ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត អ្នកជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល នៅប្រទេសកម្ពុជាពីឆ្នាំ២០១៦-២០២០

តុលា ឆ្នាំ ២០១៦

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

មាតិកា

បុព្វកថា..v

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ..vi

ក.សេចក្តីផ្តើម..1

ក.១ សង្ខេបអំពីស្ថានភាពសង្គមនិងសេដ្ឋកិច្ច..1

ក.២ ការវិភាគអំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ និងការឆ្លើយតប..3

ក.៣ ឯកសារគាំទ្រការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ...15

ក.៤ បញ្ហាប្រឈម...17

ក.៥ គោលការណ៍ណែនាំ..20

ក.៦ ដំណើរការនៃការរៀបចំចងក្រងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ...22

ខ.ក្របខ័ណ្ឌនៃការលទ្ធផល...23

ខ.១ ចក្ខុវិស័យ (Vision)...23

ខ.២ បេសកកម្ម (Mission)...24

ខ.៣ គោលបំណង (Goal)..24

ខ.៤ កម្មវត្ថុ (Objectives)..24

ខ.៥ ក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផល (ResultsFramework)...24

គ.សមាសភាគនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ...30

គ.១ ក្របខ័ណ្ឌទស្សនទាន...30

គ.២ សមាសភាគស្នូល...31

សមាសភាគស្នូលទី១ វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ចំពោះក្រុមប្រជាជនចំណុច (B-CoPCT)..............................31

សមាសភាគស្នូលទី២ វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (B-CoC for PLHIV)..............................39

សមាសភាគស្នូលទី៣ វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា..............................45

សមាសភាគទី៤	វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និង ការរុករកដៃគូឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT)…………	51
សមាសភាគទី៥	វិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រអ្នករស់នៅ ជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ (CBPCS)…………	61
សមាសភាគទី៦	ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍…………	69
សមាសភាគទី៧	សេវាមន្ទីរពិសោធន៍…………	79
សមាសភាគទី៨	ការគ្រប់គ្រង និងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈ បរិក្ខារពេទ្យ…………	86
សមាសភាគទី៩	ការបង្ការ និង ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកាមរោគ…………	91
សមាសភាគទី១០	ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ…………	98
សមាសសភាគទី១១	ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី…………	109

ឃ.ការរៀបចំអនុវត្តផែនការយុសាស្ត្រ ………… 111

ង.ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យ………… 121

ច.កច្ចសហការ………… 125

ឆ.ថវកាគាំទ្រផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ………… 128

ឆ.១ តម្លៃថវិកាដែលត្រូវការសម្រាប់ការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ 128

ឆ.២ គម្រោងថវិកា 132

ឆ.៣ ផែនការថវិកា 133

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ 134

ឯកសារយោង 146

ក្របខ័ណ្ឌតាមដាន និងវាយតម្លៃ (សូចនាករ និងគោលដៅ) 148

បញ្ជីតារាង និងរូបភាព

តារាងទី១ បន្ទុកនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា 6
តារាងទី២ ការប៉ាន់ស្មានចំនួនប្រជាជនចំណុច 10
តារាងទី៣ សូចនាករស្នូលដែលចាំបាច់សម្រាប់តាមដានការអភិវឌ្ឍន៍ នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ 25
តារាងទី៤ កាលវិភាគនៃការអង្កេតតាមដាន ការសិក្សាពិសេស និងការវាយតម្លៃ....................94
តារាងទី៥ ការប៉ាន់ស្មានតម្លៃការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ 120
តារាងទី៦ ប្រភពថវិកាសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ NCHADS ឆ្នាំ ២០១៦-២០១៧....................122

រូបភាពទី១ ស្ថានភាព ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០១៥....................7
រូបភាពទី២ ដំណាក់កាលនៃការថែទាំនិងព្យាបាលនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៥ 8
រូបភាពទី៣ ដំណាក់កាលសំខាន់ៗនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍....................13
រូបភាពទី៤ ការអន្តរាគមន៍ តាមដំណាក់កាលសំខាន់ៗនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍....................14
រូបភាពទី៥ ទំនាក់ទំនងរវាងឯកសារគាំទ្រផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ 17
រូបភាពទី៦ ពិន្ទុនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ JANS....................22
រូបភាពទី៧ យុទ្ធសាស្ត្រទំនាក់ទំនងគ្នាជាមួយផែនការជាតិ....................24
រូបភាពទី៨ ក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផលជាផលប៉ះពាល់ និងលទ្ធផល ២០១៦-២០២០ 25
រូបភាពទី៩ សមាសភាគស្នូល និងសមាសភាគទំនាក់ទំនងគ្នានៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល២០១៦-២០២០....................28
រូបភាពទី១០ គំរូយុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា 44
រូបភាពទី១១ ការប៉ាន់ស្មានចំនួនមាតាដែលត្រូវការសេវា PMTCT(1990-2030)....................45
រូបភាពទី១២ ដំណាក់កាលនៃការផ្តល់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន....................45
រូបភាពទី១៣ ក្រុមផ្តើម 51
រូបភាពទី ១៤ ក្រុមផ្តើម - នៅថ្នាក់ខេត្ត & ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ 52
រូបភាពទី ១៥ ក្រុមគោលដៅជាប្រជាជនទូទៅ....................58
រូបភាពទី១៦ ក្របខណ្ឌគោលគំនិតនៃគំរូ CBPCS 60

រូបភាពទី ១៧	ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា (HTC) 66
រូបភាពទី ១៨	ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ NCHADS - ប្រព័ន្ធតាមដាន និងវាយតម្លៃ 92
រូបភាពទី១៩	ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ក្នុងស្រុក 105
រូបភាពទី ២០	ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលចូលរួមអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យា បាល ជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ 106
រូបភាពទី២១	រចនាសម្ព័ន្ធនៃយន្តការសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ.................................... 110
រូបភាពទី ២២	ដំណើរការនៃការគ្រប់គ្រងហានិភ័យ 113
រូបភាពទី ២៣	វិសាលភាពនៃហានិភ័យនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ 113
រូបភាពទី ២៤	ការវាយតម្លៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ តាមសេណារីយ៉ូ AEM ២០១៥-២០៣០ 119

បុព្វកថា

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ ព្យាបាល និងគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ (២០១៦-២០២០) គឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ទ្រទ្រង់ និងជាឯកសារស្នូលសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគនៅប្រទេសកម្ពុជា និងណែនាំតម្រង់ទិសឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅសកលនៃកម្មវិធីអេដស៍ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ២០២០ និងការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០២៥។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺសមិទ្ធិផលដ៏ធំមួយនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគដែលមានការចូលរួមដ៏មានតម្លៃបំផុតពីគ្រប់អង្គការអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ ព្រមទាំងទទួលស្គាល់ថា កម្មវិធីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលមេរោគអេដស៍ដែលជាការពិត សមិទ្ធិផលនេះនឹងមិនអាចសម្រេចបានដោយ NCHADS តែម្នាក់ឯងនោះទេ បើគ្មានការចូលរួមពីមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មណ្ឌលសុខភាព និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលបានបំពេញតួនាទីដ៏សំខាន់ក្នុងការងារនេះ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ បានគូសបញ្ជាក់ពីខិតខំរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍នៃការអនុវត្ត បានដកស្រង់អនុសាសន៍ និងមតិយោបល់របស់អ្នកជំនាញដែលបានកំណត់ក្នុងរបាយការណ៍នៃការពិនិត្យឡើងវិញរួមគ្នានៃកម្មវិធីឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៣ និង បានសម្រេចជម្រុញក្នុងការបង្កើតគំនិតផ្តួចផ្តើមកម្ពុជា ៣.០ និងការឈានទៅសម្រេចឈានបានការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០២៥ ។

ក្រសួងសុខាភិបាល យល់ព្រម និងគាំទ្រផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ ព្យាបាល និងគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ(២០១៦-២០២០) ហើយក្រសួងសុខាភិបាលរំពឹងថា គ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ នឹងសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិដើម្បីធានាដល់ការប្រតិបត្តិ និងតាមដានផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះប្រកបដោយជោគជ័យ។

រាជធានីភ្នំពេញ, ១៦ / សីហា / ២០១៧

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង-ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនៃការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ បានចងក្រងដោយមានការចូលរួមយ៉ាងសកម្មដោយក្តីពេញចិត្ត និងការខិតខំប្រឹងប្រែងពីគ្រប់ផ្នែកជំនាញនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងពីគ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ជាតិ និងអន្តរជាតិ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណ ជូនមន្ត្រីបច្ចេកទេសនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគក្នុងការសម្របសម្រួល និងធានាថា សមាសភាគនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវរៀបចំដោយមានភស្តុតាងជាក់លាក់ និងមានប្រសិទ្ធផលខ្ពស់ មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ និងស្រុកប្រតិបត្តិ ដែលបានចូលរួមផ្តល់បទពិសោធន៍លើការងារអនុវត្តន៍ ដើម្បីធានាថាផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះអាចនឹងយកទៅអនុវត្តន៍បាន ជាពិសេស សូមថ្លែងអំណរគុណជូនអង្គការដៃគូក្នុងស្រុកនិងអន្តរជាតិ សមាជិកនៃក្រុមការងារបច្ចេកទេសជាច្រើន នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល ស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល អង្គការសង្គមស៊ីវិល បណ្តាញអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងតំណាងក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងដំណើរការនៃការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

ការគាំទ្ររបស់ថ្នាក់ដឹកនាំក្រសួងសុខាភិបាល ជាកត្តាចម្បងដែលជម្រុញឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែកនិងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ឈានទៅសម្រេចបានជោគជ័យ។

រាជធានីភ្នំពេញ, ០៧ / សីហា / ២០១៧

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី-ពេញ ស៊ុន

ក. សេចក្តីផ្តើម

ក.១ សង្ខេបអំពីស្ថានភាពសង្គមនិងសេដ្ឋកិច្ច

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាស្ថិតនៅខាងលិចឈៀងខាងត្បូងនៃឧបទ្វីបឥណ្ឌូចិន និងមានខេត្តចំនួន ២៤ និងរាជធានី១ (ភ្នំពេញ) ប្រជាជនសរុបត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានថាមាន ១៥,៣លាននាក់ នៅឆ្នាំ ២០១៥។[1] ការអង្កេតអន្តរជំរឿនឆ្នាំ ២០១៣ បានបង្ហាញថា ប្រជាជនកម្ពុជាភាគច្រើនរស់នៅជនបទចំនួន ៧៩% ដែលមានភូមិចំនួន ១៤000 ចំណែកឯ ២១% រស់នៅទីប្រជុំជនដែលមានក្រុងចំនួន ២៦។ ការអង្កេតក៏បានបង្ហាញថា ៦៦% នៃប្រជាជនមានអាយុពី១៥ ទៅ ៦៥ឆ្នាំ ហើយអត្រាកំណើនប្រជាជនមាន ១.៤៦%។ ទំហំគ្រួសារមធ្យមមាន ៤,៧នាក់ រស់នៅក្រោមដំបូលផ្ទះតែមួយនៅជនបទ ឬ ទីប្រជុំជន។ [2]

ប្រជាជនលើសពីពាក់កណ្តាលមានការងារធ្វើ (៦២% សម្រាប់បុរស និង៥៩% សម្រាប់ស្រ្តី)។ អាយុរៀបការមធ្យមសម្រាប់បុរស ២៦ឆ្នាំ និងស្រ្តី ២៤ឆ្នាំ ហើយប្រហែល ៦២% នៃអ្នកដែលរៀបការហើយមានអាយុលើសពី១៥ឆ្នាំ។ អត្រាអក្ខរកម្មក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យមាន ៨៦%សម្រាប់បុរស និង ៧៤% សម្រាប់ស្រ្តី ហើយអត្រានេះមាន ៩0% នៅទីប្រជុំជន និង ៧៧% នៅជនបទ ។ ស្ថិតិការសិក្សាអប់រំបង្ហាញថា ក្រុមអាយុពី៥-១១ឆ្នាំ មាន៧៤% បានចូលរៀន (៧៣% សម្រាប់ក្មេងប្រុស និង ៧៥% សម្រាប់ក្មេងស្រី) រីឯក្រុមអាយុ១២-១៤ឆ្នាំមានអត្រា ៨៨% (ភេទទាំងពីរមានអត្រាស្មើគ្នា) និងក្រុមក្មេងអាយុ ១៥-១៧ឆ្នាំវិញ ៥៤% ក្មេងប្រុស និង៥៩% ក្មេងស្រី។ ចំណែកឯ អាយុកាលមធ្យមគឺ ៧៧ ឆ្នាំសម្រាប់អ្នករស់នៅទីប្រជុំជន និង ៦៨ឆ្នាំសម្រាប់អ្នករស់នៅជនបទ។ [3]

អត្រាមរណៈភាពកុមារ បានថយចុះលើសពី៣ដងចាប់តាំងពីឆ្នាំ១៩៩0 គឺពី៨៥/១000 កំណើតរស់ មកត្រឹម ២៥/១000 នៅឆ្នាំ ២០១៥។ អត្រាមរណភាពកុមារក្រោមអាយុ ៥ឆ្នាំ មាន ១១៧/១000 កំណើតរស់នៅឆ្នាំ១៩៩0 បានថយចុះមកត្រឹម ២៩/១000 នៅឆ្នាំ ២០១៥។[4]

---

[1] http://data.worldbank.org/country/cambodia accessed 26 April 2016

[2] Data from Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013, National Institute of Statistics Ministry of Planning Phnom Penh

[3] Data from Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013, National Institute of Statistics Ministry of Planning Phnom Penh

[4] UNICEF http://www.childmortality.org/ Accessed 3 May 2016

កម្ពុជាសម្រេចបានអត្រាកំណើនសេដ្ឋកិច្ចខ្លាំងនៅទស្សវត្សរ៍កន្លងមក ដែលមានអត្រាកំណើនមធ្យមក្នុងស្រុកប្រចាំឆ្នាំ (GDP) ៧,២% តាំងពីឆ្នាំ២០១១ ហើយមានការព្យាករណ៍ប្រហែលនេះដែរនៅឆ្នាំ២០១៧[5]។ ការកើនឡើងនៃអត្រា GDP បាននាំឲ្យមានការកាត់បន្ថយជំនួយអភិវឌ្ឍន៍ (ODA) សម្រាប់ការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺអេដស៍ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០១៥ ព្រមទាំងមានសម្ពាធពីអ្នកផ្ដល់ជំនួយឲ្យបង្កើនថវិកាក្នុងស្រុក។ សន្ទស្សន៍អភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស (HDI) ដែលបង្ហាញដោយ UNDP[6] ឃើញថា កម្ពុជាឋិតក្នុងលំដាប់លេខ ១៤៣ ក្នុងឆ្នាំ២០១៥ ក្នុងចំណោមប្រទេសចំនួន ១៨៨។ ប៉ុន្តែបើប្រៀបធៀបក្នុងបណ្ដាលប្រទេសនៅអាស៊ានវិញ[7] កម្ពុជាមានចំណាត់ថ្នាក់ទាបជាងបន្ទាប់ពីភូមា ដែលមានលំដាប់លេខ ១៤៨។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្ដី ស្តង់ដានៃជីវភាពរស់នៅមានភាពល្អប្រសើរពីចន្លោះឆ្នាំ ១៩៩៥ និង ២០១៥ ដែលចំណូលប្រចាំឆ្នាំ (GNI) សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗបានកើនឡើង ៣៥៧% គឺពី ៣00$UD មក ១០៧0 $US (២០១៥PPP$) [8] ។

យោងតាមការវាយតម្លៃនៅឆ្នាំ២០១៣ កម្ពុជាបានសម្រេចគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្ស (MDG)[9] ។ អត្រាភាពក្រីក្របានថយចុះយ៉ាងខ្លាំងពី ៤៧.៨% នាឆ្នាំ២00៧ មក ១៨.៩% នៅឆ្នាំ ២០១២ [10] ប៉ុន្តែ នៅមានតម្រូវការកែលំអរស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភកុមារ និងស្ត្រីដែលនៅតែជាអាទិភាពនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី១ (MDG1)។ អត្រាមរណភាពកុមារបានសម្រេចនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិនៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៤ (MDG4)។ ចំណែកឯ អត្រាមរណភាពមាតាសម្រេចបានលើសពីគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៥ (MGD5)[11] ។ ការបង្ការជំងឺរបេង និងជំងឺអេដស៍នៃគោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៦ (MGD6) ទទួលបានជោគជ័យ និងគោលដៅទាំងនេះសម្រេចបាននៅឆ្នាំ ២០១៥។

---

[5] ADB Cambodia (accessed March 10 2016) http://www.adb.org/countries/cambodia/economy

[6] http://hdr.undp.org/en/countries

[7] ASEAN HDI 2015: Myanmar 148, Cambodia 143, Lao PDR 141, Vietnam 116, Philippines 115, Thailand 93, Malaysia 62, Brunei Darussalam 31, Singapore 11.

[8] http://data.worldbank.org/country/cambodia (assessed 15 July 2016)

[9] http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Cambodia/Cambodia_MDG_Progress_report_2013.pdf

[10] http://www.adb.org/countries/cambodia/poverty (accessed March 10 2016)

[11] 2014 UNDP Cambodia Annual Report (accessed March 10 2016)
http://www.kh.undp.org/content/cambodia/en/home/library/annual-report/annual-report-2013.html

ក.២ ការវិភាគអំពីស្ថានភាពនៃការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ និងការឆ្លើយតប

ប្រទេសកម្ពុជាគឺជាប្រទេសមួយចំនួនតូចស្ថិតក្នុងចំណោមប្រទេសលើពិភពលោកដែលបានទទួលជោគជ័យក្នុងការកាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាសកល។ ការសម្រេចបានជោគជ័យនេះ ក៏ដោយសារតែមានការប្តេជ្ញាចិត្តខាងគោលនយោបាយ ដែលបានផ្តោតលើសកម្មភាពជាអាទិភាព និងមានផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសមស្រប មានការគ្រប់គ្រងល្អ មានការចូលរួមយ៉ាងទូលំទូលាយពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងមានការប្រតិបត្តិប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពផ្អែកលើនិយាមបែបបទស្តង់ដា។ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១០ ដោយបានទទួលស្គាល់នូវសមិទ្ធិផលទាំងនេះ កម្ពុជាបានទទួលពានរង្វាន់ពីអង្គការសហប្រជាជាតិ ក្នុងការសម្រេចបានទិសដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៦ (HIV/AIDS) មុនកាលកំណត់។[12]

អន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបរបស់ប្រទេសកម្ពុជា ទៅនឹងជំងឺអេដស៍បែងចែកជា ៣ដំណាក់កាល។ ដំណាក់កាលទី១ គឺ"កម្ពុជា១.០" ឆ្នាំ១៩៩១-២០០០ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យបានឡើងដល់កំពូលក្នុងអត្រា ១,៧% និងមានចំនួនអ្នកឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍លើសពី ២០.០០០នាក់។ អន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបក្នុងដំណាក់កាល "កម្ពុជា១.០" សំដៅឆ្ពោះទៅរកការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ ផ្តល់សេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងក្រុមគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោអេដស៍។

ដំណាក់កាលទី២ពីឆ្នាំ២០០១-២០១១ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យបានថយចុះគួរឲ្យកត់សម្គាល់ ហើយអត្រាមរណភាពក៏បានកាត់បន្ថយផងដែរ។ នៅដំណាក់កាលនេះ ប្រព័ន្ធសុខាភិបាលជាទូទៅត្រូវបានពង្រឹង ហើយបានបង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើសពី ៧៥%[13] ។ វិធីសាស្ត្រនៃការថែទាំព្យាបាលបន្តត្រូវបានដាក់ឲ្យអនុវត្ត។ ទន្ទឹមនឹងនេះ កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍បានសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធស្អិតរមួតដោយបានធ្វើការរួមគ្នាជាមួយសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺរបេង និង សេវាគាំពារមាតានិងទារក។ កម្មវិធីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ត្រូវបានពង្រឹង និងពង្រីកការគ្របដណ្តប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ដូចជា ស្ត្រីបម្រើ

---

[12] http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2010/september/20100920fsmdgcamboda-award/

[13] No. PLHIV on ART/Total estimated No. of PLHIV

សេវាកំសាន្ត (ស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ និងដោយប្រយោល) បុរសរួមភេទជាមួយបុរស អ្នកបំលែងភេទ និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដោយសហការជាមួយ នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនិងបន្សាបគ្រឿងញៀននៃក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១១ ស្របពេលដែលមានកិច្ចប្រជុំអង្គការសហប្រជាជាតិពិសេស ស្តីពីជំងឺអេដស៍ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែក និងកាមរោគនៃក្រសួងសុខាភិបាលបានប្រកាសដាក់ឲ្យអនុវត្តន៍អន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ដែលហៅថា យុទ្ធវិធី "កម្ពុជា ៣.០"។ ដំណាក់កាលទី៣នេះ បានគាំទ្រដល់គំនិតផ្តួចផ្តើមរបស់អង្គការសហប្រជាជាតិ "បីសូន្យ" និងយុទ្ធវិធីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក "ការព្យាបាល ២.០" សម្រាប់ពង្រឹងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ២០២៥។ អន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបក្នុងដំណាក់កាលនេះ បានចាប់ដំណើរការពីឆ្នាំ ២០១២-២០២០ ដែលឈានទៅសម្រេចបគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ នាឆ្នាំ២០២០។

ការប៉ាន់ស្មានតាមគំរូ Asian Epidemic Model (AEM) ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យឆ្នាំ២០១៥ បានប៉ាន់ស្មានថា អត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមប្រជាជនពេញវ័យ(អាយុពី១៥-៤៩ឆ្នាំ) គឺ ០,៦% ។ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាអាំងស៊ីដង់នៅឆ្នាំ២០១៦ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនិងកុមារគឺ ០,០៤ លើប្រជាជន ១០០០ នាក់ដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ស្មើនឹងប្រមាណ ៦៥៤ករណីឆ្លងថ្មី។ ការប៉ាន់ស្មាន (AEM) បន្តទៅឆ្នាំ ២០២០ ករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នឹងបន្តថយចុះមកត្រឹម ០,០៣ លើប្រជាជន ១០០០នាក់ ដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ស្មើនឹង ៤៥២ករណីឆ្លងថ្មី ហើយនៅឆ្នាំ ២០២៥ នឹងចុះមក ០.០២៥ លើប្រជាជន ១០០០នាក់ ស្មើនឹង ៣៦៥ ករណីឆ្លងថ្មី ហើយនឹង ០,០២/១០០០ នៅឆ្នាំ ២០៣០ ស្មើនឹង ៣០៥ ករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។

Spectrum AIM ក៏បានប៉ាន់ស្មានថា កម្ពុជាមានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ៧២ ៦០៧នាក់ (មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ) ក្នុងនោះ ៥៧ ៦៥១នាក់ បានស្ថិតនៅក្នុងសេវាព្យាបាល (តារាងទី១)។

ដូច្នេះ យើងនៅមានប្រជាជនប្រមាណ ១៤ ៩៥៦នាក់ទៀត ដែលពុំទាន់ទទួលបានការព្យាបាល ឬចូលក្នុងដំណាក់នៃការព្យាបាល ។ [14]

ទន្ទឹមនឹងភាពជោគជ័យនៃការស្វែងរកអ្នកនៅសល់ ដែលមិនទាន់ទទួលបានការព្យាបាលនៅឆ្នាំ ២០១៥ មាន ៣៩៥១ ករណីបានរកឃើញថ្មីនៅមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ ដែលប្រហែលជាការរួមផ្សំគ្នា ទាំងអ្នកឆ្លងថ្មី និងអ្នកឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាយូរមកហើយ។ នៅឆ្នាំ ២០១៥ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ បានអនុវត្តន៍វិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM) បានរកឃើញថា ស្ទើរតែ ២/៣ នៃករណីឆ្លងថ្មីមិនមែនជាក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ ប៉ុន្តែពួកគាត់មកពីក្រុមប្រជាជនទូទៅ ដែលជាកត្តាប្រឈមក្នុងការបង្កើតយុទ្ធសាស្រ្តថ្មីៗ ដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលនៅសេសសល់ ។

នៅឆ្នាំ ២០១០ បានប៉ាន់ស្មានថា កុមារចំនួន ៥៩០០នាក់ បានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែចំនួននេះបានថយចុះជាបន្តបន្ទាប់មកត្រឹម ៤០៤៦នាក់នៅឆ្នាំ ២០១៥។ អត្រាឆ្លងពីម្តាយទៅកូននៅកម្ពុជា ដែលរកឃើញក្រោយពីសម្រាលបាន ៦សប្តាហ៍ មានប្រហែល ១៣% នៅឆ្នាំ២០១០ បានថយចុះមកត្រឹម ៦% នៅឆ្នាំ២០១៥ ហើយគោលដៅនៅឆ្នាំ ២០២០គឺ <៥% នៃមាតាដែលបំបៅដោះកូន។

[14] AEM 2016 exercise based on 2015 data

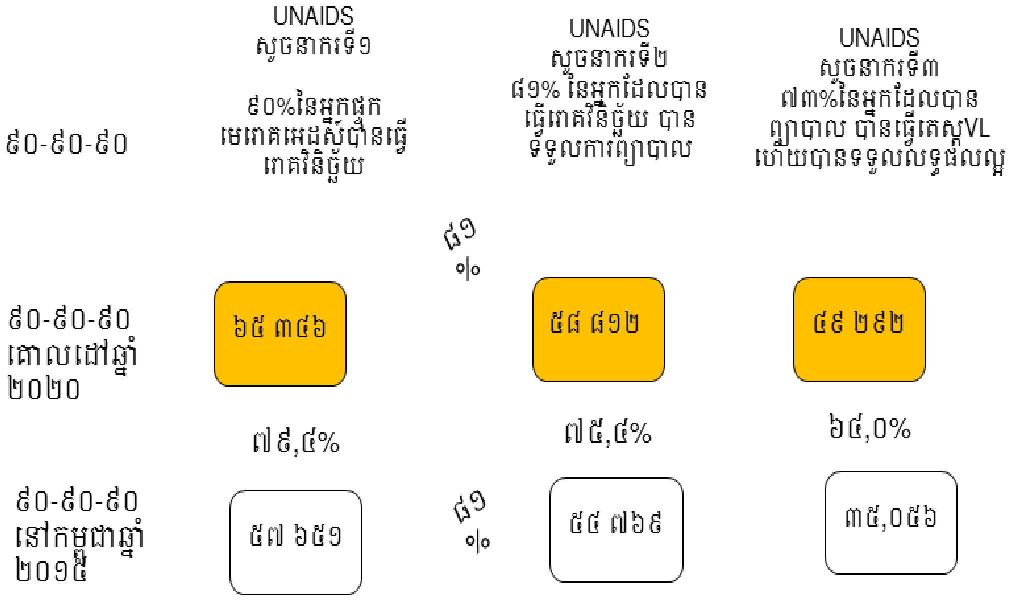
តារាងទី១ បន្ទុកនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា[15]

*ទិន្នន័យពី UNAIDS Spectrum AEM ឆ្នាំ២០១៦ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យមជ្ឈមណ្ឌលជាតិឆ្នាំ ២០១៥ និងទិន្នន័យបានពីរបាយការណ៍នៃសេវា pre-ART/ART ឆ្នាំ២០១៥		
ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ប្រជាជនអាយុ ១៥-៤៩ឆ្នាំ *	០.៦%	SPECTRUM
ការប៉ាន់ស្មានអត្រាអាំងស៊ីដង់(កុមារនិងមនុស្សពេញវ័យ)លើ ១០០០ *	០.០៤	SPECTRUM
ការប៉ាន់ស្មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍(កុមារនិងមនុស្សពេញវ័យ) *	៧២ ៦០៧	SPECTRUM
ការប៉ាន់ស្មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍(អាយុលើសពី១៥ឆ្នាំ)*	៦៨ ៥៦១	SPECTRUM
ការប៉ាន់ស្មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍(០-១៤ឆ្នាំ)*	៤ ០៤៦	SPECTRUM
តម្រូវការសេវា PMTCT (ចំនួនស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវការសេវា PMTCT) *	៩៥៤	SPECTRUM
ចំនួនអ្នកផ្ទុកដែលបានព្យាបាលដោយ ART (២០១៥)	៥៤ ៧៦៩	DMU
ចំនួនអ្នកផ្ទុកដែលបានទទួលសេវា pre-ART (២០១៥)	២ ៨៨២	DMU
សរុបចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួលសេវាថែទាំ (២០១៥)	៥៧ ៦៥១	DMU
សរុបចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនទាន់ទទួលសេវាថែទាំ (២០១៥)	១៤ ៩៥៦	calculated
គោលដៅឆ្នាំ២០២០ (៩០%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍)	៦៥ ៣៤៦	calculated
អ្នកជំងឺទទួលព្យាបាល ART និងបានធ្វើតេស្តVL (កុមារនិងមនុស្សពេញវ័យ២០១៥)	៣៧ ៥៦៨	DMU
អ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត VL ហើយទទួលបានលទ្ធផលល្អ	៣៥ ០៥៦	DMU
% នៃ៩០ ទី ១ គោលដៅ ២០១៥	៧៩.៤%	calculated
% នៃ៩០ ទី ២ គោលដៅ ២០១៥	៧៥.៤%	calculated
% នៃ៩០ ទី ៣ គោលដៅ ២០១៥	៦៤.០%	calculated
% នៃអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយ ART និងមានលទ្ធផលតេស្ត VL	៦៨.៦%	calculated
% នៃអ្នកជំងឺ (កុមារនិងពេញវ័យ) ក្រោយពីទទួលការព្យាបាលដោយ ART បាន១២ខែ	៧៨.៩%	GARPR[16]

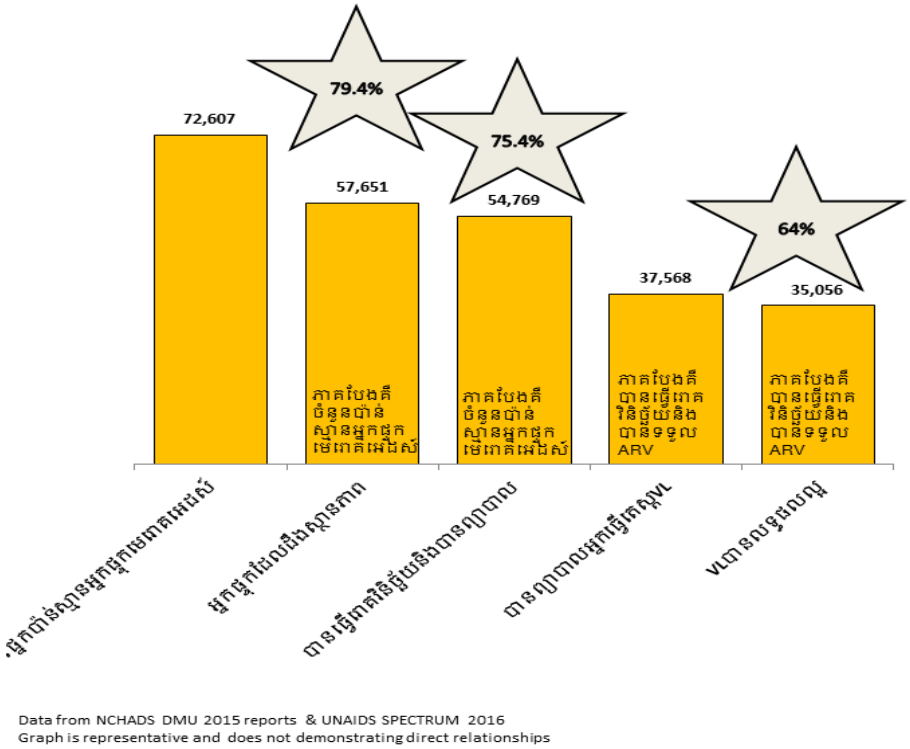
[15] Source NCHADS DMU ART/pre-ART report: Jan to Dec 2015 & UNAIDS Spectrum AIM analysis 2016 using 2015 data

[16] % retained after 12 months = Total no. of PLHIV end of 2014 / Total PLHIV on ART in 2015- deaths & losses (GARPR)

រូបភាពទី១ ស្ថានភាព ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០១៥



រូបភាពទី២ ដំណាក់កាលនៃការថែទាំនិងព្យាបាលនៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៥ [17]



UNAIDS បានកំណត់គោលដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០៣០។ ប្រទេសកម្ពុជាមានវឌ្ឍនភាពដ៏គួរឲ្យកត់សម្គាល់ក្នុងការសម្រេចសមិទ្ធិផលទាំង៣នេះ(សូមមើលរូបភាពទី១)[18] ហើយនឹងអាចឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅទាំងបីនេះនៅឆ្នាំ២០២០។ នៅឆ្នាំ២០១៥ ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពខ្លួនឯងមាន ៧៩,៤% ហើយអ្នកផ្ទុកដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV មាន ៧៥,៤% និងអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត VL មានលទ្ធផលល្អ (VL Suppression) មាន ៦៤% (រូបភាពទី២)។ នៅក្នុងយុទ្ធវិធីកម្ពុជា ៣.០ វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរកនិងគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងការតាមរកដៃគូរបស់គាត់ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្ត

---

[17] Data from NCHADS DMU 2015 reports & UNAIDS Spectrum AIM using 2015 data Graph is representative and does not demonstrate direct relationships

[18] WHO 2015 Consolidated SI Guidelines for HIV p.35 http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/ There are several methods to assess progress towards the second 90%. However WHO recommends that if the estimated number of PLHIV diagnosed is considered unreliable, then the second 90% should be calculated using PLHIV rather than PLHIV diagnosed as the denominator. Therefore, 81% is the actual target for the second 90%.

ឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM/PNTT) និងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុចនឹងជួយដល់ការសម្រេចគោលដៅ៩០ទី១ ការអនុវត្តនយោបាយការធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលទាំងអស់ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកាCD4 នឹងជួយដល់ការសម្រេចគោលដៅ៩០ទី២ ហើយការតម្លើងម៉ាស៊ីន VLទី៣ នៅខេត្តសៀមរាប នឹងជួយដល់ការសម្រេចគោលដៅ៩០ទី៣។

ស្របពេលជាមួយគ្នានៃការថយចុះនៃអត្រាប្រេ៉វ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ក៏មានការកាត់បន្ថយជំនួយពីម្ចាស់ជំនួយនិងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ គំរូ AEM បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅឆ្នាំ២០១៦ ដោយលើកជា សេណារីយ៉ូផ្សេងៗគ្នាទាក់ទងនឹងការសម្រេចគោលដៅ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ២០២០។ តារាងទី២ បង្ហាញពីចំនួនប្រជាជនចំណុច ឆ្នាំដែលធ្វើការប៉ាន់ស្មានដែលបានយកមកប្រើប្រាស់គំរូ AEM នេះ ។

ការអង្កេតតាមដានការប្រព្រឹត្ត និងអត្រាប្រេ៉វ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា (IBBS) លើក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ក្រុមបំប្លែងភេទ និងក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។ ផ្នែកអង្កេតនៃ NCHADS បានលើកគម្រោងសម្រាប់ការអង្កេត IBBS លើក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន/អ្នកចាក់គ្រឿងញៀននៅឆ្នាំ២០១៧ និងក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសនៅឆ្នាំ២០១៨។ ការអង្កេត IBBS សម្រាប់ក្រុមអ្នកបំប្លែងភេទ ត្រូវបានប្រព្រឹត្តទៅនៅក្រោមគម្រោង Flagship គាំទ្រដោយរដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ដោយសហការជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកាលពីដើមឆ្នាំ២០១៦ ហើយបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងធ្វើរបាយការណ៍។ ការអង្កេត IBBS សម្រាប់ក្រុមស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានលើក្រុមនេះនៅឆ្នាំ២០១៦ ដោយគិតទាំង ក្រុមស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដែលបម្រើការក្នុងគ្រឹះស្ថានកំសាន្តច្បាស់លាស់ និងមិនមានទីតាំងច្បាស់លាស់ (ជាក្រុមដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ជាងក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍)។

ទិន្នន័យពីការអង្កេតអត្រាប្រេ៉វ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគនៅឆ្នាំ២០១១(SSS) ដែលបច្ចុប្បន្ននេះបានបញ្ចូលជាផ្នែកមួយនៃការអង្កេត IBSS បានបង្ហាញថា អត្រាប្រេ៉វ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើសេវាផ្លូវភេទដែលមានអតិថិជនលើសពី ៧នាក់/សប្តាហ៍ គឺ ១៤% ចំណែកឯ ក្រុមដែលមានអតិថិជន ≤ ៧នាក់/សប្តាហ៍ មានត្រឹមតែ ៣,៦% ប៉ុណ្ណោះ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមក្រុមស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាលបានថយចុះពី ០,៧% នៅឆ្នាំ ២០០៦ មកត្រឹម ០,៤% នៅឆ្នាំ២០១០។ ការវិភាគអំពីការប្រើស្រោមអនាម័យបានបង្ហាញថា កម្រិតប្រើស្រោមអនាម័យជាប់ជានិច្ចមានអត្រា ៨១,៥% ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានដៃគូ ≤ ២នាក់/ថ្ងៃ ហើយ ៨៩,២% ក្នុងចំណោម

ស្ត្រីដែលមានដៃគូលើសពី ២នាក់/ថ្ងៃ។ ភាគរយនៃអ្នករត់ម៉ូតូឌុបដែលចាត់ទុកជា ក្រុមស្ពានចម្លង មានការថយចុះក្នុងការប្រើសេវាផ្លូវភេទនៅឆ្នាំ ២០១០ ហើយនៅពេលពួកគាត់ប្រើប្រាស់សេវាផ្លូវភេទ អត្រានៃការប្រើស្រោមអនាម័យមានកម្រិត ៨០%។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស នៅឆ្នាំ ២០១៤ ប៉ាន់ស្មានជា ២,៣% ។

តារាងទី២ ការប៉ាន់ស្មានចំនួនប្រជាជនចំណុច

ប្រជាជនចំណុច (KP)	ឆ្នាំធ្វើអង្កេត	ប្រភព	ប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍	ចំនួនប្រជាជនប៉ាន់ស្មាន[19]
ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានអតិថិជន > ៧នាក់/សប្តាហ៍	២០១១	SSS	១៤,0%	៣៤ 000
ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានអតិថិជន < ៧នាក់/សប្តាហ៍	២០១១	SSS	៣.៦%	
បុរសរួមភេទជាមួយបុរស	២០១៤	IBBS	២,៣%	២0 000
ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន	២០១២	IBBS	២៤,៨%	១ ៣00
ក្រុបអ្នកបំឡែងភេទ	២០១៣	IBBS	៩,៨%	៣ 000
ក្រុមអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ	២០១៥	កំណត់ត្រាពន្ធនាគារ	មិនដឹង	១៧ ៥២២

ក្នុងចំណោមខេត្តទាំង ២៥ មានខេត្តចំនួន ២៣ ដែលមានពន្ធនាគារ បូករួមទាំងមណ្ឌលកែប្រែ ៨កន្លែង ទៀតដែលបានប្រតិបត្តិការក្នុងកម្ពុជា។ ចំនួនក្រុមអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ មាន ១៧ ៥២២នាក់ [20] យោងតាមកំណត់ត្រាពន្ធនាគារឆ្នាំ២០១៥។ នៅក្នុងពន្ធនាគារចំនួន១0ដែលអង្គការ FHI360 បាន

[19] UNAIDS GARPR report Cambodia 2016

[20] Standard Operating Procedures Standard Operating Procedures for HIV, STI and TB-HIV Prevention, Care, Treatment and Support in Prisons (and Correctional Centers) in Cambodia, Ministry of Interior and Ministry of Health, January 2012

ផ្តល់សេវានៅឆ្នាំ ២០១៥ បានរាយការណ៍ថា ក្នុងចំណោមអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ ៥ ៨២៧ នាក់ ពីខែមករា ដល់ខែកញ្ញា មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ៩២នាក់ ស្មើនឹង ១,៥៨% [21] ។

ជាផ្នែកមួយក្នុងការផ្តើមគំនិតកម្ពុជា៣.០[22] មជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានផលិតនិយាមបែបបទមួយចំនួនដែលបានអធិប្បាយពីដំណើរការប្រតិបត្តិយុទ្ធសាស្ត្រស្នូល ដើម្បីស្វែងរក នាំមកធ្វើតេស្ត រួចព្យាបាល ហើយឲ្យពួកគាត់បន្តនៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃការគ្រប់គ្រងករណីអេដស៍ (HIV care cascade) សូមមើលរូបភាពទី៣។ យុទ្ធសាស្ត្រស្នូលទាំងនេះ យោងទៅតាមលក្ខណៈជាក់លាក់នៃករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដំណើរការដែលពួកគេឈានចូលក្នុងដំណាក់កាលផ្សេងៗនៃការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ។ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃយុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះ និងការទំនាក់ទំនងគ្នាយ៉ាងដូចម្តេចនឹងបង្ហាញក្នុងរូបភាពទី៤ ។

- **វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លានៃការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជនចំណុច** (B-COPCT) គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រសំដៅតាមដានក្រុមប្រជាជនចំណុច គិតចាប់ពី ការចុះអប់រំផ្ទាល់ រហូតចូលមកទទួលល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅគ្រប់ដំណាក់កាល។

- **វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា** (B-LR) គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រជាតិគាំទ្រការសម្របសម្រួលជាមួយសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងសេវាពាក់ព័ន្ធ សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងកូនរបស់គាត់ ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន (eMTCT)។

- **វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំព្យាបាលបន្ត** (B-COC) គឺជាវិធីសាស្ត្រទូលំទូលាយមួយសម្រាប់ផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ប្រកបដោយគុណភាព ។

- IRIR (Identify, Reach, Intensify, Retain) គឺជាវិធីសាស្ត្ររុករកឲ្យជួប បង្កើនដើម្បីការផ្តល់សេវាឲ្យបានខ្លាំងក្លា និងរក្សាទុកឲ្យនៅបន្តក្នុងសេវា គឺជាយុទ្ធសាស្ត្រដ៏ចម្បងសម្រាប់គាំទ្រវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ដើម្បីស្វែងរកករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ហើយផ្តល់សេវាជូនពួកគាត់ ផ្តល់ការបញ្ជូនហើយរក្សាទុកពួកគាត់នៅក្នុងសេវា ART ដើម្បីបន្តសម្រេចបាននូវតេស្ត VL ដែលមានលទ្ធផលល្អ។ វិធីសាស្ត្រនេះត្រូវអនុវត្តន៍ដោយគ្រប់ដៃគូទាំង

[21] CC3, Kg Cham, Kg Speu, Takeo, Kampot, Prahsihanuk, Kandal, Prey Veng, Svay Rieng, Koh Kong

[22] Conceptual Framework for Elimination of New HIV infections in Cambodia by 2020, NCHADS, MOH, Dec. 2012

អស់ដែលធ្វើការងារជាមួយក្រុមប្រជាជនចំណុច និងអង្គការជាដៃគូដទៃទៀតដែលអនុវត្តន៍សកម្មភាពជាមួយប្រជាជនទូទៅក្នុងសហគមន៍ ដើម្បីរក្សាទុកអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាលផង និងបន្តស្វែងរកអ្នកដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តែមិនទាន់បានដឹងពីស្ថានភាពរបស់ខ្លួន (ឧ. ករណីអេដស៍ចាស់ ឬ ករណីអេដស៍ដែលបោះបង់ការព្យាបាល) ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនគោលដៅ ដើម្បីធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំព្យាបាល។ ដើម្បីជម្រុញឲ្យវិធីសាស្រ្ត IRIR មានប្រសិទ្ធភាព មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនិងអង្គការដៃគូត្រូវធានាថា អត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវាសម្រាប់ប្រជាជនចំណុច និងប្រជាជនគោលដៅដទៃទៀត គឺមានភាពពេញលេញ និងមានការសម្របសម្រួលល្អ ។

- **B-IACM -PNTT** ប្រតិបត្តិដោយឆ្លងកាត់សមាសភាគសំខាន់ៗបី (B-CoPCT, B-LR និង B-CoC) ដោយសំដៅទៅលើការបង្កើនការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់តម្រង់ទិសសកម្មភាព តាមរយៈអ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍(CMA) ដើម្បីតាមដានបុគ្គលនៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃសេវា HIV Casecade។ ការគាំទ្រការអនុវត្ត B-IACM-PNTT គឺជាក្របខ័ណ្ឌគោលគំនិតមួយ ដែលបង្កើតឲ្យមានប្រព័ន្ធតាមដានករណី ជាមូលដ្ឋានដោយមានការតាមដាន និងការវិភាគជាទៀងទាត់នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃសេវា HIV Casecade ។ ពីចុងឆ្នាំ២០១៣ មក ២០១៥ វិធីសាស្រ្ត IACM-PNTT ត្រូវបានអនុវត្តនៅស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ១៤ ដែលមានបន្ទុកជំងឺអេដស៍ច្រើន។ ដោយសារតែ ប្រទេសកម្ពុជាឋិតក្នុងដំណាក់កាលនៃការបញ្ចប់យុទ្ធសាស្រ្តកម្ពុជា ៣.0 ពីឆ្នាំ ២០១៥-២០២០ ការកាត់បន្ថយជំនួយថវិកាពីខាងក្រៅ បានកើតមានតាំងពីឆ្នាំ២០១៥ ជម្រុញឲ្យយើងធ្វើឲ្យបានច្រើនហើយល្អប្រសើរជាងមុនដោយចំណាយថវិកាតិច។[23] ជាលទ្ធផល និងស្របនឹងយុទ្ធវិធី IRIR, IACM ត្រូវបានប្តូរទៅជា B-IACM-PNTT (វិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នាការស្វែងរក និងគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងស្វែងរកដៃគូរបស់គាត់ ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍) ព្រមទាំងសកម្មភាពរួមគ្នា ហើយការចំណាយថវិកាឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។

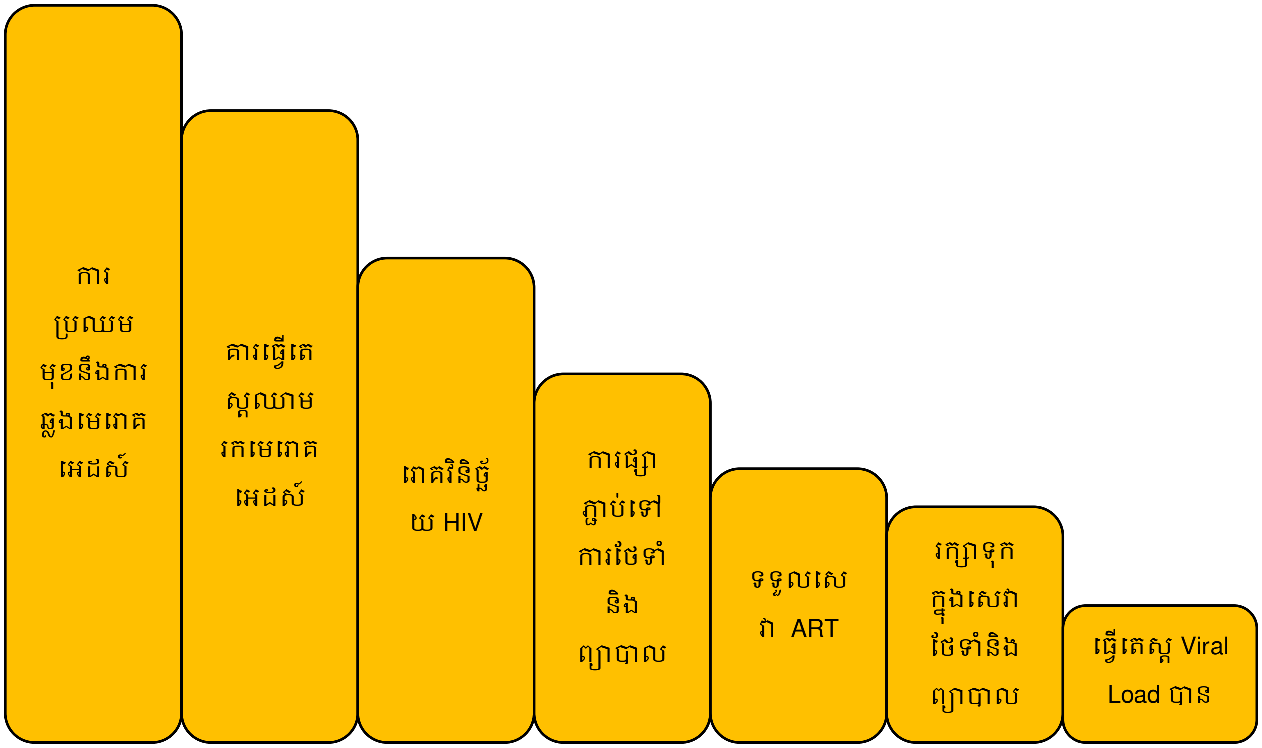
នៅឆ្នាំ ២០១៥ វិធីសាស្រ្ត B-IACM-PNTT បានអនុវត្តន៍សាកល្បងនៅខេត្តសៀមរាប និងបាត់ដំបង។ ការវាយតម្លៃនៅឆ្នាំ ២០១៦ [12] ទិន្នន័យបានបង្ហាញជាបឋមថា មានការកើនឡើងករណីបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បើប្រៀបធៀបជាមួយត្រីមាសទី៤ ឆ្នាំ ២០១៥ និងត្រីមាសទី៤ ឆ្នាំ ២០១៤ ទាំង

---

[23] Vun,MC.December2012.CambodiaattheForefront.In*Applyinga StrategicInvestmentApproachtoitsAIDS Response*, MOH of Cambodia Meeting of UNAIDS Programme Coordinating Board,Geneva,Switzerland.

