រីកសេវាព្យាបាលទៅដល់មូលដ្ឋាន។ តែចាប់ពីឆ្នាំ១៩៩៩មក តេស្តរហ័ស Rapid diagnostic tests (RDT) ត្រូវបានប្រើប្រាស់ ហើយមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ និងងាយស្រួលដល់ការពង្រីកសេវានៅមូលដ្ឋានក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ ក្រាហ្វិកខាងក្រោមបានបង្ហាញពីការផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់ច្រើនជាង៥ដង បើប្រៀបធៀបចំនួនធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់រវាងតេស្តរហ័ស និងមីក្រូទស្សន៍។



រូបទី១៧. ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដោយតេស្តរហ័ស និងមីក្រូទស្សន៍ ពីឆ្នាំ២០១៨-២០២៣ (ប្រភព MIS)

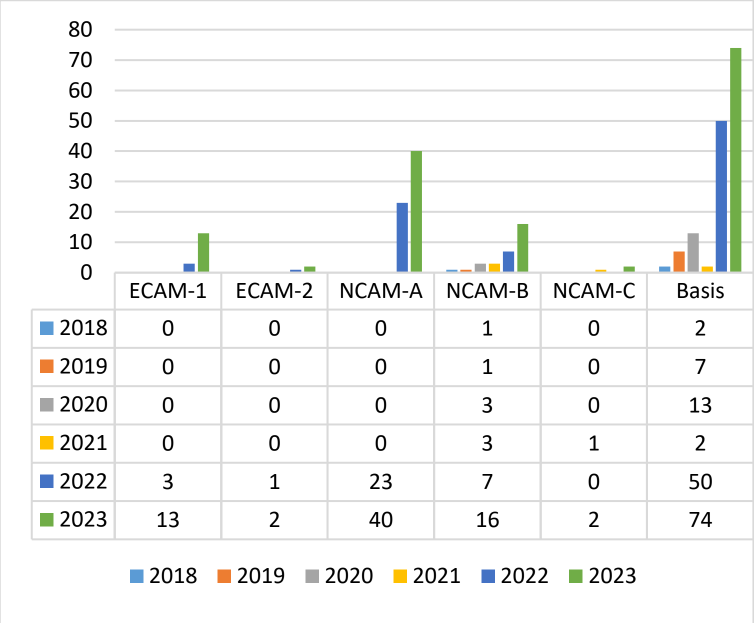
គម្រោងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ បានចាប់ផ្តើមសាកល្បងនៅឆ្នាំ២០០១ ក្នុង៣៦ភូមិនៃខេត្តរតនគិរី រួចបានបន្តទៅពង្រីក ១០ភូមិទៀត នៅខេត្តកោះកុងនៅឆ្នាំ២០០២ និងបានពង្រីកបន្តចាប់ពីឆ្នាំ ២០០៤មក។ រហូតមកដល់ត្រឹមឆ្នាំ២០២៣ យើងមានអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ចំនួន ២ ៧១០ភូមិ។ បន្ថែមពីនេះយើងបានពង្រីកសេវាព្យាបាលដល់ក្នុងចំការ ព្រៃ ចាប់ពីឆ្នាំ២០០៩ តាមរយៈការបង្កើតអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិចល័ត។



រូបទី១៨. ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានរាយការណ៍ពីបណ្តាញអ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិ និងពីសេវាសុខាភិបាល ពីឆ្នាំ២០១៨-២០២៣ (ប្រភព MIS)

យើងសង្កេតឃើញថា ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានរកឃើញដោយសេវាសហគមន៍ (អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) មានកើនឡើងជាលំដាប់ ដោយចាប់ពីឆ្នាំ២០១៩មក បានផ្តល់សេវាព្យាបាលជាងពាក់កណ្តាលបើប្រៀបនឹងសេវាសាធារណៈ (មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ)។ នេះបង្ហាញពីភាពចាំបាច់ក្នុងការផ្តល់សេវានៅជិតប្រជាជនដែលមានហានិភ័យ។

ទោះបីយ៉ាងណា យើងបានពង្រឹងសមត្ថភាពអ្នកមើលមីក្រូទស្សន៍ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ នៅមុនឆ្នាំ២០២១ ប្រទេសកម្ពុជាមិនដែលមានអ្នកជំនាញមីក្រូទស្សន៍ ដែលមានសញ្ញាបត្រទទួលស្គាល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកទេ គឺយើងមានតែអ្នកបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិកម្រិតA ចំនួន៤០នាក់ កម្រិតB ចំនួន១៦នាក់ កម្រិត C ចំនួន២នាក់ និងកម្រិតទូទៅ ចំនួន៧៤នាក់។ តែចាប់ពីឆ្នាំ២០២២មក យើងមានអ្នកជំនាញ ដែលទទួលស្គាល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក កម្រិត១ចំនួន ១៣នាក់ និងកម្រិត២ ចំនួន២នាក់ (សូមបញ្ជាក់ថា កម្រិត១ ជាកម្រិតល្អជាងគេបំផុត) (រូបទី១៩)។



