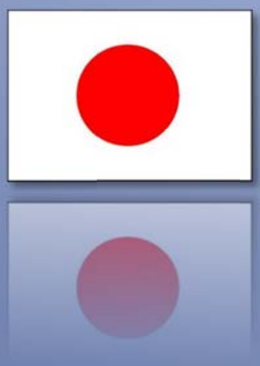


របាយការណ៍សិក្សាស្តីពី ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះ បន្ទាន់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

ខែមីនា ឆ្នាំ ២០១១

របាយការណ៍សិក្សាស្តីពី ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា
ខែមីនា ឆ្នាំ ២០១១

មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា

The Nippon Foundation Bldg., 4th Fl.

1-2-2, Akasaka, Minato-ku, Tokyo, 107-8523 Japan

Phone: +81-3-6229-5400

Fax: +81-3-6229-5470

http://www.spf.org/e/

មាតិកា

Abbreviations

....i សេ

ចក្ដីសង្ខេប..ii

១. ទិដ្ឋភាពរួមនៃការសិក្សា..១

១.១. សាវតា និងគោលបំណងនៃការសិក្សា..១

១.២. ការសិក្សាស្វែងយល់ ២

១.៣. ការលំបាកក្នុងការសិក្សា ៣

១.៤. រចនាសម្ព័ន្ធនៃរបាយការណ៍...៤

២. ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងបញ្ហានានានៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា ៤

២.១. ប្រវត្តិនៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា ៤

២.២. ស្ថានភាព និងបញ្ហានាពេលបច្ចុប្បន្នក្នុងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន សង្គ្រោះបន្ទាន់...១០

២.២.១. រាជធានីភ្នំពេញ ១០

២.២.២. ខេត្តកំពង់ចាម...១២

២.២.៣. ខេត្តព្រះសីហនុ..១៣

២.២.៤. ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន....................១៤

២.៣. ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងបញ្ហានៃសកម្មភាពរបស់ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១៧

២.៣.១. ការវាយតម្លៃរួមទៅលើក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់.......................១៧

២.៣.២. ការផ្ទៀងផ្ទាត់កំណត់ហេតុស្ដីពីសកម្មភាព.....................១៨

៣. ចក្ខុវិស័យសម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា (អនុសាសន៍)................១៩

៣.១. វិធីសាស្ត្រជាមូលដ្ឋានក្នុងការផ្ដល់អនុសាសន៍ ១៩

៣.២. ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់...២០

៣.២.១. រយៈពេលខ្លី (៣ ឆ្នាំ)...២០

៣.២.២. រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង (៦ឆ្នាំ) ២៦

៣.៣. ការប្រមូល ការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺ ៣១
៣.៣.១. រយៈពេលខ្លី (ក្នុងពេល ៣ ឆ្នាំ) ៣១
៣.៣.២. រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង (ក្នុងរយៈពេល ៦ ឆ្នាំ) នៅក្រុងភ្នំពេញ ៣២
ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៦
References ៤២

Abbreviations

AIS	abbreviated injury scale
CAMA	Christian and Missionary Alliance (*NGO)
DMAT	Disaster Medical Assistance Team
EF	equity fund
ETCG	essential trauma care guidelines
FR	first responder
HIB	Handicap International Belgium (*NGO)
ICRC	International Committee of the Red Cross
JICA	Japan International Cooperation Agency
JPR	Japan Paramedical Rescue (*NGO)
MA	medical assistant
NGO	non-governmental organization
OD	operational district
ODA	official development assistance
RH	referral hospital
SAMU	Service Aide Medicale Urgente (*French)
SBSI	Side By Side International (*NGO)
SNCTC	Secretariat of the National Counter Terrorism Committee
TBS	traditional bone setter
TH	traditional healer
TICO	Tokushima International Cooperation (*NGO)
TRISS	trauma and injury severity score
VERS	village emergency referral system
VHV	village health volunteer
4WD	four-wheel drive

សេចក្ដីសង្ខេប

មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា (The Sasakawa Peace Foundation) បានគាំទ្រដល់វិស័យអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្សនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាតាមរយៈគម្រោងនានា រួមមានដូចជា *វគ្គបណ្ដុះបណ្ដាលសម្រាប់អ្នកសារព័ត៌មាននៅកម្ពុជា និងការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពរបស់មន្ត្រីរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា* ។ តាមរយៈអន្តរសកម្មភាពមួយចំនួនជាមួយដៃគូរក្នុងតំបន់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៩ មក មូលនិធិនេះបានរៀបចំការសិក្សាជាមូលដ្ឋានដើម្បី "គាំទ្ររដ្ឋាភិបាលកម្ពុជារៀបចំផែនការមេសម្រាប់ប្រព័ន្ធថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់" ហើយនោះជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍សម្រាប់មូលនិធិអាស៊ីផានសាសាកាវ៉ា (Sasakawa Pan Asia Fund) ។ កម្មវិធីនេះបានរួមបញ្ចូលលទ្ធភាពនៃការចាប់ផ្ដើមកម្មវិធីថ្មីសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្សនៅក្នុងតំបន់។

គោលបំណងសំខាន់នៃទស្សនកិច្ចសិក្សានេះគឺការលើកកំពស់ការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ហើយបានធ្វើការត្រួតពិនិត្យលើបញ្ហាដូចខាងក្រោម៖

- ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងការវិភាគទៅលើប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា
- តួនាទី និងការសម្របសម្រួលរវាងរដ្ឋាភិបាល និងវិស័យឯកជននៅក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ស្ថានភាពនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសម្រាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការបណ្ដុះបណ្ដាលក្រុមការសង្គ្រោះបន្ទាន់
- វិធីសាស្ត្រចាំបាច់ក្នុងការរៀបចំកែលំអប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

នៅក្នុងការអនុវត្តជាក់ស្ដែង ក្រុមសិក្សាបានចុះទស្សនកិច្ចនៅតាមស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រចំនួន ១៤ កន្លែងនៅរាជធានីភ្នំពេញ ខេត្តកំពង់ចាម និងខេត្តព្រះសីហនុ លេខាធិការដ្ឋានគណៈកម្មាធិការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម និងក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីស្វែងយល់អំពីស្ថានភាពជាក់ស្ដែងពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ក្រុមសិក្សាក៏បានពិនិត្យការប្រើប្រាស់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងបរិក្ខារពេទ្យផងដែរ។

នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ មានបញ្ហាមួយចំនួនដែលបណ្ដាលមកពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែ អាស្រ័យដោយការងាររបស់អង្គការ Side By Side International (SBSI) ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពីរាជរដ្ឋាភិបាលក្នុងការផ្ដល់នូវក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវារថយន្តគិលានសង្គ្រោះប្រើប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់បានប្រសើរឡើងមួយកម្រិត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ សកម្មភាពការងាររបស់ពួកគេនៅមានកម្រិតនិងទ្រង់ទ្រាយតូចនៅឡើយ។

មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋមួយចំនួននៅក្នុងខេត្តព្រះសីហនុ និងខេត្តកំពង់ចាម មានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ប៉ុន្តែរថយន្តទាំងនោះតែងត្រូវបានបញ្ជូនទៅតំបន់ឆ្ងាយរាប់គីឡូម៉ែត្រ ដោយសារទីតាំងគ្រប់ដណ្ដប់មានទំហំធំទូលាយនៅក្នុងតំបន់ដែលមានប្រជាជនតិចតួច។ ការដឹកជញ្ជូនឆ្ងាយបែបនេះ អាចចំណាយពេលច្រើនម៉ោងក្នុងការធ្វើដំណើរទៅមកដែលបណ្ដាលអោយបាត់បង់ប្រសិទ្ធភាពក្នុងការសង្គ្រោះអ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរ។

នៅតាមតំបន់ជនបទជុំវិញទីប្រជុំជន ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ មិនទាន់ធ្វើសកម្មភាពមានប្រសិទ្ធភាពស្របតាមបទដ្ឋានកំណត់នៅឡើយ។ ជារឿយៗ អ្នកជំងឺដែលត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវប្រើប្រាស់រថយន្តឈ្នួល ឬម៉ូតូដើម្បីបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដោយខ្លួនឯង។

ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការសិក្សាខាងលើ ក្រុមអ្នកសិក្សាបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយមានទស្សនៈវិស័យពីរគឺៈ វិធានការសម្រាប់ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន (រយៈពេលបីឆ្នាំ) និងវិធានការរយៈពេលមធ្យម-វែង (រយៈពេលប្រាំមួយឆ្នាំ)។ អនុសាសន៍ទាំងនេះមិនមែនជាការគាំទ្រជាក់ស្តែង ដែលត្រូវផ្តល់ជូនប្រទេសកម្ពុជាពីសំណាក់អង្គការ**មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា**ឡើយ ប៉ុន្តែវាត្រូវបានផ្តល់តាមរូបភាពជាសំភារៈសម្រាប់រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាប្រើប្រាស់ក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការមេនៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់វិញ ហើយនោះក៏ជាគោលបំណងដំបូងរបស់ក្រុមអ្នកសិក្សាផងដែរ។ អនុសាសន៍ទាំងនោះសង្កត់ធ្ងន់លើប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលជាតំរូវការដ៏ចាំបាច់បំផុតនៅក្នុងតំបន់ និងការប្រមូល ការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺដែលជាលទ្ធផលមួយនៃវិភាគលើការសិក្សាជាក់ស្តែង។

១. អនុសាសន៍សម្រាប់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់

ដោយសារតែមានការប្រែប្រួលតាមតំបន់ក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនៅកម្ពុជា ក្រុមអ្នកសិក្សាបានផ្តល់អនុសាសន៍ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាសម្រាប់រាជធានីភ្នំពេញ ទីប្រជុំជន និងទីជនបទ។

- រយៈពេលខ្លី (ក្នុងពេល ៣ ឆ្នាំ)

នៅរាជធានីភ្នំពេញ វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងការពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានស្រាប់ប្រចាំនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ។ ជាដំបូង រាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែបង្កើតអោយមាន "ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់កម្រិតមូលដ្ឋាន" ហើយរៀបចំផែនការសំរាប់វគ្គរំលឹកមេរៀននិងកម្មវិធីវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីបង្កើនជំនាញរបស់សមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់។ វាជាការពិតខ្លាំងណាស់ដែលថា ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន<u>មិនអាចកែលំអបានតែតាមរយៈការពង្រឹងរចនាសម្ព័ន្ធតែឯងបានទេ</u> ដូច្នេះរាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែដាក់គោលដៅដើម្បីបន្ថែមចំនួនក្រុមសង្គ្រោះបឋម និងក្រុមគិលានសង្គ្រោះ ដោយផ្អែកទៅលើលទ្ធភាពនៃការទទួលបានបរិក្ខារថ្មីៗ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការរៀបចំអោយមានអ្នកដឹកនាំដែលមានវិន័យ ហើយអាចចាត់វិធានការទាន់ពេលវេលាដែលកំពុងរៀបចំកែសម្រួលប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់អោយកាន់តែប្រសើរឡើង។

ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងទីប្រជុំជន គួរត្រូវបានកែលម្អអោយកាន់តែប្រសើរឡើងតាមគោលនយោបាយរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដើម្បីអោយសមស្របទៅនឹងស្ថានភាពក្នុងមូលដ្ឋាន និងការបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ ក្រសួងសុខាភិបាលកំពុងអនុវត្តផែនការបែងចែករថយន្តគិលានសង្គ្រោះមួយចំនួនទៅមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋនៅតាមទីប្រជុំជននានា ដូច្នេះបុគ្គលិកសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យទាំងនោះទទួលបាននូវការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីវិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងរបៀបគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺដើម្បីអោយស្របទៅនឹងការបែងចែករថយន្តគិលានសង្គ្រោះទាំងនោះ។ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋថ្នាក់

មូលដ្ឋានគួរមានការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺ ដែលរងគ្រោះដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ក្នុងពេលកំពុងយកចិត្តទុកដាក់លើការកែលម្អរបៀបសង្គ្រោះបឋម។

វាជាការលំបាកក្នុងការយកប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលប្រើនៅទីប្រជុំជនទៅអនុវត្តនៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាល។ លក្ខណៈដែលគួរមានការពិនិត្យ គឺថានៅទីជនបទត្រូវមានតម្លៃទាបនៅពេលគ្រោងនឹងបង្កើតប្រព័ន្ធសង្គ្រោះនេះឡើង។ ក្រុមអ្នកសិក្សាក៏បានផ្តល់អនុសាសន៍ជូនរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដោយផ្តោតទៅលើការកែលម្អសមាសធាតុទាំងបួននៃមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន ការកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះជីវិត កិច្ចសហការល្អនិងទំនាក់ទំនងរវាងអន្តរស្ថាប័ន និងការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។

* រយៈពេលមធ្យម-វែង (ក្នុងរយៈពេល ៦ ឆ្នាំ)

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែពិនិត្យមើលថាតើ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរហូតដល់ឆ្នាំទីបី មានប្រសិទ្ធភាពកម្រិតណា ហើយដាក់គោលដៅបានដាក់លាក់សំដៅកែលម្អដំណើរការនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។ វិធីសាស្ត្រមួយដើម្បីសម្រេចគោលបំណងទាំងនេះបាន គឺត្រូវបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលតាមបែបចូលរួមនៅហ្នឹងកន្លែង ដោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ហើយមានការចូលរួមពីស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនានា។ សកម្មភាពតាមដានគួរធ្វើឡើងដើម្បីពង្រឹងជំនាញរបស់សមាជិកក្រុមសង្គ្រោះរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ឬត្រូវរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនេះ។

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរពង្រីកប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាបណ្តើរៗ ពីថ្នាក់មូលដ្ឋានទៅមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋទូទាំងប្រទេស ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការវិភាគលើផែនការបីឆ្នាំកន្លងផុតទៅ។ ទន្ទឹមនេះ ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការគ្រប់គ្រងថ្នាក់មធ្យមនៅតាមមន្ទីរសុខាភិបាល និងមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ គួរតែធ្វើឡើងទាំងក្នុងនិងក្រៅប្រទេសកម្ពុជាដើម្បីអោយសិក្ខាកាមយល់ដឹងបានស៊ីជម្រៅអំពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។

នៅតាមទីជនបទ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែវាយតម្លៃលើកម្រិតនៃសមិទ្ធិផលសម្រេចបានក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំ ដោយប្រើសូចនាករការងារ (សូមអានទំព័រ ៣០) និងពង្រឹង ឬកែសម្រួលសកម្មភាពដោយផ្អែកទៅលើកម្រិតនៃសមិទ្ធផល និងការវិវឌ្ឍន៍នៃស្ថានភាព។

២. *ការប្រមូល ការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺ*

. រយៈពេលខ្លី (រយៈពេល ៣ ឆ្នាំ)

ទោះបីជារបៀបនិងវិធីសាស្ត្រក្នុងការប្រមូល និងរក្សាទុកទិន្នន័យអ្នកជំងឺមានលក្ខណៈខុសគ្នាអាស្រ័យទៅតាមមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗក៏ដោយ ក៏សកម្មភាពទាំងនេះជាទូទៅត្រូវបានធ្វើឡើងជាប្រចាំដែរ។ មន្ទីរពេទ្យមួយចំនួនមិនទាន់យល់អំពីសារៈសំខាន់នៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺនៅឡើយទេ។ នៅ

តាមស្ថាប័នទាំងអស់ កំណត់ហេតុអ្នកជំងឺមិនទាន់បានប្រើប្រាស់ជាឧបករណ៍ដើម្បីពង្រឹងគុណភាពនៃការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ឬប្រើជាទិន្នន័យដើម្បីបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពរបស់អ្នករងរបួស ឬជំងឺនៅឡើយ។

ហេតុនេះ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរចាប់ផ្តើមបង្កើតមូលដ្ឋានទិន្នន័យជាក់ស្តែងនៅក្នុងឆ្នាំដំបូងសិន។ គួរមានការសាកល្បងប្រើទិន្នន័យបែបនេះ ពេលដែលកំពុងបណ្តុះបណ្តាលជំនាញដល់ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ដើម្បីអាចរកឃើញវិធីសាស្ត្រដែលត្រូវកែលំអ។ ចំពោះកំណត់ហេតុដែលតម្រូវអោយមានការដាក់ពិន្ទុ (ដូចជា AIS ឬ TRISS ដែលជាពិន្ទុសម្រាប់ការប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងរ) វគ្គសិក្ខាសាលាគួរតែត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីអភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សអំពីរបៀបបញ្ចូលទិន្នន័យមូលដ្ឋាន សំដៅអោយសិក្ខាកាមទាំងនោះចេះអនុវត្តបានពេញលេញថែមទៀតនៅឆ្នាំទីពីរ ជាបន្តបន្ទាប់។

* រយៈពេលមធ្យម - វែង (ក្នុងរយៈពេល ៦ ឆ្នាំ)

ការពង្រឹងសមត្ថភាពក្នុងការប្រមូល និងទុកដាក់ទិន្នន័យ អាចត្រូវបានរំពឹងទុកថានឹងមានក្នុងពេលឆាប់ៗ ប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យតម្រូវអោយមានជំនាញវិភាគកម្រិតខ្ពស់ និងតម្រូវអោយមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែងដើម្បីពង្រឹងជំនាញនេះ។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួររៀបចំផែនការពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកស្រាវជ្រាវនៅមហាវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រ បន្ថែមពីលើវេជ្ជបណ្ឌិត និងបុគ្គលិកក្រសួងសុខាភិបាល។ វិធីសាស្ត្ររបស់ TRISS ដែលផ្អែកទៅលើ AIS ត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយនៅក្នុងប្រទេសអភិវឌ្ឍន៍ដើម្បីធ្វើជាសូចនាករដែលមានបទដ្ឋានត្រឹមត្រូវសម្រាប់វាយតម្លៃទៅលើគុណភាពនៃការព្យាបាលរបួសប៉ះទង្គិច។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ របៀបប្រើកូដរបស់ AIS មានភាពស្មុគស្មាញ ហើយតម្រូវអោយមានការបណ្តុះបណ្តាលដែលមានការចំណាយខ្ពស់ ដើម្បីអាចយល់បានអំពីភាពចាំបាច់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងការបង្កើតវិធីសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសមរម្យសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា។ សហប្រតិបត្តិការរបស់អ្នកស្រាវជ្រាវនៅមហាវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រក៏មានសារៈសំខាន់ដែរ។ គោលបំណងរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈវែង គឺត្រូវពង្រឹងសមត្ថភាពក្នុងការវិភាគ និងស្រាវជ្រាវរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត បុគ្គលិកក្រសួងសុខាភិបាល និងអ្នកស្រាវជ្រាវនៅមហាវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងអភិវឌ្ឍខាងលើ។

១. ទិដ្ឋភាពរួមនៃការសិក្សា

១.១ សារ:តា និងគោលបំណងនៃការសិក្សា

តាំងពីជម្លោះបានបញ្ចប់ក្នុងឆ្នាំ ១៩៩២ មក ប្រទេសកម្ពុជាមានការរីកចម្រើននិងស្ថាបនាប្រទេសជាតិបានជាច្រើន ប៉ុន្តែប្រទេសនេះនៅតែមិនទាន់ជឿនលឿនដូចប្រទេសជិតខាងដទៃទៀតនៅឡើយទេចំពោះការអភិវឌ្ឍន៍ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធសង្គមរបស់ខ្លួន។ បច្ចុប្បន្ននេះ កំណើនសេដ្ឋកិច្ចដ៏លឿនរបស់ប្រទេសនេះបានបង្កើតអោយមានការកើនឡើងនូវម៉ូតូនិងឡានដ៏ច្រើនសន្ធឹកសន្ធាប់ បង្កអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដ៏ច្រើនលើសលុបផងដែរ [1]។ លើសពីនេះទៀត ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវចាត់ទុកជាប្រទេសដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពអាក្រក់ជាងគេពាក់ព័ន្ធនឹងអត្រាស្លាប់របស់ទារកក្រោមអាយុប្រាំឆ្នាំក្នុងចំណោមមនុស្ស ១០០០ នាក់ [2]។ ដោយសារសមត្ថភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យមូលដ្ឋាននៅមានកម្រិត ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះជាច្រើនដែលត្រូវការវះកាត់ (រាប់ទាំងការវះកាត់សម្រាលតាមពោះ) ត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យនៅទីក្រុង ប៉ុន្តែស្ត្រីជាច្រើនត្រូវស្លាប់ដោយសារការបាត់បង់ឈាមច្រើនពេកពេលសម្រាលកូននោះ។

ទោះក្នុងស្ថានភាពបែបនេះក៏ដោយ ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមស្ថាប័ន និងប្រព័ន្ធថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យស្ទើរតែមិនមានឡើយនៅប្រទេសកម្ពុជា។ ជំងឺត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬអ្នកជំងឺរបួសប៉ះទង្គិចត្រូវមកមន្ទីរពេទ្យដោយមធ្យោបាយផ្ទាល់ខ្លួន ឬដោយរថយន្តឈ្នួល ឬរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជន។ ទោះជាយ៉ាងណា វាបានក្លាយជារឿងធម្មតាទៅហើយសម្រាប់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនដែលគិតថ្លៃពីអ្នកជំងឺក្នុងតម្លៃយ៉ាងខ្ពស់។ ប្រជាជនកម្ពុជាមួយចំនួនធំមិនមានការជឿទុកចិត្តទៅលើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះទាំងនោះឡើយ។

ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមិនទាន់បានអភិវឌ្ឍនៅឡើយ។ ជីវិតដែលអាចសង្គ្រោះបានត្រូវបានបាត់បង់។ ដើម្បីកែលំអស្ថានភាពនេះ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជារៀបចំផ្តល់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះដែលមានបំពាក់គ្រឿងបរិក្ខារគ្រប់គ្រាន់ទៅដល់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ បានរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ និងផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេសទៅដល់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលសហប្រតិបត្តិការជាមួយរដ្ឋាភិបាលបរទេស និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួនទៀត។ ការជឿទុកចិត្តរបស់ប្រជាពលរដ្ឋចំពោះប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់មានការកើនឡើងជាលំដាប់។

ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមានកម្រិតនៅឡើយសម្រាប់ទីក្រុងភ្នំពេញ ហើយជំនាញរបស់ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះក៏នៅទាបនៅឡើយដែរ។ មូលដ្ឋានខ្លះមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះតិចតួចបំផុត ហើយប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ទើរតែមិនមានតែម្តង។ "ការរៀបចំបណ្តាញសង្គ្រោះជីវិត " គឺជាបញ្ហាចំពោះមុខត្រូវដោះស្រាយជាបន្ទាន់សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា។ ការបណ្តុះបណ្តាលធនធានមនុស្សសម្រាប់ប្រព័ន្ធទាំងនេះគឺជាការចាំបាច់បំផុតសម្រាប់ការសង្គ្រោះជីវិត ដូចជាជំនាញដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការសង្គ្រោះ ការពន្លត់អគ្គីភ័យ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ។

---

[1] អត្រាស្លាប់ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍នៅកម្ពុជាមាន 1,717 ករណី (ក្នុងឆ្នាំ 2009) ។ ការខាតបង់សេដ្ឋកិច្ចគឺ 250 លានដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំ (HIB, 2010).