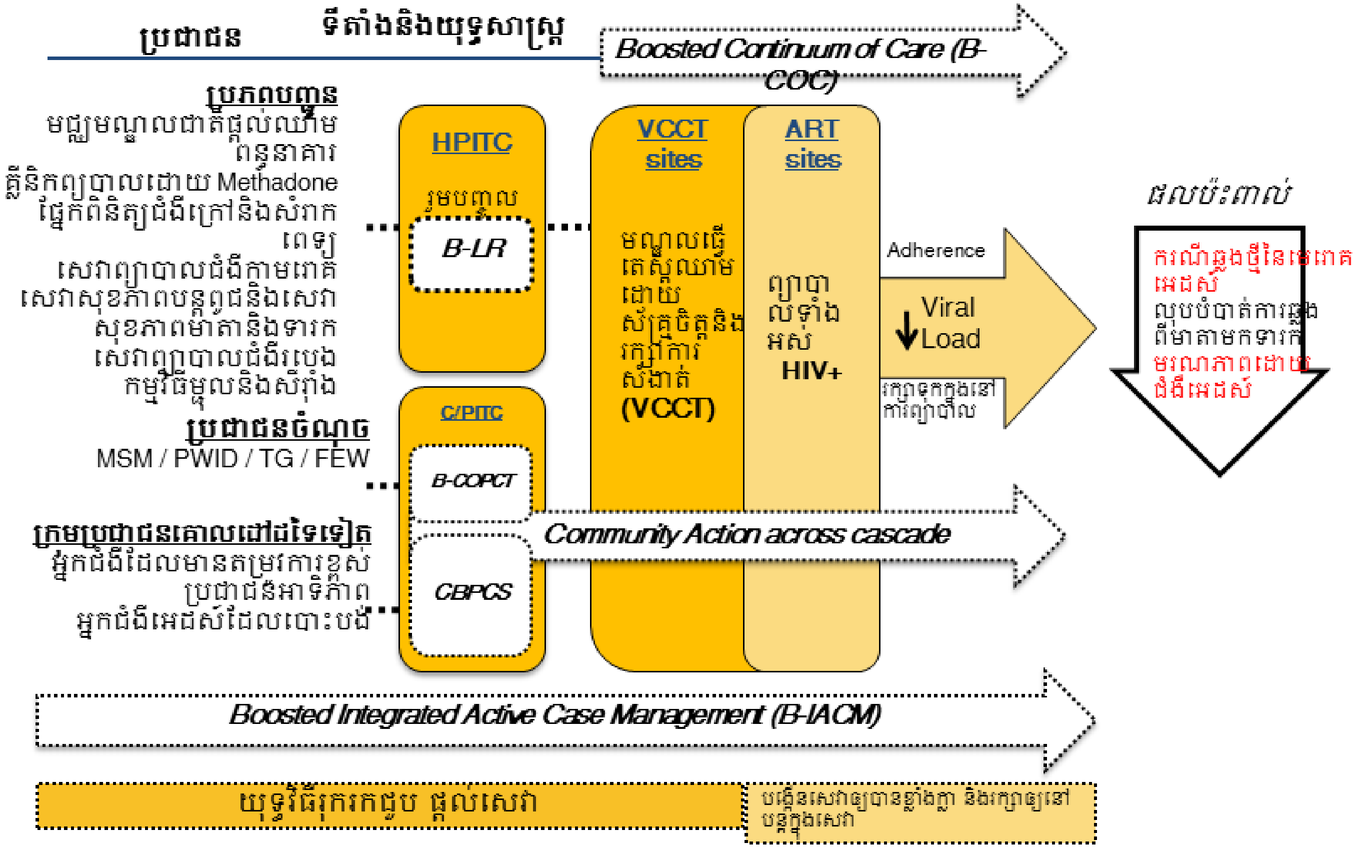
ពីរខេត្ត នៅសៀមរាបពី ៤៥ ករណីទៅ ៦៦ ករណី ឯខេត្តបាត់ដំបងពី ៦ ទៅ ៤៥ ករណី នៅត្រីមាសទី ៤ ឆ្នាំ ២០១៥។ លទ្ធផលដ៏គួរជាទីគាប់ចិត្តនេះ ការយល់គ្នា និងសហការគ្នាបានល្អត្រូវបានសង្កេតឃើញរវាងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុក និងដៃគូគាំទ្រដ៏សំខាន់បានសន្មតថា វិធីសាស្ត្រ B-IACM-PNTT គឺជាដំណោះស្រាយដែលអាចធ្វើបាន [24] ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា នាឆ្នាំ ២០២៥។

រូបភាពទី៣ ដំណាក់កាលសំខាន់ៗនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍



[24] Defined as <400 new infections/year for Cambodia population of 15 mil

រូបភាពទី៤ ការអន្តរាគមន៍ តាមដំណាក់កាលសំខាន់ៗនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍



ក.៣ ឯកសារគាំទ្រការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនេះ បានចូលរួមចំណែកនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់វិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ (HSSP III) ដែលបានរៀបចំឡើងដោយក្រសួងសុខាភិបាល។ ចំណែកឯ សមាសធាតុឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ ក្រៅពីវិស័យសុខាភិ បាលនៅកម្ពុជាមានជាអាទិ៍ បញ្ហាវប្បធម៌ យេនឌ័រ ច្បាប់ និងសង្គមសេដ្ឋកិច្ច ត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ (NSP-IV) [25] ដែលបានរៀបចំឡើង ដោយអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍។ ឯកសារដែលមានស្រាប់ដូចជា ឯកសារគោលគំនិត គោលការណ៍ណែនាំ និងនិយាមបែបបទដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់រៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ មានដូចខាងក្រោម៖

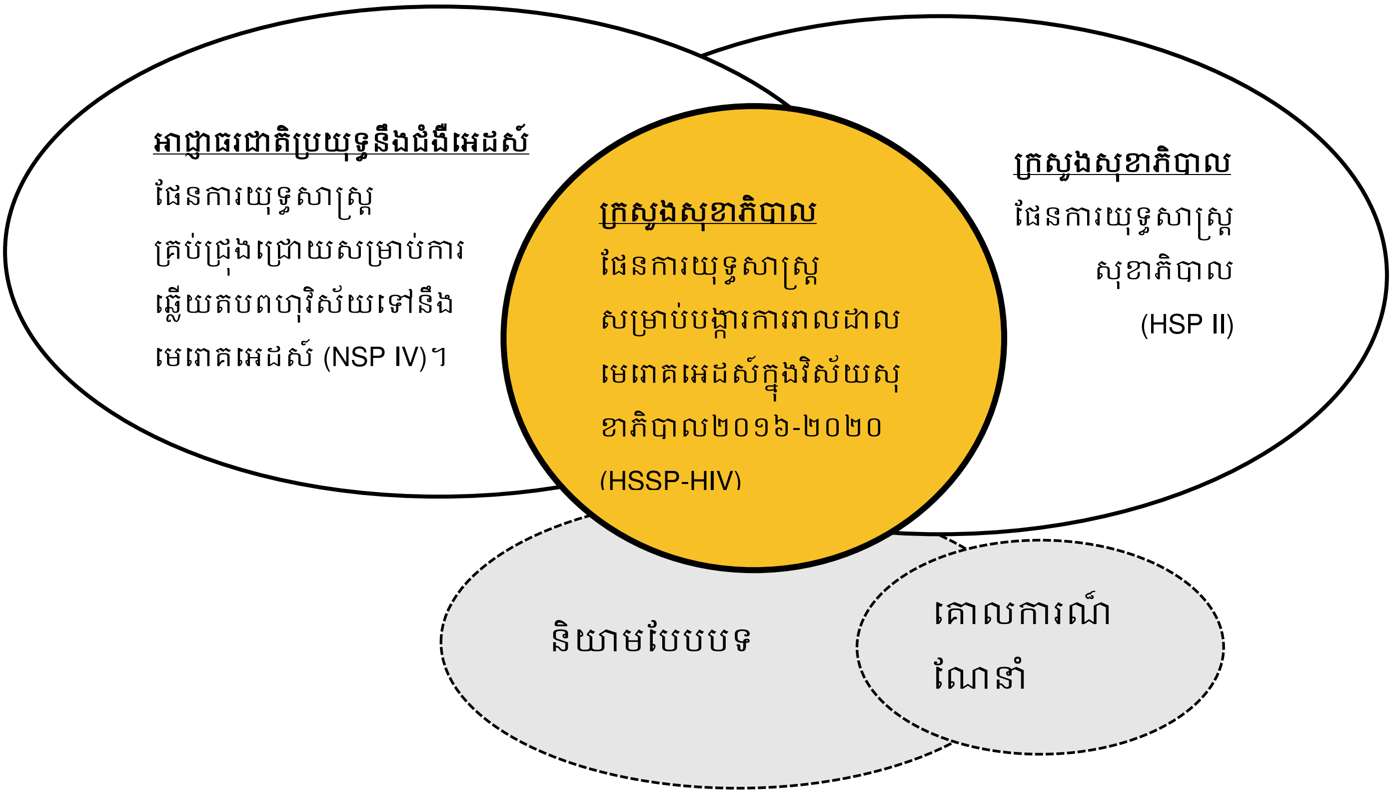
- ឯកសារគោលគំនិតស្តីពីការបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគមន៍ (CBPCS Nov 2015)
- ក្របខ័ណ្ឌគោលគំនិតសម្រាប់លុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០២០, NCHADS-MOH (2012)
- ឯកសារណែនាំស្តីពីសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ((ICAM) និងការតាមរកដៃគូរបស់គាត់ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (PNTT) សម្រាប់គាំទ្រការផ្តួចផ្តើមគោលគំនិតកម្ពុជា ៣.0, NCHADS-MOH (2013)
- ឯកសារណែនាំ ស្តីពីការព្យាបាលដើម្បីបង្ការ, NCHADS-MOH (2012)
- គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារ និងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា (2016)
- គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ (២០១៦)
- គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន, NMCHC (2016)

[25] NAA: 2015 National Strategic Plan for a Comprehensive Multi-sectoral Response to HIV (NSP-IV)

- និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លានៃការបង្ការ ថៃទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជនចំណុច (B-CoPCT) NCHADS-MoH 2013
- និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថៃទាំ និងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ (B-CoC)
- និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងការតាមរកដៃគូរបស់គាត់ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT) ដោយបញ្ចូលវិធីសាស្ត្រ IRIR, កិច្ចប្រជុំយន្តការតាមដាន និងការវិភាគព័ត៌មានឆាប់រហ័ស ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព (RMAA) និងធ្វើការលើកទឹកចិត្តដោយផ្អែកលើលទ្ធផលសម្រេចបាន (P4R) ដែលបានពង្រាងនៅឆ្នាំ ២០១៦
- និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា(B-LR), NCHADS-MoH (2013)
- និយាមបែបបទសម្រាប់ជ្រើសរើសសំណាកដើម្បីពិនិត្យគុណភាពឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ពង្រាង ២០១៦)
- និយាមបែបបទស្តីពី ការធ្វើលទ្ធកម្មយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំលទ្ធកម្មរបស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ (2012) [26] ។

[26] http://www.mef.gov.kh/documents/shares/investment/pm-vol-1-sub-decree-rev-8-june-2012.pdf
http://www.mef.gov.kh/documents/shares/investment/pm-vol-2-sub-decree-rev-8-june-2012.pdf

រូបភាពទី៥ ទំនាក់ទំនងរវាងឯកសារគាំទ្រផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិ



ក.៤ បញ្ហាប្រឈម

ការវាយតម្លៃរួមគ្នាលើយុទ្ធសាស្រ្តបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនៅឆ្នាំ២០១៣ បានរកឃើញថា ការងារទប់ស្កាត់ការរាលដាលជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា គឺមានការរីកចម្រើនគួរឲ្យកត់សម្គាល់។ ក្រុមវាយតម្លៃជាតិ និងអន្តរជាតិបានពិនិត្យទិន្នន័យ និងរបាយការណ៍ដែលមានស្រាប់ ព្រមទាំងបានចុះសង្កេតពិនិត្យ និងសម្ភាសន៍នៅតាមមូលដ្ឋានហើយសន្និដ្ឋានថា ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងតែឋិតនៅលើផ្លូវដែលអាចសម្រេចបានគោលបំណងឆ្នាំ២០១៥ និងគោលដៅដ៏មហិច្ឆតាដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ២០២៥។ ផ្អែកលើកម្រិតនៃការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់ថ្នាក់ជាតិលើលទ្ធផលដែលសម្រេចបាន លើការងារបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកន្លងមកនិងអន្តរាគមន៍ឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍របស់វិស័យសុខាភិបាល ការវាយតម្លៃបានកត់សម្គាល់នូវបញ្ហាជាគន្លឹះដែលត្រូវប្រឈមមួយចំនួន ដូចខាងក្រោម [27]៖

[27] WHO Joint Review of the Cambodian National Health Sector Response to HIV 2013

- តម្រូវឲ្យមាននិរន្តភាពរចនាសម្ព័ន្ធ សមត្ថភាពនិងសេវាសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាល ជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលឲ្យបានឆាប់នៃការបង្ករោគរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍ ។
- ធានាដល់ការទទួលបានសេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមដែលរងផលប៉ះពាល់នៃជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការបង្កើតបរិដ្ឋានគាំទ្រផ្លូវច្បាប់ និងគោលនយោបាយ ។
- ពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាននៅគ្រប់ល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ដោយបង្កើនតម្រូវសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ ដើម្បីតាមដានប្រកបដោយនិរន្តភាពការថែទាំនិងព្យាបាលដោយយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសលើបញ្ហាយេនឌ័រ អាយុ និងក្រុមប្រជាជនដែលរងការប៉ះពាល់ដោយសារអេដស៍។
- ផ្តោតការលើគោលដៅផ្នែកលើអេពីដេមីសាស្ត្រ និងរៀបចំអន្តរាគមន៍ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពដែលមានកម្រិតគ្រប់គ្រាន់ និងខ្លាំងក្លា។ ជម្រុញការស្វែងរកករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ដែលមានចំនួនតិច និងផ្តល់ការព្យាបាលឲ្យបានឆាប់ ដើម្បីទទួលផលប្រយោជន៍នៃការកាត់បន្ថយអត្រាមរណៈភាព និងបង្ការការឆ្លងរាលដាលក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- បង្កើនកិច្ចសហការឲ្យកាន់តែល្អប្រសើរឡើង រវាងវិស័យសុខាភិបាល និងវិស័យផ្សេងទៀត និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ។

វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លានៃការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច គឺជាសមាសភាគស្នូលទី១នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ និងផ្តោតលើក្រុមគោលដៅនៃប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ក៏រួមបញ្ចូលនូវការពង្រឹងបរិដ្ឋានច្បាប់ ដែលបានរៀបចំឡើងដោយអាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ។

វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ (B-COC) និងវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា (B-LR) គឺជាសមាសភាគទី២និងទី៣ ដែលមានបំណងកាត់បន្ថយករណីបាត់បង់នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ នៅឆ្នាំ២០១៥ ភាពជោគជ័យនៃវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា តាមរយៈការផ្តល់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមុន

សម្រាលនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល នាំឲ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់បន្ថែមទៀតទៅលើវិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគមន៍(CBPCS) ដែលជាយន្តការចាប់យកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានមកប្រើប្រាស់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ហើយធានាថា ពួកគាត់បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍[28] (យោងតាមសមាសភាគនៃសេវាបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ នៅតាមសហគមន៍)។

ការផ្តល់សេវា CBPCS គឺជាចំណុចចាប់ផ្តើមសំខាន់នៃល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ទិន្នន័យនៃកម្មវិធីបានបង្ហាញថា ការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុចមានការប្រែប្រួលខ្លាំង ហើយការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់នៃការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីមុនលែងមានសុពលភាព។ អត្រាអាំងស៊ីដង់នៃមេរោគអេដស៍ទាបនៅកម្ពុជា នាំឲ្យមានការលំបាកក្នុងការកំណត់គោលដៅនៃការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។ បច្ចុប្បន្ន ករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន គឺស្ថិតនៅក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនទូទៅ៖ ដៃគូរួមភេទរបស់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ហើយប្រហែលជាដៃគូមិនទំនងជាអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយខ្លួនឯងនោះទេ ជាហេតុនាំឲ្យមានការតាមដានដៃគូរបស់គាត់ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាម និងព្យាបាលគឺវាមានសារសំខាន់ណាស់។

បច្ចុប្បន្នភាពនៃគំរូ Asian Epidemic Model ឆ្នាំ ២០១៤ និងឆ្នាំ២០១៦ បានបញ្ជាក់ពីការថយចុះករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអនុក្រុមប្រជាជនជាច្រើន និងក៏បង្ហាញផងដែរថាកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍កន្លងមក ក៏ដូចជាបច្ចុប្បន្នទទួលបានលទ្ធផលជាវិជ្ជមានដែលបានកាត់បន្ថយការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងអត្រាមរណភាពទាក់ទងនឹងអេដស៍។ ម៉្យាងទៀត វាក៏បានផ្តល់ភស្តុតាងជាក់លាក់ក្នុងការឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ២០២៥។ ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវតែបន្តផ្តល់សេវាបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខតាមកម្រិតផ្សេងៗគ្នា ផ្អែកលើភាពងាយរងគ្រោះ និងការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងនៃមេរោគអេដស៍។

ក.៥ គោលការណ៍ណែនាំ

ដំណើរការនៃការរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ បានអនុលោមតាមគោលការណ៍មួយចំនួនរួមមាន សមធម៌ ប្រសិទ្ធភាព យេនឌ័រ សិទ្ធិមនុស្សភាពជាដៃគូ និងរៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍ ៖

[28] National Guideline for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV, 3rd Edition, NMCH, Feb. 2016

- **សមធម៌**: គន្លឹះសំខាន់នៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា គឺការយល់ច្បាស់ពីការចម្លង និងផលប៉ះពាល់ និងទំនាក់ទំនងរវាងការប្រព្រឹត្ត និងស្ថានភាពសង្គមសេដ្ឋកិច្ចរបស់ក្រុមប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ សេវាសម្រាប់ក្រុមប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមប្រជាជនចំណុច ត្រូវតែប្រកបដោយភាពរាក់ទាក់និងស្និទ្ធស្នាល រួមមានវិធីសាស្រ្តក្នុងការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច (COPCT) និង ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ (COC)។

- **ប្រសិទ្ធភាព**: ការវាយតម្លៃរួមគ្នា អំពីកម្មវិធីបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនៅឆ្នាំ២០១២ បានបញ្ជាក់ថា " មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ គឺជាឆ្អឹងខ្នងនៃការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺអេដស៍នៅថ្នាក់ជាតិ ចាប់តាំងពីមជ្ឈ មណ្ឌលជាតិនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅឆ្នាំ១៩៩៨។ ចំណុចខ្លាំងនៃរចនាសម្ព័ន្ធនេះ គឺដោយសារការធ្វើការរួមគ្នាដោយមានភាពជាអ្នកដឹកនាំរឹងមាំ ប្រើប្រាស់ភស្តុតាងជាក់លាក់ក្នុងរៀបចំចក្ខុវិស័យជាយុទ្ធសាស្រ្ត បង្កើតនិយាមបែបបទដែលបានផ្សព្វផ្សាយតាមប្រព័ន្ធសុខាភិបាល មានបុគ្គលិកជំនាញដែលបានបណ្តុះបណ្តាល មានប្រព័ន្ធទំនាក់ទំនងជាខ្សែសង្វាក់ជាមួយមន្ត្រីពាក់ព័ន្ធនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ មានប្រព័ន្ធតាមដានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងមានប្រភពថវិកាសមស្រប ″ ។ ទន្ទឹមនឹងនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ បានអនុវត្តសកម្មភាពដោយសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិស្អិតរមួត និងល្អប្រសើរជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលធ្វើឲ្យកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ទទួលបានផលចំណេញច្រើន និងមានភាពល្អប្រសើរ ដោយបានកសាងសមត្ថភាពជំនាញ និងភាពប៉ិនប្រសព្វដល់មន្រ្តី និងបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ។

- **យេនឌ័រ**: ការធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយដៃគូ មានជាអាទិ៍ ក្រសួងកិច្ចការនារី ដើម្បីធានាដល់ការបញ្ជ្រាបយេនឌ័រទៅក្នុងយុទ្ធវិធីបង្ការ និងថែទាំព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ដើម្បីលើកកម្ពស់សុខភាព និងគុណភាពជីវិតរបស់ស្រ្តី ព្រមទាំងការពារសិទ្ធិស្រ្តី និងបុរសដែលប្រឈមមុខនឹង ឬបានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ គ្រប់ទិន្នន័យទាំងអស់នៃការតាមដានកម្មវិធី និងប្រព័ន្ធរបាយការណ៍ត្រូវតែមានការបំបែកជាភេទប្រុស និងស្រី។

- **ភាពជាដៃគូ:** កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ធ្វើការងារដោយមានកិច្ចសហការជាមួយគ្រប់ដៃគូពាក់ព័ន្ធនៅគ្រប់កម្រិត នៅគ្រប់ទិដ្ឋភាពនៃកម្មវិធី រួមទាំងការចងក្រង និងការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ និយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិ ព្រមទាំង ការតាមដាននិងវាយតម្លៃកម្មវិធី។ ជាងនេះទៅទៀត ក្រុមការងារស្នូល ឬអនុក្រុមការងារពាក់ព័ន្ធ បានចូលរួមផ្តល់មតិយោបល់ ឬអនុសាសន៍ ដើម្បីដាក់បញ្ចូលក្នុងសមាសភាគនីមួយៗនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ JANS ជាលើកដំបូងនៅក្នុងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអង្គការដៃគូដ៏ធំមួយនេះ។

- **រៀនសូត្រពីបទពិសោធន៍:** មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែលបានរៀបចំប្រព័ន្ធអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍មុនគេ និងមានភាពរឹងមាំតាំងពីទស្សវត្សឆ្នាំ ១៩៩០ ដែលនៅពេលនោះសកលលោករួមទាំងប្រទេសកម្ពុជាបានខិតខំប្រឹងប្រែងសម្រេចបានគោលដៅ 3 By 5 (ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍បានចំនួន ៣លាននាក់នៅចុងឆ្នាំ ២០០៥) ដោយបានរៀបចំនិងពង្រីកសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យ៉ាងឆាប់រហ័ស នៅទូទាំងប្រទេស។

ក.៦ ដំណើរការនៃការរៀបចំចងក្រងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ក្រុមការងារស្នូលនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីរៀបចំយុទ្ធវិធីនានាសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តគំនិតផ្តួចផ្តើម"កម្ពុជា៣.០" ដែលមានតំណាងមកពី NCHADS WHO UNAIDS UNICEF US-CDC USAID CHAI FHI-360 KHANA បណ្តាញអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងបណ្តាញក្រុមប្រជាជនចំណុច។ ក្រុមកាងារស្នូលបានចូលរួមពិនិត្យពីដំណើរការនៃរៀបចំផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។[29] ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះត្រូវបានរៀបចំចងក្រង និងបានពិភាក្សាក្នុងកិច្ចប្រជុំពិគ្រោះយោបល់ទូលំទូលាយ នៅខែតុលាឆ្នាំ២០១៤ ដោយបានប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ JANS[30] សម្រាប់វាយតម្លៃភាពខ្លាំង និងខ្សោយនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។[31]

---

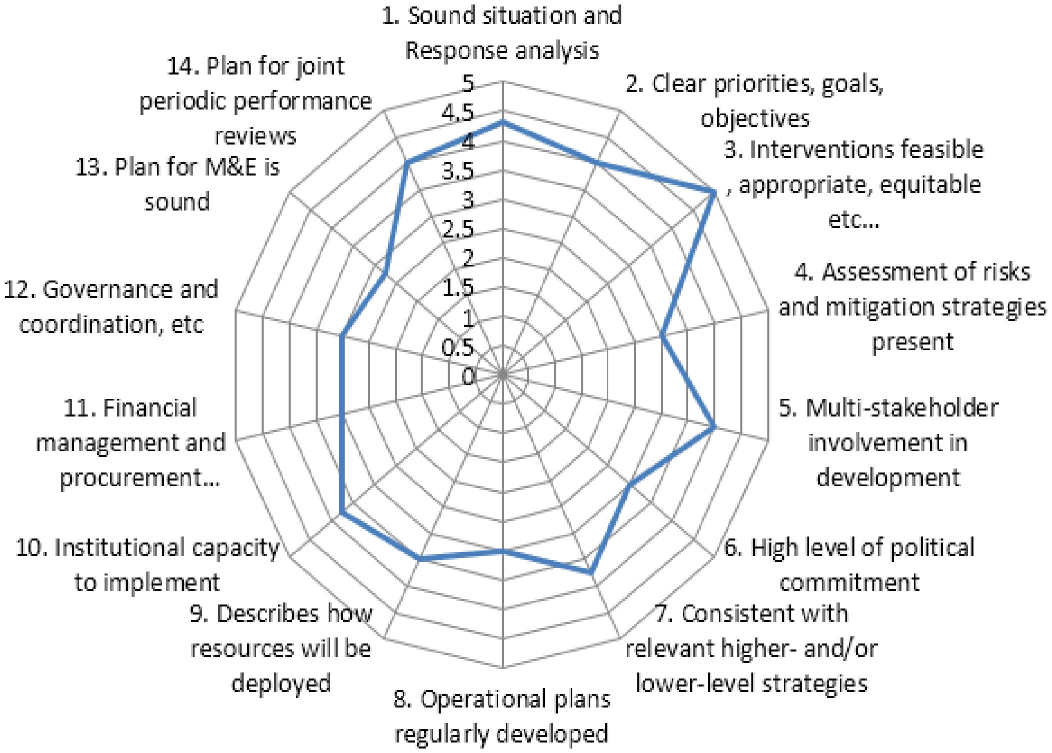
[29] *Conceptual Framework for Elimination of New HIV Infections in Cambodia by 2020*, NCHADS Dec 2012

[30] http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/jans-tool-and-guidelines/

[31] *Report of the National Consultation on the Strategic Plan for HIV/AIDS and STI Prevention and Control in the Health Sector in Cambodia 2015-2020,* NCHADS, November 2014

សិក្ខាកាមនេះមានអ្នកចូលរួមលើសពី ១០០នាក់ រួមមានតំណាងក្រុមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តំណាងក្រុមប្រជាជនចំណុច មន្ត្រីសុខាភិបាលមកពីថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ព្រមទាំង តំណាងវិស័យផ្សេងៗទៀត។ លទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ JANS គឺមានពិន្ទុ១ (ខ្សោយ) ទៅ ៥ (ខ្លាំងបំផុត) ដូចបង្ហាញនៅរូបភាពទី៦។ ដៃគូពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ បានផ្តល់អនុសាសន៍លើសេចក្តីព្រាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ សម្រាប់ បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍និងកាមរោគឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ ហើយចំនុចខ្សោយដែលបានរកឃើញដោយប្រើ JANS[32] ត្រូវបានដោះស្រាយ និងបានកែលំអបញ្ចូលក្នុងសេចក្តីព្រាងចុងក្រោយ ហើយបានផ្ញើជូនគ្រប់ដៃគូ។ នៅឆ្នាំ២០១៥ ដោយសារការកាត់បន្ថយផ្តល់ថវិកាពីអ្នកផ្តល់ជំនួយទៅលើកម្មវិធី ហើយផែនការយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ តម្រូវឲ្យរួមបញ្ចូលគ្នានូវវិធីសាស្ត្រ B-IACM CBPCS និងយុទ្ធសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដើម្បីបង្កើតយន្តការដែលកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធិផលជាងមុនក្នុងការស្វែងរក និងរក្សាទុកករណីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងល្បាក់សេវាថែទាំជំងឺអេដស៍។

រូបភាពទី៦ ពិន្ទុនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ JANS



[32] Refer Annexes 3 & 4, *Report of the National Consultation on the Strategic Plan for HIV/AIDS and STI Prevention and Control in the Health Sector in Cambodia 2015-2020,* NCHADS, November 2014

ខ. ក្របខ័ណ្ឌនៃការលទ្ធផល

ខ.១ ចក្ខុវិស័យ (Vision)

ចក្ខុវិស័យរបស់ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺការឈានទៅសម្រេចគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ របស់អង្គការ UNAIDS នៅឆ្នាំ ២០២០ និងឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជានៅឆ្នាំ២០២៥ តាមរយៈការលើកកម្ពស់គុណភាពសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ។

ខ.២ បេសកកម្ម (Mission)

បេសកកម្មនៃការឆ្លើយតបរបស់ទៅនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាលគឺធានាថា ការផ្តល់សេវាផ្តល់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាល ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ មានគុណភាពខ្ពស់។

ខ.៣ គោលបំណង (Goal)

ប្រទេសកម្ពុជាប្តេជ្ញាសម្រេចឲ្យបានគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ២០២០ បន្តកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាពទាក់ទងនឹងអេដស៍ និងលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០២៥។

ខ.៤ កម្មវត្ថុ (Objectives)

ដើម្បីសម្រេចគោលបំណង ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រមានកម្មវត្ថុចម្បង ៣ ៖

១. កាត់បន្ថយករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ឲ្យនៅតិចជាង ៤០០នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ នៅឆ្នាំ ២០២៥។

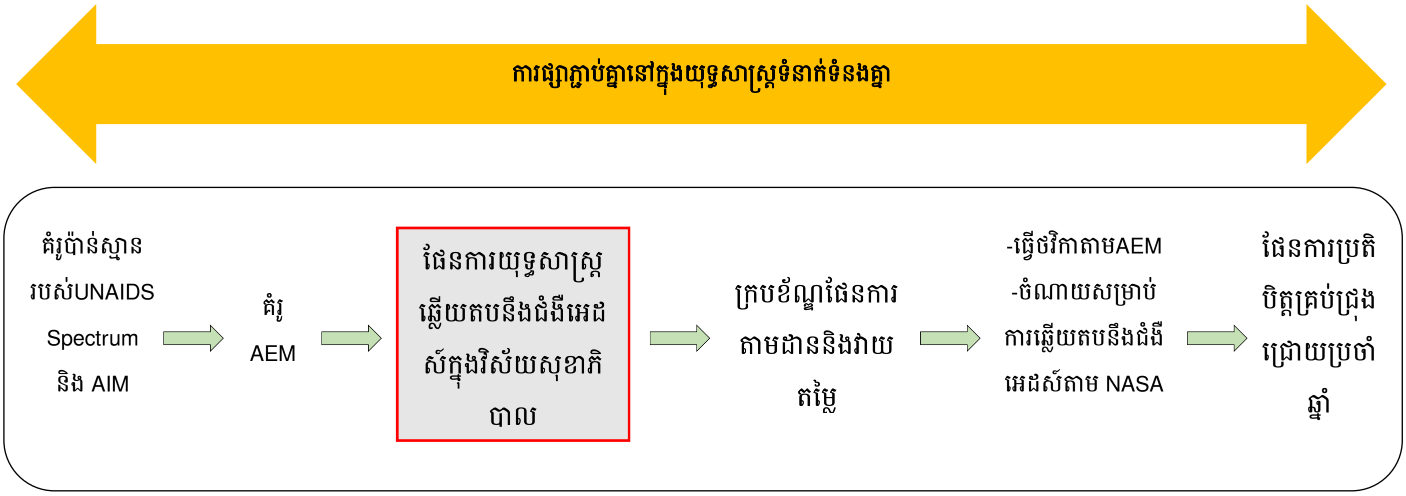
២. កាត់បន្ថយអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ពី ៦% នៅឆ្នាំ ២០១៥ មកត្រឹម ៥% ឬតិចជាងនេះ នៅឆ្នាំ ២០២០។

៣.កាត់បន្ថយអត្រាស្លាប់ទាក់ទងនឹងអេដស៍ដែលប៉ាន់ស្មានពី ១៧,៩/១០០,០០០ នៅឆ្នាំ ២០១៥ មក ១២/១០០,០០០ ឆ្នាំ ២០២០។

២.៨ ក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផល (Results Framework)

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះបានកែសម្រួលតាមគំរូយុទ្ធសាស្ត្រទំនាក់ទំនងគ្នា របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (រូបភាពទី៧) [33,34] និងរួមបញ្ចូលក្របខ័ណ្ឌនៃការតាមដាន និងវាយតម្លៃដោយមានសូចនាករលទ្ធផល (Outcome Indicator) សម្រាប់វាស់វែងគោលបំណងនីមួយៗ។ បន្ថែមលើនេះ ក៏មានផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ សមាសភាគនៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ត្រូវបានធ្វើថវិកាដោយប្រើប្រាស់សេណារីយោ AEM នៅឆ្នាំ២០១៦។ ការសង្ខេបនៃសូចនាករស្នូល ដែលចាំបាច់សម្រាប់តាមដានវឌ្ឍនភាពនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ មាននៅតារាងទី៣។

រូបភាពទី៧ យុទ្ធសាស្ត្រទំនាក់ទំនងគ្នាជាមួយផែនការជាតិ



[33] Planning guide for the health sector response to HIV. WHO 2011 at http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241502535/en/

[34] http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/

រូបភាពទី៨ ក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផលជាផលប៉ះពាល់ និងលទ្ធផល ២០១៦-២០២០

លទ្ធផលជាផលប៉ះពាល់ (Impact)

ឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍	កាត់បន្ថយមរណភាព	ឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក

គោលដៅ

៩០%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដឹងពីស្ថានភាពរបស់គាត់	៩០%នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាបានផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	៩០%នៃអ្នកជំងឺដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានទទួលលទ្ធផលតេស្ត VL ល្អ

លទ្ធផល (Outcome)

១	២	៣	៤	៥
ប្រជាជនចំណុច ប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តដែលមានសុវត្ថិភាពនិងទទួលសេវាបង្ការដែលនាំឲ្យកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	ការកើនឡើងនៃការស្វែងរកករណីអេដស៍និងធានាការភ្ជាប់ទៅការថែទាំនិងព្យាបាល	ធ្វើឲ្យល្អប្រសើរឡើងនូវល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាល	ធ្វើឲ្យល្អប្រសើរឡើងការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាដទៃទៀត រួមមានសេវាព្យាបាលជំងឺរបេងនិងសេវាសុខភាពមាតានិងទារក	ផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិងប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់

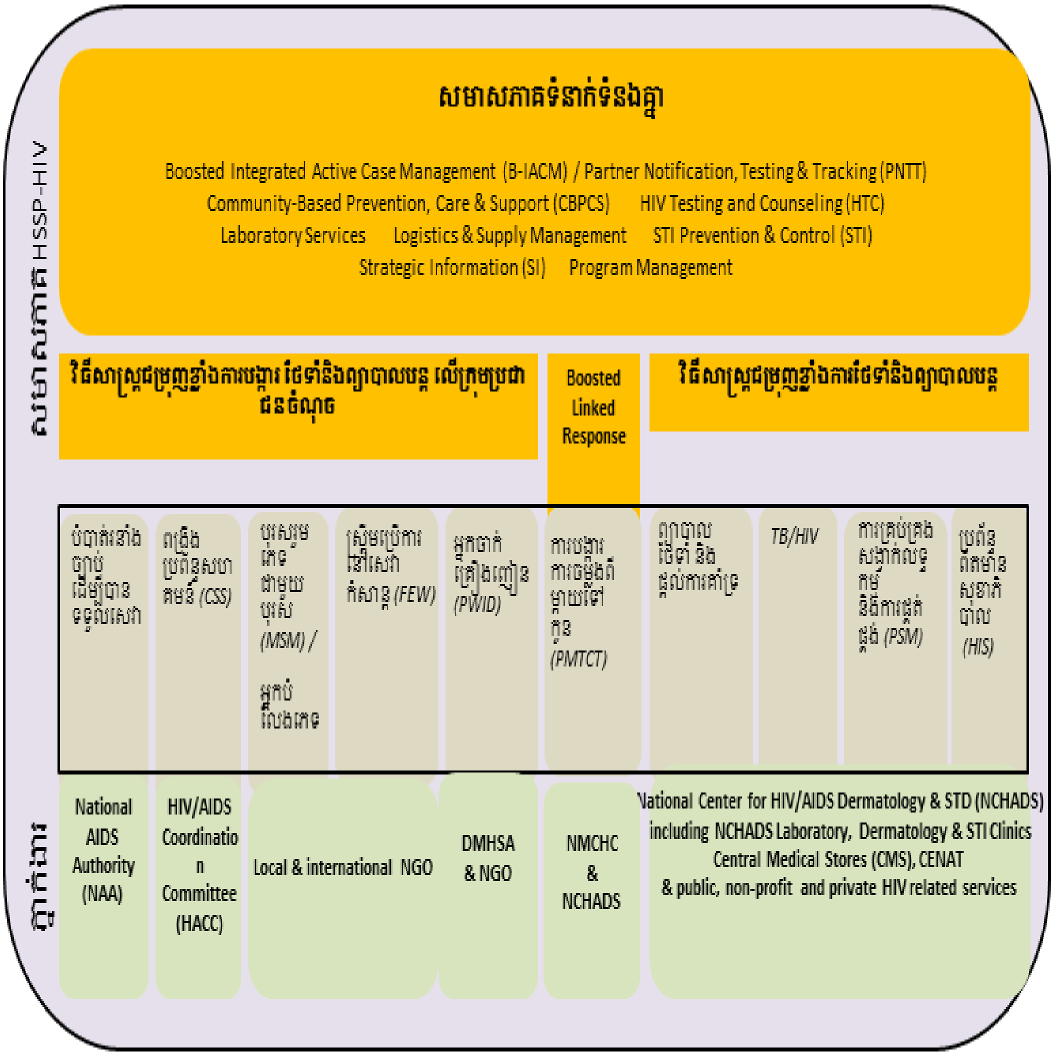
តារាងទី៣ សូចនាករស្នូលដែលចាំបាច់សម្រាប់តាមដានការអភិវឌ្ឍន៍នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