	ECAM-1	ECAM-2	NCAM-A	NCAM-B	NCAM-C	Basis
2018	0	0	0	1	0	2
2019	0	0	0	1	0	7
2020	0	0	0	3	0	13
2021	0	0	0	3	1	2
2022	3	1	23	7	0	50
2023	13	2	40	16	2	74

រូបទី១៩. ចំនួនអ្នកជំនាញមីក្រូទស្សន៍ ដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ពីឆ្នាំ២០១៨-២០២៣ (ប្រភព MIS)

លរ	សូចនាករ	ឆ្នាំ២០២១		ឆ្នាំ២០២២		ឆ្នាំ២០២៣	
		គោលដៅ	លទ្ធផល	គោលដៅ	លទ្ធផល	គោលដៅ	លទ្ធផល
១	អត្រា**ស្លាប់**ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់គ្រប់ប្រភេទ ប្រចាំឆ្នាំក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០,០០០នាក់	០	០	០	០	០	**០**
២	អត្រា**អាំងស៊ីដង់**ជំងឺគ្រុនចាញ់គ្រប់ប្រភេទ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១,០០០នាក់	០,៥៩	០,២៦	០,៣៥	០,២៤	០,២១	**០,០៨**
៣	អត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់**ប្រភេទសន្ទំ** ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១,០០០នាក់	០,០៦	០,០២	០,០៤	០,០២	០,០០	**០,០០២**
៤	ភាគរយនៃចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលមានអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់**ប្រភេទសន្ទំតិច**ជាង ១/១,០០០នាក់	៩៤%	៩៨%	៩៦%	៩៨%	៩៨%	**១០០%**
៥	ភាគរយនៃចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលមានអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺគ្រុនចាញ់គ្រប់ប្រភេទ តិចជាង ១/១.០០០ នាក់	៨៣%	៩១%	៨៧%	៩១.៤%	៩១%	**៩៨%**

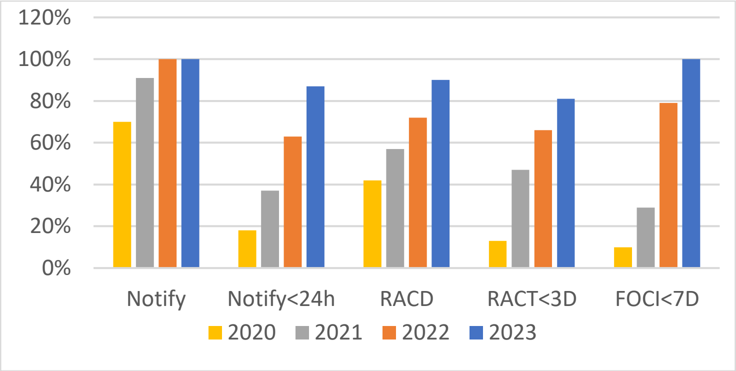
៥. ការតាមដានឆ្លើយតប

ក. ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្តតាមដានឆ្លើយតប ១, ៣, ៧

អន្តរាគមន៍តាមយុទ្ធសាស្រ្ត ១, ៣, ៧ គឺត្រូវបានយកមកអនុវត្តក្នុងប្រទេសកម្ពុជាចាប់ពីឆ្នាំ២០១៨ ដោយធ្វើការសាកល្បងនៅក្នុងស្រុកសំពៅលូន ខេត្តបាត់ដំបង គឺនៅរាល់ទីតាំងភូមិដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម ឬចម្រុះ និងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ ដែលឆ្លងនៅនឹងកន្លែងត្រូវការរាយការណ៍ករណីជំងឺក្នុងរយៈពេលយ៉ាងយូរ២៤ម៉ោង រួចធ្វើការឆ្លើយតបជុំវិញករណីគោល (ដោះឈាមអ្នកពាក់ព័ន្ធករណីគោល) ក្នុងអំឡុងពេល ៣ថ្ងៃ និងកំណត់ប្រភេទប្រភពចម្លងក្នុងអំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ដើម្បីធ្វើការសំអាត

សំបុកចម្លង ពីសំបុកចម្លងសកម្មទៅជាសំបុកចម្លងអកម្ម និងពីសំបុកចម្លងអកម្ម ឈានទៅសំបុកចម្លងសំអាតរួច។

ករណីអង្កេត និងចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺ កាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំ។ ដូចមានបង្ហាញរូបខាងក្រោមទី១៩ ពីឆ្នាំ២០២០ ទៅ២០២៣ គឺករណីរាយការណ៍ជំងឺតិចជាង២៤ម៉ោង មានការកើនពី១៨% ទៅ៨៧% ករណីធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលជំងឺជុំវិញករណីគោលក្នុងអំឡុង៣ថ្ងៃ កើនពី១៣% ទៅ៨១% និងកំណត់សំបុកចម្លងក្នុងអំឡុង៧ថ្ងៃ កើនពី១០% ទៅ១០០%។



រូបទី២០. ករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានអង្កេតនិងឆ្លើយតប ពីឆ្នាំ២០២០-២០២៣ (ប្រភព MIS)

