ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP)
ការកែលំអគុណភាពជាបន្តនៃការសេវាថែទាំបន្ត
អ្នកជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD

ខែតុលា ឆ្នាំ២០១៧

សៀវភៅនេះត្រូវបានឧបត្ថម្ភថវិកាបោះពុម្ព ក្រោមគម្រោងលេខ 1NU2GGH002121-01-00 របស់មជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធនិងបង្ការជំងឺសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្លឹមសារនៃសៀវភៅនេះ គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកនិពន្ធ និងមិនឆ្លុះបញ្ចាំងពីទស្សនៈផ្លូវការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលប្រយុទ្ធ និងបង្ការជំងឺ, នាយកដ្ឋានសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិ ឬរដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិកឡើយ។

អារម្ភកថា

កម្ពុជា ជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេសនានានៅក្នុងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិច ដែលទទួលបានជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតប ចំពោះការរាតត្បាតនៃមេរោគអេដស៍ ដោយបានកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលមានអាយុ ១៥-៤៩ ឆ្នាំ ពី ១,៦% ក្នុងឆ្នាំ ១៩៩៨ មកនៅត្រឹម 0.៦% ក្នុងឆ្នាំ ២០១៦។ ប្រទេសកម្ពុជាបានដាក់គោលដៅទៅដល់នឹងឆ្នាំ២០២៥ ៩៥% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ៩៥% នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនឹងត្រូវបានទទួលការព្យាបាល និង ៩៥% នៃអ្នកដែលបានទទួលការព្យាបាលនឹងមានមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាប ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មី។ គេបានប៉ាន់ស្មានថា នៅប្រទេសកម្ពុជា មានអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ចំនួន ៧០,៧៤១នាក់ ដែលក្នុងនោះមាន ៥៨,៣៣៨នាក់ (៨២%) បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាលនៅត្រឹមត្រីមាសទី៤ នៃឆ្នាំ២០១៦។

ប្រទេសកម្ពុជាមានកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេស៍ចំនួន៦៦កន្លែង សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និង ៣៦កន្លែងសម្រាប់កុមារ។ កន្លែងទាំងនេះបាន និង កំពុងផ្តល់ការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកជំងឺចំនួន ៥៤,៣៩៥នាក់ជាមនុស្សពេញវ័យ និង ៣,៩៤៣នាក់ជាកុមារ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៦។ គេកត់សម្គាល់ឃើញថា ទោះជាចំនួនប៉ាន់ប្រមាណនៃករណីឆ្លងថ្មីបានធ្លាក់ចុះក៏ដោយក៏គេនៅប៉ាន់ប្រមាណថា មានអ្នកឆ្លងថ្មីចំនួន ៥៩០នាក់ និង អ្នកចុះឈ្មោះថ្មីប្រើប្រាស់សេវានៅសេវាថែទាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មានចំនួន ៣,៥៧០នាក់ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៦។ នេះមានន័យថា ចំនួនអ្នកជំងឺមានការកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយហេតុថា គេបានរកឃើញអ្នកឆ្លងថ្មី ហើយផ្តល់ការព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតដល់ពួកគាត់។ លើសពីនេះទៅទៀត គេប៉ាន់ប្រមាណថា មានអ្នកស្លាប់ចំនួន ២,១៨២នាក់ដោយសារជំងឺអេដស៍ក្នុងឆ្នាំ២០១៦។ គុណភាពនៃការថែទាំព្យាបាល នៅសេវាថែទាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានភាពប្រសើរឡើង តែយើងត្រូវតែបន្តកែលំអគុណភាពសេវានៅកន្លែងទាំងនេះឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងថែមទៀត ដើម្បីរក្សានិងធ្វើឲ្យគុណភាពជីវិតរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍កាន់តែប្រសើរឡើង។

ក្រសួងសុខាភិបាល សូមកោតសរសើរ ចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ និង ដៃគូអភិវឌ្ឍនានា ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការរៀបចំចងក្រងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តការកែលំអគុណភាពជាបន្ត នៃការថែទាំបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជានេះ ឡើង។ ក្រសួងសុខាភិបាល អនុម័តជាផ្លូវការនៃនិយាមបែបបទនេះ និងត្រូវបានយកទៅអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពលើកកំពស់គុណសេវា ហើយនឹងនាំឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិតរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍/អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជួយឱ្យប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចគោលដៅ ៩៥/៩៥/៩៥ នាឆ្នាំ ២០២៥។

ថ្ងៃ សុក្រ ៣កើត ខែ មាឃ ឆ្នាំរកា នព្វស័ក ព.ស២៥៦១

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ១៩ ខែ មករា ឆ្នាំ ២០១៨

ជ. រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានសហការយ៉ាងជិតស្និតជាមួយ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិនានា និងដៃគូអភិវឌ្ឍនានា ក្នុងការរៀបរៀងនិងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព SOP សម្រាប់ការអនុវត្តការកែលំអគុណភាពជាបន្តនៃសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។ និយាមបែបបទដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនេះ ជាលទ្ធផលនៃកិច្ចប្រឹងប្រែងពីអ្នកអនុវត្តនៅតាមទីកន្លែងនានា ដែលបានផ្តល់នូវបទពិសោធន៍ ពីការអនុវត្តនៃនិយាមបែបបទដែលបានបោះពុម្ពលើកទី១ ឆ្នាំ២០១២-២០១៧។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះអ្នកជំនាញទាំងអស់នៃក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសស្រាក់សស្រាំ ក្នុងការរៀប
រៀង និង ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។

យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់៖

- រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល ចំពោះការគាំទ្រជារហូតមក ដល់គ្រប់សកម្មភាពដើម្បីបង្ការនិងទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ និងការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍។

- មន្ត្រីបច្ចេកទេសផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ ផ្នែកស្រាវជ្រាវ ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងផ្នែកពាក់ព័ន្ធ ផ្សេងៗទៀត របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។ មន្ត្រីកម្មវិធីអេដស៍និងកាមរោគថ្នាក់ខេត្ត ដែលបានចូលរួម និង កិច្ចប្រឹងប្រែងទាំងកម្លាំងកាយ-ចិត្ត ដើម្បីពង្រឹងគុណភាព និងប្រសិទ្ធិភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត។

- សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេសកែលំអគុណភាពជាបន្ត ដែលបានការគាំទ្រនិងផ្តល់ជំនាញ បច្ចេកទេសរបស់ពួកគាត់ ក្នុងការរៀបរៀងនិយាមបែបបទ(SOP)នេះ។

យើងខ្ញុំក៏សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់វេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឆ្មប មន្ត្រីគ្រប់គ្រងឱសថនិងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ មន្ត្រីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដែលកំពុងបំពេញការងារ នៅសេវាថែទាំជំងឺឱកាសនិយមនិង ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការបង្ការការចម្លងមេរោគ អេសដ៍ពីម្តាយទៅកូន សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង និងក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវ ចំពោះការចូលរួមដ៏សស្រាក់សស្រាំ និងការចែករំលែកបទពិសោធន៍ ក្នុងការរៀបចំឯកសារដ៏មានតម្លៃនេះ។

ថ្ងៃ សុក្រ ១៣ រោច ខែមិគសិរ ឆ្នាំរកា នព្វស័ក ព.ស២៥៦១

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ១៥ ខែ ធ្នូ ២០១៧

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី_ពេញ ស៊ុន

ពាក្យបំព្រួញ

ACU	AIDS Care Unit
ART	Anti-Retroviral Therapy
COC	Continuum of Care
CQI	Continuum Quality Improvement
HBC	Home-Based Care
M&S	Monitoring and Supervision
MCH	Maternal and Child Health
MMM	Mondul Mith Chuoy Mith (friend help friend center)
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD
OD	Operational Health District
OI	Opportunistic Infections
PASP	Provincial AIDS and STI Program
PDCA	Plan Do Check Act
PHD	Provincial Health Department
PLHIV	People Living with HIV
PMTCT	Prevention mother to child transmission (HIV)
SOP	Standard Operating Procedure
TWG	Technical Working Group

មាតិកា

ជំពូក ១៖ សាវតា និងបុព្វហេតុ ១

ជំពូក ២៖ គំនិតទូទៅ និង គោលបំណង ២

២.១ គំនិតទូទៅ ២

២.២ គោលបំណង ៣

ជំពូក ៣៖ រចនាសម្ព័ន្ធ តួនាទី និងសមាជិកភាព ៤

៣.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC ៤

៣.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមកម្រិតនីមួយៗ ៤

ជំពូក ៤៖ ការអនុវត្ត CQI ៨

៤.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ ៩

៤.២ ត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ៩

៤.៣ វិភាគ និង បកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI ១១

៤.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព ១១

៤.៥ ការអនុវត្តសំណើផែនការសកម្មភាព ១៣

៤.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព ១៣

៤.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ ១៤

ជំពូក ៥៖ បន្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត ១៦

៥.១ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍ ១៦

៥.២ ការសម្រាកពេទ្យ ១៦

៥.៣ ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT) ១៧

៥.៤ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ១៧

៥.៥ សេវារបេង អេដស៍/(TB/HIV) ១៧

៥.៦ ការបង្ការជំងឺកាមរោគ ១៧

ជំពូក ៦៖ ការតាមដាន អភិបាល ការរាយការណ៍ និងការបណ្តុះបណ្តាល ១៨

៦.១ ការតាមដាន និងការអភិបាល ១៨

៦.២ របាយការណ៍ ១៩
៦.៣ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលំអគុណភាពជាបន្ត ១៩
៦.៤ ការបណ្តុះបណ្តាល និង ការកសាងសមត្ថភាព ១៩
ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលំអគុណភាពបន្ត ២១
ឧបសម្ព័ន្ធ ២ : ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗពីរនៃការអនុវត្ត CQI ៤៥
ឧបសម្ព័ន្ធ ៣ : តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា ៤៦
ឧបសម្ព័ន្ធ ៤ : ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា ៤៧
ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត ដំណោះស្រាយនិងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុង) (ត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ ៥០
ឯកសារយោង ៥២

ជំពូក ១៖ សាវតា និងបុព្វហេតុ

មកដល់ពេលនេះ កម្ពុជានៅតែជាប្រទេសដែលមានប្រេវ៉ាឡង់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាងគេនៅក្នុងតំបន់អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក។ បើទោះជាមានឧបសគ្គដ៏ធំផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចសង្គមក៏ដោយ ក៏កម្ពុជាបានធ្វើការឆ្លើយតបយ៉ាងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយចំពោះមេរោគអេដស៍ ដែលធ្វើឲ្យប្រេវ៉ាឡង់ធ្លាក់ចុះពី ១,៦ នាឆ្នាំ១៩៩៨មកនៅត្រឹម 0,៦% ក្នុងឆ្នាំ២០១៦[4]។ អត្រាគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានការកើនឡើងយ៉ាងខ្ពស់ ដោយ៨០%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលនូវការព្យាបាលនៅត្រឹមចុងឆ្នាំ២០១៦។ នាពេលបច្ចុប្បន្ន ប្រទេសកម្ពុជាមាន កន្លែងផ្តល់សេវាព្យាបាលដោយឱសថ ARV ចំនួន ៦៦កន្លែងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និង៣៦កន្លែងសម្រាប់កុមារ ដែលមានអ្នកជំងឺពេញវ័យចំនួន ៥៩,៣៩៥នាក់ និងកុមារចំនួន ៣,៩៤៣ នាក់។

ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ និងទប់ស្កាត់ជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ ២០១៦-២០២០នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្នកំពុងខិតខំប្រឹងប្រែងលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។ និយមន័យនៃការលុបបំបាត់គឺស្មើនឹងករណីឆ្លងថ្មីចំនួន៣នាក់ ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០,០០០ នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ និង ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនមានអត្រាទាបជាង ឬស្មើ៥%។ យោងទៅលើសេវាព្យាបាលដែលបានពង្រីកយ៉ាងទូលំទូលាយ ប្រទេសកម្ពុជាបានដាក់ចេញនូវគោលដៅ៩៥% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ៩៥% នៃអ្នកបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ នឹងទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយនឹង ៩៥% នៃអ្នកទទួលបានកាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នឹងមានមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាប ដើម្បីលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មី នៅត្រឹមឆ្នាំ២០២៥។

ដើម្បីឈានទៅដល់គោលដៅនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ បានដាក់ចេញនូវយុទ្ធសាស្ត្រចំបងៗចំនួនបីសម្រាប់វិស័យសុខាភិបាលក្នុងការឆ្លើយតបទៅការមេរោគអេដស៍៖

១) ជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តដល់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ *(CoPCT)*៖ ការការពារក្នុងចំណោមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ និងការផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងសេវានានា។

២) ជំរុញខ្លាំងក្លាការព្យាបាលថៃទាំបន្ត (CoC)៖ ថែរក្សា និង ពង្រឹងគុណភាពសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល, និង

៣) ជំរុញខ្លាំងក្លាយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា(LR)៖ ការលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មីក្នុងចំណោមកុមារ នៅពេលដែលដោះស្រាយនូវតម្រូវការរបស់មាតារបស់ពួកគេ។

ការគួបផ្សំយុទ្ធសាស្ត្រទាំងបី រួមជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្ត្រថ្មីមួយទៀត ក្នុងការរុករកឱ្យឃើញ ចូលឱ្យដល់ ពង្រឹងឱ្យខ្លាំង និងរក្សាឱ្យបាន (IRIR) ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ ដែលហៅថាវិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (B-IACM)។

នៅក្នុងឆ្នាំ២០០៦ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៃ NCHADS បានបង្កើតប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ បែបអេឡិចត្រូនិក ដែលអាចបញ្ចូលទិន្នន័យរបស់អ្នកជំងឺដែលបានបំពេញក្នុងទំរង់ស្តង់ដានៃឯកសាររបស់អ្នកជំងឺនៅតាមសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ គិតត្រឹម ឆ្នាំ២០១៦ សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (pre-ART/ART) ចំនួន៦៦កន្លែង បានបំពាក់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យបែបអេឡិចត្រូនិក ដែលបានទទួល

គ្រប់គ្រងព័ត៌មានម្នាក់ៗរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់។ នៅសេវាទាំងអស់នេះ ការបញ្ចូលទិន្នន័យធ្វើឡើងដោយអ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យថ្នាក់ខេត្ត ឬដោយបុគ្គលិកនៅតាមសេវា pre-ART/ART។ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យអាចរៀបចំរបាយការណ៍សរុបដែលត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ/NCHADS នៅរៀងរាល់ត្រីមាស។ សេវា pre-ART/ART ផ្សេងៗទៀត បានរៀបចំចងក្រងរបាយការណ៍សរុបដោយដកស្រង់ពីបញ្ជី និងទំរង់តារាង។ របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាសផ្តល់ព័ត៌មានអំពីចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និង ART និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបោះបង់ការព្យាបាល ចំនួនអ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ និងស្លាប់ក្នុងត្រីមាស និង ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ជាក់ស្តែងដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV និង pre-ART នៅចុងត្រីមាស។ រាល់របាយការណ៍សរុបទទួលពីសេវា pre-ART/ART ត្រូវបានបញ្ចូល និងរក្សាទុកនៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅថ្នាក់ជាតិ។

ទោះជាយ៉ាងដូច្នេះក៏ដោយ ក៏គុណភាពនៃទិន្នន័យបែបអេឡិចត្រូនិក មិនត្រូវបានគេត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់នៅឡើយទេ ហើយការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដោយក្រុមគ្រូពេទ្យ (គ្រូពេទ្យព្យាបាល, អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ, គិលានុបដ្ឋាក-យិកា, អ្នកគ្រប់គ្រង ...) នៅសេវា pre-ART/ART ក៏នៅមានកម្រិតនៅឡើយ ។