លទ្ធផល	សូចនាករ	គោលដៅឆ្នាំ២០២០
	ផលប៉ះពាល់ *(Impact indicators)*	
លុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍	ចំនួនករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ប្រចាំឆ្នាំ (ក្នុង១០០០នាក់នៃអ្នកមិនឆ្លង) (≤ ៤០០នាក់ ករណីឆ្លងថ្មីក្នុង១ឆ្នាំ) នៅឆ្នាំ២០២៥	< 0.0៣
កាត់បន្ថយអត្រាមរណៈភាពទាក់ទងនឹងអេដស៍	ចំនួនអ្នកស្លាប់ទាក់ទងនឹងអេដស៍ ក្នុង១០០. ០០០ ប្រជាជន	១២/១០០.០០០ ឬ តិចជាងនេះ
លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍	សមាមាត្រនៃទារកដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដ	៥% ឬតិចជាងនេះ

ពីម្តាយទៅកូន	ស៍ក្នុងកំឡុង១២ខែមុនដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ក្នុងចំណោមម្តាយដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះ)។	
	គោលបំណង *(Goal)*	
៩០% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុករបស់គាត់	សមាមាត្រនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍។	៩០%
៩០% នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។	សមាមាត្រនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	៩០%
៩០%នៃអ្នកដែលបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ បានទទួលលទ្ធផល VL ល្អ (viral suppression)។	សមាមាត្រនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលលទ្ធផល VL ល្អ (Suppression)	៩០%
	លទ្ធផល *(Outcome Indicators) (1-5)*	
១. ក្រុមប្រជាជនចំណុចបានអនុវត្តន៍ការប្រព្រឹត្តដែលមានសុវត្ថិភាពជាងមុន និងទទួលសេវាបង្ការដែលនាំឲ្យ ថយចុះហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។	១.១សមាមាត្រនៃក្រុមប្រជាជនចំណុច បានរាយការណ៍ថា បានប្រើស្រោមអនាម័យជាប់ជានិច្ចជាមួយអតិថិជន នៅពេលរួមភេទលើកចុងក្រោយ ។	FEW > ៩៥%
	១.២. ភាគរយនៃប្រជាជនចំណុច ដែលបានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគនៅត្រីមាសចុងក្រោយ (បែងចែកតាមប្រភេទនៃក្រុមប្រជាជនចំណុច)	FEW > ៨០% MSM > ៨០% TG > ៨០%
២.ការរកឃើញករណីអេដស៍កើនឡើង និងធានាការផ្សាភ្ជាប់ទៅនឹងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។	២.១ ភាគរយនៃបុគ្គលដែលជាប្រជាជនចំណុចដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅឆមាសចុងក្រោយ (បែងចែកតាមប្រភេទនៃក្រុមប្រជាជនចំណុច)។	FEW > ៩០% MSM > ៩០% TG > ៩០%
	២.២.ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ បានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍។	៩០%
៣.ធ្វើឲ្យល្អប្រសើរឡើងការរក្សា	៣.សមាមាត្រនៃមនុស្សពេញវ័យនិងកុមារដែលផ្ទុក	> ៩០% សម្រាប់

ទុកអ្នកជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងល្បាក់នៃសេវា ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍	មេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បាន ១២ ខែ	មនុស្សពេញវ័យ > ៩៥% សម្រាប់កុមារ
៤.ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាដទៃទៀត រួមទាំងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺរបេង សេវាគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក។	៤.១.ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍បានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងនៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។	៨៥%
	៤.២.ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មី បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid (IPT) នៅកំឡុងពេល១២ខែ ចុងក្រោយ។	៧៥%
៥.ការផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនិង មានគុណភាព។	៥.១.ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក នៅក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងពេលសម្រាលកូន នៅកំឡុងពេល១២ខែ ចុងក្រោយ។	> ៩0%
	៥.២.សមាមាត្រនៃទារកដែលកើតពីម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ នៅកំឡុងពេល១២ខែ ចុងក្រោយ។	> ៩0%

រូបភាពទី៩ សមាសភាគស្នូល និងសមាសភាគទំនាក់ទំនងគ្នានៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល២០១៦-២០២០



គ. សមាសភាគនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

គ.១ ក្របខ័ណ្ឌទស្សនៈទាន

ក្របខ័ណ្ឌផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះបែងចែកជា ១១ សមាសភាគៈ សមាសភាគស្នូល ៣ និង សមាសភាគដែលទាក់ទងគ្នា ៨ ។

សមាសភាគស្នូលៈ

១. វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លានៃការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត (B-COPCT) មានគោលបំណងកំណត់ និងស្វែងរកករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធានាថាពួកគេទទួលបាន និងរក្សាទុកក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ជាពិសេស ផ្តោតលើករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច ។

២. វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំព្យាបាលបន្ត(B-COC) គឺសំដៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ។

៣. វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា (B-LR) សំដៅលើការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ក្នុងចំណោមកុមារព្រមទាំង ការឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការរបស់ម្តាយ។

សមាសភាគទំនាក់ទំនងគ្នាៈ

៤. វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងការតាមរកដៃគូរបស់គាត់ ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT)។

៥. វិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគមន៍ (CBCPS)។

៦. ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា

៧. សេវាមន្ទីរពិសោធន៍

៨. ការគ្រប់គ្រង និងការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ

៩. ការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ

១០. ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ

១១. ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ។

គ.២ សមាសធាតុស្នូល

សមាសភាគស្នូលទី១: វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជនចំណុច (B-CoPCT)

សនិទានភាព

វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COPCT) គឺផ្តោតបានលើការពង្រីកអន្តរាគមន៍បង្ការ និងការផ្សាភ្ជាប់ទៅនឹងសេវាសុខាភិបាលនានា រួមមាន ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជា ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត បុរសរួមភេទជាមួយបុរស ក្រុមអ្នកបំប្លែងភេទ ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និងពិរុទ្ធជន។[35] ការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជននេះ គឺមានការប្រែប្រួលខ្លាំង។ ជាលទ្ធផល ក្រុមប្រជាជនជាច្រើនដែលត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា ក្រុមប្រជាជនចំណុច ប៉ុន្តែមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងកម្រិតទាប បានទទួលសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាញឹកញាប់។ ផ្ទុយទៅវិញ ក្រុមប្រជាជនចំណុចផ្សេងទៀត ដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចនឹងខកខានមិនបានទទួលសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។

ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យថ្មីៗទទួលបានពីកម្មវិធីធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍លើក្រុមប្រជាជនចំណុចបង្ហាញថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍មានកម្រិតទាបបើប្រៀបធៀបជាមួយ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់របស់ក្រុមនេះនៅពេលធ្វើការអង្កេត IBBS។ ការរកឃើញនេះបញ្ជាក់ថា កម្មវិធីចុះអប់រំផ្ទាល់បច្ចុប្បន្ននេះគ្របដណ្តប់បានតែលើក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខទាបនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ បន្ថែមលើនេះ ការបាត់បង់ករណីអេដស៍ត្រូវបានសង្កេតឃើញនៅក្នុងដំណាក់កាល ចាប់ពីការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ និងការចុះបញ្ជីនៅសេវា ART ។ ការលើកគម្រោងថវិកាថ្មីដែលត្រូវរៀបចំឡើង ត្រូវផ្តោតលើដំណោះស្រាយពីតម្រូវការ និងអាទិភាពជាក់លាក់របស់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ជាពិសេស ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលពិបាកនឹងស្វែងរក ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ និងមានហានិភ័យនៃការប្រព្រឹត្តត្រួតគ្នា ឬក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលមានកត្តាងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀត។

---

35 NCHADS (2012) SOP for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

អាទិភាពនៅក្នុងសមាសភាគនេះគឺផ្តោតលើ៖

- ការកំណត់ និងធ្វើអាទិភាពនៅស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានបន្ទុកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ចំនួន៣២[36] ដែលមានប្រជាជនចំណុចជាច្រើន ត្រូវបានរកឃើញតាមរយៈការធ្វើផែនទីកំណត់ជាប្រចាំ។
- ការចាត់ថ្នាក់ក្រុមប្រជាជនចំណុចជា ២ក្រុម ៖ ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាង (ចំពោះស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានអតិថិជនលើសពី ៧នាក់/សប្តាហ៍[37] អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និងក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលមានការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ត្រួតគ្នា មានជាអាទិ៍ លក់សេវាផ្លូវភេទផង និងចាក់គ្រឿងញៀនផង ព្រមទាំងកែសម្រួលកញ្ចប់សេវាសម្រាប់ចុះអប់រំផ្ទាល់ ដោយបង្កើនកិច្ចប្រឹងប្រែងក្នុងការស្វែងរកក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ជាង ហើយកាត់បន្ថយចំនួនចុះអប់រំផ្ទាល់ដល់ក្រុមផ្សេងទៀត។
- ការកត់សម្គាល់ទីតាំងដែលកើតមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជា កន្លែងម៉ាស្សា ឬខារ៉ាអូខេដែលមានបន្ទប់អាចឲ្យស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តសប្បាយ (EW) ផ្តល់សេវាផ្លូវភេទដល់អតិថិជន បើប្រៀបធៀបជាមួយ ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដែលមិនអនុញ្ញាតឲ្យចេញពីបន្ទប់រហូតដល់ចប់ម៉ោងធ្វើការ ដោយផ្តោតការអប់រំនៅទីកន្លែង និងក្រុមដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ទាំងអស់នេះ។

កម្មវត្ថុ

១. បង្កើនការប្រកាន់យកការប្រព្រឹត្តប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ [38]

២. បង្កើនការស្វែងរកសកម្មករណីអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច និងធានាថាពួកគាត់បានទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធ

---

[36] Total of 92 Operational Districts in 2016

[37] Based on Behavioral Sentinel Surveillance (BSS) survey 2013 and AEM 2014

[38] Key Populations (KP) include FEW, MSM, TG, PWID

៣. ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង និងពង្រីកការគាំទ្រក្នុងការបញ្ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍ និងការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

១.១ ការកត់សម្គាល់ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងដៃគូរបស់ពួកគាត់ ដោយប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអាទិភាពដែលបានរៀបចំហើយ។

១.២ បង្កើតតម្រូវការ និងផ្តល់សេវាបង្ការដល់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ផ្អែកតាមមូលដ្ឋានវិទ្យាសាស្ត្រ (ឧ.អន្តរាគមន៍ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ការព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ PEP) និងសេវាសុខភាពពាក់ព័ន្ធ (ឧ. សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ រួមទាំង មធ្យោបាយពន្យាកំណើត ព្រមទាំង សំភារៈបរិក្ខាពេទ្យ និងមធ្យោបាយបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ម្ទុលសឺរ៉ាំង ស្រោមអនាម័យ-ទឹករំអិល)។

១.៣ បង្កើតតម្រូវការ និងផ្តល់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (ដោយជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃនៅតាមសហគមន៍ និងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ហើយបន្ថែមយុទ្ធវិធីធ្វើតេស្តឈាមថ្មីៗនៅពេលដែលមាន) ព្រមទាំង ធានាការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់។

១.៤ ពង្រឹងយន្តការបញ្ជូន ដោយចាប់ផ្តើពីសេវាបង្ការ ទៅសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគ អេដស៍ និងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធនានា រួមមាន សេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាពន្យាកំណើត សេវាព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) និង សេវាព្យាបាលដោយម៉េតាដូនចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។

សកម្មភាពស្នូល

១.១ ការកត់សម្គាល់ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងដៃគូរបស់ពួកគាត់ ដោយប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអាទិភាព ដែលបានរៀបចំហើយ៖

១.១.១ កែសម្រួល និងបញ្ជាប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអាទិភាពនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការបែងចែកជាក្រុមនៃប្រភេទក្រុមប្រជាជនចំណុចនីមួយៗសម្រាប់ពង្រឹងកញ្ចប់សេវា។

១.១.២ អនុវត្តន៍ការធ្វើផែនទី និងរៀបចំផែនការលម្អិត រួមមាន ការជ្រើសរើសស្រុកប្រតិបត្តិ បុគ្គល ឬបណ្តាញ ក៏ដូចជាទីតាំង និង ការកំណត់ទិសដៅសម្រាប់ ផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៅតាមកម្រិត ។

១.១.៣ ប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តដែលមានភស្តុតាងជាក់លាក់ និងគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មី (ឧ. តាមរយៈមិត្តអប់រំមិត្ត តាមបណ្តាញអ្នកស្គាល់គ្នា(snowball) ការបញ្ជូនដោយផ្តល់ការលើកទឹកចិត្ត។ល។) រួមទាំង យន្តការតាមដាន និងការវិភាគឆាប់រហ័សដើម្បីធ្វើសកម្មភាព (RMAA) ដើម្បីកាត់បន្ថយការបោះបង់ នៅតាមដំណាក់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

១.១.៤ ការរុករកដៃគូដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់របស់ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលមានការឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការស្វែងរកដៃគូ ដើម្បីមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (PNTT)។

១.២ បង្កើតតម្រូវការ និងផ្តល់សេវាបង្ការដល់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ផ្អែកតាមមូលដ្ឋានវិទ្យាសាស្រ្ត (ឧ.អន្តរគមន៍ផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត ការធ្វើតេស្ត ឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ការព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ PEP) និងសេវាសុខភាពពាក់ព័ន្ធ (ឧ. សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ រួមទាំង មធ្យោបាយពន្យាកំណើត ព្រមទាំងសម្ភារៈបរិក្ខាពេទ្យ និងមធ្យោបាយបង្ការ (ម្ជុល សឺរ៉ាំង ស្រោមអនាម័យ-ទឹករំអិល)៖

១.២.១ ចុះអប់រំផ្ទាល់តាមក្រុមប្រជាជនចំណុច ដោយអនុវត្តតាមកញ្ចប់សេវាជាអាទិភាព (ការទំនាក់ទំនងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត ចែកស្រោមអនាម័យ ផ្តល់សេវាបញ្ជូន ផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (សូមមើលសមាសភាគទី៦៖ ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍)។

១.២.២ បង្កើតឲ្យមានតម្រូវការ និងផ្តល់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវនិងព្យាបាលនៅតាមសហគមន៍ និងគ្រឹះស្ថានសេវាសុខាភិបាល ដោយផ្តល់សេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាសុខភាពបន្តពូជ សេវាពន្យាកំណើត និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត (ឧ.ការព្យាបាលដោយអ័កម៉ូនសម្រាប់ក្រុមបំប្លែងភេទ) ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអាទិភាព។

១.២.៣ ប្រើប្រាស់បច្ចេកវិទ្យាក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលមានបច្ចេកទេសថ្មី (ឧ.ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ ARV ដើម្បីបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈម) សម្រាប់អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលក្រោយពេលគ្រោះថ្នាក់ដោយមុតម្ជុល ឬ ក្រោយពេលរងគ្រោះដោយការរំលោភផ្លូវភេទ។

១.២.៤ ផ្តល់សេវា និងព័ត៌មាន និងធ្វើការបញ្ជូនក្រុមប្រជាជនចំណុចផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអាទិភាព។

១.២.៥ ប្រើវិធីសាស្រ្តលក់ស្រោមអនាម័យតាមរយៈបណ្តាញមិត្តអប់រំមិត្ត និងតាមទីផ្សារ ។

១.២.៦ សហការជាមួយដៃគូពាក់ព័ន្ធ និងភ្នាក់ងារអនុវត្តកម្មវិធីកាត់បន្ថយហានិភ័យគ្រឿងញៀន ដោយធានាថា ប្រជាជនចំណុចនៅតាមពន្ធនាគារទទួលបានសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

១.៣ បង្កើតតម្រូវការ និងផ្តល់សេវាការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (ដោយជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃនៅសហគមន៍ និងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ហើយបន្ថែមយុទ្ធវិធីធ្វើតេស្តឈាមថ្មីៗនៅពេលដែលមាន) ព្រមទាំង ធានាការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់

១.៣.១ អនុវត្តវិធីសាស្ត្រពង្រឹងការកំណត់សម្គាល់អ្នកផ្ទុក ស្វែងរកពួកគាត់មកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ពង្រឹងការនាំយកពួកគាត់មកព្យាបាលរហូតដល់ទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលរាប់មេរោគលែងឃើញ (IRIR) សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ដើម្បីបង្កើតឲ្យមានតម្រូវការ និងផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាតាមសហគមន៍ ដោយប្រើយុទ្ធសាស្ត្រតាមក្រុមគោលដៅ។

១.៣.២ លើកកំពស់ឲ្យមានការមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយខ្លួនឯងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងលើកកំពស់ការផ្តល់វិធីសាស្ត្រផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ថ្មី នៅពេលដែលមាន។

១.៣.៣ អនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរកនិងគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ ដើម្បីតាមដានអ្នកដែលទទួលលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្មក្នុងក្រុមប្រជាជនចំណុច ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ B-IACM និង IRIR។

១.៣.៤ អនុវត្តវិធីសាស្ត្រធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលសម្រាប់គ្រប់ករណីដែលបញ្ជាក់ថាតេស្ត វិជ្ជមាន ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យបច្ចុប្បន្ន។

១.៤ ពង្រឹងយន្តការបញ្ជូន ដោយចាប់ផ្តើមពីសេវាបង្ការ ទៅសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគ អេដស៍ និងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធនានា រួមមាន សេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាពន្យាកំណើត សេវាព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ (PEP) និង សេវាព្យាបាលដោយមេតាដូនចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន

១.៤.១ បង្កើតបណ្តាញបញ្ជូន រវាងសេវាបង្ការ ថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងសេវាពាក់ព័ន្ធ នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិដែលជាអាទិភាព ធានាដល់ដំណើរការនៃប្រព័ន្ធបញ្ជូនពីសហគមន៍ទៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលនិងត្រឡប់មកវិញ និងសេវាពាក់ព័ន្ធនានាក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល)។

១.៤.២ អនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងការការបញ្ជ្រាបសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM) ដែលមាន លទ្ធផលតេស្ត

ប្រតិកម្ម (ទាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ) ឲ្យទៅទទួលសេវាធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ និងព្យាបាល។

១.៤.៣ ធានាថា គ្រប់ប្រជាជនចំណុចទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាល ផ្អែកតាមវិធីសាស្ត្រ (ធ្វើតេស្ត និងទទួលបានការព្យាបាល)។

១.៤.៤ ធានាការផ្តល់សេវា និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុចនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិអាទិភាព (ឧ. សេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ សេវាពិនិត្យព្យាបាលជំងឺកាមរោគ កម្មវិធីម្ជុលនិងសឺរាំង សេវាព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀន សេវាព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ PEP) ។

សមាសភាគស្នូលទី២: វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (B-CoC for PLHIV)

សនិទានភាព

នៅឆ្នាំ ២០១៤ ការចាប់ផ្តើមអនុវត្តន៍យុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំព្យាបាលបន្ត (boosted CoC) មានបំណងធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវា និងរក្សាអ្នកជំងឺអេដស៍ឲ្យបន្តទទួលសេវាថែទាំព្យាបាល (retention) នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការថែទាំនិងព្យាបាលដែលអាចដោះស្រាយបញ្ហាថ្មីដែលកើតឡើង ដូចជា ការមកទទួលសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមានកម្រិតទាប ការយឺតយ៉ាវក្នុងការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការបង្កើនបន្ទុកការងារធ្ងន់ធ្ងរចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលត្រូវផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជូនអ្នកជំងឺច្រើននាក់។

B-CoC មានគោលបំណងផ្តល់កញ្ចប់នៃការថែទាំនិងព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងធ្វើការកែលម្អការផ្សាភ្ជាប់ រវាងការថែទាំតាមសហគមន៍ និងការថែទាំតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ក៏ដូចជាសកម្មភាពមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្តនិងកម្មវិធីដទៃទៀត រួមមាន សេវាវិធីពិនិត្យព្យាបាលជំងឺរបេង និងគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក។ B-CoC ក៏ខិតខំធ្វើឲ្យការប្រើប្រាស់មូលនិធិសមធម៌ដោយមានប្រសិទ្ធភាព ក្នុងការជួយគាំទ្រអ្នកជំងឺ ក៏ដូចជា គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។

B-CoC មានទិសដៅថ្មីក្នុងល្បាក់នៃការថែទាំនិងព្យាបាល មានបំណងស្វែងរកករណីថ្មីៗ ពន្លឿនការចុះបញ្ជីក្នុងសេវាព្យាបាល ហើយរក្សាទុកអ្នកជំងឺនៅក្នុងល្បាក់នៃការថែទាំព្យាបាលជាអតិបរមា រួមជាមួយវិធីសាស្ត្រ B-IACM ដោយប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រ IRIR សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច និងវិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍តាមសហគមន៍ (CBPCS) ដើម្បីរក្សាទុកអ្នកជំងឺនៅក្នុងការថែទាំព្យាបាល ហើយរក្សាគាត់ឲ្យមានលទ្ធផលតេស្តរាប់មេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមទទួលបានលទ្ធផលល្អ (viral load suppression)។

យោងតាមការសិក្សាស្រាវជ្រាវបានបញ្ជាក់ថា ប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់ ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលរបស់អង្គការ

WHO ឆ្នាំ ២០១៥ ដែលអនុញ្ញាតឲ្យគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានតេស្ត វិជ្ជមានត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ភ្លាមៗ ទោះបីមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ។[39,40]

NCHADS បានបញ្ចូលគោលនយោបាយ ធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលនេះទៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១៦[41]។ B-CoC ក៏រួមបញ្ចូលវិធីសាស្ត្រការនាំដៃគូរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដៃគូអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនឲ្យមកធ្វើតេស្តនិងទទួលការព្យាបាល។

បើយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំ អំពីការបង្ករោគរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍ និងនិយាមបែបបទនៃវិធីសាស្ត្រ 3I's [42] ក៏ជានាំឲ្យមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឲ្យបានសមស្របដល់អ្នកជំងឺដែលមានការបង្ករោគរួមគ្នារបេង/អេដស៍។ បន្ថែមលើនេះ យោងតាមយុទ្ធសាស្ត្រអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងជំងឺរលាកថ្លើមដោយវីរុសនៅថ្នាក់តំបន់ [43] និងគោលការណ៍ណែនាំពាក់ព័ន្ធរបស់អង្គការ WHO[44] NCHADS មានឆន្ទៈក្នុងការឆ្លើយតបនឹងការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B, C ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍។

ការសិក្សាមួយនៅឆ្នាំ ២០១៤[45] នៅកម្ពុជាបានបង្ហាញថា ការឆ្លងមេរោគថ្លើមប្រភេទ B និង C បានដាក់បន្ទុកបន្ថែមលើកម្មវិធីឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ ដោយសារតែបានរកឃើញ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍មានរហូតដល់ ១១% ចំពោះជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង ៥,៣% ចំពោះជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ។ ការរកឃើញថ្មីៗនូវឱសថព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C (Directly Acting

---

39 'Early initiation ' was defined in this study as immediate enrolment on therapy for HIV-1 infected patients withCD4 count between 350 and 500/mm3.

40 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO policy brief, Nov. 2015, What's New? http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064/1/9789241509893_eng.pdf?ua=1

41 Revised Adult HIV clinical guidelines MoH, 2016

42 Standard Operating Procedures (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings, NCHADS Apr. 2010

43 WPRO Regional Action Plan for Viral Hepatitis in the Western Pacific 2016–2020, WHO 2016

44 WHO Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection, WHO April 2014 and Updated new recommendations, WHO policy brief 2016; Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection, WHO, March 2015

45 van Grienssven J. et al, PLOSone February 2014, Vol. 9;e88552

Antiviral) និងកិច្ចសហការជាមួយអង្គការដៃគូអាចឈានទៅព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍។

កម្មវត្ថុ

១. ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់ប្រសើរឡើង និងរក្សាគុណភាព អត្រាគ្របដណ្តប់ និងការរក្សាទុកអ្នកជំងឺឲ្យនៅបន្តទទួលសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការថែទាំព្យាបាលបន្ត។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

២.១ បង្កើនការស្វែងរកករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងពន្លឿនការចុះបញ្ជីទៅក្នុងសេវាព្យាបាល ART ។

២.២ ផ្តល់កញ្ចប់សេវាថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។

២.៣ រក្សាការបន្តទទួលការថែទាំព្យាបាល នៅតាមដំណាក់កាលនៃការថែទាំជំងឺអេដស៍ និងធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការផ្សាភ្ជាប់ រវាងការថែទាំតាមសហគមន៍ និងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត និងសេវាដទៃទៀត រួមមាន សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺរបេង និងសេវាគាំពារមាតានិងទារក។

២.៤ ធ្វើការរួមបញ្ចូលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ព្រមទាំងគិតពីគុណភាពនៃសេវា។

សកម្មភាពស្នូល

២.១.បង្កើនការស្វែងរកករណីអេដស៍ និងពន្លឿនការចុះបញ្ជីទៅក្នុងសេវាព្យាបាល ART

២.១.១ សូមអានផ្នែកសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីពង្រីកការស្វែងរកករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការធ្វើតេស្តដោយជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃនៅមណ្ឌលសុខភាព និងនៅសហគមន៍នៅពេលចុះអប់រំផ្ទាល់ និងពេលផ្តល់សេវានានានៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។

២.២.ផ្តល់កញ្ចប់ថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់

២.២.១ អនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍បច្ចុប្បន្ន [46] ដើម្បីពង្រីកភាពទទួលបាន និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២.២.២ បង្កើនភាពទទួលបានសេវាធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង Viral load យោងនៅគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

២.២.៣ ផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលករណីឆ្លងរោគរួមគ្នា (Co-infection) (ជំងឺរបេង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB/C...) ដោយផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការបញ្ជូនទៅសេវាទាំងនោះឲ្យបានសមស្រប។

២.២.៤ អនុវត្តនិយាមបែបបទ នៃសកម្មភាពឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ នៅតាមពន្ធនាគារ និងមន្ទីរឃុំឃាំង [47]

២.២.៥ ពង្រីកការតាមដានស្វែងរក ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដែលបណ្តាលមកពីការលេបឱសថ ARV ដោយសារ Phonma co-vigilance។

២.២.៦ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាល និងកែសម្រួលកាលវិភាគនៃការណាត់ជួប)។

២.២.៧ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ដោយរួមបញ្ចូលទាំងការផ្តល់ការប្រឹក្សាអំពីការលេបថ្នាំឲ្យបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់(adherence) និងបញ្ជាក់ដោយការធ្វើតេស្ត viral load។

២.២.៨ បង្កើនការអនុវត្ត និងតាមដានវិធីសាស្ត្រ " ធ្វើតេស្ត និងព្យាបាល " យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍បច្ចុប្បន្ន។[48]

---

[46] Revised Adult HIV clinical guidelines, MoH Aug. 2016

[47] SOP for HIV, STI and TB-HIV prevention, care, treatment and support in prisons (and correctional centers) in Cambodia, NCHADS/MoH 2012.

[48] Revised Adult HIV clinical guidelines MoH 2015 Aug. 2016 in preparation

២.២.៩ ពង្រឹងការអនុវត្តការព្យាបាលបង្ការដោយប្រើឱសថ ARV ក្រោយពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងពេលកំពុងបំពេញការងារ(PEP) និងបន្ទាប់ពីមានការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ (sexual assault)។

២.២.១០ អនុវត្តការធ្វើការណែនាំស្តីពីការបង្ហាត់បង្ហាញគ្លីនិក(clinical mentoring) ការពង្រឹងសមត្ថភាពបណ្តាញគ្រូពេទ្យព្យាបាល និងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងការអនុវត្តការបង្កើនគុណភាពសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺ តាមរយៈដំណើរការនៃ CQI/EWI [49]។

២.២.១១ ផ្តល់កញ្ចប់សេវាបង្ការជាវិជ្ជមាន ដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីមធ្យោបាយពន្យាកំណើត នៅតាមសេវាព្យាបាលដោយ ART [50]

២.២.១២ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមិនឆ្លង(NCD) (លើសសម្ពាធឈាម ទឹកនោមផ្អែម ភាពមិនប្រក្រតីនៃជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម។ល។) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាសមស្របនានានៅតាមគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាព និងនៅក្នុងសហគមន៍ យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍បច្ចុប្បន្ន។

២.៣ រក្សាការបិតនៅក្នុងល្បាក់នៃការថែទាំជំងឺអេដស៍ និងធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការផ្សាភ្ជាប់ រវាងការថែទាំតាមសហគមន៍ និងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត និងសេវាដទៃទៀត រួមមាន សេវាថែទាំព្យាបាលរបេង និងសេវាគាំពារមាតានិងទារក

២.៣.១ កាត់បន្ថយការបោះបង់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដោយអនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍(B-IACM) និងវិធីសាស្ត្រ IRIR ដោយប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធតាមដានក្នុងការណាត់ជួប លើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់។

២.៣.២ កំណត់ និងពង្រីកតួនាទីរបស់ក្រុមគាំទ្រដែលមកប្រើការងារនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្តឲ្យជួយដល់សេវា ART លើការអប់រំដល់អ្នកជំងឺ ការផ្តល់ប្រឹក្សា ការបែងចែកអ្នកជំងឺទៅតាមសេវានីមួយៗ និងការតាមរកអ្នកជំងឺ។

---

[49] Continuous Quality Improvement / Early Warning Indicator

[50] Guide for implementation of Positive Prevention among PLHIV in Cambodia, NCHADS, 2010

២.៣.៣ បង្កើនសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាក្នុងការពង្រឹងការរក្សាអ្នកជំងឺឲ្យបន្តទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលបានជាប់លាប់(retention) និងការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់។

២.៣.៤ ធានាដល់ការធ្វើការរួមគ្នារវាងអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងសម្ភារៈ បរិក្ខារពេទ្យក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ARV ឲ្យបានសមស្រប។

២.៣.៥ រក្សាដំណើរការនៃយន្តការសម្របសម្រួលការអនុវត្តយុទ្ធវិធីនានានៅថ្នាក់ជាតិ និងស្រុកប្រតិបត្តិ តាមរយៈការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM (សូមអានសមាសភាគ វិធីសាស្ត្រ B-IACM)

២.៣.៦ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងភាពអាចទទួលបានមូលធិនិសមធម៌ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្រីក្រឲ្យទទួលបានអត្តសញ្ញាណបញ្ជាក់ពីភាពក្រីក្រ ដើម្បីទទួលបានការបង់ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងថ្លៃសេវាថែទាំព្យាបាល។

២.៤. ធ្វើការរួមបញ្ចូលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ព្រមទាំង គិតពីគុណភាព

២.៤.១ ធ្វើការវាយតម្លៃរហ័ស ដើម្បីវាយតម្លៃយុទ្ធសាស្ត្រជាសក្តានុពលសម្រាប់៖

- ការផ្ទេរក្មេងជំទង់ពីសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ មកសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ
- បន្ទុកការងារថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺអេដស៍
- ផ្តល់សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពលំនឹងដោយឡែក (ឧទាហរណ៍ ផ្តល់ការព្យាបាលដោយគិលានុបដ្ឋាក)។

សមាសភាគស្នូលទី៣ វិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា

សនិទានភាព

នៅឆ្នាំ ២០០៨ រដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាបានផ្តួចផ្តើមឲ្យមានអន្តរាគមន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (MTCT) ដែលគេស្គាល់ថា ជាវិធីសាស្រ្តឆ្លើយតបរួមគ្នាដែលតម្រូវឲ្យមានកិច្ចសហការ រវាងសេវាឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ និងសេវាសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ។

នៅខែមិថុនាឆ្នាំ២០១១ ប្រទេសកម្ពុជាបានប្រកាសពីការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់ខ្លួនក្នុងការអនុវត្តគំនិតផ្តួចផ្តើម "កម្ពុជា៣.០" ដើម្បីលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងជំងឺស្វាយពីមាតាទៅទារក។ យុទ្ធវិធីកម្ពុជា៣.០ មានគម្រោងបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយលើកុមារតាមរយៈការអនុវត្តកញ្ចប់សេវាសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមមាន ការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សេវាគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក សេវាពន្យាកំណើត ការបង្ការជាវិជ្ជមានសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ និងសេវាបង្ការនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

តាមរយៈសមិទ្ធផលគួរឲ្យគាប់ចិត្តនេះ វិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នាត្រូវបានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ ២០១៣ ដើម្បីសម្រេចឲ្យបាននូវការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងស្វាយទៅលើកុមារ និងបន្តកែលំអសុខភាពរបស់មាតានិងកុមារ តាមរយៈការអនុវត្តវិធីសាស្រ្តឆ្លើយតបរួមគ្នាដែលមានភាពងាយស្រួល និងមានប្រសិទ្ធភាពជាងមុន (រូបភាពទី១០)។

យោងតាមការប៉ាន់ស្មានចំនួនស្រ្តីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ហើយរំពឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅឆ្នាំ ២០១៥ នឹងបន្តថយចុះរហូតដល់ឆ្នាំ ២០២០ (រូបភាពទី១៣) [51]។ ប្រហែល ៨៤%នៃស្រ្តីមានផ្ទៃពោះហើយផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV នៅឆ្នាំ ២០១៥។ ដូចនេះ កម្ពុជាបិតក្នុងស្ថានភាពដែលអាចលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមកុមារដោយកាត់បន្ថយអត្រាមរណភាព ក្នុងចំណោមកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែកម្ពុជានៅតែត្រូវពង្រឹងយុទ្ធសាស្រ្តកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក(PMTCT)

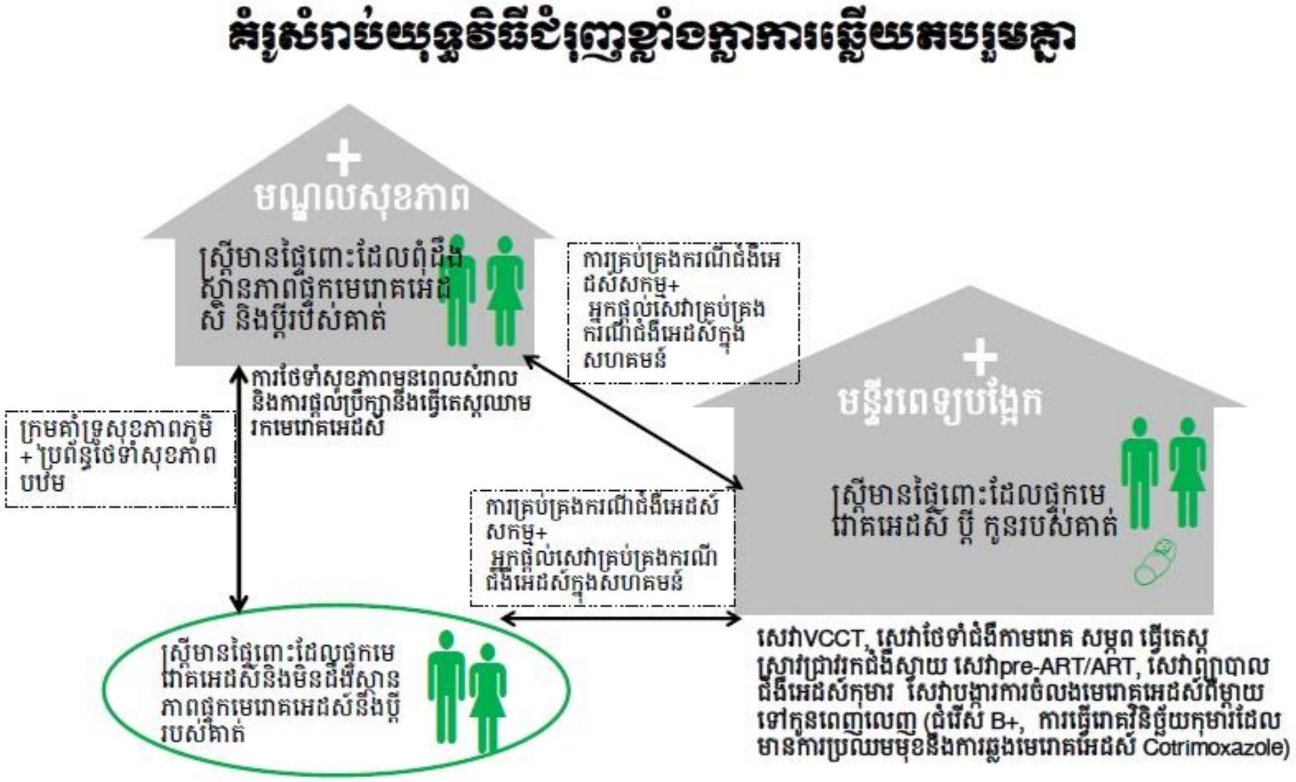
---

[51] UNAIDS SPECTRUM AIM 2016

ដើម្បីធានាឲ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះភាគច្រើនបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយទាំង២ នឹងទទួលបានអន្តរាគមន៍នៃការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺទាំង២ព្រមគ្នាឲ្យបានសមស្រប។

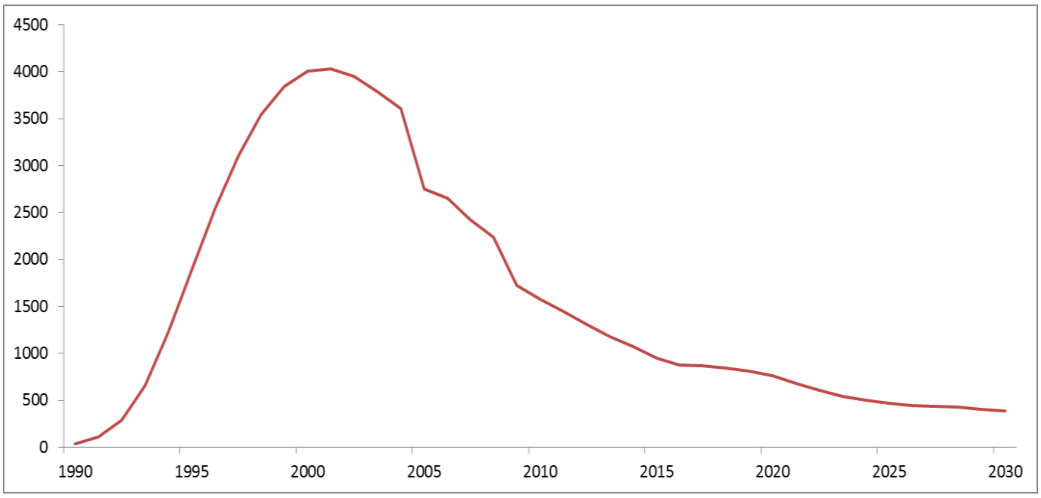
កម្ពុជានឹងបន្តពង្រឹងការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នា ក្នុងការស្វែងរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយធានាថាទាំងម្តាយនិងទារកទទួលបានកញ្ចប់សេវា PMTCT ពេញលេញ ហើយពន្លឿនការចុះបញ្ជីកុមារដែលផ្ទុកនៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ B-IACM/PNTT និងវិធីសាស្ត្រ IRIR នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ (រូបភាពទី ១២) (សូមអានសមាសភាគៈ វិធីសាស្ត្រ B-IACM)។

រូបភាពទី១០: គំរូយុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា



ការធ្វើគំរូបែបគណិតវិទ្យានៅកម្ពុជានៅឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០១៦ បង្ហាញថា ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ ARV សម្រាប់ម្តាយមានអត្រាគ្របដណ្តប់ ៩៥% ដែលជាអត្រាមួយប្រហែលជាអាចឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក។

រូបភាពទី១១: ការប៉ាន់ស្មានចំនួនមាតាដែលត្រូវការសេវា PMTCT(1990-2030)[52]



រូបភាពទី១២: ដំណាក់កាលនៃការផ្តល់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

[52] UNAIDS SPECTRUM AIM 2016

កម្មវត្ថុ

១. ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងលទ្ធផលនៃសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន នៅគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអន្តរាគមន៍ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ និងកាត់បន្ថយការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមកុមារនៅកម្ពុជា។

យុទ្ធសាស្រ្តស្នូល

៣.១ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការស្វែងរកករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅ ៩០% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់។

៣.២ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការទទួលបានកញ្ចប់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនពេញលេញ (យោងតាមសមាសភាគ HTC B-IACM និង ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារ មាតា និងទារក សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន)។

សកម្មភាពស្នូល

៣.១ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការស្វែងរកករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដើម្បីសម្រេចគោលដៅ ៩០% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់គាត់

៣.១.១ សម្រេចឲ្យបានជាសកលការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ លើគ្រប់ស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ឬតាមរយៈការចុះផ្តល់សេវាតាមសហគមន៍ដោយផ្ទាល់។

៣.១.២ ពង្រឹងការបង្ការជាបឋមសម្រាប់ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ ដោយសហការជាមួយដៃគូ និងយោងតាមផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក[53] រួមបញ្ចូលទាំង ការផ្តល់សេវាសម្រាប់ស្ត្រីក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច តាម

[53] National Guideline For the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis, 4th Edition, NMCH, February 2016

រយៈវិធីសាស្ត្រ B-COPCT ការលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត ២មុខ និងការអនុវត្តនិយាមបែបបទនៃការបង្ការជាវិជ្ជមាន។[54, 55]

៣.១.៣ បង្កើនការទទួលបានសេវាពន្យាកំណើតក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យ។

៣.១.៤ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការឆាប់មកទទួលសេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ នៅគ្រប់ដំណាក់នៃការថែទាំ តាមរយៈវិធីសាស្ត្រ B-IACM (សូមអានសមាសភាគ B-IACM)។

៣.១.៦ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងក្នុងការបញ្ជូនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទៅកាន់គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលដែលសមស្រប ដើម្បីទទួលបានសេវាសម្រាលកូនដែលមានសុវត្ថិភាព តាមរយៈវិធីសាស្ត្រ B-IACM។

៣.២ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការទទួលបានកញ្ចប់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនពេញលេញ (យោងតាមសមាសភាគ HTC B-IACM និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន)

៣.២.១ ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ B-IACM ដើម្បីតាមដានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងទារកដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីពង្រឹងការផ្សាភ្ជាប់ទៅសេវាធ្វើតេស្តកុមារប្រឈម (EID) និងការចុះបញ្ជីកុមារដែលទើបរកឃើញថាបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងសេវាព្យាបាលថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ។

៣.២.២ លើកកម្ពស់ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ CBPCS រួមទាំង អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសុខភាពភូមិ (VHSG) ដើម្បីជួយគាំទ្រម្តាយទទួលបានការជួយដឹកជញ្ជូន មកទទួលសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងធានាថា កូនរបស់គាត់នឹងទទួលបានសេវាសំខាន់ៗ រួមទាំង ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍លើទារកបានឆាប់រហ័ស (EID) និងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole (យោងតាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និង សមាសភាគ B-CoC, CBPCS)។

[54] NCHADS (2012) SOP for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

[55] Guide for implementation of Positive Prevention among PLHIV in Cambodia, NCHADS, 2010

គ.៣ សមាសភាគ Cross Cutting

សមាសភាគទី ៤. វិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និង ការរុករកដៃគូឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT)

សនិទានភាព

មុខងារនៃវិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM) គឺជាប្រព័ន្ធតាមដានករណី ជាមួយនឹងការតាមដានករណីជាទៀងទាត់ ការវិភាគករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងជាប្រព័ន្ធប្រកាសអាសន្នអំពីសក្តានុពលនៃករណីផ្ទុះមេរោគអេដស៍ផងដែរ[56] ។

វិធីសាស្រ្ត B-IACM គឺស្ថិតនៅក្រោមវិធីសាស្រ្ត *ការកំណត់ និងការស្វែងរក (Identify and Reach)* អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលនៅសេសសល់ឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពជាងមុនក្នុងការកំណត់រកករណីថ្មី ការធ្វើឈាមរកមេរោគអេដស៍ចំពោះដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ធានាថាគ្រប់ករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលបានដឹង បានចុះឈ្មោះនៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងនៅព្យាបាលបន្ត (*Intensify and Retain*) គឺមានគោលបំណងឲ្យអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅគ្រប់ដំណាក់កាល តាមរយៈការនាំយកសមាសភាគស្នូលទាំងបីនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត (B-COPCT, B-COC, B-LR) រួមជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្រ្តសកម្មនៅក្នុងសហគមន៍ ដូចជា វិធីសាស្រ្តបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់ជាមួយមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍។

ការវាយតម្លៃនៅពេលបច្ចុប្បន្ន បានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ភាគច្រើនករណីរកឃើញថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានរកឃើញជាក្រុមប្រជាជនពិសេស ដែលស្ថិតក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។[57&58] ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតក្នុងចំណោមកប្រជាជនក្រុមនេះ នឹងទទួលបានពីការស្រាវជ្រាវករណីអេដស៍ (HIV case profiling) នៅពេលដែលអ្នកជំងឺបានចុះឈ្មោះនៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ ប៉ុន្តែ ការរកឃើញករណីអេដស៍នេះ ទាមទារឲ្យមានការចូលរួមក្រុមសហគមន៍គឺមានសារៈសំខាន់

---

[56] Outline Concept Note: Integrated Case Surveillance of HIV infection in Cambodia, NCHADS, draft, July 2015

57 Report on an assignment for Operationalization of the Active Case Management and Partner Notification, Tracing and HIV Testing before nationwide scale-up under the GFATM. June-December 2015, Dr. Mean Chhi Vun & Dr. Peter Godwin

[58] The Rapid Monitoring Analysis and Action report (October 2016)

ណាស់ និងជាបណ្តាញដែលជួយកំណត់ទីកន្លែងករណីអេដស៍ដែលមិនទាន់បានចុះ ក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។

ការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រដើម្បី កំណត់រក ការទៅជួប ការបង្កើនសកម្មភាព និង ការរក្សាទុក 'Identify, Reach, Intensify and Retain' (IRIR) គឺយុទ្ធសាស្ត្រប្រតិបត្តិដែលផ្តល់ទិសដៅសម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ B-IACM ដើម្បីកំណត់រកករណីថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ឲ្យបានច្រើនមកទទួលសេវាព្យាបាល ពង្រឹងប្រព័ន្ធបញ្ជូន ជម្រុញលើកទឹកចិត្តការទទួលបានសេវាព្យាបាល និងការទទួលទុកអ្នកជំងឺទាំងអស់ឲ្យស្ថិតក្នុងសេវាព្យាបាល រហូតដល់ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង ដោយទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត viral load ល្អ (suppressed)។[59]

ផ្អែកតាមគំរូ Spectrum-AIM និង AEM បានប៉ាន់ស្មានថា នៅឆ្នាំ២០១៦ មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ១៥ ០០០ នាក់នៅប្រទេសកម្ពុជាដែលមិនទាន់ដឹងខ្លួនពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ឬ បានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។[60] ប៉ុន្តែ ដោយសារការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍មានចំនួនតិចជាង ១០០០ នាក់នៅឆ្នាំ២០១៥ ហើយនឹងបន្តធ្លាក់ចុះនៅឆ្នាំខាងមុខទៀត នាំឲ្យចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ១ ៥០០០ នាក់ដែលបានប៉ាន់ស្មាននេះ នឹងមិនទំនងជាអាចកើនឡើងទេ។ វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ មានបំណងក្នុងការធានា លើការស្វែងរកអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ១៥ ០០០នាក់ក្នុងរយៈពេល ៥ឆ្នាំនេះ ឲ្យមកចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាល និងរក្សាគាត់ឲ្យស្ថិតក្នុងសេវាព្យាបាល ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០២០ និង ការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជានៅឆ្នាំ ២០២៥។

នៅពេលអនុវត្តន៍ ចំណុចសំខាន់នៃភាពខុសគ្នារវាងវិធីសាស្ត្រ IACM/PNTT និង វិធីសាស្ត្រ B-IACM គឺការឈានទៅសម្រេចកម្មវត្ថុនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនេះ តាមរយៈការអនុវត្តវិធី B-IACM ឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធិភាពជាងមុន និងប្រើប្រាស់ធនធានតិចជាងមុន ដោយធ្វើឲ្យការឆ្លើយតបទៅស្ថានភាពតាម

---

[59] For details, please refer to the Consolidated SOP on Community Action Approach to Operationalize IRIR Strategy Towards achieving 90-90-90 in Cambodia

[60] Data from NCHADS DMU 2015 reports & UNAIDS Spectrum-AIM & AEM modeling using 2015 data

[61] Concept paper on Streamlining the Community-Based Prevention, Care and Support (CBPCS) Model for PLHIV in Cambodia, NCHADS, draft Nov 2015.