[2] អត្រាស្លាប់ កម្ពុជា 138 នាក់, ភូមា 109 នាក់, ឡាវ ១០០ នាក់, បង់ក្លាដេស ៧៧ នាក់, វៀតណាម ៣៩ នាក់, ជប៉ុន ៥ នាក់។

ដោយផ្អែកលើការពិភាក្សាជាមួយស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធក្នុងមូលដ្ឋាន មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា យល់ថា គោនយោលបាយមូលដ្ឋានទូទាំងប្រទេស គឺជាការចាំបាច់ណាស់ដើម្បីឈានទៅដល់ការបង្កើតប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

អាស្រ័យហេតុនេះ មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា បានរៀបចំការសិក្សាជាមូលដ្ឋានមួយសម្រាប់ "គាំទ្រដល់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាក្នុងការរៀបចំផែនការមេសម្រាប់ប្រព័ន្ធថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់" ដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងអភិវឌ្ឍន៍មូលនិធិ កែន អាស៊ី សាសាកាវ៉ា។

១.២ *ការសិក្សាស្វែងយល់*

ការសិក្សាស្វែងយល់ត្រូវបានធ្វើឡើងចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ទី១៧ ខែមករា ឆ្នាំ ២០១១ រហូតដល់ ថ្ងៃសុក្រ ទី២១ ឆ្នាំ ២០១១ ដោយមានការសហការពីអ្នកជំនាញប្រាំរូបមានដូចជា៖

- វេជ្ជបណ្ឌិត Hideharu Tanaka (សាស្ត្រាចារ្យ មកពីនាយកដ្ឋានកីឡា និងវិទ្យាសាស្ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ មហាវិទ្យាល័យអប់រំកាយ នៅសាកលវិទ្យាល័យកូកាសស៊ីកាន) * ប្រធានក្រុម
- វេជ្ជបណ្ឌិត Shinji Nakahara (សាស្ត្រាចារ្យ ផ្នែកឱសថការពារ សាកលវិទ្យាល័យម៉ារៀនណា មហាវិទ្យាល័យឱថសសាស្ត្រ) * ជំនួយការប្រធានក្រុម
- លោក Yuki Nakayama (សាស្ត្រាចារ្យ មកពីនាយកដ្ឋានកីឡា និងវិទ្យាសាស្ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ មហាវិទ្យាល័យអប់រំកាយ នៅសាកលវិទ្យាល័យកូកាសស៊ីកាន)
- លោក Takunori Sato (បុគ្គលិកសុខាភិបាល មកពីនាយកដ្ឋានឱសថសង្គ្រោះ និងថែទាំរបួសប៉ះទង្គិច មជ្ឈមណ្ឌលជាតិដើម្បីសុខភាពសាកល និងឱសថសាស្ត្រ)
- លោក Hitoshi Igarashi (ទីប្រឹក្សា ដែលមានបទពិសោធន៍ជាមួយសកម្មភាពអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលបានបង្កើតប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីក្រុងភ្នំពេញ)

ការសិក្សាបានធ្វើឡើងនៅទីក្រុងភ្នំពេញ ខេត្តកំពង់ចាម និងខេត្តព្រះសីហនុស្ថិតនៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៤ និងលេខ ៦ ដែលជាតំបន់មានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍កើតឡើងញឹកញាប់។ ការកំណត់យកទីតាំងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកទៅតាមការស្នើសុំរបស់សមភាគីកម្ពុជា។ ក្រុមសិក្សាបានចុះធ្វើទស្សនកិច្ចនៅតាមស្ថាប័នសុខាភិបាលចំនួន ១៤ កន្លែងនៅក្នុងតំបន់ទាំងបីនេះ ដើម្បីស្វែងយល់ពីប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយបានជួបជាមួយនឹងប្រធានមន្ទីរពេទ្យ និងសមាជិកដទៃទៀត។ ក្រុមសិក្សាក៏បានពិនិត្យមើលការប្រើប្រាស់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងបរិក្ខារពេទ្យផងដែរ។

តារាងទី១ ស្ថាប័នសុខាភិបាលដែលបានចុះទស្សនកិច្ច

មន្ទីរពេទ្យ	ទីតាំង
មន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែត (ជាតិ)	ភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យខ្មែរ សូវៀត (ជាតិ)	ភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ (ជាតិ)	ភ្នំពេញ
គ្លីនិកទឹកថ្លា (ឯកជន)	ភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិ៍ចិនតុង (ក្រុង)	ភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យរ៉ូយ៉ាល រតនៈ (ឯកជន)	ភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ចាម (ខេត្ត)	កំពង់ចាម
មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចំការលើ (ខេត្ត)	កំពង់ចាម
មន្ទីរពេទ្យបង្អែកកំពង់ស្ពឺ (ខេត្ត)	ព្រះសីហនុ
មន្ទីរពេទ្យបង្អែកព្រៃឈរ (ខេត្ត)	កំពង់ចាម
មណ្ឌលសុខភាពទឹកវិល (ខេត្ត)	ព្រះសីហនុ
គ្លីនិកក្រាហ្វីស (អង្គការ)	ព្រះសីហនុ
មន្ទីរពេទ្យព្រះកុសាមៈ (ជាតិ)	ភ្នំពេញ
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិមាតានិងទារក (ជាតិ)	ភ្នំពេញ

ទស្សនកិច្ចសិក្សាបានផ្តោតសំខាន់ទៅលើការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ និងបញ្ហាមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងការវិភាគទៅលើប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា
- តួនាទី និងការសម្របសម្រួលរវាងរាជរដ្ឋាភិបាល និងវិស័យឯកជននៅក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់
- វិធីសាស្ត្រនៃការបង្កើតប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការបណ្តុះបណ្តាលក្រុមសង្គ្រោះ
- វិធីសាស្ត្រដែលចាំបាច់ក្នុងការបង្កើតប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា

ក្រុមអ្នកសិក្សាបានជួបជាមួយឯកឧត្តមទេសរដ្ឋមន្ត្រីឱម យិនទៀង និងវេជ្ជបណ្ឌិតហេង តៃគ្រីប្រចាំនៅក្រសួងសុខាភិបាលដើម្បីស្វែងយល់បញ្ហា និងស្នើសុំការអនុញ្ញាតទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា។

១.៣ ការលំបាកក្នុងការសិក្សា

ដោយសារតែមានរយៈពេលតែ ៥ ថ្ងៃដើម្បីរៀបចំវគ្គសិក្សានេះ ដូច្នេះមានការលំបាកខ្លាំងក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យ។ របាយការណ៍នេះមិនមានបំណងផ្តល់ជាភ័ស្តុតាងវិទ្យាសាស្ត្រទេ ផ្ទុយទៅវិញវាគ្រាន់តែចង់លើកជាសំណើដោយផ្អែកទៅលើការអង្កេតផ្ទាល់តែប៉ុណ្ណោះ។

លើសពីនេះ ក្រុមសិក្សាបានសំភាសមន្ត្រីរាជរដ្ឋាភិបាល និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល។ ក្រុមសិក្សាបានដកលុបការស្រាវជ្រាវនៅតាមសហគមន៍ និងប្រជាពលរដ្ឋពីការសិក្សាអាស្រ័យដោយការខ្វះពេលវេលា។ ទោះយ៉ាងណា ក្រុមអ្នកសិក្សាបានសាកសួរយ៉ាងលម្អិតអំពីស្ថានភាពរស់នៅរបស់ប្រជាជន និង

ស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ ពីសំណាក់មន្ត្រីរដ្ឋាភិបាល និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដើម្បីលើកឡើងនូវសំណើដែលអាចសង្គ្រោះជីវិតប្រជាជនអោយបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ស្ថាប័នជាច្រើនដែលបានទទួលការសិក្សា មានទីតាំងចំណុចដែលងាយស្រួលធ្វើដំណើរទៅ និងងាយទំនាក់ទំនងគ្នា។ ទោះជាយ៉ាងណា ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធផ្លូវថ្នល់នៅប្រទេសកម្ពុជាមិនទាន់បានអភិវឌ្ឍនទាំងស្រុងនៅឡើយទេ ដែលជាហេតុធ្វើអោយក្រុមសិក្សាមិនអាចស្រាវជ្រាវបានគ្រប់គ្រាន់ទៅលើរបៀបដឹកជញ្ជូន និងការសង្គ្រោះអ្នកជំងឺនៅតាមភូមិ។ ការស្រាវជ្រាវពីមុនរបស់លោកវេជ្ជបណ្ឌិត Nakahara (សមាជិកក្រុមសិក្សា) ដែលដឹងច្បាស់ពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រនៅប្រទេសកម្ពុជា និងឯកសារផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាលដែលអាចរកបានជាសាធារណៈត្រូវបានប្រើដើម្បីបន្ថែមដើម្បីជាជំនួយក្នុងការសិក្សានេះ។

១.៤ រចនាសម្ព័ន្ធនៃរបាយការណ៍

ផ្នែកទី ២ បង្ហាញពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងបញ្ហានានានៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសកម្មភាពក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយក្រឡេកមើលពីសាវតានៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅប្រទេសកម្ពុជា។ នៅផ្នែកទី ៣ គឺជាសំណើរយៈពេលខ្លី (៣ ឆ្នាំ) និងរយៈពេលមធ្យម ទៅរយៈពេលវែង (៦ ឆ្នាំ) ដើម្បីរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់អោយបានសមរម្យនៅប្រទេសកម្ពុជា។

២. ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងបញ្ហានានានៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា

២.១ ប្រវត្តិនៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា

ប្រទេសកម្ពុជាបានប្រកាន់យករបប រាជាធិបតេយ្យអាស្រ័យរដ្ឋធម្មនុញ្ញ បន្ទាប់ពីការបោះឆ្នោតនីតិកាលទីមួយ កាលពីឆ្នាំ ១៩៩៣។ ក្នុងជំណាក់កាលនោះ កាកបាតក្រហមដែលធ្លាប់មានវត្តមាននៅប្រទេសកម្ពុជាទាំងមុន និងក្រោយសង្គ្រាម បានដើរតួយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការថែទាំ សង្គ្រោះបន្ទាន់។ គណៈកម្មាធិការកាកបាតក្រហមអន្តរជាតិ (ICRC) កាកបាតក្រហមនិងអឌ្ឍច័ន្ទក្រហមអន្តរជាតិ បានពង្រឹងដល់មុខងាររបស់កាកបាតក្រហមកម្ពុជា។ កាកបាតក្រហមកម្ពុជាបានប្រើប្រាស់រថយន្តខ្លួនឯងជាបណ្តោះអាសន្នដើម្បីដឹកជញ្ជូនប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំងឺ និងរងរបួស និងផ្តល់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅពេលមានគ្រោះទឹកជំនន់ និងវិធានការការពារជំងឺគ្រុនឈាម។ លើសពីនេះ កាកបាតក្រហមកម្ពុជាបានលើកកម្ពស់ "កម្មវិធីសង្គ្រោះបឋមនៅតាមសហគមន៍" ដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពធនធានមនុស្សក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលនិងសង្គ្រោះបឋម។

នៅឆ្នាំ ១៩៩៧ ដោយមានកិច្ចសហប្រតិបត្តិពីកាកបាតក្រហមបារាំង កាកបាតក្រហមកម្ពុជាបានចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវារថយន្តគិលានសង្គ្រោះសម្រាប់ដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺនិងរបួស ដោយផ្តោតសំខាន់ជុំវិញទីក្រុងភ្នំពេញ។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះនេះ ត្រូវបានគេហៅថារថយន្ត **សាមុយ** (ភាសាបារាំង៖ Service d'Aide Médicale Urgente) ប្រចាំការនៅមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត និងមន្ទីរពេទ្យព្រះ

កុសមៈ។ ទោះបីជានៅមានកង្វះខាតច្រើននៅក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងស្រុកក៏ដោយ យ៉ាងហោចណាស់ឥឡូវនេះ ប្រជាជនអាចទទួលបានសេវាដឹកជញ្ជូនដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែរ។ ដើម្បីទទួលបានសេវារថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ប្រជាជនអាចទំនាក់ទំនងទៅផ្នែកបម្រើសេវារបស់កាកបាទក្រហមកម្ពុជា (០២៣-៨៨១៥១១) ឬទៅមន្ទីរពេទ្យជាតិពីរដែលបានរៀបរាប់នៅខាងលើ ឬទៅមន្ទីរពេទ្យទាំងពីរនោះដោយផ្ទាល់ក៏បាន។

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០០ រាជរដ្ឋាភិបាលជប៉ុនបានបង្កើតគម្រោងមួយឈ្មោះ "គម្រោងផ្តល់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅទីក្រុងភ្នំពេញ" តាមសំណើរបស់កាកបាតក្រហមបារាំង ដែលបានគាំទ្រដល់កាកបាតក្រហមកម្ពុជាក្នុងការពង្រឹងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា។ ទោះជាយ៉ាងណា មូលនិធិពីរដ្ឋាភិបាលបរទេសនោះបានបញ្ចប់ទៅវិញនៅឆ្នាំ ២០០៣ ធ្វើអោយសេវាដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ទើរត្រូវបញ្ចប់ទាំងស្រុង ហើយនៅសល់តែកាកបាតក្រហមបន្តការងារ។

ដោយមានស្ថានភាពបែបនេះ ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជាបានសម្រេចដាក់អោយប្រើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះរបស់កាកបាតក្រហម ក្រោមជំនួយពីរាជរដ្ឋាភិបាលជប៉ុន តែត្រូវស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ក្រសួង ដើម្បីធានាការប្រើប្រាស់មានប្រសិទ្ធភាព។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះទាំងនេះត្រូវបានប្រគល់ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យជាតិនៅទីក្រុងភ្នំពេញ ដូចជាមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត និងមន្ទីរពេទ្យព្រះសីហនុ)។ ក្រសួងបានបង្រៀនបុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលទទួលយករថយន្តគិលានសង្គ្រោះនោះអោយចេះប្រើប្រាស់ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងឆ្លើយតបទៅនឹងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមតំបន់ជុំវិញទីក្រុង។ នេះជាប្រវត្តិនៃការចាប់ផ្តើមប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់គ្រប់គ្រងដោយរាជរដ្ឋាភិបាល។

ទន្ទឹមនេះ សេវាដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ឯកជនក៏បានកើតឡើងជាបន្តបន្ទាប់។ នៅពេលសេវារបស់កាកបាតក្រហមកម្ពុជា បានផ្អាកដំណើរការ គ្លីនិកនិងមន្ទីរពេទ្យ ១៤៤ កន្លែងបានបើកដំណើរការទូទាំងប្រទេសដោយមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល (ឆ្នាំ ២០០១)។ ដោយមើលឃើញពីតម្រូវការចេះតែកើនឡើងសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ គ្លីនិកឯកជនមួយចំនួននៅទីក្រុងភ្នំពេញបានធ្វើសេវាកម្មដឹកជញ្ជូនសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងរងរបួសដោយប្រើរថយន្តមានឧបករណ៍បំពាក់ស្រដៀងគ្នានឹងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ប៉ុន្តែមិនមានការអនុញ្ញាតជាផ្លូវការពីក្រសួងសុខាភិបាលឡើយ។

ក្រសួងបានណែនាំអំពីប្រព័ន្ធមួយដែលអាចទទួលយកបាន បន្ទាប់ពីមើលឃើញថារថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនកំពុងមានការកើនឡើង ប៉ុន្តែនៅពេលនោះ ច្បាប់និងបទបញ្ញាដែលពាក់ព័ន្ធគឺជាវិធានការបណ្តោះអាសន្នតែប៉ុណ្ណោះ ប្រការនេះបានធ្វើអោយគ្លីនិកឯកជនមួយចំនួនដែលមិនមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅតែដំណើរការជាបន្តប៉ុន្តែស្ថិតនៅក្រោមការតាមដាន។ បញ្ហាចម្បងមួយសម្រាប់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនគឺថា ក្រុមសង្គ្រោះភាគច្រើនមិនមានចំណេះដឹងផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយមានតួនាទីគ្រាន់តែជាអ្នកដឹកជញ្ជូនអ្នករងរបួស និងអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។ បញ្ហាផ្សេងទៀតគឺថា ពួកគេគិតថ្លៃឈ្នួលខ្ពស់។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនបានដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺដោយមិនមានការគិតពិចារណាពីបំណងរបស់អ្នកជំងឺទេ។ អ្នកជំងឺដែលរកប្រាក់បានតិចតួចត្រូវបានបង្ខំអោយបង់ថ្លៃព្យាបាល និងថ្លៃដឹកជញ្ជូនយ៉ាងខ្ពស់ ដែលនោះបានក្លាយទៅជាបញ្ហាមួយនៅក្នុងសង្គម។

នៅឆ្នាំ ២០០៣ ក្រោមគំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត **ហេង តៃ គ្រី** មន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែតបានណែនាំប្រព័ន្ធសាមញ្ញមួយដែលប្រជាពលរដ្ឋអាចស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទ។ សេវានេះមាន "ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ" ២៤ ម៉ោង ដែលអាចទទួលការហៅទូរស័ព្ទបាន។ អ្នកជួយសង្គ្រោះដែលមានទឹកចិត្តមុះមុតរបស់មន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែតដែលបានទទួលការហៅទូរស័ព្ទលេខ ១១៩ ជូនដំណឹងទៅរថយន្តគិលានសង្គ្រោះសាម៉ុយរបស់មន្ទីពេទ្យតាមរយៈវិទ្យុទាក់ទង។ ប្រព័ន្ធនេះគឺជាមូលដ្ឋានគ្រឹះដ៏សំខាន់បំផុតសម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ពេលនោះមានបណ្តាញទូរស័ព្ទមួយខ្សែប៉ុណ្ណោះនៅក្នុងបន្ទប់ទទួលព័ត៌មានសង្គ្រោះ ហើយការហៅទៅលេខ ១១៩ អាចទទួលបានម្តងតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ បន្ទប់បញ្ជូនក្រុមសង្គ្រោះនោះជាបន្ទប់តូចមួយមានទំហំប្រហែលត្រឹមតែ ៩០ សង់ទីម៉ែត្រការេ ដើម្បីបំពេញមុខងារដ៏សំខាន់នេះ។

នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដទៃទៀត ដូចជាមន្ទីរពេទ្យជាតិដែលបានទទួលរថយន្តគិលានសង្គ្រោះពីគណៈកម្មាធិការកាកបាតក្រហម បានរៀបចំទីតាំងប្រចាំការសម្រាប់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងបានបង្កើតប្រព័ន្ធទំនាក់ទំនងតាមវិទ្យុទាក់ទងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេដើម្បីអោយមន្ទីរពេទ្យ និងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះអាចទាក់ទងគ្នាបាន។ ជាលទ្ធផល ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែត និងលេខទូរស័ព្ទផ្សេងៗ ត្រូវបានប្រើចំរុះគ្នាជាមួយនឹងមន្ទីរពេទ្យនៅជុំវិញទីក្រុងភ្នំពេញផងដែរ។ ដោយហេតុថាមន្ទីរពេទ្យជាតិបានរៀបចំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ហើយបានផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយឯករាជ្យ ហេតុនេះក៏មានការស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះជាច្រើនពីកន្លែងឆ្ងាយៗដែលមានករណីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍។

ស្របពេលដែលរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានរៀបចំអោយមានប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក៏មានការកើនឡើងនូវសកម្មភាពជាច្រើនរបស់អង្គការអន្តរជាតិក្នុងបុព្វហេតុដូចគ្នានេះដែរ។[3] អង្គការ CAMA បានប្រើប្រាស់រថយន្តភីកអាប់ដើម្បីដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺ និងអ្នកមានរបួសនៅតាមតំបន់មួយចំនួននៃខណ្ឌមានជ័យតាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៥ មកម្លេះ។ នៅឆ្នាំ ២០០៤ អង្គការជនពិការអន្តរជាតិបេលហ្ស៊ិក (HIB) បានចាប់ផ្តើមឧបត្ថម្ភដល់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍របស់អង្គការនេះ។ បច្ចុប្បន្ន អង្គការ HIB ដើរតួឈានមុខគេក្នុងសកម្មភាពការពារ ពង្រឹងសុវត្ថិភាពចរាចរណ៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ នៅឆ្នាំ ២០០៥ អង្គការគ្លូបល មេឌិក ដែលជាអង្គការមួយមកពីប្រទេសកាណាដាបានបញ្ជូនអ្នកបច្ចេកទេសសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្រុមពន្លត់អគ្គីភ័យ និងប៉ូលីសដែលជាជនជាតិកាណាដាអោយទៅខេត្តស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ពាយព្យនៃប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីផ្តល់ការណែនាំស្តីពីការសង្គ្រោះបឋម រួមមានជំនាញ CPR ដល់សមាជិកជនជាតិកម្ពុជាចំនួន ៤១ នាក់របស់អង្គការមួយដែលទទួលបន្ទុកលើបញ្ហារបួស និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបណ្តាលមកពីដីចំការមីន។ អង្គការគ្លូបល មេឌិក ដែលមានទីស្នាក់ការនៅសហរដ្ឋអាមេរិកបានធ្វើទស្សនកិច្ចនៅក្នុងប្រទេសមួយចំនួនទ្វីបអាស៊ី និងបណ្តុះបណ្តាលក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា តាមរយៈការចងក្រងសៀវភៅណែនាំស្តីពីវិធីសង្គ្រោះបន្ទាន់។ អង្គការ

[3] ការពិពណ៌នានៃសកម្មភាពរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលនៅប្រទេសកម្ពុជា យោងទៅតាមវិបសាយរបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលរៀងៗខ្លួន។

អន្តរជាតិដែលមានស្នាក់ការនៅសហភាពអឺរ៉ុប និងអាមេរិកមួយបានកសាងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលរបួស ប៉ះទង្គិចនៅខេត្តបាត់ដំបង ហើយបានចាប់ផ្តើមពង្រីកផ្នែកការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាបន្តបន្ទាប់។

ចុងក្រោយ គឺអង្គការ Ratnak International ដែលស្គាល់តាមរយៈសកម្មភាពដ៏ពិសេស ។ អង្គការនេះបានបើកគ្លីនិកបណ្តែតទឹកនៅលើបឹងទន្លេសាបកាលពីឆ្នាំ១៩៩៧ ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ទូទៅសំរាប់សហគមន៍នេសាទដែលមានចំណូលទាប និងប្រជាជនរស់នៅតំបន់ជិតៗនោះ។ នៅឆ្នាំ ២០០០ អង្គការក៏បានបើកគ្លីនិកបណ្តែតទឹកផ្សេងមួយទៀតនៅតាមដងទន្លេមេគង្គ ចំងាយប្រហែល ៩០គីឡូម៉ែត្រ ភាគខាងត្បូងនៃរាជធានីភ្នំពេញ ។

អង្គការ NPO ដែលមានទីស្នាក់ការនៅទីក្រុងតូក្យូ អង្គការ SBSI បានគាំទ្រការដឹកជញ្ជូន សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមរយៈការផ្តល់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះទៅស្ថាប័នមួយចំនួនដូចជា មន្ទីរពេទ្យខ្មែរ-សូវៀត មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ និងមូលនិធិ Sobbhana ចាប់តាំងពីឆ្នាំ១៩៩៩ មក។ ទន្ទឹមនេះ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៨ អង្គការ TICO អង្គការ NPO និងអង្គការ Kagawa Second Hand បានចាប់ផ្តើមកម្មវិធីរយៈពេលបីឆ្នាំ សំរាប់បង្កើតប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពមុនពេលទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ដែល បានឧបត្ថម្ភដោយអង្គការ JICA។ កម្មវិធីនេះហៅថា *បណ្តាញសុវត្ថិភាពជីវិតសម្រាប់ជនក្រីក្រនៅភាគ ខាងលិចទីក្រុងភ្នំពេញ* ។ មូលហេតុដែលស្រុកប្រតិបត្តិភាគខាងលិចភ្នំពេញត្រូវបានជ្រើសរើស ជាទីតាំង នៃកម្មវិធី ពីព្រោះថានៅតំបន់នោះមានអត្រាភាពក្រីក្រខ្ពស់ ហើយរំពឹងថានឹងមានកំណើនប្រជាជនកើ ឡើងយ៉ាងខ្លាំង។ តំបន់នេះក៏មានប្រជាជនច្រើនមករស់នៅដោយសារមានរោងចក្រវិនិយោគពីបរទេស តែតំបន់នេះមានចម្ងាយឆ្ងាយពីមន្ទីរពេទ្យជាតិនៃទីក្រុងភ្នំពេញ ។

នៅក្នុងគំរោងនេះ ការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិភាគខាង លិច បានដើរតួរជាសមភាគីដើម្បីទទួលយកនូវការបញ្ជាក្រុម សង្គ្រោះរយៈពេលវែង និងខ្លីរបស់ក្រុមគ្រូពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្រុមគិលាននុបដ្ឋាកសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងបុគ្គលិកគ្រប់គ្រង ផ្នែកគំរោងដែលមកពីប្រទេសជប៉ុនតាមរយៈអង្គការ TICO ។ បន្ថែមទៅលើគំរោងនេះ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះដែលបានប្រើរួច ចំនួនមួយគ្រឿង (ម៉ូដែល 2B) ដែលបានផ្តល់ជាជំនួយមកពី ប្រទេសជប៉ុនបានធ្វើអោយមានភាពងាយស្រួលទៅដល់ការ សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរមិនអាចដើរបាន។ នេះគឺជាលើកដំបូងរបស់ប្រទេសកម្ពុជា។ បន្ទប់បញ្ជារថយន្តគិលានសង្គ្រោះតូចៗចំនួនប្រាំត្រូវបានបើកដំណើរ ការនៅមណ្ឌលសុខភាព ដោយការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិភាគខាងលិច

រូបភាព១៖ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ នៅការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិភាគ ខាងលិច

រូបភាព២៖ បន្ទប់ទទួលទូរស័ព្ទនៅ ស្រុកប្រតិបត្តិភាគខាងលិច

(ទួលគោក ទឹកថ្លា ឃ្មួញ និងពងទឹក)។ ការិយាល័យទាំងប្រាំ អាចទាក់ទងគ្នាបានតាមវិទ្យុ ២៤ ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ហើយបង្កើតជាប្រព័ន្ធបញ្ជារថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់ឆាប់រហ័ស ដោយមានទាំងការទំនាក់ទំនងជាមួយបណ្តាញ ១១៩ របស់មន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែតផងដែរ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់ការិយាល័យសុខាភិបាល និងរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលពួកគេបានបន្តធ្វើការយ៉ាងឯករាជ្យ។