ជំពូក ២៖ គំនិតទូទៅ និង គោលបំណង

២.១ គំនិតទូទៅ

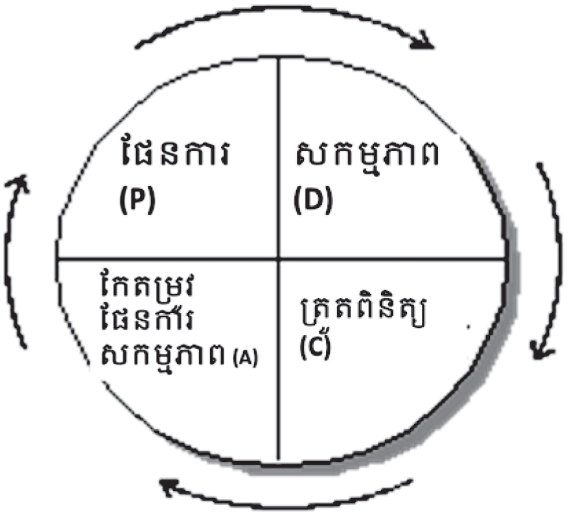
W. Edwards Deming. លោក Deming បានចាប់ផ្តើមការងារនៅក្នុងប្រទេសជប៉ុននៅក្នុង ឆ្នាំ១៩៥០ និង ជាស្ថាបនិកក្នុងការសាងសង់សហគ្រាសរបស់ជប៉ុនឲ្យក្លាយជាប្រទេសមានអំណាចផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចលើពិភពលោក។ ភាពខ្លាំងរបស់គាត់ជាកំពូលមនុស្សគិត គឺផ្អែកទៅលើគំនិតដែលថា បញ្ហានានានៅក្នុងដំណើរការផលិតកម្ម គឺបណ្តាលមកពីគុណវិបត្តិក្នុងការរៀបចំប្រព័ន្ធ ដែលផ្ទុយទៅនឹងឫសគល់ក្នុងការលើកទឹកចិត្ត ឬឆន្ទៈវិជ្ជាជីវៈរបស់កម្លាំងពលករ។ ក្រោមវិធីសាស្រ្តរបស់លោក Deming គុណភាពត្រូវបានរក្សានិងធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនៅពេលដែលអ្នកដឹកនាំ ឬអ្នកគ្រប់គ្រង និងពលករមានការយល់ដឹង និងប្តេជ្ញារក្សាលើការបំពេញចិត្តរបស់អតិថិជនជាប់ជាប្រចាំ តាមរយៈការបង្កើនគុណភាពជាបន្ត។

លោក Daming និងសហសេវិករបស់គាត់ លោក Shewhart បានបង្កើតវដ្តរបស់ PDCA គឺ Plan (រៀបចំផែនការ), Do (អនុវត្ត), Check (ពិនិត្យមើលឡើងវិញ), Act (កែតម្រូវសកម្មភាព)។

PLAN គឺជា ***ផែនការ*** ដើម្បីអនុវត្តគោលនយោបាយក្នុងការធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និង/ឬ បន្ថយថ្លៃចំណាយក្នុងការផ្តល់សេវានានា។ ក្រោយពីរៀបចំផែនការហើយ យើង[DO] ***អនុវត្ត*** វាដោយដាក់ផែនការឲ្យទៅជាសកម្មភាព និងបន្ទាប់មក***ត្រួតពិនិត្យមើល*** ថាតើផែនការរបស់យើងវាដំណើរការដែរឬទេ។ ចុងបញ្ចប់ យើងចាត់វិធានការ **កែតម្រូវសកម្ម** ភាពដើម្បីរក្សាស្ថេរភាពនៃការរីកចម្រើន ឬមួយដើម្បីកំណត់នូវអ្វីដែលមិនដំណើរការ ប្រសិនបើអ្វីដែលយើងគ្រោងនឹងទទួលបានវាមិនកើតមានឡើង។ PDCA គឺជាវដ្តបន្តជាប់ជានិច្ច។ ភាពរីកចម្រើនណាមួយដែលកើតមានឡើងអំពីវដ្ត

PDCA នឹងក្លាយទៅជាគម្រូមួយសម្រាប់ភាពរីកចម្រើន នៅក្នុងវដ្ត PDCA បន្ទាប់ទៀត។ ដំណើរការនៃការធ្វើឲ្យមានភាពរីកចម្រើននេះ (PDCA) នឹងមិនមានទីបញ្ចប់ឡើយ ទោះបីការរីកចម្រើនដ៏មហិមាបានមកពីការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ PDCA ដំបូង អាចនឹងលំបាកក្នុងការទ្រទ្រង់វាឲ្យនៅស្ថិតស្ថេរ។

រូបភាព១៖ វដ្តរបស់ការកែលំអគុណភាពជាបន្ត



ការកែលំអគុណភាពជាបន្ត (CQI) ជាវិធីសាស្ត្រ ដោះស្រាយបញ្ហា
ការកែលំអគុណភាពជាបន្ត (CQI) ផ្តោតទៅលើបញ្ហារបស់ប្រព័ន្ធជាជាងទៅលើបញ្ហារបស់មនុស្ស។
ការកែលំអគុណភាពជាបន្ត (CQI) ពិនិត្យទៅលើការដំណើរការ ដើម្បីកំណត់ផ្នែកដែលត្រូវកែលំអ។ កង្វះខាតត្រូវបានវិភាគដោយប្រើប្រាស់គោលការស្ថិតិ ហើយនៅពេលកំណត់បានហើយ គេនឹងពិចារណាអំពីកាលានុវត្តភាពក្នុងការធ្វើឲ្យដំណើរការប្រសើរឡើង។

នៅក្នុងការកែលំអគុណភាពជាបន្ត និយាមទាំងឡាយផ្អែកទៅលើគំរូអនុវត្តល្អ និង គោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិនានា ដែលត្រូវអនុវត្តទូទាំងប្រព័ន្ធ។

២.២ គោលបំណង

គោលបំណងជារួម៖

កែលំអគុណភាពសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា ។

គោលបំណងជាក់លាក់៖

១. កែលំអគុណភាព និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យទាក់ទងទៅនឹងលក្ខខណ្ឌជានិយាម នៅតាមទីកន្លែងផ្តល់ការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

២. លើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានគុណភាព ដើម្បីកែលំអគុណភាពសេវា

៣. អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធកែលំអគុណភាពជាបន្ត នៅតាមទីកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

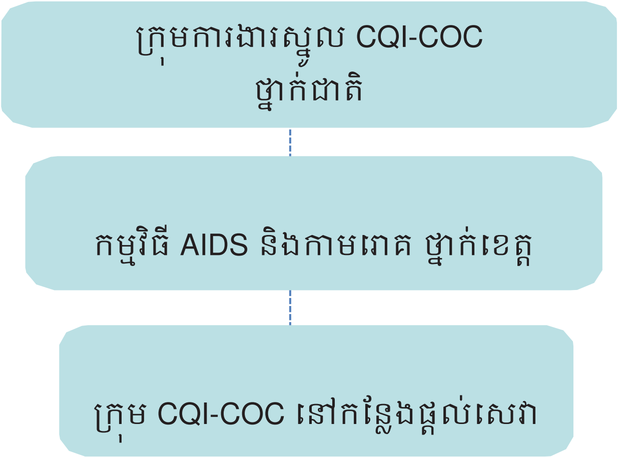
៤. កែលំអទំនាក់ទំនងរវាងក្រុមគ្រូពេទ្យ ក្រុមទ្រទ្រង់សហគមន៍នានា និងក្រុមគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

នៅតាមទីកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីធ្វើការរួមគ្នាក្នុងការធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃការថែទាំអ្នកជំងឺ ។

ជំពូក ៣៖ រចនាសម្ព័ន្ធ តួនាទី និងសមាជិកភាព

៣.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC

រូបភាព ២៖ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC



ការអនុវត្តសកម្មភាព CQI-COC ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅបីលំដាប់ គឺក្រុមការងារស្នូលនៅ ថ្នាក់ជាតិ ក្រុមការងារស្នូលនៅថ្នាក់ខេត្ត និងក្រុម CQI-COC នៅសេវា pre-ART/ART។ ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ នឹងកសាងសមត្ថភាពចាំបាច់នានាដល់មន្ត្រី PASP ដែលជាអ្នកគាំទ្រដោយផ្ទាល់ដល់ការងារអភិបាល ជួយសម្របសម្រួលដល់ក្រុម CQI-COC នៅនឹងកន្លែង។ ក្រុមCQI-COC នៅនឹងកន្លែង ជាអ្នកដើរតួសំខាន់ទទួលខុសត្រូវលើការអនុវត្ត CQI ទៅតាម PDCA និងប្រែក្លាយសេវាប្រកបដោយគុណភាព។ ជំនាញចាំបាច់នានា ក្នុងការអនុវត្ត CQI សម្រាប់កម្រិតទាំងបី រួមមាន តែមិនមែនកម្រិតត្រឹមប៉ុណ្ណោះនោះទេ៖

- ជំនាញគ្លីនិក និងចំណេះដឹង សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព
- ចំណេះដឹងអំពីការទទួលបាននិងផលិតទិន្នន័យដែលប្រកបដោយគុណភាព
- ចំណេះដឹងនិងជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ វិភាគទិន្នន័យ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ
- ចំណេះដឹងនិងជំនាញអំពីការដោះស្រាយបញ្ហា និងធ្វើផែនការ ។

៣.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមកម្រិតនីមួយៗ

៣.២.១ សមាជិកនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

៣.២.១.១ សមាជិករបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

- ប្រធាន NCHADS

- ប្រធានផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ, NCHADS
- ប្រធានផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍, NCHADS
- ប្រធានផ្នែកស្រាវជ្រាវ, NCHADS
- ប្រធានផ្នែកអង្កេតស្រាវជ្រាវ, NCHADS
- តំណាងមកពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍនានា
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក សម្រាប់ PMTCT ។

៣.២.១.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

- រៀបចំនិងពិនិត្យមើលទៅលើ ផែនការប្រចាំឆ្នាំរបស់ CQI
- អភិវឌ្ឍនិងកែសម្រួលនិយាមបែបបទរបស់ CQI
- តាមដាន និងវាយតម្លៃការអនុវត្តរបស់ CQI ថាតើត្រូវទៅតាមនិយាមបែបបទឬទេ ?
- ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសដល់មន្ត្រី PASP និងសេវា pre-ART/ART ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាបានដែលជួបប្រទះ
- វិភាគទិន្នន័យដែលប្រមូលបានពីថ្នាក់អនុវត្ត ពិនិត្យលទ្ធផលនិងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ទៅ PASP និងកន្លែងអនុវត្តវិញ ដើម្បីកែលំអគុណភាព ទៅតាមពេលវេលា ឮមួយទៀងទាត់ និងទាន់ពេល
- អភិវឌ្ឍនិងរក្សាតារាងសង្ខេបទិន្នន័យ (dashboard) ដើម្បីសម្រួលដល់ការវិភាគ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ CQI ដោយក្រុម PASP និងបុគ្គលិកនៅតាមសេវា pre-ART/ART
- កសាងសមត្ថភាពមន្ត្រី PASP និងក្រុមសេវា pre-ART/ART តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាល ការដឹកនាំអនុវត្តផ្ទាល់ ឬតាមរយៈការបង្រៀនដៃគូ
- ផ្តល់ជាអនុសាសន៍និងការដឹកនាំ ក្នុងការអភិវឌ្ឍនិងកែសម្រួលធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព នូវរាល់គោលការណែនាំ និងឯកសារបច្ចេកទេសនានាះ ឯកសារបណ្តុះបណ្តាល ឧបករណ៍តាមដាន។ល។
- អភិវឌ្ឍប្រព័ន្ធដើម្បីធ្វើការវាស់វែង លទ្ធផលសម្រេចបានរបស់ CQI
- ស្វែងរកការគាំទ្រនិងសម្របសម្រួល កិច្ចសហការរបស់ដៃគូនានា ដើម្បីធានាថាសមត្ថភាពបច្ចេកទេសរបស់ពួកគាត់ និងធនធានសមស្រប ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសកម្មភាព CQI
- ធានាធនធានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សកម្មភាព CQI ដើម្បីរក្សានិរន្តភាពកម្មវិធី
- សម្របសម្រួល និងរៀបកិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេស មានដូចជា កិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរបស់CQI, កិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស ។ល។ ដែលលើកមកពិភាក្សាលើការរកឃើញរបស់ CQI និងការឆ្លុះបញ្ចាំងទិន្នន័យពីប្រភពផ្សេងៗ ដើម្បីកំណត់ឱកាសកែលំអកម្មវិធី
- ចែករំលែកមេរៀនបទពិសោធនៃការអនុវត្ត CQI ក្នុងការងារ HIV/AIDS ជូន ក្រសួងសុខាភិបាល

- ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៅតាមតម្រូវការ ដើម្បីបំពេញសេចក្តីត្រូវការសម្រាប់ធ្វើឲ្យកម្មវិធីកាន់តែប្រសើរឡើង។

៣.២.២ សមាជិកនិងតួនាទីគណៈកម្មការសម្របសម្រួល ការថែទាំព្យាបាលបន្ត ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិនិងកន្លែងផ្តល់សេវា (ក្រុម OD-CoC-CC (Onsite CQI-CoC Team))

៣.២.២.១ សមាជិករបស់ក្រុមការងារ OD-CoC-CC (Onsite CQI-CoC Team)

- ប្រធានស្រុកប្រតិបត្តិ
- ប្រធានក្រុម-pre-ART/ART
- ក្រុមផ្តល់សេវា pre-ART/ART
- អ្នកសម្របសម្រួលការងារគ្រប់គ្រងតាមដានករណីសកម្មខ្លាំងក្លារួមបញ្ចូលគ្នា (B-IACM)
- តំណាងមកពីផ្នែករបេង
- តំណាងមកពីផ្នែកគាំពារមាតានិងទារក
- តំណាងមកពីផ្នែកឱសថ
- តំណាងផ្នែកទិន្នន័យ
- តំណាងមកពីក្រុមសកម្មភាពសហគមន៍ (ថែទាំតាមផ្ទះ)
- តំណាងមកពីកម្មវិធីមិត្តជួយមិត្តនៅតាមសេវា pre-ART/ART
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍ ។

៣.២.២.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ OD-CoC-CC

- គាំទ្រការអនុវត្តន៍ CQI ដោយយោងលើ SOP
- រៀបចំប្រជុំ CQI ប្រចាំត្រីមាស ដើម្បីត្រួតពិនិត្យនិងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការវឌ្ឍនរបស់ CQI
- ចុះអភិបាលគាំទ្រអភិបាល ដើម្បីកំណត់នូវរកបញ្ហា មូលហេតុ និងរៀបចំផែនការកែលំអឱ្យបានសមស្រប
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសនានា និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI ។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សា ជាពិសេសណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៣.២.២.៣ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមផ្តល់សេវានឹងកន្លែង onsite CQI-CoC-CC

- ធានាគុណភាពទិន្នន័យ គឺថារាល់អ្នកជំងឺត្រូវមានឯកសារអ្នកជំងឺ ហើយព័ត៌មានអ្នកជំងឺត្រូវមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងស៊ីសង្វាក់គ្នា
- បញ្ចូល និងបញ្ជូនទិន្នន័យ ពីគំហើញនៃការវិភាគនិងផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់ទៅក្រុម PASP ទៅតាមពេលវេលាមួយទៀងទាត់ និងទាន់ពេល

- ត្រួតពិនិត្យជាទៀតទាត់លើការអនុវត្តន ការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តាមរយៈការប្រើ តារាងសង្ខេបព័ត៌មានរបស់ CQI ។
- រៀបចំប្រជុំ CQI ប្រចាំត្រីមាស ដើម្បីត្រួតពិនិត្យនិងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការវឌ្ឍនរបស់ CQI ដល់ក្រុម និងការវិភាគព័ត៌មានសម្រាប់កែលំអកម្មវិធី និងតាមដានជំងឺជាក់លាក់ណាមួយ
- សហការជាមួយនឹងក្រុម PASP ដែលចុះមកធ្វើការអភិបាលគាំទ្រ ដើម្បីកំណត់នូវរកបញ្ហាមូលហេតុ និងរៀបចំផែនការកែលំអសមស្របមួយ
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសនានា និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សាពិសេស ណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៣.២.៣ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ក្រុម PASP

PASP មានតួនាទីសំខាន់មួយក្នុងការសម្របសម្រួល នៃការអនុវត្ត CQI ក្រុមផ្តល់សេវានៅហ្នឹងកន្លែង (onsite CQI-CoC-CC)ដើម្បីរៀបចំផែនការអនុវត្ត CQI និងធនាការអនុវត្តឱ្យបានរលូន។ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ PASP ដែលមានដូចខាងក្រោមៈ