ស្រុកប្រតិបត្តិនីមួយៗបានសមស្រប និងកាន់តែប្រសើរឡើង។ ក្នុងគោលបំណងសម្របសម្រួលស្ថានភាពនៃកត្តាប្រឈមខុសគ្នា ក្នុងការបង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា វិធីសាស្រ្ត B-IACM មានគំរូ ៤ ។

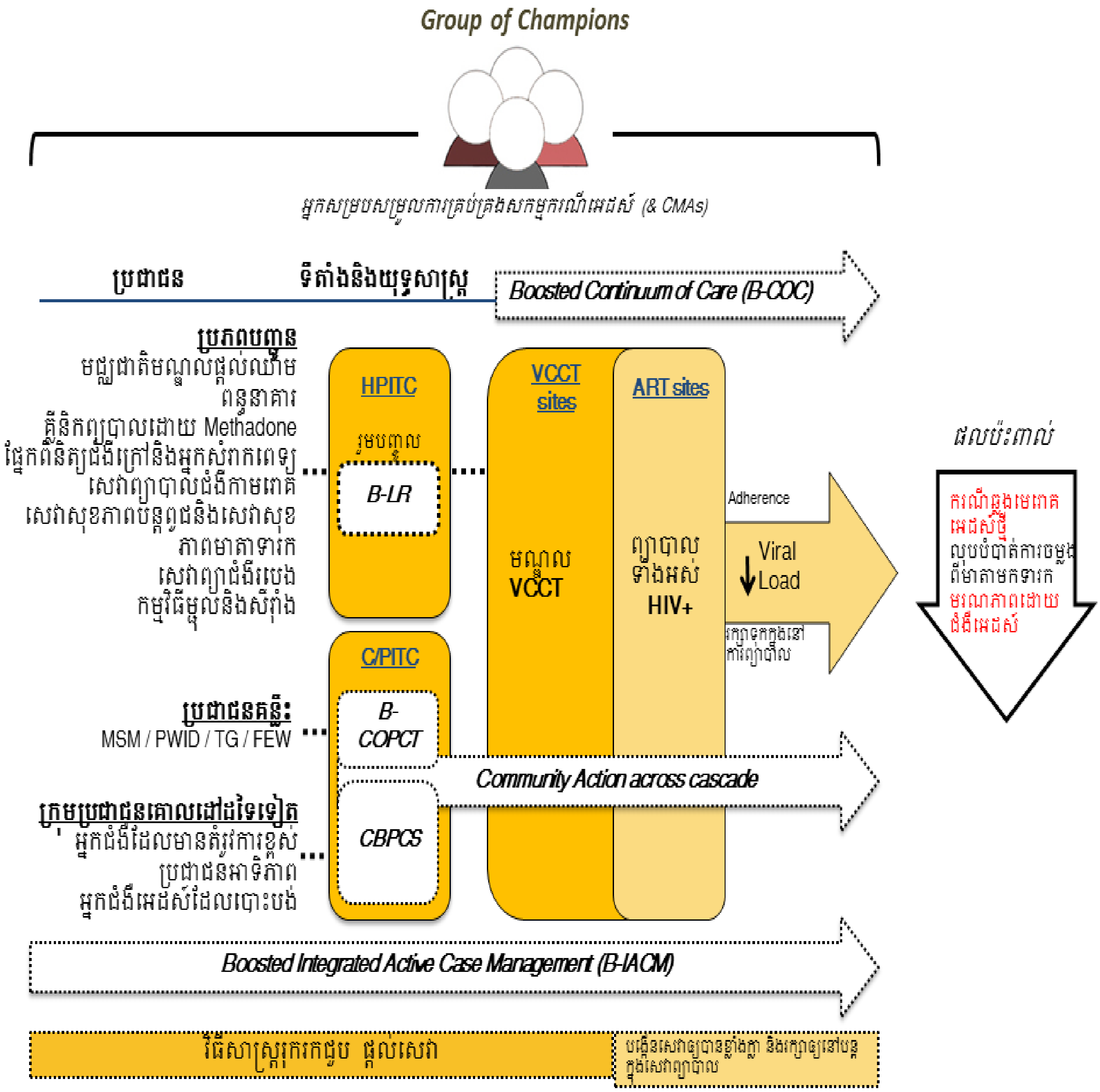
គំរូ ៤ នៃ B-IACM គឺ:

1. សម្រាប់អនុវត្តន៍នៅស្រុកប្រតិបត្តិនៅជនបទ ដែលមានសេវា ART/VCCT
2. សម្រាប់អនុវត្តន៍នៅស្រុកប្រតិបត្តិនៅជនបទ ដែលគ្មានសេវា ART/VCCT
3. សម្រាប់អនុវត្តន៍នៅស្រុកប្រតិបត្តិនៅទីក្រុង/ទីប្រជុំជន
4. សម្រាប់អនុវត្តន៍នៅស្រុកប្រតិបត្តិនៅរាជធានីភ្នំពេញ។

នៅក្នុងគំរូនីមួយៗ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសជាច្រើនកម្រិតត្រូវបានបង្កើតឡើងពីមុន នៅកម្រិតថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ បច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នា បង្កើតជារចនាសម្ព័ន្ធគណៈកម្មការមួយ ដែលហៅថា ក្រុមឆ្នើម(GOC) ដែលមាននៅតាមស្រុកប្រតិបត្តិនីមួយៗ និងមានគណៈកម្មការ GOC រួមមួយនៅថ្នាក់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត។ គំរូនៃ B-IACM នីមួយៗ មានលទ្ធភាពនឹងកំណត់រកទីកន្លែងដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានប៉ាន់ស្មានចំនួន ១ ៥០០០ នាក់តាំងនៅ និងនាំគាត់មកចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងការរុកក្រុមប្រជាជនដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់នោះ។

កញ្ចប់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គឺជាការសម្របសម្រួលការអនុវត្តន៍វិធីសាស្រ្ត B-IACM តាមរយៈអ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ (CMC) សហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយក្រុមឆ្នើម។

រូបភាពទី១៣: ក្រុមឆ្នើម

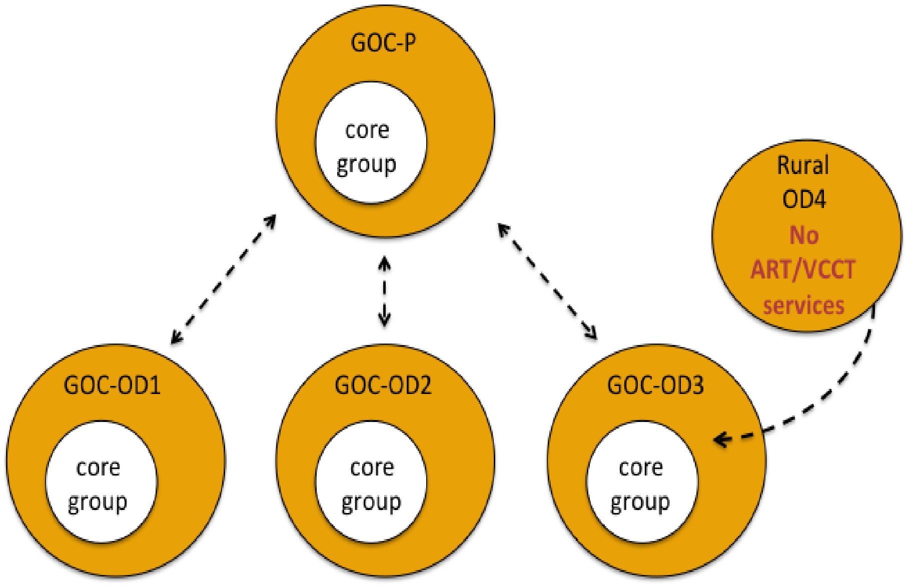


STI	Sexually Transmitted Infection	MSM	Men who have Sex with Men
MNCH	Mother Neonate & Child Health	PWID	People Who Inject Drugs
VL	Viral Load	TG	Transgender
eMTCT	Eliminate Mother To Child Transmission (of HIV)	EW	Entertainment Workers
B-COC	Boosted Continuum of Care	TB	Tuberculosis
CBPCS	Community Based Prevention, Care & Support	B-COPCT	Boosted Continuum of Prevention, Care & Treatment
HPITC	Health Provider Initiated Testing & Counseling	C/PITC	Community or Peer Initiated Testing & Counseling

ក្រុមផ្តើម (GOC) តាមរយៈក្រុមស្នូលនឹងផ្តល់អនុសាសន៍ ព័ត៌មាន និងយោបល់ ជូនមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តទាក់នឹងកម្មវិធីបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងចូលរួមពីគ្រប់អង្គការដៃគូដែលអនុវត្តន៍ការងារអេដស៍ ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាដែលកើតឡើងនៅតាមមូលដ្ឋាន ដើម្បីបង្កើនការស្រាវជ្រាវរុករកករណីថ្មីនៃមេរោគអេដស៍មកចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាល និងបង្ការការបោះបង់សេវានៅតាមដំណាក់កាលនីមួយៗនៃល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

ក្រុមផ្តើមមានសមាជិកចូលរួមពីគ្រប់ដៃគូទាំងអស់ និងក្រុមអ្នកតស៊ូមតិដែលចូលរួមអនុវត្តន៍ការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសអ្នកដែលចូលរួមក្នុងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត COPCT B-LR និងគំនិតផ្តួចផ្តើមសកម្មភាពក្នុងសហគមន៍ រួមមាន វិធីសាស្ត្រ COPCT ។ សមាជិកនៃក្រុមផ្តើមអាចនឹងបន្ថែមបាន ក្នុងករណីចាំបាច់ ដោយយោងតាមការចូលរួមចំណែកនៅក្នុងល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅស្រុកប្រតិបត្តិ។

រូបភាពទី ១៤ ក្រុមផ្តើម - នៅថ្នាក់ខេត្ត & ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ



កម្មវត្ថុ

១. ប្រើប្រាស់(leverage) យុទ្ធវិធីនិងវិធីសាស្ត្រដែលមានស្រាប់ ក្នុងការស្វែងរកករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ ជម្រុញការចុះឈ្មោះព្យាបាលឲ្យឆាប់រហ័ស/ភ្លាមៗ និងរក្សា

ទុកអ្នកជំងឺឲ្យបន្តទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ២០២០។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៤.១ បង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រតាមរយៈក្រុមឆ្នើម (GOC) ដើម្បីអនុវត្តន៍ និងពង្រីកវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នាការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM)។

៤.២ អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ IRIR ដើម្បីគាំទ្រវិធីសាស្ត្រ B-IACM និងពង្រីកការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រនេះនៅទូទាំងប្រទេស។

៤.៣ ពង្រឹងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់គាំទ្រការអនវុត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM ។

សកម្មភាពស្នូល

៤.១ បង្កើតបរិយាកាសគាំទ្រតាមរយៈក្រុមឆ្នើម (GOC) ក្នុងការអនុវត្ត និងពង្រីកវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM)

៤.១.១ ក្រុមឆ្នើម គឺជាក្រុមស្នូលដែលមានសមាជិកជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រង និងតាមដានដំណើរការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ B-IACM ដោយផ្ទាល់ និងបញ្ចូលសមាជិកភាពក្រុមឆ្នើមបន្ថែម រួមមាន អង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលចូលរួមអនុវត្តន៍ការផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិ។

- ស្រុកប្រតិបត្តិនៅទីប្រជុំជនទាំងអស់ត្រូវមានក្រុមឆ្នើម រីឯ ស្រុកប្រតិបត្តិនៅជនបទការសម្រេចបង្កើតក្រុមឆ្នើម គឺអាស្រ័យទៅតាមខេត្តនីមួយៗ ស្របតាមស្ថានភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ដូចជា វត្តមាននៃសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬមានក្រុមប្រជាជនចំណុចច្រើន។
- ក្រុមឆ្នើម គឺជាក្រុមទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិ និងត្រូវត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់ទិន្នន័យនៃសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិ

ដើម្បីកំណត់រកបញ្ហា និងដោះស្រាយបញ្ហាក្នុងគោលបំណងពង្រឹងការអនុវត្តឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។

៤.១.២ ចាត់តាំង/ជ្រើសរើសអ្នកសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ CMC/CMA ដែលមានតួនាទីក្នុងការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង រវាងអង្គការដៃគូដែលចូលរួមក្នុងសកម្មភាពបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ ដើម្បីធានាឲ្យការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM/PNTT មានដំណើរការល្អ។

៤.១.៣ ពង្រឹងការប្រើប្រាស់យន្តការសម្របសម្រួលដែលមានស្រាប់សម្រាប់ការអនុវត្តយុទ្ធវិធីកម្ពុជា ៣.០ ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM/PNTT និងធានាការប្រជុំក្រុមឆ្អែមឲ្យបានទៀងទាត់ ដើម្បីពិនិត្យទិន្នន័យនៅក្នុងល្បាក់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៤.២ អនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ IRIR ដើម្បីគាំទ្រវិធីសាស្ត្រ B-IACM និងពង្រីកការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រនេះ នៅទូទាំងប្រទេស

៤.២.១ កំណត់រកអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ឬអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបោះបង់សេវាក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច និង ក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ នៅក្នុងសហគមន៍តាមរយៈ ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលអនុវត្តន៍សកម្មភាពលើប្រជាជនចំណុច (ការចុះអប់រំផ្ទាល់) និងបណ្ដាញក្នុងក្រុម CBPCS. [61]

៤.២.២ ការស្វែងរកដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំ[62]

---

[61] Concept paper on Streamlining the Community-Based Prevention, Care and Support (CBPCS) Model for PLHIV in Cambodia, NCHADS, draft Nov 2015.

[62] Guidance Note on Integrated Case management and Partner Tracing and HIV Testing for Cambodia 3.0 Initiative, NCHADS/MOH, Oct. 2013

៤.២.៣ បញ្ជូន និងតាមដានសកម្មគ្រប់ករណីដែលមានលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ប្រតិកម្ម (reactive cases) ក្រោយពីបានធ្វើតេស្តដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ ដើម្បីទៅធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់នៅសេវា VCCT

៤.២.៤ តាមដានសកម្ម និងធានាថា គ្រប់ករណីដែលបញ្ជាក់ថា តេស្តវិជ្ជមាន ត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

៤.២.៥ តាមដានសកម្ម គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺទាំងនោះបានទទួលការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ឆាប់រហ័យ ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ [63,64]

៤.២.៦ អនុវត្តន៍ និងតាមដានការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ លើគ្រប់អ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយ ART ទាំងអស់ ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ [65]

៤.២.៧ តាមដានលទ្ធផលនៃ HIV cascade ជាទៀងទាត់ ទាំងនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងថ្នាក់ជាតិ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍តាមដានរបស់វិធីសាស្រ្ត B-IACM និង RMAA ដើម្បីកាត់បន្ថយករណីបោះបង់ឲ្យនៅតិចបំផុតនៅតាមល្បាក់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងស្វែងរកដំណោះស្រាយនូវបញ្ហាប្រឈម។

៤.៣ ពង្រឹងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ សម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត B-IACM

៤.៣.១ បង្កើត និងធានាដល់ដំណើរជាប្រចាំ របស់ក្រុមស្នូលសម្រាប់យន្តការតាមដាន និងការវិភាគរហ័ស ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព (RMAA Core Group) ទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។

---

[63] Concept Note on Treatment as Prevention (TasP) as a Strategy for Elimination of New HIV Infections in Cambodia, NCHADS, December 2012

[64] Cambodian National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents & Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, MoH 2016

[65] Cambodian National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents & Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, MoH 2016

៤.៣.២ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឧបករណ៍សម្រាប់កត់ត្រា និងទម្រង់របាយការណ៍របស់វិធីសាស្រ្ត B-IACM-PNTT រួមទាំង HIV dashboard។

៤.៣.៣ បណ្តុះបណ្តាលបង្កើនសមត្ថភាព អ្នកសម្របសម្រួល និងអ្នកជំនួយការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ (CMC and CMA) អំពីការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ និង ការវិភាគទិន្នន័យឲ្យបានសមស្របតាមល្បាក់សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍(HIV cascades) នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ។

៤.៣.៤ ដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់ និងពង្រីកមធ្យោបាយតាមដានដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវការតាមរកអ្នកជំងឺ ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាបោះបង់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៤.៣.៥ បង្កើតយន្តការតាមដានករណីបោះបង់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (LTFU)។ ពិនិត្យឡើងវិញលទ្ធផលរយៈ១ឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអនុវត្តន៍និងចាត់វិធានការណ៍តាមដាន រួមបញ្ចូលទាំង ការវិភាគតាមបែបគុណភាពអំពីករណីបោះបង់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៤.៣.៦ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ដើម្បីកត់សម្គាល់ពីលក្ខណៈប្រជាសាស្រ្តអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែរកឃើញថ្មី តាមរយៈការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍សមស្រប។

៤.៣.៧ ពិនិត្យឡើងវិញ និងកែសម្រួលការអនុវត្តវិធីសាស្រ្តជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងការស្វែងរកដៃគូរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT) ស្របទៅតាមអនុសាសន៍ និងមេរៀនជាបទពិសោធន៍ ។

សមាសភាគទី ៥. វិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំព្យាបាល និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ (CBPCS)

សនិទានភាព

ក្នុងកំឡុងពេលជាង ១៥ឆ្នាំកន្លងមកនេះ គំរូនៃការថែទាំតាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍នៅប្រទេសកម្ពុជា មានការវិវត្តិន៍យ៉ាងខ្លាំង ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃអេពីដេមិក និងមុនពេលពង្រីកសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺមានតម្រូវការសេវាថែទាំតាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍(HBC)ខ្ពស់ ដោយសារតែអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន បានបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម រួមផ្សំជាមួយការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាលនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលនៅមានកម្រិត។

នៅឆ្នាំ ២០០៨ NCHADS បានផ្សព្វផ្សាយនិយាមបែបបទស្តង់ដានៃសេវាថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត (COC) ព្រមទាំង ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃគំរូសេវា HBC ដែលហៅថា ការថែទាំនិងព្យាបាលតាមសហគមន៍ (CHBC) រួមទាំង ការបង្កើតមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត (MMM) នៅតាមសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ក្រុមជួយខ្លួនឯង។ សេវាថែទាំនិងព្យាបាលបន្តមានគោលបំណង បង្កើនការទទួលបានសេវាតាមរយៈពង្រឹងការផ្សារភ្ជាប់រវាង សេវាថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ និងសេវាថែទាំព្យាបាលក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានេះដែរ ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំនិងគាំទ្រតាមផ្ទះ ត្រូវប្តូរពីអង្គការមិនមែនរដ្ឋា ភិបាលជាដៃគូ ទៅក្រុមជួយខ្លួនឯង និងក្រុមអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល គឺនៅបន្តជួយសម្របសម្រួលនិងផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេស។

នៅឆ្នាំ ២០១៦ តម្រូវការនៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន គឺមានការប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង ដោយសារស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគាត់បានប្រសើរឡើង និងអត្រាគ្របដណ្តប់សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានកម្រិតខ្ពស់។ ក្នុងគោលបំណងធ្វើសមាហរណកម្មសេវា និងបង្កើនប្រសិទ្ធផលឲ្យបានខ្ពស់ គំរូថ្មីនៃសេវាបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ (CBPCS) ត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅឆ្នាំ ២០១៥ សម្រាប់ផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមរយៈយន្តការនៃការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM ដោយបង្វែរធនធានទៅផ្តោតលើ *ក្រុមគោលដៅជាប្រជាជនទូទៅ* មានដូចជា (i) ក្រុមគោលដៅជាប្រជាជនទូទៅ (ii) អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវការសេវាគាំទ្រជាចាំបាច់ និង (iii) អ្នករស់

នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលបោះបង់សេវាព្យាបាល។ ក្រុមប្រជាជនទាំងនេះ ទាមទារឲ្យមានការតាមដាននៅគ្រប់ល្បាក់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ តាមរយៈក្រុម CBPCS ស្របពេលនៃការផ្តល់សេវាថែទាំនិងគាំទ្រជាប្រចាំ គឺនឹងត្រូវផ្តោតផងដែរ ទៅលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង(stable PLHIV) ដែលត្រូវបានកំណត់នៅសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

រូបភាពទី ១៥ ក្រុមគោលដៅជាប្រជាជនទូទៅ

ប្រជាជនចំណុច

- អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន
- ស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត
- អ្នកបំប្លែងភេទ
- បុរសរួមភេទជាមួយបុរស

ក្រុមប្រជាជនផ្សេងទៀត

ប្រជាជនគោលដៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ

- អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ (គ្រប់វ័យ) ដៃគូរបស់ពួកគាត់ (អតីតដៃគូ)
- អ្នកជំងឺរបេង កាមរោគ ថ្លើម ដែលពុំធ្លាប់បានធ្វើតេស្ត HIV ពីមុនមក(ដឹងដោយអ្នកស្ម័គ្រតាមសហគមន៍)
- ដៃគូ (អតីតដៃគូ) របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬប្រជាជនចំណុច
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមិនទាន់បានទទួលសេវាANC, ឬពុំធ្លាប់បានធ្វើតេស្ត HIV ពីមុនមក
- អ្នកចំណាកស្រុក និងដៃគូ: អ្នកចំណាកស្រុកនៅក្នុងប្រទេស-: អ្នកធ្វើការសំណង់, កម្មកររោងចក្រ, បុគ្គលិកកាស៊ីណូ, អ្នកនេសាទ, អ្នកធ្វើចំការ អ្នកចំណាកស្រុកទៅក្រៅប្រទេស-
- Taxi, truck, remorks, or motos-taxi drivers
- យុវជនប្រឈមមុខ (ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ,គេចសាលា etc.)

PLHIV ដែលមានតម្រូវការខ្លាំង

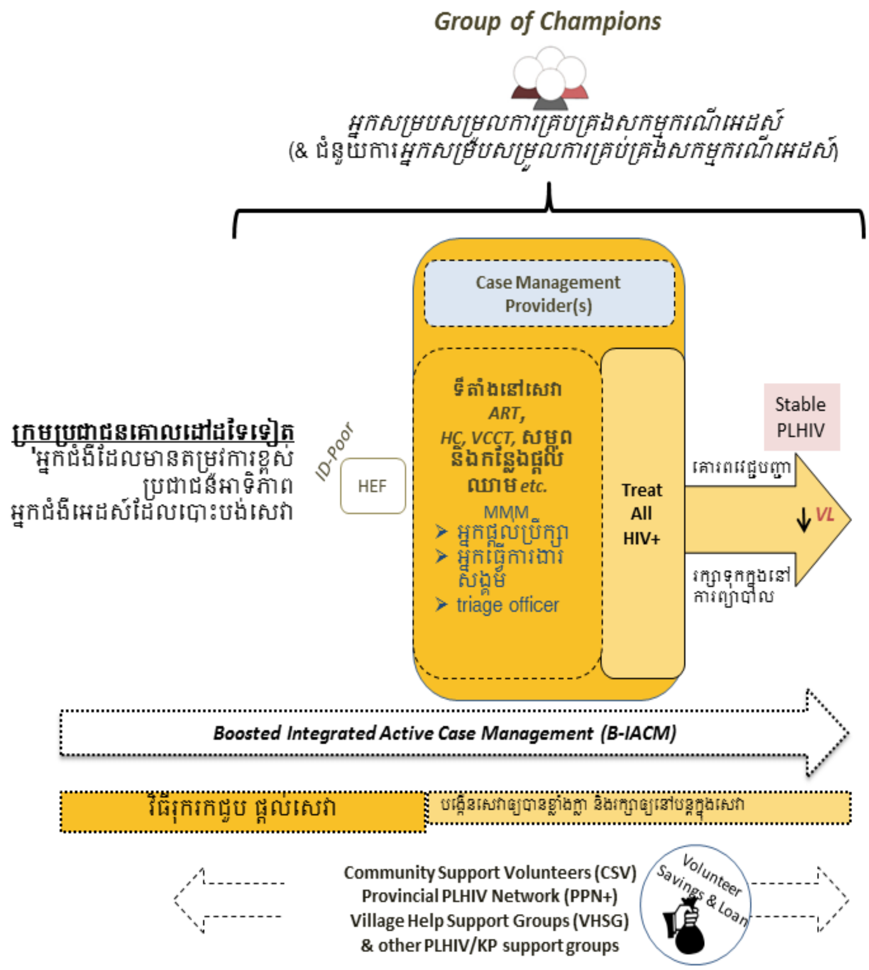
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្រីក្រ
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនទាន់មានលំនឹងនៅពេលព្យាបាលដោយ ART

អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានស្ថានភាពលំនឹង

យោងតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់អង្គការ WHO អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចាត់ទុកថា ស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង(stable PLHIV) ត្រូវបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដូចខាងក្រោម៖

- បានទទួលការព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងតិច ១ឆ្នាំ និង
- គ្មានប្រតិកម្មឬផលលំបាកបណ្តាលមកពីឱសថដែលតម្រូវឲ្យមានការតាមដានជាទៀងទាត់ និង
- គ្មានជំងឺណាមួយកើតឡើងនាពេលបច្ចុប្បន្ន និង
- មិនមានផ្ទៃពោះ ឬ កំពុងបំបៅដោះកូន និង
- យល់ដឹងច្បាស់ពី ការលេបថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ មួយជីវិត និង
- មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា ទទួលជោគជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឧ. ការធ្វើតេស្ត viral load ពីរដង គឺមានលទ្ធផល undetectable។
- ករណីដែលគ្មានតេស្ត viral load សម្រាប់តាមដាន គឺមានការកើនឡើងចំនួនកោសិកា CD4 ឬ ចំនួនកោសិកា CD4 លើសពី ២០០ កោសិកា/mm^3 ជាមួយនឹងការវាស់វែងនូវការលេបថ្នាំឲ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ។

រូបភាពទី១៦ ក្របខណ្ឌគោលគំនិតនៃគំរូ CBPCS



PLHIV	People Living with HIV	VL	Viral Load
KP	Key Populations (MSM. EW, TG, PWID)	HEF	Health Equity Fund
CBPCS	Community Based Prevention, Care & Support	AUA	ARV Users Association
MMM	Mondol Mith Chouy Mith		

កម្មវត្ថុ

១. ពង្រឹងសេវាថែទាំ និងគាំទ្រជំងឺអេដស៍នៅសហគមន៍ឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធផលខ្ពស់ (cost-effective) និងមាននិរន្តភាព ដើម្បីបង្កើនការទទួលបានសេវាបង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ បង្កើនចំនួនអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ឲ្យនៅបន្តទទួលសេវាបង្ការ ថែទាំព្យាបាលនិងគាំទ្រ (Retention)។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៥.១ បង្កើត និងអនុវត្តន៍កញ្ចប់សេវាគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេស៍ដែលត្រូវការសេវាគាំទ្រជាចំបាច់នៅសេវា ART និង នៅសហគមន៍។

៥.២ ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសរយៈពេលខ្លីពីដៃគូអភិវិឌ្ឍន៍ដល់ក្រុមបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគន៍ (CBPCS)។

៥.៣ ធ្វើសមាហរណកម្មគំរូ CBPCS ទៅក្នុងសេវាថែទាំសុខភាពបឋមក្នុងរយៈពេលយូរ ។

សកម្មភាពស្នូល

៥.១ បង្កើត និងអនុវត្តន៍កញ្ចប់សេវាគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេស៍ដែលត្រូវការសេវាគាំទ្រជាចំបាច់ នៅសេវា ART និងនៅសហគមន៍

៥.១.១ វាយតម្លៃរហ័សនៅគ្រប់សេវា ART ទាំងអស់ ដើម្បីកំណត់ពីរចនាសម្ព័ន្ធគាំទ្រនៅសហគមន៍ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់ចំណុចខ្វះខាតនៅតាមសេវា ART នីមួយៗ និងធ្វើការវិភាគភូមិសាស្ត្រ និងអត្រាគ្របដណ្តប់ទិន្នន័យសម្រាប់គាំទ្រដល់ការរៀបចំវិធីសាស្ត្រ CBPCS ឲ្យស្របតាមស្ថានភាពជាក់ស្តែងនៅតាមសេវានីមួយៗ។

៥.១.២ បង្កើតលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ និងឧបករណ៍សម្រាប់ស្រាវជ្រាវកត្តាប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (risk-screening tools) និងគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់បញ្ចូល/បញ្ចេញនៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ពីចំណាត់ថ្នាក់ "ត្រូវការសេវាគាំទ្រជាចាំបាច់" និង "អ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង ។

៥.១.៣ រៀបចំកញ្ចប់សេវាគាំទ្រតាមតម្រូវការជាក់ស្តែង របស់អនុក្រុមនៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ និងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល រួមទាំងការផ្តល់ឱសប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង ។

៥.១.៤ រៀបចំវគ្គតម្រង់ទិសអំពីគំរូថ្មីនៃ CBPCS ជូនមន្ត្រីបម្រើការនៅសេវា ART អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (CMP) អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រសហគមន៍ (CSVs) និងអ្នកសម្របសម្រួលសកម្មករណីអេដស៍

(CMC) និង អ្នកជំនួយការក្នុងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ។

៥.១.៥ បង្កើត/កែលម្អ/ពង្រឹងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងរបាយការណ៍និងតាមដាន ព្រមទាំងឧបករណ៍សម្រាប់អនុវត្តន៍វិធីសាស្រ្តថ្មីនៃ CBPCS នៅក្នុងសហគមន៍ និងនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។

៥.១.៦ ផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសក្នុងការតាមដាន (Monitoring) និងផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសបន្ថែម (mentoring) នៅតាមសេវា ART នីមួយៗ ក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការអនុវត្តន៍វិធីសាស្រ្តនេះ។

៥.១.៧ បង្កើតយន្តការផ្សាភ្ជាប់អ្នករស់ជាមួយមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់មូលនិធិសមធម៌ ដោយធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជី និងការប្រើប្រាស់សេវាមូលនិធិសមធម៌ ។

៥.១.៨ បង្កើតក្រុមគាំទ្រប្រាក់កម្ចីក្នុងភូមិ (VSL) នៅកន្លែងណាដែលមិនទាន់បានបង្កើត ឬធ្វើសមាហរណកម្មទៅក្នុងសហករសន្សំប្រាក់ក្នុងភូមិដែលមានស្រាប់ (village savings cooperative) ។

៥.១.៩ បង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធ និងយន្តការតាមដាន រវាងអ្នកសម្របសម្រួល និងអ្នកជំនួយការ ក្នុងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍នៅស្រុកថ្នាក់ប្រតិបត្តិ នៅសេវា ART អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត និងអ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រសហគមន៍ (CSVs) ។

៥.១.១០ បង្កើតគម្រោងផែនការសម្រាប់ក្រុមជួយខ្លួនឯងនៅក្នុងសហគមន៍ និងផ្លាស់ប្តូរទៅជាការជួយគាំទ្រសង្គមនៃក្រុមគាំទ្រប្រាក់កម្ចីក្នុងភូមិ(VSL) និងមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត ។

៥.១.១១ ពង្រីកការអនុវត្តវិធីសាស្រ្តថ្មីនៃ CBPCS នៅគ្រប់ស្រុកប្រតិបត្តិដែលអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត B-IACM ។

៥.២ ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេស រយៈពេលខ្លីពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដល់ក្រុមបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគន៍ (CBPCS)

៥.២.១ ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសក្នុងការតាមដាន (monitoring) និងផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសបន្ថែម (mentoring) នៅតាមសេវានីមួយៗក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការអនុវត្តន៍វិធីសាស្រ្ត CBPCS។

៥.២.២ រៀបចំវគ្គតម្រង់ទិសអំពីគំរូថ្មីនៃ CBPCS ជូនមន្ត្រីបម្រើការនៅសេវា ART អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (CMP) អ្នកស្ម័គ្រចិត្តនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រសហគមន៍ (CSVs) និងអ្នកសម្របសម្រួល និង អ្នកជំនួយការក្នុងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីជំងឺអេដស៍នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ។

៥.២.៣ ផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសរយៈពេលខ្លី ដល់អ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីជំងឺអេដស៍នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងនៅសេវា ART អំពីការសម្របសម្រួល និងគាំទ្រអ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រនៅសហគមន៍(CSVs)។

៥.២.៤ ពិនិត្យមើលលទ្ធភាពក្នុងការផ្ទេរអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង ឲ្យចូលក្នុងយន្តការគាំទ្រសហគមន៍ដែលមានស្រាប់។

៥.៣ ធ្វើសមាហរណកម្មគំរូ CBPCS ទៅក្នុងសេវាថែទាំសុខភាពបឋម ក្នុងរយៈពេលយូរ

៥.៣.១ ផ្តួចផ្តើមកិច្ចពិភាក្សាជាមួយ នាយកដ្ឋាន/អង្គភាពជំនាញនៃក្រសួងសុខាភិបាល អំពីសក្តានុពល និងដំណើរការធ្វើសមាហរណកម្ម CBPCS ទៅក្នុងរចនាសម្ព័ន្ធថែទាំសុខភាពបឋមនៅតាមមូលដ្ឋាន។

សមាសភាគទី ៦. ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

៣.៣.១.១ សនិទានភាព

នៅឆ្នាំ ២០១៥ សេវា VCCT មាន ៦៧ កន្លែងដែលតាំងនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំង ៣៣ បានផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ចំនួន ៧៤ ៦៥១ តេស្ត និងបានរកឃើញ តេស្តវិជ្ជមាន ចំនួន ៣ ៩៥១ ករណី (កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ) [66] ។ នៅឆ្នាំ ២០១៦ សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃចំនួន ១១៥៩ កន្លែង បានទទួលការបណ្តោះបណ្តាលសម្រាប់ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងផ្តល់ប្រឹក្សា (HTC) នៅទូទាំងប្រទេស។ សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (HTC) នៅក្នុងសហគមន៍ (community-based HTC) [67] នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំង ៣៣ ត្រូវបានអនុវត្តន៍ដោយអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជាអ្នកចុះអប់រំផ្ទាល់ (lay counselors) ចំនួន ៩០២នាក់ បែងចែកជា ២២៥ក្រុម ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប។

បច្ចុប្បន្ននេះ វិធីសាស្ត្រសម្រាប់ផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា រួមមានៈ

1. សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល (HPITC) ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃនៅតាមនៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក (POC) គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ មណ្ឌលព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀន (MMT clinics) អគារនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ស្រុកសម្រាប់ប្រជាជនគោលដៅ ដូចជា ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អ្នកជំងឺរបេង អ្នកជំងឺកាមរោគ អ្នកជំងឺមកទទួលសេវាព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀននៅគ្លីនិក MMT អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ អ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ ព្រមទាំង ពិរុទ្ធជននៅក្នុងគុក និងក្នុងមន្ទីរឃុំឃាំង។
2. ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយសហគមន៍/មិត្តអប់រំមិត្ត (C/PITC) រួមមាន ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច (Key Populations) ដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជាអ្នក

---

[66] DMU VCCT report 2015 http://nchads.org/DataMGT/vcct_annual_2015.pdf

[67] NCHADS HTC UnIt (2016) & KHANA 2015 reports

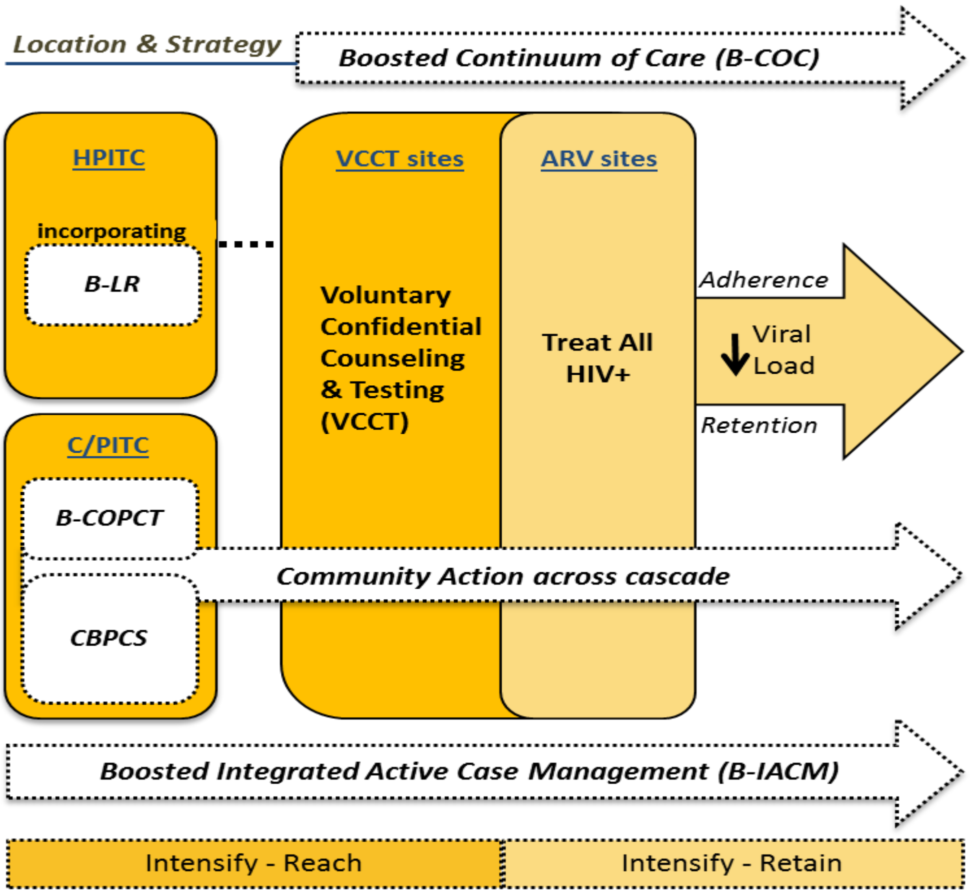
ចុះអប់រំផ្ទាល់ (lay counselors) សម្រាប់ក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ដែលបានកំណត់ក្នុងនិយាមបែបបទ CBPCS។ (សូមអានការណែនាំការអនុវត្ត គោលគំនិតនៃយុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ចំពោះក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ (Boosted CoPCT)។

3. ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់ថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅ VCCT ចំនួន ៦៥កន្លែងដែលស្ថិតនៅជាមួយសេវា ART ចំពោះអតិថិជនដែលមានលទ្ធផលតេស្ត ប្រតិកម្ម តាមរយៈការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ឬ នៅក្នុងសហគមន៍ ។
4. ការស្វែងរកដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (PNTT) (សូមអានសមាសភាគ B-IACM)។

ដោយសារការបង្កើនយ៉ាងលឿននៃសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (HTC) កម្មវិធីមានបញ្ហាប្រឈមមួយចំនួន គឺ ការខ្វះខាតការផ្គត់ផ្គង់ប្រតិករនិងសម្ភារៈប្រើប្រាស់ ពិបាកប្រមូលទិន្នន័យអំពីការធ្វើតេស្តឈាម និងមិនទាន់មានការធានាគុណភាពសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិង ធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងនៅសហគមន៍ (POC testing) បញ្ហាទាក់ទងនឹងការរក្សាការសម្ងាត់ ជាពិសេស នៅពេលធ្វើតេស្តឈាមក្នុងសហគមន៍។