សំបុកចម្លងសកម្មនៅទូទាំងប្រទេស ជាពិសេសជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាល់ស៊ីប៉ារ៉ូម និងចម្រុះបានថយចុះគួរជាទីកត់សម្គាល់ គឺសំបុកចម្លងសកម្មបានថយចុះពី៩៤សំបុក ក្នុងឆ្នាំ២០២១ មកនៅតែ២សំបុក ក្នុងឆ្នាំ

២០២៤។ សំបុកចម្លងអកម្មបានថយចុះពី៧៩សំបុក ក្នុងឆ្នាំ២០២១, ១២៥សំបុក ក្នុងឆ្នាំ២០២២, ៨៤សំបុក នៅឆ្នាំ២០២៣ និងមកនៅ៦៨សំបុក ក្នុងឆ្នាំ២០២៤។ ចំពោះសំបុកចម្លងដែលបានសំអាតរួចរាល់មានចំនួន៧៩សំបុក នៅក្នុងឆ្នាំ២០២៣ និង១០៥សំបុក នៅឆ្នាំ២០២៤។

Foci			
Year	Active Focus	Residual Focus	Cleared-up Focus
2021	96	79	0
2022	50	125	0
2023	12	84	79
2024	2	68	105

រូបទី២១. ចំនួនសំបុកចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ដែលបានឆ្លើយតប ពីឆ្នាំ២០២១-២០២៤ (រយៈពេល៦ខែ) (ប្រភព MIS)

នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៨ គោលបំណងក្នុងការកាត់បន្ថយបន្ទុកជំងឺប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម ត្រូវជួបការលំបាកដោយករណីស៊ាំរបស់មេរោគប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម ទៅនឹងថ្នាំអាតេមីស៊ីនីន មានការកើនឡើងគួរឱ្យព្រួយបារម្ភ។ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ភាពស៊ាំ និងរក្សាបានអត្រាគ្មានករណីស្លាប់ដោយជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ម.គ.ច រួមជាមួយដៃគូអនុវត្តការងារនិងមានជំនួយបច្ចេកទេសពីអង្គការសុខភាពពិភពលោកបានសម្រេចអនុវត្តនូវយុទ្ធសាស្ត្រខ្លាំងក្លាបន្ថែម (Intensification Plan 1, 2 and 3) ចាប់ពីឆ្នាំ២០១៩ ដល់ឆ្នាំ២០២៣។

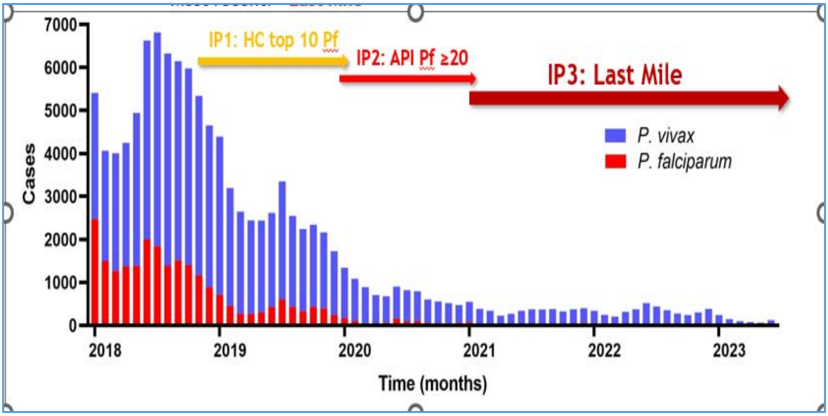
ខ. សកម្មភាពយុទ្ធសាស្ត្រខ្លាំងក្លាបន្ថែម (Acceleration Approaches)

សកម្មភាពយុទ្ធសាស្ត្រខ្លាំងក្លាបន្ថែមនេះ មានបីដំណាក់កាលខាងក្រោម៖

ដំណាក់កាលទី១ (ឆ្នាំ២០១៩-២០២០)៖ ជាដំណាក់កាលដែលមានបន្ទុកជំងឺខ្ពស់នៅតាមមណ្ឌលសុខភាព ដែលសកម្មភាពនេះបានផ្ដោតលើយុទ្ធនាការនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពទាំងមូលដែលមានហានិភ័យជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមខ្ពស់នៅក្នុងខេត្តចំនួន៧មាន ខេត្តពោធិ៍សាត់ ខេត្តកំពង់ស្ពឺ ខេត្តស្ទឹងត្រែង ខេត្តមណ្ឌលគិរី ខេត្តព្រះវិហារ ខេត្តក្រចេះ និងខេត្តរតនគិរី។ នៅដំណាក់កាលទីមួយនេះ យើងបានកាត់បន្ថយជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមបាន៧៣% (ពីចំនួន ១៦ ៥២២ករណី មកនៅ ៤ ៥៣២ករណី)។

ដំណាក់កាលទី២ (ឆ្នាំ២០២០-២០២១)៖ ជាដំណាក់កាលដែលបន្ទុកជំងឺនៅសាយភាយមិនមានលក្ខណៈប្រមូលផ្ដុំ ដែលត្រូវប្ដូរទិសដៅមកលើភូមិដែលមានបន្ទុកជំងឺគ្រុនចាញ់ខ្ពស់វិញ។ នៅដំណាក់កាលទី២នេះ យើងបានកាត់បន្ថយជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមបាន៨០% បន្ថែមទៀត (ពីចំនួន ៤ ៥៣២ករណី មកនៅ ៩០២ករណី)។