- ដាក់បញ្ចូលផែនការ CQI ពីគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART ទៅក្នុងផែនការ CQI រួមរបស់ PASP
- សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីជាតិ និងជាមួយគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART នៅក្នុងខេត្តរបស់ខ្លួនធ្វើការដោះស្រាយបញ្ហា ឬការប្រឈមនានា ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យមិនពេញលេញ ការផ្គត់ផ្គង់មានការខ្វះខាត ឬក៏បញ្ហាធនធាន ជាដើម។
- ធានាថាទិន្នន័យដែលបានប្រមូលមកពីកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART និងបញ្ជូនទៅថ្នាក់ខេត្តត្រឹមត្រូវ និងត្រូវបានបញ្ជូនទាន់ពេលទៅថ្នាក់ជាតិ
- ជួយ និងកសាងសមត្ថភាព កន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART ក្នុងការប្រើ តារាងសង្ខេបព័ត៌មានរបស់ CQI វិភាគព័ត៌មានសម្រាប់ការកែលំអកម្មវិធី និងកែលំអការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺ
- ស្វែងរកការគាំទ្រ និងជួយសម្របសម្រួលកិច្ចសហការរបស់ដៃគូ ដើម្បីធានាថាបច្ចេកទេស និងធនធាន ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសកម្មភាព CQI
- សម្របសម្រួលក្នុងការរៀបចំកិច្ចប្រជុំនានា ដូចជាសិក្ខាសាលាអំពី CQI ប្រចាំត្រីមាស ប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស CQI ជាដើម។ល។ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ CQI និងការឆ្លុះបញ្ចាំងទិន្នន័យពីប្រភពផ្សេងៗ (ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យពី B-IACM និងពីសហគមន៍ ជាដើម) សម្រាប់កែលំអកម្មវិធី។
- ជួយលើការងារគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដល់បុគ្គលិកនៅសេវា CoC (ពិសេសសេវា pre-ART

/ART) ដើម្បីធានាគុណភាពទិន្នន័យ (ការប្រមូល ការបញ្ចូល និងវិភាគទិន្នន័យ) និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ សម្រាប់គោលបំណង CQI

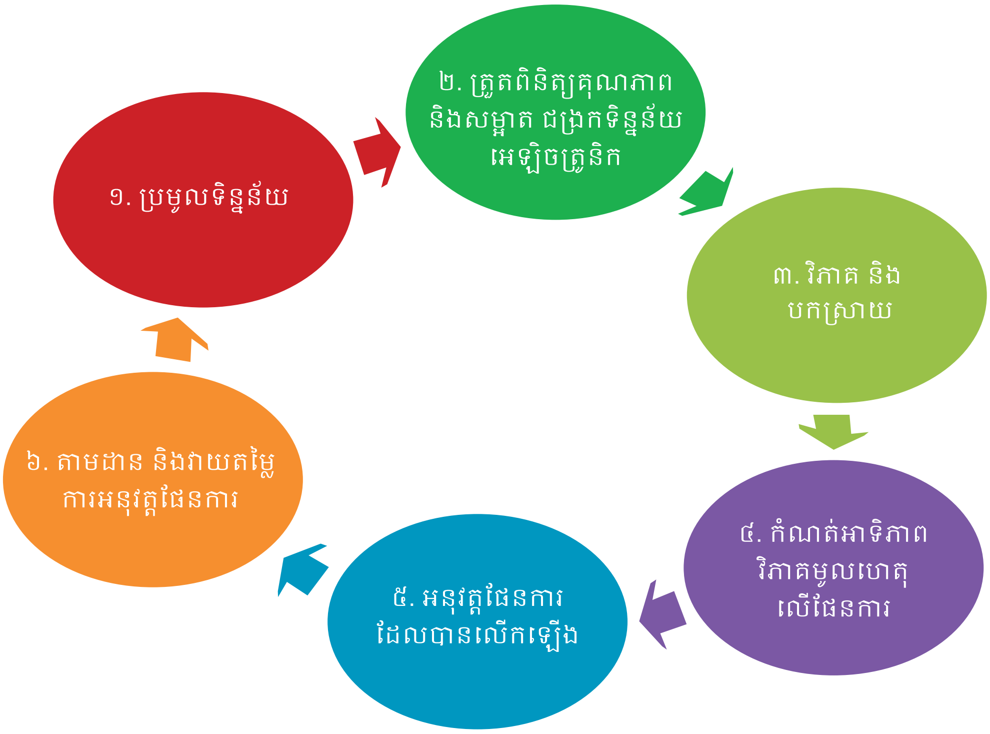
- សហការនិងសម្របសម្រួល ក្រុមការងារស្នូល CQI-CoC ថ្នាក់ជាតិក្នុងការសិក្សស្រាវជ្រាវ ប្រសិនបើជាចាំបាច់។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៖ ការអនុវត្ត CQI

ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នឹងធ្វើឲ្យអ្នកជំងឺអេដស៍អាចរក្សាបាននូវសុខភាពល្អ និងការរស់រានមានជីវិតជាធម្មតា។ ការកែលំអគុណភាពជាបន្ត នៃសេវាថែទាំព្យាបាលបន្ត មានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ មិនត្រឹមតែសម្រាប់លើកំពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នកជំងឺប៉ុណ្ណោះទេ តែវាក៏បានកំហិតនូវការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ និង កាត់បន្ថយនូវការចម្លងថ្មីផងដែរ។ គ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា នឹងអនុវត្តគោលការណ៍ CQI នេះ ដើម្បីរក្សានិងធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាក្នុងការថែទាំព្យាបាលសុខភាព ហើយការអនុវត្តនេះនឹងក្លាយទៅជាការអនុវត្តជាប្រចាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាគ្រប់រូប។

ការអនុវត្ត CQI នឹងតម្រូវការប្រមូល និងគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិពល និងបំលែងទិន្នន័យទាំងនេះទៅជាសូចនាករដែលនឹងផ្តល់នូវព័ត៌មានដ៏មានសារៈប្រយោជន៍អំពីនិន្នាការគុណភាពនៃសេវាថែទាំសុខភាពនៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART។ នៅក្នុងផ្នែកនេះ SOP នឹងពិពណ៌នាពីតំណាក់កាលនានា ក្នុងការអនុវត្តសកម្មភាព CQI (រូបភាពទី ៣)។

រូបភាព ៣. ដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តសកម្មភាព CQI-CoC



៩.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ

៩.១.១ ការប្រមូលទិន្នន័យសម្រាប់ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ រួមមាន ព័ត៌មានទូទៅ ព័ត៌មានគ្លីនិក និងព័ត៌មានមន្ទីរពិសោធន៍ ត្រូវប្រមូលជាប្រចាំ ដោយអ្នកផ្ដល់សេវា នៅពេលអ្នកជម្ងឺមកពិនិត្យម្តងៗនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART រួចកត់ត្រា ដោយពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវចូលឯកសារជំងឺ។

ព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺដែលអ្នកផ្ដល់សេវាប្រមូលក្នុងថ្ងៃនោះ ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងកុំព្យូទ័ររៀង រាល់ថ្ងៃដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART។

៩.១.២ ការប្រមូលទិន្នន័យលើក្រដាស់ (paper-database)

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលមិនមាននៅក្នុងទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក នឹងត្រូវប្រមូលលើក្រដាសរៀងរាល់ត្រីមាស ដូចជា កំណត់ត្រាការងាររបេង ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងប្រើប្រាស់ឱសថ។

៩.២ ត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក

៩.២.១ ការធានាគុណភាពដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ

អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ គួរបញ្ចូលព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺចូលទៅក្នុងទិន្នន័យ ក្នុងថ្ងៃផ្ដល់សេវា នោះ។ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព អាចធ្វើក្នុងដំណាក់កាលនេះដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ។ អ្នកបញ្ចូល ទិន្នន័យគួរអនុវត្តនូវសកម្មភាពដូចខាងក្រោម ដើម្បីធានាបានគុណភាពទិន្នន័យៈ

- មុនចាប់ផ្ដើមបញ្ចូលទិន្នន័យ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យគួរប្រៀបធៀបចំនួនឯកសារអ្នកជំងឺ មកទទួល សេវាប្រចាំថ្ងៃ ទៅនឹងបញ្ជីណាត់ជួបប្រចាំថ្ងៃដែរ។
- បញ្ចូលទិន្នន័យតាមកន្លែងដែលចាំបាច់ ដោយអនុលោមតាមនិយាម ស្តីពីការបញ្ចូលទិន្នន័យ បញ្ចូលទិន្នន័យ។
- ពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ បើពិនិត្យឃើញមានបាត់ទិន្នន័យ (មិនមានគូស ឬទុកទំនេរ។ល។) សំ ណេរមិនច្បាស់ ឬទិន្នន័យមិនស៊ីសង្វាក់គ្នា អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវកត់ត្រារាល់បញ្ហាទាំងអស់ ទៅក្នុងសៀវភៅសម្រាប់កត់ត្រាដែលបានផ្ដល់ជូន និងត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបញ្ចូល ទិន្នន័យនៅចុងថ្ងៃនោះ ឬនៅព្រឹកថ្ងៃបន្ទាប់។ ការកែតម្រូវទាំងនេះត្រូវធ្វើឱ្យរួចរាល់មុនចាប់ផ្ដើ មបញ្ចូលទិន្នន័យអ្នកជំងឺក្រុមបន្ទាប់ទៀត។
- បន្ទាប់ពីបញ្ចូលទិន្នន័យឯកសារអ្នកជំងឺសម្រាប់ថ្ងៃនោះរួចរាល់ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវពិនិត្យ លើភាពពេញលេញនៃកំណត់ត្រា និងគ្រប់អថេរទាំងអស់ទៅតាមការតម្រូវ។

ត្រូវតែមានវិធានការធានាគុណភាពទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក។ បុគ្គលិកដែលទទួលខុសត្រូវបញ្ចូលទិន្នន័យ នឹងកត់ត្រារាល់បញ្ហាដែលពួកគេជួបប្រទះនៅពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ ទៅក្នុងសៀវភៅសម្រាប់កត់ត្រាពិសេសមួយ។ បុគ្គលិកបញ្ចូលទិន្នន័យ នឹងជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា pre-ART/ART ដែលជាអ្នកផ្តល់ទិន្នន័យ ។

លើសពីនេះ ក្រុមការងារសេវា pre-ART/ART នឹងជួបប្រជុំជារៀងរាល់សប្តាហ៍ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីបញ្ហាដែលបានមាននៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ នៅពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ ដូចជាសំណេរមិនច្បាស់ លេខមិនច្បាស់ មិនមានទិន្នន័យនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ ជាដើម។ បញ្ហាទាំងនេះនឹង កត់ត្រានៅក្នុងសៀវភៅកត់ត្រា ដោយមានសេចក្តីបញ្ជាក់ អំពីដំណោះស្រាយដែលពួកគេបានប្រកាន់យក។

ការប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍មានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីធានាថា ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាពត្រូវបានប្រមូល បញ្ចូល និងប្រើប្រាស់។

បុគ្គលិកបញ្ចូលទិន្នន័យនឹងរក្សាទិន្នន័យទុកក្នុង នៅក្នុងកុំព្យូទ័របម្រុងជាទៀងទាត់ ដើម្បីសុវត្ថិភាពសំណុំទិន្នន័យ ទៅតាមការណែនាំរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ NCHADS ។

៤.២.២ ផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកដោយប្រើឯកសារក្រដាសរបស់អ្នកជំងឺ

ប្រធានក្រុម pre-ART/ART គួរអនុវត្តតាមជំហានដូចខាងក្រោមក្នុងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្ន័យៈ

- ជ្រើសយកឯកសារអ្នកជំងឺ ៥% ដោយការចាប់យកចៃដន្យពីក្នុងប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក
- ពិនិត្យមើលទិន្នន័យ ផ្ទៀងជាមួយនឹងឯកសារអ្នកជំងឺក្នុងក្រដាស់ ។
- នៅក្នុងផ្នែកនីមួយៗ ពិនិត្យរកមើលភាពខុសគ្នារវាងក្រដាសឯកសារ និងកំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិក ។
- កត់ត្រាទុកភាពខុសគ្នា ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ ស្វែងរកមូលហេតុនិងធ្វើការកែប្រែ ដើម្បីឲ្យវាត្រូវនឹងព័ត៌មានជាក់ស្តែងដែលមាននៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ និងបង្ការកំហុសដដែលនេះ កើតមានឡើងទៀតក្នុងអនាគត។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យ ត្រូវធ្វើឡើងជាទៀងទាត់ (ឧទារហណ៍ រៀងរាល់ខែ) ដោយប្រៀបធៀបទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ នឹងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ។

មន្ត្រី PASP គួរធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ត្រីមាស។ ក្រុមនេះគួរធ្វើការពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យទៅលើភាពពេញលេញ (ឲ្យច្បាស់ថាមិនមានបាត់ទិន្នន័យ ចំពោះអថេរដែលត្រូវការនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺនីមួយៗ និងមិនមានបាត់កំណត់ត្រា) កូដត្រូវគ្នា (ឲ្យច្បាស់ថាកូដដែលបញ្ចូល គឺដូចគ្នានឹងកូដដែលកត់ត្រានៅលើក្រដាស់ ឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ) និងត្រឹមត្រូវ (ឧទារហណ៍ ថ្ងៃខែដែលគេបញ្ឈប់ IPT វាមិនដែលដូចគ្នានឹងថ្ងៃខែដែលគេចាប់ផ្តើម IPT នោះទេ)។

ទិន្នន័យគួរតែត្រូវប្រមូល និងរាយការណ៍ឱ្យទាន់ពេល។

៤.២.៣ NCHADS នឹងមានការពិនិត្យមើល គុណភាពទិន្នន័យផងដែរ ក្នុងអំឡុងពេលផ្ដុំទិន្នន័យនៅមជ្ឈមណ្ឌល ដើម្បីរកមើលការបាត់ទិន្នន័យ ឬទិន្នន័យដែលមិនសមហេតុផល។ ការត្រួតពិនិត្យមើលទិន្នន័យនៅមជ្ឈមណ្ឌលនេះ អាចនឹងពង្រីកមើលទៅលើភាពពេញលេញ និង ភាពត្រឹមត្រូវរបស់អថេរសំខាន់ៗមួយចំនួនរបស់ CQI ដូចជាការរាប់ចំនួន CD4 និងការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគជាដើម។

៤.៣ វិភាគ និង បកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI

មានវិធីខុសៗគ្នាជាច្រើន ដែលទិន្នន័យ CQI គួរត្រូវបានត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំ។

ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្ដល់សេវា RT/ART ត្រូវបានជំរុញនិងលើកទឹកចិត្តឲ្យធ្វើការវិភាគបកស្រាយ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលពីទិន្នន័យផ្ទាល់របស់ពួកគេ ដើម្បីតាមមើលគុណភាពសេវារបស់ពួកគេ ដោយមានជំនួយសមស្របពី PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍនានានៅក្នុងខេត្ត ឱ្យបានតែញឹកញាប់ដែលពួកគេត្រូវការ។ ជាកម្រិតអប្បបរិមា ទីកន្លែងផ្ដល់សេវាគួរវិភាគ ដើម្បីតាមដានការសម្រេចរបស់ពួកគេនៅលើសូចនាករសំខាន់ៗមួយចំនួន ដូចជា៖

- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលស្លាប់
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបាត់មុខសម្រាប់ការតាមដាន
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យតាមការណាត់
- ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលនៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART នៅខែទី១២
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានពិនិត្យរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង
- អ្នភាគរយកជំងឺសមស្របដែលត្រូវរាប់បន្ទុកមេរោគ ហើយបានរាប់បន្ទុកមេរោគ
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគ ត្រូវបានបង្ក្រាប ។

ផ្ទាំងសូចនាកររបស់ CQI នៅតាមគ្លីនិក ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយ៉ាងទៀងទាត់ដោយផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ NCHADS នឹងជួយសម្រួលដល់ការពិនិត្យមើលសូចនាករទាំងនេះនៅ តាមគ្លី និក។

៤.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព

៤.៤.១ ការស្រាវជ្រាវបញ្ហា ដែលកំណត់បញ្ជាក់ដោយការវិភាគសូចនាករ

ដោយប្រើតារាងសង្ខេប ប្រចាំថ្ងៃនៃកន្លែងផ្ដល់សេវា ក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងសេវាត្រូវរៀបចំបញ្ជីឈ្មោះអ្នកជំងឺដែលត្រូវតាមដានភ្លាមៗ ឧទាហរណ៍ អ្នកជំងឺមិនបានចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយ ART ក្នុងអំឡុងពេល១៥ថ្ងៃ អ្នកជំងឺដែលយឺតលើសពេលថ្នាំបម្រុង អ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្ត VL លើសពី ១០០០ copies/ml អ្នកជំងឺបាត់មុខ ឬ អ្នកជំងឺមិនមានឬបាត់បង់ទិន្នន័យសំខាន់ៗចាំបាច់។ល។ បញ្ជីទាំងនេះត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងកំណត់ថាតើវាជាបញ្ហាទាក់ទងនឹងទិន្នន័យ ឬជាបញ្ហារបស់ប្រព័ន្ធ

កន្លែងផ្តល់សេវា ឬទាក់ទងនឹងអ្នកផ្តល់សេវា ឬជាបញ្ហារបស់អ្នកជំងឺ។ នៅពេលនោះ ផែនការសកម្មភាពគួរត្រូវបានរៀបចំទៅតាមបញ្ហាទាំងនោះ ដើម្បីដោះស្រាយសម្រាប់ធ្វើការកែលំអឲ្យប្រសើរឡើង (សូមមើលឧទាហរណ៍ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៤) ។