បញ្ហាប្រឈមផ្សេងទៀត ដែលបានជួបប្រទះនៅពេលផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយសហគមន៍/មិត្តអប់រំមិត្ត សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច ជាពិសេស អត្រាលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្ម មានកម្រិតទាបក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច។ ករណីនេះ អាចបណ្តាលមកពីក្តីបារម្ភ អំពីប្រព័ន្ធរក្សាការសម្ងាត់ សមត្ថភាពអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដែលជាអ្នកចុះអប់រំផ្ទាល់ គុណភាពនៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ ឬ ក៏អាចមកពីបុគ្គលនៃក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ សង្ស័យថា ខ្លួនអាចមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានការស្ទាក់ស្ទើររារែកចិត្តក្នុងការធ្វើតេស្តឈាម។ ម្យ៉ាងទៀត ក្រុមប្រជាជនចំណុចទាំងអស់ ពុំមែនសុទ្ធតែមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នោះទេ (ឧ. ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តមួយចំនួន មិនបានលក់សេវាផ្លូវភេទទេ) ។ ដូច្នេះ ប្រហែលជាបុគ្គលភាគច្រើនដែលមានការប្រឈមមុខទាប ឬ គ្មានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានចូលរួមក្នុងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ។

រូបភាពទី ១៧ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា (HTC)



HPITC	Health Provider Initiated Testing & Counseling	HTC	HIV Testing & Counseling
C/PITC	Community or Peer Initiated Testing & Counseling	VL	Viral Load
B-COPCT	Boosted Continuum Prevention, Care & Treatment	B-COC	Boosted Continuum of Care
CBPCS	Community Based Prevention, Care & Support	B-LR	Boosted Linked Response

ពីឆ្នាំ ២០១៦ ដល់ឆ្នាំ ២០២០ សេវា HTC នឹងត្រូវពង្រឹងការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរក ៩០% នៃករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសដែលនៅសេសសល់ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅ ៩០ទី១ នៃគោលដៅសកល ៩០-៩០-៩០ ដែលកំណត់ដោយអង្គការ UNAIDS ។ បញ្ហាប្រឈម ដែលនឹងត្រូវដោះស្រាយ ដូចជា ការប៉ាន់ប្រមាណតម្រូវការការធ្វើលទ្ធកម្មនិងការផ្គត់ផ្គង់ប្រតិករ (HIV test Kits) ការគោរពតាមស្តង់ដាររបស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ការពង្រឹងការធ្វើរបាយការណ៍ពីថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិនិងថ្នាក់រាជធានី-ខេត្ត និង ពង្រឹងនិងធានាគុណភាពសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងផ្តល់ប្រឹក្សា ពង្រឹងការផ្សារភ្ជាប់គ្នានិងការបញ្ជូនទៅសេ

វាថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត ដូចបានកំណត់ក្នុងវិធីសាស្ត្រ B-IACM និងកិច្ចសហការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ រួមទាំងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលអនុវត្តន៍សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។

វិធីសាស្ត្រថ្មីៗ នឹងត្រូវអនុវត្តន៍ដើម្បីបង្កើនភាពទទួលបានសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុចនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងដើម្បីស្វែងរក និងកំណត់ឲ្យកាន់តែច្បាស់នូវក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬ/និងក្រុមដែលមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នា (Overlapping risk) (ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍សម្រាប់វាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខមុននឹងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍) (សូមអានសមាសភាគនៃយុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់)។ សេវា HTC ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃនឹងត្រូវបានបង្កើតឡើងនៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ទូទាំងប្រទេស ហើយវិធីសាស្ត្ររួមបញ្ចូលគ្នា ដោយផ្តោតលើក្រុមប្រជាជនចំណុចនៅក្នុងសហគមន៍ នឹងត្រូវស្វែងរកបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងអត្រារកឃើញករណីអេដស៍ ដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ នៅក្នុងប្រទេស ។

គោលបំណងនៃកម្មវិធី HTC គឺការបង្កើនការស្វែងរកសកម្មករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងធានាដល់ការឆាប់ទទួលបានសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងការប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកំណត់ទីតាំងដែលបានរកឃើញ ករណីអេដស៍ ។ វិធីសាស្ត្រនេះ នឹងជួយកម្មវិធីជាតិក្នុងការបង្កើតវិធីសាស្ត្រថ្មីដែលមានប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធិផលជាងមុន ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅ៩០ ទី១។

កម្មវត្ថុ

1. ធានាការរុករកករណីអេដស៍ដែលនៅសេសសល់ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ (Identify, Reach)ឲ្យឆាប់ឃើញ ។
2. ការផ្សាភ្ជាប់ និងការរក្សាទុកអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យបន្តទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (Intensify, Retain)។
3. ជួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យនាំដៃគូគាត់មកទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (PNTT)។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៦.១ ធានាការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាសកល ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ គឺអនុវត្តន៍នៅសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (ANC) សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង និងនៅសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល តាមរយៈការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមដែលផ្តួចផ្តើមដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាល (HPITC)។

៦.២ ការពង្រីកសេវា HTC ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ កំណត់ដោយឧបករណ៍ស្រាវជ្រាវកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការផ្តល់សេវា HTC ពេលចុះអប់រំផ្ទាល់។

៦.៣ ពង្រឹងគុណភាពសេវា HTC នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងនៅក្នុងសហគមន៍សម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ (នៅពេលចុះអប់រំផ្ទាល់ និងពេលចុះថែទាំតាមផ្ទះ)។

សកម្មភាពស្នូល

៦.១. ធានាការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាសកល ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ គឺអនុវត្តនៅសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល (ANC) សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង និងនៅសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត នៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល តាមរយៈ ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមដែលផ្តួចផ្តើមដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល (HPITC)

៦.១.១ បន្តពង្រីកសេវា HTC នៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ទូទាំងប្រទេសកម្ពុជាសម្រាប់ធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អ្នកជំងឺរបេង អ្នកជំងឺកាមរោគ និង អតិថិជនមកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ។

៦.១.២ ពង្រឹងការអនុវត្តការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមដែលផ្តួចផ្តើមដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (រួមមាន នៅមណ្ឌលសុខភាព អគានៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យអគាសម្ភព គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ គ្លីនិក MMT) សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ស្ត្រីមានផ្ទៃ

ពោះ អ្នកជំងឺរបេង អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ/អតិថិជនពិគ្រោះជំងឺក្រៅ អ្នកជំងឺព្យាបាលបន្សាប គ្រឿងញៀន និងកុមារមានជំងឺខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ។

៦.១.៣ បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមកុមារ (រួមបញ្ចូលទាំង កុមារដែលមានជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ឬមានចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍ និង កុមារគ្មានរោគសញ្ញាដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលរកឃើញតាមការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងការស្វែងរកដៃគូរបស់គាត់ ឲ្យមកទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។

៦.១.៤ អនុវត្តន៍ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងមេរោគស្វាយ (dual HIV-syphilis test) នៅសេវា ANC សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់។

៦.១.៥ ពង្រឹងការបញ្ជូនអតិថិជនដែលមានលទ្ធផលតេស្ត "ប្រតិកម្ម" ឲ្យទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្មគ្រ័ចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ (VCCT) ស្របតាមការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ។

៦.១.៦ ពង្រឹងការបញ្ជូនអតិថិជនដែលបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅ VCCT ថា វិជ្ជមាន ឲ្យទៅចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាល ART ស្របតាមការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM និង យុទ្ធវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការថែទាំព្យាបាលបន្ត ។

៦.១.៧ ពង្រឹងការស្វែងរកដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានៅសេវា VCCT ដោយសហការជាមួយសេវា ART និងប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ B-IACM។

៦.១.៨ សហការជាមួយផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ ក្នុងការធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធតាមដាន និងវាយតម្លៃសេវា VCCT និង HTC ដោយផ្តោតជាសំខាន់លើប្រព័ន្ធតាមដានករណី បញ្ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ B-IACM។

៦.១.៩ សហការជាមួយផ្នែក VCCT, ផ្នែកគ្រប់គ្រងឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារពេទ្យ និងផ្នែកលទ្ធកម្ម ដើម្បីធានាការផ្គត់ផ្គង់ប្រតិករ (HIV Test Kits) និងសម្ភារៈប្រើប្រាស់ឲ្យ

បានគ្រប់គ្រាន់ និងសមស្របដល់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។

៦.១.១០ សម្របសម្រួលរវាង ផ្នែកឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារពេទ្យ និងផ្នែកលទ្ធកម្ម ដើម្បីធានាការផ្តល់ទិន្នន័យកម្មវិធីជាក់លាក់ សម្រាប់ជាព័ត៌មានក្នុងការគណនាបរិមាណតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងមេរោគ ស្វាយឲ្យបានសមស្រប និងចៀសវាងការដាច់ស្តុកនៅតាមគ្រឹះស្ថានដែលផ្តល់សេវាតេស្តនេះ។

៦.១.១១ ដាក់សំណើរជូនក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងការធ្វើសមាហរណកម្មសេវា HTC ទៅក្នុងសំណុំសកម្ម ភាពអប្បបរិមារបស់មណ្ឌលសុខភាព។

៦.២ ការពង្រីកសេវា HTC ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ កំណត់ដោយឧបករណ៍ស្រាវ ជ្រាវកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការផ្តល់សេវា HTC ពេលចុះអប់រំផ្ទាល់

៦.២.១ បន្តការវាយតម្លៃការទទួលបានសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ជាសកល និងបន្តធ្វើការវាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកំណត់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាង និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅនៅក្នុងសហគន៍ និងពង្រឹងការរុករកករណីអេដស៍ដែលនៅសេសសល់។

៦.២.២ ពង្រឹងការបញ្ជូនករណីដែលមានលទ្ធផលតេស្ត "ប្រតិកម្ម" ឲ្យទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅសេវា VCCT ដែលនៅរួមគ្នាជាមួយសេវា ART ដូចបានកំណត់ក្នុងវិធីសាស្ត្រ B-IACM (IRIR) ។

៦.២.៣ ពង្រឹងការបញ្ជូនករណីដែលធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ថា វិជ្ជមាន ឲ្យទៅចុះឈ្មោះទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដូចបានកំណត់ក្នុងវិធីសាស្ត្រ B-IACM (IRIR) ។

៦.២.៤ បង្កើនការយល់ដឹងរបស់ប្រជាជនចំណុច អំពីសារៈសំខាន់នៃការប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (ពីផលប្រយោជន៍ វិធីសាស្ត្រមកទទួលសេវា HTC និងវិធីសាស្ត្រក្នុងការវាយតម្លៃពីកម្រិតប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយខ្លួនឯង ។ល។) និងការទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៦.២.៥ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងប្រព័ន្ធតាមដាន និងវាយតម្លៃសេវា VCCT និង HTC ដោយផ្តោតជាសំខាន់លើប្រព័ន្ធតាមដានករណីបញ្ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ B-IACM (IRIR)។

៦.៣ ពង្រឹងគុណភាពសេវា HTC នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងនៅក្នុងសហគមន៍ សម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ (នៅពេលចុះអប់រំផ្ទាល់ និងពេលចុះថែទាំតាមសហគមន៍)

៦.៣.១ ពិនិត្យឡើងវិញនិយាមបែបបទនៃ HTC និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច (វិធីសាស្ត្រ IRIR សម្រាប់ប្រជាជនចំណុច) និងក្រុមប្រជាជនគោលដៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ នៅក្នុងសហគមន៍ (វិធីសាស្ត្រ IRIR សម្រាប់ក្រុមគោលដៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ តាមរយៈក្រុមបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍)។

៦.៣.២ ពិនិត្យឡើងវិញកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដែលជា មន្ត្រីសុខាភិបាលនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជ្រើសរើសពីក្រុមអ្នកចុះអប់រំផ្ទាល់លើក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅនៅក្នុងសហគមន៍។

៦.២.៣ បង្កើនសមត្ថភាពមន្ត្រីសុខាភិបាល និងបុគ្គលិកសហគមន៍ អំពី ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ប្រជុំបណ្តាញអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងសកម្មភាពចុះបង្ហាត់បង្ហាញ (mentoring activities) ដល់កន្លែងធ្វើការ។

៦.២.៤ បង្កើនគុណភាពសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការចុះអភិបាលជាទៀងទាត់ EQA និង QC នៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល និងនៅក្នុងសហគមន៍ សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច និងក្រុមចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ដោយប្រើប្រាស់គំរូនៃការចុះអភិបាល (សូមអានសមាសភាគមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់ការធានាគុណភាពសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍)។

៦.២.៥ ពង្រឹងការតាមដានដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឲ្យមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សានៅសេវា VCCT និងសេវា ART និងតាមដានយ៉ាងស្អិតរមួត ស្របតាមវិធីសាស្រ្ត B-IACM (សូមអានសមាសភាគ B-IACM)។

សមាសភាគទី ៧. សេវាមន្ទីរពិសោធន៍

សនិទានភាព

សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ បានដើរតួនាទីដ៏សំខាន់នៃភាពជោគជ័យនៃការពង្រីកសេវាទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជាចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០០៣ ដើម្បីអនុញ្ញាតក្នុងការកំណត់ពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសមស្របក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងតាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល។ កម្ពុជាមានម៉ាស៊ីន FACS Count™ Abbott m2000 ចំនួន ៩ គ្រឿង កំពុងប្រតិបិត្តការនៅតាមមន្ទីរពិសោធន៍ចំនួន ៨កន្លែង និង ម៉ាស៊ីន PIMA™ ចំនួន ១២គ្រឿង ដាក់នៅមន្ទីរពិសោធន៍ចំនួន ១១កន្លែង សម្រាប់ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង មានម៉ាស៊ីនសម្រាប់ធ្វើតេស្ត Viral load ចំនួន៣គ្រឿង និងសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទារកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់ (EID) ដោយធ្វើតេស្ត HIV DNA PCR ដាក់នៅមន្ទីរពិសោធន៍របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ចំនួន ២គ្រឿង និង ១គ្រឿងទៀតដាក់នៅមន្ទីរពិសោធន៍នៃមន្ទីរពេទ្យខេត្ត សៀមរាប។ មន្ទីពេទ្យបង្អែកនីមួយៗ ដែលផ្តល់សេវា ART មានម៉ាស៊ីនវិភាគផ្នែក biochemistry និង hematology សម្រាប់គាំទ្រការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

ស្របជាមួយនឹងគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO ឆ្នាំ២០១៥ គោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា បានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យកាត់បន្ថយការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្តែត្រូវពង្រីកការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំលើគ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ សម្រាប់តាមដានការព្យាបាលជំនួសវិញ [68,69,70]។ NCHADS មានបំណងពង្រីកការធ្វើតេស្ត viral load អ្នកជំងឺឲ្យបានកាន់តែច្រើនថែមទៀត តាមរយៈសកម្មភាពបង្កើនតម្រូវការ ព្រមទាំងពង្រឹងប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាម និងយន្តការសម្របសម្រួល រវាង មន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS និងផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍។ ក្នុងគោលបំណងបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាម ទូទាំងប្រទេស NCHADS កំពុងធ្វើការសាកល្បងនៅតាមទីកន្លែងប្រមូលផ្តុំមួយ " hub " និងបង្កើតគំរូក្នុងការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាម ដើម្បីកាត់បន្ថយរយៈពេលផ្តល់លទ្ធផលតេស្ត

---

[68] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO, 2016

[69] Cambodian National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents, MoH Aug. 2016.

[70] Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia (draft 2015).

បង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើតេស្ត ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការផ្តល់លទ្ធផលត្រឡប់វិញ និងកាត់បន្ថយចំណាយ ។ NCHADS នឹងបង្កើនយន្តការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាមសម្រាប់ធ្វើតេស្ត viral load នេះ នៅទូទាំងប្រទេសនៅឆ្នាំ ២០១៦។ ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS ធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ(DMU) ដើម្បីផ្សារភ្ជាប់ប្រព័ន្ធតាមដានអ្នកជំងឺ និងរបាយការណ៍នៃការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដោយបង្កើតប្រព័ន្ធបាកូដ (barcode system) ដោយផ្លាស់ប្តូរពីការកត់ត្រាលើក្រដាសទៅជាប្រព័ន្ធទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីកាត់បន្ថយកំហុសឆ្គងក្នុងការបញ្ចូលទិន្នន័យ បង្កើនភាពជឿជាក់លើទិន្នន័យ និងកាត់បន្ថយពេលវេលាផ្តល់ជូនលទ្ធផល។

ក្នុងកំឡុងពេលនៃការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ NCHADS នឹង:

- សហការជាមួយការិយាល័យមន្ទីរពិសោធន៍នៃនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ/ក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងប៉ាន់ស្មានពីបរិមាណតម្រូវការតេស្តមេរោគអេដស៍ និងសម្ភារៈបរិក្ខាពេទ្យ សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅមន្ទីរពិសោធន៍ រួមទាំង តេស្ត hematology និង biochemistry សម្រាប់គាំទ្រការព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- រួមបញ្ចូលការតាមដានតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍/ផលប៉ះពាល់ ដោយធ្វើតេស្ត Hematology, Cr, LFT, ជំងឺរលាកថ្លើម ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅប្រព័ន្ធតាមដានមន្ទីរពិសោធន៍របស់ក្រសួងសុខាភិបាល រួមទាំង ការបណ្តុះបណ្តាល ម៉ាស៊ីនធ្វើតេស្តប្រតិករ និយាមបែបបទស្តង់ដា...។
- សហការជាមួយ NIPH លើការទទួលស្គាល់គុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍នៅកម្រិតជាតិ/អន្តរជាតិ តាមប្រព័ន្ធ SLMTA, ISO រួមទាំង មន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS និងមន្ទីរពិសោធន៍នៅមន្ទីរពេទ្យខេត្ត [71]
- រួមបញ្ចូលការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាម និងការផ្តល់លទ្ធផលតេស្ត (ឧទាហរណ៍ ការធ្វើតេស្តដោយម៉ាស៊ីន Gene Xpert សម្រាប់ធ្វើតេស្តរកមេរោគរបេង និងតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ។

---

[71] Strengthening Laboratory Management Toward Accreditation (SLMTA) https://www.slmta.org/
ISO/IEC 17025:2005 General requirements for the competence of testing and calibration Laboratories http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=39883

- ស្វែងយល់ពីការប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីនធ្វើតេស្តច្រើនមុខរួមគ្នា (ឧ. ប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីន Gene Xpert សម្រាប់ធ្វើតេស្ត CG/CT និងតេស្តរក Cryptococcus បន្ថែមលើការធ្វើតេស្តរកតែមេរោគរបេងតែមួយមុខ ។
- ដាក់បញ្ចូលការបណ្តុះបណ្តាលមន្ទីរពិសោធន៍ អំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងកាមរោគរួមគ្នា ដោយដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីសិក្សានៃសាលាបច្ចេកទេសថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនេះ (TSMC)។

កម្មវត្ថុ

1. ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ គាំទ្រការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ឲ្យបានសមស្រប រួមទាំង ការធ្វើតេស្ត viral load លើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលទាំងអស់ និងតេស្តសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។
2. ផ្តល់ទិន្នន័យជាក់លាក់នៃការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់ការអង្កេតតាមដានការស្រាវជ្រាវ និងវិភាគលើការអនុវត្តកម្មវិធី។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៧.១ ផ្តល់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់គាំទ្រការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ រួមទាំង ពង្រីកសេវាធ្វើតេស្ត viral load ។

៧.២ ធានាការផ្តល់លទ្ធផលតេស្តត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា តាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពនៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍សមស្រប។

៧.៣ ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីគាំទ្រការអង្កេតតាមដាននិងការស្រាវជ្រាវ។

សកម្មភាពស្នូល

៧.១ ផ្តល់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់គាំទ្រការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ រួមទាំង ពង្រីកសេវាធ្វើតេស្ត viral load

៧.១.១ រៀបចំអង្គការលេខនិងរចនាសម្ព័ន្ធរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីគាំទ្រសេវាធ្វើតេស្តនានានៅមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់គាំទ្រការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍។

៧.១.២ រៀបចំទុកដាក់ឯកសារធ្វើតេស្តសំខាន់ៗនៅមន្ទីរពិសោធន៍ឲ្យបានល្អ ដោយអនុវត្តន៍ការគ្រប់គ្រងរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ល្អ នៅតាមមន្ទីរពិសោធន៍នីមួយៗ។

៧.១.៣ រៀបចំ និងរក្សាឲ្យបានល្អឧបករណ៍ធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ និងតេស្តឃីត ឲ្យសមស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

៧.១.៤ ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ឲ្យបានសមស្រប សម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងតាមដានការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៧.១.៥ ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ឲ្យបានសមស្រប ឬ ផ្សាភ្ជាប់នឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងធ្វើតេស្តតាមដានការព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នានៃជំងឺរបេង/អេដស៍ និងជំងឺអេដស៍/ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B/C សម្រាប់គាំទ្រគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៧.១.៦ វាយតម្លៃ និងដាក់បញ្ចូលបច្ចេកវិទ្យាថ្មីៗ សម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងតាមដានការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ ដូចជា ការធ្វើតេស្តរហ័សរួមគ្នា រកមេរោគអេដស៍និងមេរោគស្វាយ និងការធ្វើតេស្តរកអង់ទីស្សែន Cryptococcus Ag ដើម្បីគាំទ្រគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៧.១.៧ រៀបចំការធ្វើតេស្តរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ARV នៅមន្ទីរពិសោធន៍របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មុនពេលព្យាបាល និងរៀបចំការអង្កេតរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្រោយពីទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

៧.១.៨ ពង្រឹង និងពង្រីកប្រព័ន្ធជញ្ជូនសំណាកឈាម សម្រាប់ធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យលើទារកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់(EID) តេស្ត viral load និងតេស្ត CD4 ពីសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ មកកាន់មន្ទីរពិសោធន៍ ស្របតាមបទពិសោធន៍ដែលដកស្រង់បានពីការអនុវត្តការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាមសាកល្បង។

៧.១.៩ ពង្រឹងការផ្តល់លទ្ធផលតេស្តដែលត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា ត្រឡប់ទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍វិញ និងដាក់បញ្ចូលលទ្ធផលតេស្តនេះ ទៅក្នុងប្រព័ន្ធអេឡិកត្រូនិកសម្រាប់កត់ត្រាព័ត៌មានអ្នកជំងឺ។

៧.១.១០ រក្សាទុកឲ្យបានល្អប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យស្តុក និងគណនាបរិមាណឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីធានាដល់ការផ្គត់ផ្គង់ប្រតិករ សម្ភារៈប្រើប្រាស់ និងបរិក្ខារពេទ្យ ជូនគ្រប់មន្ទីរពិសោធន៍ទាំងអស់។

៧.១.១១ សហការជាមួយផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក្នុងការប៉ាន់ស្មានពីតម្រូវការសម្ភារៈ បរិក្ខារៈ ប្រតិករ និងសម្ភារៈប្រើប្រាស់សម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍។

៧.២ ធានាការផ្តល់លទ្ធផលតេស្តត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា តាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពនៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍សមស្រប

៧.២.១ រៀបចំប្រព័ន្ធធានាគុណភាពបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

៧.២.២ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍ ឬ ផ្តល់សម្ភារៈបរិក្ខារផ្សេងៗជូនដល់កម្មវិធីនៅពេលត្រូវការ។

៧.២.៣ សហការជាមួយបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នៅថ្នាក់ជាតិនិងអន្តរជាតិ ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ផ្នែកសាធារណៈ។

៧.២.៤ តាមដាន អភិបាល និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែង ដល់បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS អំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងរកជំងឺកាមរោគ។

៧.២.៥ សហការជាមួយ NIPH រៀបចំបង្កើតកម្មវិធីត្រួតពិនិត្យគុណភាព សម្រាប់បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ និងកាមរោគ និងតាមដានការព្យាបាល។

៧.៣ ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីគាំទ្រការអង្កេតតាមដាន និងការស្រាវជ្រាវ

៧.៣.១ ផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាល និងធ្វើតេស្ត សម្រាប់ជួយគាំទ្រដល់ការងារអង្កេតតាមដាន និងការស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ (ការអង្កេតលក្ខណៈជីវសាស្ត្រតាមដានរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ (IBBS)។

៧.៣.២ ចូលរួមផ្តល់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ក្នុងការស្រាវជ្រាវសមស្របទាក់ទងនឹងកម្មវិធីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ។

៧.៣.៣ រក្សាទុកសំណាកជីវសាស្ត្រ (Biological materials) ដូចជា សេរ៉ូម និង/ឬ ប្លាស្មា សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត ឬកម្មវិធីស្រាវជ្រាវ ដែលបានកំណត់ក្នុងពិធីសារក្រុមសីលធម៌នៃការស្រាវជ្រាវដែលបានអនុម័ត។

៧..៣.៤ សហការជាមួយមន្ទីរពិសោធន៍ផ្សេងទៀត អំពីបច្ចេកវិទ្យាថ្មីៗ និងសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ នៅកម្ពុជា។

៧.៣.៥ ផ្តល់ទិន្នន័យអំពីការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ឬលទ្ធផលតេស្ត សម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធីថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ជាប្រចាំ។

៧.៣.៦ ផ្សាភ្ជាប់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់មន្ទីរពិសោធន៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យអ្នកជំងឺអេដស៍ ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវការតាមដានអ្នកជំងឺរយៈវែង។

៧.៣.៧ សហការជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការនិងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលនៃក្រសួងសុខាភិបាល(MOH-DPHI) ដើម្បីផ្សារភ្ជាប់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADSជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍របស់ MOH។

៧.៣.៨ ពិនិត្យលទ្ធភាពក្នុងការបញ្ជ្រាបការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ រកមេរោគស្វាយ តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និងតេស្ត viral load នៅកញ្ចប់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ទូទៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

សមាសភាគទី ៨. ការគ្រប់គ្រង និងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈ បរិក្ខារពេទ្យ

សនិទានភាព

ផ្នែកគ្រប់គ្រងឱសថ និងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រិតករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ (LMU) នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានចាប់ដំណើរការនៅឆ្នាំ ២០០៥ មានបំណងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការកាន់តែច្រើនឡើងនូវឱសថ ប្រតិករ និង សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ (Commodities) នៅក្នុងកំឡុងពេលដែលពង្រីកសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០១៤ ផ្នែកគ្រប់គ្រងនិងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រិតករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានផ្តោតលើការពង្រឹង និងការធ្វើសុខដុមនីយកម្មប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ (LMIS) ជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្រប់គ្រងដោយផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (DMU) របស់ NCHADS។ ក្នុងកំឡុងពេល ៥ឆ្នាំ ខាងមុខ ផ្នែកគ្រប់គ្រងនិងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រិតករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ មានគម្រោងផែនការក្នុងការបញ្ច្រាបចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធ Drug Inventory Database (DID) ជាមួយនឹងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងឱសថរបស់ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS) នៃក្រសួងសុខាភិបាល សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យទាំងអស់ (LMIS)។

កម្មវត្ថុ

១. តាមដានការគ្រប់គ្រង និងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ (Commodities) នៅថ្នាក់ជាតិ និងនៅតាមកន្លែងផ្តល់សេវា ដើម្បីធានាដល់ការផ្គត់ផ្គង់ ឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់ជាប្រចាំ ដល់គ្រប់សេវាថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍នៅទូទាំងប្រទេស។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៨.១ ពង្រឹង និងតាមដានរបាយការណ៍ អំពីការប្រើប្រាស់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យនៅសេវាតាម ART និងការបែងចែកឱសថ ARV ប្រតិករ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យ ស្របតាមតម្រូវការនៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្មគ្រ័ចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ សេវាធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកាមរោគ និងសម្រាប់ធ្វើតេស្តផ្សេងទៀតនៅមន្ទីរពិសោធន៍។

៨.២ គណនាបរិមាណតម្រូវការឲ្យបានច្បាស់លាស់នូវឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យទាំងអស់ សម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ រួមមាន ឱសថ ARV

ប្រតិករ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យ និងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃការប៉ាន់ស្មានពីតម្រូវការនេះឲ្យបានទៀងទាត់។

៨.៣ ធានាការសម្របសម្រួល និងសហប្រតិបត្តិការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព រវាង NCHADS ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងឱសថ គ្រឿងសំអាងនិងចំណីអាហារ(DDF) នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកលទ្ធកម្មនិងផ្គត់ផ្គង់ ដើម្បីធានាក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឲ្យបានជាប់ជាប្រចាំ នូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ជូនគ្រប់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគទាំងអស់ ។

៨.៤ ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងស្តុក នៅឱសថស្ថាន/កន្លែងបែងចែកឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍/មន្ទីរពិសោធន៍នៃសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការចុះអភិបាល។

៨.៥ ពង្រឹងសមត្ថភាពបុគ្គលិកនៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់ជាតិ ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង មណ្ឌលសុខភាព តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលនៅតាមមូលដ្ឋាន/នៅថ្នាក់តំបន់។

សកម្មភាពស្នូល

៨.១ ពង្រឹង និងតាមដាន របាយការណ៍អំពីការប្រើប្រាស់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យនៅសេវាតាម ART និងការបែងចែកឱសថ ARV ប្រតិករ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យ ស្របតាមតម្រូវការនៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្មគ្រ័ចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃ សេវាធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យជំងឺកាមរោគ និងសម្រាប់ធ្វើតេស្តផ្សេងទៀតនៅមន្ទីរពិសោធន៍

៨.១.១ រៀបចំបង្កើត និងពង្រីកការអនុវត្តនូវឧបករណ៍ស្តង់ដាជាតិ ក្នុងការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ ដែលត្រូវប្រើប្រាស់នៅគ្រប់សេវា ART ទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេស។

៨.១.២ ប្រមូល និងពិនិត្យរបាយការណ៍ ស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យពីគ្រប់សេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដើម្បីតាមដានការបែងចែក

ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យពីឃ្លាំងឱសថកណ្តាលទៅគ្រប់សេវាថែទាំព្យាបាលទាំងអស់ ដោយធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយទិន្នន័យនៃអ្នកជំងឺ។

៨.១.៣ សហការជាមួយបុគ្គលិកនៅសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគទាំងអស់ ដើម្បីធានាថា របាយការណ៍ប្រើប្រាស់ សមស្របជាមួយការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺជាក់ស្តែង។

៨.១.៤ បង្កើតយន្តការផ្សាភ្ជាប់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យតាមដានអ្នកជំងឺអេដស៍ និងទិន្នន័យនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ។

៨.២ គណនាបរិមាណតម្រូវការឲ្យបានច្បាស់លាស់នូវឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យទាំងអស់ សម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ រួមមាន ឱសថ ARV ប្រតិករ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យ និងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃការប៉ាន់ស្មានពីតម្រូវការនេះ ឲ្យបានទៀងទាត់

៨.២.១ បញ្ចូលសូចនាករនៃការថែទាំព្យាបាលទាំងអស់ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទៅក្នុងរូបមន្តសម្រាប់គណនាតម្រូវការឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ឲ្យមានភាពស៊ីគ្នាជាមួយទិសដៅនៃការព្យាបាល ព្រមទាំង កែតម្រូវឡើងវិញនូវរូបមន្តនៃការប៉ាន់ប្រមាណតម្រូវការទាំងនោះ ផ្អែកលើចំនួនអ្នកជំងឺ ទិន្នន័យស្តុក និងរបាយការណ៍ប្រើប្រាស់ នៅពេលណាដែលមានរបាយការណ៍ទាំងអស់នោះ។

៨.២.២ ធានាគុណភាព ភាពប្រកដប្រជា និងស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយទិន្ន័យអ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការពង្រឹងកិច្ចសហការគ្នា រវាងផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្ន័យ និងផ្នែកគ្រប់គ្រងឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យរបស់ NCHADS ។

៨.៣ ធានាការសម្របសម្រួល និងសហប្រតិបត្តិការប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព រវាង NCHADS ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងឱសថ គ្រឿងសំអាងនិងចំណីអាហារ(DDF) នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផ្នែកលទ្ធកម្មនិងផ្គត់ផ្គង់ ដើម្បីធានា

ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឲ្យបានជាប់ជាប្រចាំ នូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ជូនគ្រប់សេវាថែទាំ ព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគទាំងអស់

៨.៣.១ ប្រជុំសម្របសម្រួលនៃក្រុមការងារបច្ចេកទេសអំពី ការគ្រប់គ្រង និងផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ ក្នុងការរៀបចំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើការប៉ាន់ប្រមាណតម្រូវការ រកដំណោះស្រាយបញ្ហានៃការធ្វើលទ្ធកម្ម និងការគ្រប់គ្រងឱសថប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យឲ្យបានសមស្រប ព្រមទាំង ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃការប៉ាន់ស្មាននិងការតាមដានស្តុក ជាទៀងទាត់ ។

៨.៤ ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងស្តុក នៅឱសថស្ថាន/កន្លែងបែងចែកឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍/មន្ទីរពិសោធន៍នៃសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការចុះអភិបាល

៨.៤.១ តាមដានការគ្រប់គ្រងស្តុកឱសថ ARV នៅតាមសេវា ART ទាំងអស់ រៀងរាល់ត្រីមាស ដើម្បីកំណត់រកសេវាណាដែលត្រូវការចុះអភិបាល និងតាមដានបន្តជាមួយបុគ្គលិកឱសថស្ថាន ដើម្បីពង្រឹងការងារនេះ។

៨.៤.២ សហការជាមួយនាយកដ្ឋានឱសថ គ្រឿងសំអាង និងចំណីអាហារនៃក្រសួងសុខាភិបាល NCHADS/LMU ដើម្បីតាមដានគុណភាពឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ដែលត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពសំណាក និងការធ្វើតេស្តនៃឱសថ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ នៅក្នុងដំណើរការគ្រប់គ្រង និងបែងចែកឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ។

៨.៤.៣ ផែនការត្រួតពិនិត្យគុណភាពសំណាក ហើយការធ្វើតេស្តនឹងត្រូវរៀបចំឡើង និងត្រូវធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយមន្ទីរពិសោធន៍ដែលមានគុណភាព ដើម្បីរៀបចំធ្វើតេស្តគុណភាពសំណាកទាំងអស់នេះ ។

៨.៥ ពង្រឹងសមត្ថភាពបុគ្គលិកនៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់ជាតិ ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាព តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលនៅតាមមូលដ្ឋាន/ថ្នាក់តំបន់

៨.៥.១ រៀបចំសិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ និងបើកវគ្គបំប៉ន អំពីការគ្រប់គ្រងឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ រៀងរាល់ ២ដង/ឆ្នាំ សម្រាប់បុគ្គលិកដែលផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ។

៨.៥.២ បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកដែលទើបចូលបម្រើនៅសេវា ART អំពីការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ស្តង់ដាក្នុងការគ្រប់គ្រងស្តុក។

៨.៥.៣ ធានាថា បុគ្គលិក និងកន្លែងផ្តល់សេវា បានអនុវត្តន៍ការគ្រប់គ្រងស្តុកបានល្អស្របតាម Good Storage Practice (GSP)។

សមាសភាគទី ៩. ការបង្ការ និង ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកាមរោគ

សនិទានភាព

ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត (FEW) ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស (MSM) និងក្រុមបំលែងភេទ (TG) គឺជាក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ ដោយសារពួកគេមានការប្រព្រឹត្តរួមភេទប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងកាមរោគ។ ហេតុដូចនេះ ទើបអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនទាំងនោះមានកម្រិតខ្ពស់ជាងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ (តារាងទី២)។ ប៉ុន្តែ ជំងឺកាមរោគ ទាំងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច និងប្រជាជនទូទៅ មិនត្រឹមតែមានការកើនឡើងការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះទេ តែថែមទាំងមានការប្រឈមមុខនឹងការបង្កកំណើត មហារីកមាត់ស្បូន និងមានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានលើទារក ទៀតផង។

យោងតាមលទ្ធផលនៃការអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគនៅក្នុងឆ្នាំ ២០១១ (SSS-2011)[72] បានបង្ហាញថា ១៦,៨% នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានដៃគូរួមភេទលើសពី ៧នាក់/សប្តាហ៍ មានជំងឺប្រមេះទឹកបាយ ហើយស្ត្រី ២០,៦% បានឆ្លងជំងឺ Chlamydia ។ ដោយឡែកការអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគឆ្នាំ ២០០៥ បានរកឃើញថា ១,៨% នៃបុរសរួមភេទជាមួយបុរសបានឆ្លងជំងឺប្រមេះទឹកបាយនៅតំបន់រន្ធគូទ ហើយ ៣.៩%នៃក្រុមនោះបានឆ្លងជំងឺ Chlamydia ។

ផ្អែកលើឌីណាមិកនៃការចម្លងជំងឺកាមរោគ និងការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងជំងឺកាមរោគរបស់ក្រុមប្រជាជនចំណុច យុទ្ធវិធីបង្ការនិងទប់ស្កាត់ជំងឺកាមរោគ បានអនុវត្តន៍ក្នុងពេលជាមួយគ្នានៅគ្រប់កម្រិតទាំងអស់។ នៅជំហានដំបូង វិធីសាស្ត្របង្ការទប់ស្កាត់ គឺផ្តោតលើការកាត់បន្ថយការចម្លងជំងឺកាមរោគនៅក្នុងភូមិសាស្ត្រដែលអត្រាអាំងស៊ីដង់នៃជំងឺនេះមានកម្រិតខ្ពស់ បង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់ឲ្យបានខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច ដើម្បីឲ្យមានឥទ្ធិពលខ្ពស់បំផុតលើការចម្លង។ នៅជំហានបន្ទាប់ វិធានការណ៍ទប់ស្កាត់ គឺត្រូវកាត់បន្ថយបន្ទុកធ្ងន់ធ្ងរនៃអត្រាឈឺនិងស្លាប់ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺកាមរោគនៅក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ តាមរយៈការធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។ ទីបញ្ចប់ គឺត្រូវការព័ត៌មានដែល

[72] 2011 Cambodia, STI Prevalence Survey, NCHADS/MOH and US-CDC, April 2013

អាចទុកចិត្តបានអំពីនិន្នាការនៃការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងជំងឺនេះ ត្រូវបន្តការតាមដានដោយម៉ត់ចត់ ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីក្នុងការវាយតម្លៃអំពីតម្រូវការ និង លទ្ធផលនៃការអនុវត្តកម្មវិធី និងជួយដល់ការបែងចែកប្រភពធនធាន ដើម្បីជម្រុញការខិតខំប្រឹង ប្រែងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកាមរោគ។

កម្មវត្ថុ

១. កាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគនិងការបង្ករោគតាមប្រដាប់បន្តពូជ និងគ្រប់ករណី ជំងឺកាមរោគទាំងអស់បានទទួលសេវាព្យាបាល។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

៩.១ កាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលនៃជំងឺកាមរោគ និងការបង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ (STI/RTI) ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច ។

៩.២ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងសេវាបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងការបង្ក រោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។

៩.៣ ធានាឲ្យមានទិន្នន័យអំពី ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងការបង្ករោគនៅ ប្រដាប់បន្តពូជដែលអាចទុកចិត្តបាន សម្រាប់យកមកប្រើប្រាស់កែលម្អការឆ្លើយតបនឹងជំងឺកាម រោគឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។

សកម្មភាពស្នូល

៩.១ កាត់បន្ថយការឆ្លងរាលដាលនៃជំងឺកាមរោគ និងការបង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ (STI/RTI) ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច

៩.១.១ ពង្រីកការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងការបង្ករោគ នៅប្រដាប់បន្តពូជ សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច

៩.១.១.១ ពង្រីកការគ្របដណ្តប់គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ (FHC) នៅ តំបន់ដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ ដើម្បីបង្កើន

ការទទួលបានសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច។

៩.១.១.២ រៀបចំបង្កើតគំរូ ឬវិធីសាស្ត្រថ្មីៗ សម្រាប់ផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងការបង្ការរោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលពិបាកស្វែងរក ឬដែលលាក់មុខ (Hard to reach key population) ដោយប្រើប្រាស់ មណ្ឌលប្រមូលផ្តុំ (drop in center) ឬក្លឹបកំសាន្ត សម្រាប់ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ក្រុមបំលែងភេទ និងស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តសប្បាយៈ

- រៀបចំឯកសារទស្សនៈទាននៃវិធីសាស្ត្រ ឬគំរូថ្មីទាំងនេះឲ្យសមស្របតាមនិយាមបែបបទ (SOP) នៃយុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត (B-COPCT) សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច។
- បង្កើតកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល (curriculum) និងផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាល អំពីការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងការបង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ ជូនបុគ្គលិកនៅមណ្ឌលប្រមូលផ្តុំ/ក្លឹបកំសាន្ត។
- ធានាការកាត់បន្ថយសកម្មភាពជាន់គ្នាក្នុងការផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងកំណត់រកកន្លែង/ទីតាំងដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងរាលជំងឺកាមរោគ/អេដស៍។

៩.១.១.៣ ធានាថា ការចុះអប់រំផ្ទាល់ដល់ក្រុមប្រជាជនចំណុចនៅតំបន់ដែលមានការឆ្លងរាលដាលខ្ពស់ (hotspots) ត្រូវប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រនៃការផ្តល់សេវាដោយ OW/PE នៅក្នុងតំបន់ណាដែលគ្មានអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលអនុវត្តន៍សកម្មភាពនេះ (សូមអានឯកសារគោលគំនិតសម្រាប់អនុវត្តន៍យុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច)។

៩.១.២ បង្កើនភាពអាចទទួលបានសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដែលមានភាពរាក់ទាក់ស្និទ្ធស្នាល សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច

៩.១.២.១ ជួសជុល/ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ។

៩.១.២.២ បំពាក់ឧបករណ៍ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ និងនៅមន្ទីរពិសោធន៍។

៩.១.២.៣ ជ្រើសរើសអ្នកសម្របសម្រួលគ្លីនិក ចេញពីបណ្តាញក្រុមប្រជាជនចំណុច ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលក្រុមប្រជាជនចំណុចឲ្យទទួលបានសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

៩.១.៣ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺកាមរោគ ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលករណីជំងឺកាមរោគដែលគ្មានរោគសញ្ញា ឲ្យបានឆាប់រហ័ស ។

៩.១.៣.១ បញ្ជ្រាបការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយ ដោយជោះឈាមនៅចុងម្រាមដៃនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច និងនៅសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលសម្រាប់ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ។

៩.១.៣.២ ផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយ នៅពេលមកពិនិត្យនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារលើកដំបូង និង រៀងរាល់៦ខែ សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច។

៩.១.៣.៣ ធានាថា អតិថិជនទាំងអស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុចដែលមានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគស្វាយ "ប្រតិកម្ម" ត្រូវបានបញ្ជូននិងទទួលបានការព្យាបាលសមស្រប។

៩.១.៤ ធានាឲ្យមានប្រព័ន្ធបញ្ជូនស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ទៅទទួលសេវាពន្យាកំណើត។

៩.១.៥ ធានាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើតេស្តសមស្របសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមប្រជាជនចំណុច នៅគ្រប់គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

៩.២ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងសេវាបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគនិងការបង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ

៩.២.១ បង្កើនសមត្ថភាពគ្លីនិកជាតិព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ឲ្យក្លាយជា មជ្ឈមណ្ឌលជាតិសម្រាប់ធ្វើកម្មសិក្សា បណ្តុះបណ្តាល និងស្រាវជ្រាវអំពីជំងឺកាមរោគ។