ប្រការបណ្តាលអោយមានការប្រែប្រួលយ៉ាងឆាប់ក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីក្រុងភ្នំពេញគឺដោយសារមានអនុសាសន៍ពីនាយករដ្ឋមន្ត្រី។ នៅក្នុងសន្ទរកថា លោកនាយករដ្ឋមន្ត្រីបានរិះគន់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជន ដោយលោកបានមានប្រសាសន៍ថា រថយន្តទាំងនោះមិនបានជួយប្រជាជនទេ តែធ្វើអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ប្រជាជនទៅវិញ។ ពេលខ្លះរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបានដណ្តើមគ្នាយកអ្នកជំងឺ ដូចជាដណ្តើមទំនិញ ហើយដាក់អ្នករងរបួសសង្កត់លើគ្នានិងយកទៅទម្លាក់ចោលនៅតាមគ្លីនិកឯកជន។

អនុវត្តតាមអនុសាសន៍របស់លោកនាយករដ្ឋមន្ត្រី ក្រសួងសុខាភិបាលបង្កើតគណៈកម្មការពិសេសមួយសម្រាប់ពង្រឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំងទៅលើការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកជំនាញពីរូបមកពីអង្គការ TICO បានចូលរួមក្នុងការរៀបចំគំរោងនេះឡើងជាមួយការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិភាគខាងលិច ហើយក៏បានដើរតួរជាសមាជិកគណៈកម្មការនោះផងដែរ។

ផ្អែកទៅលើលទ្ធផលនៃការពិភាក្សារបស់គណៈកម្មការ ក្រសួងសុខាភិបាលបានដាក់បញ្ចូលនូវសកម្មភាពបីរបស់ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិខាងលិច ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ របស់មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក៏ដូចជាសកម្មភាពសង្គ្រោះជីវិតដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋផ្សេងទៀត។ ម្យ៉ាងវិញទៀត វាបានបញ្ជូនទៅទៅអោយប្រព័ន្ធមួយ ដែលបន្ទប់បញ្ជាលេខ ១១៩ បានទូរស័ព្ទផ្តល់ដំណឹងទៅអោយការិយាល័យរបស់ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់អំពីទីតាំងដែលមានគ្រោះថ្នាក់ជិតជាងគេ។ លើសពីនេះ បន្ទប់នេះ (បន្ទប់ទទួលទូរស័ព្ទនិងបញ្ជារថយន្តគិលានសង្គ្រោះ) មានទីតាំងនៅមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែតដែលត្រូវបានបំពាក់គ្រឿងបរិក្ខាហើយមានប្រព័ន្ធបញ្ជាត្រឹមត្រូវដោយបានការគាំទ្រពីអង្គការ TICO និង អង្គការ SBSI។

រូបភាព៣៖ បន្ទប់ទទួលទូរស័ព្ទនិងបញ្ជារថយន្តគិលានសង្គ្រោះ

រថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅមន្ទីរពេទ្យព្រះកុសមៈ និងមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀតមានលទ្ធភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការថែទាំផ្លូវដង្ហើម ការបញ្ចូលខ្យល់ ការឃាត់ឈាម) ក្នុងពេលដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺ។

Photo 4: FR vehicle

បន្ថែមលើនេះ គ្រប់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះទាំងអស់មានទំនាក់ទំនងជាមួយមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ និងមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត ដែលក្នុងនោះត្រូវបានបំពាក់វិទ្យុទាក់ទង ដើម្បីអនុញ្ញាតអោយពួកគេដំណើរការប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ របស់មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត។ ជាលទ្ធផល គិតត្រឹមខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០០៩ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ចំនួន ៥ ក្រុម (ផ្នែក) មានក្រុមការងារមកពីមន្ទីរពេទ្យជាតិចំនួន ៣ ក្រុមនៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់មន្ទីរពេទ្យក្នុងរាជធានី និងក្រុមការងារមកពីការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិខាងលិចត្រូវបានដាក់បញ្ចូលគ្នាដោយស្ថិតនៅក្រោមប្រព័ន្ធតែមួយ និងបទបញ្ជាតែមួយ។ ក្រុមសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI (FR) [4] បានបញ្ជា និងគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនេះ។

បន្ទាប់ពីមានការគ្រប់គ្រងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះសាធារណៈបែបនេះ នៅខែវិច្ឆកាឆ្នាំ ២០០៨ ក្រសួងសុខាភិបាលបានចេញប្រកាសថ្មីមួយសម្រាប់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជន។ ក្រសួងអនុញ្ញាតអោយរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺពីមណ្ឌលសុខភាពទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ឬលំនៅដ្ឋាន ប៉ុន្តែមិនអនុញ្ញាតរថយន្តឯកជនទាំងនោះដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺដែលត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីទីកន្លែងកើតហេតុឡើយទោះក្នុងស្ថានភាពបែបណាក៏ដោយ។ ប្រកាសបានចែងថា រថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនត្រូវមានគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ ហើយមានស៊ីរ៉ែននៅពេលដឹកអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះគឺមានន័យថា មានតែក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះដែលអាចដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដោយមិនគិតថ្លៃបាន។

នៅពេលដែលរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនត្រូវគោរពតាមខ្លឹមសារនៃប្រកាស ក្រសួងសុខាភិបាលបានតែងតាំងអោយអង្គការ SBSI ជួយរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងប្រទេស។ សកម្មភាពនេះបានបង្ហាញពីការទទួលស្គាល់របស់រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាចំពោះអង្គការ SBSI ថាជាអ្នកសម្របសម្រួលដ៏សំខាន់មួយក្នុងការពង្រីកសកម្មភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងគ្រោះមហន្តរាយនានា។ ជាលទ្ធផល អង្គការ SBSI បានធ្វើសកម្មភាពយ៉ាងសកម្មជាមួយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលនានា និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកក្នុងវិស័យនេះ និងដើរតួនាទីជាអ្នកសម្របសម្រួលធ្វើអោយការជួយសង្គ្រោះ កាន់តែមានប្រសិទ្ធឡើង។

ឆ្លងកាត់តាមការសម្របសម្រួលបែបនេះ អង្គការ NPO Japan Heart ដែលមានទីស្នាក់ការនៅទីក្រុងតូក្យូ ត្រូវបានចាត់តាំងអោយផ្តល់ប្រឹក្សាផ្នែកបច្ចេកទេសជាបណ្តោះអាសន្នទៅដល់ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៃមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត។ អង្គការភ្នាក់ងារសហប្រតិបត្តិការបច្ចេកទេសសង្គ្រោះអន្តរជាតិជប៉ុន ក្រុមស្ម័គ្រចិត្តពន្លត់អគ្គិភ័យ និងអ្នកជំនាញដទៃទៀតបានចាត់បញ្ជូនគ្រូបង្វឹកមកកម្ពុជាតាមរយៈអង្គការ SBSI ដើម្បីពង្រឹងជំនាញសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់បុគ្គលិករថយន្តគិលានសង្គ្រោះ។

ក្រសួងសុខាភិបាលបានដឹកនាំអោយមានការរៀបចំប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងប្រព័ន្ធ

---

[4] បេសកកម្មរបស់ក្រុមអ្នកសង្គ្រោះបន្ទាន់គឺត្រូវត្រួតពិនិត្យថា ក្រុមសង្គ្រោះបានអនុវត្តការងារត្រឹមត្រូវជាមួយប្រព័ន្ធ ១១៩ និងចេះផ្តល់តំបុន្មានត្រឹមត្រូវ។ ក្រុមនេះមានបណ្តាញជាមួយប្រព័ន្ធ ១១៩ នៃមន្ទីរពេទ្យកាលម៉ែត្រ វិទ្យុទាក់ទងរបស់ប៉ូលីស និងអាចប្រមូលព័ត៌មានបានរហ័សពេលទៅដល់កន្លែងកើតហេតុ។

ថៃទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប៉ុន្តែបន្ទាប់ពីគណៈកម្មជាតិប្រឆាំងភេរវកម្មត្រូវបានបង្កើតឡើងកាលពីឆ្នាំ ២០០៨ ដែលមានមុខងារចម្បងសម្រាប់ឆ្លើយតបនឹងគ្រោះមហន្តរាយ និងឧបទ្ទវហេតុធ្ងន់ធ្ងរ រួមទាំងភេរវកម្មផងនោះ គណៈកម្មការនេះត្រូវបានសម្រេចអោយទទួលខុសត្រូវក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការជួយសង្គ្រោះជិវិតប្រជាពលរដ្ឋ [5]។ ក្នុងឆ្នាំ ២០១១ គណៈកម្មការនេះបានបង្កើតសេវាសម្របសម្រួលមួយ ក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់នាយកដ្ឋានថៃទាំហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធដើម្បីរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា។

២.២ *ស្ថានភាព និងបញ្ហានាពេលបច្ចុប្បន្នក្នុងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់*

២.២.១ *រាជធានីភ្នំពេញ*

ស្ថាប័ននៅខាងក្រោមនេះ ជាសមាជិករបស់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩ គិតត្រឹមខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០០៩ ប៉ុន្តែក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះដែលបានចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ តាមពិតក៏ជាក្រុមពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រទាំងប្រាំដែលបានមានសញ្ញាផ្កាយសម្គាល់នៅក្នុងតារាងទី ២ ខាងក្រោមនេះដែរ។

<u>តារាងទី ២. សមាជិកស្ថាប័ននៅក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩</u>

មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត *
មន្ទីរពេទ្យព្រះកុសមៈ *
មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត *
មន្ទីរពេទ្យរាជធានីភ្នំពេញ
ការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិខាងលិចនៃរាជធានីភ្នំពេញ
មន្ទីរពេទ្យយោធា កងពលតូច ង ៧០
ក្រុមសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI
គណៈកម្មាធិការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម [6] ក្រោមចំណុះលេខាធិការដ្ឋាន គជបភ

[5] គណៈកម្មការដែលដឹកនាំដោយផ្ទាល់ពីនាយករដ្ឋមន្ត្រី និងបានបង្កើតឡើងនៅឆ្នាំ ២០០៨ មានបេសកកម្មក្នុងការរៀបចំផែនការនិងឆ្លើយតបនឹងគ្រោះមហន្តរាយ និងគ្រោះថ្នាក់ធំៗ រួមមានភេរវកម្ម ហើយមានយុត្តាធិការលើក្រសួងមហាផ្ទៃ ក្រសួងការពារជាតិ ក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងផ្សេងៗទៀត។
ច្បាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងគណៈកម្មការនេះអាចអានបាននៅ (http://www.interior.gov.kh/news-1.html បានបើកមើលកាលពីថ្ងៃទី២៣ ខែ មីនា ឆ្នាំ ២០១១។)
• ២៩ មករា ២០០៨ អនុក្រិត្យលេខ ០៩៖ អនុក្រិត្យនេះចែងអំពីរចនាសម្ព័ន្ធនិងនាយកដ្ឋានក្រោមចំណុះគណៈកម្មការដើម្បីប្រយុទ្ធប្រឆាំង ការពារភេរវកម្ម។
លេខាធិការដ្ឋាននៃគណៈកម្មការនេះមានចំនួន ៥ ដូចខាងក្រោម៖

១. នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលនិងហិរញ្ញវត្ថុ
២. នាយកដ្ឋានបច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មានវិទ្យា
៣. នាយកដ្ឋានចារកម្មនិងស៊ើបអង្កេត
៤. នាយកដ្ឋានការពារហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ
៥. នាយកដ្ឋានពិសេស

• ២៩ មករា ២០០៨ ប្រកាសលេខ ១៨/០៨៖ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបង្កើតការិយាល័យនៅក្រោមលេខាធិការដ្ឋាននៃគណៈកម្មការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម។
•២៧ កុម្ភៈ ២០០៨ ព្រះរាជក្រិត្យលេខ ០២០៨/១៧២ ៖ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាធ្វើវិសោធនកម្មគណៈកម្មការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម ជាយន្តការសម្រាប់យុទ្ធសាស្ត្រជាតិក្នុងការបង្ការនិងបង្ក្រាបសកម្មភាពភេរវកម្ម រៀបចំផែនការសកម្មភាព និងការត្រៀមលក្ខណៈឆ្លើយតបនឹងការគំរាមកំហែងដល់សន្តិសុខជាតិ។

[6] គជបភ គ្រាន់តែឆ្លើយតបទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្នាតធំ និងគ្រោះមហន្តរាយធ្ងន់ធ្ងរតែប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែមិនចល័តសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ធម្មតាទេ។

ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រនីមួយៗគួរមានក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មួយក្រុមប្រចាំការ ២៤ ម៉ោង។ មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋមួយចំនួនអាចមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះពីរឬបី ប៉ុន្តែជាទូទៅមានក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់តែមួយក្រុមប៉ុណ្ណោះដែលអាចចល័តមួយថ្ងៃ ២៤ ម៉ោងបាន។ ប្រសិនបើត្រូវមានក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ច្រើនក្រុមសម្រាប់ឆ្លើយតបនឹងស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ អ្នកជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនឹងជិះរថយន្តគិលានសង្គ្រោះទៅកន្លែងមានគ្រោះថ្នាក់ទ្រង់ទ្រាយធំ។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះបានបំពាក់ដោយមានវិទ្យុដែលអាចទំនាក់ទំនងជាមួយបន្ទប់ទទួលទូរស័ព្ទសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងបន្ទប់បញ្ជូនក្រុមសង្គ្រោះបាន។ ប្រធានក្រុមក៏មានវិទ្យុទាក់ទងដើម្បីឆ្លើយតបនឹងការហៅក្រុមសង្គ្រោះសម្រាប់នៅស្ថានភាពខាងក្រៅពីរថយន្តគិលានសង្គ្រោះដែលគាត់កំពុងធ្វើដំណើរដែរ។ ប៉ុន្តែ ជាញឹកញាប់វិទ្យុទាក់ទងចល័តមិនដំណើរការបានទេនៅក្នុងទីក្រុងដែលមានអគារខ្ពស់ៗច្រើន។ វិទ្យុនៅក្នុងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះអាចទំនាក់ទំនងជាមួយការិយាល័យទូរស័ព្ទសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងបន្ទប់បញ្ជូនក្រុមសង្គ្រោះបានចម្ងាយប្រហែល ២០ គីឡូម៉ែត្រជុំវិញទីក្រុង ប៉ុន្តែពេលខ្លះក៏មិនអាចទំនាក់ទំនងបានដែរ ទោះនៅចម្ងាយជិតជាងនេះក៏ដោយ ប្រសិនបើនៅជិតអាគារខ្ពស់ៗច្រើនពេក។

ក្រៅពីមន្ទីរពេទ្យខាងលើ ក្រុមសិក្សាក៏បានចុះដល់មន្ទីរពេទ្យនៅខាងក្រោមដែរ ហើយឃើញមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ ទោះបីមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩ ក៏ដោយ។

តារាងទី ៣. មន្ទីរពេទ្យដែលមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះផ្ទាល់ខ្លួន
មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារសុខភាពម្តាយ និងទារក
មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ
មន្ទីរសុខាភិបាលខណ្ឌចំការមន រាជធានីភ្នំពេញ

ទីតាំងនៃក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់មន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងតារាងទី ២ និងមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងតារាងទី ៣ នៅទីក្រុងភ្នំពេញមានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាព "មន្ទីរពេទ្យដែលមានក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅទីក្រុងភ្នំពេញ" (ទំព័រ ៣៥)។ ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងផែនទី ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់បានផ្តោតសំខាន់ទៅលើចំណុចកណ្តាលនៃទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប៉ុន្តែមិនមានការបែងចែកនៅតាមតំបន់នៃទិសនិរតី ទិសអាគ្នេយ៍ និងទិសពាយព្យនៃទីក្រុងភ្នំពេញ ព្រមទាំងតំបន់នៅចន្លោះបឹងទន្លេសាប និងទន្លេមេគង្គឡើយ។ បញ្ហានេះ គឺដោយសារគ្មានមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតំបន់ទាំងនោះ។ ដោយហេតុថា ក្រសួងសុខាភិបាលទទួលខុសត្រូវចំពោះការប្រតិបត្តិការក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជាជាទូទៅ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលអោយធ្វើការជាមួយមន្ទីរពេទ្យ។ ហេតុដូច្នេះ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះត្រូវបានបែកចែកទៅតាមមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ហើយសមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវធ្វើការជា

បុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ចំណុចនេះ មានការខុសគ្នាខ្លាំងពីប្រទេសជប៉ុន ដែលក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ថិតនៅក្រោមភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយនិងអគ្គីភ័យ ហើយពួកគេត្រូវបានចាត់តាំងអោយប្រចាំការនៅតាមស្ថានីយពន្លត់អគ្គីភ័យ។

ប្រសិនបើស្តង់ដារនៃការបែងចែកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលបានដឹកនាំដោយភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាអន្លត់អគ្គីភ័យជប៉ុនត្រូវអនុវត្តផ្ទាល់ទៅទីក្រុងភ្នំពេញ ដូច្នេះគេចាំបាច់ត្រូវមានក្រុមសង្គ្រោះចំនួនប្រមាណ ២៧ នាក់ [7]។ ប៉ុន្តែនៅខែមករា ឆ្នាំ២០១១ មានក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ចំនួនប្រាំនាក់ប៉ុណ្ណោះ ដែលកំពុងប្រតិបត្តិការនៅក្រោមប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩។ ដើម្បីជួយសម្រាលដល់ការខ្វះខាតនេះ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់គ្រប់មន្ទីរពេទ្យទាំងអស់នៅទីក្រុងភ្នំពេញបានសាកល្បងដំណើរការប្រព័ន្ធ "បែងចែកដែលអាចបត់បែន" កាលពីពេលកន្លងទៅ។ នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ ២០០៩ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់នៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត ត្រូវបានដាក់អោយប្រចាំការនៅតាមផ្លូវ និងស្ថានីយប្រេងឥន្ធនៈក្នុងពេលកំណត់មួយ។ ប៉ុន្តែដោយចង់បែងចែក និងប្រតិបត្តិការអោយមាន "មន្ទីរពេទ្យមួយ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មួយ" ការធ្វើបែបនេះនឹងមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការចំណាយ។ ទម្រង់នៃ "ការបែងចែកដែលអាចបតបែន" នេះមិនបានប្រព្រឹត្តទៅដោយរលូនទេ អាស្រ័យដោយស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់មន្ទីរពេទ្យ។

២.២.២. *ខេត្តកំពង់ចាម*

ផ្លូវជាតិលេខ ៦ ដែលតភ្ជាប់ពីភ្នំពេញទៅខេត្តកំពង់ចាម ជាផ្លូវដ៏សំខាន់សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជាសម្រាប់ធ្វើដំណើរទៅប្រាសាទអង្គរវត្ត តំបន់រមណីដ្ឋានបេតិកភណ្ឌពិភពលោកស្ថិតនៅខេត្តសៀមរាប។ ការសិក្សានេះ បានសិក្សាពីស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទីតាំងនៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៦ និងផ្លូវជាតិលេខ ៧ ទៅកាន់ខេត្តកំពង់ចាម។

ដើម្បីធ្វើដំណើរពីភ្នំពេញទៅខេត្តកំពង់ចាម ក្រៅពីផ្លូវជាតិលេខ ៦ និងលេខ ៧ យើងមានផ្លូវជាច្រើនទៀតដែលអាចធ្វើដំណើរទៅខេត្តនេះបាន ប៉ុន្តែផ្លូវទាំងនោះគឺជាផ្លូវក្រាលថ្មតែប៉ុណ្ណោះ ដែលស្ថិតក្រោមជំនួយឧបត្ថម្ភពីរដ្ឋាភិបាលអន្តរជាតិ។ មានការស្លាប់ជាច្រើនដែលបណ្តាលមកពីការបុកនឹងម៉ូតូនៅតំបន់ជុំវិញផ្លូវជាតិ ហេតុនេះតំបន់ខាងលើនេះតម្រូវអោយមានការឆ្លើយតបភ្លាមៗពីក្រសួងសុខាភិបាល ភ្នាក់ងារនគរបាលជាតិ ក្រសួងអភិវឌ្ឍជនបទ និងក្រសួងសាធារណការ និងដឹកជញ្ជូន។ ការបុកនឹងយានយន្តបណ្តាលមកពីការបើកបរហួសល្បឿនកំណត់ និងការបើកបរនៅពេលស្រវឹង។ ការស្លាប់ដែលបណ្តាលមកពីការបុកនឹងម៉ូតូនិងរថយន្ត ភាគច្រើនគឺជាអ្នកបើកបរម៉ូតូ អ្នកជិះពីក្រោយ ឬអ្នកថ្មើរជើង ឬដែលជាអ្នកស្លាប់។ ពួកគេជាជនរងគ្រោះដោយសារ "សង្គ្រាមចរាចរ"។ គេសង្កេតឃើញថា ការបុកគ្នារវាងម៉ូតូ និងរថយន្តទូទាំងប្រទេសកម្ពុជាកំពុងមានការកើនឡើង។

ពីទីក្រុងភ្នំពេញទៅព្រំប្រទល់មន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម ក៏មានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជនមួយចំនួននៅតាមបណ្តោយផ្លូវដែរ បើទោះបីជាមិនមានចំនួនគ្រប់គ្រាន់ក៏ដោយ។ ប៉ុន្តែនៅស្រុកព្រៃឈរ

---

[7] Shoboryoku no Seibi Shishin Kenkyukai. គោលនយោបាយសម្រាប់ការពង្រឹងសមត្ថភាពពន្លត់អគ្គិភ័យនិងស្តង់ដារគ្រប់គ្រងធនធាន ទឹក។ Gyosei។ ខែមករា ឆ្នាំ ២០០៦ ទំព័រ ៩៩ដល់ ១០១។

តាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៧ និងជាផ្លូវប្រសព្វគ្នារវាងផ្លូវក្នុងទីរួមខេត្តលេខ ៦២ និងផ្លូវលេខ ៧០ មិនមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឡើយ។ ប្រសិនបើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅទីក្រុងភ្នំពេញត្រូវប្រចាំការនៅតំបន់ទាំងនេះ នោះពួកគេនឹងត្រូវប្រចាំការនៅតំបន់ជុំវិញ ៥០ គីឡូម៉ែត្រ ។

នៅខេត្តកំពង់ចាម និងតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិ ក្រុមសិក្សាបានធ្វើទស្សនកិច្ចនៅមន្ទីរពេទ្យចំនួន ៣ កន្លែង រួមមាន៖ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកព្រៃឈរ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ចាម និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកចំការលើ។ កាលពីដើមឡើយ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកព្រៃឈមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះរបស់ជប៉ុន (ម៉ាក 2B) ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអង្គការ SBSI ។ បរិក្ខារពេទ្យរួមមាន ឧបករណ៍បញ្ចូលខ្យល់ ឧបករណ៍បង្ហាញពីសញ្ញាស្លាប់រស់ និងឧបករណ៍បញ្ចូលខ្យល់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប៉ុន្តែមិនមានវិទ្យុទាក់ទងឡើយ។ នៅពេលប្រជាពលរដ្ឋស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ពួកគេត្រូវទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យដោយផ្ទាល់ ឬអ្នកបើកបរ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះនោះ។ គេបានប្រាប់ទៅក្រុមសិក្សាថា ជាទូទៅរថយន្តគិលានសង្គ្រោះគ្របដណ្តប់បាន ២៥ គីឡូម៉ែត្រពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយបុគ្គលិកនៅលើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបានទទួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាលជាមូលដ្ឋាន។

មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ចាម មានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះចំនួន ៤ គ្រឿង ប៉ុន្តែមួយគ្រឿងខូចមិនអាចប្រើប្រាស់បាន។ គ្រប់រថយន្តទាំងអស់មិនត្រូវបានបំពាក់ឧបករណ៍សម្រាប់វិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ។ ពួកគេក៏មិនមានប្រព័ន្ធវិទ្យុទាក់ទងសម្រាប់ភ្ជាប់ជាមួយនឹងរថយន្ត និងមន្ទីរពេទ្យដែរ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ចាមក៏ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រនៃការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទ ដើម្បីស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ដែលស្រដៀងគ្នាទៅនឹងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកព្រៃឈរដែរ។