នៅរៀងរាល់ត្រីមាស ក្រោយពីការត្រួតពិនិត្យ CQI Dashboard ប្រចាំត្រីមាស ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ប្រធានផ្នែក និង ប្រធាន PASP នឹងរៀបចំកិច្ចប្រជុំ ដើម្បីពិនិត្យមើលលទ្ធផល និង កំណត់រក "ចំណុចប្រកាសអាសន្ន" ដើម្បីកំណត់បញ្ហាដែលបរាជ័យមិនបានសម្រេចតាមគោលដៅលទ្ធផលដែលកំណត់ទុក ឬគោលដៅលទ្ធផលអវិជ្ជមានកើតមានឡើងលើលពីការកំណត់ទុក។

វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង នូវទំនាក់ទំនងរវាងក្រុមគ្រូពេទ្យ ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្សេងទៀត ក្រុមគាំទ្រសហគមន៍ និងក្រុមគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដើម្បីធានាឲ្យមានការចូលរួមដ៏ល្អ ក្នុងដំណើរការរបស់ CQI នេះ។

៤.៤.២ការវិភាគបញ្ហា និង ការរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានកំណត់

ក្រុមការងារ CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART ត្រូវធ្វើការងាររួមគ្នា ដើម្បីកំណត់រកឬសគល់នៃបញ្ហា និងកំណត់រកដំណោះស្រាយសមស្របចំពោះបញ្ហាទាំងនោះ។ វាអាចមានបញ្ហាជាច្រើនកើតមានឡើងនៅក្នុងត្រីមាសនោះ ដូចនេះក្រុម ចាំបាច់ត្រូវជ្រើសយកបញ្ហាជាអាទិភាព ដោយផ្អែកលើចំណុចចាំបាច់នានាដូចជា ទំហំនៃបញ្ហាថា តើវាប៉ះពាល់ខ្លាំងក្លាយ៉ាងណាទៅលើគុណភាពសេវា វាជាមូលហេតុបង្កការស្លាប់ដែរឬទេ? តើបញ្ហានេះមានសក្តានុពលនាំទៅរកបញ្ហាផ្សេងទៀតដែរឬទេ? និងលទ្ធភាពដំណោះស្រាយជាដើម។ លក្ខខណ្ឌពិសេសចំនួនបី ត្រូវបានប្រើសំរាប់ចាត់អាទិភាពបញ្ហាគឺ: **សំខាន់ បន្ទាន់ និងអាចធ្វើបាន។**
ក្រោយជ្រើសយកបញ្ហាដែលជាអាទិភាពចំបងរួចហើយ ក្រុមការងារ នឹងវិភាគស៊ីជម្រៅបន្ថែមទៀត រកមើលមូលហេតុ ដោយគ្រាន់តែលើកសំណួរយ៉ាងសាមញ្ញថា តើអ្វីបង្កឲ្យមានបញ្ហានេះ? ។ ក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ដោយមានការគាំទ្របច្ចេកទេសពី PASP និង/ឬដៃគូអភិវឌ្ឍនឹងរៀបចំផែនការសកម្មភាព ដើម្បីដោះស្រាយឫសគល់នៃបញ្ហា។ ផែនការសកម្មភាពនឹងត្រូវរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

- ទាក់ទង ត្រូវនឹងបញ្ហាដែលបានរកឃើញ
- អាចធ្វើទៅបាន
- អាចសមាហរណកម្មជាមួយនឹងសកម្មភាពដទៃៗទៀតដែលមានស្រាប់
- មានប្រសិទ្ធភាព
- ងាយនឹងផ្តោតគោលដៅ
- តម្លៃវាសមនឹងលទ្ធផល
- ងាយស្រួលក្នុងការវាយតម្លៃ

ផែនការសកម្មភាពគួរតែជាក់លាក់អំពីជំហានចាំបាច់នានា ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវសូចនាករដែលមានបញ្ហា និងមានកាលវេលាលំដាប់លំដោយសម្រាប់សកម្មភាពដែលបានគ្រោងទុក។ ក្រុមគួរត្រូវ

បានជំរុញ និងលើកទឹកចិត្តឲ្យប្រើប្រាស់ តារាងដំណោះស្រាយបញ្ហា (solving matrix) ដែលមានភ្ជាប់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ ៣ (មើលឧទាហរណ៍ ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ ៨)។ ខាងក្រោមនេះ ជាឧទាហរណ៍មួយចំនួនអំពីមូលហេតុទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានីមួយៗ។

ឧទាហរណ៍ ១៖

ប្រសិនបើអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole ត្រូវបានរកឃើញ ថានៅទាប ក្រុមការងារគួរសួរថា តើមានកង្វះខាតការយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំក្នុងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ឬដោយសារកង្វះខាតថ្នាំ។ អាស្រ័យលើការរកឃើញនេះបុគ្គលិកពី PASP អាចផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នដល់បុគ្គលិកគោលដៅ ឬបុគ្គលគ្រប់គ្រងសម្ភារៈបរិក្ខារ អាចពិនិត្យមើលចំណុចដែលត្រូវកែលំអ លើការប៉ាន់ប្រមាណនិង ដំណើរការនៃការផ្គត់ផ្គង់។

ឧទាហរណ៍ ២៖

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនមកតាមការណាត់បានល្អ ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាថា តើបញ្ហានេះ អាចបណ្តាលមកពីការផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យមកទទួលការព្យាបាល ជាប់លាប់ធ្វើមិនបានល្អ និង/ឬ មិនសូវមានការចូលរួមរបស់សហគមន៍/ក្រុមជួយខ្លួនឯង។ ការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬការលើកកម្ពស់ការចូលរួមរបស់សហគមន៍/ក្រុមជួយខ្លួនឯងនឹងត្រូវបាន ធ្វើទៅតាមនោះដែរ។

ឧទាហរណ៍ ៣៖

ប្រសិនបើភាគរយអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត VL មានកំរិតទាប ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាលើមូលហេតុនានាដែលអាចកើតមាន ដូចជា គ្រូពេទ្យមិនដឹងពីលក្ខខណ្ឌថាពេលណា ដែលអ្នកជំងឺត្រូវធ្វើតេស្ត VL មានដាច់ការផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារសម្រាប់តេស្ត VL ។ល។ ស្រដៀងគ្នាដែរ បញ្ហាទី១ អាចនឹងទទួលបានវគ្គបំប៉ន ហើយសម្រាប់បញ្ហាទី ២ គឺត្រូវដោះស្រាយឧបស័គ្គខ្សែសង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់។

នៅក្នុងស្ថានភាពណាក៏ដោយ ដែលត្រូវការការគាំទ្រពីក្រុម PASP ឬក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ត្រូវតែធ្វើការទាក់ទងភ្លាមៗឲ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីធ្វើការវិភាគស៊ីជម្រៅទៅលើសូចនាករនោះ និងបញ្ហាដែលទាក់ទង ហើយនឹងរៀបចំផែនការ ដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយនឹង PASP ព្រមទាំងក្រុមនៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART។

៩.៥ ការអនុវត្តសំណើផែនការសកម្មភាព

នៅពេលដែលផែនការសកម្មភាពបានរៀបចំរួចហើយ ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART នឹងអនុវត្តវាទៅតាមអ្វីដែលបានរៀបចំនោះ ដោយមានការជួយសម្របសម្រួលពី PASP និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា។

៩.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព

ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART PASP និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា នឹងតាមដានលើការ

អនុវត្តផែនការសកម្មភាព ដើម្បីមើលថាតើផែនការនេះមានប្រសិទ្ធភាព ទៅលើបញ្ហាដែលគេបានកំណត់នោះដែរឬទេ ?។

- ប្រសិទ្ធភាពរបស់ផែនការសកម្មភាពនឹងត្រូវឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់។ ប្រសិនបើផែនការ និងសំណើសកម្មភាពរបស់វាមានប្រសិទ្ធភាព ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវានឹងកត់សំគាល់នូវការរីកចម្រើនចំពោះសូចនាករដែលពាក់ព័ន្ធ។
- ប្រសិនបើ ផែនការសកម្មភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពទេនោះ សូចនាករនៅតែបន្តបង្ហាញមាននិន្នាការអន់ខ្សោយ វាអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវប្រាប់ពីកង្វល់ដល់ក្រុមការងារសម្រួល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការកែតម្រូវផែនការសកម្មភាពដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយនឹងក្រុមនេះ (មើលឧបសម្ព័ន្ធ ៥ - របាយការណ៍តាមដាន)។
- ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវាត្រូវកត់ត្រា និងរាយការណ៍ពីលទ្ធផលនៃផែនការសកម្មភាពជាប្រចាំ រៀងរាល់ត្រីមាស។

៤.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ

បញ្ជីសូចនាករដូចតទៅនេះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់ក្នុងការវាយតម្លៃ និងតាមដានគុណភាព ទិដ្ឋភាពផ្សេងៗរបស់សេវាថែទាំបន្តដែលបាននិងកំពុងផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺអេដស៍/អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយរាប់ទាំងសេវាដែលកំពុងផ្តល់នៅកន្លែង pre-ART/ART ក៏ដូចជាការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយទិដ្ឋភាពផ្សេងៗទៀតនៃការផ្តល់សេវា ដូចជាការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក និងជំងឺរបេងជាដើម។

៤.៧.១ សូចនាករមរណៈភាព

១. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART ដែលបានស្លាប់

២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលការព្យាបាល pre-ART ដែលបាត់មុខសម្រាប់ការតាមដាន ។

៤.៧.២ សូចនាករនៃគុណភាពសេវា

៣ក. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង

៣.ខ ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត តែនៅក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង

៣គ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៣.ឃ ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ជួប ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៤. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលត្រូវលក្ខខណ្ឌទទួលការព្យាបាល ARTបានទទួល ART ក្នុងអំឡុង១៥ថ្ងៃ

៥.ក ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ៣៥០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ CXT

៥.ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole

៦. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលនៅបន្តទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅអំឡុងពេល១២ខែ

៧. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកទទួលសេវា pre-ART/ART ហើយបានទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញារបេង នៅថ្ងៃមកពិនិត្យចុងក្រោយ

៨.ក ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកទទួលសេវា pre-ART/ART ហើយបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ INH

៨.ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកទទួលសេវា pre-ART/ART បានបញ្ចប់ការព្យាបាល IPT ដោយជោគជ័យ រយៈពេល ៦ខែ

៩. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រាមុនចាប់ផ្តើម ART

១០ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោច១ដង នៅរយៈពេល៦ខែ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តឱសថ ARV

១០ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួល ART បាន១២ខែឬលើស ហើយបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោច១ដង ក្នុងរយៈពេល១២ខែចុងក្រោយ

១០គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ បានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោច១ដង បន្ទាប់ពីរយៈពេល៣ខែ(៣-៤ខែ) នៃលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលគេអាចមើលឃើញមេរោគ (VL detected)

១០ឃ.ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន VL detected បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាពង្រឹងការលេបថ្នាំឱ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (EAC លើកទី១, ទី២, ទី៣) និងផ្តល់ការគាំទ្រ

១០ង. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន VL detected បានត្រឡប់មកធ្វើតេស្ត VL តាមដាន ក្នុងរយៈពេល ៣-៦ខែ បន្ទាប់ពីលទ្ធផលតេស្ត VL detected លើកដំបូង

១០ច. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួល ART ដែលមានឯកសារតេស្ត VL ≥ 1000copies/ml ចំនួនពីរលើក ហើយបានប្តូររូបមន្តជួរទី២ ក្នុងរយៈពេល៦ខែឬតិចជាង ក្រោយលទ្ធផល VL detected ដំបូង

១១. ភាគរយនៃខែក្នុងឆ្នាំដែលមិនមានការដាច់ស្តុកឱសថ ARV ។

៤.៧.៣ សូចនាករនៃការរកឃើញករណី និងការបង្ការ

១២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺរបេងថ្មី ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

១៣. ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន

១៤. ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ហើយបានទទួល ART ។

៤.៨ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព កែសម្រួលសូចនាកររបស់ CQI

- ក្រុមការងារ CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬការកែសម្រួលនូវសូចនាករ CQI

ជំពូក ៥៖ បណ្ដាញភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត

បើទោះជា ការងារកែលំអគុណភាពជាបន្ត ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ ដោយផ្ដោតទៅលើគុណភាពនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ក៏ដោយ ក៏សកម្មភាព CQI ជាច្រើនអាចនឹងមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងផ្នែកផ្សេងៗទៀតនៃការថែទាំបន្ត ឧទាហរណ៍ ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ កន្លែងផ្ដល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគអេដស៍ ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺរបេង និងផ្នែកបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនជាដើម។ ខាងក្រោមនេះជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗស្ដីពីបណ្ដាញភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត៖

៥.១ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍

កន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART ជួបអ្នកជំងឺស្ទើរតែទាំងអស់ដែលអ្នកជំងឺត្រូវមកតាមការណាត់ជួប។ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍អាចសហការជាមួយកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART ដើម្បីផ្ដល់ព័ត៌មានត្រឡប់ និងការកែលំអសេវាទាំងនេះ។ ការសហការជាមួយក្រុមការងារសហគមន៍ អាចដោះស្រាយបញ្ហាដូចជា៖

- ការបាត់មុខពីការតាមដាន៖ ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះអាចនឹងត្រូវការប្រមូលព័ត៌មាន ថាតើមានអ្វីបានកើតមានឡើង ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបាត់មុខទាំងនេះ ហើយជួយធ្វើអន្តរាគមន៍នានា ដើម្បីកាត់បន្ថយការបាត់មុខនេះ។
- ការគោរពតាមការព្យាបាល៖ វិធានការមួយចំនួនត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែប្រសើរឡើង នូវភាពទៀងទាត់ជាប់លាប់ទៅនឹងការព្យាបាល។ តែក៏មានបញ្ហាផ្សេងៗទៀត ដែលតម្រូវឲ្យក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ធ្វើការវាយតម្លៃ និងរៀបចំឲ្យមានការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍ដើម្បីឲ្យមានភាពទៀងទាត់ជាប់លាប់ នេះកាន់តែប្រសើរឡើង។

៥.២ ការសម្រាកពេទ្យ

ការស្រាវជ្រាវមើលអត្រាសម្រាកពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺ pre-ART/ART អាចត្រូវការទិន្នន័យពីសេវាសម្រាកពេទ្យ ប្រសិនបើ ទិន្នន័យទាំងនេះមិនបានកត់ត្រាជានិច្ចជាកាលទុកនៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ pre-ART/ART ទេនោះ។ ជាងនេះទៅទៀត ការពិនិត្យលើឯកសាររបស់មន្ទីរពេទ្យ អាចរកឃើញការខ្វះចន្លោះនៃសេវាធ្វើតេស្ដរកមេរោគអេដស៍។ ជាឧទាហរណ៍ គេអាចរកឃើញថា មានអ្នកជំងឺជាច្រើនសម្រាកពេទ្យ ឬក៏មានការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុង រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំមុន តែមិនបានធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគអេដស៍ទេ។ ក្នុងករណីនេះ គេគួរធ្វើការពង្រឹងទៅលើការបញ្ជូនក្នុងកម្មវិធី TB-HIV ឬក៏ការធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្ដួចផ្ដើមដោយអ្នកផ្ដល់សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ ។ ក្នុងករណីនេះ អន្តរាគមន៍មិនមែននៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART នោះទេ។

៥.៣ ការផ្ដល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT)

ការស្រាវជ្រាវលើអ្នកជំងឺដែលមករកសេវា pre-ART/ART ដោយបង្ហាញមុខឃើតយ៉ាវ (ចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប) អាចនឹងរកឃើញថា អ្នកខ្លះធ្លាប់បានធ្វើតេស្ដ និងដឹងថាខ្លួនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍តាំងពីយូរមកហើយ មុនពេលមករកការព្យាបាលនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART នេះ។ ប្រសិនក្នុងករណីនេះមែន អន្តរាគមន៍អាចនឹងត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែង VCCT តាមរយៈការកែលំអការផ្ដល់ប្រឹក្សា និងការបញ្ជូន។

៥.៤ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន

រាល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ ដែលទើបរកឃើញថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ HIV(+) ដោយកម្មវិធី PMTCT គួរតែត្រូវចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART ហើយត្រូវផ្ដល់ថ្នាំ ARV យ៉ាងលឿនបំផុត ប្រសិនបើពួកគាត់ត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ជាការប្រពៃបំផុតដែលសេវានេះត្រូវបានធ្វើនៅកន្លែងពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងផ្នែកសម្ភព។

៥.៥ សេវារបេង/អេដស៍ (TB/HIV)