ដំណាក់កាលទី៣ (ឆ្នាំ២០២២-២០២៣)៖ ជាដំណាក់កាលដែលបន្ទុកជំងឺមានលក្ខណៈជាបុគ្គល (case-based) ដែលតម្រូវឱ្យយើងមកផ្ដោតលើសំបុកចម្លង និងជាពេលវេលាដែលត្រូវលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម នៅក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (last mile)។ នៅដំណាក់កាលនេះ យើងបានកាត់បន្ថយជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមបាន ៨៩% ទៀត (ពីចំនួន ៩០២ករណី មកនៅ ៣៤ករណី)។



រូបទី២២. ការធ្លាក់ចុះនៃករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម នៅពេលអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រខ្លាំងក្លា ពីឆ្នាំ២០១៩-២០២៣ (ប្រភព MIS)

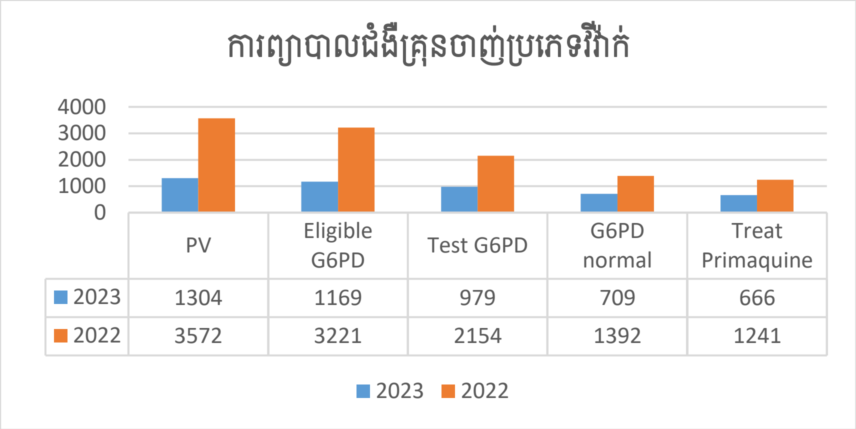
ប្រទេសកម្ពុជា គឺជាប្រទេសដែលអាចសម្រេចជោគជ័យក្នុងការទប់ស្កាត់ភាពស៊ាំថ្នាំទៅកាន់ពិភពលោក នៅក្នុងដំណាក់កាលថ្មីៗនេះ (ករណីជំងឺចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូមក្នុងតំបន់ គឺស្មើសូន្យនៅឆ្នាំ២០២៤នេះ)។ ទន្ទឹមនឹងការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទហ្វាស៊ីប៉ារ៉ូម ម.គ.ច បានសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយកងកម្លាំងថែរក្សាសន្តិសុខរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ (កងកម្លាំងមួកខៀវ) ក្នុងការធ្វើតេស្តរកប៉ារ៉ាស៊ីតគ្រុនចាញ់ និងផ្តល់ការព្យាបាលជាបន្ទាន់នៅនឹងកន្លែងមុនពេលកងកម្លាំងនេះចាកចេញពីប្រទេស និងពេលត្រឡប់មកពីបំពេញភារកិច្ចនៅក្រៅប្រទេសដូចជា សកម្មភាពទៅដោះមីននៅបណ្តាប្រទេសអាហ្វ្រិក សូដង់ និងលីបង់ ជាដើម ដើម្បីទប់ស្កាត់ប៉ារ៉ាស៊ីតស៊ាំថ្នាំមិនអាចឆ្លងប្រទេសបាន។ ជាក់ស្តែងយើងបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ជូនកងកម្លាំងមួកខៀវជាមធ្យម ១ ០០០នាក់ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

នៅក្នុងដំណាក់កាលដែលមានជំងឺកូវីដ-១៩ រាតត្បាតនៅក្នុងសកលលោក ក៏ដូចជាប្រទេសកម្ពុជា សកម្មភាពជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវបានអនុវត្តតាមរបៀបរក្សាគម្លាត ដូចជាមិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការជួបជុំជាក្រុមធំនៅក្នុងពេលប្រជុំនៅសហគមន៍ និងការចែកមុងជ្រលក់ថ្នាំជាដើម។ ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការផ្តល់ និងទទួលព័ត៌មានឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ម.គ.ច បានអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រុនចាញ់ដ៏មានប្រសិទ្ធភាព Malaria Information System (MIS)។