មន្ទីរពេទ្យចុងក្រោយបង្អស់ដែលពួកគេបានធ្វើទស្សនកិច្ច គឺជាមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកចំការលើ ដែលមានតែរថយន្តគិលានសង្គ្រោះដែលលក្ខណៈបច្ចេកទេសខ្ពស់ដែលបានផ្តល់ជូនដោយប្រទេសជប៉ុនតាមរយៈអង្គការ SBSI ដែលបានបំពាក់ដោយឧបករណ៍បញ្ចូលខ្យល់ និងឧបករណ៍ពិនិត្យសញ្ញាជីវិត។ មន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត មិនមានប្រព័ន្ធវិទ្យុទាក់ទងទេ ប៉ុន្តែគេប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទដើម្បីទូរស័ព្ទទៅសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ។ ទីតាំងដែលនៅឆ្ងាយគឺមានចម្ងាយ ៧០ គីឡូម៉ែត្រពីមន្ទីរពេទ្យ។ សមាជិកនៅលើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាមូលដ្ឋាន។

២.២.៣ ខេត្តព្រះសីហនុ

ផ្លូវជាតិលេខ៤ ដែលតភ្ជាប់ពីភ្នំពេញទៅកាន់ខេត្តព្រះសីហនុត្រូវបានចាត់ទុកជាសសៃឈាមដឹកជញ្ជូនដ៏ធំមួយសំរាប់ការអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងសង្គមកិច្ចកម្ពុជា។ ខេត្តនេះមានកំពង់ផែអន្តរជាតិតែមួយគត់ដែលសាងសង់ឡើងក្រោមជំនួយពីប្រទេសជប៉ុន។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាក៏កំពុងចាត់កែលំអហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធក្នុងកំពង់ផែនេះ សំរាប់ពាណិជ្ជកម្មអន្តរជាតិ ហើយកំពុងពង្រីកផ្លូវជាតិលេខ៤។ផ្លូវជាតិលេខ ៤ មានទំហំ ៨ ទៅ ១២ ម៉ែត្រ មានពីរគន្លង ភ្ជាប់រាជធានីភ្នំពេញ។

ក្រុមសិក្សាបានចុះសិក្សាស្វែងយល់នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ស្ពឺ មណ្ឌលសុខភាពទឹកវិលគ្លីនិកក្រាហ្វីស ដែលមានទីតាំងតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៤ ទៅកាន់ខេត្តព្រះសីហនុ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក

ខេត្តកំពង់ស្ពឺមានចម្ងាយប្រហែល ៥៥ គ.ម ពីរាជធានីភ្នំពេញ។ លទ្ធផលបានបង្ហាញថា មានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះចំនួនពីរគ្រឿងប្រើប្រាស់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែក្រុមអ្នកសិក្សាពិនិត្យមើលទៅឃើញមានតែរថយន្តមួយគ្រឿងគត់ ម៉ាក Land Cruiser 4WD។ រថយន្តនេះមិនមានបំពាក់នូវគ្រឿងបរិក្ខា ឬឱសថសាស្ត្រល្អៗទេ។ នេះមានន័យថា មិនទាន់មានវិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលផ្តល់នៅតាមផ្លូវនេះល្អនៅឡើយទេ។ ស្ថិតនៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៤ មន្ទីរពេទ្យនេះទទួលបន្ទុកលើគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍មួយចំនួន ក្នុងករណីរបួសធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប្រសិនបើមានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍កើតឡើងនៅជិតខេត្តព្រះសីហនុ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តកំពង់ស្ពឺ សហការជាមួយគ្លីនិកក្រាហ្វីស ដែលមានទីតាំងចំងាយ ៧៥ គ.ម ទិសនីរតីនៃខេត្ត។ ពួកគេមានផែនការអនាគតដើម្បីដាក់ចេញនូវប្រព័ន្ធវិទ្យុទាក់ទង និងប្រែក្លាយជាមន្ទីរពេទ្យមធ្យមសំរាប់ជួយអ្នករងរបួស។ វាមានចំងាយប្រហែល ១២៥ គ.ម ពីភ្នំពេញ។ នៅក្នុងតំបន់នេះមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់ប្រចាំគ្លីនិកឯកជនមួយគ្រឿងក្នុងការធ្វើប្រតិបត្តិការផងដែរ។

មណ្ឌលសុខភាពទឹកវិល ស្ថិតនៅប្រហែលជា ៦០ គ.ម ពីក្រុងព្រះសីហនុ តាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៤។ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពនេះមានការលំបាកក្នុងករណីមានរបួសប៉ះទង្គិច និងករណីមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់មាតា។ មណ្ឌលប្រើប្រាស់នូវរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់ខ្លួនដើម្បីដឹកអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកក្រុងខេត្តសីហនុ (មិនបានចុះសិក្សាទេ)។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះមិនមានគ្រឿងបរិក្ខាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្តល់ជូននូវវិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងមិនមានឧបករណ៍ទំនាក់ទំនងទេ។ ទោះយ៉ាងណាក្តី មណ្ឌលសុខភាពកំពុងព្យាយាមឆ្លើយតបទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ និងព្យាយាមសហការជាមួយគ្លីនិកនានាដើម្បីជួយអ្នករងរបួសនៅក្បែរនោះ។

ស្ថាប័នចុងក្រោយ ដែលក្រុមអ្នកសិក្សាបានចុះសិក្សា គឺគ្លីនិកក្រាហ្វីស ដែលមានលទ្ធភាពផ្តល់ជូននូវការថែទាំអ្នករងរបួសប៉ះទង្គិច ហើយត្រូវបានទទួលជំនួយ ក្រាហ្វីស ប្រទេសជប៉ុន កាលពីខែសីហា ឆ្នាំ ២០១០។ គ្លីនិកមានទីតាំងស្ថិតនៅក្នុងស្រុកកំពង់សិលា និងត្រូវបានដំណើរការដោយអង្គការ SBSI។ អង្គការនេះ អនុវត្តគំរោងដើម្បីបញ្ជូនក្រុមគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៤ និងជួយសំរួលដល់អ្នកជំងឺតាមទីជនបទអាចទទួលការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ គ្លីនិកក្រាហ្វីស គឺជាកិច្ចប្រឹងប្រែងចុងក្រោយនៃកម្មវិធីនេះ។

២.២.៤. *ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន*

នៅក្នុងផ្នែកមុន របាយការណ៍បង្ហាញអំពីប្រព័ន្ធជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលសង្កត់ធ្ងន់ ទៅលើមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន (រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ) ប៉ុន្តែប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់គឺជាទស្សនៈដ៏ទូលំទូលាយមួយឈានដល់ការកែលំអមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន (មធ្យោបាយទាក់ទង ការគិតតម្លៃ ចង្វាយផ្លូវ) ការកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ ការសម្របសម្រួល/ទំនាក់ទំនងរវាងអង្គការ និងការថែទាំមុនមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ក្នុងទស្សនៈនេះ ផ្នែកចុងក្រោយនឹងបង្ហាញអំពីបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន និងតាមទីជនបទបានមកពីទស្សនៈផ្សេងៗគ្នា។

ផ្នែកទីមួយគឺជាលទ្ធភាពក្នុងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន។ របៀបស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះភាគច្រើនធ្វើតាមរយៈប៉ូលីស ប្រធានភូមិ ឬអ្នកស្មគ្រ័ចិត្តសុខភាពភូមិ។ ប្រជាជនមិនស្នើសុំដោយផ្ទាល់ទេ។ មានអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាច្រើនត្រូវទៅមន្ទីរពេទ្យតាមរថយន្តឈ្នួល ឬម៉ូតូផ្ទាល់ខ្លួន ជាជាងការប្រើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ដោយសារគេមិនយល់ដឹងគ្រប់គ្រាន់ពីរបៀបប្រើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះទេ (របៀបទាក់ទងហៅ)។ វាក៏អាចបណ្តាលមកពីភាពមិនងាយស្រួល (ចាំយូរពេក) និងពិបាកទាក់ទងដោយផ្ទាល់ (ត្រូវពិភាក្សាជាមួយប្រធានភូមិ ឬអ្នកស្មគ្រ័ចិត្តសុខភាពភូមិសិន)។ នៅក្នុងខេត្តកំពង់ចាម គ្រប់ស្ថាប័នទាំងអស់ ការស្នើសុំភាគច្រើនគឺធ្វើតាមរយៈប៉ូលីស ហើយស្ទើរតែគ្មានការស្នើសុំពីមណ្ឌលសុខភាព ឬអ្នកភូមិឡើយ។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះហាក់បីដូចជាត្រូវបានប្រើតែក្នុងករណីមានគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍តែប៉ុណ្ណោះ។

ទន្ទឹមនឹងនេះ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិចិនតុង បានធ្វើសកម្មភាពលើកកម្ពស់ការយល់ដឹង ដូចជាចែកប័ណ្ណព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ហើយអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ទើរតែគ្រប់គ្នាប្រើប្រាស់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះទៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកជំងឺ ឬគ្រួសាររបស់ពួកគេទូរស័ព្ទទៅស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះដោយផ្ទាល់ ឬស្នើសុំតាមរយៈមណ្ឌលសុខភាពដែលនៅជិតបំផុតរបស់ពួកគេ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយចំនួននៅខេត្តកំពង់ចាមបានផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់ទំនាក់ទំនងមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួនទៅអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ។

អ្នកស្រាវជ្រាវពុំមានឱកាសសម្ភាសដោយផ្ទាល់ជាមួយប្រជាជនអំពីការយល់ដឹងរបស់ពួកគេទេ ប៉ុន្តែប្រហែលជាមានការយល់ច្រឡំថា មានតែអ្នកគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍តែប៉ុណ្ណោះទើបអាចប្រើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបាន ឬច្រឡំថា ការជិះរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនេះធ្វើអោយខ្មាស់គេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ឬប្រធានភូមិត្រូវពិគ្រោះយោបល់គ្នាជាមុនសិន មុនពេលទៅមន្ទីរពេទ្យតាមមធ្យោបាយរបស់ខ្លួន ឬតាមការស្នើសុំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ នោះវាប្រហែលជាត្រូវការពេលយូរដើម្បីធ្វើអោយការដឹកជញ្ជូនមានសុវត្ថិភាព។

នៅតាមតំបន់ជាច្រើនដែលមានដង់ស៊ីតេប្រជាជនទាប ស្ថាប័នមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ត្រូវប្រចាំការសម្រាប់តំបន់ទាំងមូល ហើយអាចបញ្ជូនទៅកន្លែងឆ្ងាយរាប់គីឡូម៉ែត្រ។ អាស្រ័យដោយស្ថានភាពផ្លូវ គេប្រហែលត្រូវការពេលច្រើនម៉ោង ដែលនាំអោយស្ថានភាពអ្នកជំងឺកាន់តែដុនដាប ឬមិនអាចឆ្លើយតបនឹងការស្នើសុំផ្សេងៗបាន។ នៅតាមតំបន់ទាំងនោះ គេមិនអាចបន្ថែមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ ឬប្រើឧត្តម្ភាគចក្រជួយដោយមានបានទេ។ នេះមានន័យថាប្រទេសកម្ពុជាត្រូវការប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលសមស្របទៅនឹងស្ថានភាពជាក់ស្តែង។

ទោះការដឹកជញ្ជូនត្រូវធ្វើតាមរថយន្តឈ្នួល ឬរថយន្តគិលានសង្គ្រោះក៏ដោយ អ្នកជំងឺត្រូវតែបង់ប្រាក់ថ្លៃសាំងតាមចម្ងាយផ្លូវ។ អ្នកភូមិដែលនៅឆ្ងាយ នឹងត្រូវបង់ប្រាក់ថ្លៃដឹកជញ្ជូនកាន់តែថ្លៃ។ មូលនិធិសមធម៌ គឺជាគម្រោងរួមចំណែកជួយអ្នកក្រីក្រ បង្កើតឡើងនៅតាមតំបន់មួយចំនួន។ សមាជិកសហគមន៍ក្រីក្រ អាចទទួលបានប្រាក់សម្រាប់ធ្វើដំណើរ ប៉ុន្តែចាំបាច់ត្រូវប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមតាម

ស្ថានភាពជាក់ស្តែង ពីព្រោះហាក់ដូចជាមានតំបន់ជាច្រើនដែលគ្មានមូលនិធិសមធម៌ ឬមានមូលនិធិឧបត្ថម្ភប្រាក់ធ្វើដំណើរ។

ទីពីរ ជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក (រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យខេត្ត) និងក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះប្រចាំមណ្ឌលសុខភាពត្រូវសម្រេចនៅនឹងកន្លែងថាតើស្ថានភាពអ្នកជំងឺអាចព្យាបាលនៅស្ថាប័នរបស់ខ្លួនឬទេ។ បើមិនអាចព្យាបាលបាន ត្រូវកំណត់មន្ទីរពេទ្យគោលដៅថ្មីមួយ។ ក្រុមរថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋក្នុងក្រុងភ្នំពេញអាចយកអ្នកជំងឺរបស់ពួកគេទៅកាន់ស្ថាប័នផ្ទាល់របស់ពួកគេបាន។ មិនមានការកំណត់ច្បាស់លាស់ណាមួយក្នុងការជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យទេ ហើយក៏មិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការសម្រេចចិត្តថាត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ណាមួយដែរ។ វាអាស្រ័យលើការសម្រេចចិត្តនៅនឹងកន្លែងឆ្លងតាមបទពិសោធន៍កន្លងមក។

ការជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) អាចប្រែប្រួលទៅតាមការសំរេចចិត្តរបស់អ្នកជំងឺ ឬរបស់គ្រួសារ។ ទោះនៅពេលមានស្ថានភាពជំងឺមិនធ្ងន់ធ្ងរ ឬការបញ្ជូនអ្នកជំងឺមិនអាចធ្វើទៅរួចក៏ដោយ ប្រសិនបើមានការទទូចស្នើសុំអោយបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យខេត្ត ឬមន្ទីរពេទ្យនៅទីក្រុងភ្នំពេញ អ្នកជំងឺនិងក្រុមគ្រួសារមិនអាចបដិសេធការណែនាំនេះបានឡើយ។ ព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពជាក់ស្តែងត្រូវប្រមូលអោយបានគ្រប់គ្រាន់ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺដែលត្រូវបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យដោយខ្លួនឯង និងការកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះដោយខ្លួនឯង និងបន្ទុកដែលបានបង្ហាញពីប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។ នេះបានបង្កជាបញ្ហាដូចជា ការពន្យារពេលព្យាបាលដោយសារធ្វើដំណើរឆ្ងាយ ឬខកខានពេលយូរដោយសាររថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់។

ផ្នែកទីបីពាក់ព័ន្ធនឹងការសម្របសម្រួលនិងការទំនាក់ទំនងរវាងស្ថាបន័នានា។ បុគ្គលិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្តល់លិខិតបញ្ជូនដែលបានបំពេញរួច ប៉ុន្តែពិបាកទាក់ទងស្ថាប័នទទួលព្យាបាលអ្នកជំងឺនៅពេលអ្នកជំងឺទៅដល់។ តាមការស្រាវជ្រាវកន្លងមក មានករណីជាច្រើន គេឃើញលិខិតជញ្ជូនត្រូវបានលុប [8]។ ស្ថាប័នទទួលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនមានគំនិតថា ការមិនមានការទំនាក់ទំនងគឺជាបញ្ហាទេ។ ពួកគេយល់ថាវាគ្រាន់តែជាការត្រួតពិនិត្យថាតើគេអាចទទួលអ្នកជំងឺបានឬទេ។ ប្រសិនបើគេយល់ឃើញថា មិនមានមន្ទីរពេទ្យណាទៀតនឹងទទួលអ្នកជំងឺនោះទេ គេនឹងមិនបដិសេធអ្នកជំងឺនោះឡើយ។ ហេតុដូច្នេះ ពួកគេគិតថាមិនចាំបាច់ធ្វើទំនាក់ទំនងអ្វីទៀតឡើយ។ ប៉ុន្តែសំរាប់អ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ការរៀបចំចាំបាច់សម្រាប់ការវះកាត់ ឬការបញ្ចូលឈាមនឹងត្រូវពន្យារពេល ប្រសិនមិនមានការទាក់ទងជាមុន ឬត្រូវរង់ចាំយូរ ហើយអត្រារស់មានកម្រិតទាប។ តាមរយៈការពិនិត្យស្ថានភាពអ្នកជំងឺមុនពេលដឹកជញ្ជូន មន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺប្រហែលជាអាចណែនាំរបៀបព្យាបាលដើម្បីរក្សាលំនឹង។

ផ្នែកចុងក្រោយ គឺស្តីអំពីការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ការរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យដល់បុគ្គលិកដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺមិនមានគ្រប់គ្រាន់នៅឡើយ។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលគ្រាន់តែជាវិធានសាមញ្ញមួយចំនួន។ នៅមណ្ឌលសុខភាពទឹកវិល វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីការសង្គ្រោះបឋមត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបាន

[8] Nakahara et al., 2010.

រៀបចំឡើងដល់អ្នកភូមិទេ។ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិសក្តិសមធ្វើជាអ្នកឆ្លើយតបបឋមពីព្រោះពួកគេជាបុគ្គលដែលអ្នកភូមិសុំយោបល់មុនគេ ប៉ុន្តែមានអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិតែពីរនាក់ប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយភូមិនៅជុំវិញមណ្ឌលសុខភាពទឹកវិល ដែលវាមិនទាន់គ្រប់គ្រាន់នៅឡើយ។ គួរតែមានអ្នកឆ្លើយតបបឋមបន្ថែមទៀតសម្រាប់តំបន់ដាច់ស្រយាលដែលមានប្រជាជនតិច ស្ថិតនៅឆ្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាព។

២.៣. *ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និងបញ្ហានៃសកម្មភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់*

២.៣.១ *ការវាយតម្លៃរួមទៅលើក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់*

ប្រសិនបើក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីក្រុងភ្នំពេញត្រូវបានវាយតម្លៃពីវិធីសាស្ត្រប្រតិបត្តិការ នោះគេសង្កេតឃើញថា ជំនាញរបស់ក្រុមសង្គ្រោះ និងឧបករណ៍ មានលក្ខណៈដូចខាងក្រោម។

បច្ចុប្បន្ននេះ សកម្មភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជាផ្តោតសំខាន់លើការប៉ះទង្គិចបណ្តាលមកពីយានយន្ត និងការដឹកជញ្ជូនអ្នករបួស អ្នកជំងឺទៅកាន់កន្លែងព្យាបាល។ អាស្រ័យហេតុនេះ ការខ្វះខាតនូវវិន័យផ្នែកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬការខ្វះចំណេះដឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់សមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មិនមានចោទជាបញ្ហាទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលឆាប់ៗខាងមុខនេះ គេរំពឹងថាចំនួនប៉ះទង្គិចនឹងកើនឡើង ដូចនេះតម្រូវការរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនឹងមានការកើនឡើង។ ដូចនេះ វាបណ្តាលកែសម្រួលឡើងវិញទាំងស្រុងនូវប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ (បន្ទប់ទូរស័ព្ទសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងបន្ទប់បញ្ជូនក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ មន្ទីរពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់)។ លើសពីនេះ ប្រសិនបើមានគ្រោះថ្នាក់ទ្រង់ទ្រាយធំ ឬគ្រោះមហន្តរាយ (រួមទាំងការវាយប្រហារពីក្រុមភេរវករ) ប្រព័ន្ធថ្មីនឹងមិនអាចឆ្លើយតបភ្លាមៗបានទេ។

ជាទូទៅ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មានសមាជិកបីនាក់៖ គ្រូពេទ្យ ជំនួយការ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកបើកបរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលទៅដល់កន្លែងប៉ះទង្គិចដោយយានយន្ត ពួកគេគ្រាន់តែដាក់អ្នករបួសនៅលើប្រង់ការ ហើយដឹកទៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានធ្វើការវិនិច្ឆ័យជំងឺទេ។ មិនមានការបែងចែកតួនាទីគ្នាទេ ដូចនេះមិនមានការយល់ដឹងក្នុងចំណោមក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ឡើយ។ នេះជាហេតុផលដែលគ្រូពេទ្យ ជំនួយការវេជ្ជសាស្ត្រ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកាត្រូវចុះទៅកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែរ។ ទោះបីជាមានប្រព័ន្ធបញ្ជូនគ្រូពេទ្យ និងជំនួយការវេជ្ជសាស្ត្រ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកាដើម្បីទៅកាន់កន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ ក៏ការងារចំពោះមុខគឺត្រូវមានវិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ កាន់តែមានលក្ខណៈទូលំទូលាយថែមទៀត។

ទាក់ទងទៅនឹងកម្រិតជំនាញរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានការសម្របសម្រួលល្អក្នុងរវាងសមាជិកក្រុមសង្គ្រោះរបស់មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត ដែលបានទទួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាលកាលពីលើកមុន ប៉ុន្តែពួកគេមិនបង្ហាញអោយឃើញពីសមត្ថភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ កម្រិតជំនាញរបស់សមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យជាតិផ្សេងទៀតនៅមានកម្រិតទាបនៅឡើយ និងតម្រូវអោយមានការបណ្តុះបណ្តាលម្តងទៀត។ សមាជិកគួរមានទឹកចិត្ត និងមានឆន្ទៈខ្ពស់ ដើម្បីទទួលឱកាសបណ្តុះបណ្តាលសមរម្យ និងមានជំនាញច្បាស់លាស់។

បច្ចុប្បន្ននេះ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ធ្វើសកម្មភាពសង្គ្រោះជីវិត ដោយប្រើប្រាស់គ្រឿងបរិក្ខារដែលមានស្រាប់ ប៉ុន្តែបរិក្ខារទាំងនោះមិនទាន់មានចំនួនគ្រប់គ្រាន់នៅឡើយទេ។ ទោះជាបច្ចុប្បន្ននេះ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់បានប្រតិបត្តិការដឹកជញ្ជូនប្រជាពលរដ្ឋរងរបួស និងមានជំងឺទៅព្យាបាលនៅតាមស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រនានា ហើយមិនមានតម្រូវការផ្នែកបរិក្ខារដូចជាប្រង់ការដែលមានស្នូក និងប្រង់ការធម្មតា។ ប្រសិនបើការថែទាំតាមលក្ខណៈសាមញ្ញ រួមទាំងការព្យាបាលជំងឺត្រូវផ្តល់ជូននៅពេលក្រោយ នោះក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ត្រូវមានបរិក្ខារពេទ្យដែរ។

២.៣.២. *ការផ្ទៀងផ្ទាត់កំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាព*

កំណត់ហេតុអ្នកជំងឺសំខាន់ណាស់ដើម្បីគុណភាពក្នុងការពិនិត្យជំងឺ ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋានស្តីពីស្ថានភាពរងរបួស/ជំងឺ និងការការពារនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ក៏ដូចជាការបញ្ជាក់ស្តីពីសកម្មភាពថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ទាក់ទងនឹងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃការប្រមូលទិន្នន័យអ្នកជំងឺ និងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់កម្ពុជា ក្រុមសិក្សាបានសិក្សាលើការប្រមូលទិន្នន័យ ការទុកដាក់ និងការប្រើប្រាស់កំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់។

ទាក់ទងនឹងការប្រមូលទិន្នន័យ ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ស្ទើរតែទាំងអស់ រួមទាំងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន កំពុងធ្វើកំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាពរបស់ខ្លួនសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់មុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ និងការដឹកជញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ទម្រង់ក្នុងការធ្វើបែបបទមានលក្ខណៈខុសៗគ្នាអាស្រ័យតាមតំបន់ ប៉ុន្តែខ្លឹមសាររួមមានភាពប្រហែលគ្នា ដូចជាកាលបរិច្ឆេទ ទីកន្លែង ការកំណត់ស្ថានភាពអ្នកជំងឺ លក្ខខណ្ឌ/ជំងឺ និងការថែទាំដែលបានផ្តល់រួច។

មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋនៅទីក្រុងភ្នំពេញ (មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត មន្ទីរពេទ្យព្រះកុសមៈ) ប្រើទម្រង់ក្រដាសធម្មតា។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិចិនតុង ប្រើទម្រង់ដូចគ្នាទៅនឹងមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋដែរ ប៉ុន្តែគេប្រមូលព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមសម្រាប់យន្តការនៃការព្យាបាល។ មណ្ឌលសុខភាពទឹកវិលនៃខេត្តព្រះសីហនុតម្រូវអោយមានការបំពេញខ្លឹមសារដូចគ្នាពីរដងលើក្រដាសតែមួយក្នុងផ្នែកខាងឆ្វេង និងខាងស្តាំ។ ព័ត៌មានដែលបានចុះ គឺដូចគ្នា ប៉ុន្តែវាជាទម្រង់របាយការណ៍ដែលមិនទាន់បានបំពេញនៅ (ទម្រង់របស់មន្ទីរពេទ្យក្រុងព្រះសីហនុ)។ វាហាក់ដូចជាមានការបំពេញព័ត៌មានដោយដៃដូចគ្នាពីរដងដែលអាចសរសេរបានដោយសេរី។ មានប្រមាណតែ ៧០ ករណីប៉ុណ្ណោះ ដែលបានដឹកជញ្ជូនដោយមណ្ឌលសុខភាពទឹកវិលក្នុងមួយឆ្នាំៗ។