ចំនួនអ្នកជំងឺថ្មីដែលគេដឹងថាមានជំងឺរបេងសកម្ម នៅពេលចុះឈ្មោះនៅសេវា pre-ART បានបង្ហាញលទ្ធផលមេរោគអេដស៍រាយការណ៍ដោយផ្នែករបេង នៅពេលបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកធ្វើតេស្ដរកមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើ ចំនួននេះទាបជាងចំនួនរាយការណ៍ដោយកម្មវិធី TB/HIV នោះទិន្នន័យកម្មវិធីរបេងមានកំហុស ឬក៏អ្នកជំងឺមិនបានចុះឈ្មោះនៅសេវា pre-ART ក្រោយតេស្ដឃើញ HIV(+)។

៥.៦ ការបង្ការជំងឺកាមរោគ

ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ត្រូវបានរាយការណ៍ថា មានអត្រាធ្វើតេស្ដឈាមរកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ដូចនេះ ចំនួនដ៏ច្រើន ឬក៏ភាគច្រើននៃអ្នកដែលមាន HIV(+) បានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ហើយត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅសេវា pre-ART/ART។ ការពិនិត្យមើលលើចំនួនអ្នកជំងឺនៅសេវា pre-ART/ART អាចនឹងដឹងពីប្រភាគនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺជាស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត ប្រៀបធៀបទៅនឹងចំនួនរំពឹងទុក ឬប្រភាគនៃអ្នកជំងឺជាស្ត្រីដែលធ្លាប់ ឬបច្ចុប្បន្នជាស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត នឹងផ្ដល់ព័ត៌មានជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដំណើរការដែលស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងនេះ សម្រេចចិត្តបន្ត ឬបញ្ឈប់អាជីវកម្មផ្លូវភេទរបស់ខ្លួន។

៥.៧ វិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាលើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (BIACM)

គ្រប់ករណីថ្មីទាំងអស់ ទោះរកឃើញនៅសហគមន៍ ឬនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល គួរផ្សាភ្ជាប់ពីការធ្វើតេស្ដប្រតិកម្ម រហូតដល់ដំណើរការធ្វើតេស្ដបញ្ជាក់ និងចុងក្រោយគឺបានចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្ដល់សេវា pre-ART/ART។ ជាឧទាហរណ៍ ការពិនិត្យមើលពីដំណើរការនេះវាមានប្រយោជន៍ ប្រសិនបើអ្នក

ជំងឺមកទទួលសេវាមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប។ លើសពីនេះ អ្នកគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍ BIACM ត្រូវប្រើតារាង dashboard ដែលគេបានរៀបចំជាក់លាក់សម្រាប់តាមដានក្នុងដំណាក់កាលទាំងនេះ មុនពេលបានចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre- ART/ART។ ទិន្នន័យ BIACM គួរត្រូវបានត្រួតពិនិត្យរួមគ្នាជាមួយទិន្នន័យ CQI ពីពេលមួយទៅពេលមួយ ដើម្បីធានាភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមល្បាក់សេវានីមួយៗតាំងពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរហូតដល់ការថែទាំព្យាបាល។

ការរៀបរាប់ត្រួសៗខាងលើនេះ គ្រាន់តែផ្តល់ជាឧទាហរណ៍អំពីទំនាក់ទំនងដែលអាចមាន រវាង CQI សម្រាប់សេវា pre-ART/ART និងសេវាផ្សេងៗទៀតប៉ុណ្ណោះ។ បើតាមបទពិសោធន៍ ដែលទទួលបានពី CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART គេក៏ឃើញមានទំនាក់ទំនង រវាងសេវា pre-ART/ART និងសេវាផ្សេងៗទៀតផងដែរ។ ខណៈដែលសកម្មភាព CQI ជាច្រើនត្រូវប្រព្រឹត្តទៅនៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART ក្រុម CQI-COC ក៏ត្រូវដឹងផងដែរពីឱកាសដើម្បីភ្ជាប់ CQI ទៅនិងសេវាផ្សេងៗទៀត។

ជំពូក ៦៖ ការតាមដាន អភិបាល ការរាយការណ៍ និងការបណ្តុះបណ្តាល

៦.១ ការតាមដាន និងការអភិបាល

គោលបំណងចំបងរបស់ការតាមដាន និងការអភិបាល គឺជាការគាំទ្រដល់ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីធានាគុណភាពទិន្នន័យ និងសេវា។

ក្រុមការងារ PASP គួរដាក់កាលវិភាគចុះតាមដាននិងអភិបាលក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART យ៉ាងហោចមួយដងក្នុងមួយត្រីមាស នៅក្នុងតំណាក់កាលដំបូង នៃការអនុវត្តCQI។ បន្ទាប់មក ក្រោយពេលដែលក្រុមនៅកន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART មានការយល់ដឹងច្រើនពីដំណើរការហើយ (ឧទាហរណ៍ បានចូលរួមសិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស CQI យល់ដឹងពីការប្រើ CQI dashboard ប្រចាំថ្ងៃ) ក្រុមការងារ PASP គួរចុះតាមដាននិង អភិបាលជារៀងរាល់៦ខែវិញ។

ក្រុមការងារ CQI Core Group ថ្នាក់ជាតិ គួរដាក់កាលវិភាគរួមគ្នាជាមួយក្រុមការងារថ្នាក់ PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍដែលធ្វើការក្នុងតំបន់នោះ ចុះតាមដាននិងអភិបាលទៅតាមការចាំបាច់។

ក្នុងអំឡុងពេលចុះតាមដាននិងអភិបាល ក្រុមអភិបាលគួរផ្តល់ការគាំទ្រចាំបាច់នានា រួមមាន៖

- ធានានូវភាពពេញលេញរបស់ទិន្នន័យ គឺថារាល់ទិន្នន័យដែលត្រូវការចាំបាច់ ពីអ្នកជំងឺម្នាក់ៗដែលបានចុះបញ្ជី គឺមានគ្រប់គ្រាន់
- ធានានូវភាពត្រូវគ្នារបស់ទិន្នន័យ រវាងឯកសារអ្នកជំងឺនៅក្នុងក្រដាស និង ជង្រុកទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក។
- ធានាថាទិន្នន័យដែលត្រូវការ អាចរកបានពីសេវាផ្សេងៗ ដូចជា របេង និងសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។
  ធានាថាមានសៀវភៅនិងប្រើប្រាស់សៀវភៅនេះសម្រាប់កត់ត្រាបញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ
- ធានាថា នៅតាមកម្រិតនីមួយៗ អាចវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើទិន្នន័យ ។

៦.២ របាយការណ៍

ប្រធានក្រុមសេវា pre-ART/ART ត្រូវផ្ញើទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកទៅ PASP ដែលនឹងធ្វើការពិនិត្យ និងវិភាគទិន្នន័យពីគ្រប់សេវា pre-ART/ART ទាំងអស់ នៅក្នុងខេត្តរបស់ខ្លួន។ PASP គួរវិភាគសូចនាករដែលត្រូវការសម្រាប់កែលំអគុណភាព នៅសេវា pre-ART/ART និងបញ្ជូនព័ត៌មានត្រលប់ទៅសេវា pre-ART/ART វិញ រៀងរាល់ត្រីមាស និង មុនពេលរៀបចំសិក្ខាសាលាប្រចាំត្រីមាស ។

PASP បញ្ជូនទិន្នន័យទៅផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅ NCHADS ដែលជាអ្នកចែករំលែកទិន្នន័យ ជាទៀងទាត់ទៅផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (ACU) សម្រាប់គោលបំណងសកម្មភាពបន្ត និង គុណភាពនៃការថែទាំ និងទៅផ្នែកពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀតរបស់ NCHADS។ ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់អំពីលទ្ធផលវិភាគទិន្នន័យការងារ CQI-COC ដល់ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ មានសារៈសំខាន់ ដើម្បីលើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋាន។

នៅរៀងរាល់ត្រីមាស ក្រុម CQI-COC នៅសេវា pre-ART/ART រាយការណ៍ទៅ PASP ពីការវិវឌ្ឍរបស់សូចនាករ CQI សកម្មភាពតាមដាន សម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហាក្នុងត្រីមាសមុន រាយការណ៍ពីបញ្ហា និងកត្តាប្រឈម និងផែនការសកម្មភាពសម្រាប់ត្រីមាសបន្ទាប់។ របាយការណ៍លទ្ធផល គួរតែដាក់ចូលទៅក្នុងគេហទំព័ររបស់ NCHADS។ ដូចនេះ គ្រប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងឡាយអាចនឹងរៀនសូត្រពីការអនុវត្ត CQI ហើយសេវា pre-ART/ART ផ្សេងៗ អាចរៀនពីគ្នាទៅវិញទៅមក។

កន្លែងផ្តល់សេវា pre-ART/ART ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យបោះពុម្ពលទ្ធផលការអនុវត្តន៍ ការវិភាគបញ្ហា និងសកម្មភាពតាមដាន CQI របស់ខ្លួន រួចបិទត្រង់កន្លែងដែលងាយមើលឃើញ។

៦.៣ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលំអគុណភាពជាបន្ត

- ក្រុម PASP នឹងជួបជាមួយសមាជិកក្រុម CQI-COC មកពីសេវា pre-ART/ART ទាំងអស់ក្នុងកិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរួមគ្នា ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលជាទូទៅនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលំអគុណភាពបន្ត នៅកន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ។
- កន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗនឹងបង្ហាញសូចនាករ CQI ការកែលំអគុណភាពបន្ត ព្រមទាំងរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃជង្រុកទិន្នន័យ ART របស់ថ្នាក់ជាតិ ក្នុង៤ត្រីមាសកន្លងទៅដោយបង្ហាញពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃគុណភាព ផែនការសកម្មភាពដែលបានរៀបចំ និងលទ្ធផល និងប្រសិទ្ធិភាពនៃផែនការសកម្មភាពទាំងនោះ។

អាស្រ័យលើរបាយការណ៍ទូទៅពីសេវា pre-ART/ART នីមួយៗ ក្រុមការងារ PASP នឹងវាយតម្លៃថាតើការសម្រេចបាននោះយ៉ាងដូចម្តេច ដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងកម្មវត្ថុទូទៅ និងជាក់លាក់របស់ CQI-COC។ គេនឹងពិភាក្សាអំពីបញ្ហាគុណភាពនានាដែលអាចកើតមាន ក្នុងពេលអនុវត្តផែនការរបស់ CQI ដូចជាបញ្ហា ប្រមូលនិងផ្ទុំទិន្នន័យ ការគណនា និង ភាពសមស្រប ក៏ដូចជាការកែប្រែ ឬបន្ថែមសូចនាករដែលចាំបាច់។ ក្រុមការងារ PASP នឹងទាក់ទងក្រុមការងារស្នូលថ្នាក់ជាតិ (National Core CQI-COC) ចំពោះបញ្ហាណា ដែលពួកគេមិនអាចដោះស្រាយបាន។

៦.៤ ការបណ្តុះបណ្តាល និង ការកសាងសមត្ថភាព

ធនធានដ៏សំខាន់បំផុតរបស់ CQI គឺជាធនធានមនុស្សនៅក្នុងប្រព័ន្ធទាំងមូលដែលប្រឹងប្រែងចំពោះការងារ។ បុគ្គលិកទាំងនេះគឺជាគន្លឹះឆ្ពោះទៅរកជោគជ័យ និងកិច្ចប្រឹងប្រែងក្នុងការងារកែលំអគុណភាពប្រកបដោយនិរន្តរភាព។

កម្លាំងការងារ CQI គឺរាប់បញ្ចូលអ្នកទាំងឡាយដែលបានរួមចំណែក ដល់ការបំពេញបេសកម្មនិងសេវាកម្មរបស់អង្គភាព ដោយមិនគិតពីការងារជំនាញ ឬការងារស្ម័គ្រចិត្តឡើយ។ កម្លាំងការងារនេះ អាចនឹងធ្វើឲ្យមានថាមពលនិងជាកម្លាំងចលករ ក្នុងការអភិវឌ្ឍ និងប្រើសក្តានុពលពេញលេញ ដើម្បីសម្រេចនូវទស្សនៈវិស័យរបស់ស្ថាប័ននៅមូលដ្ឋាន តាមតំបន់ ឬប្រទេសទាំងមូល នៅក្នុងពេលអនាគត។ ដើម្បីឲ្យការងារនេះសម្រេចទៅបាន ស្ថាប័នត្រូវផ្តល់ឱកាសដើម្បីធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងដល់ការអនុវត្តការងារ ក៏ដូចជាការលូតលាស់របស់បុគ្គលលើជំនាញវិជ្ជាជីវៈ។

៦.៥.១ សិក្ខាសាលាតំរង់ទិសស្តីពីនិយាមបែបបទ (SOP)

ដើម្បីអនុវត្តការងារ CQI-CoC ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព សមាជិកនិងបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធនៃក្រុមការងារ CQI នៅគ្រប់កម្រិត ត្រូវទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលពីរថ្ងៃ អំពីនិយាមបែបបទ CQI ។ នៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាល សិក្ខាកាមនឹងអាចៈ

- យល់ដឹងពីគោលបំណងរបស់កម្មវិធី CQI
- យល់ដឹងពីវដ្ត(cycle) និងជំហាននៃការអនុវត្ត CQI
- អនុវត្តតាមនីតិវិធី ដែលមានចែងក្នុង SOP
- អភិវឌ្ឍផែនការសម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធី CQI នៅថ្នាក់ខេត្ត និងផែនការជាក់លាក់ នៅកន្លែងផ្តល់សេវា។

៦.៥.២ ការបណ្តុះបណ្តាលស្តីពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

សមាជិកក្រុមការងារ CQI-COC ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសនិងធ្វើការទាក់ទងនឹងទិន្នន័យ នឹងត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេល៣ថ្ងៃ ដែលនឹងផ្តល់ឲ្យពួកគាត់នូវចំណេះដឹង និងជំនាញមូលដ្ឋានក្នុងការធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ។ នៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះ សិក្ខាកាមនឹងអាចៈ

- អនុវត្តគោលការណ៍គុណភាពទិន្នន័យ ក្នុងការប្រមូលនិងគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ
- ប្រើប្រាស់ទម្រង់បញ្ចូលទិន្នន័យ Set Database ដែលអាចឲ្យបញ្ចូលទិន្នន័យ និងរក្សាទិន្នន័យបម្រុងទុក ។
- យល់ដឹងពីរបៀបការពារទិន្នន័យ
- រៀបរាប់បាននូវក្បួនច្បាប់ បញ្ញត្តិ និង/ឬគោលនយោបាយនានាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ ឬធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ
- យល់ដឹង ពីគុណសម្បត្តិ និងគុណវិបត្តិ ក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព
- វិភាគ (ដើម្បីរកចម្លើយចំពោះសំណួរនានាទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃនៅកន្លែង

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលំអគុណភាពបន្ត

I សូចនាករមរណៈភាព

១. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះឈ្មោះនៅក្នុងសេវា ART ដែលបានស្លាប់	
ការពិពណ៌នា	% នៃអ្នកជំងឺអេដស៍បានចុះបញ្ជីបានស្លាប់
គោលបំណង	ដើម្បីតាមមើលគុណភាពកម្មវិធី ART
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ស្លាប់ទាំងអស់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនសរុបអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះបញ្ជីព្យាបាលដែលត្រូវបានគេដឹងថាស្លាប់ នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស, 15+ប្រុស, <15ស្រីl, 15+ស្រី; ស្ថានភាពប្រើប្រាស់ ART: pre-ART, ART
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺ ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវាលាសម្រាប់គ្លីនិក pre-ART/ART នីមួយៗ។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យកដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុស្លាប់ និងបន្ទាប់មក ធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិ ឬប្រសិនបើអាត្រានៃការស្លាប់កើនឡើង។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាដែលគេមិនអាចសង្គ្រោះ អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់បានក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឲ្យខ្លាំងក្លា ក្នុងការផ្តល់នូវសេវាប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការស្លាប់ឲ្យនៅតិចបំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការស្លាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួល ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេចដែលអាចកាត់បន្ថយការស្លាប់ ហើយបន្ទាប់មកអនុវត្តការផ្លាស់ប្តូរនានានោះតាមតែអាចធ្វើទៅបាន។