៩.២.២ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ស្របតាមអនុសាសន៍ថ្មីៗរបស់អង្គការ WHO ។

៩.២.៣ ផ្តល់បទពិសោធន៍អំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងបណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅគ្លីនិកកាមរោគជាតិ រួមមាន វិធីសាស្ត្រក្នុងការចាក់ថ្នាំ penicillin ដល់ទារកទើបកើត។

៩.២.៤ ផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគផ្អែកលើចង្កោមរោគសញ្ញា នៅមណ្ឌលសុខភាពអាទិភាព និងនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារសម្រាប់ប្រជាជនទូទៅ។

៩.២.៥ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវនិងព្យាបាលជំងឺស្វាយ លើគ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងកូនរបស់គាត់។

៩.៣ ធានាឲ្យមានទិន្នន័យអំពី ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺកាមរោគនិងការបង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ ដែលអាចទុកចិត្តបាន សម្រាប់យកមកប្រើប្រាស់កែលម្អការឆ្លើយតបនឹងជំងឺកាមរោគឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព

៩.៣.១ សហការជាមួយផ្នែកជំនាញនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ក្នុងការរៀបចំអនុវត្តន៍ការអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគ(SSS) និងការអង្កេត IBBS។

៩.៣.២ សហការជាមួយស្ថាប័នជាតិ និងអន្តរជាតិពាក់ព័ន្ធ ក្នុងការអនុវត្តន៍កម្មវិធីស្រាវជ្រាវរកភាពស៊ាំនៃជំងឺប្រមេះទឹកបាយជាមួយឱសថអង់ទីប៊ីយោទិក (Gonococcal Antimicro-

bial Susceptibility Program) ដើម្បីគាំទ្រដល់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

៩.៣.៣ បង្កើតយន្តការតាមដាននិន្នាការនៃចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគសំខាន់ៗ (ការហូរខ្ទុះតាមបង្ហួរនោម និងដំបៅលើប្រដាប់បន្តពូជ) ដើម្បីស្រាវជ្រាវរក និងឆ្លើយតបឲ្យបានឆាប់រហ័សទៅនឹងការផ្ទុះរាលដាលនៃជំងឺកាមរោគ (STI out breaks)។

៩.៣.៤ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទម្រង់បញ្ជី និងទម្រង់របាយការណ៍ សម្រាប់គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ដើម្បីកំណត់រកក្រុមប្រជាជនចំណុច និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (PLHIV) ព្រមទាំង តាមដានក្រុមប្រជាជនចំណុច ដែលបានមកទទួលយកសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ សេវាពន្យាកំណើត សេវា ART និងសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ។

សមាសភាគទី១០. ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ

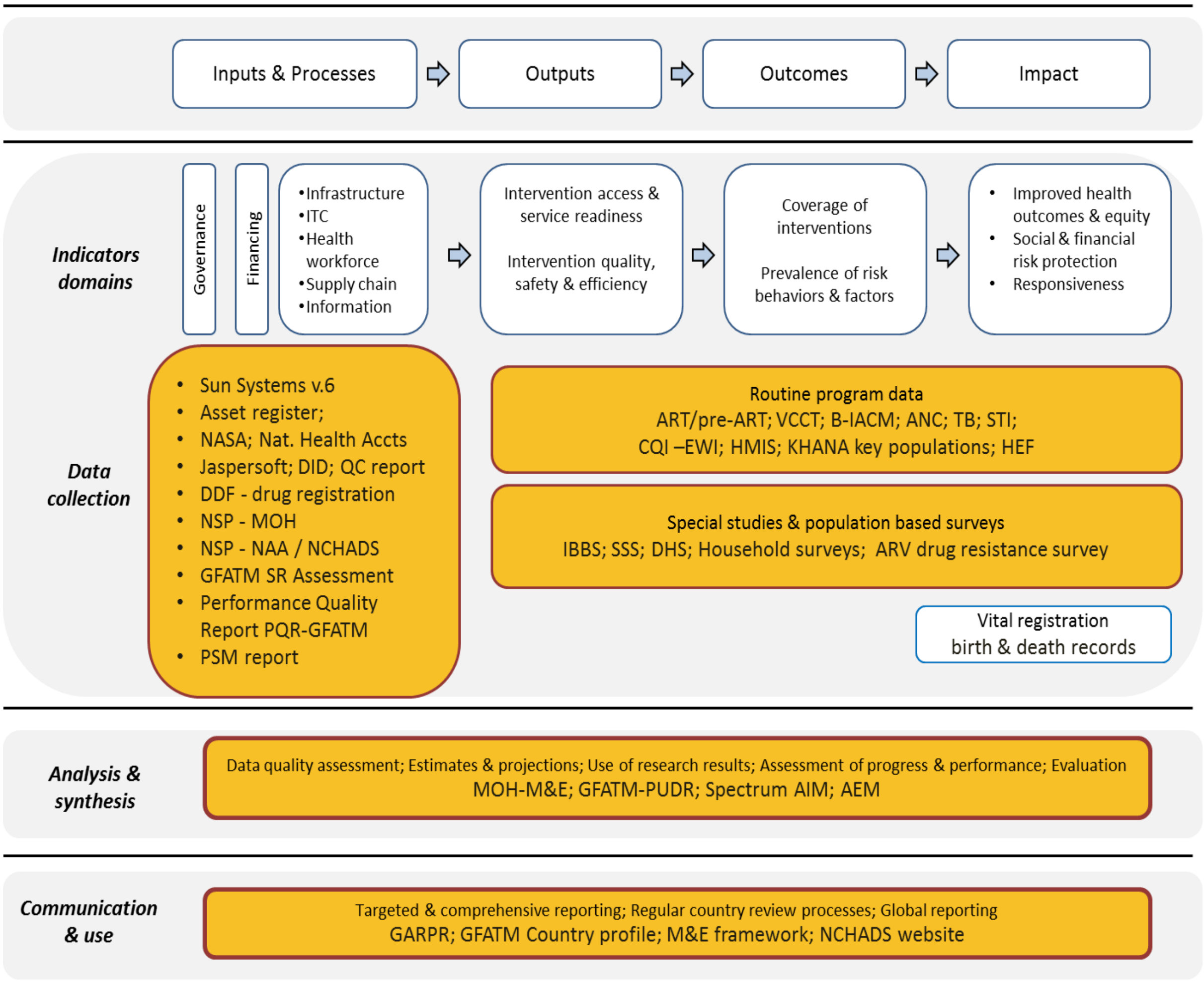
សនិទានភាព

ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ មានគោលបំណងពីរ គឺ ធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង និងការផ្តោតឲ្យចំទិសដៅនៃការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍។ ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ គឺជាព័ត៌មាន និងទិន្នន័យដែលដកស្រង់យកមកពីប្រភពជាច្រើនទាក់ទងនឹងការវាយតម្លៃទិន្នន័យនៃកម្មវិធីអេដស៍ជាប្រចាំ។ ប្រភពទាំងនេះ រួមមាន ក្របខណ្ឌតាមដាននិងវាយតម្លៃនៃកម្មវិធីអេដស៍ ការអង្កេត ការពិនិត្យឡើងវិញពាក់កណ្ដាលនិងពេលបញ្ចប់អន្តរាគមន៍ កម្មវិធីអនុវត្តន៍គម្រោងសាកល្បង ករណីសិក្សា ការវាយតម្លៃពីតម្រូវការ និងប្រភពព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រផ្សេងទៀត។

គុណភាពនិងប្រសិទ្ធភាពនៃទិន្នន័យ ត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ។ ភាពជាក់លាក់នៃទិន្នន័យ (Data validity) នឹងត្រូវបានធានា តាមការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រត្រីកោណ (triangulated methods) ព្រមទាំង ពិចារណាលើចំណុចខ្លាំង និងចំណុចខ្សោយនៃប្រភពទិន្នន័យនីមួយៗ ដើម្បីផ្តល់ទិដ្ឋភាពពេញលេញនៃប្រសិទ្ធភាពនៃការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍។

គំរូ Spectrum AIDS Impact software (Spectrum AIM) ត្រូវបានយកប្រើប្រាស់នូវទិន្នន័យកម្មវិធី ដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅថ្នាក់ជាតិ។ ទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រ ដូចជា ទំហំ និងរចនាសម្ព័ន្ធនៃប្រជាជន និងអត្រាបង្កកំណើតកូន អត្រាមរណភាព និងអត្រាអន្តោប្រវេសន៍ ត្រូវបានយកមកដាក់បញ្ចូលក្នុងគំរូ Spectrum AIM នេះ។ សេណារីយ៉ូក្នុងការរៀបចំគំរូ AEM នេះ នឹងព្យាករណ៍ពីផលប៉ះពាល់នៃអន្តរាគមន៍ផ្សេងៗគ្នា ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យកម្មវិធីរបស់ NCHADS រួមផ្សំជាមួយការព្យាករណ៍ដោយ Spectrum AIM ។

រូបភាពទី ១៨. ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ NCHADS - ប្រព័ន្ធតាមដាននិងវាយតម្លៃ [73]



កម្ពុជាមានប្រព័ន្ធអង្កេតតាមដាន និងរបាយការណ៍កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍ដ៏រឹងមាំ ជាមួយនឹងការប្រមូលទិន្នន័យជាប្រចាំ ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រស្តង់ដាសម្រាប់គ្រប់សមាសភាគទាំងអស់ (កម្មវិធីបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច កម្មវិធី PMTCT សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ សេវា ART) ។ ការអង្កេតតាមដានមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានតាមដានរៀងរាល់ត្រីមាសនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលដែលមាន ART databases ។ ត្រូវធានាថា មូល

[73] Source: Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability (Geneva: WHO IHP+; 2011) http://www.who.int/healthinfo

ដ្ឋានទិន្នន័យ (databases) ទាំងអស់ត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ និងពង្រឹងការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM ដើម្បីផ្តល់ទិន្នន័យជាក់លាក់ ក្នុងការតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (HIV cascade) ។

ដូចមានក្នុងក្របខណ្ឌតាមដាននិងវាយតម្លៃឆ្នាំ ២០១៦ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយមានកិច្ចសហការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ហើយសូចនាករស្នូលដែលកំណត់ទិន្នន័យនៅពេលដើមគ្រា និងគោលដៅត្រូវបានរៀបរាប់ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី១។ សូចនាករនិងទិសដៅ នឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញជារៀងរាល់ឆ្នាំ (តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន) ដើម្បីយកទៅប្រើប្រាស់ក្នុងគំរូ Spectrum AIM និងគំរូ AEM ។ សូចនាករនិងទិសដៅ នឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ផ្អែកតាមព័ត៌មានដែលមាន និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពនៃការឆ្លើយតបនឹងមេរោគអេដស៍។

ការធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងការប៉ាន់ស្មានចំនួនប្រជាជនចំណុច ដែលព័ត៌មានភាគច្រើនមាននៅក្នុងការអង្កេតរួមបញ្ចូលគ្នា រកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្ត (IBBS) និងការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគ (SSS) ។ ការអង្កេត IBBS និង SSS ចុងក្រោយនឹងត្រូវបញ្ចប់នៅចុងឆ្នាំ ២០១៦ និងផ្តល់បច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានអំពីក្រុមប្រជាជនចំណុច (EW, MSM និង TG)។

បច្ចុប្បន្ននេះ ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវបានរាយការណ៍ដោយសេវា VCCT ដែលនាំឲ្យការវិភាគទិន្នន័យនៅមានកម្រិត និងមិនអនុញ្ញាតឲ្យទាត់ចោលចំនួនអតិថិជនដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគច្រើនលើក។ ការពង្រឹងប្រព័ន្ធរបាយការណ៍ករណីអេដស៍ អាចអនុញ្ញាតឲ្យកាត់បន្ថយការរាយការណ៍ពីរដងនៃអតិថិជនតែម្នាក់ (de-duplication) និងអនុញ្ញាតឲ្យតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែធ្វើបានតេស្តថ្មីៗ និងផ្តល់បច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានពីអតិថិជនដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អំពីផ្លូវចម្លងមេរោគអេដស៍ (ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត MSM ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍) អាយុ ភេទ និងទីកន្លែង ។ ការរាយការណ៍ពីករណីអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយនៃរបាយការណ៍របស់ B-IACM នឹងជួយតាមដានការរីកចំរើននៃការរុករកសកម្មករណី អេដស៍ និងការចុះបញ្ជីក្នុងល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។

NCHADS បានរៀបចំផែនការក្នុងការអង្កេត ការសិក្សាពិសេស និងការស្រាវជ្រាវដែលធានាថា ព័ត៌មានស្នូលដែលមានទាំងព័ត៌មានអំពីប្រជាជនចំណុច និងប្រជាចំណុចជាអាទិភាពនឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់ (តារាងទី ៤) ។

តារាងទី៤៖ កាលវិភាគនៃការអង្កេតតាមដាន ការសិក្សាពិសេស និងការវាយតម្លៃ

សកម្មភាព	កាលបរិច្ឆេទ	ស្ថាប័នដឹកនាំ
ការអង្កេត		
ការអង្កេតបែបជីវសាស្រ្តរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទរួមបញ្ចូលគ្នា(IBBS) និងការអង្កេតប៉ាន់ស្មាននៃចំនួនក្រុម MSM/TG/STI ។	2018	NCHADS
ការអង្កេតបែបជីវសាស្រ្តរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទរួមបញ្ចូលគ្នា(IBBS) ក្នុងចំណោមក្រុម FEW/STI ។	2019	NCHADS
ការអង្កេតបែបជីវសាស្រ្តរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទរួមបញ្ចូលគ្នា(IBBS) និងការអង្កេតប៉ាន់ស្មានចំនួន PWID/PWUD ។	2017	NCHADS
ការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់រកមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ ។	2018	NCHADS
ការងារបន្ត		
ទីកន្លែង/ផែនទីប្រជាជនចំណុច និង សេវា	ប្រចាំឆ្នាំ	NCHADS
ការវិភាគទិន្នន័យ អំពីអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលនៅរស់ ក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាល ART រយៈពេល ១២ខែ, ២៤ខែ និង ៦០ខែ (មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ)។	ប្រចាំឆ្នាំ	NCHADS
ការអង្កេតរួមបញ្ចូលគ្នាសូចនាករនៃការពង្រឹងគុណភាពបន្ត (Continuous Quality Improvement) និង Early Warning Indicator នឹងត្រូវអនុវត្តន៍នៅសេវា ART ចំនួន ៦៥ រូមទាំងសេវាមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ។	ពេលចាំបាច់	NCHADS

លំហាត់គំរូ អំពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍, អត្រាអាំងស៊ីដង់, អត្រាមរណភាព, កុមារកំព្រា និង តម្រូវការសេវាព្យាបាល។	រៀងរាល់ ២ឆ្នាំ	NCHADS/ Partners
ការវិភាគប្រៀបធៀបប្រភពទិន្នន័យពីច្រើនប្រភព (triangulating analysis) ដោយប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ដើម្បីវាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមស្រុកប្រតិបត្តិ។	ប្រចាំឆ្នាំ	NCHADS/ NMCHC
ការតាមដាន និងផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យពីច្រើនប្រភពនៃល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។	ប្រចាំឆ្នាំ	NCHADS
ការវាយតម្លៃ		
វាយតម្លៃពាក់កណ្ដាលគម្រោងកម្មវិធីអេដស៍ ដើម្បីយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់កែតម្រូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។	2019	NCHADS/ NAA
ការវាយតម្លៃគំរូកម្មវិធី CBPCS ។	2018	NCHADS& NGO

ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ NCHADS ចូលរួមយ៉ាងសកម្មជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HIS-TWG) ដើម្បីវាយតម្លៃអំពីលទ្ធភាពនៃការធ្វើសមាហរណកម្មជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មាននៃក្រសួងសុខាភិបាលផ្ដោតលើ៖

- អត្តសញ្ញាលេខកូតឯកត្តសុខភាព (Health Unique ID code) និង ប្រព័ន្ធអត្តសញ្ញាណសុខភាពជាតិ (national health identification system)
- ផ្សារភ្ជាប់ NCHADS databases ជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មានរបស់ DPHI PMRS/HEF
- ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល របស់នាយកដ្ឋានផែនការនិងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI HIS)
- ប្រព័ន្ធព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ ដូចជា កម្មវិធីជំងឺរបេង កម្មវិធី PMTCT ។ល។
- បង្កើត និងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យស្ដង់ដារួមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍

- ការភ្ជាប់ទិន្នន័យអ្នកជំងឺពីច្រើនប្រភព ដើម្បីគាំទ្រដល់ការថែទាំនិងព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ
- ការភ្ជាប់ទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍ ជាមួយទិន្នន័យមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាល ART
- ការភ្ជាប់ទិន្នន័យ LMIS/ឱសថ ជាមួយទិន្នន័យមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាល ART
- ប្រព័ន្ធរាយការណ៍ករណីអេដស៍
- ពង្រីកការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ CMC/A
- ការវិភាគជាទៀងទាត់និន្នាការនៃលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រនិងសង្គម ការប្រព្រឹត្តរបស់បុគ្គលដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន
- ប្រព័ន្ធរក្សាការសម្ងាត់នៃព័ត៌មានអ្នកជំងឺ ដើម្បីការពារសុវត្ថិភាពទិន្នន័យ
- សមាហរណកម្មរបៀបវារៈស្រាវជ្រាវ អំពីអេដស៍និងកាមរោគ ទៅជាផ្នែកមួយនៃរបៀបវារៈស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព។

កម្មវត្ថុ

១. ផ្តល់ភស្តុតាងជាមូលដ្ឋានសម្រាប់តាមដានការរីកចំរើន និងតម្រង់ទិសការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ តាមរយៈការតាមដានជាប្រចាំ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវប្រតិបត្តិ(operational research) ការអង្កេត និងការវាយតម្លៃ។

២. ពង្រឹងការផ្តួចផ្តើមយុទ្ធវិធី B-IACM ដើម្បីកែលម្អលទ្ធផលនៃការទទួលបានល្បាក់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ឈានទៅសម្រេចគោលដៅ ៩០/៩០/៩០ ។

យុទ្ធសាស្ត្រស្នូល

១០.១ ពង្រឹងការយល់ដឹងអំពីប្រភេទ ទំហំ ការបែងចែក និងកត្តាកំណត់ក្រុមប្រជាជនផ្សេងទៀត ដើម្បីតម្រង់ទិសអន្តរាគមន៍ក្នុងផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលនិងគាំទ្រ។

១០.២ ពង្រឹងការយល់ដឹងពីស្ថានភាព និងតម្រូវការរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងដៃគូរបស់គាត់ ដើម្បីតម្រង់ទិសអន្តរាគមន៍ក្នុងការផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលនិងគាំទ្រ។

១០.៣ ធានាការតាមដានជាទៀងទាត់នៃការអនុវត្តកម្មវិធី ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យកម្មវិធីដែលបានប្រមូលជាប្រចាំ សម្រាប់តម្រង់ទិសការរៀបចំកម្មវិធីនិងការអនុវត្ត ព្រមទាំង ការរៀបចំចងក្រងគោលនយោបាយ

និងគោលការណ៍ណែនាំនានា។

១០.៤ លើកកម្ពស់ការស្រាវជ្រាវ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ កែលម្អការអនុវត្តកម្មវិធី និងការរៀបចំគោលនយោបាយ ។

១០.៥ កសាងប្រព័ន្ធមូលដ្ឋានមួយ ដែលអនុញ្ញាតឲ្យតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាលក្ខណៈបុគ្គល រយៈពេលយូរ ក្នុងការមកទទួលល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។

១០.៦ ការវាយតម្លៃពាក់កណ្ដាលគម្រោងនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានយកមកប្រើសម្រាប់រៀបចំក្របខ័ណ្ឌគំនិតផ្ដួចផ្ដើម "កម្ពុជា ៣.០" ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។

១០.៧ វាយតម្លៃសមិទ្ធផលនៃការអនុវត្តគំនិតផ្ដួចផ្ដើមកម្ពុជា ៣.០ និងលទ្ធផលដែលសម្រេចបានក្នុងការទទួលបានសេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសម្រេចគោលដៅ ៩០/៩០/៩០ នៅឆ្នាំ ២០២០ ។

សកម្មភាពស្នូល

១០.១. ពង្រឹងការយល់ដឹងអំពីប្រភេទ ទំហំ ការបែងចែក និង កត្តាកំណត់ក្រុមប្រជាជនផ្សេងទៀត ដើម្បីតម្រង់ទិសអន្តរាគមន៍ក្នុងផ្ដល់សេវាបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាល និងគាំទ្រ

១០.១.១ វាយតម្លៃពីជម្រើស និងធ្វើការអង្កេតការបង្កើតទិន្នន័យនៅថ្នាក់ខេត្ត/ក្រុង ដើម្បីគាំទ្រដល់ការអនុវត្តនៅក្នុងតំបន់។

១០.១.២ បញ្ចូលក្រុមប្រជាជនចំណុចទៅក្នុងការអង្កេតរួមនៃការអង្កេត IBBS ដែលរៀបចំឡើង ជារៀងរាល់បីឆ្នាំម្តង។

១០.១.៣ កំណត់ពីតួនាទី និងការវាយតម្លៃសមត្ថភាពនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ក្នុងការអនុវត្តសកម្មភាពខាងលើ និងរៀបចំផែនការកសាងសមត្ថភាពឲ្យបានសមស្រប។

១០.២ ពង្រឹងការស្វែងយល់ អំពីស្ថានភាព និងតម្រូវការរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដៃគូរបស់គាត់ ដើម្បីតម្រង់ទិសអន្តរាគមន៍ក្នុងផ្ដល់សេវាបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាល និងគាំទ្រ

១០.២.១ ការពិនិត្យជាទៀងទាត់ និងវិភាគនៃទិន្នន័យនៃការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ B-IACM (រួមទាំង ករណីមេរោគអេដស៍ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដៃគូកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍) ដើម្បីបង្ហាញលក្ខណៈករណីអេដស៍ដែលទើបបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថ្មី ដើម្បីកំណត់គោលដៅនៃអេពីដេមីសាស្ត្រ កំណត់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងអ្នកអនុវត្តសកម្មភាពនៅមូលដ្ឋានដែលត្រូវការគាំទ្រ និង ឲ្យអ្នកជំងឺអេដស៍នៅបន្តទទួលសេវាឲ្យបានយូរបំផុត (maximizing retention)។

១០.២.២ ការពិនិត្យជាទៀងទាត់ និងការវិភាគទិន្នន័យរបស់ដៃគូអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។

១០.៣ ធានាការតាមដានជាទៀងទាត់នៃការអនុវត្តកម្មវិធី ដើម្បីពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យកម្មវិធីដែលបានប្រមូលជាប្រចាំ សម្រាប់តម្រង់ទិសការរៀបចំកម្មវិធីនិងការអនុវត្ត ព្រមទាំង ការរៀបចំគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំនានា

១០.៣.១ រៀបចំ និងការដាក់ដំណើរការនិយាមបែបបទ និងតារាងតាមដាន (dashboard)សម្រាប់អនុវត្តរួមបញ្ចូលគ្នានៃ CQI-EWI ដែលមានសូចនាករស្នូល រួមទាំង លទ្ធផលផ្អែកលើមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីវិភាគដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងយកមកប្រើប្រាស់ទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ សម្រាប់តាមដានការអនុវត្តកម្មវិធីនៃល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

១០.៣.៣ ធ្វើសវនកម្មគុណភាពទិន្នន័យ (DQA) ឲ្យបានទៀងទាត់នៅតាមសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដើម្បីវាយតម្លៃ និងធានាការប្រមូលទិន្នន័យ និងការបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យ។

១០.៣.៤ កសាងសមត្ថភាពមន្ត្រីសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិដែលចូលរួមក្នុងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យជាប្រចាំ ដើម្បីប្រើប្រាស់តារាងតាមដាន (dashboard) ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ការយល់ដឹងពី EWI និងប្រព័ន្ធផ្តល់ព័ត៌មានបន្ទាន់ និង ការវិភាគការទទួលបានល្បាក់សេវា HIV ជាទៀងទាត់ ដើម្បីកំណត់ការខ្វះចន្លោះ និងស្វែងរកដំណោះស្រាយ។

១០.៣.៥ វាយតម្លៃវឌ្ឍនភាពឆ្ពោះទៅសម្រេចលទ្ធផលនៃការទទួលបានល្បាក់សេវា ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅថ្នាក់ក្រោម និងថ្នាក់ជាតិ និងការឈានទៅម្រេចគោលដៅ ៩០/៩០/៩០ ។

១០.៤ លើកកម្ពស់ការស្រាវជ្រាវ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ សម្រាប់កែលម្អការអនុវត្តកម្មវិធី និងការរៀបចំគោលនយោបាយ

១០.៤.១ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងរៀបចំបង្កើតរបៀបវារៈជាតិនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីអេដស៍ រួមទាំង ការសិក្សាស្រាវជ្រាវបែប formative ការស្រាវជ្រាវបែបប្រតិបត្តិក្នុងគោលបំណងវាយតម្លៃវិធីសាស្ត្រដែលកំពុងអនុវត្តន៍ ដើម្បីរៀបចំវិធីសាស្ត្រថ្មី ការស្រាវជ្រាវតាមដានការរីកចម្រើនឆ្ពោះទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ រួមទាំង អត្រាអាំងស៊ីដង់មេរោគអេដស៍ ការស្រាវជ្រាវគ្លីនិក និងការស្រាវជ្រាវលើការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍។

១០.៤.២ លើកកម្ពស់ និងសម្របសម្រួលការអនុវត្តរបៀបវារៈជាតិនៃការស្រាវជ្រាវ អំពីអេដស៍ ។

១០.៤.៣ កសាងសមត្ថភាព អំពីការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលបានមកពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវសម្រាប់ការកែលម្អកម្មវិធី និងគោលនយោបាយ។

១០.៥ កសាងប្រព័ន្ធទិន្នន័យមូលដ្ឋាន ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាលក្ខណៈបុគ្គល រយៈពេលយូរ ក្នុងការមកទទួលល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍

១០.៥.១ ការពិនិត្យមើលការផ្សាភ្ជាប់/សមាហរណកម្មនៃការតាមដានមូលដ្ឋានទិន្នន័យអ្នកជំងឺ ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យតាមដានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ ក្នុងការមកទទួលល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដោយចាប់ផ្តើមតាំងពីពេលមានប្រតិកម្មតេស្តមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ការធ្វើតេស្ត viral load មានលទ្ធផលល្អ (viral load suppression)។

១០.៥.២ ពង្រឹងការអនុវត្តវិធីសាស្រ្ត B-IACM-IRIR រួមទាំង ការតាមដានជាប្រចាំករណីអេដស៍បន្ថែមទៀត ដូចជា ករណីបោះបង់ការព្យាបាល (LTFU) ករណីជំងឺរបេង/អេដស៍ ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់ និងអ្នកជំងឺដែលមាន detectable viral loads។

១០.៦ ការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលគម្រោងនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានយកមកប្រើសម្រាប់ការរៀបចំគំនិតផ្តួចផ្តើម "កម្ពុជា ៣.០" ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីមេរោគអេដស៍

១០.៦.១ ពិនិត្យឡើងវិញពីខាងក្នុង/ខាងក្រៅនៃការអនុវត្តកម្មវិធីនៅចុងឆ្នាំ ២០១៧។

១០.៦.២ លទ្ធផលនៃការពិនិត្យឡើងវិញពីខាងក្នុង/ក្រៅនៃការអនុវត្តកម្មវិធី ដើម្បីយកមកកែសម្រួលក្របខណ្ឌទស្សនៈទាន ក្នុងការឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ ៩០/៩០/៩០ នៅឆ្នាំ ២០២០ (កម្ពុជា ៣.០) និង គោលការណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធនានា។

១០.៦.៣ អនុវត្តក្របខណ្ឌដែលបានកែតម្រូវ និងគោលការណ៍ណែនាំពីឆ្នាំ ២០១៩-២០២០។

១០.៦.៤ បង្កើតគណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិ ស្តីពីការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (eMTCT) និងលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ដោយបង្កើតលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ និងផែនទីបង្ហាញផ្លូវដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅនេះនាឆ្នាំ ២០២៥។

១០.៧ ការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃការអនុវត្តយុទ្ធវិធីកម្ពុជា ៣.០ និង លទ្ធផលនៃការទទួលបានល្បាក់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងថ្នាក់ជាតិ ឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ ៩០/៩០/៩០ នៅឆ្នាំ ២០២០ ។

សមាសសភាគទី ១១: ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី

សនិទានភាព

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ គឺជាអង្គភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលទទួលខុសត្រូវចម្បងក្នុងការផ្តល់ជាអនុសាសន៍ និងការអនុវត្តគោលនយោបាយយុទ្ធសាស្រ្ត និង និយាមបែបបទនានាដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងការរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មានភារកិច្ចក្នុងការធ្វើឲ្យសម្រេចបានគោលបំណង និងកម្មវត្ថុនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានរៀបចំយន្តការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីមួយចំនួនដើម្បីសម្រេចបានគោលបំណងខាងលើៈ ការវិភាគតួនាទីនិងភារកិច្ច (FTA) ដែលពិនិត្យឡើងវិញជាទៀងទាត់ នូវរចនាសម្ព័ន្ធនិងមុខងារ។ ការលើកផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ ដែលធានាឲ្យការអនុវត្តមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត និងមានយន្តការសម្របសម្រួលនានាដែលប្រព្រឹត្តិទៅក្រោមការដឹកនាំរបស់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស។

កម្មវត្ថុ

ធានាឲ្យមានការសម្របសម្រួលល្អជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធនានា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ដែលចូលរួមអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

យុទ្ធសាស្រ្តស្នូល

១១.១ ពង្រឹងភាពជាដៃគូ និងសម្របសម្រួលក្នុងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.២ ធានាឲ្យមានតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវសមស្របនៃរចនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដើម្បីឆ្លើយតបប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធិផលក្នុងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.៣ គៀងគរ និងប្រើប្រាស់ធនធានប្រកបដោយប្រសិទ្ធិផល ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្ត ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

សកម្មភាពស្នូល

១១.១ ពង្រឹងភាពជាដៃគូ និងសម្របសម្រួលការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

១១.១.១ ធានាឲ្យក្រុម និងអនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់ក្រោមជាតិ មានដំណើរការល្អដើម្បីសម្របសម្រួល និងកែសម្រួលសមាជិកភាពនិងយុទ្ធសាស្ត្រ នានាឲ្យស្របតាមការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព និងការឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការនិងបច្ចេកវិទ្យាថ្មីៗ។

១១.១.២ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់ កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត ស្រុកប្រតិបត្តិ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពាក់ព័ន្ធនានា។

១១.១.៣ បង្កើតនិងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយន្តការ ផ្អែកតាមការចាំបាច់ ដើម្បីធានាឲ្យមានយន្តការសម្របសម្រួលល្អ និងការបែងចែកភារៈកិច្ចសម្រាប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលចូលរួមអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។

១១.២ ធានាឲ្យមានតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវសមស្របនៃរចនាសម្ព័ន្ធគ្រប់គ្រងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដើម្បីឆ្លើយតបប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងប្រសិទ្ធិផលក្នុងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

១១.២.១ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការវិភាគតួនាទីនិងភារកិច្ច ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

១១.២.២ គៀងគរធនធានមនុស្សឲ្យបានសមស្របនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដោយមានការគាំទ្រពីក្រសួងសុខាភិបាល។

១១.២.៣ បង្កើនសមត្ថភាពជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រង និងការដឹកនាំ តាមរយៈមធ្យោបាយសមស្រប ដើម្បីពង្រឹងការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

១១.៣ គៀងគរ និងប្រើប្រាស់ធនធានប្រកបដោយប្រសិទ្ធិផល ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត

១១.៣.១ កំណត់អាទិភាពសម្រាប់សកម្មភាពស្នូលនៃសមាសភាគនីមួយៗនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពក្នុងការកំណត់អាទិភាពឲ្យបានទៀងទាត់ ដើម្បីធានាឲ្យមានប្រសិទ្ធិផលខ្ពស់បំផុតក្នុងការប្រើប្រាស់ធនធានទាំងអស់។

១១.៣.២ ធ្វើការប៉ាន់ស្មានតម្លៃនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពតម្លៃនេះឲ្យបានទៀងទាត់។ ធានាដល់ដំណើរការប៉ាន់ស្មានតម្លៃ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគណនេយ្យមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.៣.៣ ស្វែងរកការគាំទ្រ និងគៀងគរធនធាន ទាំងធនធានមនុស្ស និងហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.៣.៤ រៀបចំផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ ដោយផ្អែកលើសមាសភាគនានានៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.៣.៥ ធានាការបែងចែកថវិកា និងផ្តល់ថវិកាឲ្យបានទាន់ពេលវេលា សម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត។

១១.៣.៦ ធានាឲ្យមានគណនេយ្យភាព និងតម្លាភាពនៃប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ និងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងផ្សេងៗទៀត។

ឃ. ការរៀបចំអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) គឺជាអង្គភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលមានភារៈកិច្ចទទួលខុសត្រូវលើការរៀបចំគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំ ការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត ការតាមដាននិងវាយតម្លៃ និងគៀងគរធនធានដើម្បីគាំទ្រការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។

ទស្សនៈវិស័យ និងសកម្មភាពរបស់ NCHADS ត្រូវបានតម្រង់ទិសដូចខាងក្រោម៖

- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល រួមទាំង គោលការណ៍ណែនាំ គោលនយោបាយ និងការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល។
- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាលរយៈពេល៥ឆ្នាំ ត្រូវបានរៀបចំចងក្រងដោយ NCHADS និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ហើយទទួលបានការអនុម័តពីក្រសួងសុខាភិបាល។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំទាំងនៅថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់ក្រោមជាតិ បានចងក្រងដើម្បីអនុវត្តន៍សកម្មភាពនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។
- NCHADS បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃសមាសភាគមួយចំនួនក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដោយផ្អែកលើបទពិសោធន៍ ការផ្លាស់ប្តូរតម្រូវការ អាទិភាព និងការលេចឡើងបច្ចេកវិទ្យាថ្មីៗ ព្រមទាំង បទពិសោធន៍ល្អៗដែលបានអនុវត្តន៍នៅបណ្តាប្រទេសលើសកលលោក។
- បានចងក្រង និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយាមបែបបទនានា ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តយុទ្ធវិធីនៃសមាសភាគទាំងអស់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដោយបានចងក្រងជាពីរភាសា គឺខ្មែរ និងអង់គ្លេស ហើយអាចរកបានក្នុងគេហទំព័រ NCHADS គឺ www.nchads.org។
- ភាពជាដៃគូដ៏រឹងមាំ រួមទាំងដៃគូអនុវត្តកម្មវិធីអេដស៍ និងដៃគូដទៃទៀត ក្រៅពីក្រសួងសុខាភិបាលដែលបានចូលរួម តាមរយៈក្រុមការងារបច្ចេកទេសដើម្បីចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំ និងគោលនយោបាយសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ និងគាំទ្រដល់ការអនុវត្តក្របខណ្ឌគោលគំនិតនៃគំនិតផ្តួចផ្តើម "កម្ពុជា ៣.០" [74] ។

ការទទួលខុសត្រូវនៃការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព គឺជាការទទួលខុសត្រូវរួមគ្នា រវាងស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដូចបង្ហាញក្នុងរូបភាពទី ១៧។ ការអនុវត្តជាក់ស្តែង បានគូសបញ្ជាក់ពីកិច្ចសហការ រវាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ រួមជាមួយកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគរាជធានី-ខេត្ត តាមរយៈការពង្រឹង និងពង្រីកការអនុវត្តកម្មវិធី និងការធ្វើផែនការនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ តាមរយៈក្រុមឆ្នើមនៃយុទ្ធវិធី B-IACM។

- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ គឺជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចម្បងក្នុងការរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រនិងគោលការណ៍ណែនាំ សម្រាប់តម្រង់ទិសក្នុងការអនុវត្តសមាសភាគនានានៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ការរៀបចំផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំ

[74] Conceptual Framework for Elimination of New HIV Infections in Cambodia by 2020, NCHADS MOH, 2012

ឆ្នាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ កិច្ចសហការជាមួយអង្គការដៃគូ ចលនាគៀងគរកធនធាន និង បែងចែកថវិកាគាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

- កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគរាជធានី/ខេត្ត និងមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត រៀបចំផែនការប្រតិបត្តិ ដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិ និង និយាមបែបបទនានា ។
- ស្រុកប្រតិបត្តិជាអ្នកអនុវត្តន៍ផ្ទាល់នូវសកម្មភាពនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដោយមានការគាំទ្រពីមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត NCHADS និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

រូបភាពទី១៩. ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ក្នុងស្រុក

KHANA				Other organizations	FHI-360	AHF	RHAC	FI
Transgender (TG)	MSM	Entertainment Workers (EW)	CBPCS		Facility Based Care	Facility Based Care	Facility Based Care	People Who Inject Drugs (PWID)
SIT MHC	MHSS Khemara	CWPD Khemara SIT PFD	BFD BSDA CPR KOSHER KWWA PC SIT WOSO	WOMEN CPN+ CRS AUA MEC CHEC	Chhouk Sar	Contract staff supplied in Government facilities	Reproductive Health & STI Services	Mith Samlang

រូបភាពទី ២០. ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលចូលរួមអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាល ជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលកម្ពុជា ឆ្នាំ២០១៦-២០២០

គណៈកម្មការ

គណៈកម្មការសម្របសម្រួលមូលនិធិសកល (CCC)

ក្រុមការងារបច្ចេកទេស

គណៈកម្មការអេដស៍រាជធានី/ខេត្ត (PAC)

លេខាធិការដ្ឋានអេដស៍រាជធានី/ខេត្ត(PAS)

ក្រុមឆ្លើមនៅស្រុកប្រតិបត្តិ (GOC)

អង្គការដៃគូ/ម្ចាស់ជំនួយ

UN

WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF

US Government

USAID, US-CDC, PEPFAR

មូលនិធិសកល

GFATM Portfolio Team

Local Fund Agent – PWC

Fiscal Agent – GFA

ភ្នាក់ងារធ្វើលទ្ធកម្ម – UNICEF

GFATM PR-Offices

NCHADS-PR

UNOPS-PR

MOH-PR

CENAT-PR

អង្គការអន្តរជាតិ

CHAI

AHF

MSF

University & Research partners

URC

ITM-Belgium

ANRS

Palladium

Not for profit facilities

SHCH

stakeholders

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA)

ក្រសួងសុខាភិបាល

កម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ (NCHADS)

មន្ទីរពិសោធន៍របស់ Laboratory

គ្លីនិកសើស្បែកនិងកាមរោគជាតិ របស់ NCHADS

មន្ទីរពិសោធន៍បង្អែកជាតិរបស់ (NIPH)

នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធនៃ MOH

នាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង

នាយកដ្ឋានឱសថ គ្រឿងសម្អាង និងចំណីអាហារ

នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបន្សាបគ្រឿងញៀន

នាយកដ្ឋានផែនការ និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល

នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព

ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនៃ MOH

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនិងហង់សិន

ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS)

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាម (NBTS)

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាព (NHPC)

វិទ្យាស្ថានសុខភាពសាធារណៈ (NIPH)

សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល (UHS)

មន្ទីរពេទ្យជាតិនៅភ្នំពេញទាំង ៩

មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារ មាតានិងទារក

ថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត

មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត (PHD)

កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគរាជធានី/ខេត្ត (PASP)

មន្ទីរពេទ្យបង្អែក:

(FHC / VCCT / pre-Art/ART centers)

ស្រុកប្រតិបត្តិ

មណ្ឌលសុខភាព

ក្រសួងផែនការ

ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិង ហិរញ្ញវត្ថុ

ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ

នាយកដ្ឋាន និង/ឬមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនៃក្រសួងសុខាភិបាល ៖ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក គឺជាដៃគូដ៏សំខាន់ក្នុងការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាឆ្លើយតបរួមគ្នា(B-LR) ដើម្បីឈានទៅលុប បំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ រីឯ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគ បេងនិងហង់សិន ក៏ជាដៃគូគន្លឹះមួយរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិង កាមរោគ ក្នុងការឆ្លើយតបរួមគ្នាដើម្បីផ្សាភ្ជាប់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងជំងឺរបេង។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សហការយ៉ាងស្អិតរមួតជាមួយ៖

- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគបេងនិងហង់សិន ធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីដោះស្រាយ និងបន្តកិច្ចសហការអនុវត្តសកម្មភាពនៃការបង្ករោគរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍។
- ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ (MEF) សហការជាមួយកម្មវិធីជាតិ (កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង គ្រុនចាញ់ និងជំងឺអេដស៍) ដើម្បីសម្របសម្រួលលើការលើកលែងពន្ធ (tax exemption) នាំចូលឱសថ សម្ភារៈឧបករណ៍ពេទ្យ សម្ភារៈការិយាល័យ រថយន្ត ។ល។ និងការបង់ពន្ធអាករ (VAT) ដែលជាផ្នែកមួយនៃការអនុវត្តគម្រោងជំនួយពីខាងក្រៅ (ODA)។ ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ បានធ្វើការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល នៅពេលដែលគម្រោងជំនួយពីខាងក្រៅធ្លាក់ចុះ ដើម្បីបង្កើនថវិកាជាតិសម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធី និងតាមដានអន្តរកាលនៃការបែងចែកថវិកា ជូនក្រសួងសុខាភិបាលសម្រាប់ប្រាក់បៀវត្សរ៍មន្ត្រីដែលបម្រើការក្រោមគម្រោងមូលនិធិសកល។
- ក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ (MOLVT) សហការជាមួយ NCHADS ដើម្បីអប់រំផ្សព្វផ្សាយជូន នយោជក-និយោជិក ឲ្យរៀបចំបង្កើតកម្មវិធីបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍នៅកន្លែងការងារ និងធានាថា គោលនយោបាយប្រឆាំងនឹងការរើសអើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងច្បាប់ការងារ។
- ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS) និងនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងឱសថ-គ្រឿងសំអាង និងចំណីអាហារ (DDF) ដើម្បីធានាការចុះបញ្ជី ការរក្សាទុក ការធានាគុណភាពនិងត្រួតពិនិត្យគុណភាព (QA, and QC) ការផ្គត់ផ្គង់និងបែងចែកឱសថ ប្រតិករ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យជូនគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។
- នាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង (DCDC) មានតួនាទីសម្របសម្រួលការងារប្រយុទ្ធនឹងជំងឺឆ្លង រួមមាន កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ជំងឺរបេងនិង ជំងឺគ្រុនចាញ់។
- នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបង្ក្រាបគ្រឿងញៀន លើសកម្មភាពពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រើគ្រឿងញៀន និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។