ប្រព័ន្ធ MIS នេះ អាចបម្រើឱ្យការងារតាមដានជំងឺក្នុងគោលបំណងលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ដ៏មានប្រសិទ្ធភាព។ ប្រព័ន្ធទាំងនេះ រួមមាន ការរាយការណ៍ជំងឺបែបអកម្ម ការតាមដាននិងរាយការណ៍ជំងឺបែបសកម្ម ប្រព័ន្ធរាយការណ៍និងឆ្លើយតបទាន់ហេតុការណ៍ ប្រព័ន្ធចុះអង្កេតនិងចំណាត់ថ្នាក់ប្រភពជំងឺ ប្រព័ន្ធរាយការណ៍ការអន្តរាគមន៍ភ្នាក់ងារចម្លង ប្រព័ន្ធតាមដានស្តុកថ្នាំនិងឧបករណ៍រោគវិនិច្ឆ័យគ្រុនចាញ់ និងប្រព័ន្ធតាមដានភាពស៊ាំរបស់ប៉ារ៉ាស៊ីតនិងភ្នាក់ងារចម្លង។ បន្ថែមពីនេះ ប្រព័ន្ធមានលទ្ធផលផ្តល់ប្រឹក្សានិងរៀនសូត្រដោយប្រើ e-learning។

នៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ចុងក្រោយនេះ បន្ទុកជំងឺគ្រុនចាញ់ត្រូវផ្តោតទៅលើប្រភេទវីវ៉ាក់ ដែលបច្ចុប្បន្ននេះការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទនេះត្រូវប្រើរយៈពេលយូរ៧ថ្ងៃ ដោយថ្នាំព្រីម៉ាគីន បន្ទាប់ពីប្រើថ្នាំ ACTs រយៈពេលបីថ្ងៃ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអង់ស៊ីម G6PD ធម្មតា។ តែចំពោះអ្នកដែលមានអង់ស៊ីម G6PDទាប ត្រូវព្យាបាលថ្នាំព្រីម៉ាគីន រយៈពេល៨អាទិត្យ។ ហើយជាងនេះទៀត ការធ្វើតេស្ត G6PD អាចធ្វើបានតែនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០២៣នេះ មានតែ៧៥% នៃអ្នកជំងឺ

គ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ (មាន១ ៣០៤នាក់) បានទទួលការធ្វើតេស្ត G6PD (ចំនួននេះបានកើនឡើង១៥% បើប្រៀបធៀបនឹងឆ្នាំ២០២២ ដែលមានតែ៦០%)។ ក្នុងនោះមានតែ ៧២,៤% នៃអ្នកបានធ្វើតេស្ត G6PD ប៉ុណ្ណោះដែលមានកម្រិត G6PD ធម្មតា (មានន័យថា ២៧,៦% នៃអ្នកជំងឺមានកម្រិត G6PD ទាប) ហើយ៩៤% នៃអ្នកដែលមានកម្រិត G6PD ធម្មតាទទួលបានការព្យាបាលដោយថ្នាំព្រីម៉ាគីន ចំនួន៧ថ្ងៃ។



រូបទី២៣. ប្រៀបធៀបការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ ឆ្នាំ២០២២-២០២៣ (ប្រភព MIS)

ការព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រភេទវីវ៉ាក់ ត្រូវមានការតាមដានជាពិសេសចំពោះការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្រីម៉ាគីន ព្រោះផលរំខានរបស់ថ្នាំអាចបណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺរងគ្រោះធ្ងន់ធ្ងរដោយសារបែកគ្រាប់ឈាមធ្ងន់ធ្ងរ។ ហេតុនេះ ម.គ.ច បានសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនាយកដ្ឋានឱសថ ចំណីអាហារ បរិក្ខារពេទ្យ

និងគ្រឿងសម្អាង (DDF) របស់ក្រសួងសុខាភិបាល លើការទទួលយក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផលរំខានឱសថ (Pharmacovigilance) ព្រមទាំងសហការជាមួយអង្គការដៃគូពាក់ព័ន្ធ ដូចជា CMEP2-PMI USAID, CRS, CHAI និងMC។

៦. ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថនិងប្រាស្រ័យទាក់ទង

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រនិងបាណកសាស្ត្រ ធ្វើការជាមួយថ្នាក់ដឹកនាំសហគមន៍នៅតាមស្រុក និងតាមថ្នាក់ភូមិ ព្រមទាំងដៃគូអនុវត្តដើម្បីចលនាសហគមន៍ និងបង្កើនការផ្សព្វផ្សាយអំពីការបង្ការជំងឺគ្រុនចាញ់ និងការទទួលបាននូវការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ សារអប់រំនៅតាមប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយបានផលិតឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមរយៈការរៀបចំជាវគ្គសិក្ខាសាលា ដើម្បីផលិតសម្ភារៈ IEC/BCC និងគោលការណ៍ណែនាំ។

ម.គ.ច បានបង្កើត និងធ្វើឱ្យត្រូវគ្នានូវសារអប់រំ និងសម្ភារៈ IEC/BCC ទៅគ្រប់ដៃគូទាំងអស់ ឆ្លាស់គ្នាទៅតាមតំបន់នីមួយៗ រួមមានដូចជា៖ នៅតំបន់ភ្នំជនជាតិភាគតិច តំបន់មិននិយាយភាសាខ្មែរ និងប្រជាជនចល័ត និងចំណាកស្រុក ព្រមទាំងតំបន់នៅតាមព្រំដែន ដែលត្រូវប្រើភាសាផ្សេងៗ ដូចជាភាសាថៃ និងភាសាឡាវ ជាដើម។