២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល Pre-ART/ART ដែលបាត់មុខសម្រាប់ការតាមដាន	
ការពិពណ៌នា	ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍ដែលត្រូវបានគេចាត់ថា បាត់មុខសម្រាប់ការ តាមដាននៅគ្លីនិក ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ។ អ្នកជំងឺទាំងនេះ មិនបានចាត់ថាស្លាប់, បញ្ជូនចេញ ឬ បញ្ឈប់ ART នោះទេ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានគុណភាពកម្មវិធី ART និងភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយកនិងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍បាត់មុខសរុប នៅក្នុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍ "អ្នកជំងឺអេដស៍បាត់មុខ" ត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិថាជាការបាត់មុខយ៉ាង ហោចណាស់បីខែក្រោយការណាត់ចុងក្រោយ (next appointment date) និងមិនបានចាត់ទុកថាបញ្ជូនចេញ ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប កំពុងទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងគ្លីនិក នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺ ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក Pre-ART/ART ។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យក ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុបាត់មុខ និងបន្ទាប់មកធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិឬកើនឡើងតាមពេលវេលា។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាគេមិនអាចសង្គ្រោះ អ្នកជំងឺទាំងអស់បានយ៉ាងណាក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឲ្យខ្លាំងក្លា ក្នុងការផ្តល់នូវសេវាថែទាំប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការបាត់មុខឲ្យនៅតិច

	បំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការបាត់មុខ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួល ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេច ដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺឲ្យទទួលការព្យាបាលឱ្យបានទៀងទាត់ជាប់លាប់។

II សូចនាករគុណភាពសេវា

៣. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកពិនិត្យតាមការណាត់ជួប

៣ក. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង	
ពិពណ៌នា	ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឲ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវៀងដាច់ការថែទាំនិងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ទៀងទាត់។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះណាត់ជួប
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងឲ្យនៅតិចជាង 2.5%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃ ការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងវានឹងប្រហែលជាឈានទៅរកការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយតើគេអាចកែលំអបញ្ហាទាំង

	នេះយ៉ាងដូចម្ដេច ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់នេះ។
៣ខ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង	
ពិពណ៌នា	ចំនួនមកពិនិត្យយឺតតែក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងនៅឡើយ ធៀបជាមួយនឹងចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស។
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្ដល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឲ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំនិងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យយឺតប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃ នៅមានឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះណាត់ជួប
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងសរុបឲ្យនៅតិចជាង 10%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងសរុប វានឹងឈានទៅរកការមកពិនិត្យយឺតផុតចំនួនថ្ងៃមានឱសថបម្រុង និងបង្កើនបន្ទុកការងារប្រចាំថ្ងៃអ្នកផ្ដល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងចំនួនថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយត្រូវកែលំអបញ្ហាទាំងនេះ យ៉ាងដូចម្ដេចដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់។
៣គ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART	
ពិពណ៌នា	ចំនួនមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ធៀបនឹងចំនួនមកពិនិត្យសរុប នៅក្នុងត្រីមាស
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្ដល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ឲ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំនិងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ទៀងទាត់។

វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យត្រូវនឹងថ្ងៃណាត់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះណាត់ជួបអ្នកជំងឺ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរជំរុញលើកទឹកចិត្តឲ្យមានការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ឲ្យបានលើសពី 85%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ វាអាចនឹងធ្វើឲ្យអ្នកជំងឺអេដស៍ឈានទៅទទួលការព្យាបាលឱ្យបានជាប់លាប់ទៀងទាត់។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឱ្យរក្សាការមកពិនិត្យព្យាបាលទៅតាមការណាត់។

៣ឃ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ជួប ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART	
ពិពណ៌នា	ចំនួនមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ធៀបនឹងចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឲ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាង ដាច់ការថែទាំនិងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ទៀងទាត់ដែរ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: < 15 ប្រុស 15 + ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី**
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះណាត់ជួប

បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកំណត់កំរិតការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ឲ្យនៅតិចជាង10%។ ការបកស្រាយ៖. ភាគរយខ្ពស់ នៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់នឹងដាក់បន្ទុកច្រើនដល់ការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឲ្យរក្សាការមកពិនិត្យទៅតាមការណាត់។

៤. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលបាន ART ក្នុងអំឡុងពេល 15ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART ។	
ពិពណ៌នា	អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួល ART ភ្លាមនិងទាន់ពេល ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានភាពទាន់ពេលវេលានៃការ ចាប់ផ្តើម ARV តំបូង និងដើម្បីធានាថា ការនេះប្រព្រឹត្តិស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ក្នុងការព្យាបាលដោយ ART។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដែលត្រូវការព្យាបាល ART ហើយបានទទួល ART ក្នុងអំឡុងពេល 15ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលត្រូវការព្យាបាល ART ហើយបានទទួល ART ក្នុងកំឡុងពេល 15 ថ្ងៃក្រោយចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលត្រូវការព្យាបាល ART ក្រោយចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺ
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ យ៉ាងហោចក៏ 90% នៃអ្នកជំងឺអេដស៍គួរតែបានទទួល ART ក្នុងអំឡុងពេល15ថ្ងៃ ក្រោយចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART ។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការពន្យារការចាប់ផ្តើម ART ធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺអេដស៍ស្ថិតក្នុងភាពមានគ្រោះថ្នាក់ និងជាសញ្ញាមួយនៃបញ្ហារបស់គុណភាពនៃការថៃទាំព្យាបាល។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការពន្យារពេលក្នុងការចាប់ផ្តើម ART ចំពោះអ្នកជំងឺណាម្នាក់។ កំណត់បញ្ជាក់ថាតើអន្តរាគមន៍អ្វីខ្លះ ដែលអាច

	ជួយក្នុងការកាត់បន្ថយការពន្យារទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានាដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៥. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលទទួលបានការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម

៥ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 350 បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ CXT	
ពិពណ៌នា	រាល់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <350 គឺត្រូវលក្ខខណ្ឌទទួលព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazol ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះក្នុងសេវា Pre-ART/ART ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazol (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ) ។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazol (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងទទួលបន្ត) នាពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុតនៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 របស់គាត់ តិចជាង 350 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី**
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺ
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<350 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazol ។ ការបកស្រាយ៖ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យដល់អ្នកជំងឺអេដស៍កើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៥ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 100 បានទទួលការព្យាបាលបង្ការ Fluconazole	
និពណ៌នា	រាល់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមាន CD4 < 100 គឺត្រូវលក្ខខណ្ឌទទួលការបង្ការដោយ Fluconazole ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះសម្រាប់ការថែទាំព្យាបាល Pre-ART/ART
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ) នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និង អ្នកកំពុងទទួលបន្ត) ក្នុងពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុត នៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលមានចំនួន CD4 របស់គាត់ តិចជាង 100 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺ
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានCD4 < 100 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole។ ការបកស្រាយ៖ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យខ្ពស់ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យកើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរ កម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៦. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលនៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART រហូតដល់១២ខែ	
ពិពណ៌នា	ជាប្រពៃណាស់ដែល អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់អាចបន្តការព្យាបាលដោយ ART ជាប់លាប់មួយជីវិត។

គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យរកប្រភាគនៃ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំពុង និងទទួលការព្យាបាលដោយ ART និង កំពុងទទួលការតាមដានការព្យាបាលយ៉ាងសកម្មដោយគ្លីនិក pre-ART/ART
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART ក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ដែលបាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART។ គណនាភាគរយដោយ ប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	ប្រចាំឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងបន្តទទួលការព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART ក្នុងត្រីមាសរាយការណ៍ នា ១២ខែក្រោយចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART (មិនរួមបញ្ចូលអ្នកបាត់មុខពីការតាមដាន ស្លាប់ និងបញ្ជូនចេញ) ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ARTសរុបនៅគ្លីនិក ១២ខែមុនថ្ងៃចាប់ផ្តើម ក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ (រួមបញ្ចូលអ្នកបញ្ជូនចូល)៖ • កំពុងព្យាបាល ART ត្រូវបានកំណត់ថាអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួល ARV គ្រប់គ្រាន់រហូតដល់ចុងបញ្ចប់នៃអំឡុងពេលរាយការណ៍។ សូមមើលឧទារហ៍ខាងក្រោម សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ • បាត់មុខពីការតាមដាន ត្រូវបានកំណត់ថា អ្នកជំងឺដែលមិនបានទទួល ARV សម្រាប់រយៈពេល៩០ថ្ងៃចុងក្រោយ (៣ខែ) បន្ទាប់ពីថ្ងៃណាត់ចុងក្រោយ ឬមិនបានមកបើកថ្នាំ។ • ស្លាប់កំណត់ថា អ្នកជំងឺដែលបានកត់ត្រាថាស្លាប់ក្នុងរយៈពេល១២ខែមុន។ ឧទារហណ៍៖ បើរយៈពេលរាយការណ៍ពីថ្ងៃ១ មករា ២០១៦ដល់ ៣១ ធ្នូ ២០១៦ ការគណនាភាគយកនេះ ដោយប្រើប្រាស់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART នៅពេលណាក៏ដោយក្នុងរយៈពេល ១២ខែ ពី១មករា ២០១៥ ដល់៣១ធ្នូ ២០១៥។ លទ្ធផល១២ខែ ត្រូវបានកំណត់ថា៖ ១-អ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងព្យាបាល ART ២-មិនកំពុងព្យាបាល ART ព្រោះអ្នកជំងឺស្លាប់ បញ្ឈប់ការព្យាបាល ឬបាត់មុខពីការតាមដាន (រួមទាំងផ្ទេរទៅដោយស្ងៀមស្ងាត់)។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	កំណត់ត្រាអ្នកជំងឺអេដស៍ ក្នុងទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ បានចុះឈ្មោះព្យាបាល ART គួរទទួលបានព្យាបាលដោយ ART អស់រយៈពេលមួយជីវិត។ អត្រាទាបនៃការអាចរក្សាអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យបន្តការព្យាបាល ទាមទារវិធានការពង្រឹងគុណភាពសេវា និងយន្តការតាមដានស្រាវជ្រាវ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឲ្យមានអត្រា

	ទាបនៃការអាចរក្សាអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យបន្តការព្យាបាល និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយ កែលំអបញ្ហានេះបាន។

៧. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍នៅគ្លីនិក pre-ART/ART បានទទួលការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញារបេងក្នុងពេលមកពិនិត្យចុងក្រោយរបស់គាត់	
ពិពណ៌នា	ប្រពៃបំផុត គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ត្រូវតែស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងរាល់ពេលមកពិនិត្យសុខភាព
គោលបំណង	ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណវិសាលភាព នៃការអនុវត្តអនុសាសន៍ ស្រាវជ្រាវរកសញ្ញារបេងលើអ្នកជំងឺអេដស៍រាល់ពេលពួកគាត់ មកពិនិត្យសុខភាពនៅគ្លីនិកថែទាំនិងព្យាបាលអេដស៍ ដូចដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍សម្រាប់សកម្មភាពរួមគ្នារវាងរបេង-អេដស៍។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះនៅគ្លីនិក pre-ART/ART នៅក្នុងរយៈពេលត្រូវរាយការណ៍ដែលបានទទួលការពិនិត្យរករោគសញ្ញារបេងក្នុងរយៈពេលមកពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ នៅក្នុងអំឡុងពេលត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស បានទទួលការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ពេលមកពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប ដែលបានទទួលការពិនិត្យថែទាំ នៅក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	បញ្ជីចុះឈ្មោះ pre-ART/ART ពីទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ឬឯកសារអ្នកជំងឺ ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ រាល់អ្នកជំងឺអេដស៍ត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ។ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ប៉ុន្តែគ្លីនិក ART ត្រូវតាមមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអប្រសិនបើអត្រាបរាជ័យរបស់ខ្លួនមានអត្រាពីរដងក្នុងត្រីមាសណាមួយ ធៀបនឹងអត្រាមុនៗ។ ការបកស្រាយ៖ ជំងឺរបេងកើតមានញឹកញាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ប្រហែលជា 20% នៃអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះឈ្មោះថ្មី ត្រូវគេរកឃើញថាមានជំងឺរបេងសកម្ម) ជាញឹកញាប់វាមិនបង្ហាញឲ្យយើងឃើញច្បាស់លាស់នោះទេ និងមានអត្រាស្លាប់ខ្ពស់ ជាពិសេសនៅពេលដែលការព្យាបាលមានការ

	ឃើតយ៉ាវ។ ការខកខាន មិនបានធ្វើការស្រាវជ្រាវជាប្រចាំរកជំងឺរបេង គឺជាបញ្ហាគុណភាពដ៏ពិតប្រាកដ ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានធ្វើការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយបង្កើនការស្រាវជ្រាវ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៨. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid (IPT)

៨ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មីចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART បានទទួលឱសថ INH ដើម្បីបង្ការជំងឺរបេង (IPT) ។	
ពិពណ៌នា	ប្រពៃបំផុត អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនមានជំងឺរបេងសកម្មបានទទួល IPT រយៈពេល៦ខែដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងសកម្មដែលជាមូលហេតុរួមនៃការស្លាប់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការគ្រប់ដណ្តប់របស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួល IPT អាចបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម ដូចដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ក្នុងនិយាមប្រតិបត្តិជាតិ សម្រាប់សកម្មភាពរួមគ្នារវាងរបេង-អេដស៍។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ដែលបានទទួលថ្នាំ INH សម្រាប់បង្ការជំងឺរបេង ក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺថ្មីចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក pre-ART/ART បានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺរបេង (IPT) ក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍ ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មីចុះបញ្ជីព្យាបាលនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ ដកចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការស្រាវជ្រាវឃើញមានរបេងសកម្ម ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទៈ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី**
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ឯកសារអ្នកជំងឺឬ បញ្ជីចុះឈ្មោះ pre-ART/ART ដែលបានកែសម្រួល ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនមានរបេងសកម្ម ឬបានព្យាបាលជាសះស្បើយរបេង គួរតែទទួល IPT រយៈពេល៦ខែដើម្បីបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម។ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិ នឹង ត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប តែគ្លីនិក ART ត្រូវតាមមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអប្រសិនបើអត្រាបរាជ័យរបស់ខ្លួន មានអត្រាពីរដង ក្នុងត្រីមាសណាមួយ ធៀប

	និងអត្រាមុនៗ។ ការបកស្រាយ៖ ជំងឺរបេងកើតមានច្រើនជាងគេ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ប្រហែលជា 20% នៃអ្នកជំងឺចុះឈ្មោះថ្មី ត្រូវគេរកឃើញថាមានជំងឺរបេងសកម្ម) ជាញឹកញាប់វាមិនបង្ហាញឲ្យយើងឃើញច្បាស់លាស់នោះទេ និងមានអត្រាស្លាប់ខ្ពស់ ជាពិសេសនៅពេលដែលការព្យាបាលមានការយឺតយ៉ាវ។ ការខកខាន មិនបានធ្វើការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងIPT មិនឲ្យមានរបេងសកម្មបាន គឺជាបញ្ហាគុណភាពដ៏ប្រត្យក្ស។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង IPT ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយបង្កើន IPT និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៨ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង IPT និងបានបញ្ចប់សព្វគ្រប់រយៈពេលព្យាបាល ៦ខែ ។	
ពិពណ៌នា	គេសង្កេតឃើញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានចុះឈ្មោះ ក្នុងក្រុមអង្កេតនៅគ្លីនិក pre-ART/ART រហូតដល់ 40% កើតមានជំងឺរបេង។ IPTជាមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាពដើម្បីបង្ការជំងឺរបេងសកម្ម ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ សូចនាករនេះ វាស់វែងពីអត្រាបញ្ចប់ការព្យាបាលIPT។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាបញ្ចប់រយៈពេលព្យាបាល IPT ៦ខែ ដោយជោគជ័យ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ចប់ IPT ៦ខែ។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺទទួល IPT បានបញ្ចប់វគ្គលេបថ្នាំរយៈពេល ៦ខែ (១៨០ថ្ងៃ) នៅក្នុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART បានចាប់ផ្តើម IPTថ្មី (រួមទាំងអ្នកបានចាប់ផ្តើម IPT ថ្មី ក្នុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍ និងអ្នកបានចាប់ផ្តើម IPT ក្នុងត្រីមាសមុនតែមិនទាន់បានរាយការណ៍) ដោយសារតែមិនអាចឆ្លើយតបតម្រូវការជាអតិបរិមាសម្រាប់រយៈពេលត្រូវរាយការណ៍ពីលើកមុន ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក pre-ART/ART

ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ប៉ុន្តែគ្លីនិកត្រូវតាមមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអប្រសិនបើអត្រាបញ្ចប់ IPT ទាបជាងត្រីមាសមុន។ អន្តរាគមន៍៖ ប្រសិនបើគ្លីនិកមានអត្រាបញ្ចប់ IPTទាប គេត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុរបស់បញ្ហា (ឧទាហរណ៍ លេបថ្នាំមិនត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងដាច់លាប់) កំណត់អន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលំអស្ថានភាព។