តារាងសម្រាប់ធ្វើកំណត់ហេតុដែលបានប្រើនៅទីក្រុងភ្នំពេញ មានចំណុចជាច្រើនដែលត្រូវបំពេញ ហើយបានបាត់ព័ត៌មានជាច្រើន។ ចំនុចមួយចំនួនគួរលុបចោល។ តាមឯកសារយោង ការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យនៅប្រទេសថៃប្រើចំណុចបួនយ៉ាងដើម្បីវាយតម្លៃ។

ទម្រង់របស់មន្ទីរពេទ្យក្រុងព្រះសីហនុគឺជាទម្រង់សរសេរដោយសេរី ដែលអាចធ្វើអោយមានខ្លឹមសារមិនដូចគ្នាអាស្រ័យដោយអ្នកសរសេរ។ ទម្រង់នោះ មិនមានកន្លែងទំនេរសម្រាប់កត់ត្រាតាមលំដាប់លំដោយឡើយ (ដូចជាការចេញដំណើរ និងការមកដល់មន្ទីរពេទ្យ)។ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់អាច

ប្រមូលព័ត៌មានបានយ៉ាងច្រើនស្តីពីរបួស ប៉ុន្តែចំណុចជាច្រើនដែលបានកត់ត្រាទុកអំពីស្ថានភាពរបួសគឺមិនដូចគ្នានឹងទម្រង់ក្នុងការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទេ ដូច្នោះកំណត់ហេតុសកម្មភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មិនអាចបញ្ជូនទៅសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យរបួស និងប្រើប្រាស់ដោយផ្ទាល់បានឡើយ។

ចំណុចបន្ទាប់គឺទាក់ទងទៅនឹងស្ថានភាពផ្ទុកទិន្នន័យរបស់អ្នកជំងឺ។ កំណត់ហេតុរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវបានផ្តល់ទៅអោយគ្រូពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺ ហើយប្រើជាព័ត៌មានមុនមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ត្រូវរក្សាទុកកំណត់ហេតុដែរ ប៉ុន្តែក្រុមសិក្សាមិនបានឃើញតារាងកំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាពនៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់បានឆ្លើយថា ពិតជាមានកំណត់ហេតុពិតមែន ប៉ុន្តែវាគ្រាន់តែកត់ត្រាចំនួនមនុស្ស ហើយមិនរក្សាឯកសារពិតប្រាកដទេ។ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិចិនតុង រក្សាទុកកំណត់ហេតុសកម្មភាពរបស់ខ្លួន ហើយបានបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុងកម្មវិធី Excel ទៀតផង។ នៅមណ្ឌលសុខភាពទឹកវិល ក្រដាសត្រូវបានកាត់ជាពីរ មួយផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺទៅជួបគ្រូពេទ្យ និងមួយផ្នែកទៀតសម្រាប់ទុកនៅមណ្ឌលសុខភាព។

ចុងក្រោយ គឺការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺ។ សារៈសំខាន់នៃការប្រើប្រាស់កំណត់ហេតុមិនត្រូវបានទទួលស្គាល់ទូលំទូលាយនៅឡើយ។ នៅក្នុងស្ថាប័នមួយចំនួន កំណត់ហេតុមិនត្រូវបានប្រើសម្រាប់វាយតម្លៃសកម្មភាពដើម្បីបង្កើនគុណភាពការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យទេ។ លើសពីនេះ កំណត់ត្រាមិនត្រូវបានប្រើទុកជាទិន្នន័យសម្រាប់ការព្យាបាលរងរបួស និងជំងឺឡើយ។

៣. ចក្ខុវិស័យសម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា (អនុសាសន៍)

៣.១ វិធីសាស្ត្រជាមូលដ្ឋានក្នុងការផ្តល់អនុសាសន៍

មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ា បានបង្កើតគម្រោងជាច្រើននៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាតាមរយៈមូលនិធិអាស៊ី កែន សាសាកាវ៉ា ដូចជា *កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់អ្នកតំណាងកុមារកម្ពុជា ការអភិវឌ្ឍន៍សមត្ថភាពសម្រាប់មន្ត្រីរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា* ដែលជាកម្មវិធីសម្រាប់មន្ត្រីថ្នាក់កណ្តាល និងមន្ត្រីស្រាវជ្រាវក្នុងរដ្ឋាភិបាល និង*វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអ្នកសារព័ត៌មាននៅកម្ពុជា* ដើម្បីគាំទ្រការអភិឌ្ឍន៍សមត្ថភាពអ្នកសារព័ត៌មានអោយយល់ដឹងអំពីទំនួលខុសត្រូវក្នុងផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានដោយសេរី និងដោយក្រមសីលធម៌ល្អ។ មូលនិធិសន្តិភាពសាសាកាវ៉ាបានផ្តោតទៅលើការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស និងការផ្លាស់ប្តូរអន្តរបុគ្គលនៅកម្ពុជា។ ការគាំទ្ររបស់មូលនិធិអាចជួយដល់ការរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា ប៉ុន្តែមិនទាក់ទងទៅនឹងការសាងសង់អាគារ ឬការផ្តល់បរិក្ខារទេ។ មូលនិធិនេះផ្តោតសំខាន់ទៅលើសកម្មភាពដូចជាៈ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលភាពជាអ្នកដឹកនាំដល់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការបញ្ជូនអ្នកជំនាញជួយបង្កើនជំនាញសមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការបណ្តុះបណ្តាលនៅប្រទេសជប៉ុន ការគាំទ្រវគ្គបណ្តុះបណ្តាលក្នុងមូលដ្ឋាន ឬការជួយរៀបចំសិក្ខាសាលាជាដើម។

ផ្នែកនេះផ្តល់នូវអនុសាសន៍សម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា ដោយផ្អែកលើទស្សនៈពីរដែលជាវិធានការបច្ចុប្បន្ន (៣ ឆ្នាំ) និងវិធានការរយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង (៦ ឆ្នាំ) ផ្តោតសំខាន់លើការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស និងការផ្លាស់ប្តូរអន្តរបុគ្គល។ អនុសាសន៍មិនបានផ្តល់ជាការពន្យល់

ដាក់លាក់ទេ ប៉ុន្តែវាជាការប្រមូលផ្តុំនូវជម្រើសជាច្រើនដែលអាចប្រើជាគំនិតយោបល់ដោយរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាសំដៅរៀបចំផែនការមេនិងការរៀបចំប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។

អនុសាសន៍ផ្តោតលើប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការប្រមូល ការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺ។ នៅមានបញ្ហាសុខាភិបាលនិងតម្រូវការជាច្រើនទៀត ប៉ុន្តែក្រុមសិក្សាបានផ្តោតលើបញ្ហាៈ ហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធ ប្រព័ន្ធសុខុមាលភាពសង្គម និងរចនាសម្ព័ន្ធសហគមន៍ (គ្រួសារ និងសហគមន៍) ភាពបន្ទាន់ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាបណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិចរវាងម៉ូតូនិងរថយន្តដែលកំពុងតែក្លាយជាបញ្ហាធំសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ន។ អាស្រ័យដោយមានភាពខុសគ្នារវាងការការថែទាំសុខាភាពនៅទីក្រុងភ្នំពេញ និងទីជនបទ ក្រុមសិក្សាផ្តល់អនុសាសន៍ពីរដាច់ពីគ្នាសម្រាប់ប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅកម្ពុជា។

៣.២. *ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់*

៣.២.១. *រយៈពេលខ្លី (៣ ឆ្នាំ)*

(១) *ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងទីក្រុងភ្នំពេញ*

នៅទីក្រុងភ្នំពេញ មានប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់មួយចំនួនដែលកំពុងដំណើរការ ទោះវាមិនទាន់គ្រប់លក្ខណៈតាមបទដ្ឋានរបស់អង្គការ Side By Side International ដែលផ្តល់ក្រុមសង្គ្រោះដំបូង និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាមួយប្រព័ន្ធលេខ ១១៩។ ទោះជាយ៉ាងក្តី សកម្មភាពការងាររបស់អង្គការនេះនៅមានកម្រិតទ្រង់ទ្រាយតូច ដែលតម្រូវអោយមានការពង្រីកបន្ថែមដើម្បីជួយសង្គ្រោះជីវិតបន្ថែមទៀតបាន។ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែពង្រឹងដល់ការរៀបចំខាងក្រោមដើម្បីធ្វើផែនការសម្រាប់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។

១) *ការបង្កើនចំនួនអ្នកសង្គ្រោះបឋម*

ក្រុមសង្គ្រោះបឋមធ្វើដំណើរទៅកន្លែងកើតហេតុ មុនពេលក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មកដល់កន្លែងគ្រោះថ្នាក់ ឬគ្រោះមហន្តរាយ។ ក្រុមនេះផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋមតាមការចាំបាច់ផង និងគ្រប់គ្រងស្ថានភាពផងអាស្រ័យតាមស្ថានភាពជាក់ស្តែង។ <u>ហេតុការណ៍ទាំងនេះមិនអាចដោះស្រាយតែតាមរយៈអ្នកសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI តែមួយបានទេ។</u> រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែបង្កើនក្រុមអ្នកសង្គ្រោះបឋមថ្មីបន្ថែមទៀត ដោយស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ស្ថាប័ននានា ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម ស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់លេខាធិការដ្ឋានគ.ជ.ប.ភ នគរបាលចរាចរណ៍ និងអង្គភាពពន្លត់អគ្គីភ័យ។ លើពីនេះ គួរបង្កើតអោយមានស្ថានប័នជំនាញ (ឬបុគ្គលិកជំនាញខ្ពស់) ដើម្បីដឹកនាំក្រុមសង្គ្រោះបឋម។ ស្ថានប័នជំនាញ (ឬបុគ្គលិកជំនាញខ្ពស់) ក៏ត្រូវគ្រប់គ្រងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ផងដែរដើម្បីអោយការគ្រប់គ្រងកាន់តែមានភាពល្អប្រសើរឡើងសម្រាប់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។

២) ការបង្កើតក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ថ្មី

ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩ បច្ចុប្បន្ន មិនត្រឹមតែគ្រប់ដណ្តប់ទីក្រុងភ្នំពេញប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងទីរួមខេត្តមួយចំនួនទៀតបណ្តោយផ្លូវជាតិលេខ ៦ និងលេខ ៧ និងតំបន់ឆ្ងាយៗផ្សេងទៀតដែលគេអាចគ្របណ្តប់បាន។ ដើម្បីកែលម្អស្ថានភាពនេះ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែបង្កើតក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ថ្មីៗនៅតាមបណ្តាមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ក្រោមចំណុះក្រសួងសុខាភិបាលដែលនឹងត្រូវទទួលរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនិងជំនួយពីបរទេស ហើយរៀបចំក្រុមទាំងនេះដើម្បីអោយពួកគេសម្របខ្លួនជាមួយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់បច្ចុប្បន្ន។

អ្នកសង្គ្រោះបឋម និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មានទំនាក់ទំនងបំពេញបន្ថែមគ្នាទៅវិញទៅមក។ ការចំណាយទៅលើប្រតិបត្តិការ និងគ្រប់គ្រងលើក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវបានទូទាត់ដោយប្រាក់ចំណូលទូទៅរបស់មន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ។ ម្យ៉ាងទៀត សកម្មភាពរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវបានគាំទ្រដោយគំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់មន្ទីរពេទ្យ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកជំងឺដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមទីសាធារណៈ ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍គួរតែត្រូវដឹកយកទៅសង្គ្រោះដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ឡើយ។ ដោយសារតែចំនួនជើងបញ្ជូនជនរងគ្រោះចេះតែកើនឡើង រចនាសម្ព័ននេះបានដាក់បន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរទៅលើមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងការចំណាយទៅលើប្រតិបត្តិការរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ជាការពិតណាស់ការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិនយកថ្លៃឈ្នួលកំពុងតែកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយមន្ទីរពេទ្យជាច្រើនកំពុងតែជួបនឹងបញ្ហាលំបាកក្នុងការថែទាំ និងការចំណាយលើប្រតិបត្តិការ។ ការបង្កើនចំនួនអ្នកសង្គ្រោះបឋមដែលសហការណ៍ជាមួយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ពិតជាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការកែលម្អស្ថានភាពនេះ ហើយដើម្បីបន្តការពារអាយុជីវិតប្រជាពលរដ្ឋ។

ដោយមានការកើនឡើងនៃចំនួនអ្នកសង្គ្រោះបឋម វគ្គបណ្តុះបណ្តាលគឺសំខាន់ណាស់សម្រាប់ក្រុមសង្គ្រោះថ្មី ដើម្បីអោយគេអាចទទួលបានជំនាញទាក់ទងនឹងរបៀបសង្គ្រោះបឋម ការដឹកជនរងគ្រោះ និងអ្នកជំងឺ ព្រមទាំងអាចបង្កើនជំនាញគ្រប់គ្រងទៀតផង។ វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវពង្រឹងបុគ្គលិកអោយចេះធ្វើការងារ ចេះផ្តួចផ្តើមគំនិតខ្លួនឯង និងមានជំនាញដឹកនាំ ដែលចំណុចនេះបង្ហាញពីឥទ្ធិពលវិជ្ជមានទៅអ្នកជុំវិញពួកគេ។ បន្ថែមពីនេះ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ថ្មីត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមដើម្បីទទួលជំនាញដូចជា បច្ចេកទេសសង្គ្រោះជីវិត ការថែទាំរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ របៀបគ្រប់គ្រងរថយន្ត របៀបសរសេររបាយការណ៍ គ្រប់គ្រងមូលទិន្នន័យសកម្មភាព និងប្រតិបត្តិការប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

អ្វីដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ត្រូវការរយៈពេលយូរ ហើយមិនអាចសម្រេចបានភ្លាមៗទេ។ ហេតុនេះ វាតម្រូវអោយមានការផ្តួចផ្តើមគំនិតពីរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាដើម្បីពង្រឹងឡើងវិញនូវតួនាទីរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបឋមដែលមានស្រាប់ និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ តាមរយៈការបន្តធ្វើសកម្មភាពត្រៀមលក្ខណៈនានា។ ជាដំបូង កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពឡើងវិញគួរត្រូវបានធ្វើដើម្បីពង្រឹងកម្រិតសមត្ថភាពសមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលសកម្មស្រាប់។ បន្ទាប់មក ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលតាម

កម្មវិធីសិក្សាទូទៅសម្រាប់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅគ្រប់មន្ទីរពេទ្យ។ មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀតបានធ្វើការសម្របសម្រួល និងធ្វើសកម្មភាពបណ្តុះបណ្តាលអ្នកសង្គ្រោះបន្ទាន់រួចហើយ។ សកម្មភាពគំរូនេះអាចយកទៅប្រើប្រាស់ក្នុងការបង្កើត "កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកមូលដ្ឋានសម្រាប់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់" និងប្រើដើម្បីបណ្តុះបណ្តាលក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗបាន។

ក្រុមសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI ក៏ត្រូវពង្រឹងផងដែរ។ តួនាទីចម្បងរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបឋម គឺឃ្លាំមើល និងការគាំទ្រការគ្រប់គ្រងដើម្បីធានាអោយបានថា ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ប្រចាំមន្ទីរពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩ ធ្វើសកម្មភាពតាមបទបញ្ញាជាក់លាក់ និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រកំពុងត្រូវបានអនុវត្តត្រឹមត្រូវ។ ដើម្បីពង្រឹងសកម្មភាពក្រុមសង្គ្រោះបឋមប្រចាំនៅអង្គការ SBSI ទាក់ទងគុណភាពការងារសង្គ្រោះបន្ទាន់ វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវបង្កលក្ខណៈអោយការងារអនុវត្តដោយប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។ វិធីសាស្ត្រដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមួយគឺ ត្រូវមានការចូលរួមពីប្រជាពលរដ្ឋសម្រាប់លើការថែទាំអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ តាមរយៈការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល និងអោយពួកគេធ្វើជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត។

ការបណ្តុះបណ្តាលរួមសម្រាប់ក្រុមសង្គ្រោះបឋមរបស់អង្គការ SBSI និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានស្រាប់ គួរមានដាក់បញ្ចូលនូវរបៀបរាយការណ៍តាមវិទ្យុទាក់ទងរវាងបន្ទប់បញ្ជូនក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់និងបន្ទប់ទូរស័ព្ទសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្រុមសង្គ្រោះបឋម និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ គិតទាំងរបៀបប្រមូលព័ត៌មានសម្រាប់ការហៅទៅលេខ ១១៩។ គួរយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសក្នុងការពង្រឹងជំនាញហៅវិទ្យុទាក់ទងភ្លាមៗ និងរក្សាទុកព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ និងជំនាញក្នុងការឆ្លើយតបតាមវិទ្យុទាក់ទង។ ដើម្បីរៀបចំការបណ្តុះបណ្តាលបែបនេះ ត្រូវរៀបចំអត្ថបទជាភាសាខ្មែរជាមុនសិន។

(២) *ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន*

ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅនៅតាមទីជនបទនៅមានលក្ខណៈក្មេងខ្ចីជាងនៅភ្នំពេញធ្វើអោយស្ថានភាពជំងឺរបស់ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងតំបន់ទាំងនោះមានការលំបាក។ លើសពីនេះ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រនៅតាមតំបន់ផ្សេងៗគ្នាក៏មានលក្ខណៈខុសគ្នាទៅតាមភូមិសាស្ត្រដូចជាដែរ (ឧទាហរណ៍ ខេត្តកំពង់ចាម និងខេត្តព្រះសីហនុ) និងតំបន់នៅជុំវិញ។ នៅប្រទេសកម្ពុជា សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ មានភាពខុសគ្នាទៅតាមតំបន់។ នៅតំបន់ប្រជុំជនភាគច្រើនពុំបានបង្កើតក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលជួយដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺតាមការកំណត់នៃច្បាប់ទេ។ បច្ចុប្បន្ននេះ មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋកំពុងព្យាយាមរកមធ្យោបាយដើម្បីជួយអ្នករងរបួសដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍។ នៅតាមផ្លូវជាតិលេខ៦, ៦អា និង៧ ពីភ្នំពេញទៅខេត្តកំពង់ចាមមានអត្រាស្លាប់ដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ខ្ពស់ជាងគេបំផុតក្នុងប្រទេសកម្ពុជា (របាយការណ៍រដ្ឋ ផ្សាយកាលពីឆ្នាំ ២០០៩។ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មកពីមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋតាមនៅតំបន់ប្រជុំជនក៏ត្រូវបានបញ្ជូនទៅកន្លែងគ្រោះ ថ្នាក់ចរាចរណ៍តាមផ្លូវជាតិដែលភ្ជាប់ពីរាជធានីទៅខេត្តដែរ។

ជួនកាល កន្លែងកើតហេតុនៅឆ្ងាយពីមន្ទីរពេទ្យ។ ដោយសារតែមានកង្វះខាតរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ នៅពេលដែលរថយន្តមួយគ្រឿងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់តំបន់ដាច់ស្រយាល ពួកគេមិនអាចផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបានទេលុះត្រារថយន្តមួយនោះត្រលប់មកវិញសិន។

ផ្លូវជាតិលេខ៤ដែលភ្ជាប់ពីរាជធានីភ្នំពេញទៅក្រុងព្រះសីហនុ ជាផ្លូវជាតិមួយដែលមានតួនាទីយ៉ាងសំខាន់សំរាប់វិស័យសេដ្ឋកិច្ច ប៉ុន្តែគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍មានទ្រង់ទ្រាយធំ អាចកើតមាននិងបង្កជាគ្រោះមហន្តរាយធ្ងន់ធ្ងរដូចជា ការលេចធ្លាយសារធាតុគ្រោះថ្នាក់ សារជាតិគីមី ឬអគ្គិភ័យដោយប្រេងសាំង ឬសារធាតុឆាបឆេះផ្សេងៗទៀត។ មិនទាន់មានស្ថាប័នណាមួយឆ្លើយតបទៅនឹងស្ថានភាពទាំងនោះនៅឡើយទេ។

ដើម្បីដោះស្រាយ ឬបន្ធូរបន្ថយបញ្ហាទាំងនេះ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែផ្លាស់ផ្តូរប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមទីជនបទ ដោយផ្អែកទៅលើបទពិសោធន៍ដែលជួបប្រទះក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ ប៉ុន្តែត្រូវតែរៀបចំគំរោងអោយស្របទៅតាមស្ថានភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋាន។ យោងតាមគោលការណ៍របស់ក្រសួងសុខាភិបាល រថយន្តគិលានសង្គ្រោះបន្ទាន់មួយត្រូវបានទុកសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យមួយចំនួនតាមតំបន់ជាក់ស្តែង។ រដ្ឋាភិបាលគួរតែណែនាំវិធីសង្គ្រោះបឋម និងការគ្រប់គ្រងរថយន្តដល់បុគ្គលិកដឹកជញ្ជូននៅតាមមន្ទីរពេទ្យ នៅពេលដែលរថយន្តគិលានសង្គ្រោះត្រូវបានរៀបចំទុកសម្រាប់ពួកគេ។ បុគ្គលិកទាំងនោះគួរចូលរួមការហ្វឹកហាត់ជាមួយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅភ្នំពេញ។

អ្វីដែលចាំបាច់ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នសំរាប់មន្ទីរពេទ្យនៅទីជនបទ គឺការបញ្ជូន និងការព្យាបាលជនរងរបួសដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍។ មន្ទីរពេទ្យនៅតាមតំបន់ទីជនបទមិនអាចដោះស្រាយបញ្ហានេះបានឡើយ គឺត្រូវតែមានកម្លាំងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីក្រុងភ្នំពេញជួយបន្ថែម។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរបង្កើតក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ថ្មីៗនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនៅទីជនបទដើម្បីឆ្លើយតបនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍នៅតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិអោយមានប្រសិទ្ធភាព។ រាជរដ្ឋាភិបាលក៏គួរសម្រេចអោយមានបណ្តាញទំនាក់ទំនងរវាងក្រុមសង្គ្រោះក្នុងមូលដ្ឋាន និងក្រុមអ្នកសង្គ្រោះនៅទីក្រុងភ្នំពេញ។ ប្រសិនបើមានមណ្ឌលសុខភាព ឬប៉ុស្តិ៍ប៉ូលីសនៅជិតផ្លូវខ្វែង រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាអាចបង្កើតក្រុមសង្គ្រោះបឋមជួយតាមលទ្ធភាព។

វាពិតជាមានការលំបាកណាស់ក្នុងការប្រើប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីជនបទអោយដូចជាទីក្រុង។ វាអាចជាទម្រង់ថ្មីមួយដែលត្រូវពិចារណា ប៉ុន្តែទោះជាទម្រង់ណាក៏ដោយ វាត្រូវតែមានតម្លៃទាបដែលអាចទទួលយកបាន។

ការសិក្សានេះ ផ្តល់នូវអនុសាសន៍អោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដោយសង្កត់ធ្ងន់ទៅលើការកែលំអសមាសធាតុសំខាន់ទាំងយ៉ាងនៃការដឹកជញ្ជូន ការកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ ការសហការរវាងស្ថាប័ននានា និងការថែទាំមុនមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ អនុសាសន៍មានដូចខាងក្រោមៈ

១) *ការពង្រឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន*

ដើម្បីកែលម្អប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន ចាំបាច់ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើការរៀបចំផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការផ្តល់ដំណឹងដល់ប្រជាពលរដ្ឋ និងការរៀបចំប្រព័ន្ធចែករំលែកព័ត៌មានស្តីពីគ្រោះថ្នាក់។

ក) ការធានាចំពោះមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់

រាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែរៀបចំផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់តំបន់នីមួយៗ។ ប្រជាជននៅជិតតំបន់ដែលមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ គួរអាចមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់រថយន្តសម្រាប់កសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ពេលខ្លះគេមិនអាចប្រើប្រាស់រថយន្តសង្គ្រោះរបស់ស្ថាប័នទាំងនោះបានទេ ប្រសិនបើតំបន់នោះនៅដាច់ស្រយ៉ាលពេក។ អាស្រ័យទៅលើចំងាយពីស្ថាប័ន គេអាចប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមាននៅក្នុងតំបន់នោះស្រាប់ដើម្បីដឹកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ឬទៅទីតាំងដែលបានកំណត់ទុកជាមុនដើម្បីផ្ទេរអ្នកជំងឺទៅដាក់ក្នុងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះផ្សេងទៀត ជាជាងអោយរថយន្តគិលានសង្គ្រោះចំណាយពេលច្រើនទៅទទួលយកអ្នកជំងឺ។