- នាយកដ្ឋានផែនការនិងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ក្នុងការអង្កេតតាមដានអកម្ម ការអភិវឌ្ឍន៍ ការបញ្ជ្រាបផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយរបស់ NCHADS ទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ព្រមទាំង ការផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានសុខាភិបាល រួមទាំង ការផ្តល់មូលនិធិសមធម៌សម្រាប់គាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឲ្យទទួលបានសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ នៅក្នុងគ្រឹះស្ថានភាពសុខាភិបាលសាធារណៈ។
- នាយកដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមិនឆ្លង ទទួលខុសត្រូវការបង្ការនិងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។ល។ និងផ្តល់គោលការណ៍ណែនាំអំពីជំងឺមិនឆ្លងជាទូទៅ ក្នុងការជួយសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។
- ការិយាល័យមន្ទីរពិសោធន៍នៃនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីធានាដល់ការផ្គត់ផ្គង់ប្រតិករ សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ ជូនមន្ទីរពិសោធន៍នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែក។
- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាមមានភារៈកិច្ចចម្បង ដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពឈាម និងបញ្ជូនអ្នកផ្តល់ឈាមដែលមានប្រតិកម្មជាមួយ តេស្តមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយ មកសេវា VCCT ដើម្បីធ្វើតេស្តឈាមបញ្ជាក់ និង មកទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍/កាមរោគនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។
- មជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកំពស់សុខភាព ក្នុងការធ្វើសមាហរណកម្មនៃសេវាបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍(CBPCS) ទៅក្នុងប្រព័ន្ធអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរបស់សុខាភិបាល។
- វិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ សហការទាក់ទងនឹងការបណ្តុះបណ្តាល និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ រួមទាំង ការប្រើប្រាស់មន្ទីរពិសោធន៍បង្អែកជាតិទាក់ទងនឹងការធានាគុណភាព និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាព (QA/QC) នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។
- សកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងគ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាលដទៃទៀត ទាក់ទងនឹងការបណ្តុះបណ្តាលដែលបានរៀបរាប់ក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ។

ឃ.១ ការទទួលខុសត្រូវរួមគ្នា

ស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត៖ អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ដែលមានក្រុមប្រឹក្សានយោបាយ និងក្រុមប្រឹក្សាបច្ចេកទេស ក្នុងនោះមានក្រសួងសុខាភិបាល ជាសមាជិក និងមន្ទីរសុខាភិបាលរាជ

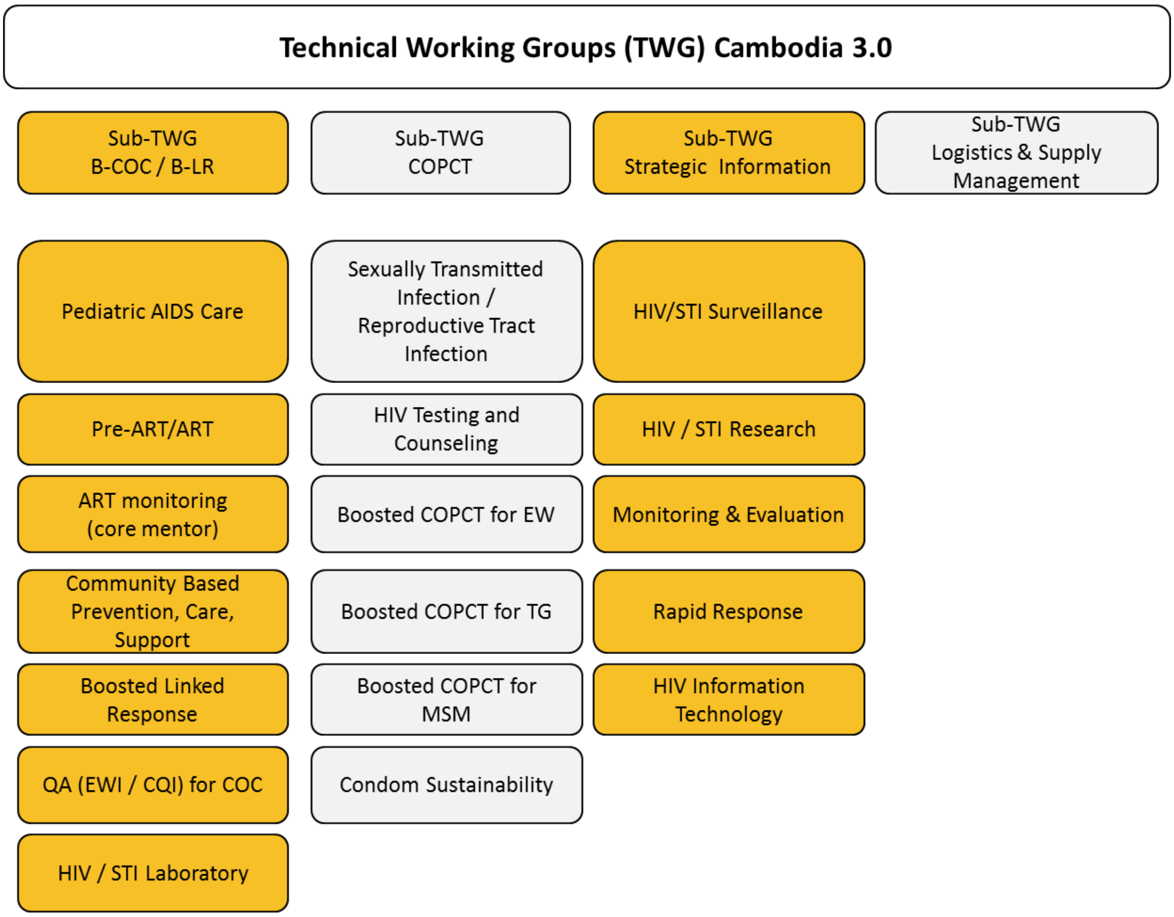
ធានី/ខេត្ត ជាសមាជិកគណៈកម្មការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍រាជធានី/ខេត្ត និងលេខាធិការដ្ឋានប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍រាជធានី/ខេត្ត។

អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលជាដៃគូ៖ NCHADS សហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិជាមួយ អង្គការជាតិ និងអន្តរជាតិ និង អង្គការអភិវឌ្ឍន៍ដែលអនុវត្តសកម្មភាពប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ អាចជា អង្គការតូច អង្គការក្នុងស្រុក និងអង្គការនៅតាមសហគមន៍(CBOs) ដូចជា អង្គការដែលទទួលថវិកាបន្តពីអង្គការ KHANA ពី NCHADS ដើម្បីអនុវត្តន៍កម្មវិធីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ (CBPCS) (សូមមើលរូបភាពទី១៨)។ ទន្ទឹមនឹងនេះ NCHADS ក៏មានកិច្ចសហការជាមួយអង្គការអន្តរជាតិ ដូចជា AIDS HEALTHCARE Foundation (AHF) UNAIDS UNICEF USAID និង WHO ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការជួយគាំទ្រដល់ការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ។

៤.២ យន្តការសម្របសម្រួល

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគបានបង្កើតក្រុមការងារបច្ចេកទេសដែលទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីដៃគូដែលមានជំនាញបច្ចេកទេស ព្រមទាំងបានផ្លាស់ប្តូរបទពិសោធន៍ពីគ្នាទៅវិញទៅមក (រូបភាពទី ២០) ។

រូបភាពទី២១ រចនាសម្ព័ន្ធនៃយន្តការសម្របសម្រួលថ្នាក់ជាតិ



យន្តការតាមដាន និងការវិភាគឆាប់រហ័ស ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព (RMAA)

ក្រុមតាមដានទិន្នន័យ/និងការវិភាគឆាប់រហ័ស ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព (RMAA) ស្ថិតនៅក្រោមការដឹកនាំដោយ NCHADS ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពាក់ព័ន្ធ និងដៃគូជាអ្នកអនុវត្តផ្ទាល់។ ក្រុម RMAA ត្រូវបានប្រជុំជាទៀងទាត់ តាមដានដំណើរនៃការអនុវត្តសកម្មភាពជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ និងការស្វែងរកដៃគូរបស់គាត់ ដើម្បីផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (B-IACM-PNTT) ដើម្បីធានាលើការឆ្លើយតបរហ័សទៅនឹងករណីបន្ទាន់ ឬ ស្ថានភាពករណីឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ផ្ទុះឡើង (Outbreak situations) ។ ក្រុម RMAA នឹងវិភាគលើលក្ខណៈនៃករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែរកឃើញថ្មី និងតម្រូវឲ្យមានការដានអ្នកជំងឺឲ្យបានជាប់លាប់។

ឃ.៣ ផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ(AOCP) របស់ NCHADS

NCHADS ទទួលខុសត្រូវលើការគាំទ្រនិងសម្របសម្រួល ជាមួយកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគរាជធានី/ខេត្ត ក្នុងការធ្វើផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ និងបញ្ចូលផែនការរបស់ដៃគូទៅក្នុងផែនការសកម្មភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយរបស់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ និងធ្វើឲ្យស្របគ្នាជាមួយវដ្តនៃការធ្វើផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ មានគោលបំណងដូចខាងក្រោម៖

- លើកទិសដៅប្រចាំឆ្នាំនៃសកម្មភាពបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។
- កំណត់អង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ដែលគាំទ្រសកម្មភាពនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ថ្នាក់រាជធានី/ខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ។
- កំណត់ថវិកាដែលមានស្រាប់ប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ។
- បែងចែកថវិកាប្រចាំឆ្នាំដែលមាន ជូនកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគរាជធានី-ខេត្ត។
- រៀបចំផែនការរំកិល៣ឆ្នាំក្នុងការងារបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគ និងបញ្ជូនផែនការនេះទៅក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីបញ្ចូលក្នុងផែនការរបស់ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចនិងហិរញ្ញវត្ថុ។

ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលបានអញ្ជើញចូលរួមក្នុងការរៀបចំផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំរួមមាន ក្រុមការងារគ្រប់គ្រងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ (ប្រធាន ឬអនុប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត ប្រធានកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ និងមន្ត្រីផ្នែកគណនេយ្យនៃមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត) មន្ត្រីផែនការមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត មន្ត្រីបច្ចេកទេសនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និង អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលធ្វើការងារបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដៃគូផ្តល់ជំនួយ ក្រុមប្រឹក្សាបច្ចេកទេស អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ នាយកដ្ឋានពាក់ព័ន្ធ កម្មវិធីជាតិពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងបណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ឃ.៤ ការវិភាគតួនាទី និងភារកិច្ចរបស់ NCHADS

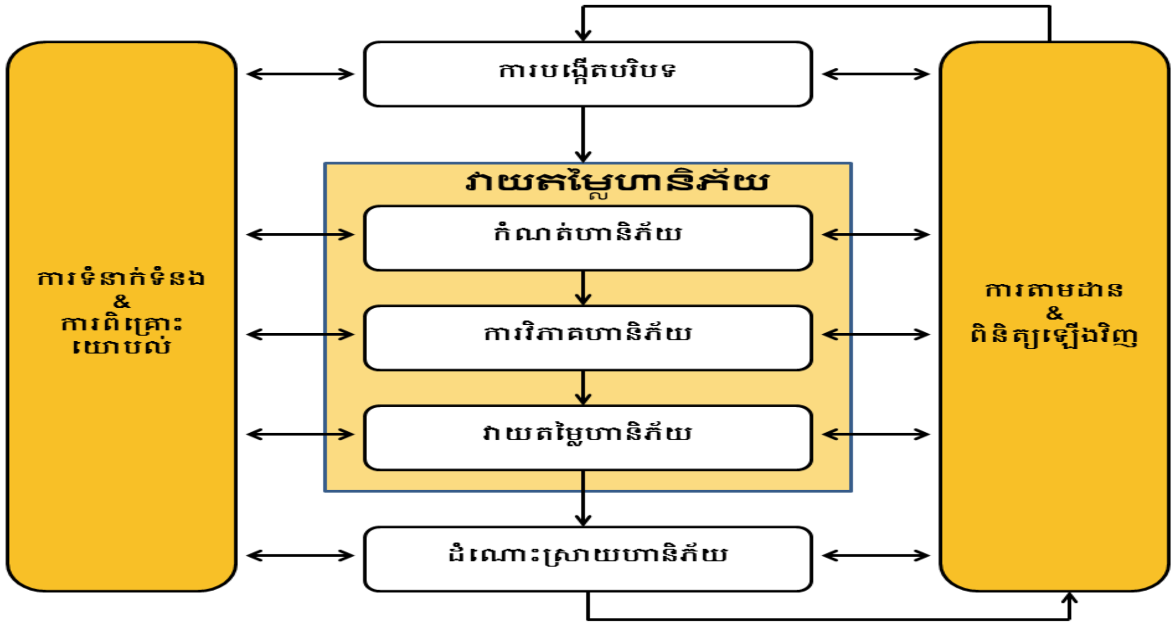
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានរៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធរបស់ខ្លួននៅក្នុងការវិភាគតួនាទីនិងភារកិច្ច (FTA)។ ការវិភាគតួនាទីនិងភារកិច្ចរបស់ NCHADS គឺមានភាពស្របគ្នាជាមួយផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះ ដើម្បីគាំទ្រការអនុវត្តយុទ្ធវិធីនានានៃគំនិតផ្តួចផ្តើម "កម្ពុជា ៣.០" ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។

ការវិភាគតួនាទីនិងភារកិច្ចនេះ បានដើរតួនាទីដ៏សំខាន់ក្នុងការលើកកម្ពស់ការងារគ្រប់គ្រងនៅ NCHADS ឲ្យមានភាពប្រសើរឡើងក្នុងការអនុវត្តសកម្មភាពរបស់ NCHADS ជាពិសេស តួនាទីរបស់ផ្នែកបច្ចេកទេស និងមន្ត្រីបម្រើការនៅតាមផ្នែកបច្ចេកទេសនីមួយៗ ព្រមទាំង បញ្ជាក់ពីការទទួលខុសត្រូវរបស់ផ្នែកជំនាញ និងមន្ត្រីម្នាក់ៗ។

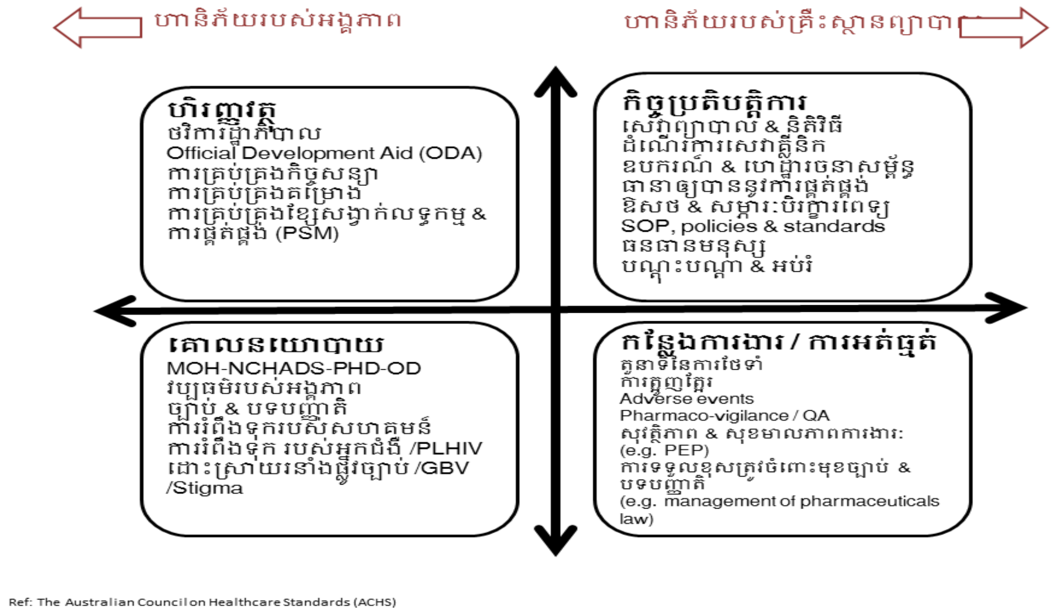
ខ.ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យ

ហានិភ័យនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានវាយតម្លៃនិងតាមដាន ក្នុងទិដ្ឋភាព៤ ទាក់ទងនឹងហានិភ័យនៃស្ថាប័ន និងហានិភ័យផ្នែកគ្លីនិកៈ ហានិភ័យផ្នែកថវិកា ការប្រតិបត្តិការងារកន្លែងបំពេញការងារ/អ្នកជំងឺ និងហានិភ័យផ្នែកនយោបាយ (រូបភាពទី២១)។ ដំណើរការនៃការធ្វើផែនការគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងការពិគ្រោះយោបល់ ត្រូវបានធ្វើឡើងដែលជាផ្នែកមួយនៃការកសាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យ តាមរយៈការបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំអំពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក ការធ្វើលទ្ធកម្ម និងការគ្រប់គ្រងថវិកា គោលនយោបាយនៃការគ្រប់គ្រងធនធានមនុស្ស និយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិ កម្មវិធីតាមដាននិងវាយតម្លៃ គំរូនៃការប៉ាន់ស្មាននិងព្យាករណ៍ជំងឺអេដស៍ (disease modelling) ក្រុមការងារបច្ចេកទេស កិច្ចពិគ្រោះយោបល់ជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ការធ្វើសាវនកម្មអំពីការគ្រប់គ្រងថវិកា ការលើកផែនការថវិកា និង ការគាំទ្រផ្នែកច្បាប់។

រូបភាពទី ២២ ដំណើរការនៃការគ្រប់គ្រងហានិភ័យ[75]



រូបភាពទី ២៣ វិសាលភាពនៃហានិភ័យនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ [76]



---

[75] *Based on ISO 31000:2009 Risk Management http://www.iso.org/iso/home/standards/iso31000.htm*

[76] Based on The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Risk Management and Quality Improvement Handbook. EQUIP National. July 2013
http://www.achs.org.au/media/69305/risk_management_and_quality_improvement_handbook_july_2013.pdf

ង.១ ហានិភ័យចម្បង

ង.១.១ ធនធានមនុស្ស

ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើកទឹកចិត្ត ជូនមន្ត្រីសុខាភិបាល ដោយដៃគូអ្នកផ្តល់ជំនួយត្រូវបានបញ្ឈប់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៥ ទន្ទឹមនឹងនេះដែរ មូលនិធិសកលនឹងបញ្ឈប់បុគ្គលិកជាប់កិច្ចសន្យាដែលកំពុងបម្រើការងារនៅគ្រប់ស្ថាប័នរដ្ឋទាំងអស់ (NCHADS និង មន្ទីរសុខាភិបាលនិងស្រុកប្រតិបត្តិ) នៅឆ្នាំ២០១៨។ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ NCHADS បានរៀបចំផែនការអន្តរកាលធនធានមនុស្សនៅឆ្នាំ២០១៦ ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៅពេលថយចុះចំនួនមន្ត្រីកិច្ចសន្យាទាំងនេះ ដោយស្នើសុំបង្កើតមុខងារថ្មីក្នុងក្របខណ្ឌក្រសួងសុខាភិបាលសម្រាប់បំពេញការងារដែលធ្លាប់ធ្វើដោយមន្ត្រីកិច្ចសន្យា និងស្រូបយកមន្ត្រីកិច្ចសន្យាមួយចំនួន (ដូចជា មន្ត្រីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ)ដែលនឹងត្រូវទទួលប្រាក់បៀវត្សរ៍ពីក្រសួងសុខាភិបាលដោយផ្ទាល់។ ជាងនេះទៅទៀត វាជាផ្នែកមួយនៃកំណែទម្រង់សាធារណៈរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ដែលបានប្តេជ្ញាចិត្តនឹងបង្កើតប្រាក់បៀវត្សរ៍ជូនមន្ត្រីរាជការជាជំហានៗ នៅឆ្នាំ២០១៨។

ង.១.២ ធនធានហិរញ្ញវត្ថុ

ករណីគ្មានការប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុសមស្រប សម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍នឹងនាំឲ្យមានការប្រឈមក្នុងការអនុវត្តការងារឲ្យមានប្រសិទ្ធភាព។ ទោះបីជា ការចូលរួមថវិកាជាតិបានកើនឡើងជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនាពេលថ្មីៗនេះ កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជានៅតែរំពឹងលើជំនួយថវិកាពីខាងក្រៅភាគច្រើន។ គំរូ AEM ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់វាយតម្លៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីផ្តល់ហេតុផលក្នុងការបង្កើនថវិកាជាតិ និងថវិកាជំនួយបន្ថែមពីដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

ង.២. ហានិភ័យរយៈពេលយូរ

ង.២.១ ការផ្ទុះឡើងវិញការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ (HIV epidemic)

ការប៉ាន់ស្មានតាមម៉ូឌែល AEM និងអ្នកជំនាញបច្ចេកទេស បានផ្តល់យោបល់ថា ការផ្ទុះឡើងវិញការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជាទំនងជាមិនអាចកើតមានទេ ទោះបីជា មានសក្តានុពលនៃហានិភ័យក៏ដោយ ប្រសិនបើ ការខិតខំប្រឹងប្រែងអនុវត្តន៍កម្មវិធីដ៏មានប្រសិទ្ធភាពមានការផ្លាស់ប្តូរទិសដៅដោយសារថវិកាកម្មវិធីថយចុះ។ ការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងបរិបទកម្ពុជា គឺស្ថិតនៅដដែល (ការទិញនិងលក់សេវាផ្លូវភេទ ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ល។) ដែលតម្រូវឲ្យផ្តោតអន្តរាគមន៍ទៅលើការងារទាំងអស់នេះឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។ ប្រសិនបើ មិនមានកម្មវិធីដ៏មានរឹងមាំនោះទេ មេរោគអេដស៍

អាចនឹងបន្តរាលដាលសារជាថ្មីម្តងទៀតនៅពេលអនាគត ករណីដែលមិនបានត្រួតពិនិត្យ និងកម្មវិធីមិនត្រូវបានអនុវត្ត។

ង.២.២ ភាពបរាជ័យក្នុងការធានានិរន្តរភាព

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានបំពេញការងារយ៉ាងសកម្មជាមួយអង្គភាពពាក់ព័ន្ធនៃក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីស្វែងរកវិធីសាស្ត្រធ្វើសមាហរណកម្មសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ទន្ទឹមនឹងនេះ NCHADS បានធ្វើការរួមគ្នាជាមួយនាយកដ្ឋានជំនាញ ក្នុងការបញ្ជ្រាបសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រង និងបែងចែកឱសថប្រតិករ សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យក្នុងប្រព័ន្ធ CMS និង DDF និងព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ព្រមទាំងធានាការឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ត្រូវបានទទួលការជួយគាំទ្រពេញលេញ ពីគម្រោងឧបត្ថមរបស់សហគមន៍ និងប្រព័ន្ធមូលនិធិសមធម៌ដ៏ទូលំទូលាយរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ង.២.៣ ការចុះខ្សោយនៃបរិដ្ឋានគាំទ្រ

ដោយសារតែ ការប្រព្រឹត្តជាច្រើនបណ្តាលឲ្យមានការរាលដាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជាកត្តាសង្គម វប្បធម៌ និង ផ្លូវច្បាប់ នាំឲ្យកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ រងផលប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរបរិដ្ឋានគាំទ្រ និងការអនុវត្តច្បាប់ពាក់ព័ន្ធទាក់ទងនឹងការប្រព្រឹត្តខាងលើ។ (ឧ. ការលុបបំបាត់សេវាបម្រើផ្លូវភេទតាមផ្ទះបន ក្រោយពីអនុវត្តច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការជួញដូរមនុស្សនិងការកេងប្រវ័ញ្ចផ្លូវភេទនៅឆ្នាំ២០០៨ បណ្តាលឲ្យស្ត្រីបម្រើសេវាផ្លូវភេទភាគច្រើនបានចល័តចេញពីផ្ទះបនដែលធ្លាប់តែងាយស្រួលក្នុងការធ្វើអន្តរាគមន៍ ទៅបម្រើក្នុងសេវាកំសាន្តជាច្រើនប្រភេទ នាំឲ្យមានការលំបាកនិងមានបញ្ហាប្រឈមនៅពេលធ្វើអន្តរាគមន៍។ ការអនុវត្តដាច់ពីគ្នានូវកម្មវិធីបង្ការក្នុងចំណោមក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស និងក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន អាចនឹងធ្វើបាននៅក្នុង បរិបទដែលមានការអនុវត្តច្បាប់ក្នុងលក្ខណៈបទបែននាពេលបច្ចុប្បន្ន។ នៅពេលដែលបរិយាកាសនៃការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិនេះត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរខ្លាំង (ឧ. ការអនុវត្តបែប "បង្ក្រាប" ជាប្រចាំ អាចនាំឲ្យប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរដល់កម្មវិធីចុះអប់រំផ្ទាល់ និងកម្មវិធីបង្ការផ្សេងទៀត។

ច. កិច្ចសហការ

NCHADS ដើរតួយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការផ្តល់អនុសាសន៍ និងអនុវត្តគោលនយោបាយ យុទ្ធសាស្ត្រ និងនិយាមបែបបទស្តង់ដាក្នុងការឆ្លើយតបនឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល។ រីឯ ការផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (មន្ទីរពេទ្យជាតិ មន្ទីរសុខាភិបាល/ស្រុកប្រតិបត្តិ/

មន្ទីរពេទ្យបង្អែក/មណ្ឌលសុខភាព) នៃរាជធានី/ខេត្តនីមួយៗ។ ទន្ទឹមនឹងនេះ ការផ្សាភ្ជាប់គ្នាផ្នែកផ្សេងៗនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល រវាងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងជំងឺកាមរោគ ជាមួយនិងកម្មវិធីជាតិដទៃទៀត ដូចជាវិធីសាស្ត្រនៃការ "ជម្រុញខ្លាំងការឆ្លើយតបរួមគ្នា" ដែលផ្សាភ្ជាប់យ៉ាងស្អិតរម្មួត រវាងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ និងកម្មវិធីគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក ការឆ្លើយតបរួមគ្នារវាង កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេងក្នុងការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ "3Is" [77]។ យុទ្ធវិធីជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តកម្មវិធីថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត (B-COC) NCHADS បានសហការយ៉ាងស្អិតរម្មួតជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាម លើការទទួលនិងផ្តល់ឈាមប្រកបដោយសុវត្ថិភាពដែលគ្មានមេរោគអេដស៍ យុទ្ធសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COPCT) បានផ្សាភ្ជាប់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ជាមួយនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបន្សាបគ្រឿងញៀន លើការកាត់បន្ថយនិងបន្សាបគ្រឿងញៀន។

ច.១ កិច្ចសហការ

ច.១.១ បញ្ជ្រាបការឧបត្ថម្ភអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងគម្រោងមូលនិធិសមធម៌

វិធីសាស្ត្រថ្មីនៃការបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ (CBPCS) បានបង្ហាញថា ការគាំទ្រថវិកាត្រូវបានផ្តល់ជាអាទិភាពដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ លើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់មកចូលរួមជាទៀងទាត់ក្នុងកិច្ចប្រជុំនៅមណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត ពិនិត្យនិងតាមដានសុខភាព និងទទួលយកឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ នាពេលបច្ចុប្បន្ន អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលការគាំទ្រ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងយន្តការមូលនិធិសមធម៌។

ច.១.២ សហការជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាម ក្នុងការអនុវត្តវិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នាការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ (B-IACM) [78]

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ បានសហការជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាម ដើម្បី៖ (i) ជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការបញ្ជូនអ្នកផ្តល់ឈាមដែលមានលទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍ និង/ឬតេស្តមេរោគស្វាយ វិជ្ជមាន និងធានាថា គាត់ទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ii) ជួយសម្របសម្រួលក្នុងការធ្វើលទ្ធកម្មសម្ភារៈ

---

[77] 3I's:

(i) Intensified TB case finding (ICF) among PLHIV and their household contacts;

(ii) Isoniazid Preventive Therapy (IPT) for PLHIV unlikely to have active TB;

(iii) Improved TB infection control (IC) measures in the Continuum of Care (COC)

[78] MOU NCHADS-NBTC 2014-2018

និងប្រតិករសំខាន់ៗសម្រាប់ធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍មួយចំនួន (iii) ពង្រឹងការទំនាក់ទំនង រវាងសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយពេលវេលាក្នុងការទទួលបានសេវា ART បន្ទាប់ពីបានរកឃើញករណីអេដស៍វិជ្ជមាន (iv) បង្កើតផែនការទំនាក់ទំនងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរចំណេះដឹង និងព័ត៌មានពីគ្នាទៅវិញទៅមក។

ច.១.៣ ការបញ្ជ្រាបសេវាបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធពង្រឹងសហគមន៍(CSS) និងសេវាថែទាំសុខភាពបឋម (PHC)

សមាសភាគនៃការបង្ការ ថែទាំ និងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅតាមសហគមន៍ (CBPCS) ត្រូវបានកែលម្អឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ពីវិធីសាស្ត្រថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ដែលមានស្រាប់ ដើម្បីផ្សាភ្ជាប់អ្នករស់ជាមួយមេរោគអេដស៍ជាមួយយន្តការគាំទ្រសហគមន៍។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិលើកកម្ពស់សុខភាពដើម្បីបញ្ជ្រាបសកម្មភាពរបស់ក្រុមជួយខ្លួនឯង និងក្រុមគាំទ្រក្រុមរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅក្នុងប្រព័ន្ធពង្រឹងសហគមន៍ និងសេវាថែទាំសុខភាពបឋមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

ច.២ ការផ្សាភ្ជាប់រយៈពេលវែង និងសក្តានុពលនៃការបញ្ជ្រាបសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍

ការផ្សាភ្ជាប់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COC) ដែលជាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ជាមួយកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺមិនឆ្លង(NCD)

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ នឹងធ្វើការជាមួយនាយកដ្ឋានបង្ការវេជ្ជសាស្ត្រ និងនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីស្វែងយល់អំពី ៖

- ការទំនាក់ទំនងជាប្រព័ន្ធ រវាងសេវា ART និង សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង (ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺមហារីក) នៅថ្នាក់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក។
- ការប្រើប្រាស់មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត សម្រាប់ផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង(ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ) ផ្អែកលើបទពិសោធន៍នៃការអនុវត្តសាកល្បងនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកអង្គរកា ក្នុងខេត្តតាកែវ។
- បញ្ជ្រាបសេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ក្នុងសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង (ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ) ដោយមានបុគ្គលិកផ្តល់សេវាពេញម៉ោង។

ការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរលាកថ្លើម៖ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការសិក្សារួមគ្នាជាមួយសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាលអំពីជំងឺ

រលាកថ្លើមប្រភេទ C និង រកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ផ្តល់មូលនិធិដោយ ANRS) ដើម្បីផ្តល់ជូនជាព័ត៌មាន និងឯកសារសម្រាប់រៀបចំបង្កើតគោលនយោបាយ។

ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការ៖ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ នឹងសហការជាមួយកម្មវិធីជាតិចាក់ថ្នាំបង្ការ ដើម្បីពិនិត្យលទ្ធភាពក្នុងការបញ្ច្របសកម្មភាពបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលលើកុមារ ក្នុងកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការចំពោះកុមារដែលត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរហ័សរកមេរោគអេដស៍នៅសប្តាហ៍ទី៦ និងករណីដែលសង្ស័យថា បានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។

ឆ. ថវិកាគាំទ្រផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

ឆ.១ តម្លៃថវិកាដែលត្រូវការសម្រាប់ការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ

នៅឆ្នាំ២០១៣ ការវាយតម្លៃថវិកាចំណាយសរុបលើកម្មវិធីអេដស៍ថ្នាក់ជាតិលើកទីលើកទី៤ នៅប្រទេសកម្ពុជា (NASA-IV)[79] សម្រាប់ឆ្នាំ២០១០-២០១២ បានប៉ាន់ស្មានថា មានការចំណាយអស់ ៥៨លានដុល្លានៅឆ្នាំ២០១០ ៥៣លានដុល្លានៅឆ្នាំ២០១១ ៥១លានដុល្លានៅឆ្នាំ២០១២ និងមានការថយចុះក្នុងកំឡុងពេល៣ឆ្នាំ ចុងក្រោយប្រមាណ១២%។ ការវាយតម្លៃថវិកាចំណាយសរុបលើកម្មវិធីអេដស៍ថ្នាក់ជាតិលើកទី៥(NASA-V) ដើម្បីវាយតម្លៃការចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៣-២០១៥ លើការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយនឹងមានរបាយការណ៍នៅចុងឆ្នាំ ២០១៦។

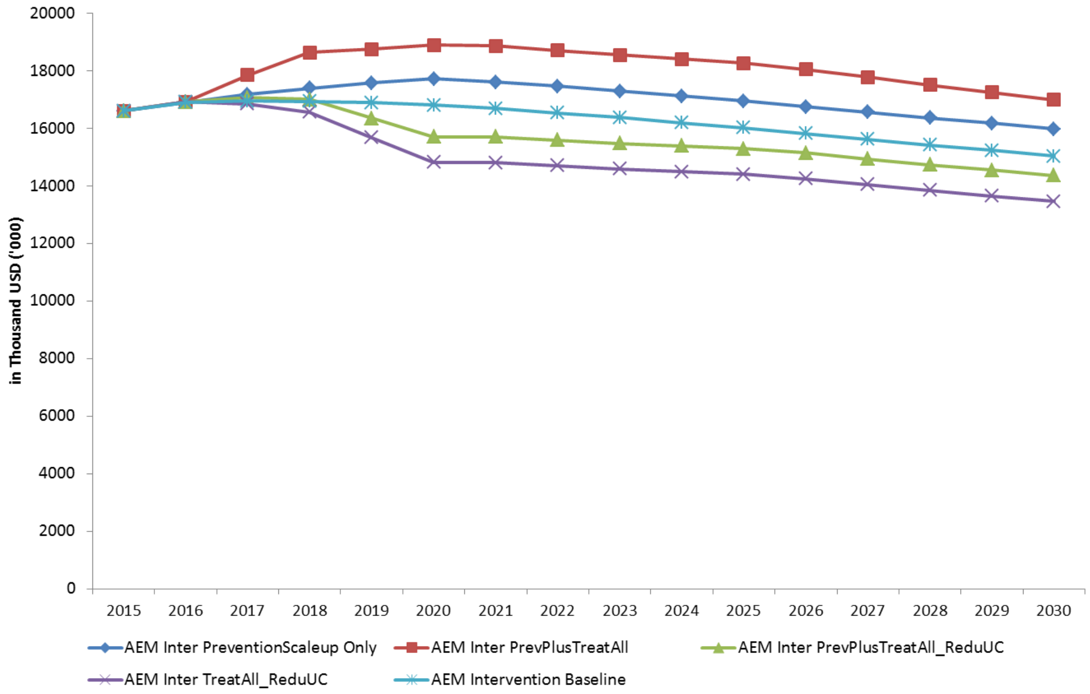
ស្របពេលដែលស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចកម្ពុជាមានភាពល្អប្រសើរឡើង ក្នុងកំឡុងពេលមួយទសវត្សរ៍កន្លងមកនេះ ភាពជោគជ័យនៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ នឹងឈានទៅសម្រេចបានទិសដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ (កំណត់ដោយអត្រាអាំងស៊ីដង់<៤០០ករណី/ឆ្នាំ) នៅឆ្នាំ២០២៥។ ជោគជ័យនៃការខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នា និងការផ្លាស់ប្តូរដំណាក់កាលនៃអេពីដេមិកមេរោគអេដស៍ បានជះឥទ្ធិពលដល់ការកាត់បន្ថយថវិកាពីភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់ជំនួយចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០១៥ ប្រៀបធៀបទៅឆ្នាំកន្លងមក ហើយក៏មាននិន្នាការបង្កើនថវិកាពីរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា ដើម្បីជួយបំពេញបន្ថែមនូវកង្វះខាតថវិកាបានមួយចំនួន នាំឲ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញ និងកែសម្រួលការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិក្នុងកំឡុងឆ្នាំ ២០១៥-១៦ ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពឲ្យចំទិសដៅ ឲ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពនិងប្រសិទ្ធផលខ្ពស់ ផ្តោតលើការផ្តល់សេវាជូនអ្នកផ្ទុក

---

[79] UNAIDS/NAA/NCHADS 2013 *National AIDS Spending Assessment (NASA IV) in Cambodia for 2011-2012* http://www.unaids.org/sites/default/files/documents/cambodia_2011-2012_en.pdf

មេរោគអេដស៍និងប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ។ យើងត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងបន្តទៀតក្នុងការអនុវត្តយុទ្ធវិធី B-IACM-PNTT និងយុទ្ធវិធីបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់ជាមួយមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ ព្រមទាំងពិចារណាលើការប៉ះពាល់លើថវិការដែលចំណាយលើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការថយចុះការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពីដាក់ឲ្យអនុវត្តន៍ 'គោលនយោបាយធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលទាំងអស់' ។

រូបភាពទី ២៤ ការវាយតម្លៃកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍តាមសេណារីយ៉ូ AEM ២០១៥-២០៣០[80]



[80] MOH-NCHADS SI TWG *AIDS Epidemic Model Scenarios (AEM)* March 2016 supported by UNAIDS
Authors/contributors
Dr Wiwat Peerapatanapokin East West Center University of Hawaii
Dr. Khieu Kimlee (national consultant)
Clinton Health Access Initiative (CHAI)

តារាងទី៥ ការប៉ាន់ស្មានតម្លៃការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ [81]

		2016	2017	2018	2019	2020
AEM update 2016 Treatment & Care + Prevention		*16,927,000*	*17,072,000*	*17,016,000*	*16,353,000*	*15,716,000*
Basic program costs		13,785,000	13,672,000	13,350,000	12,413,000	11,489,000
Non-basic program costs *M&E* *Research* *HSS* *Training*	 *IEC* *Community Mobilization* *Enabling environment* *Infrastructure*	3,141,000	3,401,000	3,666,000	3,940,000	4,227,000
PMTCT	$700,000 per year (CHAI estimates)	700,000	700,000	700,000	700,000	700,000
HTC	550,000-700,000 test kits based on M&E framework (@$1.07 once per yr)	588,500	631,300	674,100	716,900	749,000
Laboratory EQAS	Health centers x 1102 (US-CDC lab estimate)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
Pharmaco-vigilance *LMIS* *QA/QC of medicines / health commodities*	LMIS infrastructure national sampling & ISO 17025 lab tests	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000
	Audit of PA / PAIF			50,000		
Innovation	e.g PrEP; additional surveys etc.	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
Unique Identifer System (UIS)	hardware/software		250,000	250,000		
Evaluation of HSSP-HIV	consultancy(s)			100,000		100,000
B-IACM	2016/17=18 provinces 2018=25 provinces	170,568	170,568	236,900	236,900	236,900
B-IACM	training	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
B-IACM national team	P4R Management team (outsourced from 2018)	100,000	100,000	400,000	400,000	400,000
B-IACM	Contract staff Data Management (x25) Case Management Assistants (x33)	205,200	205,200	205,200	205,200	205,200
B-IACM national meetings	B-IACM workshops	31,675	31,675	31,675	31,675	31,675
B-IACM evaluation	2018 & 2020			50,000		50,000
B-IACM P4R estimate	inc by $50,000 per yr 2016-17=18 provinces 2018=25 provinces	233,000	233,000	283,000	323,000	373,000
		$19,684,943	**$20,124,743**	**$20,726,875**	**$19,696,675**	**$19,291,775**

[81] Unit costs based on NASA-IV 2012-2014 expenditures Basic and non-basic program costs calculated using AEM software (2016) for scenario 3 Scale up Prevention and include Test & Treat all policy

ការវិភាគថវិកាដោយប្រើឧបករណ៍វាយតម្លៃ AEM នៅឆ្នាំ២០១៦ សម្រាប់ពង្រីកសកម្មភាពបង្ការ និងសេវារីយ៉ូការធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលទាំងអស់ ការប៉ាន់ស្មានពីតម្រូវថវិកាសរុបសម្រាប់ការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ប្រមាណពី ១៥-១៧ លានដុល្លា ក្នុងមួយឆ្នាំ (ពី ២០១៦ ដល់ ២០៣០)។ តួរលេខនេះមានការកើនឡើង ក្រោយពីកែតម្រូវដោយដាក់បញ្ចូលកម្មវិធី PMTCT HTC សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុចក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ការអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីៗ(Innovation) ការសិក្សាពី Pharmaco-vigilance ការង្កើត Unique Identifier System (UIS) ប្រព័ន្ធធានាគុណភាព និង EQAS មន្ទីរពិសោធន៍ និង ការដាក់ឲ្យអនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ B-IACM នាំឲ្យតម្រូវការថវិការប្រចាំឆ្នាំប្រមាណ ២០លានដុល្លា សម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ពីឆ្នាំ ២០១៦-២០២០។

ឆ.២ គម្រោងថវិកា

NCHADS បានប្រើប្រាស់កម្មវិធីគណនេយ្យឈ្មោះ QuickBooks អស់រយៈពេលដប់ឆ្នាំមកហើយ តារាងនៃគណនីត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រស្នូល និងសកម្មភាព។ NCHADS នឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នកម្មវិធីគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្លួនសម្រាប់គម្រោងមូលនិធិសកលដោយប្រើ Sun Systems (Version 6) វិញ។ ប្រព័ន្ធនេះនឹងធានាបាននូវគោលការណ៍ដែលល្អបំផុតសម្រាប់ប្រព័ន្ធគណនេយ្យ (ការបិទគណនេយ្យ ការបែងចែកមុខងារ) និងជួយសម្រួលការតាមដានការចំណាយ និងការធ្វើរបាយការណ៍។ តារាងនៃគណនីត្រូវបានកែតម្រូវ ទៅការធ្វើចំណាត់ថវិកាក្នុងគម្រោងមូលនិធិសកល។ គម្រោងផ្សេងទៀត (US CDC) ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយប្រើ QuickBooks ឬតាមរយៈការគ្រប់គ្រងគណនេយ្យរបស់រដ្ឋាភិបាល។ បច្ចុប្បន្ន ប្រភពថវិកាធំជាងគេសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ (AOCP) គឺមូលនិធិសកល ដោយមានថវិកាចំនួន ៣៦ ១៣០ ១៨៥ ដុល្លារអាមេរិក ដែលបានទទួលការអនុម័តនៅខែ ធ្នូ ឆ្នាំ២០១៥ សម្រាប់រយៈពេល ពីចុងឆ្នាំ ២០១៥ ដល់ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០១៧ [82] ។

[82] GFATM KMH-HIV-NCHADS New Funding Model grant 2015 =$ 2,754,660 (Oct-Dec 2015) 2016 = $17,657,582; 2017 = $15,717,944 Total 2015-2017 = $36,130,185

ឆ.៣ ផែនការថវិកា

ផែនការថវិកាគិតត្រឹមឆ្នាំ២០១៧ បង្ហាញក្នុងតារាងទី ៦ ខាងក្រោម៖

តារាងទី៦៖ ប្រភពថវិកាសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ NCHADS ឆ្នាំ ២០១៦-២០១៧

Source	*2016*	*2017*	*%*	*Total*	
RGC	1,750,000	1,750,000	7.85%	3,500,000	Incl. 1.2MIL OI medicines Admin /HR/Infrastructure
GFATM	17,657,582	15,717,944	74.83%	33,375,526	NCHADS-PR Finance Unit 5-May 2016
USG	3,000,000	3,000,000	13.45%	6,000,000	USG 12-May 2016 (Fin year Oct – Sept)
UNAIDS	592,400	448,000	2.33%	1,040,400	UNAIDS 9-May 2016
WHO	138,708	138,707	0.62%	277,415	WHO 9-May 2016 (incl 13% annual Program Support Costs)
UNFPA	65,000	65,000	0.29%	130,000	UNFPA 9 May 2016
CHAI	24,500		0.05%	24,500	NCHADS 10 May 2016
AHF	176,119		0.39%	176,119	NCHADS 10 May 2016
ITM	79,976		0.18%	79,976	NCHADS 9 May 2016
			100.00%	***$44,603,936***	