៩. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា មុនពេលចាប់ផ្ដើម ART ។	
ពិពណ៌នា	ទោះបីជាយើងអាចចាប់ផ្ដើម ARTដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 យ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នៅតែត្រូវប្រើប្រាស់ជាលក្ខខណ្ឌសម្រាប់ការចាប់ផ្ដើម ឬបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole (CPT), Fluconazole, ឬការធ្វើតេស្តឈាមរកអង់ទីសែនមេរោគផ្សិត Cryptococcus (CrAg Screening)។ គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក PRE-ART/ART គួរបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែង នៅពេលដើមគ្រា មុនពេលចាប់ផ្ដើម ART។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការប្រតិបត្តិត្រឹមត្រូវ (ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា) របស់អ្នកផ្ដល់សេវា។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅ គ្លីនិក pre-ART/ART ក្នុងត្រីមាសរាយការណ៍ដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា មុនពេលចាប់ផ្ដើម ART។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មី ដែលបានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ក្នុងត្រីមាសរាយការណ៍ បានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា មុនពេលចាប់ផ្ដើម ART ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មីសរុប បានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក pre-ART/ART ក្នុងត្រីមាសរាយការណ៍ ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះ ART ។
	ចំណុចសកម្មភាព៖ ការបរាជ័យដោយ មិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍

បំណកស្រាយ	ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា) ដោយអ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងឈានទៅរកភាពមិនមានប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិក ART គួរពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអ ប្រសិនបើមានភាគរយនៃការមិនបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 តាមសេចក្តីណែនាំថ្នាក់ជាតិ។ អន្តរាគមន៍៖ ប្រសិនបើគ្លីនិក ART មានភាគរយខ្ពស់នៃអ្នកជំងឺដែលមិនបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 វាស់វែងនៅពេលដើមគ្រា គេត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឲ្យមានបញ្ហានេះ និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលំអបញ្ហានេះ។

១០. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL ទៀងទាត់ជាប្រចាំស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ ។

១០ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ 1ដងនៅខែទី6 បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART ឬបន្ទាប់ពីប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយ ART ។	
ពិពណ៌នា	តេស្ត VL មានសារៈសំខាន់ជាសារវន្តសម្រាប់តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹង ART ។គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART ដែលបានកែសម្រួលបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត VL នៅខែទី៦ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយ ART ។
គោលបំណង	សូចនាករនេះជារបស់អង្គការ WHO VLS.6 តាមដានអត្រាគ្របដណ្តប់និងលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត VL ដំបូង របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានប្រើប្រាស់ ART បានរយៈពេល ៦ខែ។ សូចនាករនេះប៉ាន់ប្រមានវិសាលភាពដែលតេស្ត VL មាននៅក្នុងប្រទេស ។ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART រយៈពេល ៦ខែ អ្នកជំងឺអេដស៍គួរតែបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ ១ដង។ សូចនាករនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ផងដែរ សម្រាប់តាមដានការបង្ក្រាបមេរោគក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART បានរយៈពេល ៦ខែ។ សូចនាករការបង្ក្រាបមេរោគគឺជាផ្នែកមួយនៃសូចនាកររបស់អង្គការ WHO VLS.6 ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL នាខែទី៦ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាល ART ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្ខាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស

ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងអំឡុងពេលពី ៥-៧ខែ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយ ART។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានចាប់ផ្តើម ART នៅរយៈពេល៦ខែមុនពេលរាយការណ៍សរុប។
ទិន្នន័យបំបែក	• អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី • ការបង្ក្រាបមេរោគ (viral suppression): ក្នុងចំណោមអ្នកបានធ្វើតេស្ត VL ៖ ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL <1,000copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • អនុសាសន៍សម្រាប់ក្រុមអាយុ: <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20+
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART, ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះការធ្វើតេស្ត viral load ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ការបរាជ័យដោយ មិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (ធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល ៦ខែក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាលART) របស់អ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងឈានទៅរកភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិក ART គួរពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអ ប្រសិនបើមានភាគរយនៃការមិនបានធ្វើតេស្ត VL តាមគោលការណ៍ណែនាំកើតមានឡើង ។ ការបកស្រាយ៖ ជាទូទៅការមិនបានអនុលោមតាមគោលការណ៍ណែនាំធ្វើតេស្ត VL បានត្រឹមត្រូវកាន់តែជាការប៉ះពាល់គុណភាពធ្ងន់ធ្ងរដល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ អន្តរាគមន៍៖ ប្រសិនបើគ្លីនិក ART មានភាគរយខ្ពស់នៃអ្នកជំងឺដែលមិនបានធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល៦ខែក្រោយពីចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយ ART គេត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឲ្យមានបញ្ហានេះ និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលំអស្ថានភាពនេះ។

១០ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ព្យាបាលដោយ ART រយៈពេល១២ខែ ឬលើសបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់១ដង ក្នុងអំឡុងពេល១២ខែកន្លងមក ។	
ពិពណ៌នា	តេស្ត VL មានសារសំខាន់ជាសារវន្តសម្រាប់តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹង ART។ គោលការណ៍ជាតិណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART ដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើតេស្ត VL នៅរៀងរាល់12ខែក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART ។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការអនុវត្តតាម (ធ្វើតេស្ត VL ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់

	លាប់) របស់អ្នកផ្តល់សេវា ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺ ART រយៈពេល១២ខែ ឬលើស បានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់១ដង ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART សកម្មរយៈពេល១២ខែ ឬលើសដែលបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់១ដង ក្នុងអំឡុងពេល១២ខែកន្លងមក។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART សកម្មសរុបរយៈពេល១២ខែ ឬលើសក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី** • **ការបង្ក្រាបមេរោគ** (viral suppression): ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL<1,000copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • អនុសាសន៍សម្រាប់ក្រុមអាយុ: <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20+
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART, ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះធ្វើតេស្ត viral load ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ការបរាជ័យដោយ មិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (ធ្វើតេស្ត VL តាមដានភាពទៀងទាត់) របស់អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងឈានទៅរកភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិក ART គួរពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអរ ប្រសិនបើមានភាគរយនៃការមិនបានធ្វើតេស្ត VL តាមគោលការណ៍ណែនាំកើតមានឡើង ។ ការបកស្រាយ៖ ជាទូទៅ ការមិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ ណែនាំធ្វើតេស្ត VL ឱ្យបានត្រឹមត្រូវគឺជាកង្វះខាតធ្ងន់ធ្ងរដល់គុណភាពសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ អន្តរាគមន៍៖ ប្រសិនបើគ្លីនិក ART មានភាគរយទាបនៃ អ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត VL ទៀងទាត់ត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់ គេត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឲ្យមានបញ្ហានេះ និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកែលំអស្ថានភាពនេះ។

១០គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ព្យាបាលដោយ ART បានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់១ដងក្រោយរយៈពេល៣ខែ (៣-៤) ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត VL បញ្ជាក់ថា មើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) ។	
ពិពណ៌នា	តាមគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) ត្រូវធ្វើតេស្ត VL តាមដាននៅខែទី3 ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត

	ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម និងទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART ឱ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែង (ការអនុវត្តតាមការពិនិត្យតាមដានការធ្វើតេស្ត VL) របស់អ្នកផ្តល់សេវា។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់១ដង ក្នុងរយៈពេល៣ខែ (៣-៤) ក្រោយលទ្ធផលតេស្តដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោចណាស់ម្តង ក្នុងកំឡុងពេលពី ៩០-១២០ថ្ងៃ ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) ដែលដល់រយៈពេល១២០ថ្ងៃសរុបក្នុង អំឡុងពេលរាយការណ៍ ។
ទិន្នន័យបំបែក	• អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី • **ការបង្រ្កាបមេរោគអេដស៍** (viral suppression): ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលបានតាមដានធ្វើតេស្ត VL ក្នុងអំឡុងពេល ៣-៦ខែ • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL < 40copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL ចន្លោះពី 40-999 copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL≥1000copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • អនុសាសន៍សម្រាប់ក្រុមអាយុ: <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20+
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART, ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះ ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ការបរាជ័យដោយ មិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (ធ្វើតេស្ត VL តាមដានទៀងទាត់;) របស់អ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងឈានទៅរកភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិក ART គួរពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលំអរ ប្រសិនបើភាគរយនៃការមិនបានអនុលោមតាមគោលការណ៍ណែនាំកើតមានឡើង។ ការបកស្រាយ៖ជាទូទៅ ការមិនបានអនុលោមតាមគោលការណ៍ណែនាំបានត្រឹមត្រូវគឺ ជាការខ្វះខាតធ្ងន់ធ្ងរដល់គុណភាពសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ អន្តរាគមន៍៖ ប្រសិនបើគ្លីនិក ART មានភាគរយទាបនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL ទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ក្នុងអំឡុងពេល៣ខែ

	ក្រោយពីលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់មើលឃើញក្នុងឈាម (VL Detected) គេត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឲ្យមានបញ្ហានេះ និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលំអស្ថានភាពនេះ។

១០ឃ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតសម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការគាំទ្រ (EAC1, 2 & 3) ។	
ពិពណ៌នា	ការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ពង្រឹងការព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ ដើម្បីទទួលឱសថ ART ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
គោលបំណង	ការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតគឺ ជាគន្លឹះដើម្បីស្រោចស្រង់របបឱសថ ARVs និងកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃភាពសាំមេរោគអេដស៍។ សូចនាករនេះបានបង្ហាញអំពីស្នាដៃតាមដានក្រោយអ្នកជំងឺមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យសូចនាករនេះអាចប្រមូលបានពីបញ្ជី ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺនៅគ្លីនិក pre-ART/ART។ សម្រាប់ការវិភាគគេត្រូវដាក់តំរៀបទិន្នន័យក្រោយបង្អស់ដែលមាននៃត្រីមាសចុងក្រោយដែលត្រូវរាយការណ៍រហូតដល់ ៣-៦ខែ មុនពេលចាប់ផ្តើមនៃត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម បានទទួលការប្រឹក្សាលម្អិតនិងការគាំទ្រ ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម ក្នុងអំឡុងពេល ៣-៦ខែ មុនពេលការចាប់ផ្តើមនៃត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	• អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី • **លទ្ធផល EAC៖** • ចំនួនអ្នកជំងឺបានទទួល EAC1 • ចំនួនអ្នកជំងឺបានទទួល EAC2 • ចំនួនអ្នកជំងឺបានទទួល EAC3 • អនុសាសន៍សម្រាប់អាយុ:<1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20+
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះធ្វើតេសត្ត viral load ។
បំណកស្រាយ	សូចនាករនេះវាស់វែងពីការឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលា ដូចបានចង្អុលបង្ហាញដោយគោលការណ៍ណែនាំដើម្បីដោះស្រាយចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលរាប់បន្ទុកមេរោគខ្ពស់ ។

១០ង. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) បានត្រឡប់មកតាមដានតេស្ត VL រយៈពេល៣-៦ខែ ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាមដំបូង ។	
ពិពណ៌នា	នៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) ការតាមដានអ្នកជំងឺអេដស៍មានសារៈសំខាន់ដើម្បីធានាថាអ្នកជំងឺអេដស៍ បានទទួលបទអន្តរាគមន៍សមរម្យស្របតាមកម្រិតស្ថានភាព VL។
គោលបំណង	សូចនាករបែបគុណភាពនេះគឺ ដើម្បីធានាការតាមដានការធ្វើតេស្ត VL បានត្រឹមត្រូវទាន់ពេលវេលានិងទទួលបានលទ្ធផលតេស្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដើម្បីបង្កើនឱកាសស្រោចស្រង់របបឱសថ ART បច្ចុប្បន្ន។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យសម្រាប់សូចនាករនេះអាចប្រមូលបានពីបញ្ជី ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺអេដស៍ពីគ្រប់គ្លីនិក ART។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍បានធ្វើតេស្ត VL សារឡើងវិញក្នុងកំឡុងពេលពី៣-៦ខែ ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម (≥40copies/ml) ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL ដែលមើលឃើញមេរោគនៅក្នុងឈាម(≥40copies/ml) ក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែ មុនរយៈពេលរាយការណ៍ ។
ទិន្នន័យបំបែក	• អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី • **ការបង្រ្កាបមេរោគអេដស៍** (viral suppression): ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍បានតាមដានធ្វើតេស្ត VL ក្នុងអំឡុងពេល ៣-៦ខែ: • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL < 40copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL ចន្លោះពី 40-1000 copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ • ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL ≥ 1000 copies/ml គណនាតាមអាយុ-ភេទ
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជី ART
បំណកស្រាយ	សូចនាករនេះវាស់វែងពីការឆ្លើយតបទាន់ពេលវេលា ដូចបានចង្អុលបង្ហាញដោយគោលការណ៍ណែនាំដើម្បីដោះស្រាយចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលរាប់បន្ទុកមេរោគខ្ពស់ ។

១០ច. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺ ART ដែលលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ (VL≥ 1,000copies/ml) ចំនួនពីរលើក បានប្តូរឱសថ ART ជួរទី១ ទៅឱសថ ART ជួរទី២, រយៈពេល៦ខែ ឬខ្លីជាងនេះ ក្រោយលទ្ធផលតេស្ត VL ≥ 1,000copies/ml លើកទី១។	
ពិពណ៌នា	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ពីរដង (VL≥1,000copies/ml) បានប្តូរទៅឱសថ ART ជួរទី២
គោលបំណង	សូចនាករបែបគុណភាពនេះគឺ ដើម្បីធានាការតាមដានការធ្វើតេស្ត VL បានត្រឹមត្រូវទាន់ពេលវេលា និងបានប្តូរទៅឱសថ ART ជួរទី២
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យសម្រាប់សូចនាករនេះអាចប្រមូលបានពីបញ្ជី ART ឬឯកសារអ្នកជំងឺពីគ្រប់គ្លីនិក ART។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ពីរដង (VL≥1,000copies/ml) បានប្តូរទៅឱសថ ART ជួរទី២
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ (VL≥1,000copies/ml) ពីរដង ក្នុងកំឡុងពេល៣ខែមុនពេលចាប់ផ្តើមរយៈពេលរាយការណ៍បច្ចុប្បន្ន។
ទិន្នន័យបំបែក	• អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី • អនុសាសន៍៖ គួរបំបែកតាមក្រុមអាយុ: <15, 15-19, 20-24, 25-49, 50+
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីធ្វើតេស្ត viral load
បំណកស្រាយ	បើអត្រាប្តូរទៅឱសថ ART ជួរទី២ (តាមគោលដៅគ្រោងទុក) នៅទាប នឹងជាព័ត៌មានដើម្បីធ្វើសកម្មភាពកែលំអ។

១១. ភាគរយនៃខែក្នុងឆ្នាំដែលមានដាច់ស្តុកឱសថ ART	
ពិពណ៌នា	ឱសថ ARV ត្រូវមានជានិច្ចនៅគ្លីនិក ART ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺបានទទួល ARV តាមវេជ្ជបញ្ជាគ្រូពេទ្យព្រោះថា ការដាច់ស្តុកឱសថអាចធ្វើឱ្យមេរោគអេដស៍មានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថ ARV ។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ARV ឱ្យបានជាប់លាប់
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	គ្លីនិក ART ត្រូវរាយការណ៍ការដាច់ស្តុកឱសថ ARV ជាសារវន្តដល់ PASP និង NCHADS ។ ការដាច់ស្តុក គឺនៅពេលដែលមិនមានឱសថ ARV នៅគ្លីនិក ART ។
សង្វាក់	ប្រចាំឆ្នាំ

ភាគយក	ចំនួនខែក្នុងឆ្នាំដែលក្នុងនោះការដាច់ស្តុកឱសថ ARV គឺមិនមានឱសថ ARV ណាមួយក្នុងរូបមន្តស្តង់ដារជាតិ ។
ភាគបែង	ចំនួនខែក្នុងឆ្នាំ (១២)
ប្រភពទិន្នន័យ	កំណត់ត្រាឃ្លាំងស្តុកឱសថ
បំណកស្រាយ	ការតាមដានសូចនាករនេះ មានសារៈសំខាន់ដើម្បីធានាថាប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានដំណើរការល្អ។កង្វះខាតឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលអាចជាគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់ឱសថ ARV ជាលទ្ធផលវាអាចធ្វើឱ្យមេរោគអេដស៍មានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថ ARV និង លទ្ធភាពព្យាបាលមានកម្រិតកំណត់។ ការចល័តឱសថសារវ័ន្ត ARV រវាងគ្លីនិក ART ក្នុងខេត្ត និងរវាងខេត្តនិងខេត្តដើម្បីបង្ការការដាច់ស្តុកឱសថនៅគ្លីនិក ART ដែលមានស្តុកទាប មិនត្រូវបានពិចារណាថា ជាការដាច់ស្តុកឡើយ តាមតែការផ្គត់ផ្គង់ឱសថវែង និងនៅតែមានទៅតាមតម្រូវការព្យាបាលអ្នកជំងឺ ហើយឱសថសារវន្ត ARV គឺជាឱសថដែលចុះបញ្ជីនៅក្នុងគោលការណែនាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យ និងកុមារ។ ជាងនេះទៀត គេមិនត្រូវពិចារណាថាជាការដាច់ស្តុកឡើយកាលបើឱសថ ARV ណាមួយនោះដាច់ត្រូវបានជំនួសដោយឱសថផ្សេងដែលនៅមាន ដូច្នេះ ការព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនមានការអាក់ខានឡើយ។