ផ្នែកអប់រំសុខភាពនៃ ម.គ.ច បានធ្វើការជាមួយផ្នែកដ៏ទៃទៀត ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រចលនាសហគមន៍ក្នុងការផ្សព្វផ្សាយសារអប់រំ IEC/BCC ឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។

បច្ចុប្បន្ន បរិបទអ្នកកើតជំងឺគ្រុនចាញ់ ភាគច្រើនជាជនចំណាកស្រុក និងពិសេសទៅធ្វើការរកអនុផលពីក្នុងព្រៃ-ភ្នំ ដោយយើងបានផ្សព្វផ្សាយ

យុទ្ធសាស្ត្រអប់រំសុខភាពសម្រាប់ការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០២២ថ្មី ដល់ថ្នាក់ក្រោមជាតិ (ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ) និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលបង្វែរគោលដៅទៅដល់ប្រជាជនប្រឈម ជាពិសេសប្រជាជនទេសន្តរប្រវេសន៍ និងចូលព្រៃ-ភ្នំ។

ការធ្វើការអប់រំសុខភាពដល់ប្រជាជនដោយផ្ទាល់ តាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋាន (អ្នកស្ម័គ្រចិត្តភូមិព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់) គឺជាគន្លឹះសំខាន់ក្នុងការប្រាស្រ័យផ្ទាល់ និងដោះស្រាយបានទាន់ពេល។ សកម្មភាពនេះកន្លងមក មានការចូលរួមយ៉ាងផុសផុលពីប្រជាជនមូលដ្ឋាន ដែលក្នុងនោះ ៥២,៤% ជាស្ត្រី។

ម.គ.ច បានបញ្ជ្រាបពីសារសំខាន់នៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងប្រទេស ក៏ដូចជានៅលើសកលលោកតាមរយៈវេទិកាទិវាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុងឱកាសទិវាគ្រុនចាញ់ពិភពលោក ថ្ងៃទី២៥ ខែមេសា ជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលបានទទួលសារគាំទ្រ និងផ្តល់អនុសាសន៍ដោយ **សម្តេចនាយករដ្ឋមន្ត្រី** និងសារគាំទ្រការអនុវត្តរបស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល។

៧. ការស្រាវជ្រាវ និងស៊ើបអង្កេត

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ បានបង្កើតឱ្យមានក្រុមការងារបច្ចេកទេសសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តសកម្មភាពលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់។ ដែលក្រុមការងារនេះត្រូវបានជួបប្រជុំរៀងរាល់៦ខែម្តង ដើម្បីប្រមូលព័ត៌មាន ពិនិត្យពីវិធីសាស្ត្រ ពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកបច្ចេកទេស និងដាក់ចេញនូវកម្មវិធីស្រាវជ្រាវចាំបាច់នៅចំពោះមុខ ព្រមទាំងធ្វើការចែករំលែកយ៉ាងទូលំទូលាយ។

ប្រធានបទស្រាវជ្រាវជាអាទិភាពមានដូចជាៈ

- ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺគ្រុនចាញ់
- ប្រសិទ្ធភាពនៃការឆ្លើយតបតាមរបៀប ១, ៣, ៧
- ការអង្កេតស្រាវជ្រាវពីប្រសិទ្ធភាពឱសថជំងឺគ្រុនចាញ់ ACTs និងកត់ត្រាតាមដានភាពស៊ាំពហុឱសថ ដោយធ្វើការជិតស្និទ្ធជាមួយអង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO) និងដៃគូនានាធ្វើការសិក្សាពីប្រសិទ្ធភាពការព្យាបាល (TES)
- ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងទាំងគុណភាព និងការចែកចាយសម្ភារៈផ្តល់ព័ត៌មានអប់រំទំនាក់ទំនង(IEC)/ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរប្រព្រឹត្ត (BCC) សារសម្រាប់លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់
- នៅក្នុងបរិបទនៃការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវយុទ្ធសាស្ត្រក្នុងការគ្រប់គ្រងករណី តាមដានបាណកសាស្ត្រ និងការអង្កេតតាមដានដើម្បីលុបបំបាត់។ ជាពិសេសចលនាសហគមន៍ និងយុទ្ធសាស្ត្រប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ។