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

ACM	Active Case Management ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
AEM	Asian Epidemiological Model software
AHF	AIDS Healthcare Foundation (INGO) អង្គការមូលនិធិថែទាំសុខភាពអ្នកជំងឺអេដស៍
AIM	AIDS Impact Model software
ANC	Antenatal Clinic គ្លីនិកថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល
ANRS	Recherche Nord & Sud Sida-HIV et Hépatites (France)
AOCP	Annual Operational Comprehensive Plan ផែនការប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ
ART	Antiretroviral Therapy ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ARV (drugs)	Antiretroviral drugs ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
AUA	ARV Users Association (NGO) សមាគមន៍អ្នកប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
BCC	Behavior Change Communication ការទំនាក់ទំនងដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត
B-COC	Boosted Continuum of Care វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត
B-COCPT for KPs	Boosted Continuum of Prevention, Care & Treatment for Key Populations វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងក្លាការអនុវត្តការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច
BFD	Buddhism for Development (NGO) អង្គការពុទ្ធសាសនាដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍
B-IACM	Boosted -Integrated Active Case Management វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងការសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
B-LR	Boosted Linked Response វិធីសាស្ត្រជម្រុញខ្លាំងការឆ្លើយតបរួមគ្នា
BS	Birth Spacing ការពន្យាកំណើត
BSDA	Buddhism and Society Development Association (NGO) សមាគមន៍សាសនា និងអភិវឌ្ឍន៍សង្គម
BSS	Behavioral Sentinel Surveillance ការអង្កេតការប្រព្រឹត្ត
C/PITC	Community/ Peer Initiated HIV Testing & Counseling ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយមិត្តអប់រំមិត្តនៅតាមសហគមន៍
CAD	Community ARV Delivery ការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយសហគមន៍
CBO	Community Based Organization អង្គការតាមសមាគមន៍

CBPCS	Community Based Prevention, Care & Support for PLHIV ការបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍
CD4	Cluster of Differentiation 4 (glycoprotein): T-helper cells
CDHS	Cambodian Demographic Health Survey ការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រ និងសុខភាពនៅកម្ពុជា
CENAT	National Center for Tuberculosis & Leprosy Control មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន
CHAI	Clinton Health Access Initiative (INGO) មូលនិធិគ្លិនតុន
CHC	Cambodia Health Committee (NGO) គណៈកម្មាការសុខភាពកម្ពុជា
CHEC	Cambodian HIV/AIDS Education and Care (NGO) អង្គការឆេក
CMA	Case Management Assistant អ្នកជំនួយការការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
CMC	Case Management Coordinator អ្នកសម្របសម្រួលការការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
CMP	Case Management Provider អ្នកផ្តល់សេវាការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
CMS	Central Medical Stores ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល
CNM	National Center for Parasitology, Entomology & Malaria Control មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់ប៉ារ៉ាស៊ីតសាស្ត្រ និងបាណកសាស្ត្រ
COC	Continuum of Care ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត
COC-CC	Continuum of Care Coordinating Committee គណៈកម្មាការសម្របសម្រួលការថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត
COPCT	Continuum of Prevention, Care & Treatment វិធីសាស្ត្របង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត
CPBCS	Community Prevention Based Care & Support វិធីសាស្ត្របង្ការថែទាំនិងគាំទ្រអ្នករស់ជាមួយមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍
CPR	Community Poverty Reduction(NGO) អង្គការកាត់បន្ថយភាពក្រីក្រនៅក្នុងសហគមន៍
CQI	Continuous Quality Improvement ការពង្រឹងគុណភាពបន្ត
CRS	Catholic Relief Services (INGO)
CSV	Community Support Volunteers អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគាំទ្រសហគមន៍
CWPD	Cambodian Women for Peace and Development (NGO) សមាគមនារីកម្ពុជាដើម្បីសន្តិភាព និងអភិវឌ្ឍន៍

DAA	Directly Acting Antiviral Agents
DDF	Department of Drugs & Food នាយកដ្ឋានឱសថ និងចំណីអាហារ
DHS	Department of Hospital Services នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
DID	Drug Inventory Database
DMHSA	Department of Mental Health & Substance Abuse នាយកដ្ឋានផ្លូវចិត្ត និងបន្សាបគ្រឿងញៀន
DMU	Data Management Unit ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ
DNA	Deoxy Ribo Nucleic Acid
DPHI	Department of Planning & Health Information នាយកដ្ឋានផែនការ និងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
DPM	Department of Preventive Medicine នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព
DQA	Data Quality Audit សវនកម្មគុណភាពទិន្នន័យ
EES	Entertainment Establishment Services សេវាបម្រើការកំសាន្ត
EID	Early Infant Diagnosis ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកុមារឆាប់រហ័ស
e-MTCT	Eliminate Mother to Child of HIV ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន
EPI	Enlarged Programme of Immunization កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការ
EW	Entertainment Worker អ្នកបម្រើការនៅសេវាកំសាន្ត
EWI	Early Warning Indicator សន្ទស្សន៍ប្រកាសព័ត៌មានរហ័ស
FEW	Female Entertainment Worker ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត
FHC	Family Health Clinic គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ
FI	Friends International (INGO) អង្គការមិត្តសំឡាញ់អន្តរជាតិ
FTA	Functional Task Analysis ការវិភាគមុខងារ
GAP	(US-CDC) Global AIDS Program
GASP	Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme

GCLP	Good Clinical Laboratory Practice
GFA	GFA Consulting Group (fiscal agent)
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria
GIS	Geographic Information Systems ប្រព័ន្ធព័ត៌មានភូមិសាស្ត្រ
GNI	Gross National Income
GUD	Genital Ulcer Disease ជំងឺដំបៅនៅប្រដាប់បន្តពូជ
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់
HACC	HIV/AIDS Coordination Committee គណៈកម្មាការសម្របសម្រួលជំងឺអេដស៍
HBC	Home Based Care ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ
HBV	Hepatitis B virus វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B
HC	Health Centre មណ្ឌលសុខភាព
HCBC	Home & Community Based Care ការថែទាំព្យាបាលតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍
HCV	Hepatitis C Virus វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C
HDI	Human Development Index សន្ទស្សន៍ការអភិវឌ្ឍន៍ធនធានមនុស្ស
HEF	Health Equity Fund មូលនិធិសមធម៌
HEI	HIV Exposed Infant កុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
HFBC	Health Facility Based Care សេវាថែទាំព្យាបាលនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល
HIT	HIV Information Technology ព័ត៌មានបច្ចេកវិទ្យាអំពីអេដស៍
HIV	Human Immunodeficiency Virus វីរុសដែលបណ្ដាលឲ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គការចុះខ្សោយ
HPITC	Health Provider Initiated Testing & Counseling ការផ្ដល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគ អេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយអ្នកផ្តល់សេវា
HPTN	HIV Prevention Trials Network បណ្ដាញសិក្សាស្រាវជ្រាវបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍

HRV	High Risk Venues ទីតាំងដែលមានហានិភ័យក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍កម្រិតខ្ពស់
HSP-III	MOH Health Strategic Plan (III) ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល III
HSS	HIV Sentinel Surveillance ការអង្កេតមេរោគអេដស៍
HSSP-HIV	Strategic Plan for HIV/AIDS & STI Prevention and Control in the Health Sector ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល
HTC	HIV Testing & Counseling ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ប្រឹក្សា
IACM	Integrated Active Case Management សកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នាការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍
IBBS	Integrated Bio-Behavioral Sentinel Surveys ការអង្កេតរួមបញ្ចូលគ្នាលក្ខណៈជីវសាស្រ្តរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ
ICT	Information & Communications Technology បច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន និងការទំនាក់ទំនង
IEC	Information, Education & Communication ព័ត៌មាន ការអប់រំនិងការទំនាក់ទំនង
IHP+	International Health Partnership អង្គការដៃគូសុខភាពអន្តរជាតិ
INGO	International Non-Government Organisation អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិ បាលអន្តរជាតិ
IO	International Organization អង្គការអន្តរជាតិ
IPD	In-Patient Department ផ្នែកសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
IPT	Isoniazid Prevention Therapy ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid
IRIR	Identify, Reach, Intensify, Retain គឺជាវិធីសាស្រ្តរករកឲ្យជួប បង្កើនដើម្បីការផ្តល់សេវាឲ្យបានខ្លាំងក្លា និងរក្សាទុកឲ្យនៅបន្តក្នុងសេវា
IT	Information Technology បច្ចេកវិទ្យាព័ត៌មាន
ITM	Institute of Tropical Medicine (Belgium)
IVR	Interactive Voice Response
JANS	Joint Assessment of National Strategies
JUTH	Joint UN Team on HIV & AIDS

KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (NGO) សម្ព័ន្ធអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលខ្មែរប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
KHEMARA	Khemara (NGO) អង្គការខេមរា
KOSHER	Key of Social Health Educational Road (NGO)
KP	Key Populations ប្រជាជនចំណុច
KWWA	Kampuchea Women Welfare Action (NGO) អង្គការសកម្មភាពសុមាលភាពស្ត្រីកម្ពុជា
LMU	Logistics Management Unit ផ្នែកគ្រប់គ្រង ឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារពេទ្យ
LR	Linked Response វិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា
LSM	Logistics Supply Management ការគ្រប់គ្រង និងបែងចែក ឱសថ ប្រតិករ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារពេទ្យ
LTFU	Lost To Follow Up ការបោះបង់ការព្យាបាល
M&E	Monitoring & Evaluation ការតាមដាន និងវាយតម្លៃ
MARP	Most At Risk Populations ប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
MCH	Mother & Child Health សុខភាពមាតានិងទារក
MDG	Millennium Development Goals គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍សហស្សវ៍
MEC	Medecine de l'espoir (NGO)
MHC	Men Health Cambodia (NGO) អង្គការសុខភាពបុរសកម្ពុជា
MHSS	Men's Health Social Service (NGO) អង្គការសេវាសង្គមសុខភាពបុរស
MIF	Ministry of Information ក្រសួងព័ត៌មាន
MMM	Mondol Mith Chouy Mith (Friends Help Friends Center) មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត
MMT	Methadone Maintenance Treatment មណ្ឌលព្យាបាលបន្សាបគ្រឿងញៀនជំនួសដោយ Methadone
MOEYS	Ministry of Education, Youth & Sports ក្រសួងអប់រំ យុវជននិងកីឡា

MOH	Ministry of Health ក្រសួងសុខាភិបាល
MOI	Ministry of Interior ក្រសួងមហាផ្ទៃ
MOLVT	Ministry of Labour & Vocational Training ក្រសួងការងារនិងបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ
MOND	Ministry of National Defense ក្រសួងការពារជាតិ
MOSVY	Ministry of Social Affairs, Veteran & Rehabilitation ក្រសួងសង្គមកិច្ច អតីតៈយុទ្ធជន និងស្តារនិតិសម្បទា
MPA	Minimum Package of Activities (Health Center) សំណុំសកម្មភាពអតិបរិមា (មណ្ឌលសុខភាព)
MPF	Ministry of Public Function ក្រសួងមុខងារសារធារណៈ
MSI	Marie Stopes International Cambodia (INGO)
MSM	Men who have Sex with Men បុរសរួមភេទជាមួយបុរស
MTCT	Mother-to-Child Transmission [of HIV] ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
MTEF	Ministry of Economics & Finance ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ
MWVA	Ministry of Women's Affairs ក្រសួងកិច្ចការនារី
NAA	National AIDS Authority អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍
NASA	National AIDS Spending Assessment ការវាយតម្លៃការចំណាយលើការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិទៅនឹងមេរោគអេដស៍
NatDID	National Drug Inventory Database (CMS)
NBTC	National Blood Transfusion Center មណ្ឌលជាតិផ្តល់ឈាម
NCD	Non-Communicable Disease ជំងឺមិនឆ្លង
NCHADS	National Center for HIV/AIDS Dermatology & STD មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
NGO	Non-Governmental Organization អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
NIPH	National Institute of Public Health វិទ្យាស្ថានសុខភាពសារធារណៈ
NMCHC	National Maternal & Child Health Centre មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

NPH	National Pediatric Hospital មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
NSP-NAA (IV)	NAA National Strategic Plan for a Comprehensive Multi-sectoral Response to HIV (IV) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់ការឆ្លើយតបអន្តរក្រសួង គ្រប់ជ្រុងជ្រោយទៅនឹងជំងឺអេដស៍ របស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ IV
OD	Operational District ស្រុកប្រតិបត្តិ
ODA	Official Development Aid
ODDID	Operational District Drug Inventory Database
OI	Opportunistic Infection ជំងឺឱកាសនិយម
OPD	Out-patient Department ផ្នែកពិគ្រោះជំងឺក្រៅ
OW	Outreach Worker អ្នកចុះអប់រំផ្ទាល់
P4RC	Payment for Results Committee គណៈកម្មការគ្រប់គ្រងការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តផ្អែកលើលទ្ធផលសម្រេចបាន
P4RMT	Payment for Results Management Team ក្រុមអ្នកគ្រប់គ្រងការផ្តល់ប្រាក់លើកទឹកចិត្តផ្អែកលើលទ្ធផលសម្រេចបាន
PAC	Pediatric AIDS Care ការថែទាំព្យាបាលកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍
PAS	Provincial AIDS Secretariat លេខាធិការដ្ឋានអេដស៍ខេត្ត
PASP	Provincial HIV/AIDS & STD Program កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគរាជធានី/ខេត្ត
PC	Partner in Compassion (NGO) អង្គការដៃគូក្តីមេត្តា
PCR	Polymerase Chain Reaction
PE	Peer Educator មិត្តអប់រំមិត្ត
PEP	Post Exposure Prophylaxis ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់
PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PFD	Partners for Development (NGO) អង្គការដៃគូដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍

PHD	Provincial Health Department មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត
PITC	Peer Initiated HIV Testing & Counseling ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយមិត្តអប់រំមិត្ត
PLHIV	People Living with HIV អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission (of HIV) កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
PNTT	Partner Notification, Testing & Tracking ការស្វែរកដៃគូ ឲ្យមកទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍
POC	Point of Care
PPP	Purchasing Power Parity
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគមេរោគ
ProDID	Provincial Drug Inventory Database
ProTWGH	Provincial Technical Working Group for Health ក្រុមការងារបច្ចេកទេសសុខាភិបាលខេត្ត
PSI	Population Services International (INGO) អង្គការបំរើសុខភាពប្រជាជនអន្តរជាតិ
PSK	Population Services Khmer (NGO) អង្គការខ្មែរបំរើសុខភាពប្រជាជន
PTT	Partner Tracking & Testing ការស្វែងរកដៃគូ មកទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍
PW	Pregnant Woman ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
PWC	Price Waterhouse Coopers (LFA)
PWID	People Who Inject Drugs ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន
PWUD	People Who Use Drugs ក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន

QA	Quality Assurance ការធានាគុណភាព
QC	Quality Control ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព
RACHA	Reproductive & Child Health Alliance (NGO) អង្គការសម្ព័ន្ធសុខភាពកុមារ និងសុខភាពបន្តពូជ
RGC	Royal Government of Cambodia រាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា
RH	Referral Hospital មន្ទីរពេទ្យបង្អែក
RH	Reproductive Health សុខភាពបន្តពូជ
RHAC	Reproductive Health Association of Cambodia (NGO) សមាគមន៍សុខភាពបន្តពូជកម្ពុជា
RMAA	Rapid Monitoring & Analysis for Action យន្តការតាមដាន និងការវិភាគរហ័ស ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព
RTI	Reproductive Tract Infection ការបង្ករោគតាមប្រដាប់បន្តពូជ
SAPAC	Safe Abortion & Post-Abortion Care សុវត្ថិភាពនៃសេវារំលូតកូន និងថែទាំក្រោយពេលរំលូតកូន
SCA	Save the Children Australia (INGO) អង្គការសង្គ្រោះកុមារអូស្ត្រាលី
SDG	Sustainability Development Goals គោលដៅអភិវឌ្ឍន៍ប្រកបដោយចីរភាព
SI	Strategic Information ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ
SIT	Save Incapacity Teenagers (NGO)
SLMTA	Strengthening Laboratory Management Toward Accreditation ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីទទួលបានការទទួលស្គាល់គុណភាព
SOP	Standard Operating Procedure និយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិ
Spectrum AIM	Spectrum AIDS Impact Model software

SPH	School of Public Health សាលាបណ្ឌុះបណ្ដាលសុខភាពសារធារណៈ
SR	Sub-recipient ភ្នាក់ងារទទួលជំនួយបន្ត
SRH	Sexual & Reproductive Health សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ
SSR	Sub-sub recipient ភ្នាក់ងារទទួលជំនួយបន្តបន្ត
SSS	STI Sentinel Surveillance ការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគ
STD	Sexually Transmitted Disease ជំងឺកាមរោគ
STI	Sexually Transmitted Infection ការបង្កជំងឺកាមរោគ
TA	Technical Assistance ការផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេស
TasP	Treatment as Prevention ការព្យាបាលដើម្បីបង្ការ
TB	Tuberculosis ជំងឺរបេង
TG	Transgender អ្នកបំប្លែងភេទ
TMA	Total Market Approaches
TOR	Terms of Reference
TSMC	Technical School for Medical Care
TWG	Technical Working Group ក្រុមការងារបច្ចេកទេស
UC-LA	University of California – Los Angeles
UC-SF	University of California – San Francisco
UHS	University of Health Sciences សាលកវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល
UIC	Unique Identifier Code លេខកូតកំណត់អត្តសញ្ញាណ
UIS	Unique Identifier System ប្រព័ន្ធកំណត់អត្តសញ្ញាណ
UN	United Nations អង្គការសហប្រជាជាតិ
UNAIDS	United Nations Joint Programme on AIDS អង្គការសហប្រជាជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

UNDP	United Nations Development Programme កម្មវិធីអង្គការសហប្រជាជាតិដើម្បីអភិវឌ្ឍន៍
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNOPS	United Nations Office for Project Services
UNSW	University of New South Wales (Australia)
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development
US-CDC	United States Centers for Disease Control & Prevention
VAC	Village AIDS Committee(NGO) គណៈកម្មាអេដស៍នៅថ្នាក់ភូមិ
VCCT	Voluntary Confidential Counseling & Testing មណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់
VHSG	Village Health Support Group ក្រុមគាំទ្រសុខភាពភូមិ
VL	Viral Load បន្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម
VNRBD	Voluntary Non Remunerated Blood Donation ការបរិច្ចាកឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងមិនគិតកម្រៃ
VSL	Village Savings & Loan scheme គម្រោងសន្សំប្រាក់ និងខ្ចីបុលក្នុងភូមិ
WHO	World Health Organization អង្គការសុខភាពពិភពលោក
WOMEN	Women Organization for Modern Economy and Nursing អង្គការនារីអភិវឌ្ឍន៍សេដ្ឋកិច្ច និងអនាម័យ
WSO	Women Service Organisation (NGO)

ឯកសារយោង

1. ADB Cambodia (accessed March 10 2016) http://www.adb.org/countries/cambodia/economy
2. ADB http://www.adb.org/countries/cambodia/poverty (accessed March 10 2016)
3. AEM AIDS Epidemic Model Scenarios (AEM) March 2016 supported by UNAIDS
4. ASEAN HDI 2015: Myanmar 148, Cambodia 143, Lao PDR 141, Vietnam 116, Philippines 115, Thailand 93, Malaysia 62, Brunei Darussalam 31, Singapore 11.
5. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) Risk Management and Quality Improvement Handbook. EQUIP National. July 2013 http://www.achs.org.au/media/69305/risk_management_and_quality_improvement_handbook_july_2013.pdf
6. IHP http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/jans-tool-and-guidelines/
7. ISO http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=39883
8. ISO ISO 31000:2009 Risk Management http://www.iso.org/iso/home/standards/iso31000.htm
9. ISO/IEC 17025:2005 General requirements for the competence of testing and calibration laboratories
10. MEF http://www.mef.gov.kh/documents/shares/investment/pm-vol-1-sub-decree-rev-8-june-2012.pdf
11. MEF http://www.mef.gov.kh/documents/shares/investment/pm-vol-2-sub-decree-rev-8-june-2012.pdf
12. MOH Standard Operating Procedures Standard Operating Procedures for HIV, STI and TB-HIV Prevention, Care, Treatment and Support in Prisons (and Correctional Centers) in Cambodia, MOI Ministry of Interior and Ministry of Health, January 2012
13. MOPI Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013, National Institute of Statistics Ministry of Planning Phnom Penh
14. NAA 2015 National Strategic Plan for a Comprehensive Multi-sectoral Response to HIV (NSP-IV)
15. NCHADS (2012) SOP for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia
16. NCHADS (2012) SOP for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia
17. NCHADS Adult HIV clinical guidelines, MoH Aug. 2016
18. NCHADS Annexes 3 & 4, Report of the National Consultation on the Health Sector Strategic Plan for HIV/AIDS & STI Prevention and Control in Cambodia 2015-2020, NCHADS, November 2014
19. NCHADS Behavioral Sentinel Surveillance (BSS) survey 2013 and AEM 2014
20. NCHADS Cambodian National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents & Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, MoH 2016
21. NCHADS Cambodian National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents, MoH Aug. 2016.
22. NCHADS Concept Note on Treatment as Prevention (TasP) as a Strategy for Elimination of New HIV Infections in Cambodia, NCHADS, December 2012
23. NCHADS Concept paper on Streamlining the Community-Based Prevention, Care and Support (CBPCS) Model for PLHIV in Cambodia, NCHADS, draft Nov 2015.
24. NCHADS Conceptual Framework for Elimination of New HIV infections in Cambodia by 2020, NCHADS, MOH, Dec. 2012
25. NCHADS DMU VCCT report 2015 http://nchads.org/DataMGT/vcct_annual_2015.pdf
26. NCHADS GFATM KMH-HIV-NCHADS New Funding Model grant 2015-17
27. NCHADS Guidance Note on Integrated Case management and Partner Tracing and HIV Testing for Cambodia 3.0 Initiative, NCHADS/MOH, Oct. 2013
28. NCHADS Guide for implementation of Positive Prevention among PLHIV in Cambodia, NCHADS, 2010
29. NCHADS Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia (draft 2015).
30. NCHADS HTC UnIt (2016) & KHANA 2015 reports
31. NCHADS MOU NCHADS-NBTC 2014-2018
32. NCHADS Report of the National Consultation on the Strategic Plan for HIV/AIDS and STI Prevention and Control in the Health Sector in Cambodia 2015-2020, NCHADS, November 2014

33. NCHADS SOP for HIV, STI and TB-HIV prevention, care, treatment and support in prisons (and correctional centers) in Cambodia, NCHADS/MoH 2012.
34. NCHADS Standard Operating Procedures (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings, NCHADS Apr. 2010
35. NCHADS Vun, MC. December 2012. Cambodia at the Forefront. In Applying a Strategic Investment Approach to its AIDS Response, MOH of Cambodia Meeting of UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland.
36. NMCHC National Guideline for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV, 3rd Edition, NMCH, Feb. 2016
37. SLMTA Strengthening Laboratory Management Toward Accreditation (SLMTA) https://www.slmta.org/
38. UNAIDS GARPR report Cambodia 2016
39. UNAIDS http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2010/september/20100920 fsmdgcamboda-award/
40. UNAIDS/NAA/NCHADS 2013 National AIDS Spending Assessment (NASA IV) in Cambodia for 2011-2012 http://www.unaids.org/sites/default/files/documents/cambodia_2011-2012_en.pdf
41. UNDP 2014 UNDP Cambodia Annual Report (accessed March 10 2016) http://www.kh.undp.org/content/cambodia/en/home/library/annual-report/annual-report-2013.html
42. UNDP http://hdr.undp.org/en/countries
43. UNESCO http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Cambodia/Cambodia_MDG_Progress_report_2013.pdf
44. UNICEF http://www.childmortality.org/ Accessed 3 May 2016
45. van Grienssven J. et al, PLOSone February 2014, Vol. 9;e88552
46. WHO 2015 Consolidated SI Guidelines for HIV p.35 http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/
47. WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO policy brief, Nov. 2015, What's New? http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064 /1/9789241509893_eng.pdf?ua=1
48. WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, WHO, 2016
49. WHO Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection, WHO April 2014
50. WHO http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/
51. WHO Joint Review of the Cambodian National Health Sector Response to HIV 2013
52. WHO Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability (Geneva: WHO IHP+; 2011) http://www.who.int/healthinfo
53. WHO Planning guide for the health sector response to HIV. WHO 2011 http://www.who.int/hiv/pub /guidelines/9789241502535/en/
54. WHO Updated new recommendations, WHO policy brief 2016; WHO Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection, WHO, March 2015
55. WHO WPRO Regional Action Plan for Viral Hepatitis in the Western Pacific 2016–2020, WHO 2016
56. World Bank http://data.worldbank.org/country/cambodia

ក្របខ័ណ្ឌតាមដាន និងវាយតម្លៃ (សូចនាករ និងគោលដៅ)

សូចនាករ	ប្រភេទ	ពេលដើមគ្រា (2015)		ទិសដៅ (Target)				
		តម្លៃ	ប្រភព	2016	2017	2018	2019	2020
IMPACT INDICATORS								
Global Impact Indicators								
១.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅអាយុពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ។	Impact	0.62%	Spectrum AIM 2015	0.58%	0.57%	0.55%	0.53%	0.50%
២.អត្រាអាំងស៊ីដង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ អាយុពី ១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ។	Impact	712	Spectrum AIM 2015	645	572	538	505	400
៣. ចំនួនអ្នកស្លាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០,០០០ នាក់។	Impact	17.9	Spectrum AIM 2015	15.5	14.0	13.8	13.7	13.2
៤. អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។	Impact	6%	Spectrum AIM 2015	5%	<5%	<5%	<5%	<5%
Impact Indicators for Key Populations								
៥.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ។	Impact	2.3%	MSM IBBS (2014)		2.0%			1.5%
៦. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមបំលែងភេទ (transgender)។	Impact	5.8%	NCHADS IBBS (2016)				3.0%	
៧. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត ។	Impact	4.6%	HSS (2010)	2.0%			1.5%	
៧ a.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលមានអតិថិជន លើសពី៧នាក់/សប្តាហ៍ ។	Impact	14.0%	HSS (2010)	8.0%			7.0%	
៧ b.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដែលមានអតិថិជនតិចជាង ៧នាក់/សប្តាហ៍ ។	Impact	3.6%	HSS (2010)	1.5%			1.5%	
៨.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន។	Impact	24.8%	DU/IDU Survey (2012)		20.0%			18.0%
៩.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ (Gonorrhea) ក្នុងចំណោមស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត ។	Impact	5.30%	SSS (2011)			4%		

១០.អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺក្លាមីឌីយ៉ាទ្រីកូម៉ូណាស់ (CT) ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត។	Impact	18.9%	SSS (2011)			15%		
១១. អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺស្វាយ (Syphilis) ក្នុងចំណោមស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត។	Impact	0.4%	SSS (2011)			0.1%		
OUTCOME INDICATORS								
ទីសដៅ 90-90-90								
១. % នៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (បានចុះក្នុងបញ្ជីព្យាបាលនៅសេវា ART) ធៀបនឹងអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ។	Outcome	79.4%	DMU NCHADS; GARPR 2015	80%	83%	86%	90%	>90%
២. % នៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ART ធៀបនឹងអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។	Outcome	75.4%	DMU NCHADS; GARPR 2015	75%	80%	85%	90%	>90%
៣. % នៃអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ (មនុស្សពេញវ័យនិងកុមារ) ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ ARV បានធ្វើតេស្ត viral load ហើយមានលទ្ធផល viral load suppressed ក្នុងរយៈពេល ១២ខែកន្លងទៅ ។	Outcome	64%	DMU NCHADS; NCHADS Lab, GARPR 2015	70%	75%	80%	85%	>90%

សមាសភាគទី១: B-COPCT: Key Population outcomes									
១. % នៃបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ នៅពេលរួមភេទតាមរន្ធគូទលើកចុងក្រោយជាមួយបុរស (ទាំងដៃគូ មិនបង់ប្រាក់ និងបង់ប្រាក់) ។	Outcome	94.8% (non-paid) 90% (paid)	IBS (2014)		>95% (non-paid and paid)			>95% (non-paid and paid)
២. % នៃក្រុមបំលែងភេទ ដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ នៅពេលរួមភេទតាមរន្ធគូទលើកចុងក្រោយ ជាមួយបុរស (ទាំងដៃគូ មិនបង់ប្រាក់ និងបង់ប្រាក់) ។	Outcome	93.3% (non-paid) 100% (paid)	IBBS (2014)	>95% (non-paid and paid)			>95 % (non-paid and paid)	
៣. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ នៅពេលរួមភេទលើកចុងក្រោយ ជាមួយអតិថិជន ។	Outcome	94.3%;	BSS (2013)	>95%			>95%;	
៤. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ នៅពេលរួមភេទលើកចុងក្រោយ ជាមួយសង្សា ។	Outcome	52.1%	BSS (2013)	60%			75%;	
៥a. % នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមភេទលើកចុងក្រោយ។	outcome	72.6%	GARPR 2015	Not available				
៥ b. % នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដែលរាយការណ៍ថា បានប្រើប្រាស់សម្ភារៈចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានរម្ងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ នៅពេលចាក់គ្រឿងញៀនចុងក្រោយ។	Outcome	68.5%	DU/IDU Survey 2012		60%		>70	
៦. % នៃក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានជួបផ្ទាល់ យ៉ាងតិចមួយលើកក្នុងមួយខែ សម្រាប់សកម្មភាពខាងក្រោម៖ (ក) ការផ្តល់សំភារៈអប់រំ (IEC) តាមរយៈកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ខ) ចែកស្រោមអនាម័យ	Output	57%	Program report 2014		75%	80	85%	90%

៧. % នៃក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទទួលបានជួបផ្ទាល់ យ៉ាងតិចមួយលើកក្នុងមួយត្រីមាស សម្រាប់សកម្មភាពខាងក្រោម៖ (ក) ការផ្តល់សំភារៈអប់រំ (IEC) តាមរយៈកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ខ) ចែកស្រោមអនាម័យ	Outpu t	57%	AEM 2014		75%	80%	85%	90%
៨. % នៃក្រុមបំរែលងភេទបានជួបផ្ទាល់ យ៉ាងតិចមួយលើកក្នុងមួយខែ សម្រាប់សកម្មភាពខាងក្រោម៖ (ក) ការផ្តល់សំភារៈអប់រំ (IEC) តាមរយៈកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ខ) ចែកស្រោមអនាម័យ	Outpu t	67.0%	PUDR report 2015		75%	80%	85%	90%
៩. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទទួលបានជួបផ្ទាល់ យ៉ាងតិចមួយលើកក្នុងមួយខែ សម្រាប់សកម្មភាពខាងក្រោម៖ (ក) ការផ្តល់សំភារៈអប់រំ (IEC) តាមរយៈកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ខ) ចែកស្រោមអនាម័យ	Outpu t	83%	PUDR 2015		85%	90%	>90%	>90%
១០. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ទទួលបានជួបផ្ទាល់ យ៉ាងតិចមួយលើកក្នុងមួយត្រីមាស សម្រាប់សកម្មភាពខាងក្រោម៖ (ក) ការផ្តល់សំភារៈអប់រំ (IEC) តាមរយៈកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ខ) ចែកស្រោមអនាម័យ	Outpu t	83%	PUDR 2015		85%	90%	>90%	>90%
១១. % នៃអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ដែលបានជួបផ្ទាល់ សម្រាប់ផ្តល់សេវាបង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ដូចបានកំណត់ក្នុងកញ្ចប់សេវារបស់កម្មវិធី។	Outpu t	35.0%	PUDR 2015		60%	65%	70%	>80%
១២. % នៃបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ ខែមុន។	Outpu t	n/a	n/a		70%	75%	80%	>80%
១៣. % នៃបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគក្នុងកំឡុងពេល ៦ ខែមុន។	Outpu t	15% (2013)	KHANA report		70%	75%	80%	>80%

១៤. % នៃក្រុមបំលែងភេទ បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ ខែមុន។	Output	n/a	n/a		70%	75%	80%	>80%
១៥. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ ខែមុន។	Output	n/a	n/a		70%	75%	80%	>80%
១៦. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងកំឡុងពេល ៦ ខែមុន។	Output	2467	IBBS (2015)	NA	70%	75%	80%	>80%

សមាសភាគទី២: B-COC: Outcomes for Quality & Attention of the Continuum of Care									
១. % នៃមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (អាយុ > ១៥ឆ្នាំ) ដែលបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ធៀបនឹងមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។	Outcome	74.0%	DMU NCHADS; GARPR 2015	75%	80%	85%	90%	>90%
២. % នៃកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (អាយុ < ១៥ឆ្នាំ) ដែលបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ធៀបនឹងកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់។	Outcome	98.9%	DMU NCHADS; GARPR 2015	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
៣. % នៃមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ១២ខែ ។	Outcome	78.5%	DMU NCHADS, GARPR 2015	80%	83%	85%	87%	>90%
៤. % នៃមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ២៤ខែ ។	Outcome	73.1%	DMU NCHADS GARPR 2015	76%	79%	82%	85%	>85%
៥. % នៃមនុស្សពេញវ័យដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ៦០ខែ ។	Outcome	71.94	DMU NCHADS 2015	74%	76%	78%	80%	>80%
៦. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ១២ខែ ។	Outcome	83.7%	DMU NCHADS GARPR 2015	86%	88%	90%	>90%	>90%

៧. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ២៤ខែ ។	Outcome	82.6%	DMU NCHADS GARPR 2015	84%	86%	88%	90%	>90%
៨. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅរស់ បន្ទាប់ពីបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ៦០ខែ ។	Outcome	82.31%	DMU NCHADS 2015	84%	86%	88%	90%	>90%
៩. % នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលលទ្ធផលតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 លើកដំបូង< 200 កោសិកា/ml ក្នុងកំឡុងពេល ១២ខែមុន ។	Output	46.7%	DMU NCHADS, GARPR 2015	45%	44%	43%	42%	<40%
១០. % នៃមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ > ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែរកឃើញថ្មី ដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍។	Output	72.94%	DMU NCHADS 2015	74%	76%	78%	80%	>80%
១១. % នៃកុមារ(អាយុ < ១៥ ឆ្នាំ)ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទើបតែរកឃើញថ្មី ដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេល ២ សប្តាហ៍។	Output	68.33%	DMU EID/ART DB 2015	70%	74%	76%	78%	>80%
១២. % នៃមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ > ១៥ ឆ្នាំ)ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ១២ខែ ឬ យូរជាងនេះ បានធ្វើតេស្ត viral load យ៉ាងហោចណាស់ ១ដង/ឆ្នាំ។	Output	34.46%	DMU NCHADS 2015	50%	65%	75%	85%	>90%
១៣. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ ឆ្នាំ)ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានរយៈពេល ១២ខែ ឬ យូរជាងនេះ បានធ្វើតេស្ត viral load យ៉ាងហោចណាស់ ១ដង/ឆ្នាំ។	Output	38.88%	DMU NCHADS 2015	50%	65%	75%	85%	>90%
១៤. % នៃមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ > ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង **នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង**។	Output	88.7%	DMU NCHADS 2015	90%	>90%	>90%	>95%	>95%

១៥. % នៃមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ > ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង **នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកចុងក្រោយ** ។	Output	78.49%	DMU NCHADS 2015	80%	85%	87%	90%	>90%
១៦. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង **នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង**។	Output	N/A	Cannot be calculated because has no information recorded in tools	N/A	60%	70%	80%	>80%
១៧. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង **នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកចុងក្រោយ** ។	Output	N/A	Cannot be calculated because has no information recorded in tools	N/A	60%	70%	80%	>80%
១៨. % នៃមនុស្សពេញវ័យ (អាយុ > ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ INH (IPT) ។	Output	25.0%	DMU NCHADS GARPR 2015	27%	30%	>30%	>30%	>30%
១៩. % នៃកុមារ (អាយុ < ១៥ ឆ្នាំ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទើបតែបានចុះឈ្មោះក្នុងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ INH (IPT) ។	Output	NA (not included in tool)	N/A	N/A	25%	30%	>30%	>30%

សមាសភាគទី៣: B-LR: Outcomes for Elimination of Mother-to Child Transmission								
១. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ។	Output	86.1%	GARPR 2015	70%	83%	86%	88%	90%

២. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលដោយ ARVs ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (MTCT)។	Outpu t	83.5%	GARPR 2015	85%	90%	>90%	>90%	>90%
៣. % នៃកុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ARVs។	Outpu t	71%	GAPRP 2015	75%	80%	85%	90%	>90%
៤. % នៃកុមារដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ក្នុងកំឡុងពេល ២ខែ ក្រោយពេលកើត។	Outpu t	58.6%	GAPRP 2015	65%	70%	80%	90%	>90%
៥. % នៃកុមារដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្ត virological test ក្នុងកំឡុងពេល ២ ខែ ក្រោយពេលកើត ។	Outpu t	76.6%	GAPRP 2015	80%	85%	90%	>90%	>90%

Cross-cutting Outcomes								
សមាសភាគទី៤: B-IACM/PNTT								
១. % នៃស្រុកប្រតិបត្តិដែលបានអនុវត្ត B-IACM/PNTT ។	Outpu t	2	NCHADS ACM Report 2015	44%	100%	100%	100%	100%
២. % នៃស្រុកប្រតិបត្តិដែលបានតាមដាន HIV cascade នៅពេលប្រជុំក្រុម GOC រៀងរាល់ខែ ។	Outpu t	19%	NCHADS	44%	100%	100%	100%	100%
៣. % នៃមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដែលមានដៃគូដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ។	Outpu t	N/A	NCHADS report	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD

សមាសភាគទី៥ : **ការបង្ការ ថែទាំនិងគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍** (CBPCS)								
១. ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិដែលបានអនុវត្តន៍គំរូ CBPCS ថ្មី។	Outpu t	0	NGO Report (KHANA, CRS, RHAC, WOMEN and CHEC)	44	50	60	65	70

សមាសភាគទី៦ : ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សា								
១. % គ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ (HC និង RH/NH) ដែលអនុវត្តសេវា HTC។	Output	71.5%	Health sector progress report 2016	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
២. ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ) និងបានដឹងពីលទ្ធផលតេស្ត កាលពី ១២ខែមុន ។	Output	523,315 (516,887 + 6428)	UA Health Sector 2015, Indicator 1.16	550,000	590,000	630,000	670,000	700,000
៣. % នៃអ្នកជំងឺរបេង ដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	90%	CENAT		95%	95%	95%	95%
៤. ចំនួន និង % នៃក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	n/a	n/a		80%	85%	90%	>90%
៥. % នៃក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	86.80%	KHANA report		80%	90%	90%	>90%
៦. % នៃក្រុមបំលែងភេទដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	50.83%	KHANA report		75%	80%	85%	90%
៧. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	70.71%	KHANA report		85%	90%	>90%	>90%
៨. % នៃស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍។	Output	52.26%	KHANA report		80%	85%	>90%	>90%
៩. % នៃក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបានដឹងលទ្ធផលតេស្ត ក្នុងកំឡុងពេល ៦ខែមុន។	Output	26.1%	NGOs report 2014	60%	70.0%	80.0%	90.0%	90%

សមាសភាគទី ៧: សេវាមន្ទីរពិសោធន៍								
១. % នៃ Labs ដែលប្រតិការបានល្អ តាមប្រព័ន្ធ EQA/PT	Output	98.5%	EQAS-HIV Round 1 2015 (62/65VCCT sites)		100%	100%	100%	100%

២. ចំនួនមន្ទីរពិសោធន៍ដែលធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 បានចូលរួមក្នុង EQAS ។	Output	8	CD4 laboratory		8	8	8	8
៣. ចំនួនមន្ទីរពិសោធន៍ដែលធ្វើតេស្ត VL បានចូលរួមក្នុង EQAS ។	Output	8	VL laboratory		8	8	8	8
៤. % នៃសំណាកឈាមដែលយកមកធ្វើតេស្ត VL បានជោគជ័យ ក្នុងកំឡុងពេល ២សប្តាហ៍ ។	Output	96%	NCHADS Lab 2015		95%	95%	100%	100%
៥. % នៃសំណាកឈាមដែលខូចគុណភាព (rejected samples) ដែលបានទទួលនៅមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ធ្វើតេស្ត VL , DNA PCR ។	Output	1.2% (2013)	NCHADS Lab		<1%	<1%	<1%	<1%

សមាសភាគទី៨: ការគ្រប់គ្រង និងបែងចែក ឱសថ ប្រតិករ និង សម្ភារៈ បរិក្ខារពេទ្យ								
១. % នៃសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ដាច់ស្តុកឱសថ ARV ណាមួយ ក្នុងកំឡុងពេល១២ មុន។	Output	0%	NCHADS EWI, GARPR 2015	0%	0%	0%	0%	0%
សមាសភាគទី៩: ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ								
១. ចំនួនគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ (FHCs) ដែលបានបង្កើនគុណភាព (being upgraded)។	Output	2	Program Report	4	6	8	10	12
២. % នៃអ្នកជំងឺកាមរោគដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍។	Output	3531	VCCT Annual Report 2015 NCHADS	85%	90%	95%	95%	95%
៣. % នៃស្ត្រីដែលមកទទួលសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ (ANC) ដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយ នៅពេលមកពិនិត្យ ANC លើកទី១ ។	Output	43.4%	GARPR 2015	50%	83%	86%	88%	90%
៤. % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តមេរោគស្វាយរហ័សមានប្រតិកម្ម បានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់រកមេរោគស្វាយដោយតេស្ត RPR។	Output	59.2%	B-LR Report (NMCHC) 2015	75%	90%	95%	>95%	>95%

៥. % នៃស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផល តេស្តបញ្ជាក់រកមេរោគស្វាយដោយ RPR វិជ្ជមាន បានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយ។	Output	91.4%	GARPR 2015	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
៦. % នៃដៃគូ របស់ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលមាន តេស្តមេរោគស្វាយ វិជ្ជមាន បានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយ។	Output	51%	LR/PMTCT Reports (NMCHC)-2015	55%	60%	65%	70%	>75%
៧. % នៃស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ឬ នៅរន្ធគូទ។	Output	0.55% (2015)	DMU NCHADS;STI report 2015		<0.5%	<0.5%	<0.5%	<0.5%
៨. % នៃបុរសស្រឡាញ់បុរស បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ឬ នៅរន្ធគូទ។	Output	2.14%	DMU NCHADS;STI report 2015		<1%	<1%	<1%	<1%
៩. % នៃស្រ្តីបម្រើសេវាកំសាន្ត បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺកាមរោគណាមួយ។	Output	32.59%	DMU NCHADS;STI report 2015		20%	<20%	<20%	<20%
១០. % នៃបុរសស្រឡាញ់បុរស បានទទួលសេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺកាមរោគណាមួយ។	Output	24.9%	DMU NCHADS;STI report 2015		20%	<20%	<20%	<20%
សមាសភាគទី១០: ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្រ្ត								
១. ការសិក្សា IBBS ត្រូវបានអនុវត្តក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច។	Output	MSM in 2014	NCHADS	TG/FEW	MSM/PWID	SSS	Youth & Factory workers /FEW	MSM/TG
២. ការសិក្សាពី Size Estimation ត្រូវបានអនុវត្តលើក្រុមប្រជាជនចំណុចនីមួយៗ រៀងរាល់ ៣ឆ្នាំ/ម្តង។	Output	DU/IDU (2007) & EW (2012)	NCHADS	FEW		Youth & Factory worker		

						s / FEW		
៣. ការសិក្សា Modeling ពិនិត្យមើលអត្រាអាំងស៊ីដង់មេរោគអេដស៍ តាមដានការឈានទៅសម្រេចទិសដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍។	Output	1 (2014)	AEM NCHADS	1		1		1
៤. ការបង្កើតរបៀបវារៈនៃការសិក្សាអំពីអេដស៍ ថ្នាក់ជាតិ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាទៀងទាត់។	Output	1 (2007)	Research Unit NCHADS	1		1		1
សមាសភាគទី១១: ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី								
១. % សេវា ART បានផ្ញើរបាយការណ៍មក NCHADS ទាន់ពេលវេលា ។	Output	66%	NCHADS	70%	75%	80%	85%	90%