១២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺរបេងថ្មី ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបានទទួលលទ្ធផល ។	
ពិពណ៌នា	គ្រប់អ្នកជំងឺរបេងថ្មីទាំងអស់ត្រូវតែបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយសារតែជំងឺទាំងពីរនេះមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការកើតជំងឺជាមួយគ្នា។
គោលបំណង	ជំងឺរបេង ជាជំងឺឱកាសនិយមទីមួយដែលតែងតែនាំមុខ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ស្វែងរកជាទូទៅទៀងទាត់ នៅលើគ្រប់អ្នកជំងឺរបេងថ្មី អាចនឹងកំណត់រកឃើញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ កែលំអការព្យាបាលរបស់ពួកគេ និងកាត់បន្ថយការស្លាប់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺរបេងចុះឈ្មោះថ្មី ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមនៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស

ភាគយក	អ្នកជំងឺរបេងថ្មីដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត នៅក្នុងត្រីមាស។
ភាគបែង	អ្នកជំងឺរបេងថ្មីសរុប ដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងត្រីមាសរាយការណ៍ (ដោយដកចេញ អ្នកដឹងស្ថានភាព HIV+ ឬ អ្នកបានធ្វើតេស្តឃើញមាន HIV+ ថ្មីៗ រយៈពេល ១ខែ មុនចុះបញ្ជី) ។
ប្រភពទិន្នន័យ	របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាស របស់ផ្នែកសេវាជំងឺរបេង
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ខេត្តខ្លះសម្រេចបានលើសពី 80% កន្លែងដទៃគួរតែប៉ុនប៉ងសម្រេចឲ្យបានដូចគ្នានេះដែរ ។ ការបកស្រាយ៖ គ្រោះថ្នាក់ចំពោះអ្នកជំងឺរបេងសកម្ម ដែលមិនបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ មានកម្រិតខ្ពស់ ដូចនេះការធ្វើតេស្តស្វែងរកជាសកល គួរតែធ្វើ។ ជាងនេះទៅទៀត ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវស្វែងរកជំងឺរបេង គឺជាមធ្យោបាយមួយសំខាន់ ប្រពៃណាស់លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា ។ អន្តរាគមន៍៖ ពិតជាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីធានាថា អ្នកជំងឺនៅអគាររបេងបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ឃើញមានប្រតិកម្ម ហើយឈាមត្រូវបូមនិងបញ្ជូនភ្លាមទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅសេវា VCCT ។

---

១៣. ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។	
ពិពណ៌នា	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន នៅពេលសម្រាលកូន ។
គោលបំណង	ការស្វែងរកជំងឺអេដស៍ ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះអាចឱ្យស្ត្រីទទួលបានសេវាចាំបាច់សម្រាប់លើកកំពស់សុខភាពនិង កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយទៅកូន ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនស្ត្រីដែលបានដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាសម្រាលកូននៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនស្ត្រីដែលបានដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាសម្រាលកូន នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។

ភាគបែង	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមកសម្រាលកូន ក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	កម្មវិធីគាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ឬ HMIS
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍គួរខិតខំប្រឹងប្រែងផ្តល់សេវាឱ្យស្ត្រីដែលបានដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាសម្រាលកូនដែលអាចឱ្យស្ត្រីបានធ្វើសកម្មភាពសមរម្យចាំបាច់សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ ការបកស្រាយ៖ ទិសដៅថ្នាក់ជាតិសម្រាប់សូចនាករនេះ គឺយ៉ាងហោចណាស់ 95% ។ អន្តរាគមន៍៖ កន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ ត្រូវតែព្យាយាមស្វែងរកមូលហេតុដែលនាំឱ្យអត្រាគ្របដណ្តប់ទាប និងរៀបចំបទអន្តរាគមន៍កែសម្រួលបញ្ហា ។

១៩. ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលបានការព្យាបាលដោយ ART ។	
ពិពណ៌នា	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (HIV+) បានទទួលការព្យាបាលដោយ ART ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ។
គោលបំណង	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលដឹងថាមាន HIV+ ទាំងអស់ គួរទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ការចម្លង HIV ទៅទារក និងដើម្បីការពារសុខភាពរបស់ពួកគេផ្ទាល់ ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលដឹងស្ថានភាព HIV+ ដែលបានទទួល ART និងការតាមដានក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមាន HIV+ (នៅក្នុងភាគបែង) ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ។
ភាគបែង	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមាន HIV+ សរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	NCHADS Database

បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ សេវា HIV ត្រូវប្រឹងប្រែងដើម្បីឲ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ បានទទួលថ្នាំ ARV ។ ត្រូវប្រកាន់យកសកម្មភាពនានា រាល់គ្រប់ករណីមានការខកខានទទួលថ្នាំ ARV ។ ការបកស្រាយ៖ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនបានទទួលការព្យាបាលដោយ ART នឹងបង្កើនគ្រោះថ្នាក់ការចម្លង HIV ទៅទារក ។ អន្តរាគមន៍៖ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវពិនិត្យមូលហេតុនៃការខកខានមិនបានផ្តល់ ARV ដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងរៀបចំអន្តរាគមន៍នានា ដែលជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លង HIV ពីម្តាយទៅកូន ។

ឧបសម្ព័ន្ធ ២ : ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗពីរនៃការអនុវត្ត CQI

NCHADS គួរគ្រោងថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗពីរ ដូចមានរាយខាងក្រោម ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពនានារបស់ CQI ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព:

១. សិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស ដែលនឹងគ្របដណ្តប់ប្រធានបទ ៖

ក. ការកែសម្រួលនិយាមបែបបទ CQI រួមទាំង វិធីសាស្រ្តសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា

ខ. ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ៖ គុណភាពទិន្នន័យ ការប្រមូលទិន្នន័យ ការរៀបចំនិងបញ្ចូលទិន្នន័យ ការវិភាគទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ។

២. តារាងទិន្នន័យ (CQI Dashboard): ដែលនឹងមានទម្រង់ពីរដែលអាចជួយ គ្លីនិក pre-ART/ART និង PASP តាមមើលសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ ប្រចាំខែ និងប្រចាំត្រីមាស ។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣ : តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

(១) បញ្ហា (បញ្ហាដែលជាអាទិភាព)	(២) មូលហេតុ (មូលហេតុដែលបង្កបញ្ហា)	(៣) សំណើដំណោះស្រាយ (ការចាត់វិធានការណ៍ ចំពោះបញ្ហា)	(៤) អ្នកទទួលខុសត្រូវ	(៥) កាលកំណត់	(៦) សកម្មភាពបន្ត
ពិភាក្សានិងកំណត់អាទិភាព សូចនាករ ដោយផ្អែកលើភាពសំខាន់បន្ទាន់ និងអាចធ្វើទៅបាន។ រាយសូចនាករទាំងអស់ ដែលយើងគិតថាជាអាទិភាព។	ពិភាក្សាអំពីមូលហេតុទាំងអស់ដែលអាចបង្កបញ្ហា។ រាយមូលហេតុទាំងអស់ពីខាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកជំងឺ និងពីប្រព័ន្ធ។	ពិភាក្សាអំពីដំណោះស្រាយនានាដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រាយវិធានការដែលត្រូវប្រកាន់ យកទាំងអស់ចំពោះមូលហេតុ ជាក់លាក់នីមួយៗ។	តើអ្នកណានឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះដំណោះស្រាយនីមួយៗ អាចជាបុគ្គល ឬជាក្រុម។	កំណត់ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើ និងបញ្ចប់នូវដំណោះស្រាយ	បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់ដំណោះស្រាយបានធ្វើហើយ ឬមិនទាន់បានធ្វើ ឬកំពុងដំណើរការ

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤ : ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

(១) បញ្ហា (បញ្ហាដែលជាអាទិភាព)	(២) មូលហេតុ (មូលហេតុដែលបង្កបញ្ហា)	(៣) សំណើដំណោះស្រាយ (ការចាត់វិធានការណ៍ ចំពោះបញ្ហា)	(៤) អ្នកទទួលខុសត្រូវ	(៥) កាលកំណត់	(៦) សកម្មភាពបន្ត (របាយការណ៍)
% ការមកពិនិត្យយឺតផុតថ្ងៃមានឱសថបម្រុងខ្ពស់	**ពីខាងអ្នកជំងឺះ** - ខ្វះការគាំទ្រសម្រាប់ការធ្វើដំណើរមកគ្លីនិក - ធ្វើការឆ្ងាយពីផ្ទះ				
	- ភ្លេចថ្ងៃណាត់	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា MMM, HBC ត្រូវមានបញ្ជីណាត់ជួប។ រៀបចំប្រព័ន្ធក្រើនរំលឹក និង រំលឹកអ្នកជំងឺពីរថ្ងៃ មុនថ្ងៃណាត់ជួប ។	- MMM	- ថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- ពឹងផ្អែកលើការខ្ចីឱសថពីអ្នកដទៃ	- បញ្ជាក់ហើយបញ្ជាក់ទៀតឲ្យបានច្បាស់ដល់អ្នកជំងឺនៅរៀងរាល់ការប្រជុំ ថាមិនត្រូវខ្ចីឬឲ្យខ្ចីថ្នាំដល់អ្នកជំងឺផ្សេងទេ	- អ្នកផ្តល់សេវា	- ពេលប្រជុំបន្ទាប់នៅថ្ងៃ ...	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)
	- មិនយកចិត្តទុកដាក់នឹង ART ក្រពេក - យឺតច្រើនដង មិនហ៊ានមកជួបគ្រូពេទ្យ	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HBC (ក្រុមជួយខ្លួនឯង) ផ្តល់ប្រឹក្សាការអប់រំសុខភាព ដោយផ្តោតសំខាន់ទៅលើប្រធានបទ	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា, HBC (ប្រធានក្រុមជួយខ្លួនឯង)	- ក្នុងសប្តាហ៍នេះ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)

	- មានអារម្មណ៍ថា សុខភាពល្អ	ទាក់ទង(ការថែទាំសុខភាព, ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវជាប់លាប់, របៀបរក្សាសុខភាពឲ្យនៅល្អ) និងចុះទៅសួរសុខទុក្ខដល់ផ្ទះឲ្យបានញឹកញាប់។			
	ខាងអ្នកផ្តល់សេវា៖ - ធ្វើការណាត់ជួបចំថ្ងៃឈប់សម្រាក	- បិទកាលវិភាគថ្ងៃឈប់សម្រាកនៅនឹងតុរបស់គ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និង MMM	អ្នកគ្រប់គ្រងគ្លីនិក	ថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- មិនបានធ្វើការណាត់ជួបលើកក្រោយ (គ្រូពេទ្យភ្លេច ឬក៏គាត់អវត្តមាន)	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា, MMM ពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងរៀបចំដាក់ការរំលឹកសម្រាប់ការណាត់ជួបលើកក្រោយ (ដូចខាងលើ)	MMM	ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- មានបុគ្គលិកសុខាភិបាលតិច ប៉ុន្តែមានអ្នកជំងឺច្រើនមកពិនិត្យរាល់ថ្ងៃ	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើស យកមកដោះស្រាយទេ)			
	- ខ្វះខាតសៀវភៅណាត់ជួប របស់អ្នកជំងឺ	ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងចែករំលែកព័ត៌មាន ជាទៀងទាត់ទាក់ទងនឹងបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌ(នៅពេលប្រជុំ)។ ធ្វើសំណើទាន់ពេល	អ្នកគ្រប់គ្រងគ្លីនិក	ពេលប្រជុំលើកក្រោយ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)

	- អ្នកជំងឺមិនឲ្យក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ចុះសួរសុខទុក្ខដល់ផ្ទះ	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HBC (ក្រុមជួយ ខ្លួនឯង) ផ្តល់ប្រឹក្សា ការអប់រំសុខភាព ដោយផ្តោតសំខាន់ទៅលើប្រធាបទទាក់ទង (ការថែទាំសុខភាព, ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវជាប់លាប់, របៀបរក្សាសុខភាពឲ្យនៅល្អ) នៅពេល MMM។ បញ្ជាក់គោលបំណងនៃការចុះសួរសុខទុក្ខឲ្យបានច្បាស់លាស់ ។	Counselor, MMM, SHGL	Next MMM	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)
	- ក្រុម HBC មានធនធានកំណត់លើការគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរ, - Incentive comes late - ខ្វះខាតថ្នាំ/សម្ភារៈប្រើប្រាស់	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើស យកមកដោះស្រាយទេ)	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យនិងប្រធានគ្លីនិក/ផ្នែក		មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)
	System side: - ខ្វះខាតប្រព័ន្ធតាមដានការមកពិនិត្យ របស់អ្នកជំងឺ	ត្រូវស្រាវជ្រាវឲ្យបានច្បាស់លាស់ថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់ពីផ្នែកជាក់លាក់ ដែលមិនមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដាន ការមកពិនិត្យរបស់អ្នកជំងឺ	ប្រធានគ្លីនិក/ផ្នែក	ក្នុងខែ ...(ឧទា. ខែតុលា)	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)

	- ខ្វះខាត ទំនាក់ទំនង រវាងគ្រូពេទ្យ MMM និង HBC	ធ្វើឲ្យដំណើរការជាប្រក្រតីឡើងវិញ នូវកិច្ចប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ MMM និង HBC ។		ចាប់ពីប្រជុំលើកក្រោយទៅ	
	- IT មិនពង្រីកការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ សម្រាប់ការតាមដានអ្នកជំងឺឲ្យបានជាអតិបរមា	ត្រូវស្រាវជ្រាវឲ្យបានច្បាស់លាស់ថែមទៀត តើយើងចង់ប្រើយ៉ាងដូចម្តេច ហើយ IT អាចជួយយើងយ៉ាងដូចម្តេច	PASP, ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ប្រធានគ្លីនិក/ប្រធានផ្នែក	ពេលប្រជុំលើកក្រោយ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)
	- Fund disbursement to HBC was late or interrupted - Lack of coordination when planning for HBC	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើស យកមកដោះស្រាយទេ)			

ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត (ដំណោះស្រាយនិងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុងត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ)

សំណើដំណោះស្រាយ លេខ ...៖ ត្រូវស្រាវជ្រាវឲ្យបានច្បាស់ លាស់ថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់ពីផ្នែកជាក់លាក់ ដែលមិនមាន នៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដាន ការមកពិនិត្យរបស់អ្នកជំងឺ	
1. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	ចាប់ផ្តើមហើយ (ឬនៅទេ)
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	នៅថ្ងៃ ២៨ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១២
3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	យើងបានបញ្ជាក់ជាក់លាក់នូវផ្នែកដែលមិនមាន។ គឺ ...
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈម	មិនមានទេ

ការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	
ក្នុងការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មានការល្អមួយចំនួនដែលបានរៀន គឺ៖ - ... - ...
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូចម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើដំណោះស្រាយនេះ?	យើងបានរកឃើញថា ផ្នែកដែលមិនមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដានអ្នកជំងឺនោះគឺ ...។ ហើយដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះយើងបានលើកជាអនុសាសន៍ដូចខាងក្រោម។
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពីការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	…… …..
សំណើដំណោះស្រាយ លេខ ...៖ ធ្វើឲ្យដំណើរការជាប្រក្រតីឡើងវិញ នូវកិច្ចប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ MMM និង HBC	
2. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	
3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈមក្នុងការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូចម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើដំណោះស្រាយនេះ?	
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពី	

ឯកសារយោង

1. UNAIDS, UNAIDS Global Report. 2010.

2. http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia; retrieved March 17, 2017

3. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KHM_narrative_report_2015.pdf Cambodia Country progress Report January - December, 2014.

4. NCHADS, Report of HIV and STI Prevention Care and Treatment program from January to September, 2016.

5. NCHADS, National HIV clinical management guideline for adults and adolescents, 4th revision in 2015.

6. NCHADS, National Guidelines on Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, 4th revision, August 2015.

7. UNAIDS, Fact Sheet November 2016. http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet. Retrieved March 17, 2017

8. NCHADS, Facility ART Report, Quarter 4, 2016.