ផែនការគួរកំណត់វិធីសាស្ត្រសម្រាប់តំបន់ដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យអោយបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន។ នៅក្នុងតំបន់ដែលគ្មានមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានគួរតែពិចារណាការប្រើរថយន្តឈ្នួល (តាក់ស៊ី ឬឡានដឹកទំនិញ) ឬរថយន្តធ្វើដំណើរផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេគួរសម្រេចចិត្តអំពីការរៀបចំ (មធ្យោបាយទំនាក់ទំនង និងតម្លៃ) សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាមុនជាមួយម្ចាស់រថយន្ត។ តម្លៃគួរតែស្ថិតក្នុងកម្រិតទាបដែលអាចទទួលយកបាន។ ប្រសិនបើប្រើតាក់ស៊ី វាគួរតែកំណត់តម្លៃទាបជាងតម្លៃធម្មតា។ រដ្ឋាភិបាលក៏ត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងដែលមានសុវត្ថិភាពក្នុងតំបន់ដែលមិនប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទចល័តដែរ។ ការរៀបចំអាចជាការស្នើសុំសហប្រតិបត្តិការពីគ្រួសារឬកន្លែងមានទូរស័ព្ទ ឬបង្កើតមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងតាមរយៈប្រធានភូមិ ឬអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ។

ខ) ការផ្តល់ព័ត៌មានដល់ប្រជាពលរដ្ឋ

ការមានប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់មិនទាន់គ្រប់គ្រាន់ទេ។ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានគួរជូនដំណឹងដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលប្រើសេវាកម្មនេះ និងរបៀបប្រើប្រាស់វាផងដែរ (ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងតម្លៃ)។ យោងតាមការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិខាងលិច រដ្ឋាភិបាលគួរចែកលិខិត ឬកាតទៅអោយប្រជាពលរដ្ឋដើម្បីគេដឹងអំពីប្រព័ន្ធទាំងនេះ ក៏ដូចជាមធ្យោបាយទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ឬរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាស្តីពីទំនាក់ទំនងព័ត៌មាន និងសកម្មភាពនានាតាមរយៈអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពតាមភូមិ។

គ) ការរៀបចំផែនការស្តីពីការបែងចែកហានិភ័យ

ផែនការស្តីពីការចែករំលែករួមមាន ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ការប្រមូលមូលនិធិសម្រាប់ថ្លៃព្យាបាល) ហៅថាមូលនិធិសមធម៌ ដែលត្រូវបានបង្កើតនៅក្នុងតំបន់មួយចំនួន ប៉ុន្តែពួកគេមិនមានថ្លៃដឹកជញ្ជូនទេ។ អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន និងសហគមន៍គួរតែកែលំអមូលនិធិសមធម៌អោយមានប្រាក់សម្រាប់ទូទាត់ថ្លៃធ្វើដំណើរ។ នៅក្នុងតំបន់ដែលគ្មានការរៀបចំបែបនេះ គួរតែបង្កើតផែនការស្តីពីការចែករំលែកសម្រាលការលំបាកជាមួយគ្នា។

២) *ការកែលំអវិធីកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ*

រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែរៀបចំពិធីសារកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះដើម្បីអោយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់អាចយកទៅប្រើប្រាស់ ក្នុងនោះរួមមានការកំណត់ការដឹកជញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក មណ្ឌលសុខភាព និងរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដល់បុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ។ ដើម្បីកាត់បន្ថយការបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យដោយខ្លួនឯង និងការកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះដោយខ្លួនឯង រដ្ឋាភិបាលគួរតែជូនដំណឹងដល់ប្រជាពលរដ្ឋពីគ្រោះថ្នាក់នៃការដឹកជញ្ជូនផ្លូវឆ្ងាយ។ តាមរយៈការបង្កើនគុណភាពនៃការថែទាំព្យាបាលក្នុងរយៈពេលវែង គេអាចកាត់បន្ថយការបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យដោយខ្លួនឯង និងការកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះដោយខ្លួនឯងបាន។

៣) *ការកែលំអការសម្របសម្រួល និងទំនាក់ទំនងអន្តរស្ថាប័ន*

រដ្ឋាភិបាលគួរអប់រំបុគ្គលិកសុខាភិបាលដូចជា ការទាក់ទងទៅមន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺ នៅពេលកំពុងដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យនោះ ហើយត្រូវជូនដំណឹងអំពីស្ថានភាពអ្នកជំងឺ និងរៀបចំផែនការពេលមកដល់ ទន្ទឹមនេះត្រូវផ្តល់ការណែនាំអំពីរបៀបព្យាបាលអ្នកជំងឺដល់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ ពិធីសារកំណត់អាទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ និងការដឹកជញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកគួរតែមាន "ការទាក់ទងគ្នាមុនពេលដឹកជញ្ជូន"។

៤) *ការកែលំអការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ*

ដើម្បីកែលំអវិធានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់មុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យពីកន្លែងកើតហេតុ (រួមទាំងការព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាព) រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើពិធីសារទាក់ទងនឹងរបៀបសង្គ្រោះជីវិត ការកំណត់អាទិភាពសង្គ្រោះ និងការសម្របសម្រួលរវាងអន្តរស្ថាប័ន ការបង្កើតឯកសារបណ្តុះបណ្តាល និងវិធីសាស្ត្រក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល។ ត្រូវមានឯកសារជាភាសាខ្មែរសម្រាប់ការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់កម្រិតមណ្ឌលសុខភាព និងការព្យាបាលសង្គ្រោះបឋមសម្រាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពតាមភូមិដើម្បីងាយបណ្តុះបណ្តាល។ ឯកសារជាខ្សែវីដេអូក៏គួរបង្កើតអោយមានផងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាល អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ព្រមទាំងអ្នកស្រុកភូមិគួរតែទទួលបានវគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការព្យាបាលសង្គ្រោះបឋមនេះ។ ការបង្កើតកម្មវិធីពិសេសសម្រាប់តំបន់ដាច់ស្រយ៉ាលក៏មានលក្ខណៈចាំបាច់ផងដែរ ពីព្រោះអ្នកសង្គ្រោះបឋមត្រូវការសមត្ថភាពបន្ថែមទៀតសម្រាប់តំបន់របស់ខ្លួន ពេលដែលការដឹកជញ្ជូនត្រូវការចំណាយពេលយូរ។ ថ្វីបើមិនមានការសិក្សាលម្អិតអោយបានគ្រប់គ្រាន់នៅពេលនេះក៏ដោយ ក៏វាបង្ហាញអោយឃើញច្បាស់ថា មណ្ឌលសុខភាពកំពុងខ្វះខាតសម្ភារៈចាំបាច់ដែលមានតម្លៃថោក ដូច្នេះ

ចាំបាច់ត្រូវរៀបចំផែនការដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងផ្តល់សម្ភារៈបរិក្ខារទាំងនោះ [9] ។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីរបៀបធ្វើក្តាទ្រ និងក្រណាត់អបឆ្អឹង គួរតែត្រូវបានធ្វើឡើង ដោយប្រើសប្រាស់សម្ភារៈដែលមានស្រាប់។

គ្រូខ្មែរ និងគ្រូតឆ្អឹងបាក គួរណែនាំទៅក្នុងប្រព័ន្ធថៃទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ ដោយសារវាអាចនឹងមានសារៈប្រយោជន៍ ហើយអ្នកជំងឺជាច្រើនក៏ចូលចិត្តការព្យាបាលតាមបែបបូរាណនេះជាងការប្រើប្រាស់ថ្នាំពេទ្យ។ ទាំងនេះបានបង្ហាញអោយឃើញថា ការព្យាបាលរបួសប៉ះទង្គិចដោយប្រើវិធីបូរាណជាពិសេសភាពស្មុគស្មាញក្នុងការព្យបាលការបាក់ឆ្អឹង (ជំងឺខ្វះឈាមដែលបណ្តាលមកពីការចងរឹតតឹងពេក ហើយអាចឈានដំណាក់កាលកាត់អវយវៈ) គឺជាបញ្ហាកើតជាញឹកញាប់ ប៉ុន្តែវាក៏បានបង្ហាញអោយឃើញផងដែរថា ភាពស្មុគស្មាញនេះអាចកាត់បន្ថយបានតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលខ្លី [10] ។ ជាជាងការទាត់ចោលវិធីព្យាបាលបែបបូរាណទាំងស្រុង រដ្ឋាភិបាលគួរធ្វើយ៉ាងណាអោយគ្រូខ្មែរទទួលស្គាល់អំពីសារសំខាន់នៃការប្រញាប់ទៅព្យាបាលរបួសប៉ះទង្គិចនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយបញ្ជូនពួកគេទៅក្នុងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។

ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងមូលដ្ឋាន ឧបសម្ព័ន្ធ "សេចក្តីណែនាំស្តីពីការរៀបចំផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់" នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃរបាយការណ៍នេះ អាចមានប្រយោជន៍និងគួរប្រើជាជំនួយស្មារតី។ តាមបទពិសោធន៍នៅខេត្តកោះកុង ប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយអ្នកស្រុកភូមិហៅថា "ប្រព័ន្ធបញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងភូមិ"។ វាមានប្រសិទ្ធភាពយ៉ាងល្អសម្រាប់ការជួយសង្គ្រោះគ្នា (VERS)"[11] ។

ឧបសម្ព័ន្ធ " សេចក្តីណែនាំស្តីពីការរៀបចំផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់"

៣.២.២. រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង (៦ឆ្នាំ)

(១) ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់រាជធានីភ្នំពេញ

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែវាយតម្លៃសកម្មភាពដើម្បីកំណត់ថាតើកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបីឆ្នាំដំបូងមានប្រសិទ្ធភាពកម្រិតណា និងកំណត់គោលដៅជាក់លាក់ដើម្បីកែលម្អប្រតិបត្តិការនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។ រដ្ឋាភិបាលត្រូវចាត់វិធានការច្បាស់លាស់ក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ និងគ្រោះថ្នាក់ទ្រង់ទ្រាយធំ ស្លាប់និងការរងរបួសច្រើន។ មធ្យោបាយមួយដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់គោលដៅនេះ គឺត្រូវរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងចម្រុះរួមជាមួយគណៈកម្មការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម (តាមរយៈលេខាធិកាដ្ឋាន) ប៉ូលីសចរាចរណ៍ និងប៉ូលីសពន្លត់អគ្គីភ័យ និងស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ។ រដ្ឋាភិបាលត្រូវរៀបចំវគ្គសិក្សាតាមដានការបង្កើនជំនាញបន្ថែមសមាជិកក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមការចំបាច់ ឬរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលរំលឹកឡើងវិញសម្រាប់ការសង្គ្រោះ។ អាស្រ័យទៅតាមភាពជោគជ័យនៃការសង្គ្រោះនៅរាជធានីភ្នំពេញ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅទីជនបទតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិត្រូវបានពង្រីកបន្តិចម្តងៗ។ អ្វីដែលសំខាន់នៅក្នុង

---

[9] Nakahara et al., 2009.
[10] Lavy et al., 2011.
[11] MoH, 2009.

ដំណើរការនេះ គឺការអប់រំអ្នកដឹកនាំកម្ពុជាអំពីរបៀបសង្គ្រោះ។ កំនើនប្រជាជនដែលយល់ដឹងពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងឈានទៅដល់ឯករាជ្យភាពបន្ថែមនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។

អាស្រ័យដោយវិធីសាស្ត្រខាងលើ ក្រុមសិក្សាផ្តល់អនុសាសន៍ដូចខាងក្រោមៈ

១) *ការរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនៅហ្វឹងកន្លែងតាមរយៈស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ*

ទោះបីជា ក្រុមសង្គ្រោះបឋម និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់មានចំនួនកើនឡើងក៏ដោយ ចំនួននេះនឹងមិនទាន់មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅឡើយ ប្រសិនបើគេធ្វើប្រតិបត្តិការដោយគ្មានការសហការជាមួយអង្គភាពដទៃទៀត។ ចំពោះគ្រោះមហន្តរាយ និងគ្រោះថ្នាក់ទ្រង់ទ្រាយធំ ការសម្របសម្រួលព័ត៌មានជាមួយអង្គការពាក់ព័ន្ធ គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីជួយសង្គ្រោះអោយបានទាន់ពេលវេលា និងសមរម្យ។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាត្រូវរៀបចំផែនការ និងបណ្តុះបណ្តាលនៅហ្វឹងកន្លែងអោយបានទាន់ពេលដើម្បីពង្រឹងសមត្ថភាពរបស់ស្ថាប័នសង្គ្រោះបន្ទាន់នីមួយៗ។ តាមរយៈវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ស្ថាប័ននីមួយៗ រួមមាន គណៈកម្មការជាតិប្រឆាំងភេរវកម្ម ប៉ូលីសចរាចរណ៍ និងប៉ូលីសពន្លត់អគ្គីភ័យ អាចប្រើប្រាស់ចំណេះដឹង និងជំនាញរបស់ខ្លួនបាន។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ក៏ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរកអោយឃើញពីចំណុចខ្សោយនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅរាជធានីភ្នំពេញផងដែរ។ នេះប្រើជាឱកាសដើម្បីរកឃើញចំណុចខ្សោយនៃបញ្ហាជាមួយស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ (ពង្រឹងការសម្របសម្រួលជាមួយស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធ)។ រដ្ឋាភិបាលត្រូវកែលម្អចំណុចខ្សោយ តាមដាន និងបណ្តុះបណ្តាលរំលឹកជំនាញរបស់ក្រុមសង្គ្រោះបឋម និងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់។

២) *ការពង្រឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩*

ជាផ្នែកមួយនៃការពង្រឹងប្រព័ន្ធង្គ្រោះបន្ទាន់លេខ ១១៩ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួររៀបចំបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងថ្នាក់កណ្តាល ដែលកំពុងគ្រប់គ្រងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងក្រុមសង្គ្រោះបឋមនៅក្នុងលេខាធិការដ្ឋាន គ.ជ.ប.ភ នគរបាលពន្លត់អគ្គីភ័យ ក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការពាក់ព័ន្ធដើម្បីគ្រប់គ្រងវិបត្តិកាន់តែប្រសើរឡើង។ គួររៀបចំទស្សនកិច្ចសិក្សាអំពីប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយនៅក្នុងប្រទេសដទៃទៀត។

បន្ថែមពីនេះ រាជរដ្ឋាភិបាលគួរណែនាំពីគំនិតផ្តួចផ្តើមក្នុងការបង្កើតអោយមានអ្នកស្ម័គ្រចិត្តគ្រប់គ្រងគ្រោះមហន្តរាយ ដើម្បីឆ្លើយតបអោយបានឆាប់រហ័សពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ និងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលមិនអាចដោះស្រាយបានតាមប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ ១១៩ បាន។ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ និងឯកជន គួរតែមានការយកចិត្តទុកដាក់ទៅលើវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីទទួលបានជំនាញចាំបាច់សម្រាប់សកម្មភាពរបស់ក្រុមជំនួយគ្រោះមហន្តរាយ បុគ្គលិកដែលមានបំណងចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពរបស់ក្រុមគ្រូពេទ្យឧបការី។ គួរមានការស្រាវជ្រាវស្តីពីស្ថានភាពថវិការមន្ទីរពេទ្យទុកជាមុនដើម្បីកំណត់ពី

លទ្ធភាពការបង្កើតក្រុមគ្រូពេទ្យឧបការីសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ ដោយសារប្រព័ន្ធនេះអាចត្រូវបានថែទាំ និងប្រតិបត្តិការក្រោមថវិការបស់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ឬឯកជនដែលស្រដៀងគ្នានឹងក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែរ។

(២) *ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងតំបន់*

រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែផ្សព្វផ្សាយអំពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមទីជនបទទៅដល់មន្ទីរពេទ្យរដ្ឋក្នុងតំបន់ទាំងអស់អោយបានទូលំទូលាយ ដោយផ្អែកទៅលើលទ្ធផលនៃការវាយតម្លៃរយៈពេលបីឆ្នាំ។ ម្យ៉ាងវិញទៀត គួរតែរៀបចំអោយមានវគ្គបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងនៅថ្នាក់កណ្តាលនៃមន្ទីរសុខាភិបាល និងមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ដើម្បីពង្រីកការយល់ដឹងបានកាន់តែច្រើនអំពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់។

សម្រាប់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមទីជនបទវិញ រាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែវាយតម្លៃពីកម្រិតនៃសម្មិទ្ធផលដែលទទួលបានសម្រាប់ពេលបីឆ្នាំកន្លង ដោយប្រើសូចនាករការងារដូចខាងក្រោម ដើម្បីពង្រឹង និងពិនិត្យខ្លឹមសារ ហើយឈានទៅស្វែងយល់កាន់តែស៊ីជម្រៅ ផ្លាស់ប្តូរកែសម្រួលទៅតាមស្ថានភាពជាក់ស្តែង។

១) *ការកែលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន*

ដោយហេតុថាវិធីសាស្ត្រដឹកជញ្ជូនកំពុងមានការផ្លាស់ប្តូរជាបន្តបន្ទាប់ ដូច្នេះប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏នឹងត្រូវប្រែប្រួលផងដែរ ដែលតម្រូវអោយមានការពិនិត្យឡើងវិញទៅតាមកាលកំណត់។ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ដូចជាមានការបែងចែករថយន្តគិលានសង្គ្រោះថ្មី និងផ្លូវទើបសាងសង់ថ្មី ឬមានការកែលម្អវិធីសាស្ត្រដឹកជញ្ជូន នោះវិធីសាស្ត្រដឹកជញ្ជូនដែលល្អបំផុតអាចនឹងមានការប្រែប្រួលផងដែរ ហើយត្រូវពិនិត្យផែនការដឹកជញ្ជូនឡើងវិញ។ នៅពេលដែលរដ្ឋាភិបាលកែសម្រួលផែនការឡើងវិញ គេគួរតែផ្តល់ដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះដល់ប្រជាពលរដ្ឋ។

២) *ការកែលំអរបៀបកំណត់អាទិភាពសង្គ្រោះ*

សមត្ថភាពព្យាបាលក៏នឹងមានការប្រែប្រួលដែរ ប្រសិនបើបុគ្គលិកចល័តទៅកន្លែងផ្សេង ឬការកើនឡើងនៃចំនួនបុគ្គលិក។ ការបែងចែកមុខងារក្នុងចំណោមស្ថាប័នក៏អាចមានការប្រែប្រួលដែរ ដោយសារការបើកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រថ្មី។ ពិធីសារក៏ត្រូវកែសម្រួលទៅតាមការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដែរ។ នៅពេលមានគោលដៅក្នុងការដឹកជញ្ជូនច្រើន ពិធីសារកំណត់អាទិភាពសង្គ្រោះកាន់តែមានភាពស្មុគស្មាញ ហើយតម្រូវអោយមានការបណ្តុះបណ្តាច្រើនបន្ថែមទៀត។ ប្រសិនបើគ្មានការផ្លាស់ប្តូរទេ គួរតែមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ឡើងវិញដោយប្រើកំណត់ហេតុសកម្មភាពខាងក្រោមដើម្បីរក្សាជំនាញ។

៣) ការកែលំអទំនាក់ទំនង និងការសម្របសម្រួលអន្តរស្ថាប័ន

រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែរៀបចំប្រព័ន្ធមួយ ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតជំនាញនៃមន្ទីរពេទ្យទទួលព្យាបាលជំងឺអាចផ្តល់ការណែនាំបានដើម្បីរក្សាលំនឹងមុនពេលដឹកជញ្ជូន និងសម្រេចចិត្តទាន់ពេលដើម្បីបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកពីតំបន់ដាច់ស្រយាល។ ធ្វើបែបនេះបុគ្គលិកអាចផ្តល់ការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ។ យើងអាចនិយាយបានថាជាទម្រង់នៃការគ្រប់គ្រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថស្ថាននៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាល។

៤) ការកែលម្អការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ

ដោយសារតម្រូវការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ តែងមានកម្រិតខុសៗគ្នា អាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពក្នុងតំបន់ រាជរដ្ឋាភិបាលគួរតែកំណត់កម្រិតចាំបាច់ទៅតាមតំបន់ ហើយបន្តសកម្មភាពដែលបានធ្វើកាលពីបីឆ្នាំមុន និងបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងតំបន់ដាច់ស្រយាលដែលត្រូវការការថែទាំកម្រិតខ្ពស់។ គួរមានការពិនិត្យឡើងវិញនូវកម្រិតបណ្តុះបណ្តាលនៅពេលអនាគត ប៉ុន្តែករណីដែលធ្លាប់កើតមានសម្រាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាស្តីពីជំនួយសង្គ្រោះបន្ទាន់របួសប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងរ កំពុងត្រូវបានផ្តល់ទៅបុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាពក្នុងមូលដ្ឋានតាមបណ្តោយព្រំប្រទល់ប្រទេសកម្ពុជា។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះមានសារសំខាន់ណាស់សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅពេលអនាគត [12]។

សូចនាករការងារនៃប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមទីជនបទ ត្រូវបានកំណត់ដូចខាងក្រោម។ គោលដៅចុងក្រោយគឺត្រូវកែលំអស្ថានភាព (ដូចជាការកាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ និងពិការភាព) នៃអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ការរងរបួស និងមាតុភាព) ប៉ុន្តែអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះពិបាកកំណត់ក្នុងរយៈពេលខ្លីណាស់។ សូចនាករដែលមានស្តង់ដារកម្រិតមធ្យមត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជាប្រយោជន៍ពីសកម្មភាពទាំងនោះ។ ទោះវាជាការសំខាន់ក្នុងការកំណត់កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរនៃរបួសយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការរៀបចំបែបនេះមិនទាន់បានធ្វើរួចនៅឡើយ។ គួរមានការប្រមូលការលទ្ធផលអង្កេតបឋម មុននឹងចាប់ផ្តើមសកម្មភាព ហើយប្រៀបធៀបលទ្ធផលបន្ទាប់ពីបានធ្វើសកម្មភាព។

---

[12] Husum H et al. Save lives save limbs. Penang: Third World Network; 2000.

ការកែលំអលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ការដឹកជញ្ជូន	· ភាគរយនៃផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានរៀបចំ (ឬរថយន្តគិលានសង្គ្រោះរបស់ស្ថាប័នជុំវិញតំបន់) · ភាគរយនៃការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន (ចំនួនអ្នកជំងឺដែលត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមរយៈប្រព័ន្ធនេះ) · ភាគរយនៃការរៀបចំចិកាទូទាត់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់
ការកែលំអការកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ	ប្រសិនបើមានគោលដៅច្រើន ត្រូវវាយតម្លៃជាភាគរយនៅក្រោមអាទិភាពនៃការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការស្ថិតក្រោមការកំណត់អាទិភាពសង្គ្រោះ នឹងត្រូវរាប់ជាករណីដឹកបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកបន្ទាប់ពីបានដឹកជញ្ជូន ប៉ុន្តែការបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅស្ថាប័នដែលអ្នកជំងឺបានជ្រើសរើស។ ការបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យនៅភ្នំពេញនឹងត្រូវបានលើកលែង (ការសម្រេចចិត្តដោយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់គឺទំនងជាមិនអាចធ្វើបានទេ)។ · ភាគរយដែលស្ថិតនៅក្រោមការកំណត់អទិភាពក្នុងការសង្គ្រោះ
ការកែលំអរការទំនាក់ទំនង និងការសម្របសំរួលអន្តរស្ថាប័ន	· ភាគរយនៃការផ្តល់ទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមុនទៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវទទួលអ្នកជំងឺ (រួមទាំងការដឹកដោយផ្ទាល់ពីកន្លែងកើតហេតុនិងកន្លែងត្រូវបញ្ជូនទៅ) · ភាគរយនៃការកាន់លិខិតបញ្ជូនអ្នកជំងឺ (ពីមណ្ឌលសុខភាពទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ហើយពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត) · ភាគរយនៃការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ពីរមន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺ (ពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទៅមណ្ឌលសុខភាព និងពីមន្ទីរពេទ្យខេត្តទៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក)
ការកែលំអរការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យ	· ចំនួនអ្នកចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាល (គិតជាភាគរយ)៖ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ប្រជាពលរដ្ឋ) · កម្រិតនៃការលទ្ធកម្មបរិក្ខារពេទ្យទៅតាម ETCG · ចំនួននៃការព្យាបាលដែលបានធ្វើឡើង · ភាគរយនៃការថែទាំសមរម្យផ្តល់ដោយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ · ភាគរយនៃការសង្គ្រោះបឋមសមរម្យផ្តល់ដោយក្រុមសង្គ្រោះបឋម (អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ ប្រជាពលរដ្ឋ)

៣.៣ ការប្រមូល ការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺ

៣.៣.១ រយៈពេលខ្លី (ក្នុងពេល ៣ ឆ្នាំ)

នៅក្នុងឆ្នាំទីមួយ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាគួរតែបង្កើតទិន្នន័យទៅតាមលក្ខណៈដូចខាងក្រោម និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសាកល្បងនៅពេលបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដល់ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីរកឃើញចំណុចត្រូវកែលំអ។ ចំពោះកំណត់ហេតុដែលតម្រូវអោយមានការដាក់ពិន្ទុ (ការដាក់ពិន្ទុទៅលើរបួសប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ASI ឬ TRISS) គួរតែមានសិក្ខាសាលាសម្រាប់អភិវឌ្ឍធនធានមនុស្សដើម្បីបញ្ចូលទិន្នន័យ ដើម្បីអោយរាជរដ្ឋាភិបាលអាចប្រតិបត្តិការកម្រិតពេញលេញចាប់ពីឆ្នាំទីពីរបាន។ ដោយហេតុថាមានការលំបាកក្នុងការប្រើប្រាស់ ASI ឬ TRISS នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដូច្នេះត្រូវតែពិចារណាទៅលើវិធីសាស្រ្តដ៏សាមញ្ញ។

១. ការប្រមូលទិន្នន័យ

ទោះក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងប្រទេសមិនចាំបាច់ប្រើទម្រង់កំណត់ហេតុសកម្មភាពក៏ដោយ ក៏គួរមានទម្រង់សាមញ្ញមួយដែលមានទិន្នន័យសំខាន់ៗ (ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ទាំងអស់មានប្រើដូចគ្នា) និងទិន្នន័យបន្ថែម (តាមស្ថានភាពក្នុងតំបន់ និងក្រុមនីមួយៗ)។ គេគួរតែចម្លងតាមច្បាប់ដើមពីរច្បាប់ដើម្បីអោយក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់រក្សាទុកឯកសារមួយច្បាប់ ហើយគួរប្រើតារាងថ្មីចុងក្រោយ។ វាជាការចាំបាច់ដែលត្រូវមានវគ្គបណ្តុះបណ្តាលពីរបៀបបង្កើតទម្រង់សាមញ្ញប្រភេទនេះ។ វាក៏ចាំបាច់ផងដែរក្នុងការបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីរបៀបបំពេញទិន្នន័យទៅក្នុងតារាងកំណត់ហេតុអោយបានត្រឹមត្រូវ។ គោលបំណងនេះនឹងធ្វើអោយមានការយល់ដឹងគ្រប់គ្រាន់ទៅលើខ្លឹមសារក្នុងកំណត់ហេតុ និងការកំណត់វិធីកែលម្អគុណភាពទិន្នន័យ។

(២) ការរក្សាទុកទិន្នន័យ

ត្រូវមានការណែនាំពន្យល់អំពីការរក្សាទុកតារាងកំណត់ហេតុទាំងអស់។ ស្ថាប័នណាដែលមានកុំព្យូទ័រប្រើប្រាស់គួរតែបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុងកុំព្យូទ័រ (ដូចជា៖ កម្មវិធី Excel) និងរក្សាទុកជាទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិច។

(៣) ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ

ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់គួរទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីរបៀបផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រើប្រាស់កំណត់ហេតុនៃសកម្មភាពដែលបានធ្វើរួច។ តាមរយៈការបង្ហាញការផ្ទៀងផ្ទាត់នេះ បុគ្គលិកនឹងយល់ច្បាស់ពីហេតុផលនៃការងារផ្សេង និងអាចកែលម្អពីសកម្មភាពរបស់ពួកគេបាន។ គួរតែមានការបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកពីការចងក្រងកំណត់ហេតុអ្នកជំងឺនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ ក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងតំបន់នានា។ នេះជាការសរុបសេចក្តីយ៉ាងសាមញ្ញបំផុត។ បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យជាតិគួរតែទទួលនូវការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីអាចប្រើ

វិធីសាស្ត្រវាយតម្លៃគុណភាពព្យាបាលរបួសប៉ះទង្គិច (ដូចជា៖ TRISS) ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺមកពីមន្ទីរពេទ្យនានា។

៣.៣.២. រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង (ក្នុងរយៈពេល ៦ ឆ្នាំ)

ការកែលម្អរបៀប និងរក្សាទុកទិន្នន័យ គឺជាតម្រូវចាំបាច់បំផុត ប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យត្រូវមានជំនាញវិភាគជ្រៅជ្រះ (ការវាយតម្លៃគុណភាពនៃការព្យាបាល) និងត្រូវការពីមធ្យមទៅរយៈពេលវែងដើម្បីកែលម្អ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការវិភាគដែលគ្រាន់តែធ្វើឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត និងបុគ្គលិកក្រសួងសុខាភិបាល មានការលំបាក ដូច្នេះគួរមានអ្នកស្រាវជ្រាវនៅតាមសាកលវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការវិភាគប្រភេទនេះ។

វិធីសាស្ត្រ TRISS ដែលពឹងផ្អែកទៅលើ AIS ត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងទូលំទូលាយនៅក្នុងប្រទេសអភិវឌ្ឍជាសូចនាករដែលមានស្តង់ដារសម្រាប់ការវាយតម្លៃទៅលើគុណភាពនៃការព្យាបាលរបួសប៉ះទង្គិច។ ប៉ុន្តែអក្សរកូដរបស់ AIS គឺមានភាពស្មុគស្មាញ ហើយត្រូវការអោយមានវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដែលមានការចំណាយខ្ពស់ទើបមានតម្លាភាព។ កន្លងមក មានការស្នើសុំអោយមានវិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលលក្ខណៈសាមញ្ញ ប៉ុន្តែនៅមិនទាន់បានទទួលបាននៅឡើយទេសម្រាប់ប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍន៍។ ស្រាវជ្រាវ និងការបង្កើតវិធីសាស្ត្រសមស្របសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា គឺមានភាពចាំបាច់ខ្លាំងណាស់ ដូចជាសហប្រតិបត្តិការរបស់អ្នកស្រាជ្រាវនៅតាមសាកលវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រក៏មានសារៈសំខាន់ដែរ។

គោលបំណងសម្រាប់រយៈពេលមធ្យមទៅរយៈពេលវែង គឺត្រូវកែលម្អសមត្ថភាពវិភាគ និងស្រាវជ្រាវរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត បុគ្គលិកក្រសួងសុខាភិបាល និងអ្នកស្រាវជ្រាវនៅតាមសាកលវិទ្យាល័យជាតិវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីអភិវឌ្ឍ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលបានប្រមូល/រក្សាទុក។

សូចនាករការងារត្រូវបានកំណត់ដូចខាងក្រោម។ លក្ខណៈស្រដៀងគ្នានឹងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ គោលដៅចុងក្រោយនៃការប្រមូល/ការរក្សាទុក/ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ គឺត្រូវកែលម្អការវិនិច្ឆ័យអ្នករងរបួស និងអ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែក្រុមសិក្សាបានសម្រេចចិត្តប្រមូល/រក្សាទុក/ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យទាំងនោះវិញ ដោយហេតុថាការកែលម្អការវិនិច្ឆ័យនេះ ត្រូវការពេលវេលាច្រើនពេក។ សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ក្រុមសិក្សាចង់បញ្ចូលទាំងការវាយតម្លៃទៅលើគុណភាពនៃការព្យាបាលនៅតាមមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងតំបន់គោលដៅ ប៉ុន្តែបានវាយតម្លៃលើទិន្នន័យមុនមកដល់មន្ទីរពេទ្យវិញ ដោយសារការសិក្សាគ្រាន់តែចង់ផ្តោតទៅលើការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។

ការប្រមូលទិន្នន័យ	· ភាគរយនៃក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលប្រើប្រាស់ទម្រង់តារាងធម្មតា សម្រាប់ធ្វើកំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាព · ភាគរយនៃទិន្នន័យដែលបានបាត់បង់
ការរក្សាទុកទិន្នន័យ	· ភាគរយនៃក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលរក្សាទុកកំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាព · ភាគរយនៃក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក
ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ	· ភាគរយនៃក្រុមសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលកត់ត្រាចំនួន និងធ្វើរបាយការណ៍ · ភាគរយនៃក្រុមសង្គ្រោះដែលបញ្ជាក់ឡើងវិញលើកំណត់ហេតុស្តីពីសកម្មភាព

៤. *សន្និដ្ឋាន*

នៅទីក្រុងក្រុងភ្នំពេញ និងតំបន់ជាច្រើនតាមបណ្តោយផ្លូវជាតិ អ្នកជំងឺរងរបួសភាគច្រើនគឺបណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិចដោយយានយន្ត ហើយចំនួនរងរបួសកាន់តែមានការកើនឡើងជាបន្តបន្ទាប់ ដោយសារផ្លូវថ្នល់កំពុងត្រូវបានស្ថាបនាជួសជុល បង្ករការលំបាកដល់ចរាចរណ៍។ ប្រសិនបើស្ថានភាពនាពេលបច្ចុប្បន្ននៅតែបន្តទៅទៀត អត្រារស់រានមានជីវិតតាមរយៈប្រព័ន្ធសង្រោះបន្ទាន់ នឹងត្រូវបានថយចុះ ហើយកំនើនអ្នករងរបួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍នឹងកើនឡើង។ គោលបំណងចំបងក្នុងការសិក្សានេះ គឺដើម្បីបង្កើនអាត្រារស់រានមានជីវិតតាមរយៈការពង្រឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ប៉ុន្តែដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពបង្កដោយគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ យើងត្រូវពិចារណាលើវិធានការសុវត្ថិភាពតាមដងផ្លូវ។

ការពង្រឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់ មិនមែនគ្រាន់តែជាបញ្ហារបស់សេវា ឬការអប់រំអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះទេ។ វាទាមទារអោយមានវិធានការជាតិដើម្បីកាត់បន្ថយការប៉ះទង្គិចដោយយានយន្ត ការពង្រឹងច្បាប់ចរាចរណ៍ ពង្រឹងការធ្វើចរាចរណ៍របស់ប្រជាពលរដ្ឋ និងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសាធារណៈផងដែរ។ វាជាការសំខាន់ណាស់ក្នុងការពង្រឹងលើការហាមឃាត់ការបើកបរពេលស្រវឹង និងត្រូវម៉ឺងម៉ាត់អនុវត្តតាមច្បាប់ចរាចរណ៍ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប៉ះទង្គិចដោយយានយន្តស្របពេលកំពុងខិតខំពង្រឹងប្រព័ន្ធសង្គ្រោះបន្ទាន់។

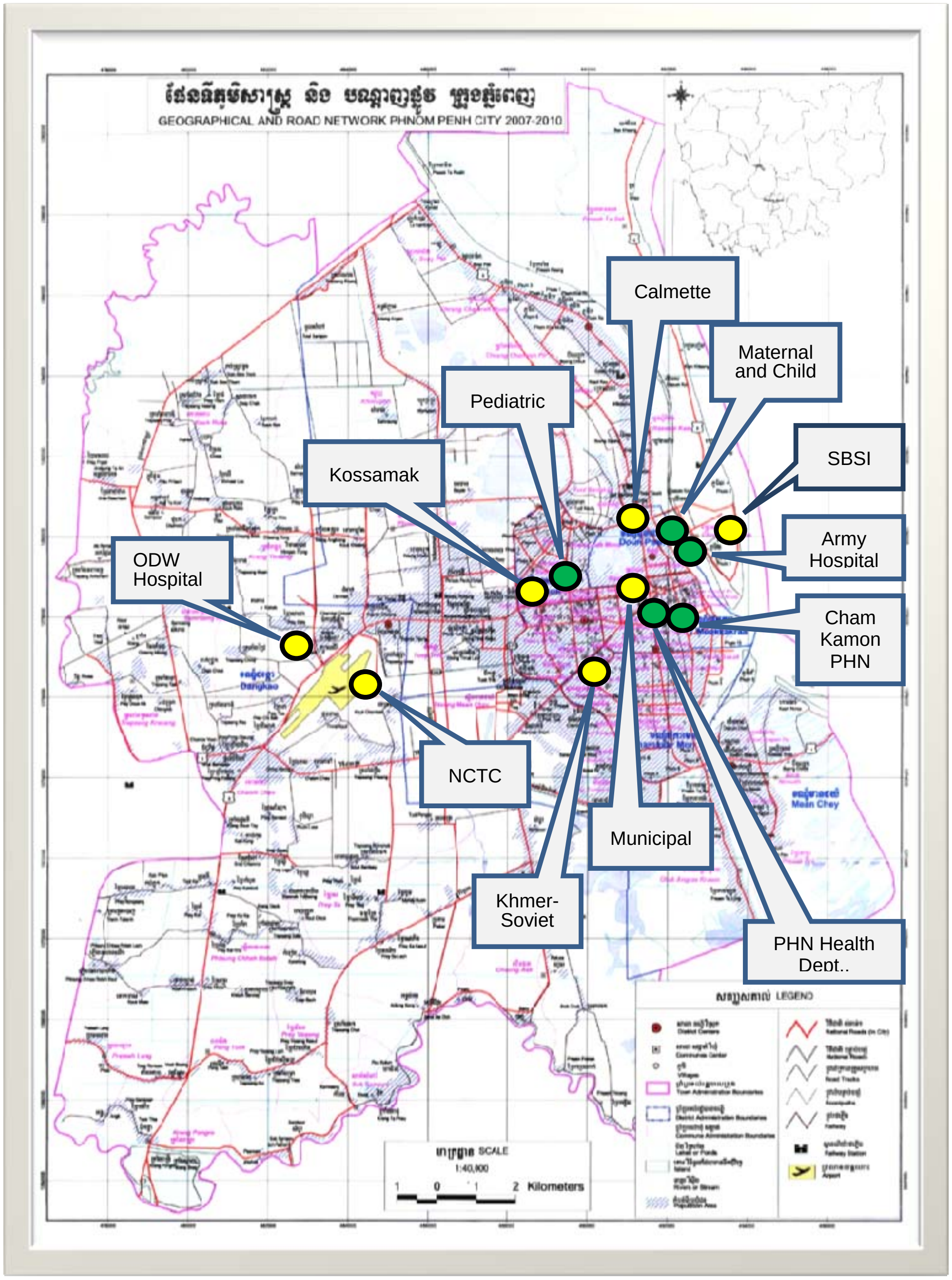
រូបភាព ៥ & ៦៖ ផ្លូវនៅកម្ពុជា

តួនាទីវិស័យសុខាភិបាល គឺត្រូវទទួលស្គាល់ថាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ជាបញ្ហាសុខភាព និងត្រូវមានគោលដៅកែលំអ ពង្រឹងបញ្ហាសុខភាពរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ។ រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាមិនត្រឹមតែត្រូវទប់ស្កាត់គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ប៉ុណ្ណោះនោះទេ តែត្រូវពង្រឹងសកម្មភាពបរិស្ថាន និងការកាត់បន្ថយផ្សែងពុលក្នុងពេលតែមួយ។ ការកែលម្អបរិស្ថានផ្លូវថ្នល់ ការគ្រប់គ្រងចរាចរណ៍ និងផែនការរៀបចំទីក្រុងគឺស្ថិតនៅក្រៅពីវិស័យសុខាភិបាល ប៉ុន្តែបញ្ហានេះគួរតែមានសំណើដើម្បីកែលំអបរិស្ថានផ្លូវថ្នល់ និងការរស់

នៅ (ដូចជា ការកែលំអអគារសុវត្ថិភាព ការកែលំអប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសាធារណៈដើម្បីកាត់បន្ថយបញ្ហាចរាចរណ៍) សំដៅដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាព និងធ្វើអោយប្រជាពលរដ្ឋមានសុខភាពប្រសើរឡើង។

(*ក្រុមសិក្សាសូមអរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅចំពោះ អង្គការ SBSI របស់លោកវេជ្ជបណ្ឌិត Peter Z.LI និងកញ្ញា Michie Nishiguchi ដែលបានសកម្មគាំទ្រក្នុងការសិក្សានៅប្រទេសកម្ពុជា។ ប្រសិនបើមិនមានការគាំទ្រដ៏សកម្មពីសំណាក់លោកវេជ្ជបណ្ឌិត និងកញ្ញាទេ ក្រុមសិក្សាពុំអាចទទួលលទ្ធផលដ៏ត្រចះត្រចង់នេះឡើយ។)

រូបភាព៖ មន្ទីរពេទ្យដែលមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ និងក្រុមសង្គ្រោះនៅក្រុងភ្នំពេញ



សម្គាល់

🟡 : ស្ថាប័ន/រថយន្តគិលានសង្គ្រោះសហការជាមួយបណ្តាញ ១១៩ (តែពេលមានមហន្តរាយ)

🟢 មន្ទីរពេទ្យមានរថយន្តគិលានសង្គ្រោះតែមិនមែនជាបណ្តាញ ១១៩

ឧបសម្ព័ន្ធ

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់

(*ដកស្រង់ និងការកែសម្រួលពីក្រសួងសុខាភិបាល ក្រសួងការងារ និងសុខុមាលភាព គម្រោងការស្រាវជ្រាវកិច្ចសហប្រតិបត្តិការវេជ្ជសាស្ត្រអន្តរជាតិ (១៦ Ko ៤) *ការស្រាវជ្រាវស្តីពីការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការថែទាំពីគ្រោះថ្នាក់របស់អង្គភាព នៅប្រទេសកំពុងអភិវឌ្ឍ* និងរបាយការណ៍ស្រាវជ្រាវឆ្នាំ ២០០៦)

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការថែទាំរបួសប៉ះទង្គិចមុនពេលទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ និងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូននៅកន្លែងខ្វះធនធាននៃប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលតិច និងមធ្យម។

សៀវភៅណែនាំនេះផ្តោតទៅលើការប្រើប្រាស់ធនធានដែលមានស្រាប់ និងការកៀងគងប្រជាជននៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងការណែនាំពីគំរូនៃប្រព័ន្ធសង្គ្រោះមុនពេលទៅដល់មន្ទីរពេទ្យនៅបច្ចឹមប្រទេស ដើម្បីបង្កើតគំរូថ្មីនៃការថែទាំរបួសប៉ះទង្គិចមុនពេលទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ និងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូននៅកន្លែងដែលខ្វះធនធាន។

១. ការបង្កើតប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន
២. ការបង្កើតបណ្តាញទំនាក់ទំនងក្នុងចំណោមអគារពិនិត្យសុខភាព
៣. ការបង្កើតបណ្តាញសង្គ្រោះពីសហគមន៍ទៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំសុខាភាពជំនាញ

១. ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន

ភាពចាំបាច់នៅក្នុងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូន៖ នៅពេលដែលអ្នកទទួលអ្នកជំងឺរបួសធ្ងន់ធ្ងរ ហើយអ្នកមិនអាចព្យាបាលនៅកន្លែងអ្នកបានទេ អ្នកត្រូវរៀបចំមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនគាត់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលមានសមត្ថភាពខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន អ្នកត្រូវចាត់ចែងការរៀបចំដូចខាងក្រោម៖

១.១. នៅពេលដែលអ្នកអាចប្រើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតដែលមានសមត្ថភាពខ្ពស់ជាងអ្នក អ្នកត្រូវដឹងជាមុននូវរបៀបហៅរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ។ អ្នកត្រូវកំណត់អំពី៖

- របៀបទាក់ទងមន្ទីរព្យាបាល ដើម្បីហៅរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ (តើលេខទូរស័ព្ទមួយណា តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវ)
- តើអ្នកជំងឺត្រូវចំណាយលើថ្លៃដឹកជញ្ជូនប៉ុន្មាន?
- តើត្រូវដោះស្រាយដោយរបៀបណា ប្រសិនបើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះមិនទំនេរ (ជាប់រវល់ ឬប្រើមិនបាន)

១.២. ប្រសិនបើរថយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅកន្លែងរបស់អ្នកមិនទំនេរទេ អ្នកត្រូវរៀបចំវិធីផ្សេងទៀតដើម្បីដឹកជញ្ជូន។ បើអ្នកមិនមានថវិកាសទេ អ្នកត្រូវគិតដល់ជម្រើសមួយចំនួនដូចខាងក្រោម រួមមានជំនួយពីសហគមន៍ដើម្បីទិញយានយន្ត (ទោចក្រយានយន្ត ម៉ូតូកង់បី ឬប្រភេទយានយន្តផ្សេងទៀត)។ នៅពេលណាអ្នកស្វែងរកធនធាននៅក្នុងសហគមន៍ អ្នកត្រូវគិតដល់និរន្តភាព។

- ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកបើកបរអោយដឹកអ្នកជំងឺនៅពេលមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់
  - ◇ អ្នកត្រូវកំណត់តម្លៃជាមួយអ្នកបើកបរជាមុន។ នៅពេលប្រជាពលរដ្ឋមិនអាចទទួលយកតម្លៃនោះបាន ត្រូវមានការរួមចំណែកសម្រាលការលំបាក ឬឧបត្ថម្ភធនក្នុងកម្មវិធី។ ការបង់ប្រាក់មុន និងប្រព័ន្ធធានារ៉ាប់រង អាចជាការប្រសើរជាងការយកថ្លៃសេវាកម្មនៅពេលប្រើប្រាស់។ [1]
  - ◇ អ្នកត្រូវកំណត់ពីរបៀបទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកបើកបរដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ ដំបូង អ្នកគួរដឹងថាគាត់នៅឯណា។ ប្រសិនបើគាត់ដឹកអ្នកដំណើរ ឬទំនិញ តាមផ្លូវដដែលរាល់ថ្ងៃ អ្នកអាចរកឃើញអ្នកបើកបរនោះបានយ៉ាងងាយស្រួល។ ប្រសិនបើផ្លូវធ្វើដំណើររបស់គាត់នៅជិតសហគមន៍ គាត់ក៏អាចមកយកអ្នកជំងឺបានយ៉ាងស្រួល។ ទីពីរ អ្នកគួរកំណត់របៀបទូរស័ព្ទទៅអ្នកបើកបរនោះ។ ប្រសិនបើគាត់មានទូរស័ព្ទ វាជាការងាយស្រួលទាក់ទង។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកគួរបញ្ជូនបុគ្គលិកទៅកន្លែងដែលគាត់រស់នៅដោយជិះកង់ ឬម៉ូតូ។ បុគ្គលិកនោះត្រូវស្គាល់អ្នកបើកបរ ឬអ្នកបើកបរត្រូវពាក់ស្លាកសម្គាល់ខ្លួន។ នៅក្នុងប្រទេសនីហ្សេរីយ៉ា អ្នកបើកបរពាក់ស្លាកសញ្ញាដើម្បីអោយប្រជាជនក្នុងសហគមន៍អាចចំណាំពួកគេបាន [2]។
  - ◇ ការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកបើកបរមានពីរវិធីសំខាន់ៗ។ អ្នកបើកបរអាចផ្តល់ការសង្គ្រោះបឋមដល់អ្នករងរបួសបាន នៅពេលពួកគេសែងអ្នកជំងឺពីកន្លែងកើតហេតុ។ [3] អ្នកបើកបរនឹងមានការនឿយហត់ព្រោះគាត់ត្រូវប្រយ័ត្នចំពោះការខូចខាត និងការស្លាប់នៅតាមផ្លូវ។ [1] ការបណ្តុះបណ្តាលអាចជួយសម្រួលករណីនេះបាន។
  - ◇ អ្នកគួរតែកំណត់ពីរបៀបដើម្បីរកអ្នកបើកបរនៅថ្ងៃឈប់សំរាក។ ការកំណត់នេះអាច ត្រូវបានយកមកពិចារណាដោយចុះកិច្ចសន្យា។ តម្លៃសម្រាប់សេវានៅពេលយប់អាចនឹងថ្លៃជាងនៅពេលថ្ងៃ។ អ្នកបើកបរខ្លះអាចនឹងមិនយល់ព្រមទៅយកអ្នកជំងឺនៅពេលយប់ ឬនៅថ្ងៃឈប់សំរាកទេ។
- នៅពេលរថយន្តគិលានសង្គ្រោះឯកជន ឬសាធារណៈមិនទំនេរ អ្នកគួរគិតដល់វិធីដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀត។ ម៉ូតូ ឬរ៉ឺម៉កគិលានសង្គ្រោះ មានថ្លៃសេវាថោកជាងរថយន្តគិលានសង្គ្រោះ។ វាអាចជួយដឹកជញ្ជូនទៅមណ្ឌលសុខភាពបាន។ [4]
  - ◇ អ្នកបើកបរគួរមានទំនាក់ទំនងជាមួយប្រជាជនក្នុងសហគមន៍ អ្នកប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិភាក្សាគ្នាពីរបៀបប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រសង្គ្រោះទាំងនេះ។ ដើម្បីអោយប្រើប្រាស់បានយូរ អ្នកគួរគិតថ្លៃពីអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ថ្លៃសាំង និងការជួសជុលក្នុងតម្លៃដែលពួកគាត់អាចចំណាយបាន។ គួរមានការគិតគូរអំពីការបង់ថ្លៃជាមុន។