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

ផ្នែកទីបួនៈ សន្និដ្ឋាន

ទោះបីមានកត្តាប្រឈមមួយចំនួន ដែលនាំឱ្យមានការលំបាកក្នុងការឈានទៅរកការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ទាំងស្រុងនាឆ្នាំ២០២៥ក្តី ក៏មានហេតុផល និងកត្តាអំណោយផលជាច្រើនដែលនឹងនាំឱ្យព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាសម្រេចបានជោគជ័យ តាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ឆ្នាំ២០១១-២០២៥ ដែលយុទ្ធសាស្ត្រនេះបានអនុម័ត និងទទួលការគាំទ្រយ៉ាងពេញទំហឹងពីប្រមុខរាជរដ្ឋាភិបាលកំពូល គឺ **សម្តេចអគ្គមហាសេនាបតីតេជោ ហ៊ុន សែន** អតីតនាយករដ្ឋមន្ត្រី និងបច្ចុប្បន្នជាប្រធានព្រឹទ្ធសភានៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ ម្យ៉ាងវិញទៀត ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិនេះ បាន និងកំពុងគាំទ្រយ៉ាងពេញទំហឹងដោយ **សម្តេចមហាបវរធិបតី ហ៊ុន ម៉ាណែត** នាយករដ្ឋមន្ត្រីនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ព្រមទាំងបានបន្តដឹកនាំអនុវត្តពីសំណាក់ **ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ឈាង រ៉ា** រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល អមជាមួយការទទួលបានការគាំទ្រពីគ្រប់ស្ថាប័នជាតិ និងអន្តរជាតិ ដែលជាកត្តាគន្លឹះក្នុងការសហការអនុវត្ត ការឧបត្ថម្ភធនធាន និងជំនួយបច្ចេកទេស។

មានកត្តាអំណោយផលជាច្រើនថែមទៀតរួមមាន ពិសេសកត្តាសន្តិភាព ស្ថេរភាពនយោបាយ ការអភិវឌ្ឍសេដ្ឋកិច្ច និងការរីកចម្រើនខាងហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធគមនាគមន៍ និងព័ត៌មាន ការផ្លាស់ប្តូរមុខរបរ ការកែលម្អបរិស្ថាន ការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថរស់នៅ និងជាពិសេសភាពប្រសើរឡើងនៃការទទួលយកបាននូវអន្តរាគមន៍នៃការងារលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ តាមរយៈការកែលម្អនូវសេវាពិនិត្យព្យាបាល តាមដានអង្កេតទាន់ពេល និងការគ្រប់ដណ្តប់

សម្ភារៈបង្ការការចម្លង ក្រោមការត្រួតពិនិត្យគុណភាព វិធីសាស្ត្រ និងការតាមដានរបស់ ម.គ.ច នៃក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គភាពក្រោមឱវាទរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ព្រមទាំងដៃគូទាំងឡាយរួមជាមួយនឹងការធ្វើវិមជ្ឈការ និងការពង្រីកនូវសកម្មភាពជាគន្លឹះនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់រហូតដល់តំបន់ជនបទដាច់ស្រយាល ដែលជាកន្លែងដែលហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសុខាភិបាលនៅមានកម្រិត (តាមរយៈបណ្តាញអ្នកស្ម័គ្រព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់តាមភូមិ)។

បច្ចុប្បន្ននេះ ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា កាន់តែឈានជិតទៅដល់គោលដៅគ្រោងទុករបស់ខ្លួនហើយ គឺការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់គ្រប់ប្រភេទនាចុងឆ្នាំ២០២៥នេះ ដោយត្រូវបញ្ចប់ការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងតំបន់និងបញ្ឈប់ទាំងស្រុងនូវភាពស៊ាំថ្នាំជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយប៉ារ៉ាស៊ីតនៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា ក៏ដូចជាការរួមចំណែកក្នុងការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងតំបន់ និងសកលលោកទាំងមូល។ យើងជឿជាក់ថា កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា គឺជាបទពិសោធន៍ថ្មីមួយសម្រាប់បណ្តាប្រទេសនៅក្នុងមហាអនុតំបន់មេគង្គ និងសកលលោកយកទៅធ្វើជាមេរៀនដើម្បីឈានទៅពិភពលោកគ្មានជំងឺគ្រុនចាញ់ នាពេលអនាគត។

កម្រងរូបភាពអនុស្សាវរីយ៍

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តព្រះសីហនុ នាខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០២៣

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ (ផ្ទាល់ និងតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត) នៅខេត្តកំពង់ស្ពឺ
នាខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០២១

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០២០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តសៀមរាប នាខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១៩

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១៧

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តសៀមរាប នាខែមីនា ឆ្នាំ២០១៦

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តសៀមរាប នាខែមេសា ឆ្នាំ២០១១

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តសៀមរាប នាខែមេសា ឆ្នាំ២០១០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
និងឯកឧត្តម ខៀវ កញ្ញារិទ្ធិ រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងព័ត៌មាន
ចូលរួមសន្និបាតជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាខែមិថុនា ឆ្នាំ២០០៩

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមសន្និបាត
ជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅក្រុងព្រះសីហនុ នាខែមេសា ឆ្នាំ២០០៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល
ចូលរួមកិច្ចប្រជុំប្រឹក្សាយោបល់ ស្ដីពីវឌ្ឍនភាពការងាររបស់ក្រុមការងារពិសេស
ថ្នាក់ខេត្តសម្រាប់លុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ និងយុទ្ធសាស្ត្រលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុន
ចាញ់ នៅទីស្ដីការក្រសួងសុខាភិបាល នាខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមពិធីបើក
ដំណើរការអនុវត្តសកម្មភាពលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ
នៅខេត្តកំពង់ស្ពឺ នាថ្ងៃទី២០ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០២០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ផ្តល់កិច្ចសម្ភាសន៍ ដល់អ្នកសារព័ត៌មាន ស្តីពីវឌ្ឍនភាព និងផែនការការងារប្រយុទ្ធ និងលុបបំបាត់ជំងឺ គ្រុនចាញ់ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាថ្ងៃទី១៤ ខែតុលា ឆ្នាំ២០០៩