◇ នៅពេលមណ្ឌលសុខភាពមានមធ្យោបាយសង្គ្រោះបែបនេះ គួរមានការកំណត់រកមនុស្សទទួលខុសត្រូវ។ ដោយសារតែមណ្ឌលសុខភាពមិនអាចជួលមនុស្សធ្វើការនេះបាន ដូច្នេះសមាជិកបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពគួរទទួលបន្ទុកលើកិច្ចការនេះ។

◇ ប្រជាជនគួរមានការយល់ដឹងពីយានយន្តគិលានសង្គ្រោះនៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពដើម្បីពួកគាត់អាចទាក់ទងបាននៅពេលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ជាជាងអោយពួកគាត់រៀបចំការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺដោយខ្លួនឯង។

- ទោះបីជាមិនមានយានយន្តសំរាប់ដឹកជញ្ជូនក៏ដោយ ក៏គួរមានការព្យាយាមប្រកបដោយគំនិតឈ្លាសវៃ ដូចជាការដឹកជញ្ជូនតាម កង់ កាណូត ទូក និងរទេះជាដើម។[1,5]

  ◇ អ្នកគួរស្វែងយល់ពីប្រសិទ្ធភាពរបស់ប្រព័ន្ធថ្មីនេះ។ នៅតាមតំបន់ទំនាប កង់ក៏ប្រសើរជាងការដើរ ប៉ុន្តែនៅតំបន់ដទៃទៀត កង់ពុំអាចប្រើការបានឡើយ។ [1]

  ◇ ជំនឿវប្បធម៌ពេលខ្លះធ្វើអោយប្រជាពលរដ្ឋញញើតក្នុងការប្រើប្រាស់ការដឹកជញ្ជូនប្រភេទនេះ។ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅប្រទេសម៉ាឡាវី មិនចង់អោយអ្នកដទៃឃើញខ្លួនជិះកង់ដើម្បីសង្គ្រោះឡើយ។ [1]

១.៣ ប្រជាពលរដ្ឋគួរយល់ដឹងអំពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ បើមិនដូច្នោះទេ ពួកគេនឹងមិនប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនោះឡើយ ហើយពួកគេនឹងព្យាយាមរៀបចំការដឹកជញ្ជូនដោយខ្លួនឯង។

- ផ្សព្វផ្សាយព័តមានអំពីប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានស្រាប់
- ផ្សព្វផ្សាយព័តមានអំពីរបៀបប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនេះ៖ របៀបទំនាក់ទំនង (លេខទូរស័ព្ទ) របៀបបង់ប្រាក់ជាមុន ឬប្រព័ន្ធចែករំលែកគ្រោះថ្នាក់ជាដើម ។ល។

២. *ទំនាក់ទំនងរវាងមន្ទីរពេទ្យនឹងមន្ទីរពេទ្យ*

២.១ *លិខិតបញ្ជូន ៖*

ការបញ្ជូនព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺគឺជាកិច្ចការសំខាន់ នៅពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានសមត្ថភាពខ្ពស់។ ព័ត៌មានស្តីពីប្រវត្តិ និងការព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺពីមន្ទីរពេទ្យបញ្ជូនចេញ និងស្ថានភាពអ្នកជំងឺ នឹងអាចជួយធានាថា វាមិនបង្កអោយមានភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ និងទទួលបានការព្យាបាលសមរម្យនៅមន្ទីរពេទ្យមួយទៀត។

- អ្នកគួរតែធ្វើលិខិតបញ្ជូន ឬលិខិតផ្លូវការមួយ។ អ្នកគួរតែកំណត់មុខងារនៃលិខិតថាជា "លិខិតបន្ទាន់" ដែលអោយអ្នកជំងឺអាចពិគ្រោះជាមួយអ្នកជំនាញបានដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំយូរ។ បែបនេះអាចកាត់បន្ថយការបញ្ជូនការទៅពេទ្យខ្លួនឯងដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់។

២.២. *ការហៅទូរស័ព្ទបញ្ជូនអ្នកជំងឺ៖*

- ប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺត្រូវបានគេផ្តល់ដំណឹងជាមុន នោះគេអាចរៀបចំមន្ទីរពេទ្យជាមុនសម្រាប់ទទួលអ្នកជំងឺរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ហេតុនេះ បុគ្គលិកនៃមន្ទីរពេទ្យបញ្ជូនអ្នកជំងឺត្រូវទាក់ទង (តាមទូរស័ព្ទ ឬវិទ្យុទាក់ទង) ទៅបុគ្គលិកនៃមន្ទីរពេទ្យនោះមុនពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺចេញ។ នៅពេលហៅទូរស័ព្ទ ព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតបញ្ជូនអ្នកជំងឺគួរត្រូវបានគេបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យនោះដែរ។ ទោះនេះបង្កអោយមានការងារច្រើនក៏ដោយ ប៉ុន្តែគោលបំណងនៃការហៅទូរស័ព្ទ គឺដើម្បីអនុញ្ញាតអោយបុគ្គលិកនៃមន្ទីរពេទ្យទទួលអ្នកជំងឺ រៀបចំការចាប់ផ្តើមនៃការព្យាបាលអោយបានសមស្រប និងទាន់ពេល។

២.៣. *ព័ត៌មានត្រឡប់*

- នៅពេលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនត្រឡប់មកមណ្ឌលសុខភាពវិញ ព័ត៌មានត្រឡប់ក៏ត្រូវផ្ញើមកវិញដែរ។ វាជាព័ត៌មានសំខាន់ ជាពិសេសសម្រាប់បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពតាមដានស្ថានភាពអ្នកជំងឺ។ ជាងនេះទៅទៀត វាក៏សំខាន់សម្រាប់អប់រំ៖ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពអាចដឹងពីលទ្ធផលនៃការបញ្ជូនរបស់ពួកគេ។ គេអាចដឹងពីលទ្ធផលថាតើការបញ្ជូនរបស់ពួកគេសមស្រប និងទាន់ពេលឬទេ។

២.៤ *បណ្តាញប្រឹក្សាតាមទូរស័ព្ទ៖*

ប្រសិនបើការប្រឹក្សាពិគ្រោះយោបល់របស់អ្នកឯកទេសអាចធ្វើបាន ២៤ ម៉ោងតាមប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ វាពិតជាជំនួយដ៏ប្រសើរសំរាប់បុគ្គលិករបស់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព។ អ្នកឯកទេសអាចផ្តល់ប្រឹក្សាថាតើត្រូវដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលមានលំដាប់ខ្ពស់ ឬត្រូវរៀបចំអោយមានអន្តរាគមន៍បន្ទាន់ ព្រមទាំងរបៀបប្រតិបត្តិការ។ មុនពេលផ្ទេរ ប្រសិនបើស្ថានភាពវិវឌ្ឍទៅកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបង្អែកឬមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាពក្នុងកំពុងពេលធ្វើដំណើរ (ប្រសិនបើបុគ្គលិកអាចអមដំណើរទៅជាមួយអ្នកជំងឺ)។ លើសពីនេះទៅទៀត បុគ្គលិកនៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាលនឹងមិនមានអារម្មណ៍ថាឯកោទេ នៅពេលដែលពួកគេមានបណ្តាញបែបនេះ។

- អ្នកគួរតែចាត់តាំងអ្នកឯកទេសនៅក្នុងមន្ទីពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីពេទ្យរដ្ឋអោយមានពិគ្រោះយោបល់តាមទូរស័ព្ទនៅអគារថែទាំសុខភាពកម្រិតបឋម និងមធ្យម។ នៅវេនយប់ វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំការអាចពិគ្រោះយោបល់តាមទូរស័ព្ទបាន។ ដោយហេតុថា ភារកិច្ចនេះនឹងធ្វើអោយបន្ទុកការងារអ្នកឯកទេសកាន់តែមានច្រើន គួរមានការរៀបចំជាមុននៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំសុខភាព ដោយពិភាក្សា និងសម្រេចអោយមានសមរម្យ។

២.៥. *បណ្តាញបញ្ជូនអ្នកជំងឺ*

បុគ្គលិកគ្រប់កម្រិតគួរតែស្គាល់គ្នាទៅវិញទៅមក។ បុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាព គួរតែដឹងពីសមត្ថភាពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ដែលនៅជិតបំផុតក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ និងជំនាញរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ ព័ត៌មាននេះអាចជួយសម្រួលអោយពួកគេសម្រេចចិត្តបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ បុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកគួរតែដឹងពីសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាពដើម្បីអោយពួកគេអាចផ្តល់អនុសាសន៍បានសមរម្យថាតើគួរបញ្ជូនអ្នកជំងឺ ឬយ៉ាងណា។ គួរមានការវិនិច្ឆ័យលើការបញ្ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយផ្អែកលើសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាព និងនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។

- ចាំបាច់ត្រូវបើកវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ផ្តល់ជំនាញទំនាក់ទំនងរវាងបុគ្គលិកនៅមណ្ឌលសុខភាព និងបុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។ តាមរយៈព័ត៌មានទាំងនេះ ពួកគេអាចធ្វើការវិនិច្ឆ័យបញ្ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបាន។ បើមិនដឹងពីសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកទាំងអស់នៅក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពនេះទេ ការវិនិច្ឆ័យសមរម្យក៏មិនអាចធ្វើបានដែរ។ ការទំនាក់ទំនងបែបនេះក៏អាចជួយសម្រួលដល់ការប្រើប្រាស់លិខិតបញ្ជូន និងលិខិតព័ត៌មានត្រឡប់បានដែរ។

២.៦. *ការដាក់បញ្ចូលគ្រូខ្មែរទៅក្នុងបណ្តាញបញ្ជូនអ្នកជំងឺ*

ជាធម្មតា គ្រូខ្មែរ ជាពិសេសគ្រូតឆ្អឹងបាក់មិនត្រូវដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងបណ្តាញបញ្ជូនអ្នកជំងឺទេ។ ការអនុវត្តរបស់ពួកគេខ្លះមានគ្រោះថ្នាក់ ដែលបណ្តាលអោយមានផលវិបាក ឧទាហរណ៍ៈ ការតឆ្អឹងខុសដោយគ្រូតឆ្អឹងអាចបណ្តាលអោយមានដំបៅរលួយ ហើយឈានដល់ការកាត់ដៃជើងទៀតផង។ [6] វេជ្ជបណ្ឌិតខ្លះស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការដាក់បញ្ចូលគ្រូតឆ្អឹងទៅក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាព។ គោលការណ៍ថែទាំរបួសប៉ះទង្គិចធ្ងន់ធ្ងររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក មិនបានបញ្ជាក់អំពីផលលំបាកអាក្រក់ឡើយ។ ដោយសារប្រជាជនអាចរកគ្រូតឆ្អឹងបាន និងដោយមានការទទួលស្គាល់ពីសំណាក់ប្រជាពលរដ្ឋ យើងត្រូវពិចារណាទៅលើការផ្លាស់ប្តូរគ្រូខ្មែរដែរ។ អ្នកជំងឺរបួសប៉ះទង្គិចជាច្រើន បានមកពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូតឆ្អឹងមុនពេលទៅព្យាបាលនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ [7]។

៣. *បណ្តាញសម្រាប់ការរស់រានមានជីវិត*

៣.១ *បណ្តាញអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសហគមន៍*

នៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាលនៃប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម ការថែទាំមុនពេលមកដល់មន្ទីរពេទ្យមួយចំនួន មិនអាចធ្វើបានឡើយ ហើយវាត្រូវការចំណាយពេលជាច្រើនម៉ោង (ឬច្រើនថ្ងៃ) ដើម្បីបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។ ប្រព័ន្ធថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់លើរបួសប៉ះទង្គិច គឺជាប្រព័ន្ធពិសេសមួយនៅក្នុងសហគមន៍។ ប្រជាពលរដ្ឋគួរតែជាអ្នកចូលរួមចំណែកដំបូងបំផុតនៃប្រព័ន្ធនេះ ដើម្បីអោយ "បណ្តាញទំនាក់ទំនងសម្រាប់ការរស់រានមានជីវិត" អាចបន្តទៅមុខទៀតបាន។ ការចូលរួមពីសំណាក់ប្រជាពលរដ្ឋ

នៅក្នុងប្រព័ន្ធថែទាំមុនពេលទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ គឺជាអនុសាសន៍ដ៏ប្រសើរបំផុត ជាពិសេសនៅកន្លែងដែលខ្វះធនធាន [3,8] ។

- អ្នកអាចជ្រើសរើសប្រជាពលរដ្ឋដែលមានទឹកចិត្តចង់ចូលរួមនៅក្នុងសហគមន៍ ហើយរៀបចំពួកគេជាក្រុមសម្រាប់ថែទាំមុនពេលទៅដល់មន្ទីរពេទ្យ។ ត្រូវមានការបណ្តុះបណ្តាលអំពីរបៀបត្រឹមត្រូវក្នុងការសង្គ្រោះបឋម និងរបៀបរៀបចំការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺ។ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព គឺជាមនុស្សសាកសមបំផុតសម្រាប់បណ្តុះបណ្តាលក្រុមអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ពីព្រោះពួកគាត់ស្គាល់សហគមន៍ច្បាស់លាស់។ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពគួរគ្រប់គ្រង ពិនិត្យ និងវាយតម្លៃការអនុវត្តន៍របស់ក្រុមដើម្បីពួកគេអាចជួយកែលំអប្រព័ន្ធនោះ។ នៅពេលក្រុមនេះបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ ព័ត៌មានត្រឡប់គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីពង្រឹង លើកទឹកចិត្ត និងបង្កើនជំនាញរបស់ពួកគេ ។[11]
- បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព អាចគ្រប់គ្រងក្រុមស្ម័គ្រចិត្ត។ ពួកគាត់ក៏ត្រូវទទួលផលប្រយោជន៍ដែរនៅការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការថែទាំរបួសប៉ះទង្គិច។ ពួកគាត់អាចស្វែងយល់ពីជំនាញកាន់តែស៊ីជំរៅបន្ថែមទៀត។ កម្រិតនៃជំនាញដែលត្រូវការ គឺអាស្រ័យលើស្ថានភាពជាក់ស្តែងក្នុងតំបន់។ នៅតាមតំបន់ដាច់ស្រយាលឆ្ងាយពីមន្ទីរពេទ្យនៅប្រទេសកម្ពុជា បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពបានសិក្សាជំនាញ ATLS យ៉ាងជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយមរណភាព [10] ។ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពអាចអនុវត្តរបៀបគ្រប់គ្រងការខូចខាតផ្នែកពោះ [11] ។
- គួរផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានថានរណាខ្លះជាសមាជិកនៃក្រុមស្ម័គ្រនៅសហគមន៍។ ក្នុងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមភូមិនៅប្រទេសកម្ពុជា សមាជិកទទួលបានស្លាកសញ្ញាដើម្បីដាក់តាមផ្ទះដើម្បីបញ្ជាក់ថាពួកគាត់ជាសមាជិកស្ម័គ្រចិត្ត [12] ។ ប្រជាជនសហគមន៍និងសមាជិកអ្នកស្ម័គ្រចិត្តត្រូវស្គាល់លេខទូរស័ព្ទដើម្បីទាក់ទងមណ្ឌលសុខភាពជិតបំផុតក្នុងការហៅទូរស័ព្ទរកជំនួយ។
- អ្នកពាក់ព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធនេះ អាចចូលរួមចំណែក និងបង្កើនការជឿជាក់លើខ្លួនឯង ហើយអាចកែប្រែ រីកចម្រើន ទទួលប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី ក្លាយជាអ្នកពាក់ព័ន្ធដ៏សកម្មមួយរូម។ ពួកគេអាចមានឥទ្ធិពលជាវិជ្ជមានលើផែនការអនាគត រួមចំណែករៀបចំប្រព័ន្ធឆ្លើយតបដ៏ប្រសើរមួយ [13] ។ វាមិនដូចជាការថែទាំជំងឺដទៃទៀតទេ ការសង្គ្រោះបឋមលើរបួសប៉ះទង្គិចមានប្រសិទ្ធក្នុងការកាត់បន្ថយការស្លាប់ ឬជំងឺផ្សេងទៀត។ នៅពេលពួកគេមានការជឿជាក់លើខ្លួនឯង និងមានសមត្ថភាពដើម្បីកំណត់ដោះស្រាយបញ្ហា ពួកគាត់នឹងបន្តដោះស្រាយបញ្ហាដែលកើតឡើងជាបន្តបន្ទាប់។

៣.២ បណ្តាញទំនាក់ទំនងរវាងមន្ទីរពេទ្យ

"បណ្តាញទំនាក់ទំនង" មិនគួរកាត់ផ្តាច់ពីគ្នាទេ លុះត្រាតែប្រជាជនទទួលបានការថែទាំបានពេញលេញសិន។ នៅពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យកម្រិតខ្ពស់ ពួកគេជាធម្មតាមិនមានបុគ្គលិកសុខភាពមកជាមួយទេ ដោយសារតែបុគ្គលិកទាំងនោះមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការថែទាំអ្នកជំងឺដទៃទៀតនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួន ។

- កំឡុងពេលបញ្ជូន អ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរគួរត្រូវបានទទួលការថែទាំមូលដ្ឋានដូចជាការព្យួរសេរ៉ូម និងការគ្រប់គ្រងផ្លូវដង្ហើម។ គួរមានមនុស្សយ៉ាងតិចម្នាក់ដែលមានជំនាញបែបនេះទៅតាមអ្នកជំងឺ។ ការចាត់ចែងបុគ្គលិក និងការបណ្តុះបណ្តាលដោយកំណត់ទុកជាមុន គឺជារឿងសំខាន់ ។

References

1. Krasovec K. Auxiliary technologies related to transport and communication for obstetric emergencies. Int J Gynaecol Obstet. 2004;85 Suppl 1:S14-23.
2. Shehu D, Ikeh AT, Kuna MJ. Mobilizing transport for obstetric emergencies in northwestern Nigeria. The Sokoto PMM Team. Int J Gynaecol Obstet. 1997;59 Suppl 2:S173-80.
3. Mock CN, Tiska M, Adu-Ampofo M, Boakye G. Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services. J Trauma. 2002;53(1):90-7.
4. Daily F. Review of international, regional and Cambodian referral systems. UNFPA/NRHP, 2005.p14-15.
5. A bicycle for life. In: Massive change in action: stories. Available at: URL: http://www.massivechangeinaction.virtualmuseum.ca/stories/index.html (accessed on 1st December 2006)
6. Bickler SW, Sanno-Duanda B. Epidemiology of paediatric surgical admissions to a government referral hospital in the Gambia. *Bull World Health Organ* 2000;78(11):1330-6.
7. Macintyre K, Hotchkiss DR. Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa. *Soc Sci Med* 1999;49(11):1473-87.
8. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002;80(11):900-5.
9. Sassers S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. *Prehospital trauma care systems*. Geneva: World Health Organization, 2005.
10. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Training pre-hospital trauma care in low-income countries: the 'Village University' experience. *Med Teach* 2003;25(2):142-8.
11. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Save lives save limbs: life support for victims of mines, wars, and accidents. Penang: Third World Network; 2000.
12. Canavan A. Development of routine and emergency referral systems. Phnom Penh: University Research Co, 2004.
13. Cornwall A, Gaventa J. *From users and choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy*. Sussex: Institute of Development Studies, 2001.

References

1. Bergström S. Who will do the caesareans when there is no doctor? Finding creative solutions to the human resource crisis. *BJOG*. 2005;112(9):1168-9.
2. Donovan DJ, Moquin RR, Ecklund JM. Cranial burr holes and emergency craniotomy: review of indications and technique. *Mil Med*. 2006;171(1):12-9.
3. Handicap International Belgium. *Cambodia road crash victim information system annual report 2009*. Phnom Penh: HIB; 2010.
4. Holder Y, Peden M, Krug E, et al. eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva: WHO; 2001.
5. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. *Save lives save limbs: life support for victims of mines, wars, and accidents.* Penang: Third World Network; 2000.
6. Lavy C, Sauven K, Mkandawire N, Charian M, Gosselin R, Ndihokubwayo JB, Parry E. State of surgery in tropical Africa: a review. *World J Surg*. 2011;35(2):262-71.
7. Ministry of Health. *Cambodia EmONC improvement plan*. Phnom Penh: MoH; 2009.
8. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. *Guidelines for essential trauma care*. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Nakahara S, Chadbunchachai W, Ichikawa M, Tipsuntornsak N, Wakai S. Temporal distribution of motorcyclist injuries and risk of fatalities in relation to age, helmet use, and riding while intoxicated in Khon Kaen, Thailand. *Accid Anal Prev*. 2005;37(5):833-42.
10. Nakahara S, Saint S, Sann S, Phy R, Ichikawa M, Kimura A, Eng L, Yoshida K. Evaluation of Trauma Care Resources in Health Centers and Referral Hospitals in Cambodia. *World J Surg*. 2009;33(4):874-85.
11. Nakahara S, Saint S, Sann S, Ichikawa M, Kimura A, Eng L, Yoshida K. Exploring referral systems for injured patients in low-income countries: a case study from Cambodia. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):319-27.
12. Nakahara S, Ichikawa M, Kimura A. Simplified Alternative to the TRISS Method for Resource-Constrained Settings. *World J Surg*. 2011a in press.
13. Nakahara S, Ichikawa M, Kimura A. Population strategies and high-risk-individual strategies for road safety in Japan. *Health Policy*. 2011b in press
14. Springer MF, Baker FJ. Cranial burr hole decompression in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 1988;6(6):640-6.
15. Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *CAMBODIA Disaster Preparedness, Capacity Building*. Programme No. 01.27/98. May 1998:2.
16. Asian Development Bank. *ADB-ASEAN Regional Road Safety Program Country Report: CR 2. Road Safety in Cambodia*. 2004: 6, 14, 17, and 21.
17. Ministry of Health, Cambodia. *Annual Review: Health Policy Statement for 1999-2003*. Phnom

Penh. 2001: Section 84.
18. Doctor in Charge, SAMU Team, National Khmer-Soviet Friendship Hospital. Jan. 2009. Phnom Penh. Group Meeting.
19. Handicap International, World Health Organization, et al. *Cambodia Road Crash and Victim Information System: Annual Report Executive Summary 2004*. Phnom Penh. 2005: 13.
20. National Road Safety Committee (NRSC), Handicap International Belgium, et al. *Road traffic Accident Victim Information System: Summary Report 2009*. Phnom Penh. 2010: xii
21. Japan International Cooperation Agency. *Pre-Project Implementation Evaluation Report (Technical Cooperation Project) MEDEM-2*. April 1 2009: 1: Author
22. Ministry of Health. *National Guidelines on Complementary Package of Activities for Referral Hospital Development Plan from 2006 to 2010*. Dec. 15. 2006: 4-5, 9-13, 38-40, 70, 81-89.
23. National Committee for Disaster Management in Cambodia. *Policy Document*. Phnom Penh. August 2004: 3-6.
24. National Road Safety Committee (NRSC), Handicap International Belgium, et al. *Road traffic Accident Victim Information System: Summary Report 2009*: Phnom Penh. 2010: 4.
25. Shinji Nakahara, Achala Upendra Jayatilleke. *Pre-hospital Care and Emergency Transport System in Phnom Penh, Research on Preventing Trauma and Improving Diagnostic Education in Developing Countries, 2008 Research Report, Ministry of Health, Labour and Welfare International Medical Cooperation Research Commissioned Project.* May 2009: 19.
26. Shoboryoku no Seibi Shishin Kenkyukai. *Policy for Firefighting Capability Development and Water Source Standards*. Gyosei. January 2006: 99-101.

[Referenced Websites]

・Ministry of Foreign Affairs, International Cooperation ODA Grant Aid Cooperation
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/index.html>

・Japan International Cooperation
<http://www.jica.go.jp/>

・Christian and Missionary Alliance
<http://www.cmalliance.org/>

・Global Medic
<http://globalmedic.ca/>

・Medical Teams International
<http://www.medicalteams.org/>

・TICO
<http://www.tico.or.jp/>

・Ratnak International

<http://www.ratanak.org/>

- Second Hand

  <http://2nd-hand.main.jp/>

- GRAPHIS

  <http://graphis-ngo.jp/>

- Bangkok Post

  <http://teakdoor.com/thailand-and-asia-news/36550-bangkok-rescue-workers-shoot-each-other.html>