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមសិក្ខា សាលារៀបចំផែនការគ្រប់គ្រងភាពស៊ាំនៃថ្នាំអាទេមីស៊ីនីន នៅតាមតំបន់ព្រំដែន កម្ពុជា-ថៃ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាឆ្នាំ២០០៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមប្រជុំក្រុមប្រឹក្សាប្រតិបត្តិនៃ ACTMALARIA និងដៃគូផ្សេងៗ នៅខេត្តសៀមរាប នាឆ្នាំ២០០៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល សម្ពោធមន្ទីរពិសោធន៍ជំងឺគ្រុនចាញ់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នៅរាជធានីភ្នំពេញ នាឆ្នាំ២០០៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាលចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តស្ទឹងត្រែង នាខែមេសា ឆ្នាំ២០២៣

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តកំពង់ស្ពឺ នាខែមេសា ឆ្នាំ២០២២

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តមណ្ឌលគិរី នាខែមេសា ឆ្នាំ២០១៩

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តពោធិ៍សាត់ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តប៉ៃលិន នាថ្ងៃទី២៥ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១៦

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិ
ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តកំពត នាថ្ងៃទី២៥ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១១

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមទិវាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅខេត្តព្រះវិហារ នាថ្ងៃទី២៥ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមសម្ពោធដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ស្ថានីយ៍គ្រុនចាញ់ នៅខេត្តព្រះវិហារ
នាថ្ងៃទី២៥ ខែមេសា ឆ្នាំ២០១០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចុះចែកមុង
ជ្រលក់ថ្នាំដល់ប្រជាជនរងគ្រោះដោយជំនន់ទឹកភ្លៀង ខេត្តបន្ទាយមានជ័យ
នាខែតុលា ឆ្នាំ២០២០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចុះសួរសុខទុក្ខ
និងចែកមុងជ្រល់ថ្នាំដល់ប្រជាជនដែលរស់នៅតំបន់ប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ក្នុង
តំបន់ត្រីកោណ នៅក្នុងខេត្តពោធិ៍សាត់ ខេត្តកំពង់ឆ្នាំង និងខេត្តកំពង់ស្ពឺ
នាថ្ងៃទី០៤ ខែមិថុនា ២០១៩

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមពិធីចែក
មុងជ្រលក់ថ្នាំដល់ប្រជាជន ស្រុកកំពង់សិលា ខេត្តព្រះសីហនុ
នាថ្ងៃ១៣ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១១

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមយុទ្ធនា
ការចែកមុង ជូនប្រជាពលរដ្ឋ ដែលប្រឈមនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា
នៅខេត្តក្រចេះ ថ្ងៃទី៧ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១១

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមពិចែកមុង
ដល់ប្រជាជនប្រឈម នៅក្នុងខេត្តតាកែវ ឆ្នាំ២០០៨

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចូលរួមពិធីចែក
មុងដល់កងកម្លាំងកងយោធពលខេមរភូមិន្ទ នៅក្នុងខេត្តឧត្តមានជ័យ ឆ្នាំ២០១០

ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ម៉ម ប៊ុនហេង រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ពិនិត្យសម្ភារៈ-
បរិក្ខារប្រយុទ្ធនឹងគ្រុនចាញ់ ឆ្នាំ២០១៩ និងឆ្នាំ២០២២

សារអប់រំបង្ការការចម្លងជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយមូសដែកគោលញី បានដាក់ពង្រាយ នៅទីតាំងប្រឈមជំងឺគ្រុនចាញ់ ត្រូវបានចុះផ្សាយដោយកាសែត The Gurdian ឆ្នាំ២០១៥

តែមប្រៃសនីយ៍របស់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការចូលរួមជាមួយពិភពលោក ក្នុងការ ប្រយុទ្ធ និងលុបបំបាត់ជំងឺគ្រុនចាញ់ (ឆ្នាំ១៩៦២)

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

Abbreviation

ACTs	Artemisinin-based Combination Therapies
AS-MQ	Artesunate-mefloquine
BCC	Behavior Change Communication
CNM	Centre National de la Malariologie National Center for Parasitology, Entomology and Malaria Control
DHA-PPQ	Dihydroartemisinic-Piperaquine
IEC	Information, Education and Communication
LLINs	Long-lasting insecticidal nets
LLIHNs	Long lasting insecticidal hammock nets
MEAF	Malaria Elimination Action Framework
MDA	Mass Drug Administration
MIS	Malaria Information System
PCR	Polymerase Chain Reaction
PPM	Public-Private Mix
RDT	Rapid Diagnostic Tests
VMW	Village Malaria Worker
ម.គ.ច	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ ប៉ារ៉ាស៊ីត- សាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ

ទុកទំនេរ (Leave it blank)

ឯកឧត្តម ម៉ម ប៊ុនហេង

អ្នកតំណាងរាស្ត្រមណ្ឌលរាជធានីភ្នំពេញ

អតីត រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល