ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ជាតិ
សម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍
និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន នៅកម្ពុជា

ខែ កក្កដា ឆ្នាំ ២០១៨

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS)

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក (NMCHC)

អារម្ភកថា

នៅក្នុងកិច្ចប្រជុំកំពូលនៃអង្គការសហប្រជាជាតិអំពីជំងឺអេដស៍នៅទីក្រុងញូវយ៉ក នៅខែមិថុនា ឆ្នាំ ២០១១ និងនៅខែមិថុនាឆ្នាំ ២០១៦ ប្រទេសកម្ពុជាបានប្តេជ្ញាចិត្តគាំទ្រគោលដៅ និងទិសដៅសកល ក្នុងការខិតខំប្រឹងប្រែងឈានទៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០៣០។ ក្នុងគោបំណង ឈានទៅសម្រេចគោលដៅ និងទិសដៅដ៏មហិច្ឆិតានេះក្រសួងសុខាភិបាលតាមរយៈមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែកនិងកាមរោគ (NCHADS) និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារ មាតានិងទារក (NMCHC) និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ បានរៀបចំផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លង មេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ដើម្បីធានាថាប្រទេសកម្ពុជាមានការប្តេជ្ញាចិត្តពេញលេញដោយ ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធផ្តល់សេវារបស់កម្មវិធីបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេស៍ សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ និងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ព្រមទាំងអនុលោមតាមគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ ព្រមទាំង មានការចូលរួមពីសហគមន៍។ ផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការលុបបំបាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ត្រូវបានរៀបចំឡើងស្របតាមផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការថែទាំ និង ព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន និងនិយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិស្តង់ដា និងលទ្ធ ផលនៃការវាយតម្លៃឆាប់រហ័សនៅកម្ពុជា។

មុននឹងអនុវត្តន៍ការធ្វើសុពលភាពនៃកម្មវិធីតាមស្តង់ដាអន្តរជាតិ (international validation) NCHADS និង NMCHC នឹងធ្វើការជាមួយគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធិនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដើម្បីវាយតម្លៃពីគុណសម្បត្តិ (pre-qualify) នៃអត្រាគ្របដណ្តប់ និងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវា PMTCT ជាមុនតាមរយៈការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំ ការផ្សព្វផ្សាយ ពីភស្តុតាងថ្មីៗនៃកម្មវិធី PMTCT ការតាមដាន ការដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមក្នុងការអនុវត្តកម្មវិធី ការ ចលនាធនធានមនុស្ស ធនធានហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធី PMTCT និងការតាមដាន ការគាំទ្រ បច្ចេកទេសដល់កម្មវិធី PMTCT ប្រកបដោយគុណភាព។

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមគាំទ្រ និងអនុម័តគំនិតផ្តួចផ្តើមនូវការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននេះ ដែលនឹងជួយផ្តល់ការណែនាំដ៏មានតម្លៃសម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅ និងទិសដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ។

ក្រសួងសុខាភិបាលសង្ឃឹមថា អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ (NAA) មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី/ខេត្ត និងគ្រប់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ នឹងអនុវត្តន៍ជាជំហានៗដែលចង្អុលបង្ហាញក្នុងក្របខ័ណ្ឌនេះ និងបន្តកិច្ចសហការគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធិដើម្បីធានាឱ្យប្រសើរឡើងនូវការផ្តល់សេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ប្រកបដោយគុណភាពនៅប្រទេសកម្ពុជា។

ថ្ងៃអង្គារ ១២ កើត ខែ ទុតិយាសាឍ ឆ្នាំច សំរឹទ្ធិស័ក ព.ស ២៥៦២

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៤ ខែ កក្កដា ឆ្នាំ២០១៨

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ និង មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ព្រមទាំងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ បានរួមសហការគ្នារៀបចំបង្កើតផែនទីបង្ហាញផ្លូវនេះឡើង ដែលជាធនធានមួយសម្រាប់ជួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពសាធារណៈ អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងអ្នកសម្របសម្រួលកម្មវិធីដើម្បីធានាថា ប្រទេសកម្ពុជាបានស្ថិតនៅក្នុងគន្លងផ្លូវឈានទៅសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននាឆ្នាំ២០២៥។

យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណនូវកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងពីសំណាក់ដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការបង្កើតឡើងនូវឯកសារនេះ។ ជាពិសេសសូមថ្លែងអំណរគុណដល់មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (លោកវេជ្ជ. អ៊ុក វិជ្ជា លោក ម៉ម សុវត្ថា លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណារិទ្ធិ លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា លោក ម៉ម ច័ន្ទតារា និង លោកស្រីវេជ្ជ. គី សុវឌ្ឍនា) មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក (លោកស្រីវេជ្ជ. គឹម វ័ន្តនា និង លោកជិន ជួប) អង្គការ CHAI (Ms. Hul Sivantha, Ms. Caroline Barrett, Mr. Mao Ngeav), អង្គការសុខភាពពិភពលោក (Dr. Sheryl Keller, Dr. Chay Sokun, Dr. Laurent Ferradini, Dr. Deng Serongkea), អង្គការ US-CDC (Dr. Lori Newman, Dr. Thomas Rush, Ms. Soch Kunthea), អង្គការ UNAIDS (Dr. Vladanka Andreeva, Dr. Muhammed Saleem, Mr. Ung Polin), និងសមាជិក-សមាជិកាក្រុមការងារបច្ចេកទេសទាំងអស់ដែលបានចូលរួមរៀបចំឯកសារនេះ។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ឈានទៅការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយនេះមានភាពស្របគ្នាជាមួយ និងបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើសុពលភាព (validation criteria) សកលនៃ eMTCT របស់អង្គការ WHO។ នៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគ អេដស៍ យុទ្ធសាស្ត្រ និងអន្តរាគមន៍ជាក់លាក់នៅប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានដកស្រង់ពីឯកសារគោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំដែលមានស្រាប់។ លើសពីនេះទៅទៀត ការផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេស និងកិច្ចប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេសបានចាប់ផ្តើមដំណើរការ ដើម្បីកំណត់រកនូវកង្វះខាត និងអ្នកបង្អាត់បង្អាញ និងការតាមដានសម្រាប់គាំទ្រសេវាដែលខ្សោយ។

យើងខ្ញុំសូមសំដែងនូវការកោតសរសើរសមាជិក-សមាជិកានៃក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដែលបានធ្វើការងារយ៉ាងជិតស្និទ្ធិ លើការចុះគាំទ្របច្ចេកទេសដល់សេវា រៀបចំកិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេស និងគាំទ្រការតាមដាន និងរបាយការណ៍ទាក់ទងនឹងការងារលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយនេះ។

ថ្ងៃច័ន្ទ ៤កើត ខែទុតិយាសាឍ ឆ្នាំច សំរឹទ្ធិស័ក ព.ស ២៥៦២
រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី១៦ខែកក្កដាឆ្នាំ២០១៨

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី_ពេញ ស៊ុន

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

សាស្ត្រាចារ្យ.ទុន_រដ្ឋាវី

ការតែងតាំងក្រុមការងារបច្ចេកទេសសម្រាប់គាំទ្រការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន/កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃ eMTCT/PMTCT ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីតាមដាន និងតម្រង់ទិសការអភិវឌ្ឍន៍ឆ្ពោះទៅការធ្វើសុពលភាព (validation) នៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននៅកម្ពុជា។ សមាជិកភាព រួមមាន ប្រធាន និងមន្ត្រីបច្ចេកទេសផ្នែកពាក់ព័ន្ធនៃ NCHADS និង NMCHC អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ វិទ្យាស្ថានសុខភាពសារធារណៈ សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល អង្គការសុខភាពពិភពលោក អង្គការ UNAIDS PEPFAR US-CDC អង្គការ CHAI អង្គការ KHANA និង បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា (CPN+) ។

ក្រុមការងារបច្ចេកទេស នឹងបង្កើតឡើងនូវយន្តការតាមដានសម្រាប់តាមដាន និងចែកចាយការអភិវឌ្ឍន៍នៃសូចនាករសំខាន់ៗ និងអនុវត្តសកម្មភាពសមស្របដើម្បីកាត់បន្ថយនូវផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ ដោយផ្អែកលើអនុសាសន៍របស់អង្គការ WHO។[1] លើសពីនេះទៅទៀត ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនឹងធានានូវដំណើរការប្រព័ន្ធតាមដានដែលគ្រប់ដៃគូសំខាន់ៗ ជាពិសេស ដៃគូជាអ្នកអនុវត្ត អាចមានលទ្ធភាពធានាបានការតាមដាននិងការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយការថែទាំចំពោះម្តាយនិងកូន។ ក្នុងករណីចាំបាច់ សូចនាករបន្ថែមនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាជំនួយក្នុងការតាមដាន និងធ្វើរបាយការណ៍ សម្រាប់ដំណើរការនៃការធ្វើសុពលភាព (សូមពិនិត្យមើលតារាងសូចនាករ នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ WHO ឆ្នាំ ២០១៧)។

ដើម្បីជាជំនួយដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃ eMTCT/PMTCT ក្នុងការតាមដានវឌ្ឍនភាព ក្រុមការងារបួនក្រុមទៀតនឹងត្រូវបង្កើតឡើងដើម្បីពិនិត្យតាមដានការអភិវឌ្ឍន៍នៃការផ្តល់សេវារបស់កម្មវិធី គុណភាព/ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ គុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍ និងសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រនិងការចូលរួមពីសង្គមស៊ីវិល។ សមាជិកភាព គឺមានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងខាងក្រោម៖

[1] EMTCT of HIV and syphilis: global guidance on criteria and processes for validation. Second edition. WHO June 2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259517/1/9789241513272-eng.pdf

អនុក្រុមការងារ	*ដឹកនាំដោយ*	*សមាជិកភាព*
ការផ្តល់សេវារបស់កម្មវិធី (ការអនុវត្ត)	ប្រធាន NCHADS និងប្រធាន NMCHC	- NCHADS (ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍, ផ្នែកថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ, ផ្នែក LMU, ផ្នែក VCCT) - NMCHC (PMTCT, ផ្នែកសុខភាពបន្តពូជ) - មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ - អង្គការ WHO, - US-CDC - CHAI, FHI360, AHF - RHAC, KHANA
គុណភាពទិន្នន័យ	ប្រធាន NCHADS និងប្រធាន NMCHC	- NCHADS (DMU, ផ្នែកស្រាវជ្រាវ) - NMCHC - WHO, UNAIDS, PEPFAR
គុណភាពសេវាមន្ទីរពិសោធន៍	ប្រធាន NCHADS និងប្រធាន NMCHC	- NCHADS (Lab & LMU) - NMCHC - US-CDC - វិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រកម្ពុជា (IPC)
សិទ្ធិមនុស្ស, សមភាពយេនឌ័រ និង ការចូលរួមពីអង្គការសង្គមស៊ីវិល	NAA និង CPN+	- ក្រសួងកិច្ចការនារី, អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ អេដស៍, NCHADS, NMCHC - UNAIDS, UNFPA, UN-WOMEN - បណ្តាញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា, សមាគមអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំពន្យារជីវិត, Health Action Coordinating Committee, បណ្តាញក្រុមប្រជាជនចំណុច អង្គការ LICHADO ។

កម្មវត្ថុនិងភារកិច្ចនៃអនុក្រុមការងារនីមួយៗ ដែលបានកំណត់ក្នុងអនុសាសន៍នៃគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO ឆ្នាំ២០១៧ គឺមានដូចខាងក្រោម៖

ក្រុម	*កម្មវត្ថុ*	*ភារកិច្ច*
ការផ្តល់សេវារបស់កម្មវិធី (ការអនុវត្ត)	ផ្ទៀងផ្ទាត់ថា តើសេវាមានវិសាលភាពគ្រប់គ្រាន់, ការទទួលបានសេវា, និងគុណភាពនៃសេវាត្រូវបានធានាដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅ eMTCT, និងថា តើសេវាមាននៅគ្រប់ទីកន្លែង និងទទួលបានសេវាទាំងអស់គ្នា, រួមទាំង ក្រុមប្រជាជនដែលងាយរងគ្រោះ ក្នុងសង្គម។	• តាមដានការពង្រីកការធ្វើសមាហរកម្ម PMTCT ទៅក្នុងវិធីសាស្ត្រ B-IACM និងការពង្រឹងវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា (LR) នៅកន្លែងដែលមិនទាន់បានអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ B-IACM ។ • ពិនិត្យសមាសភាពនៃកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធនឹងយុទ្ធសាស្ត្រនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ (ប្រើប្រាស់ឧបករណ៍របស់អង្គការ WHO, ឧបសម្ព័ន្ធទី ៥), ដូចជា ការបង្ការជាបឋមនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ, សេវា ANC, ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ, និង ការថែទាំនិងព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ, កូនរបស់គាត់និងដៃគូគាត់ជាបុរស ។ • ចុះទៅណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញ និងតាមដាននៅតាមសេវាដែលបំពេញការងារខ្សោយជាងគេ (lowest performing sites)/ផ្នែកការងារគ្រប់គ្រង ដើម្បីកំណត់រកចំណុចខ្វះចន្លោះ និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវា PMTCT (ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ) ។ • ធ្វើរបាយការណ៍ជាទៀងទាត់ ជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេស អំពីវឌ្ឍនភាពនៃសកម្មភាពពង្រីក និងពង្រឹងគុណភាពសេវា PMTCT ។
គុណភាពទិន្នន័យ	វាយតម្លៃពីភាពជាក់លាក់នៃទិន្នន័យដែលបង្កើតឡើងសម្រាប់ប្រទេសដើម្បីវាយតម្លៃពីសមិទ្ធិ	• វាយតម្លៃជាទៀងទាត់ពីគុណភាពទិន្នន័យដែលប្រពីកម្មវិធី PMTCT ទាំងនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងថ្នាក់ជាតិ ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ

	ផលនៃការសម្រេចគោលដៅ និងភាពប្រកដប្រជាក្នុងការឈានឆ្ពោះទៅសម្រេចគោលដៅគ្រុបដណ្តប់នៃសេវា និងផលប៉ះពាល់ ។	និងឧបករណ៍សម្រាប់វាយតម្លៃផលប៉ះពាល់របស់អង្គការ WHO។ • ចុះទៅណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញ និងតាមដាននៅតាមសេវាដែលបំពេញការងារខ្សោយជាងគេ (lowest performing sites)/ផ្នែកការងារគ្រប់គ្រង ដើម្បីធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និងភាពពេញលេញនៃទិន្នន័យដែលត្រូវប្រមូល។ • ប្រមូល និងចងក្រងទិន្នន័យពីគ្រប់សេវាទាំងអស់ និងធ្វើរបាយការណ៍ជាទៀងទាត់ ជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេសអំពីគុណភាពនៃទិន្នន័យ និងវឌ្ឍន៍ភាពឈានទៅសម្រេចគោលដៅ eMTCT ។
គុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍	វាយតម្លៃពីវត្តមាននៃបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍សមស្របក្នុងការផ្តល់សេវាតាមតម្រូវការ ដើម្បីសម្រេច និងគាំទ្រកម្មវិធីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន និងធានាថាលទ្ធផលដែលទទួលបានពីបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍គឺមានភាពត្រឹមត្រូវ និងអាចជឿទុកចិត្តបាន ។	• វាយតម្លៃជាទៀងទាត់ពីគុណភាពនៃការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ សម្រាប់កម្មវិធី PMTCT ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍សម្រាប់វាយតម្លៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍របស់អង្គការ WHO។ • ធានាថា មានការផ្គត់ផ្គង់តេស្តសម្រាប់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍នៅតាមសេវា eMTCT នីមួយៗ (សេវា ANC/មណ្ឌលសុខភាព, សេវាសម្ភព, សេវា HTS-ART) បានសមស្រប ។ • ចុះទៅណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញ និងតាមដាននៅតាមសេវាដែលបំពេញការងារខ្សោយជាងគេ (lowest performing sites)/ផ្នែកការងារគ្រប់គ្រង ដើម្បីវាយតម្លៃ និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ និងបណ្តាញសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ • ធ្វើរបាយការណ៍ជាទៀងទាត់ ជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេស អំពីគុណភាព និងអត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់គាំទ្រ eMTCT ។

សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពី អង្គការសង្គមស៊ីវិល	ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ថា គោលដៅ eMTCT ត្រូវបានសម្រេច ដោយមានការគោរពសិទ្ធិមនុស្សជាមូលដ្ឋាន និងសមភាពយេនឌ័រ និង មានការចូលរួមពីសហគមន៍ដ៏មានអត្ថន័យនៅក្នុងការរៀបចំផែនការ ការផ្តល់សេវា ការតាមដាន និងវាយតម្លៃនៃកម្មវិធី និងសេវា។	• វាយតម្លៃពីការពិចារណានៃសិទ្ធិមនុស្ស និង សមភាពយេនឌ័រ បានសមស្របនៅក្នុងដំណើរការ eMTCT ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍សម្រាប់វាយតម្លៃពីសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពីអង្គការសង្គមស៊ីវិល។ • ធានាថា មានការគោរពសិទ្ធមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមដ៏មានអត្ថន័យពីសហគមន៍ នៅគ្រប់កម្រិតនៃដំណើរការ eMTCT។ • ការចុះទៅណែនាំបង្ហាត់បង្ហាញ និងតាមដាននៅតាមសេវាដែលបំពេញការងារ PMTCT ខ្សោយជាងគេ (lowest performing PMTCT sites) ដើម្បីកំណត់រកចំណុចខ្វះចន្លោះ និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពីសហគមន៍ក្នុងការផ្តល់សេវា eMTCT។ • ធ្វើរបាយការណ៍ជាទៀងទាត់ជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេសអំពីសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពីសហគមន៍ ទាំងការរៀបចំគោលនយោបាយ និងការផ្តល់សេវា eMTCT ។

មាតិកា

អារម្ភកថា i

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ iii

ការតែងតាំងក្រុមការងារបច្ចេកទេសសម្រាប់គាំទ្រការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនកម្មវិធីបង្ការការចម្លង/ មេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន v

មាតិកា x

ពាក្យបំព្រួញ xiii

១ សេចក្តីសង្ខេប 1

២ សារប្រធាន 4

២.១ ការវិភាគស្ថានភាព 4

២.២ សនិទានភាពនៅក្នុងដំណាក់មុនពេលធ្វើសុពលភាព 9

២.៣ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យការធ្វើសុពលភាពរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក 10

២.៤ គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព និងការរៀបចំដំណើរ 18

៣ កម្មវត្ថុនៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវ 20

៣.១ សូចនាករស្នូល និងទិសដៅ 21

៣.២ ក្របខ័ណ្ឌដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគ អេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន 23

៤ ដំណើរការនៃការកំណត់ការខ្វះចន្លោះ និងរបកគំហើញ 26

៤.១ របកគំហើញនៃកម្មវិធីផ្តល់សេវា 26

៤.២ របកគំហើញនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ 30

៤.៣ របកគំហើញនៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ 33

៤.៤ របកគំហើញពីសិទ្ធិមនុស្ស យេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ 40

៥ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីដោះស្រាយកង្វះខាតដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន 42

៥.១ កម្មវិធីផ្តល់សេវា 43
៥.២ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ 44
៥.៣ សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ 44
៥.៤ សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ 46
៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃ និងរបាយការណ៍ 46
៦.១ សូចនាករស្នូលសម្រាប់តាមដាន 46
៦.២ ប្រភពទិន្នន័យ និងការវិភាគ 47
៦.៣ របាយការណ៍ 50
ឯកសារយោង 51
ឧបសម្ព័ន្ធ 52
ឧបសម្ព័ន្ធទី ១: គោលគំនិតនៃការវាយតម្លៃកម្មវិធី 52
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២: ផែនការលម្អិត 57
ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: ខេត្តដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយ (កាលវិភាគនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសារធារណៈ: ឆ្នាំ ២០១៧) 70
ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: គម្រោងដែលត្រូវស្នើឱ្យដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងមាតិកានៃរបាយការណ៍ សុពលភាពរបស់ជាតិ 73
ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: វិធីសាស្ត្រក្នុងការវិភាគសូចនាករស្នូលនៃ process & impact indicators 77
ក ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ជាតិ – Process Indicators 77
ខ ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ – Process Indicators 82
គ ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ជាតិ – Impact Indicators 85

បញ្ជីតារាង

តារាងទី 1: លក្ខខណ្ឌនៃគុណភាពរបស់ទិន្នន័យ......14
តារាងទី 2: សូចនាករស្នូលរបស់កម្ពុជាសម្រាប់ដំណាក់ការមុនពេលធ្វើសុពលភាព និងដំណាក់ធ្វើសុពលភាព......22
តារាងទី 3: សង្ខេបអំពីការខ្វះចន្លោះនៃកម្មវិធីផ្តល់សេវា......28
តារាងទី 4: សង្ខេបអំពីការខ្វះចន្លោះនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ......31
តារាងទី 5 : សេវាស្នូលរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ទាក់ទងនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន......34
តារាងទី 6: សង្ខេបនៃការខ្វះចន្លោះសេវាមន្ទីរពិសោធន៍......38
តារាងទី 7: សង្ខេបពីការខ្វះចន្លោះនៃសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍..41
តារាងទី 8: របាយការណ៍នៅក្នុងដំណាក់កាលមុនពេលធ្វើសុពលភាព និង ពេលធ្វើសុពលភាព......50

បញ្ជីរូបភាព

រូបភាពទី 1: គោលដៅអប្បបរមាដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានការលុបបំបាត់ WHO ២០១៧......11
រូបភាពទី 2: ដំណើរការនៃការស្នើសុំការធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លង......19
រូបភាពទី 3: ក្របខណ្ឌនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន......25

ពាក្យបំព្រួញ

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (ចង្កោមរោគសញ្ញាដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយចុះខ្សោយ)
ART	Anti-Retroviral Therapy (ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍)
B-IACM	Boosted-Integrated Active Case Management (វិធីសាស្រ្តជំរុញខ្លាំងក្លាសកម្មភាពរួមបញ្ចូលគ្នា ការស្វែងរក និងការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍)
Boosted CoPCT	Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment (វិធីសាស្រ្តជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្ត)
CDHS	Cambodian Demographic Health Survey (ការអង្កេតប្រជាសាស្រ្តនិងសុខភាពកម្ពុជា)
CHAI	Clinton Health Access Initiative (អង្គការគ្លីនតុនហែល្ស អែកសេសអ៊ីនីតស៊ីអេធីវ)
CMS	Central Medical Store (ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល)
CP	Community Participation (ការចូលរួមរបស់សហគមន៍)
CSO	Civil Society Organization (អង្គការសង្គមស៊ីវិល)
eMTCT	elimination of Mother to Child Transmission (លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន)
EQAS	External Quality Assessment Scheme (គម្រោងវាយតម្លៃគុណភាពពីខាងក្រៅ)
GE	Gender Equality (សមភាពយេនឌ័រ)
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (មូលនិធិសកលសម្រាប់ប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជំងឺអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់)
GVAC	Global Validation Advisory Committee (គណៈកម្មាការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់សុពលភាពសកល)
GVC	Global Validation Committee (គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពសកល)

GVS	Global Validation Secretariat (លេខាធិការដ្ឋានសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពសកល)
HEI	HIV Exposed Infant (កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (វីរុសដែលធ្វើឱ្យភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយមនុស្សចុះខ្សោយ)
HIV-HSSP	Strategic Plan for HIV/AIDS and STI Prevention and Control in the Health Sector (ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល)
HR	Human Rights (សិទ្ធិមនុស្ស)
HTC	HIV Testing and Counselling (ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ប្រឹក្សា)
HTS-ART	HIV Testing Service-Antiretroviral Treatment (សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍-ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍)
KP	Key Populations (at Risk for HIV) (ក្រុមប្រជាជនចំណុចដែលប្រឈមខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍)
L&D	Labor & Delivery (ការឈឺពោះសម្រាល និងការសម្រាល)
LGBT	Lesbian, Gay, Bi-sexual and Transgender (មនុស្សស្រីស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា មនុស្សប្រុសស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា មនុស្សស្រឡាញ់ភេទទាំងពីរ មនុស្សប្តូរភេទ)
LQMS	Laboratory Quality Management System (ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍)
MAT	Maternity (ផ្នែកសម្ភព)
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ)
NIS	National Institute of Statistics (វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ)
NMCHC	National Maternal and Child Health Center (មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក)

NSP-PMTCT	National Strategic Plan for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis (ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន)
NVC	National Validation Committee (គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ)
NVT	National Validation Team (ក្រុមអ្នកធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ)
OD	Operational District (ស្រុកប្រតិបត្តិ)
PD	Program Delivery (កម្មវិធីផ្តល់សេវា)
PMTCT	Prevention of HIV Mother-to-Child Transmission (of HIV) (ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន)
PT	Proficiency Testing (ការវាយតម្លៃសមត្ថភាពនៃការធ្វើតេស្ត)
QA	Quality Assurance (ការធានាគុណភាព)
QC	Quality Control (ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព)
QI	Quality Improvement (ការពង្រឹងគុណភាព)
QMS	Quality Management System (ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាព)
RTD	Rapid Diagnostic Testing (ការធ្វើតេស្តរហ័សដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ)
RVC	Regional Validation Committee (គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់)
SI	Strategic Information (ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ)
SoP	Standard Operating Procedure (និយាមប្រតិបត្តិស្តង់ដា)
SRH	Sexual and Reproductive Health (សុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ)
STI	Sexually Transmitted Infection (ការបង្កជំងឺកាមរោគ)
TB	Tuberculosis (ជំងឺរបេង)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (កម្មវិធីសហប្រជាជាតិរួមគ្នាប្រយុទ្ធនឹងមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍)
WHO	World Health Organization (អង្គការសុខភាពពិភពលោក)
WLHIV	Women Living with HIV (ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍)

១ សេចក្តីសង្ខេប

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានថយចុះដោយសារភាពជោគជ័យនៃកម្មវិធីបង្ការមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា និងការរីកចម្រើនខ្លាំងនៃកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT)។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៅសប្តាហ៍ទី ៦ បានថយចុះពី ៣៧% នៅឆ្នាំ២០០៧ មកនៅ ៦,២% នៅឆ្នាំ២០១៥។ ប៉ុន្តែ អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៅពេលបញ្ចប់បំបៅដោះកូន ដោយធ្វើការប្រៀបធៀបរវាងអត្រាប៉ាន់ស្មាន ជាមួយនឹងការគណនាតាមវិធីសាស្រ្ត SPECTRUM ចុងក្រោយនៅឆ្នាំ២០១៧គឺមាន ១៣%។ បញ្ហានេះគឺជាក្តីកង្វល់មួយដែលបញ្ជាក់ពីបញ្ហាប្រឈមនៃកម្មវិធី ក្នុងការស្វែងរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលពួកគាត់ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការ ការថែទាំ និងការធ្វើតេស្តលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEI)។

ប្រទេសកម្ពុជាបានកំណត់គោលបំណងក្នុងការឈានទៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននាឆ្នាំ២០២៥។ ក្នុងចំណោមសូចនាសម្រាប់វាស់វែងពីដំណើរការសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ដែលកំណត់ដោយអង្គការ WHO សូចនាករទី១ សម្រេចបាន ≥ ៩៥% អត្រាគ្របដណ្តប់សេវា ANC ហើយសូចនាករ ៤ ទៀត គឺមានការរីកចម្រើនខ្លាំងដែរ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ គឺនៅមិនទាន់មានគ្រប់គ្រាន់ទេ ប្រព័ន្ធនេះនៅមិនទាន់បានបង្កើតឡើងដើម្បីធានាថា ការផ្តល់សេវា PMTCT សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទទួលសេវា ANC និងសេវាសម្ភព ទាំងនៅផ្នែកឯកជន និងផ្នែកសាធារណៈ ប្រព័ន្ធមន្ទីរពិសោធន៍ត្រូវតែពង្រឹងបន្ថែមទៀត ត្រូវពិចារណាលើបញ្ហាសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ នៅមិនទាន់បានវាយតម្លៃឱ្យបានពេញលេញនៅឡើយទេ ។ ដោយសារហេតុផលនេះតម្រូវឱ្យមានយុទ្ធសាស្រ្តមុនពេលធ្វើការលុបបំបាត់ (pre-elimination strategy) សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ មុនពេលបង្កើតនូវយុទ្ធសាស្រ្តលុបបំបាត់ពេលលេញ។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវនេះគឺស្វែងរកនូវការបង្កើតគម្រោងនៃយុទ្ធសាស្រ្តសម្រាប់អនុវត្តពីឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ ដើម្បីពង្រឹងកម្មវិធីផ្តល់សេវា សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពីសហគមន៍ និងការបំពេញបាននូវលក្ខខ័ណ្ឌនៃការធ្វើសុពលភាព។ ដើម្បីបំពេញសុពលភាពតាមអង្គការ WHO ដោយសារការសម្រេចបានទិសដៅ eMTCT ប្រទេសកម្ពុ

ជាត្រូវរក្សានូវគោលដៅនៃសូចនាករវាស់វែងដំណើរការយ៉ាងតិច ២ ឆ្នាំ និងសូចនាករវាស់វែងផលប៉ះពាល់ឱ្យបានយ៉ាងតិច ១ឆ្នាំមុននឹងដាក់សំណើរធ្វើសុពលភាព។ សូចនករ និងទិសដៅសម្រាប់លុបបំបាត់ ឬសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព (validation) ពីឆ្នាំ ២០២១-២០២៥៖

សូចនាករនៃផលប៉ះពាល់ (Impact indicators)៖

1. កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីបណ្តាលមកពីម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមកំណើតរស់ ១០០ ០០០ នាក់ ≤ ៥០ ករណី
2. អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ <៥ %
3. ការឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើតក្នុងចំណោមកំណើតរស់ ១០០ ០០០ នាក់ ≤ ៥០ ករណី ។

សូចនាករវាស់វែងពីដំណើរការ (Process indicators)៖

- អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាANC ក្នុងកម្រិតប្រជាជន(យ៉ាងហោចណាស់បានមកពិនិត្យ១លើក) ≥ ៩៥ %
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ≥ ៩៥ %
- អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលដោយ ARV លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ≥៩៥%
- អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ≥ ៩៥ %
- ការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលតេស្តជំងឺស្វាយ វិជ្ជមាន ≥ ៩៥ %

ការសម្រេចបាននូវទិសដៅទាំងអស់នេះ នឹងទាមទារការអនុវត្តយ៉ាងខ្លាំងក្លានូវយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានកំណត់ក្នុងឯកសារគោលនយោបាយជាច្រើនរបស់កម្ពុជា រួមមាន ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិង ព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងកាមរោគនៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (HIV HSSP) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់កម្មវិធី PMTCT (NSP-PMTCT) ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិអំពីសុខភាពផ្លូវភេទ និង គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក និងនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដានានា។

លើសពីនេះទៀត NCHADS និង NMCHC បានចាប់ផ្តើមវាយតម្លៃសេវាដែលបំពេញការងារបានល្អ បានមធ្យម និងខ្សោយ ក្នុងគោលបំណងស្វែងយល់ និងវាយតម្លៃលើការផ្តល់សេវានាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់កម្មវិធី សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូល

រួមរបស់សហគមន៍កាលពីចុងឆ្នាំ២០១៧ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតពីតម្រូវការនៃយុទ្ធសាស្រ្តសម្រាប់ឈានទៅសម្រេចបានគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ ក្រុមអ្នកវាយតម្លៃបានប្រើប្រាស់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សុពលភាពចុងក្រោយរបស់អង្គការ WHO ដើម្បីវាយតម្លៃលើការអនុវត្តកម្មវិធី PMTCT បច្ចុប្បន្ន គឺសមស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសុពលភាពរបស់អង្គការ WHO។ របកគំហើញនៃការវាយតម្លៃនេះ បានកត់សម្គាល់ពីបញ្ហាជាក់លាក់ដែលត្រូវធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង និងស្នើឱ្យលើកផែនការសកម្មភាព ដែលអាចប្រើប្រាស់ជាគោលការណ៍ណែនាំ ក្នុងការឈានទៅសម្រេចបាននូវអត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន <៥% និងការធ្វើសុពភាពពេញលេញនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនាឆ្នាំ ២០២៥។

NCHADS និង NMCHC នឹងតាមដានការរីកចម្រើននៃសូចនាករនៅពីរកម្រិត ដោយពិនិត្យមើលdashboard នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ។ Dashboard នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិនឹងជួយ NCHADS និង NMCHC ឱ្យយល់ដឹងអំពីកង្វះខាត និងការផ្តល់សេវានៅតាមខេត្ត/ក្រុងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃល្បាក់សេវា PMTCT ហើយ dashboard នៅថ្នាក់ជាតិនឹងតាមដានលទ្ធផលរបស់កម្ពុជាសម្រេចបាន ធៀបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ/ទិសដៅរបស់ពិភពលោក។ ទិសដៅនឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយធ្វើការវាស់វែងធៀបនឹងទិសដៅដែលជាតម្រូវការក្នុងការធ្វើសុពលភាព។ នៅពេលណាដែលទិសដៅប្រចាំឆ្នាំមិនអាចសម្រេចបាន ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនឹងធ្វើការជាមួយភាគីពាក់ព័ន្ធដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពឆ្លើយតប។ NCHADS NMCHC និងអនុក្រុមការងារគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនឹងបន្តធ្វើការងារដោយសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិ ដើម្បីធានានូវគុណភាពទិន្នន័យទាំងអស់ដែលត្រូវការជាសកលសម្រាប់វាស់វែងសូចនាករផលប៉ះពាល់ (impact indicators) និងសូចនាករដំណើរការ (process indicators) និងវាយតម្លៃទិន្នន័យលើភាពពេញលេញ (completeness) ភាពត្រឹមត្រូវ (accuracy) ភាពមិនផ្លាស់ប្តូរ (consistency) និងទាន់ពេលវេលា (timeliness)។ ការចុះអភិបាលតាមដាននៅតាមសេវា នឹងត្រូវប្រព្រឹត្តទៅដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិទាំងពីរគឺ NCHADS និង MNCHC ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ ពង្រឹងគុណភាពទិន្នន័យ និងដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមផ្នែកកម្មវិធី/ផ្នែកប្រតិបត្តិការ។ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស នឹងរៀបចំរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់វាស់វែងការរីកចម្រើន ធៀបនឹងសូចនាការនៅដំណាក់កាល pre-validation និង validation ដោយប្រើប្រាស់ទម្រង់របាយការណ៍ធ្វើសុពលភាពរបស់អង្គការ WHO ។

២ សាវតា្ថរ

២.១ ការវិភាគស្ថានភាព

ការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយនៅកម្ពុជា

មេរោគអេដស៍ត្រូវបានរកឃើញដំបូងនៅកម្ពុជានៅឆ្នាំ ១៩៩១ ហើយអ្នកជំងឺដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើកដំបូងនៅឆ្នាំ១៩៩៣។ ផ្លូវចម្លងជាចម្បង គឺឆ្លងពីស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទទៅអតិថិជនរបស់ពួកគេ ហើយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ បានកើនឡើងដល់ចំណុចកំពូលនាឆ្នាំ១៩៩៨ គឺ៤២,៦% បន្ទាប់មកបានថយចុះយ៉ាងគំហុកដោយសារការអនុវត្តគោលនយោបាយប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ១០០% និងការថយចុះភាគរយនៃបុរសប្រើប្រាស់សេវាផ្លូវភេទ។ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជានៅឆ្នាំ២០១៦ គឺ ០,៦% ដែលបានថយចុះពី ២% នៅឆ្នាំ១៩៩៨ ហើយភាគច្រើននៃករណីដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេស៍។[2] នៅឆ្នាំ ២០១៥ ការប៉ាន់ស្មានករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍មាន ៦៥០ ករណី។[3]

នៅឆ្នាំ១៩៩៧ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានគភ៌ដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលមាន ៣,២% ។ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០១ អត្រានេះបានថយចុះជាបន្តបន្ទាប់រហូតដល់ ១,៦% នៅឆ្នាំ២០០៣ និង ១,១% នៅឆ្នាំ ២០០៦ និង ០,៤% នៅឆ្នាំ២០១០។[4] នាឆ្នាំ២០១៤ ការអង្កេតតាមដានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលមានតែ ០,២៨% ប៉ុណ្ណោះ តួលេខនេះត្រូវគ្នាជាមួយការនឹងការថយចុះនៃករណីឆ្លងថ្មី។ នៅឆ្នាំ ២០១៧ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលលើសពី ៣០០ ០០០នាក់នៅតាមមណ្ឌលសុខភាពរដ្ឋមាន ០,១១% ហើយមានលទ្ធផលតេស្តរហ័សប្រតិកម្ម។[5] ការប៉ាន់ស្មាននៅឆ្នាំ ២០១៥ មាន ៥៥% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួនមុនមានគភ៌ ហើយក៏បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[6] បើប្រៀបធៀបអត្រានេះនៅឆ្នាំ២០១៧ មានអត្រារហូតដល់ ៧៧%។[7]

---

[2] UNAIDS estimate, http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia.
[3] NCHADS Health Sector Strategic Plan 2016-2020; UNAIDS AEM modeling exercise using 2015 data.
[4] Cited in NSP-PMTCT 2016-2020.
[5] PMTCT database 2015 & 2017.
[6] Numerator from PMTCT database and denominator from Spectrum estimate of 954 total HIV+ pregnant women in 2015
[7] PMTCT database 2017.

កម្មវិធីបន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនរបស់ប្រទេសកម្ពុជា មានវឌ្ឍន៍ភាពខ្លាំងនា១០ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ដោយសារតែអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះថយចុះ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនក៏ថយចុះផងដែរ។ ការប៉ាន់ស្មានតាមម៉ូដែលគណិតវិទ្យាបង្ហាញថា អត្រាឆ្លងរាលដាលបានថយចុះមកត្រឹម ៦,២% នៅសប្ដាហ៍ទី៦ នៅឆ្នាំ២០១៥ គឺចុះពី ៣៧% នៅឆ្នាំ២០០៧។[8] ប៉ុន្តែការប៉ាន់ស្មានអត្រាចម្លងពីម្ដាយទៅទារកនៅពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូន តាមរយៈ SPECTRUM MODEL សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៧ គឺ ១៣% [9] ដែលធ្វើឱ្យមានការបារម្ភពីបញ្ហាប្រឈមនៃកម្មវិធីដែលត្រូវស្វែងរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឱ្យគាត់បានចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងផ្ដល់ការថែទាំ និងធ្វើតេស្តដល់ទារកដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

នៅឆ្នាំ២០១៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ៩៥,៥% បានទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ដោយមន្ត្រីដែលបានទទួលការបណ្ដុះបណ្ដាលយ៉ាងតិច១ដង។ [10] នៅឆ្នាំ២០១៦ ៨៥,៦%នៃអតិថិជនដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និង៨៨,៥% នៃអតិថិជនដែលបានសម្រាលកូននៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន។[11] តាមការប៉ាន់ស្មានរបស់អង្គការ UNAIDS នៅឆ្នាំ២០១៦ ៧៥% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ។[12] ចំនួននៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងរំពឹងថា ថយចុះពី ៩៥៤នាក់នាឆ្នាំ២០១៥ មក៧៦៦នាក់នៅឆ្នាំ២០២០ និងតិចជាង ៥០០នាក់នាឆ្នាំ២០២៥។[13]

ទោះបីជាមានវឌ្ឍនភាពក៏ដោយ ក៏យើងនៅមានឧបសគ្គក្នុងការកត់សំគាល់រកអ្នកផ្ទុកក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងកូនរបស់ពួកគាត់ ហើយនាំពួកគាត់មកធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលដើម្បីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន។ ទោះបីថា ក្នុងចំណោម ៨៣,៥%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគ អេដស៍បានទទួលព្យាបាលដោយ ARV នាឆ្នាំ ២០១៥ ក៏ ១៧,៣% នៅតែមិនទាន់បានរកឃើញនិង ៤% ត្រូវបានរកឃើញនៅពេលសម្រាល។[14]

ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលសម្រាលកូននៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលរដ្ឋ រវាងឆ្នាំ២០១៥ និង២០១៧ មានថយចុះនៃអត្រាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួនគឺពី២៨% មក

---

[8] Numerator from PMTCT database and denominator from Spectrum estimate of 954 total HIV+ pregnant women in 2015.
[9] Spectrum file provided by UNAIDS, November 2017.
[10] Cambodia Demographic and Health Survey (CDHS) 2014.
[11] PMTCT database, NMCHC.
[12] http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia
[13] Cambodia GARPR 2016.
[14] CHDS 2014

១៩%។[15] ប៉ុន្តែ នៅក្នុងអំឡុង២ឆ្នាំនេះ មានតែពាក់កណ្តាលស្រ្តីនៃទាំងនេះបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយស្រ្តីដែលបានសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកបានធ្វើតេស្តច្រើនជាងអ្នកសម្រាលកូននៅតាមមណ្ឌលសុខភាព។ បន្ថែមលើនេះ នៅឆ្នាំ២០១៥ ១ភាគ៣នៃស្រ្តីដែលបានធ្វើតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាលហើយមិនបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ បើប្រៀបធៀបនឹងឆ្នាំ២០១៧ គឺមាន ៦% ដែលមិនបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅឡើយ នេះគឺវានៅតែជាកង្វល់នៅឡើយ។[ibid]

អត្រាគ្របដណ្តប់ដោយការព្យាបាលដោយឱសថ ARV លើស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវតែបន្តកែលម្អ។ នៅឆ្នាំ២០១៥ ៧៥,៥% នៃស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ឬ ៧៩,៩% បើរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកដែលបានទទួលការព្យាបាលក្នុងពេលសម្រាល)។[16] តាមរយៈការរកឃើញករណីថ្មី យើងឃើញមានភាពខុសគ្នារវាងការចាប់ផ្តើម ARV នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងនៅមណ្ឌលសុខភាព គឺ ១០០%នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ហើយមានតែ ៥១% នៅមណ្ឌលសុខភាព។ ជាចុងក្រោយ ការព្យាបាលកុមារដែលប្រឈមនៅមានការខ្វះចន្លោះនៅឡើយគឺមានតែ ៦៩,៨% ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការនៅ ៦សប្តាហ៍នៅឆ្នាំ២០១៥ និង៧៥% នៅឆ្នាំ២០១៧។[17]

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្រ្តីមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលដែលរកឃើញដោយធ្វើតេស្តរហ័ស ហើយបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ដោយ RPR មាន ៤,០% នៅឆ្នាំ១៩៩៦ ហើយថយចុះមកត្រឹម ១,៣% នៅឆ្នាំ២០០១។[18] យើងមិនមានការអង្កេតតាមដានការឆ្លងមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្រ្តីដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលចាប់តាំងពីឆ្នាំ២០០១មកម្លេះ ប៉ុន្តែទិន្នន័យនៅសេវាសុខាភិបាលបានបង្ហាញថា នៅឆ្នាំ២០១៧ មាន ០,០៥% មានតេស្តប្រតិកម្ម ។ នៅឆ្នាំ២០១៧ អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ មានតិចជាងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ប្រៀបស្មើនឹង ៦៣% និង ៩៣% ដែលបានដឹងស្ថានភាពមេរោគ អេដស៍។[19] នាឆ្នាំ២០១៧ NCHADS និង NMCHC បានជ្រើសរើសយក Dual HIV/Syphilis សម្រាប់ធ្វើ តេស្តស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ ហើយក៏រំពឹងថានឹងមានភាពប្រសើរឡើងនូវអត្រាធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគ ស្វាយ។ យើងក៏នៅមានបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលឱ្យបានត្រឹមត្រូវក្នុងចំណោមស្រ្តីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគស្វាយនិងទារកដែលទើបនឹងប្រសូត្រ។ នៅឆ្នាំ២០១៧ ក្នុងចំណោមស្រ្តី

[15] NMCHC PMTCT database 2015 & 2017
[16] NMCHC PMTCT database 2015
[17] NMCHC PMTCT database 2015 & 2017
[18] NCHADS 2001 STI Sentinel Surveillance Survey.
[19] NMCHC PMTCT database. Cambodia: NMCHC; 2016 & 2017.

មានផ្ទៃពោះ ១៥៤នាក់ដែលមានតេស្តប្រតិកម្មមេរោគស្វាយ មានតែ ៧៥% បានទទួលលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ដោយ RPR។[20] បន្ថែមលើនេះ មានការខ្វះឱសថ benzathine penicillin ព្រមទាំងមានការដែលស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការចាក់ឱសថនេះនៅលើទារកដែលទើបនឹងប្រសូត្រដោយខ្លាចមានប្រតិកម្មឱសថ បណ្តាលឱ្យស្ត្រីនិងទារកប្រឈមទាំងនោះ បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ erythromycin ដែលមិនមែនជាឱសថជម្រើសដ៏ប្រសើរសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនោះទេ។ យើងក៏នៅមានការខ្វះព័ត៌មានក្នុងការតាមដានការថែទាំទារកដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងជំងឺស្វាយ។

ពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់រហ័ស ការធ្វើតេស្ត DNA-PCR ការព្យាបាល បង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ គឺផ្តល់នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារ និងនៅគ្លីនិកសម្តព។ រហូតដល់បច្ចុប្បន្ននេះ យើងមានតែ ៣៤ គ្លីនិកសម្រាប់ផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមារដែលស្ថិតនៅខេត្តចំនួន ២១ក្នុងចំណោមខេត្តចំនួន២៥ខេត្ត/រាជធានីទូទាំងប្រទេស។ យោងតាមគោលការណែនាំសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារនិងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជាឆ្នាំ២០១៦ ទារកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ត្រូវធ្វើតេស្ត និងធ្វើការព្យាបាលដោយឱសថ ARV និង Cotrimoxazole នៅពេលទើបនឹងប្រសូត្រ។ ប៉ុន្តែ ការធ្វើតេស្តនៅពេលទើបនឹងប្រសូត្រនេះ មិនបានប្រតិបត្តិនៅទូទាំងប្រទេសទេ ហើយបន្ថែមលើនេះ ការចុះបញ្ជីកុមារក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារក៏មានការយឺតយ៉ាវដែរ។ នៅឆ្នាំ២០១៧ មានតែ ៣៥% នៃទារកដែលប្រសូត្រពីម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load ក្នុងអំឡុងពេល ២ខែក្រោយពេលកើត។ [21]

ការសម្រាលនៅសេវាសុខាភិបាលឯកជន

នៅប្រទេសកម្ពុជាសេវាសុខាភិបាលភាគច្រើនទទួលបានពីសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈប៉ុន្តែការប្រើប្រាស់សេវាសម្រាលកូននៅសេវាឯកជនមានការកើនឡើងប្រហែលជា ១៤% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានជ្រើសរើសការសម្រាលនៅសេវាឯកជន។[22] ដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លង កម្ពុជាត្រូវបានបង្ហាញថា យើងបានផ្តល់សេវាលុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូនដែលមានគុណភាពខ្ពស់ដែលផ្តល់ដោយសេវាឯកជន ហើយទិន្នន័យត្រូវតែទទួលបាន ហើយគ្រប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការវាយតម្លៃសុពលភាពទាំងអស់។

[20] NMCHC PMTCT databased. Cambodia; 2017.
[21] Exposed Infant Database, NCHADS 2017.
[22] CDHS 2014.

នៅកម្ពុជា យន្តការនៃការគ្រប់គ្រងវិស័យវេជ្ជសាស្ត្រឯកជន ទើបនឹងចាប់ផ្តើមហើយបច្ចុប្បន្ននេះមិនមានតម្រូវឱ្យវិស័យឯកជនផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ស្វាយ (ឬត្រូវបញ្ជូនឱ្យអតិថិជនទៅដើម្បីធ្វើតេស្តទាំងនេះនៅសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ) នោះទេ។ ដោយលើកលែងតែនៅគ្លីនិករបស់ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលមួយចំនួន យើងក៏នៅមានការខ្វះខាតក្នុងការទទួលបានទិន្នន័យពីសេវាដែលបានផ្តល់នៅផ្នែកឯកជន (ទាំងផ្នែកឯកជនដែលរកប្រាក់កម្រៃ និងមិនរកប្រាក់កម្រៃ)។ សូម្បីតែទិន្នន័យដែលផ្តល់ដោយសេវាឯកជន (ឧ. គ្លីនិករបស់សមគមន៍ RHAC) ក៏បច្ចុប្បន្ននេះយើងនៅពុំមានមធ្យោបាយក្នុងការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងទិន្នន័យរបស់ PMTCT ដោយគ្មានហានិភ័យនៃការរាប់ត្រួតគ្នាដែរ ដោយសារតែស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានទៅទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ទាំងនៅសេវាសារធារណៈ និងសេវាសុខាភិបាលឯកជន។

ផែនការយុយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ និងគោលនយោបាយ

ការថយចុះនៃចំនួនអ្នកឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពីបទអន្តរាគមន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលផ្តួចផ្តើមដោយរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជាក្នុងការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិជំបូងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់រយៈពេលពីឆ្នាំ២០០៨-២០១៥ ផ្តោតលើការពង្រីកសេវាកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងបង្កើនការប្រើប្រាស់សេវានេះ។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ ការផ្តួចផ្តើមគោលគំនិតកម្ពុជា៣.០ ត្រូវបានប្រកាសដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ដើម្បីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ ដោយសារ តែថវិកាមានកំណត់និងតម្រូវការឱ្យមានការរួមបញ្ចូលគ្នានូវសេវាទាំងឡាយ និងស្វែងរកប្រសិទ្ធិភាពក្នុងកម្មវិធីជាតិ យុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការឆ្លើយតបរួមគ្នាដែលជំរុញឱ្យពង្រឹងកិច្ចសហការរវាងកម្មវិធីឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ និងកម្មវិធីសេវាសុខភាពផ្លូវភេទនិងបន្តពូជនៅឆ្នាំ២០១៣ ដើម្បីបន្តលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់មាតានិងទារក ដើម្បីឈានទៅទទួលបានការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។

ការបន្តប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៅកម្ពុជា គឺជាភស្តុតាងជាក់លាក់នៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (២០១៦-២០២០) ដែលបានកំណត់គោលដៅក្នុងការឈានទៅសម្រេចការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែលផ្តល់នូវមធ្យោបាយលម្អិត និងយុទ្ធវិធីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនផងដែរ។ យុទ្ធ

សាស្ត្រនេះក៏រួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការស្វែងរកករណីឆ្លងថ្មីក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ហើយធានាថា មាតានិងទារកទទួលបាននូវកញ្ចប់ពេញលេញ នៃសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ហើយពន្លឿនការចុះបញ្ជីព្យាបាលដោយ ARV ។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះមានការបំពេញបន្ថែមដោយនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដាមួយចំនួន រួមមានវិធីសាស្ត្រការជំរុញខ្លាំងក្លា ការរួមបញ្ចូលគ្នា ការគ្រប់គ្រងសកម្មករណីអេដស៍/ការតាមដានដៃគូឱ្យមកធ្វើតេស្តនិងព្យាបាល (B-IACM/Partner Notification) និងយុទ្ធវិធីនៃការកំណត់រក-ជួបផ្តល់សេវា-ការជំរុញការរក្សាទុកករណីក្នុងសេវាព្យាបាល (IRIR) ដែលកំពុងអនុវត្តនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ។

ដោយសារតែ កម្ពុជាបានប្តេជ្ញាចិត្តក្នុងការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននោះ យើងត្រូវព្យាយាមសម្រេចការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនឱ្យនៅតិចជាង ៥% នៅឆ្នាំ ២០២០។ ប៉ុន្តែការសម្រេចបាននូវស្តង់ដាដែលចាំបាច់សម្រាប់ការធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់អង្គការ WHO នៅឆ្នាំ២០២៥ តម្រូវឱ្យមានការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀត។ ដំណើរការនៃការធ្វើសុពលភាព នឹងតម្រូវឱ្យមានកិច្ចប្រឹងប្រែងរួមគ្នានៅគ្រប់កម្រិត និងមានការចូលរួមពីភ្នាក់ងារពាក់ព័ន្ធពីគ្រប់វិស័យៈ អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអេដស៍និងកាមរោគ អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីសុខភាពមាតានិងទារក បុគ្គលិកតាមដាននិងវាយតម្លៃ អ្នកតាក់តែងគោលនយោបាយ មន្ត្រីបច្ចេកទេស និងដៃគូជាតិនិងអន្តរជាតិនៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់ពិភពលោក។

២.២ សនិទានភាពនៅក្នុងដំណាក់មុនពេលធ្វើសុពលភាព

បច្ចុប្បន្ននេះក្នុងចំណោមសូចនាករសម្រាប់វាស់វែងពីដំណើរការនៃការធ្វើសុពលភាព ដែលតម្រូវដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកដើម្បីសម្រេចបានការលុបបំបាត់ការឆ្លងគឺសូចនាករទី១៖អត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ≥៩៥% ដែលយើងសម្រេចបានរួចហើយ។ ចំពោះសូចនាករទី២ និងទី៣ ក៏យើងជិតសម្រេចបានដែរគឺ អត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវាធ្វើតេស្តនិងសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងស្វាយឱ្យបាន ≥ ៩៥%។ ក៏ប៉ុន្តែ ការសម្រេចបាននេះតម្រូវឱ្យមានការចូលរួមពីផ្នែកឯកជនដែលមានសមាមាត្រនៃស្ត្រីទៅសម្រាលកូនបានកើនឡើង (១៤,៣% នៅឆ្នាំ២០១៤)។[23] បន្ថែមលើនេះ តម្រូវការនូវប្រព័ន្ធទិន្នន័យសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លងនៅមិនទាន់បានរៀបចំបានពេញលេញនៅឡើយទេ។ ប្រព័ន្ធនេះនៅមិនទាន់បានរៀបចំដើម្បីធានាថា ការផ្តល់សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន សម្រាប់ស្ត្រីដែលទទួលសេវាថែទាំនៅផ្នែកសម្ភពទាំងនៅ

[23] CDHS 2014.

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាលរដ្ឋ និងសេវាឯកជន ប្រព័ន្ធមន្ទីរពិសោធន៍តម្រូវឱ្យបន្តការពង្រឹង ហើយនឹងសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍នៅមិនទាន់ទទួលបានការវាយតម្លៃឱ្យពេញលេញនៅឡើយទេ។

ដោយសារមូលហេតុនេះ យើងត្រូវរៀបចំយុទ្ធសាស្ត្រមុនដំណាក់កាលនៃការលុបបំបាត់ចាប់ពីឆ្នាំ ២០១៧-២០២០ មុននឹងឈានទៅលុបបំបាត់ទាំងស្រុង។ ផែនទីបង្ហាញផ្លូវនេះនឹងចង្អុលបង្ហាញពីគម្រោងដើម្បីស្វែងរកក្នុងអំឡុងពេលមុនការលុបបំបាត់ក្នុងគោលបំណងពង្រឹងកម្មវិធីផ្តល់សេវា សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និងការបំពេញបាននូវតម្រូវការទាំងអស់នៃការធ្វើសុពលភាព។

២.៣ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យការធ្វើសុពលភាពរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយនៅឆ្នាំ២០១៤ ហើយបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅឆ្នាំ២០១៧ នូវគោលដៅជាសកលក្នុងកម្រិតអប្បបរមា និងតម្រូវការបន្ថែមដែលត្រូវតែបំពេញឱ្យបានដើម្បីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានជ្រើសនូវសូចនាករវាស់វែងផលប៉ះពាល់ និងសូចនាករវាស់វែងពីដំណើរការ ហើយបានកំណត់គោលដៅដើម្បីតាមដានសមិទ្ធិផលនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននៅកម្រិតប្រជាជន។ គោលដៅសម្រាប់សូចនាករនីមួយៗ គឺបានកំណត់ដូចខាងក្រោម៖

	គោលដៅអប្បបរមាដើម្បីឈានទៅសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់	
	មេរោគអេដស៍	មេរោគស្វាយ
លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់សូចនាករផលប៉ះពាល់	• អត្រាករណីនៃកុមារឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ ≤ ៥០ករណីកុមារឆ្លងថ្មីលើ ១០០ ០០០ កំណើតរស់ • អត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក<៥%ក្នុងចំណោមប្រជាជនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ឬ <២% ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។	• អត្រាករណីជំងឺស្វាយពីកំណើត ≤ ៥០ករណីលើ ១០០ ០០០ កំណើតរស់
លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់សូចនាករដំណើរការ	• អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាថៃទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល (យ៉ាងតិច១ដង) ≥៩៥% • អត្រាគ្របដណ្តប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ≥៩៥% • អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលដោយឱសថ ARV លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ≥ ៩៥% ។	• អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាថៃទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល (យ៉ាងតិច ១ដង) ≥៩៥% • អត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ≥ ៩៥% • អត្រាព្យាបាលជំងឺស្វាយលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ≥ ៩៥% ។

រូបភាពទី 1: គោលដៅអប្បបរមាដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានការលុបបំបាត់ WHO ២០១៧

បន្ថែមលើការសម្រេចបានគោលដៅខាងលើ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានបញ្ជាក់ថាយើងត្រូវតែៈ

1. មានភស្តុតាងជាក់លាក់នៃការសម្រេចបាននូវសូចនាកររវាស់វែងពីដំណើរនៃការធ្វើសុពលភាពនៃ eMTCT នៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិរយៈពេល២ឆ្នាំ និងសម្រេចបាននូវសូចនាកររវាស់វែងផលប៉ះពាល់រយៈពេល ១ឆ្នាំ មុននឹងដាក់សំណើរធ្វើសុពលភាព។
2. មានភស្តុតាងជាក់លាក់ដែលបានបង្ហាញថា ការសម្រេចបាននូវការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅទារកនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិមួយកន្លែងដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយបំផុត និងក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលមានសារៈសំខាន់ក្នុងការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន

ដើម្បីធានាថា ដំណើរការនៃការធ្វើសុពលភាពនឹងឆ្លុះបញ្ចាំងពីសមភាពនៃអត្រាគ្របដណ្តប់ដោយសេវាសុខាភិបាល។ សេវានៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយបំផុត គឺជាកន្លែងដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយបំផុតនូវសូចនាករសុខភាពពាក់ព័ន្ធ (ឧ.កន្លែងដែលមានបន្ទុកជំងឺខ្ពស់បំផុត អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាទាបបំផុត ឬការប៉ាន់ស្មានថាអត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ដែលមិនអាចសម្រេចបានទៅតាមគោលដៅសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពសកលលោក)។

3. មានភាពពេញលេញនៃ "ការធ្វើសុពលភាពស្តង់ដា" តាមប្រព័ន្ធអង្កេតតាមដានថ្នាក់ជាតិដែលអាចប្រមូលព័ត៌ពីដំណើរការ និងវឌ្ឍនភាពពីផ្នែកសុខាភិបាលឯកជននិងរដ្ឋ ហើយស្វែងរកករណីចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។
4. ការបំពេញបាននូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព ត្រូវតែផ្សាភ្ជាប់ជាមួយមូលដ្ឋាននៃសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងសមភាពនៃការចូលរួមរបស់សហគមន៍។

លក្ខ័ណ្ឌសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពបន្ថែមរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

លក្ខ័ខណ្ឌបន្ថែមដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងស្តង់ដាសម្រាប់ពង្រឹងគុណភាពទិន្ន័យ ការធានាគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍ សមាសភាគនៃកម្មវិធី សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ ដែលត្រូវតែបំពេញឱ្យបានសម្រាប់ការធ្វើសុពលភាពនេះ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានធ្វើការវាយតម្លៃពីវឌ្ឍនភាពនៅផ្នែកនីមួយៗ ហើយបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រទេសនីមួយៗពិនិត្យ និងវាយតម្លៃ វឌ្ឍភាពរបស់ខ្លួនធៀបទៅនឹងស្តង់ដា។

នៅក្នុងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នៃការផ្តល់កម្មវិធី សេវាស្នូលរួមបញ្ចូលទាំង សេវាថៃទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល សេវាធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយ សេវាថៃទាំនិងព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទារក និងដៃគូជាបុរសរបស់ពួកគេដែលត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងការវាយតម្លៃ។[24] ដើម្បីធានាការទទួលបានពេញលេញនូវសេវាស្នូលទាំងនេះ អង្គការសុខភាពពិភពលោកបានផ្តល់អនុសាសន៍ថា ប្រទេសនីមួយៗត្រូវ ជំនះឧបសគ្គដែលទាក់ទងនឹងភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងអភិបាលកិច្ចល្អ ធនធានហិរញ្ញវត្ថុ ធនធានមនុស្ស ឧបករណ៍-សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យនិងបច្ចេកវិជ្ជា ព្រមទាំងព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ។ បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នៃការផ្តល់កម្មវិធីដែលផ្តល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅកម្ពុជាក្នុងការវាយតម្លៃនៅពេលដើមគ្រា អាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័ររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ គោល

[24] Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017.

បំណងចម្បងរបស់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់គឺដើម្បី ក). ពិនិត្យឡើងវិញនូវសមាសភាគនៃកម្មវិធីដែលទាក់ទងនឹងការលុបបំបាត់ មានជាអាទិ៍ សេវាថៃទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល សេវាធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយ ហើយនឹងកម្មវិធីព្យាបាល ក៏ដូចជាការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកទារកនិងដៃគូបុរសរបស់ពួកគាត់ និង ខ). ផ្ទៀងផ្ទាត់ថា សេវាដែលបានផ្តល់ជូនគឺមានភាពគ្រប់គ្រាន់អាចទទួលយកបាន និងមានគុណភាពដើម្បីធានានូវនិរន្តភាពក្នុងការឈានទៅសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូន។ [25]

ទិន្នន័យនៃការអង្កេតតាមដាននិងគុណភាពនៃទិន្នន័យគឺ ជាចំណុចសំខាន់នៃការធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ នៅក្នុង**បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ** លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃដំណើរការប្រមូលទិន្នន័យនិងគុណភាពនៃទិន្នន័យ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលជាជំនួយដល់អ្នកវាយតម្លៃសម្រាប់ការវាយតម្លៃទិន្នន័យថ្នាក់ប្រទេស។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនីមួយៗនៃការវាយតម្លៃទិន្នន័យ លក្ខ័ខណ្ឌនៃគុណភាពទិន្នន័យត្រូវបានយកមកពិចារណាដោយសារតែវាមានចំណែកក្នុងការសម្រេចបានជោគជ័យ និងការធានានិរន្តរភាពរបស់ដំណើរការនៃការលុបបំបាត់ និងសូចនាករទាំងឡាយ (តារាងទី២)។

[25] Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017.

តារាងទី 1: លក្ខខណ្ឌនៃគុណភាពរបស់ទិន្នន័យ

គុណលក្ខណៈ	និយមន័យ
ភាពត្រឹមត្រូវ	ការវាស់វែងនូវអ្វីដែលចង់វាស់ និងកាត់បន្ថយកំហុសឆ្គងក្នុងកម្រិតអប្បបរមា
អាចជឿទុកចិត្តបាន	បង្កើតឡើងដោយយោងទៅតាមការអនុវត្តន៍ជាប់លាប់នូវស្តង់ដានៃពិធីការនិងបែបបទនានា
ភាពជាក់លាក់	ត្រូវប្រមូលព័ត៌មានលម្អិតឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចឆ្លុះបញ្ចាំងនូវភាពត្រឹមត្រូវនៃលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ក្រុម ឬអនុក្រុម
ភាពពេញលេញ	តំណាងបានដ៏ពេញលេញនៃដែនរបស់បុគ្គលដែលគ្រប់លក្ខណៈ ឬសភាពការណ៍ដែលបានជ្រើសរើសចូលរួមក្នុងការអង្កេត ឬវាយតម្លៃ
ភាពរសើប/ចាប់យកបាន	ចាប់យកឱ្យបាននូវសមាមាត្រដ៏ច្រើនរបស់ករណី
ពេលវេលាកំណត់	ត្រូវតែធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយគ្មានការយឺតយ៉ាវច្រើន ឬត្រូវតែរកបាននៅពេលត្រូវការ
ភាពមិនលំអៀង	ទាញយកពីប្រព័ន្ធដែលការពារកុំឱ្យមានភាពលំអៀងដោយចេតនា ឬរៀបចំទុកជាមុន
ការរក្សាការសំងាត់	ត្រូវធានាថា ព័ត៌មានគឺជាភាពឯកជនរបស់អតិថិជនមិនត្រូវបានបើកចំហ ហើយទោះជាទិន្នន័យជាក្រដាសក្តី ជាអេឡិចត្រូនិកក្តី ត្រូវបានរក្សាទុកដោយសុវត្ថិភាព។

(Source: Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017)

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីបំពេញទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យធ្វើសុពលភាពរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ត្រូវធានាសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ឱ្យមានគុណភាព ហើយគុណភាពសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ស្តង់ដានេះត្រូវតែរក្សាឱ្យមាននៅទូទាំងប្រទេស គិតចាប់ពីមណ្ឌលសុខភាពនៅជនបទរហូតដល់សេវាសុខាភិបាលកម្រិតខ្ពស់ ទាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈនិងឯកជន។ ដូច្នេះ សមត្ថភាពខ្លាំងរបស់មន្ទីរពិសោធន៍គឺជាតម្រូវការចាំបាច់ដើម្បី៖

- ធានាថា មូលដ្ឋានសុខាភិបាលអាចប្រមូលបានសំណាកសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសម្រាប់តាមដានការព្យាបាល;
- ធានាថា បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍អាចផ្តល់ជូនលទ្ធផលនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលអាចជឿទុកចិត្ត និងតាមដានលទ្ធផល។

វិសាលភាពទូទៅរបស់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ គឺការធានាការធ្វើតេស្តនៅគ្រប់សេវាផ្តល់ការថែទាំ និងការថែទាំសេវាមន្ទីរពិសោធន៍៖

- **គ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍** ដែលរួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃលើការរៀបចំទូទៅ និងតួនាទីរបស់កម្មវិធីមន្ទីរពិសោធន៍ជាតិសម្រាប់ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ។ ស្របគ្នាជាមួយគោលការណ៍ណែនាំមន្ទីរពិសោធន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងអភិបាលកិច្ច រួមទាំង ក្របខ័ណ្ឌគោលនយោបាយ រចនាសម្ព័ន្ធ និងការសម្របសម្រួល ការគ្រប់គ្រងនិងការអភិបាលលើបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូនដែលនឹងត្រូវវាយតំលៃ។ គេក៏ត្រូវវាយតម្លៃការផ្តល់សេវា រួមមានអង្គការចាត់តាំងរបស់សេវាតួនាទីនិងការទទួលខុសត្រូវ និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពរបស់តេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ទិដ្ឋភាពផ្សេងទៀតដែលនឹងត្រូវវាយតម្លៃ រួមមានការគ្រប់គ្រងសង្វាក់នៃការផ្គត់ផ្គង់ ដែលត្រូវតែមានសម្ភារៈប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើតេស្តមេរោគ អេដស៍និងស្វាយ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលឈឺពោះសម្រាល ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល ជាពិសេស សម្រាប់ស្ត្រីដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។
- **គុណភាពនៃតេស្ត** រួមមានការត្រួតពិនិត្យលើតេស្តសម្រាប់វាយតម្លៃថា វាមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលអាចទទួលយកបាននិងតាមប្រតិបត្តិការរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក និងអង្គការសកលលោកដទៃទៀត។ ការវាយតម្លៃនេះ រួមមាន វត្តមាននៃគំនូសបំព្រួញស្តីពីការធ្វើតេស្តដែលសមស្របសម្រាប់ធ្វើតេស្តលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មុន កំពុង និងក្រោយពេលសម្រាល និងដែលជាជម្រើសនៃការធ្វើតេស្តដ៏សមស្របសម្រាប់បរិបទនៃប្រទេសដែលមានការផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល។
- **គុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត** រួមបញ្ចូលទាំងការវាយតម្លៃលើសមត្ថភាពរបស់បុគ្គលិកជាទូទៅ តាមរយៈការដែលមានអញ្ញាប័ណ្ណ ឬវិញ្ញាបនបត្រជាអ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ធ្វើតេស្ត។

- **ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍** រួមបញ្ចូលទាំងការគ្រប់គ្រងព័ត៌មានមន្ទីរពិសោធន៍ជាពិសេស សំដៅទៅលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងដំណើរការមុខងាររបស់មន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្ដាយទៅកូន។

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់អំពីសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ ត្រូវកំណត់ថាកម្ពុជាទទួលបាននូវសិទ្ធិជាមូលដ្ឋាននៃសុខភាពផ្លូវភេទនិងបន្តពូជសម្រាប់គ្រប់ស្ត្រីនិងក្រុមប្រជាជន ចំណុច រួមមាន៖

- គ្មានការរើសអើងទៅលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាឱ្យមានការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ ព្រមទាំងផ្តល់ការព្យាបាល ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាថា មានការយល់ព្រមជាមុន ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយនិងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាថា ការនៃការលុបបំបាត់មិនមានការបង្ខិតបង្ខំ គម្រាមកំហែង ដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តក្នុងការធ្វើការវះកាត់គ្រៀវ ប្រើថ្នាំការពារកំណើត និងការពន្លូតកូន ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាថា មានការរក្សាការសំងាត់និងភាពឯកជននូវព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព និងមេរោគអេដស៍ ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាថា មានសមភាពយេនឌ័រ មិនរើសអើង ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍;
- ធានាថា មានការទទួលខុសត្រូវ មានការចូលរួមរបស់សហគមន៍ និងមានការចូលរួមពីអ្នករងប៉ះពាល់ដោយសារជំងឺអេដស៍ និងប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍;
- ធានាថា ត្រូវតែមានសេវាដែលមានគុណភាពដែលអាចទទួលយកបានសេវា ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍; និង
- ធានាថា ទទួលបានភាពយុត្តិធម៌ និងមានសំណងសមស្រប ទាំងលើផ្នែកច្បាប់និងគោលនយោបាយ និងលើការអនុវត្តន៍។

នៅគ្រប់អនុ-ផ្នែកទាំងអស់ កម្ពុជាត្រូវតែសម្រេចឱ្យបាននូវស្តង់ដា៖

- *សិទ្ធិមនុស្សនៅក្នុងផ្នែកសុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ៖* ដែលរួមបញ្ចូលទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលត្រូវទទួលបាននូវសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចចិត្ត ទទួលបាននូវការយល់ព្រមជាមុន គោរពភាពជាឯកជននិងរក្សាការសំងាត់ មិនត្រូវរងនូវអំពើហឹង្សា ការរំលោភសិទ្ធិ ការបង្ខិតបង្ខំ យោងទៅតាមស្តង់ដាសិទ្ធិមនុស្សនៅក្នុងតំបន់របស់អង្គការសហប្រជាជាតិ និងយន្តការនានា។
- *សមភាពយេនឌ័រ៖* កម្ពុជាបានទទួលស្គាល់ពីសមភាពយេនឌ័រលើកម្មវិធីសុខភាពផ្លូវភេទនិងបន្តពូជ ដោយទទួលស្គាល់ថា បទដ្ឋាននៃការអនុវត្តយេនឌ័រមានឥទ្ធិពលលើសុខភាពស្ត្រីនិងកូនតាមមធ្យោបាយជាច្រើន។ ការលើកកម្ពស់និងការធានាសមភាពយេនឌ័រ អាចផ្តល់ឱ្យស្ត្រីនិងក្មេងស្រីទទួលបានព័ត៌មាននិងសេវា ហើយធ្វើការសម្រេចចិត្តលើបញ្ហាផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជរបស់ខ្លួន និងអាចបង្ការខ្លួនគេពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយ។ [26]
- *ការចូលរួមរបស់សហគមន៍៖* ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងដៃគូរបស់គាត់ ក៏ដូចជាក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត នឹងត្រូវចូលរួមក្នុងដំណើរការនៃការសម្រេចចិត្ត កិច្ចសន្ទនាអំពីគោលនយោបាយ ការបង្កើតនិងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ការតស៊ូមតិនិងការផ្តល់សេវា។ ការចូលរួម របស់សហគមន៍ នឹងចូលរួមធ្វើឱ្យការផ្តល់កម្មវិធីកាន់តែប្រសើរឡើងនិងកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព។
- *ការលុបបំបាត់ឧបសគ្គនៃការគោរពសិទ្ធិមនុស្ស៖* កម្មវិធីជាតិត្រូវខិតខំកាត់បន្ថយឧបសគ្គដែលបានចាក់ឫសគល់នៅក្នុងសង្គមកម្ពុជា តាមរយៈការផ្តល់ការអប់រំដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកជំងឺ។ ឧបសគ្គទាំងនោះរួមមាន កង្វះការយល់ព្រមជាមុននៅក្នុងដំណើរការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ការពន្លូតកូនដោយបង្ខំ កង្វះព័ត៌មាននៃការពន្យាកំណើតឬបញ្ឈប់កំណើត កង្វះការរក្សាការសំងាត់និងភាពឯកជន កង្វះការផ្តល់សេវាដែលមានសមភាពនិងមិនរើសអើង កង្វះសេវាដែលដែលមានស្រាប់ អាចទៅរកបាន អាចទទួលបាន និងមានគុណភាព (availability, accessibility, acceptability and quality of services) កង្វះការចូលរួមរបស់សហគមន៍ មិនមានសក្តានុពលលើអំពើហឹង្សាទាក់ទងនឹងយេនឌ័រពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ ឬការព្យាបាល។ រាល់ឧបករណ៍ និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់អាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័ររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។[27]

---

[26] Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017.
[27] WHO tools and checklists for in-country evaluation of four required components, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/.

២.៤ គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព និងការរៀបចំដំណើរ

នៅពេលដែលកម្ពុជាជឿជាក់ថា យើងអាចនឹងគោរពបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ក្រសួងសុខាភិបាល គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ រួមជាមួយគណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់នឹងចាត់តាំងគណៈកម្មាការថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព ដើម្បីសម្របសម្រួលលើដំណើរការប្រមូលទិន្នន័យ ការផ្ទៀងផ្ទាត់និងការសរសេររបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាព។ សមាជិកនៃគណៈកម្មាការត្រូវរួមបញ្ចូលអ្នកជំនាញឯករាជ្យ និងអ្នកពហុជំនាញ មានជាអាទ៍ អ្នកអេពីដេមីសាស្ត្រ និងអ្នកវិភាគស្ថិតិ មន្ត្រីសុខភាពសាធារណៈ រួមមាន អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីជាតិនិងមន្ត្រីកម្មវិធីអេដស៍និងកាមរោគ អ្នកគ្រប់គ្រងនិងមន្ត្រីកម្មវិធីគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក អ្នកជំនាញខាងជំងឺអេដស៍និងកាមរោគ អ្នកវិទ្យាសាស្ត្រមន្ទីរពិសោធន៍ តំណាងសង្គមស៊ីវិលនិងតំណាងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល រួមមាន ស្ត្រីនិងបុរសដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងតំណាងសហគមន៍ អ្នកជំនាញផ្នែកជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ និងអ្នកជំនាញសិទ្ធិមនុស្ស។ អង្គការ WHO UNICEF UNAIDS និងតំណាងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ត្រូវចលនាធនធានដើម្បីគាំទ្រតម្លៃប្រតិបត្តិការក្នុងការធ្វើសុពលភាព រួមមាន តម្លៃនៃការធ្វើដំណើរនៃសមាជិកក្រុមអ្នកធ្វើសុពលភាព។

គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ (NVC) នឹងទទួលខុសត្រូវលើដំណើរការធ្វើសុពលភាព៖ 1) ប្រមូលភស្តុតាងជាក់លាក់ រៀបចំ និងផ្ញើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាព 2) សម្របសម្រួលដំណើរការធ្វើសុពលភាពផ្ទៃក្នុង និង 3) ធានាថា មានទំនាក់ទំនងល្អជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល។ *(គណៈកម្មការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ អាចបំពេញបាននូវភារកិច្ចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើដោយផ្ទាល់ ឬជំនួសដោយការជ្រើសរើសក្រុមអ្នកធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ ដែលជាក្រុមការងារជួយដល់សមាជិកក្រុមអ្នកធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិក្នុងបំពេញមុខងារនេះ)។*

យោងតាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក ប្រទេសដែលដាក់សំណើសុំធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន លុះត្រាតែ [1] សម្រេចបានគោលដៅផលប៉ះពាល់ សម្រាប់រយៈពេល ១ឆ្នាំ [2] សម្រេចបានគោលដៅដំណើរការសម្រាប់រយៈពេល ២ឆ្នាំ និង [3] ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ត្រូវបានសម្រេចនៅកម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិមួយដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយជាងគេ។ នៅពេលនោះ ក្រសួងសុខាភិបាលអាចដាក់សំណើសុំការធ្វើសុពលភាពទៅអង្គការសុខភាពពិភពលោក នៅលេខាធិការដ្ឋានថ្នាក់តំបន់។

យោងតាមបច្ចុប្បន្នភាពរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ២០១៨ ដំណើរការធ្វើសុពលភាពរួមមាន៥ ដំណាក់កាល: ដំណាក់កាលការធ្វើសុពលភាពនៅកម្រិតប្រទេស ការធ្វើសុពលភាពនៅថ្នាក់តំបន់ ការធ្វើសុពលភាពនៅកម្រិតពិភពលោក ការធ្វើសុពលភាពផ្លូវការ និងការរក្សាទុកលទ្ធផលនៃការធ្វើសុពលភាព។ [28]

ការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ	• ក្រសួងសុខាភិបាលបង្កើតគណៈកម្មការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ(NVC) និងក្រុមការងារធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ (NVT) • NVC ឬ NVT ប្រមូលនិងវាយតម្លៃទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិ និងធ្វើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ ហើយផ្ញើជូនលេខាធិការដ្ឋានសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិថ្នាក់តំបន់ (RVS) • ក្រសួងសុខាភិបាលធ្វើសំណើរទៅ RVS
ការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់	• RVT ពិនិត្យរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ និងធ្វើការវាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិជាមួយ NVT ឬ (NVC) • RVT ធ្វើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ ហើយផ្ញើទៅ RVS • RVS ផ្ញើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ទៅលេខាធិការដ្ឋានសម្រាប់នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់សកលលោក (GVS)
ការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់សកលលោក	• គណៈកម្មការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់សកលលោក(GVAC) ពិនិត្យរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ • GVAC ធ្វើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់សកលហើយផ្ញើទៅGVS
សុពលភាពផ្លូវការ	• GVS ធ្វើលិខិតជាផ្លូវការបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពនៃសុពលភាព
ថែរក្សាទុកនៃសុពលភាព	• GVS តាមដានការថែរក្សាសូចនាករសុពលភាព តាមរយៈប្រព័ន្ធរបាយការណ៍សកលដែលមានស្រាប់ប្រចាំឆ្នាំ

រូបភាពទី 2: ដំណើរការនៃការស្នើសុំការធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លង

[28] WHO 2018 update, Asia Pacific Regional Validation Mechanism for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis.

ក្នុងកំឡុងពេលនៃការធ្វើសុពលភាពក្នុងប្រទេស ក្រុមការងារសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ (NVT) នឹងប្រមូលទិន្នន័យ និងរៀបចំធ្វើរបាយការណ៍ដាក់ជូនគណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ដើម្បីពិនិត្យ។ គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ នឹងចាត់តាំងឱ្យមានក្រុមការងារសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ឱ្យធ្វើការជាមួយ NVT ដើម្បីពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យដែលបានរាយការណ៍ ហើយនឹងចុះមកប្រទេសដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនិងធ្វើរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពជូនទៅ RVC ដើម្បីពិនិត្យបន្ត។ នៅពេលទទួលបានការអនុម័តពី RVC ការស្នើសុំនឹងត្រូវរាយការណ៍ជូនគណៈកម្មាការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ពិភពលោក (GVAC)។ GVAC នឹងផ្តល់យោបល់ទៅអង្គការសុខភាពពិភពលោក ទៅលើការផ្តល់សុពលភាព និងផ្តល់ជាអនុសាសន៍សម្រាប់ប្រទេស។

នៅពេលដែលលេខាធិការថ្នាក់ពិភពលោកបានផ្តល់សុពលភាពជាផ្លូវការ ភ្ជាប់ជាមួយអនុសាសន៍សម្រាប់ថែរក្សាស្ថានភាពសុពលភាព។ គណៈកម្មាការសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពថ្នាក់តំបន់ និងពិភពលោក នឹងត្រូវធ្វើដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោកនៅការិយាល័យថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់បញ្ជាការដ្ឋាន (Headquarters) ដោយសហការជាមួយអង្គការ UNAIDS UNFPA UNICEF និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ផ្សេងទៀត។ បន្ទាប់មក អង្គការសុខភាពពិភពលោកនៅថ្នាក់ពិភពលោក នឹងបន្តតាមដានការថែរក្សាស្ថានភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនប្រចាំឆ្នាំ តាមរយៈយន្តការដែលមានស្រាប់ គឺរបាយការណ៍ជាប្រចាំ។[29]

៣ កម្មវត្ថុនៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវ

កម្មវត្ថុនៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវ គឺជួយណែនាំប្រទេសកម្ពុជា ទាំងក្នុងដំណាក់កាលមុនពេលលុបបំបាត់ បាន កំណត់ពីដំណាក់កាលនៃដំណើរការធ្វើសុពលភាពសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូននាឆ្នាំ២០២៥ ដោយរៀបចំជាជំហានៗដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាដល់ការសម្រេចបាននូវការផ្តល់សេវា ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ប្រព័ន្ធមន្ទីរពិសោធន៍ និងការគោរពសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍។

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវនេះនឹងជួយបំពេញបន្ថែមលើផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនដែលមានស្រាប់សម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ ព្រមទាំង និយាម

[29] WHO 2018 update, Asia Pacific Regional Validation Mechanism for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis.

បែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដាដែលបានផ្តល់ជូនកម្មវិធីនិងគ្លីនិក សម្រាប់ធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងស្វាយដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងមានវិធានការលម្អិតក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តកម្មវិធីដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានការកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនក្នុងអត្រា <៥% នៅឆ្នាំ២០២០ ហើយបន្តស្ថិតនៅជានិរន្តរហូតដល់ឆ្នាំ ២០២៥។

យោងទៅលើវិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើសមាហរណកម្មការលុបបំបាត់ទាំងមេរោគអេដស៍និងស្វាយមានតំបន់ជាច្រើនរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានចាប់ផ្តើមឈានទៅរកការលុបបំបាត់ជំងឺ ៣មុខគឺ រួមទាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB នៅក្នុងក្របខ័ណ្ឌនៃការលុបបំបាត់ការឆ្លង។ កម្ពុជាក៏មានបំណងក្នុងការលុបបំបាត់ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB នៅក្នុងដំណាក់កាលទី២នៃការងារនេះគឺចាប់ពីឆ្នាំ ២០២១-២០២៥។ វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB បានបញ្ចូលបន្ថែមទៅក្នុងកម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការនៅឆ្នាំ២០០២ ដោយចាក់មួយកម្រិតដូសនៅពេលប្រសូត្រ និងបន្តចាក់៣ដងទៀត នៅក្នុងឆ្នាំដំបូងរបស់ទារក។ អត្រាគ្រប ដណ្តប់នៃការចាក់លើកដំបូងនៅពេលប្រសូត្របាន ៨២,៦% នាឆ្នាំ២០១៥។[30] ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាលបានប៉ាន់ស្មានថា នៅពាក់កណ្តាលឆ្នាំ២០១៦ មានអត្រាគ្របដណ្តប់ ៨៧%។[31]

៣.១ សូចនាករស្នូល និងទិសដៅ

តារាងទី៣ បង្ហាញពីសមិទ្ធិផលប្រចាំប្រទេសនៅឆ្នាំ២០១៧ និងទិសដៅចាប់ពីឆ្នាំ ២០១៨ រហូតដល់២០២៥ សម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ ទិសដៅសម្រាប់អំឡុងពេលពីឆ្នាំ២០១៧-២០២០ ត្រូវបានធ្វើសុខដុមរម្មនីយកម្ម បើអាចធ្វើទៅបានជាមួយនឹងផែនការតាមដាននិងវាយតម្លៃនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល (HIV-HSSP) និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន។ បើសិនបើគោលបំណងទាំងនេះត្រូវបានសម្រេច យើងសង្ឃឹមថានៅក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំនៃ *ដំណាក់កាលយុទ្ធសាស្ត្រមុនពេលធ្វើសុពលភាព* (២០១៨-២០២០) ប្រទេសកម្ពុជានឹងត្រៀមខ្លួនសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមដំពេញលេញនូវ *យុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើសុពលភាព* (២០២១-២០២៥) និងទទួលបាននូវវិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់នៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន នាឆ្នាំ ២០២៥។

---

[30] CDHS 2009.

[31] This is only an estimate as the actual denominator is not known, and is currently based on population projections made after the 2008.

តារាងទី 2: សូចនាករស្នូលរបស់កម្ពុជាសម្រាប់ដំណាក់ការមុនពេលធ្វើសុពលភាព និងដំណាក់ធ្វើសុពលភាព

ដំណាក់កាលមុនពេលធ្វើសុពលភាព

សូចនាករនិងទិសដៅសម្រាប់ដំណាក់កាលមុនពេលធ្វើសុពលភាព ២០១៧- ២០២០	២០១៧ (BL)[32]	២០១៨	២០១៩	២០២០
សូចនាករវាស់វែងផលប៉ះពាល់				
ចំនួនករណីកុមារឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនលើ ១00 000 នៃកំណើតរស់				≤៥0 ករណី
អត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ				<៥%
ករណីឆ្លងជំងឺស្វាយពីកំណើតលើ ១00 000 នៃកំណើតរស់				≤៥0 ករណី
សូចនាករវាស់វែងដំណើរការកម្មវិធី				
អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល (យ៉ាងតិច១ដង)	៩៦%*	>៩៥%	>៩៥%	>៩៥%
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន	៩៣%**	៨៦%	៨៨%	៩0%
អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដោយឱសថ ARV	៧៧%	>៩0%	>៩0%	>៩0%
អតិថិជនដែលមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ	៦៣%	៨៦%	៨៨%	៩0%
ការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកើតជំងឺស្វាយ	៩៧%	>៩៥%	>៩៥%	>៩៥%

(Adjusted CDHS; ** National estimation of PW by NIS is generally low, see annex 5.b)*

[32] 2017 Baseline - **see annex 5.a** for detail analysis and data sources.

ដំណាក់កាលធ្វើសុពលភាព

សូចនាករនិងទិសដៅសម្រាប់ដំណាក់កាលលុបបំបាត់ ២០២០-២០២៥	២០២១	២០២២	២០២៣	២០២៤	២០២៥
សូចនាករវាស់វែងផលប៉ះពាល់					
ចំនួនករណីកុមារឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន លើ ១00 000 នៃកំណើតរស់	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី
អត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ	<៥%	<៥%	<៥%	<៥%	<៥%
ករណីឆ្លងជំងឺស្វាយពីកំណើតលើ ១00 000 កំណើតរស់	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី	≤៥0 ករណី
សូចនាករវាស់វែងដំណើរការកម្មវិធី					
អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល (យ៉ាងតិច១ដង)	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%
អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដោយឱសថ ARV	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%
អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%
ការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកើតជំងឺស្វាយ	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%	≥៩៥%

(Sources: HSSP-HIV 2016-2020; PMTCT strategy 2016-2020; NMCHC annual report 2017)

៣.២ ក្របខ័ណ្ឌដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន

រូបភាពទី៣ បង្ហាញពីសមាសភាគដ៏ល្អប្រសើរសម្រាប់កម្មវិធីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ដែលត្រូវតែសម្រេចឱ្យបាន។ សមាសភាគទាំងនេះ ត្រូវបានកំណត់នៅឯកសារសំខាន់ៗមានជាអាទិ៍ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់បង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍និងជំងឺកាមរោគក្នុងវិស័យសុខាភិបាល និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍

និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន និងយុទ្ធសាស្ត្រជាតិស្តីពីសុខភាពបន្តពូជ គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនីកនិងកម្មវិធី និងនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដានានា។[33]

ដើម្បីយល់ដឹងអំពីយុទ្ធវិធីដើម្បីឈានទៅសម្រេចបានសមាសភាគទាំងអស់នេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារសុខភាពមាតានិងទារក បានធ្វើការវាយតម្លៃនៅកន្លែងដែលសម្រេចបានលទ្ធផលល្អ មធ្យម និងខ្សោយ ដើម្បីយល់ពីសមត្ថភាពបច្ចុប្បន្ននៃការផ្តល់សេវា ការផ្តល់សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងសិទ្ធិមនុស្ស សមភាព យេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ (មើលឧបសម្ព័ន្ធទី១ ឯកសារក្របខ័ណ្ឌគោលគំនិតសម្រាប់ការវាយតម្លៃសេវា)។ របកគំហើញសំខាន់ៗទាំងឡាយត្រូវបានសរសេរនៅផ្នែកទី៤ ពង្រាងយុទ្ធសាស្ត្រនិងផែនការសកម្មភាពដែលជាមគ្គុទេសដើម្បីសម្រេចឱ្យបានអត្រា <៥% និងសម្រេចបានពេញលេញនូវការលុបបំបាត់ ឬការរក្សាទុកសុពលភាពរហូតដល់ឆ្នាំ ២០២៥ ត្រូវបានសរសេរនៅផ្នែកទី៥ នៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវនេះ។ [34]

---

[33] Referenced SOPs include I-BACM, Community Action, B-CoC, B-LR, B-IACM/PNTT, HIV Testing Services, the Safe Motherhood Protocol, the 2010 Guide for implementation of Positive Prevention among PLHIV in Cambodia and the CBPCS, along with their corresponding activities at national and community levels **("Cambodia Programmatic SOPs")**

[34] MoH. Strategic plan for HIV/AIDS & STD prevention and control in the Health Sector in Cambodia 2016-2020. Cambodia : NCHADS ; 2016.

ក្របខ័ណ្ឌដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនទាំងក្នុងដំណាក់កាល មុនពេល-ធ្វើសុពលភាព និង ដំណាក់កាលធ្វើសុពលភាព	
យុទ្ធសាស្ត្រ	**ប្រភព**
1. កែលម្អការផ្តល់សេវា និងលទ្ធផលនៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន៖	HIV-HSSP, NSP-PMTCT និងនិយាមបែបបទនៃកម្មវិធី [35]
កំណត់សម្គាល់រាល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយនិងបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ និងកុមារប្រឈមមុខតាមរយៈការធ្វើតេស្តជាសកលលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ធ្វើតេស្តសារឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេលបំបៅកូនដោយទឹកដោះ និងធ្វើតេស្តទារករបស់ពួកគេនិងដៃគូរបស់ពួកគេ ទាំងនៅសេវាឯកជន និងសាធារណៈ។	
ការផ្សាភ្ជាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលទទួលការថែទាំនិងព្យាបាលដោយឱសថ ARV នៅដំណាក់កាលដំបូងៗនៃដំណាក់កាលមានគភ៌ ។	
ផ្តល់ការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមានតេស្តស្វាយ វិជ្ជមានឱ្យបានសមស្រប។	
2. ដំណោះស្រាយលើបញ្ហាពាក់ព័ន្ធផ្នែកផ្សេងៗ និងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្នុង៖	របកគំហើញពីការវាយតម្លៃ eMTCT (ផ្នែកទី៤)
ការផ្តល់កម្មវិធី	
សេវាមន្ទីរពិសោធន៍	
គ្រប់គ្រងទិន្នន័យ	
សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍	
3. ធានាឱ្យមានយន្តការបង្ការដែលកាត់បន្ថយការឆ្លងថ្មីដោយ៖	HIV-HSSP, NSP-PMTCT និងនិយាមបែបបទនៃកម្មវិធី ibid
បង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍និងស្វាយលើស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ, រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ស្ត្រីបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយនិងដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេ។	
លើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតក្នុងវ័យបន្តពូជ រួមទាំង ការបង្ការការមានផ្ទៃពោះដែលមិនគ្រោងទុក និងគាំទ្រឱ្យមានមធ្យោបាយពន្យារនិងបញ្ឈប់កំណើតដែលមានសុវត្ថិភាពក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ និងក្រុមប្រជាជនចំណុច។	

រូបភាពទី 3: ក្របខណ្ឌនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

[35] I-BACM, Community Action, B-CoC, B-LR, B-IACM/PNTT, CBPCS, HIV Testing Services, the Safe Motherhood Protocol, the 2010 Guide for implementation of Positive Prevention among PLHIV.

៤ ដំណើរការនៃការកំណត់ការខ្វះចន្លោះ និងរបកគំហើញ

ជំហានសំខាន់ក្នុងការសម្រេចបានសុពលភាព គឺការវាយតម្លៃពីភាពរីកចម្រើនបច្ចុប្បន្ន និងការខ្វះចន្លោះអំពីសូចនាកររវាស់វែងផលប៉ះពាល់ និងសូចនាកររវាស់វែងដំណើរការកម្មវិធី និងការបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីកែលម្អឱ្យបានប្រសើរឡើង។ នៅចុងឆ្នាំ ២០១៧ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស eMTCT កម្ពុជា បានធ្វើការវាយតម្លៃនៅតាមសេវាដែលសម្រេចបានលទ្ធផល ល្អ មធ្យម និងខ្សោយ ដើម្បីកំណត់ពីលទ្ធផលសម្រេចបាន និងកំណត់ពីបញ្ហាប្រឈម។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីឧបករណ៍សម្រាប់វាយតម្លៃត្រូវបានធ្វើឡើង និង ប្រើប្រាស់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលើអនុសាសន៍ទាំង ៤ របស់អង្គការ WHO។

សេវា ៦កន្លែង នៅក្នុងខេត្តចំនួន ៣ ក្នុងចំណោម ២៥ រាជធានី/ខេត្ត ត្រូវបានចុះទៅវាយតម្លៃ។ សេវាទាំងនោះរួមមាន មណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យនៅតាមកម្រិតខុសៗគ្នានៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ ក្រុមវាយតម្លៃមាន ៤ ក្រុម ដែលមកពីតំណាងនៃអង្គការដៃគូ និងតំណាងមកពីរដ្ឋាភិបាល។ លទ្ធផលនៃការវាយតម្លៃនេះត្រូវបានយកប្រើសម្រាប់កំណត់រកការខ្វះចន្លោះ ការអនុវត្តល្អ និងកន្លែងដែលជួយគាំទ្រ ហើយបន្ទាប់មកកំណត់រកយុទ្ធសាស្ត្រ សមស្របដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការអនុវត្តកម្មវិធីដើម្បីសម្រេចបានទិសដៅនៃការលុបបំបាត់។ របកគំហើញនៃការវាយតម្លៃ និងការបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រនឹងត្រូវបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងក្រោម (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី១ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀត អំពីដំណើរការនៃការវាយតម្លៃ)។

៤.១ របកគំហើញនៃកម្មវិធីផ្តល់សេវា

កម្មវិធីផ្តល់សេវាសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ និងការព្យាបាល ត្រូវបានកំណត់នៅក្នុងនិយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិស្តង់ដា និងគោលនយោបាយជាតិ ស្របគ្នាជាមួយនឹងគោលការណ៍សម្រាប់ការធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលរបស់អង្គការ WHO។ NCHADS និង NMCHC ពិនិត្យមើលកម្មវិធីនិងគោរពតាមរចនាសម្ព័ន្ធខ្សែបណ្តោយនៅថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅកម្រិតផ្តល់សេវា។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិទាំងពីរ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិងបណ្តុះបណ្តាលមន្ត្រីសុខាភិបាល ធ្វើសមាហរណកម្ម និងបង្កើនកម្រិតសេវាដើម្បីបន្តការពង្រីកវិសាលភាពនៃការទទួលបានសេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ និងផ្តល់ការព្យាបាល។ ប្រភពធនធានពីអ្នកផ្តល់ជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីផ្តល់សេវា គឺបានទទួលពីមូលនិធិសកលជាចម្បង ហើយរំពឹងថា ផ្តល់ជំនួយបន្តរហូតដល់ឆ្នាំ ២០២០។ បច្ចុប្បន្ននេះ សេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ គឺផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធ និងគោលនយោបាយនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិសម្រាប់កម្មវិធីផ្តល់សេវា ចំណែកនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិនិងនៅកម្រិតផ្តល់សេវា គឺនៅមានដែនកំណត់ជាច្រើនដែលរារាំងការអនុវត្តកម្មវិធី។ នៅក្នុងកម្រិតនេះ ចំណេះដឹងអំពីឯកសារ និងគោលនយោបាយនៃ eMTCT/PMTCT នៅមានកម្រិត មានទិន្នន័យតិចតួចនិងមិនសូវបានប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ បុគ្គលិកមិនទាន់បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសមស្រប និងខ្វះខាតក្នុងភាពជាអ្នកដឹកនាំ ដែលនាំឱ្យការផ្តល់សេវាធ្លាក់ចុះ។ ថែមពីលើនេះ យន្តការក្នុងការរាយការណ៍ ឬកត់ត្រាទុកនូវបញ្ហាប្រឈមដែលបង្កើតសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាប្រើ គឺនៅមានកម្រិត។ ជាលទ្ធផល ការផ្តល់សេវានៅក្នុងល្បាក់សេវា គឺមិនសូវមានប្រសិទ្ធិភាព។

នៅពេលមានទ្វេរតេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយ (Alere HIV-Syphilis Duo) និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា ជួនកាល គឺមានការធ្វើតេស្តដែលមិនត្រឹមត្រូវតាមបច្ចេកទេស។ បញ្ហានេះអាច បណ្តាលមកពីកង្វះការយល់ដឹងនៃការធ្វើតេស្តតាមដាន និងការការធ្វើតេស្តនៅក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយ។ ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍រហ័សលើកុមារ (EID) នៅមានកម្រិត និងជួនកាល មានបញ្ហាប្រឈមនឹងថវិកាដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាមនៅតាមសេវាមួយចំនួន។ ការព្យាបាលជំងឺស្វាយ គឺនៅមានបញ្ហាប្រឈមដោយសារការដាច់ស្តុកឱសថ benzathine penicillin និងគ្មានយន្តការតាមដានកុមារដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគស្វាយ និងតាមដានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានតេស្តមេរោគស្វាយប្រតិកម្ម។

បញ្ហាប្រឈមមួយទៀត គឺការចុះអភិបាលនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅកម្រិតផ្តល់សេវា ដែលធ្វើដោយថ្នាក់ជាតិគឺនៅមានកម្រិត ដោយចុះបានត្រឹមតែមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសារធារណៈ ប៉ុណ្ណោះ។ នៅក្នុងសេវាឯកជនដែលក្នុងនោះមានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះភាគច្រើនបានចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់សេវា (>១៥% យោងតាម CDHS ២០១៥) ហើយគ្មានទំនាក់ទំនងគ្នារវាង (ឧ. ការចុះអភិបាល, របាយការណ៍) រវាងអ្នកផ្តល់សេវា ANC និងសេវាសម្ភពនៅមូលដ្ឋានសារធារណៈ និងសេវាសុខាភិបាលឯកជន នោះទេ។

ចំណុចចុងក្រោយ គឺកង្វះការយល់ដឹងអំពីធនធានថវិកាដែលមានសម្រាប់កម្រិតថ្នាក់ខេត្ត ដែលអាចនាំឱ្យការចាយថវិកាបានតិចនៃថវិកាដែលបានអនុម័ត។

តារាងទី 3: សង្ខេបអំពីការខ្វះចន្លោះនៃកម្មវិធីផ្ដល់សេវា

ផ្នែក	កម្រិតថ្នាក់ជាតិ	កម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងកម្រិតផ្ដល់សេវា
ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និង អភិបាលកិច្ច	*គួរឱ្យស្ដាយ ការចុះអភិបាល ឬការបង្ហាត់បង្ហាញផ្នែកបច្ចេកទេសទៅដល់សេវា អាចធ្វើបានត្រឹមតែ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសារធារណៈ។* *គោលនយោបាយ/គោលការណ៍ណែនាំបានសង្កត់ធ្ងន់លើការងារអេដស៍ ជាជាងផ្ដោតលើជំងឺស្វាយ។* *កង្វះការយល់ដឹងពីគុណភាព និងអត្រាគ្របដណ្ដប់សេវា នៅក្នុងផ្នែកឯកជន។*	*កង្វះខាតគុណភាពនៃការចុះអភិបាលពី PHD ទៅ OD និងពី OD ទៅ HC សម្រាប់សេវា ANC និង PMTCT។* *ចំណេះដឹងអំពីការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ និងការព្យាបាលនៅមានកម្រិត ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ដល់សេវា។*
គោលនយោបាយ	*មិនឃើញមានការខ្វះចន្លោះគួរឱ្យកត់សម្គាល់ទេ។*	*អ្នកផ្ដល់សេវានៅមានកម្រិត ក្នុងការទទួលបានឯកសារ eMTCT/PMTCT និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការធ្វើតេស្ត និងការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក ទាំងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺស្វាយលើមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ។*
ថវិកា	*ថវិកាភាគច្រើនសម្រាប់កម្ពុជា គឺមានប្រភពពីភ្នាក់ងារផ្ដល់ជំនួយអន្តរជាតិ ហើយមិនអាចមានការធានាក្រោយឆ្នាំ ២០២០។* *ថវិកាភាគច្រើនត្រូវបានរក្សាទុកសម្រាប់ TA មិនមែនសម្រាប់គាំទ្រការផ្ដល់សេវាឡើយ។* *គ្មានថវិកាគាំទ្រការសិក្សាអំពីជំងឺស្វាយនៅទូទាំងប្រទេស នាំឱ្យកង្វះការយល់ដឹងអំពីអេពីដេមីសាស្ត្រ និងល្បាក់សេវានៃការថែទាំជំងឺស្វាយ ។*	*កង្វះការយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងថវិកាមូលនិធិសកល ដោយមន្ត្រីនៅថ្នាក់ខេត្ត បណ្ដាលឱ្យមានថវិកាដែលមិនបានចំណាយ។*

ធនធានមនុស្ស	*មន្ត្រីទទួលបន្ទុកការងារច្រើន ហើយការប្តេជ្ញាចិត្ត/ការលើកទឹកចិត្តក្នុងការបំពេញការងារ គឺនៅតែជាក្តីកង្វល់។*	*កង្វះខាតធនធានមនុស្ស ជាឧបសគ្គក្នុងការងារចុះអភិបាល និងការចុះបង្ហាត់បង្ហាញបច្ចេកទេស, ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ការតាមដានស្តុក និងការផ្តល់សេវាពិសេសសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះ។* *មន្ត្រីទទួលខុសត្រូវកម្មវិធី PMTCT ជាញឹកញាប់មិនសូវយល់ច្បាស់ពីទំហំការងារ បណ្តាលឱ្យមានការភាន់ច្រឡំនិងការខ្វះចន្លោះក្នុងការបំពេញការងារ។*
ការផ្តល់សេវា	*បញ្ហាទាក់ទងនឹងការដឹកជញ្ជូនសំណាកឈាមដែលប្រមូលបាន និងការផ្តល់លទ្ធលតេស្ត, សេវាដែលអនុវត្តន៍ B-IACM នៅមានកម្រិត ជំនាញក្នុងការផ្តល់សេវាដល់ក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះ និងក្រុមប្រជាជនចំណុច នៅមានកម្រិត និងមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារដោយមិនបង់ថ្លៃ ត្រូវបានលើកឡើង។*	*ប្រព័ន្ធបញ្ជូននៅខ្សោយ និងយន្តការតាមដាននៅមានកម្រិតលើការទទួលយក (accessibility) លើប្រសិទ្ធភាព (efficiency) និងទាន់ពេលកំណត់ (timeliness)។* *ការតាមដាន និងការធ្វើតេស្ត HEI ក្រោយពីបញ្ឈប់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ មានកម្រិតខ្សោយ។* *ការធ្វើតេស្ត EID គឺមាននៅតែមន្ទីរពិសោធន៍ថ្នាក់ជាតិ និង សំណាកឈាមស្ងួតដែលប្រមូលបានសម្រាប់ធ្វើតេស្តនៅពេលប្រសូត្រ (at-birth) មិនបានធ្វើទេនៅផ្នែកសម្ភព នាំឱ្យមានអត្រាធ្វើតេស្តនៅពេលប្រសូត្រ មានកម្រិតទាប។* *គ្មានយន្តការដែលមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់/តាមដានករណីមានតេស្តមេរោគស្វាយប្រតិកម្ម។*

		ការព្យាបាលដែលមិនមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ (ដោយប្រើ erythromycin) លើករណីជំងឺស្វាយ ត្រូវបានរាយការណ៍ជាទូទៅ។ *ទ្វេរតេស្ត (dual HIV/syphilis test) បានប្រើប្រាស់ក្រៅពីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ បណ្ដាលឱ្យមានសក្ដានុពលនៃការដាច់ស្តុក។*
ផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រ និងបច្ចេកវិទ្យា		*ការដាច់ស្តុកតេស្តរកមេរោគស្វាយ (single tests) និងឱសថ benzathine penicillin ត្រូវបានរាយការណ៍នៅឆ្នាំ ២០១៦។*
ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ	*កង្វះការទទួលបានទិន្នន័យ/របាយការណ៍ ពីសេវាសម្ភពនៅសេវាឯកជន។*	*កង្វះការផ្សព្វផ្សាយឱ្យបានទូលំទូលាយអំពីសូចនាករនៃ eMTCT/PMTCT និងសមាសភាគដែលត្រូវពិនិត្យតាមដាន នៅកម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងកម្រិតផ្ដល់សេវា ។* *កង្វះការទទួលបានទិន្នន័យ/របាយការណ៍ពីសេវាសម្ភពនៅសេវាឯកជន ។*

៤.២ របកគំហើញនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

នៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិ យន្តការនៃការប្រមូលនិងដំណើរការនៃទិន្នន័យត្រូវគ្រប់គ្រងដោយ NCHAD ដែលទទួលបន្ទុកក្នុងការងារបណ្ដុះបណ្ដាលមន្ត្រីពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ និងការពិនិត្យភាពស៊ីគ្នានៃទិន្នន័យ។ NCHADS បានធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យជារៀងរាល់ត្រីមាស ត្រួតពិនិត្យនិងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឧបករណ៍សម្រាប់ធ្វើរបាយការណ៍ ដោយផ្អែកតាមការផ្លាស់ប្ដូរនៃគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល។ ប្រព័ន្ធមូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃ EID ត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារចំនួន ៣៤ នៃ៣៦ កន្លែង ដែលកំពុងប្រតិបត្តិដោយមន្ត្រីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យដែលទទួលបន្ទុកបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តនិងការតាមដានកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ NMCHC បានពិនិត្យប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល ដើម្បីឱ្យមានភាពពេញលេញនិងទាន់ពេលកំណត់ ជារៀងរាល់ខែ។ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃមូលដ្ឋានទិន្នន័យត្រូវបានធ្វើឡើងម្ដងម្កាលដោយ NCHADS និង NMCHC ។

ស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកុមារប្រឈម ត្រូវបានកំណត់លេខកូត ART ដែលនឹងត្រូវប្រើដូចគ្នានៅគ្រប់សេវា ART នៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលសារធារណៈក្នុងគោលបំណងកាត់បន្ថយការរាប់ស្ទួន។

ប៉ុន្តែ នៅតែមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការទទួលបាននិងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ PMTCT ដោយសារមិនមានទិន្នន័យដែលផ្តល់ពីផ្នែកឯកជន និងការខ្វះខាត unique identifiers ការអង្កេតជំងឺស្វាយពីកំណើត និងទិន្នន័យពីសេវា ANC/សេវាសម្ភព គឺនៅមានការលំបាក។ នៅ NMCHC មិនមាននិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដា សម្រាប់ផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ PMTCT នៅឡើងទេ។ កង្វះខាតចំណេះដឹងអំពីការធានា គុណភាពទិន្នន័យទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ កម្រិតផ្តល់សេវា ដែលបណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការបកស្រាយទិន្នន័យមួយចំនួនឱ្យបានទាន់ពេលកំណត់។ នៅកន្លែងណាដែលមានដំណើរការ បែជាមានការខ្វះខាតមន្ត្រីដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសមស្របក្នុងការធានាគុណភាពទិន្នន័យ។

តារាងទី 4: សង្ខេបអំពីការខ្វះចន្លោះនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

ផ្នែក	កម្រិតថ្នាក់ជាតិ	ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងកម្រិតផ្តល់សេវា
យន្តការប្រមូលទិន្នន័យនិងដំណើរការទិន្នន័យ	*ប្រព័ន្ធអង្កេតជំងឺស្វាយពីកំណើត និងទិន្នន័យពីសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាល/សេវាសម្ភពនៅមិនទាន់មានភាពប្រសើរ ដោយសារមិនមាន unique identifiers។* *NCHADS & NMCHC បានរកឃើញ >៩0% នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិបានផ្ញើរបាយ ការណ៍ ទាន់ពេលកំណត់។* *កម្មវិធីជាតិមានកម្រិត ក្នុងការទទួលបានទិន្នន័យពីសេវាឯកជន។*	*សេវាភាគច្រើនមិនមានរក្សាទុកនូវ គោលការណ៍ណែនាំ/ការណែនាំសម្រាប់ធ្វើរបាយការណ៍នៅតាមទីកន្លែងការងារនៅឡើយទេ។*
ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ	*គ្មាននិយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិស្តង់ដាក្នុងការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (DQA) កម្មវិធី PMTCT នៅឡើងទេ និងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការបញ្ចូលទិន្នន័យ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ*	*គ្មានយន្តការនៅនឹងកន្លែងក្នុងការពិនិត្យគុណភាពរបាយការណ៍។ ស្រុកប្រតិបត្តិ/មន្ទីរសុខាភិបាល មិនអាចទទួលបានប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល (HIS) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់រវាងទិន្នន័យដែលជាឯកសារថតចម្លង (hard copy)*

	និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅមិនទាន់បានគ្រប់គ្រាន់។ ដំណើរការនៃការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (DQA) មិនត្រូវចងក្រងជាឯកសារ ដោយ NCHADS និង NMCHC ទេ។	ជាមួយនឹង HIS ។ ប្រធាន HC មិនសូវបានត្រួតពិនិត្យជាប្រចាំនូវទិន្នន័យរបស់ HC ធៀបនឹងរបាយការណ៍ប្រចាំខែរបស់ PMTCT ទេ។ មិនមានការកត់ត្រា/របាយការណ៍នៃការត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យនៅតាមកម្រិតនីមួយៗនោះទេ។ ការចាត់តាំងបុគ្គលិកសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ និងវិភាគរបាយការណ៍មិនបានគ្រាប់គ្រាន់។ បន្ទុកការងារខ្ពស់នៅ OD ហើយ PHD មានការខ្វះខាតបុគ្គលិកក្នុងការត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យឱ្យមានប្រសិទ្ធិភាព។ បុគ្គលិកគន្លឹះ (ជាពិសេស បុគ្គលិកថ្មី) នៅមិនទាន់បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យបានទាំងអស់គ្នានៅឡើយទេ។
គុណភាពទិន្នន័យ	ភាពរឹងមាំនៃប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាលដែលរាយការណ៍អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរកមេរោគអេដស៍ចំពោះកុមារប្រឈម (EID) និង PMTCT នៅមិនអាចកំណត់បាន។	គ្មានការសរសេរពីនិតិវិធីដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយបញ្ហារបាយការណ៍ដែលធ្វើមកយឺត ទិន្នន័យខុស ឬ ការបាត់បង់ទិន្នន័យ។ របាយការណ៍មិនស៊ីគ្នា/ទិន្នន័យខុសនិងធ្វើមកយឺត។ ខ្វះខាតយន្តការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ជាប្រព័ន្ធសម្រាប់របាយការណ៍អំពីគុណភាពទិន្នន័យ និងការវិភាគទិន្នន័យ ។
ផ្សេងៗ	ការវាយតម្លៃស៊ីជម្រៅនៃគុណភាពទិន្នន័យ EID ត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ ដោយផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យត្រីកោណដែលបានពីមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS ផ្នែកគ្រប់គ្រង	

ទិន្នន័យរបស់ NCHADS និងទិន្នន័យ PMTCT របស់ NMCHC។

ត្រូវពិនិត្យឱ្យបានស៊ីជម្រៅបន្ថែមទៀតលើដំណើរការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (DQA) ដើម្បីស្វែងរកការយល់ដឹងឱ្យច្បាស់ជាងមុនអំពីភាពពេញលេញ (completeness) ភាពត្រឹមត្រូវ(accuracy) និងភាពទាន់ពេលកំណត់ (timeliness)។

៤.៣ របកគំហើញនៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍

បណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍នៅកម្ពុជាត្រូវបានពង្រីកគួរឱ្យកត់សម្គាល់ ចាប់តាំងពីចាប់ផ្តើមដាក់ឱ្យដំណើរការធ្វើតេស្តរកបន្ទុកមេរោគអេដស៍(viral load) នៅ NCHADS ឆ្នាំ ២០១៣។ នៅឆ្នាំ២០១៧ មន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS បានធ្វើតេស្ត viral load ចំនួន ៥២ ៣៥០ តេស្តដែលបញ្ជូនមកពីសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៦៦ កន្លែង[36] ដែលស្មើនឹង ៨៩% នៃតម្រូវការធ្វើតេស្តក្នុងកម្រិតអប្បបរិមារបស់កម្ពុជា (ធ្វើតេស្ត១ដងសម្រាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ)។ ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS ក៏បានធ្វើតេស្ត DNA-PCR បានចំនួន ៩៩៨ តេស្តដែលបញ្ជូលសំណាកឈាមពីសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ៣៩ កន្លែងដែលតំណាងឱ្យ ២៥% នៃតេស្ត HEI ក្នុងរយៈពេល ៣ខែក្រោយពេលកើត។ [37] នៅឆ្នាំ២០១៧ ប្រទេសកម្ពុជាបានប្រកាសដាក់ឱ្យដំណើរការនូវការព្យាបាលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣ (third-line program) ដែលតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណាកឈាមសម្រាប់ធ្វើតេស្តរក HIV genotyping ដោយចាប់ដៃគូជាមួយវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រកម្ពុជា (IPC)។

សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ កម្ពុជាបានប្រើប្រាស់គំនូសបំព្រួញដោយប្រើតេស្តចំនួន ៣ (three-test algorithm) ផ្អែកលើគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO សម្រាប់ធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍នៅក្នុងតំបន់ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ទាប និងប្រើតេស្ត RDT + RPR សម្រាប់ធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មេរោគស្វាយ ដោយយោងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO ផងដែរ។ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការបង្ហាត់បង្ហាញបច្ចេកទេស គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ផ្នែក VCCT របស់ NCHADS និងមន្ត្រីមកពីកម្មវិធី PMTCT ។

[36] NCHADS Laboratory Unit, 2017 EID and VL tests report
[37] This number is based on extrapolation from 2017 NCHADS laboratory data. If we use 2016 PMTCT program data, the estimate is 62%.

និយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដាសម្រាប់មន្ទីរពិសោធន៍ គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូនឆ្នាំ២០១៦ គោលការណ៍ណែនាំជាតិរួមបញ្ចូលគ្នាអំពីសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជាឆ្នាំ២០១៧ និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ២០១៦-២០២០ គួរតែត្រូវបានរក្សាទុកនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ ប៉ុន្តែជាទូទៅ ឯកសារទាំងអស់មិនអាចរកឃើញនៅទីនោះទេ។ សមាសភាគជាសារវន្តនៃបណ្តាញមន្ទីរពិសោធន៍ ដូចជា ការប្រមូលសំណាក ការដឹកជញ្ជូនសំណាក និងការបញ្ជូនផ្សាភ្ជាប់ទៅសេវាផ្សេងៗ និងការធានាគុណភាព និងការបែងចែកគោលការណែនាំ/ឯកសារជំនួយការងារ គឺទាមទារឱ្យមានការពង្រឹងបន្ថែមទៀត។

តារាងទី 5 : សេវាស្នូលរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ទាក់ទងនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន

ប្រភេទតេស្ត	**ប្រជាជន**	**ភាពញឹកញាប់នៃការធ្វើតេស្ត**	**ការទទួលបានធ្វើតេស្ត/ដំណើរការ**
តេស្ត HIV និង syphilis dual RDT (Alere)	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (នៅសេវាANC និង នៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងនៅពេលសម្រាលកូន)	ធ្វើតេស្តតែម្តងនៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ប្រសិនជាអាចគឺធ្វើតេស្តនៅសេវា ANC)	តេស្ត RDTs ត្រូវប្រើប្រាស់នៅគ្រប់មូលសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា (នៅគ្រប់មណ្ឌលសុខភាព, សេវា ANC, មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) រួមទាំង អង្គការមិនមែន រដ្ឋាភិបាល និងតាមសហគមន៍/ការធ្វើតេស្តចល័ត។
	អ្នកជំងឺកាមរោគ និងក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	រៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តង [38]	
តេស្តHIV RDT	ដៃគូស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ប្រជា	ពេលមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងឬ	តេស្ត RDTs ត្រូវបានធ្វើនៅតេស្តនៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា (នៅគ្រប់

[38] NCHADS. 2017 Consolidated guidelines on HIV testing services in Cambodia.

(Determine ½)	ជនទូទៅ	លទ្ធផលនៃការវាយតម្លៃកត្តាប្រឈមវិជ្ជមាន (positive risk assessment)។	មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) រួមទាំង អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងតាមសហគមន៍/ការធ្វើតេស្តចល័ត។
តេស្តបញ្ជាក់ HIV (Stat-Pak & Uni Gold)	គ្រប់អតិថិជនដែលមានលទ្ធផលតេស្ត A1 ប្រតិកម្ម	ឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបានក្រោយពេលមានលទ្ធផលតេស្ត A1 ប្រតិកម្ម	អ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ A1 ប្រតិកម្មត្រូវបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តនៅសេវា HTS-ART នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក /មន្ទីរពេទ្យខេត្ត; និងមន្ទីរពិសោធន៍បង្អែកជាតិ (NCHADS lab) ។
តេស្តបញ្ជាក់ Syphilis (Rapid Plasma Reagin – RPR)	គ្រប់អតិថិជនដែលមានលទ្ធផលតេស្ត syphilis RDT ប្រតិកម្ម	ឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបានក្រោយពេលមានលទ្ធផលតេស្ត RDT ប្រតិកម្ម។	បច្ចុប្បន្ននេះ តេស្ត RPR គឺមាននៅតែគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ (FHC)។ អ្នកជំងឺត្រូវទៅទទួលសេវានៅ FHC ដើម្បីបានធ្វើតេស្តនេះ។ ជួនកាល តេស្ត RPR នៅ FHC បានដាច់ស្តុក។
តេស្ត DNA-PCR	កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HEI)	នៅពេលកើត និងនៅសប្តាហ៍ទី៦, ៦ សប្តាហ៍ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបៅទឹកដោះម្តាយទាំងស្រុង, ការធ្វើតេស្តបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើកុមារលេចចេញនូវចង្កោមរោគសញ្ញាអេដស៍[39]	ផ្នែកសម្ភពទាំងអស់នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក, មន្ទីរពេទ្យខេត្ត, មន្ទីរពេទ្យជាតិត្រូវប្រមូលសំណាកឈាមស្ងួត (DBS); គេសង្កេតឃើញនៅមានការខ្វះចន្លោះមួយចំនួនលើការងារនេះ។ គ្រប់សេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារទាំងអស់ត្រូវប្រមូលសំណាក DBS នេះ។ សំណាក DBS ត្រូវបញ្ជូនមកធ្វើតេស្ត DNA-PCR នៅ NCHADS lab ។
តេស្តViral load	PLHIV ទាំងអស់	នៅខែទី៣ សម្រាប់ PW; ខែទី៦ និងខែទី ១២ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម ART	ប្រមូលសំណាកពីគ្រប់សេវា ART ទាំងអស់ និងបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS ឬនៅមន្ទីរ

[39] NCHADS. National guidelines on diagnosis and ART of HIV infection in infants, children and adolescents in Cambodia.

		បន្ទាប់មករៀងរាល់ ១២ខែម្តងសម្រាប់ គ្រប់ PLHIV ទាំងអស់ [40]	ពិសោធន៍ខេត្តសៀមរាប។
តេស្ត CD4 [41]	PLHIV ទាំងអស់	នៅពេលចាប់ផ្តើម ART នៅខែទី៦ និង ខែទី១២ និងក្នុងករណីមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ	ប្រមូលសំណាកពីគ្រប់សេវា ART ទាំងអស់ និងបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍បង្អែក និងនៅមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS។
តេស្ត HIV genotyping[42]	អ្នកជំងឺដែលបញ្ជាក់ថាបរាជ័យជាមួយជួរទី២	ពេលទទួលបានអនុសាសន៍របស់ 3L TWG កម្ពុជា	ការប្រមូលសំណាក គឺដូចជានឹងការប្រមូលសំណាកសម្រាប់ធ្វើតេស្ត viral load ដែរ បន្ទាប់មក NCHADS នឹងបញ្ជូនបន្តទៅធ្វើតេស្ត វិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រកម្ពុជា។

គំនូសបំព្រួញសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ និងស្វាយនៃការចម្លងពីម្តាយទៅកូន

ការប្រើប្រាស់ទ្វេតេស្តរហ័ស HIV/syphilis នៅកម្ពុជា សម្រាប់ធ្វើតេស្តស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងក្រុមប្រជាជនចំណុចបានចាប់ផ្តើមតាំងឆ្នាំ២០១៧។ នៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈទាំងអស់ចាប់ធ្វើតេស្តស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដោយប្រើទ្វេតេស្តនៅពេលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមកទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល នៅពេលសម្រាលនៅអគារសម្ភព និងគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ៖** កម្ពុជាបានប្រកាន់យកគំនូសបំព្រួញដោយប្រើតេស្តចំនួន៣ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារដែលមិនបៅទឹកដោះម្តាយមានអាយុ > ៩ខែ ស្របតាមគោលការណ៍របស់អង្គការ WHO សម្រាប់ធ្វើ

[40] NCHADS. 2016 National HIV clinical management guidelines, figure 11-2, p.68.
[41] NCHADS. National HIV clinical management guideline, figure 11-1, p.67. Cambodia: NCHADS; 2016.
[42] NCHADS. Cambodia Third 90 Program. Cambodia: NCHADS; 2017.

រោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍នៅក្នុងតំបន់មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ទាប។ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អ្នកជំងឺកាមរោគ និងក្រុមប្រជាជនចំណុច តម្រូវឱ្យប្រើទ្វេរតេស្ត HIV/syphilis ក្នុងការធ្វើតេស្តដំបូង(A1) ក្នុងចំណោមគំនូសបំព្រួញដោយប្រើតេស្តចំនួន៣។ ចំណែកឯ អតិថិជនផ្សេងទៀតត្រូវប្រើតេស្ត Determine ½ គឺជាតេស្ត A1[43] ហើយត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ដោយតេស្ត Stat-Pak (A2) និង Uni-Gold (A3) ។

- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគលើកុមារ៖** ប្រទេសកម្ពុជាបានប្រើតេស្ត HIV DNA-PCR ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍លើកុមារ។ កុមារដែលប្រឈមត្រូវទទួលការវាយតម្លៃអំពីការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តែមួយមុខ ឬ ពីរមុខ សម្រាប់កុមារអាយុ៦សប្តាហ៍ ឬ ១២ សប្តាហ៍។ [44]
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយលើមនុស្សពេញវ័យ៖** ទ្វេតេស្តរហ័ស HIV/syphilis ត្រូវបានប្រើប្រាស់ធ្វើតេស្តលើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ អតិថិជនណាដែលមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្ម ត្រូវធ្វើ តេស្តបញ្ជាក់ដោយតេស្ត RPR ។ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ និងវិធីសារសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្វាយនឹងត្រូវបានបញ្ចប់នៅឆ្នាំ ២០១៨។
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយពីកំណើតលើកុមារ៖** កម្ពុជានៅមិនទាន់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យផ្លូវការសម្រាប់ជំងឺស្វាយពីកំណើតនៅឡើងទេ ហើយអត្រាឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើតក៏មិនបានតាមដានដែរ។ ក្របខ័ណ្ឌតាមដាននិងវាយតម្លៃនៃផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន បានយកលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO៖ កំណើតស្លាប់ រលូតកូនដោយឯកឯងកើតឡើងក្រោយ២០សប្តាហ៍នៃគភ៌ និងកំណើតរស់ដែលកើតពីម្តាយមានជំងឺស្វាយវិជ្ជមាន ហើយមិនបានទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគំនូសបំព្រួញសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍និងស្វាយលើមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ២០១៦។

[43] NCHADS. Consolidated guidelines on HIV testing services in Cambodia. Cambodia: NCHADS; 2017.
[44] NCHADS. Consolidated guidelines on HIV testing services in Cambodia. Cambodia: NCHADS; 2017.

ការត្រួតពិនិត្យគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍ និងការគ្រប់គ្រង

ការធានាគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍ គឺមានលក្ខណៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការសម្រេចបានការធ្វើសុពលភាព (validation)។ ក្រុមអ្នកមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS កំពុងប្រើយន្តការវាយតម្លៃសមត្ថភាពកន្លែងធ្វើតេស្ត (EQA) និងការត្រួតពិនិត្យគុណភាព (QC) ដែលជាការងារមួយត្រូវបានអនុវត្តន៍ជាប្រចាំ ដើម្បីតាមដានការធានាគុណភាពនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍-ស្វាយទៅតាមស្តង់ដានៅកន្លែងធ្វើតេស្ត (point-of-care sites)។ មន្ទីរពិសោធន៍នៃវិទ្យាស្ថានសុខភាពសារធារណៈ បានធ្វើវត្តុវិភាគសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃសមត្ថភាពកន្លែងធ្វើតេស្ត (EQA/PT) ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ ទៅកន្លែងធ្វើតេស្ត និង បួនដងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ធ្វើតេស្តត្រួតពិនិត្យគុណភាព (QC)។ ការចុះបង្ហឹក និងការចុះអភិបាលត្រូវបានអនុវត្តន៍ដោយមានការចុះតាមដានរួមគ្នាជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

តារាងទី 6: សង្ខេបនៃការខ្វះចន្លោះសេវាមន្ទីរពិសោធន៍

ផ្នែក	កម្រិតថ្នាក់ជាតិ	ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅម្រិតផ្តល់សេវា
ការគ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍	*ខ្វះខាតការសម្របសម្រួលរវាងកម្មវិធីជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីចែកចាយតេស្ត សំខាន់ៗ និងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ។* *ខ្វះខាតប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍(LQMS) និងការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការ(accreditation) នៃរចនាសម្ព័ន្ធមន្ទីរពិសោធន៍។*	*ខ្វះខាតតេស្តចំបាច់ (RPR) និងឱសថ (Benzathine Penicillin 2.4 IU) សម្រាប់ធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មេរោគស្វាយនិងការព្យាបាលជំងឺស្វាយ សម្រាប់ម្តាយត្រូវបានរាយការណ៍។* *ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានតេស្តមេរោគស្វាយប្រតិកម្ម ជាញឹកញាប់បានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយដែលមិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព (ជំនួស Benzathine Penicillin ដោយ erythromycin)។* *ការព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធភាពលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងជំងឺស្វាយ មិនត្រូវបានអនុវត្តន៍ទូលំទូលាយទេ។ គ្មានប្រព័ន្ធតាមដានលទ្ធផលនៃការព្យាបាលជំងឺស្វាយលើកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងជំងឺស្វាយទេ។* *កង្វះគោលនយោបាយ គោលការណ៍ណែនាំ និងនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិ គំនូសបំព្រួញ និងឯកសារជំនួយពេលបំពេញការងារ នៅកន្លែងផ្តល់សេវា។*

		គ្មានប្រព័ន្ធធានាគុណភាព(QAS) ត្រូវបានអនុវត្តន៍នៅសេវាធ្វើតេស្តសារធារណៈ និងគ្មានយន្តការដើម្បីធានាការពិនិត្យគុណភាពលើសេវាធ្វើតេស្តឯកជន។
គុណភាពតេស្ត	ខ្វះខាតគោលនយោបាយសម្រាប់ធ្វើតេស្ត (batch testing) ក្រោយពីទទួលបានតេស្តសម្រាប់ធ្វើពាគវិនិច្ឆ័យ ខ្វះខាតប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាព (QMS) សុពលភាពនៃតេស្ត។ មិនបានធ្វើ calibration លើម៉ាស៊ីនធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍មន្ទីរពិសោធន៍។	ការដាច់ស្តុក និងការខ្វះខាតតេស្ត HIV និង syphilis ត្រូវបានរាយការណ៍ដោយបុគ្គលិក។ ការប្រើប្រាស់តេស្តហួសកាលបរិច្ឆេទ ការរក្សាទុកដាក់តេស្ត RDT មិនបានល្អ និងការអនុវត្តគោលការណ៍ FEFO (First Expired, First Out) នៅតាមសេវាមួយចំនួន មិនសូវបានខ្ជាប់ខ្ជួន។ កង្វះខាតវិធីសាស្ត្រផ្លូវការសម្រាប់ការប៉ាន់ប្រមាណ ត្រូវបានអង្កេតឃើញ ដែលនាំមានឱ្យមានការដាច់ស្តុកភ្លាមៗ។
គុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត	មិនបានបណ្តុះបណ្តាលអំពី LQMS ការបណ្តុះបណ្តាលរំលឹក ការបង្ហាត់បង្ហាញបច្ចេកទេស និងការចុះអភិបាល។ សកម្មភាពធានាគុណភាពនៅកន្លែងផ្តល់សេវាធ្វើតេស្តរហ័ស របស់កម្មវិធីជាតិ គឺមានកំណត់ ។ ខ្វះខាតការវាយតម្លៃសមត្ថភាពកន្លែងធ្វើតេស្ត (EQA) និងការអនុវត្តការត្រួតពិនិត្យគុណភាពតេស្ត នៅតាមសេវាដែលធ្វើតេស្តរហ័សភាគច្រើន។ មិនមានផែនការ និងវិធីសារសម្រាប់កែតម្រូវសកម្មភាពនៅសេវាធ្វើតេស្តរហ័ស។	ខ្វះសមត្ថភាពនៅក្នុង LQMS ដើម្បីធ្វើតេស្តពិនិត្យគុណភាពរួមមាន ការទុកដាក់សំណាក ការធ្វើតេស្ត និង បរិមាណសំណាក ។ អ្នកធ្វើតេស្តនៅកន្លែងមួយ បានអានលទ្ធផលតេស្តរហ័សមិនបានត្រឹមត្រូវតាមការណែនាំរបស់ក្រុមហ៊ុនផលិត។ មន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវបានអង្កេតឃើញថា បានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រធ្វើតេស្តមិនដូចគ្នា និងបញ្ហាគុណភាពនៃសំណាកឈាមដែលប្រមូលបាន។ ការទុកដាក់កាកសំណល់គឺនៅមិនទាន់បានល្អ។ គ្មានការចុះអភិបាល ឬ សកម្មភាពកែតម្រូវដែលត្រូវបានប្រតិបត្តិជាប្រចាំ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសមត្ថភាពអ្នកធ្វើតេស្ត ។

ការគ្រប់គ្រងព័ត៌មានមន្ទីរពិសោធន៍	*គ្មានប្រព័ន្ធអង្កេតជាតិដែលដាក់បញ្ចូលប្រព័ន្ធព័ត៌មានមន្ទីរពិសោធន៍នៅឡើយទេ។*	*គ្មានប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចដើម្បីតាមដានម្ដាយនិងកូន (ទាំងគូ) ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងស្វាយ។ គ្មានប្រព័ន្ធព័ត៌មានអេឡិចត្រូនិច និងគ្មានប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការធ្វើ back up ទិន្នន័យដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកមន្ទីរពិសោធន៍ទទួលបានទិន្នន័យនៅតាមសេវា ដែលជាហេតុបណ្ដាលឱ្យមានឧបសគ្គក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យលទ្ធផលតេស្ត សម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត ហើយវាក៏អាចធ្វើឱ្យកម្មវិធីមានហានិភ័យនឹងការបាត់បង់ទិន្នន័យ។*

៤.៤ របកគំហើញពីសិទ្ធិមនុស្ស យេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍

ប្រទេសកម្ពុជា បានប្ដេជ្ញាចិត្តក្នុងការបង្កើនការទទួលបានសេវាបង្ការ ថែទាំនិងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នករងគ្រោះដោយសារជំងឺអេដស៍ ស្របតាមគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស។ នៅឆ្នាំ ២០០២ ច្បាប់សម្រាប់ប្រយុទ្ធប្រឆាំងនឹងជំងឺអេដស៍របស់កម្ពុជា បានគូសបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិរបស់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងបានកំណត់ថា អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពបឋមដែលមិនគិតថ្លៃនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។[45]

គោលការណ៍ណែនាំ និងនិយាមប្រតិបត្តិស្តង់ដាសម្រាប់ការរុករកករណីថ្មី ការរក្សាទុកអ្នកជំងឺឱ្យនៅក្នុងសេវាថែទាំ និងការព្យាបាលគឺស្រមតាមគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្សជាមូលដ្ឋាន ព្រមទាំងបានធានាថា បុគ្គលដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានយល់ព្រម (consent) ជាមុន មុននឹងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងមានគោលបំណងធានាថា មានបរិដ្ឋានគាំទ្រដែលផ្សារភ្ជាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅសេវាថែទាំ ព្យាបាលនិងគាំទ្រ។[46] នៅឆ្នាំ២០១៦ បានប្រកាសដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់គោលនយោបាយ "ព្យាបាលទាំងអស់" គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ធ្វើរបៀបនេះត្រូវបានបង្កើនចំនួនអ្នកជំងឺក្នុងការទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យ៉ាងលឿន។[47]

ទោះបីជា មានការប្ដេជ្ញាចិត្តក្នុងការលើកតម្កើងសិទ្ធិមនុស្សក្នុងសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលក៏ដោយ ក៏នៅមានដែនកំណត់ក្នុងការផ្ដល់និងទទួលបានសេវាបង្ការមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្ដាយទៅកូនក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ជាពិសេស នារីវ័យក្មេង ឬក្មេងស្រីជំទង់ ស្ត្រីដែលមិនបានរៀបការ ក្រុម

---

[45] The law on the prevention and control of HIV/AIDS (2002), KRAM No. NS/RKM/0702/015. http://www.naa.org.kh/files/en/G127E.pdf
[46] NCHADS. Consolidated guidelines on HIV testing services in Cambodia. Cambodia: NCHADS; 2017.
[47] NCHADS. National guidelines on diagnosis and antiretrovial treatment on HIV infection in infants, children and adolescents in Cambodia. Cambodia: NCHADS; 2016.

ប្រជាជនចំណុច (រួមទាំង LGBT) ប្រជាជនជនជាតិដើម និងជនពិការភាព។ ដែនកំណត់ រួមបញ្ចូលទាំងកង្វះការយល់ដឹងអំពីភាពមិនរើសអើង (non-discrimination) និងសមភាពយេនឌ័រនៅក្នុងការផ្តល់សេវា និងការខ្វះខាតអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្រុមប្រជាជនចំណុច។

នៅពេលច្បាប់បច្ចុប្បន្ន មានគោលបំណងផ្តល់ឱកាសឱ្យកែតម្រូវ នៅពុំទាន់មានយន្តការកែតម្រូវត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយជាទូទៅ ឬគ្មានយន្តការកែតម្រូវបានធ្វើឡើង។ ការចូលរួមរបស់សហាគមន៍នៅមានដែនកំណត់ មកពីខ្វះខាតវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ឱកាសដល់ស្ត្រីដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងគោលនយោបាយដែលជួយសម្រួលដល់ការចូលរួមរបស់ពួកគាត់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីការខ្វះចន្លោះនៃសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហាគមន៍ ដែលបានរកឃើញតាមរយៈការវាយតម្លៃសេវា សុខាភិបាលនៅមូលដ្ឋាន៖

តារាងទី 7: សង្ខេបពីការខ្វះចន្លោះនៃសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហាគមន៍

ផ្នែក	**កម្រិតថ្នាក់ជាតិ**	**កម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងកម្រិត ផ្តល់សេវា**
ភាពដែលអាចរកបានសេវា		*ភាពដែលអាចរកបានសេវា PMTCTគឺនៅមានកម្រិតដែល ប្រើពេលច្រើនម៉ោង កង្វះការផ្តល់សេវាសម្រាប់ក្មេងជំទង់ ក្រុមប្រជាជនចំណុច និងស្ត្រីដែលមានពិការភាព កង្វះការយល់ដឹងក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវាអំពីសមាភាពយេនឌ័រ និង ភាពមិនរើសអើង។*
ភាពទទួលបាន សេវា	*គ្មានការផ្តល់ជូនជាក់លាក់នៅយុទ្ធសាស្ត្រ PMTCT ក្នុងការធានាពីភាពទទួលបាន និង ភាពទទួលយកបាននៃសេវា សម្រាប់ស្ត្រីវ័យក្មេងស្ថិតក្នុងវ័យបង្កកំណើត ស្ត្រីមិនបានរៀបការ ស្ត្រីធ្វើការនៅសេវាកំសាន្តសប្បាយ ក្រុមLGBT ស្ត្រីជនជាតិដើម និងស្ត្រីដែលមានពិការភាព។*	*សេវាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនបង់ប្រាក់ សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ មានបញ្ហាប្រឈមដូចជា ថវិកាគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរត្រូវបានផ្តល់ជូនតែអ្នកជំងឺដែលក្រីក្រ ប៉ុណ្ណោះ។*
ច្បាប់	*គ្មានច្បាប់ បទបញ្ជា(regulations) និង/ឬអំពីសិទ្ធិរបស់ក្មេងជំទង់ក្នុងការសម្រេចចិត្តនៃ*	*បទប្បញ្ញត្តិមានកម្រិត និងការផ្សព្វផ្សាយអំពីច្បាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍*

	ការទទួលបានសេវាព្យាបាលសុខភាព និងសេវាធ្វើតេស្តរក មេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាល ដោយគ្មានការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយទេ។ *គ្មានច្បាប់ ឬគោលនយោបាយដែលធានាសមាភាព និងភាពមិនរើសអើងក្រុមប្រជាជនចំណុច ។*	*សិទ្ធិមនុស្ស និងសមភាពយេនឌ័រនៅក្នុងបរិបទកម្មវិធី PMTCT ក៏នៅមានកម្រិតដែរ។*
ភាពទទួលខុសត្រូវ		*កង្វះខាតការផ្សព្វផ្សាយ និងយន្តការសម្រាប់ចងក្រងឯកសារ របាយការណ៍ និងសំណងលើការរំលោភសិទ្ធិមនុស្ស រួមទាំង ការរើស អើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។*
ការចូលរួមរបស់សហគមន៍	*អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងក្រុមប្រជាជនចំណុច មិនទាន់បានចូលរួមជាផ្លូវការក្នុងកម្មវិធី PMTCT ទេ។* *ត្រូវពង្រឹងបណ្តាញស្ត្រីរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដើម្បីឱ្យចូលរួមដោយមានអត្ថន័យក្នុងកម្មវិធី PMTCT ។*	

៥ យុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីដោះស្រាយកង្វះខាតដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន

ក្នុងគោលបំណងដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមដែលបានកំណត់ នៅពេលធ្វើការវាយតម្លៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល យុទ្ធសាស្ត្រមួយចំនួនត្រូវបានកំណត់ដើម្បីដោះស្រាយកម្មវិធីនីមួយៗនៃកម្មវិធីទាំងបួន។ យុទ្ធសាស្ត្រទាំងនេះ នឹងត្រូវបោះពុម្ពនិងផ្សព្វផ្សាយនៅគ្រប់កម្រិត ដើម្បីធានាការអនុវត្តក្រោមការអភិបាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល NCHADS និង NMCHC ក្នុងអំឡុងពេលពីឆ្នាំ២០១៨-២០២៥។

៥.១ កម្មវិធីផ្តល់សេវា

អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃកម្មវិធីផ្តល់សេវា នឹងធ្វើការជាមួយ NCHADS NMCHC និង MOH នឹងធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងកម្មវិធីផ្តល់សេវា តាមរយៈការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវភាពជាអ្នកដឹកនាំ រួមមានកម្មវិធី PMTCT ចលនាធនធានថវិកាសម្រាប់គាំទ្រកម្មវិធី និងគុណភាពសេវា។ តាមរយៈការពង្រីកសមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេស eMTCT បន្ថែមទៀត ដើម្បីពង្រីកការគ្របដណ្តប់លើក្រុមពាក់ព័ន្ធឱ្យបានទូលំទូលាយ ការឆ្លើយតបបញ្ហាគន្លឹះរបស់កម្មវិធី PMTCT នឹងត្រូវអនុវត្តន៍បន្តទៅទៀត។ យើងតម្រូវការឱ្យមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នាដើម្បីកំណត់ និងតម្រង់ទិសអ្នកទទួលបន្ទុកការងារនេះ (focal persons) នៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាលអំពីផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ជាតិ គោលនយោបាយ និងគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធី PMTCT ដែលមានស្រាប់។ យើងត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងសារជាថ្មីក្នុងការផ្សព្វផ្សាយអំពីគោលនយោបាយ យុទ្ធសាស្រ្ត គោលការណែនាំសម្រាប់ប្រតិបត្តិនិងឯកសារជំនួយការងារ នៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល។ កម្មវិធី PMTCT នឹងត្រូវរួមបញ្ចូលជាមួយការចុះអភិបាលជាប្រចាំនៅតាមទីតាំងផ្តល់សេវា។ កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពី PMTCT នឹងត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដើម្បីផ្តល់ការណែនាំអំពីការផ្តល់សេវា ផ្អែកតាមគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស រួមទាំង ក្រុមប្រជាជនចំណុច ក្មេងជំទង់ ស្រ្តីពិការភាព និងក្រុមជនរងគ្រោះផ្សេងទៀត។

អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេស នឹងកែសម្រួលតាមបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់នៃកម្មវិធីផ្តល់សេវារបស់អង្គការ WHO សម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំជាប្រចាំ ដើម្បីដោះស្រាយពីបញ្ហារាំងស្ទះខាងលើ និងផ្តល់ជាអនុសាសន៍អំពីដំណើរការដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេសដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃប្រចាំឆ្នាំ។

ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងការផ្តល់សេវានៅសេវាឯកជន អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសរួមជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលនឹងស្វែងរកយន្តការដើម្បីទទួលបានរបាយការណ៍ពីគ្លីនិកថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល/សេវាសម្ភពនៅសេវាឯកជន។ អនុក្រុមការងារនឹងផ្តល់ការគាំទ្រកម្មវិធីជាតិ ដើម្បីធ្វើការតស៊ូមតិ ក្នុងការផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាល និងការចុះបង្វឹក (mentorship) អំពី eMTCT។

ជាកិច្ចសំខាន់ណាស់ យុទ្ធសាស្រ្តបន្ថែមនឹងត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងឯកសារនេះ ក្នុងការពង្រឹងកម្មវិធី PMTCT បន្ថែមទៀតដែលតម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃពីតម្រូវការថវិកាដើម្បីធានាថាមានថវិកាសម្រាប់អនុវត្តន៍សកម្មភាពរហូតដល់ឆ្នាំ ២០២៥។

៥.២ ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

ក្នុងគោលបំណងបំពេញកង្វះខាតដែលបានរកឃើញ យុទ្ធសាស្រ្តដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវទិន្នន័យ និងផ្តល់ការណែនាំអំពីដំណើរការនៃការប្រមូលទិន្នន័យ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ ការធានាគុណភាព និងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅគ្រប់កម្រិតដែលអាចរកបាន និងអាចទទួលយកបាន។ អនុក្រុមការងារការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ នឹងដឹកនាំបង្កើតនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដា និងកំណត់តួនាទីសំខាន់ៗ និងការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់អ្នកទទួលបន្ទុកការងារនេះ។ លើសពីនេះទៀត ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃកម្មវិធី PMTCT គួរតែបង្កើតទម្លាប់ជាប្រចាំក្នុងការត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យ PMTCT និងធ្វើការវាយតម្លៃអំពីផលប៉ះពាល់ និង រៀបចំបង្កើត និងដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ធ្វើរបាយការណ៍ថ្មី នៅក្នុងករណីដែលប្រព័ន្ធតាមដាននិងវាយតម្លៃជាប្រចាំ នៅមានការខ្វះខាត។

៥.៣ សេវាមន្ទីរពិសោធន៍

ក្រុមអ្នកមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS នឹងបន្តការកសាងសមត្ថភាពដល់មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍នៅគ្រប់កម្រិត ដោយសហការជាមួយអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។

ក្រុមអ្នកមន្ទីរពិសោធន៍ និងអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថ ប្រតិករនិងសម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ (logistics) របស់ NCHADS និង NMCHC ដែលនឹងធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយាមបែបបទសម្រាប់ប្រតិបត្តិស្តង់ដាអំពីសង្វាក់នៃការផ្គត់ផ្គង់និងការគ្រប់គ្រងស្តុក ក្នុងគោលបំណងដោះស្រាយបញ្ហាដាច់ស្តុកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ នៅ NMCHC ការពិនិត្យឡើងវិញនៅពេលថ្មីៗនេះអំពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT សម្រាប់តាមដានកម្រិតស្តុក ព្រមទាំងការធ្វើតេស្តនិងរបាយការណ៍ស្តុក និងការស្នើសុំដោយផ្ទាល់ទៅឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS)។ ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីឧបករណ៍គ្រប់គ្រងស្តុកនិងពីដំណើរការស្នើសុំ នឹងត្រូវបើកវគ្គវិក្រឹត្យការជាប្រចាំ តាមរយៈការចុះអភិបាលនៅតាមសេវា។ NCHADS និង MNCHC នឹងធានាថា តេស្តនឹងត្រូវធ្វើលទ្ធកម្ម រក្សាទុកក្នុងស្តុកនិងត្រូវបានប្រើប្រាស់សមស្របតាមនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដា។

ការធ្វើតេស្ត/ការធ្វើតេស្តសុពលភាពលើឡូត (lot) នៃតេស្តជាប្រចាំ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីប្រតិបត្តិការនៃតេស្ត និងពង្រឹង LQMS ឈានទៅសម្រេចបាននូវការទទួលស្គាល់ស្តង់ដាជាផ្លូវការ (accreditation) ដែលនឹងត្រូវបានប្រតិបត្តិ ដោយប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍

ខាងក្នុង ផ្អែកលើគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តដែលបានអនុម័ត។ ឧបករណ៍និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងគុណភាពស្តង់ដានឹងយកមកប្រើប្រាស់ ដោយអនុក្រុមការងាររបស់មន្ទីរពិសោធន៍។

និយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដានៃគម្រោងវាយតម្លៃគុណភាពខាងក្រៅ (EQAS) ត្រូវបានរៀបចំឡើងនៅឆ្នាំ២០០៩ ដោយ NCHADS សហការជាមួយវិទ្យាស្ថានសុខភាពសារធារណៈ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ដែលនឹងត្រូវបន្តអនុវត្តន៍ការងារនេះថែមទៀត។ នៅឆ្នាំ ២០១៧ កម្មវិធី EQAS បានដាក់បញ្ចូលនិងពង្រីកការងារ(PT)ដល់ទីកន្លែងធ្វើតេស្តរហ័ស ដែលបានចែងនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិរួមបញ្ចូលគ្នាស្តីអំពីសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងគោលបំណងធ្វើការប្រៀបធៀបលទ្ធផលតេស្តរវាងមន្ទីរពិសោធន៍\ទីកន្លែងធ្វើតេស្តផ្សេងៗគ្នា ដើម្បីធានាថា លទ្ធផលតេស្តពិតជាត្រឹមត្រូវ និងចៀសវាងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍-ស្វាយខុស។ ដំណើរការ (PT) ការអនុវត្តធ្វើតេស្តស្ទង់សមត្ថភាពលើសំណាកឈាមស្ងួត (DBS) ដែលមិនដឹងស្ថានភាពនៅក្នុងដំណាក់កាលទៀងទាត់មួយ នៅតាមទីកន្លែងដែលត្រូវធ្វើតេស្ត។ ចំណែកឯការវាយតម្លៃគុណភាពខាងក្រៅ (EQAS) គឺមានគោលបំណងធានាលើការប្រតិបត្តិការសេវាHTS ដោយធានាថា លទ្ធផលត្រូវបានផ្តល់ (reproducible) និងកំហុសត្រូវបានរកឃើញ (ដោយមន្ទីរពិសោធន៍បង្អែកជាតិ។[48] សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងការឈានទៅសម្រេចគោលដៅ eMTCT ត្រូវតែចូលរួមក្នុងកម្មវិធី EQAS ដើម្បីវាយតម្លៃពីសមត្ថភាពនៃការធ្វើតេស្ត វាយតម្លៃសមត្ថភាពអ្នកធ្វើតេស្ត, វាយតម្លៃភាពជឿជាក់នៃដំណើរការធ្វើតេស្ត, ធានាពីភាពជាក់លាក់នៃលទ្ធផលតេស្ត HIV និងផ្តល់ព័ត៌មាននៃការវាយតម្លៃអ្នកផ្តល់សេវាដោយខ្លួនឯង។

ជាទីបញ្ចប់ ការពិនិត្យមើលទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍របស់ NCHADS នៅមិនអាចកំណត់បានពីរយៈមធ្យមដែលត្រូវប្រើ (average turnaround time) សម្រាប់ផ្តល់លទ្ធផលតេស្តសំណាក DNA-PCR ដោយសារមន្ទីរពិសោធន៍មិនបានប្រមូលទិន្នន័យពីពេលវេលា ចន្លោះពីពេលវេលាដែលបានទទួលលទ្ធផលពីមន្ទីរពិសោធន៍ និងពេលវេលាដែលលទ្ធផលតេស្តបានផ្តល់ទៅដល់សេវា (ឬទៅដល់អ្នកជំងឺ)។ ដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវលើរយៈពេលផ្តល់លទ្ធផល ត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យកំណត់ថា តើវិធីសាស្ត្រនៃការបញ្ជូនសំណាកឈាមបច្ចុប្បន្ននេះ និងការផ្តល់លទ្ធផលត្រឡប់ទៅវិញ វាមានរយៈពេលសមល្មមដែរឬទេ ដោយផ្អែកកលើការប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃអត្រាមរណភាពក្នុងចំណោមកុមារដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងខែទី១ នៃជីវិតរបស់កុមារ។

[48] NCHADS. Consolidated guidelines of HIV testing services in Cambodia. Cambodia: NCHADS; 2017.

៥.៤ សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍

ដើម្បីបំពេញការខ្វះចន្លោះផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សដែលបានរកឃើញ អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសនឹងផ្តោតលើការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសេវា PMTCT ដែលអាចរកបាន និងអាចទៅទទួលបាន ជាពិសេសសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញនូវនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិស្តង់ដាដើម្បីដាក់បញ្ចូលនូវសេវាដោយគ្មានការរើសអើង និងគោរពគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្សជាមូលដ្ឋាន។ ការងារនេះត្រូវរួមបញ្ចូលការកសាងសមត្ថភាពអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលអំពីបញ្ហាសិទ្ធិមនុស្ស។ រចនាសម្ព័ន្ធផ្នែកច្បាប់ និងយន្តការដែលមានស្រាប់តម្រូវឱ្យពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់គាំទ្រការអនុវត្តន៍ ដោយផ្តោតលើការផ្សព្វផ្សាយដល់អតិថិជន អ្នកផ្តល់សេវា និងពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់ព្រមគ្នានឹងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការរៀបចំចងក្រងឯកសាររបស់ករណី ការធ្វើរបាយការណ៍ ការគ្រប់គ្រង និងការដោះស្រាយអំពើហឹង្សា។ ចំណុចចុងក្រោយ ការចូលរួមយ៉ាងសកម្មរបស់សហគមន៍ រួមទាំង PLHIV និងក្រុមប្រជាជនចំណុចនឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលដើម្បីធានាថា តម្រូវការនិងអាទិភាពរបស់ពួកគាត់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដែលក្នុងន័យធានាថានឹងមានការបង្កើនការទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលរំលោភបំពានលើគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស។

៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃ និងរបាយការណ៍

៦.១ សូចនាករស្នូលសម្រាប់តាមដាន

សូចនាករវាស់វែងដំណើរការ (process indicators) នឹងត្រូវតាមដាននៅពីរកម្រិតគឺ នៅកម្រិត dashboards ថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធទី៥)។ Dashboard នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិនឹងជួយ NCHADS និង NMCHC ឱ្យបានយល់ដឹងអំពីការខ្វះចន្លោះ និងលទ្ធផលសម្រេចបានដោយថ្នាក់ខេត្ត នៅតាមល្បាក់សេវា (cascade)។ ចំណែកឯ dashboard ថ្នាក់ជាតិអាចនឹងឱ្យដឹងអំពីលទ្ធផលសម្រេចបានរបស់ប្រទេសកម្ពុជាធៀបនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ/គោលដៅសកល។

យោងតាមសូចនាករសម្រាប់ធ្វើសុពលភាពរបស់ WHO NCHADS និង NMCHC នឹងត្រូវជ្រើសរើសនិងកំណត់ប្រភពទិន្នន័យរបស់សូចនាករតាមដានស្នូល (core monitoring indicators) និងបង្កើតឧបករណ៍នៅក្នុង Excel (ដោយមានការណែនាំ) ដែលអាចឱ្យកម្មវិធីជាតិ និងក្រុមការងារបច្ចេកទេសអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់តាមដានពីភាពរីកចម្រើននៅក្នុងដំណើរការមុនពេលធ្វើសុពលភាព និងនៅពេលធ្វើសុពលភាព។ ទិសដៅនឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយប្រៀបធៀប

ជាមួយនឹងទិសដៅដែលបានកំណត់នៅក្នុងការធ្វើសុពលភាព។ ប្រសិនបើ ទិសដៅប្រចាំឆ្នាំមិនអាចសម្រេចបានទេ ក្រុមការងារបច្ចេកទេសត្រូវធ្វើការជាមួយភ្នាក់ងារពាក់ព័ន្ធដើម្បីអនុវត្តន៍សកម្មភាពឆ្លើយតប។ NCHADS NMCHC និងអនុក្រុមការងារបច្ចេកទេស គ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ត្រូវបន្តកិច្ចសហការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិ ដើម្បីធានាពីគុណភាពទិន្នន័យទាំងអស់ដែលជាតម្រូវការសម្រាប់សូចនាករវាស់វែងផលប៉ះពាល់ និងសូចនាករវាស់វែងពីដំណើរការនៃការធ្វើសុពលភាព និងវាយតម្លៃទិន្នន័យពីភាពពេញលេញ (completeness) ភាពជាក់លាក់ (accuracy) ភាពមិនលំអៀង (consistency) និងទាន់ពេលកំណត់ (timeliness) (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី២)។

NCHADS NMCHC និងក្រុមការងារបច្ចេកទេស នឹងធ្វើការយ៉ាងជិតស្និទ្ធិជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវរបាយការណ៍នៃការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍និងស្វាយដែលទទួលពីគ្លីនិកសម្ភពឯកជន។

៦.២ ប្រភពទិន្នន័យ និងការវិភាគ

ពាក់កណ្តាលឆ្នាំ-២០១៧ ការរៀបចំបញ្ជីលើកដំបូងអំពីខេត្តដែលសម្រេចលទ្ធផលខ្សោយ អាចជួយដល់ NCHADS និង NMCHC ឱ្យបានយល់ដឹងអំពីការខ្វះចន្លោះនៅក្នុងការអនុវត្ត និងផែនការសម្រាប់ផ្តល់ការគាំទ្របច្ចេកទេសតាមរយៈការចុះបង្វឹក (mentoring) និងការចុះអភិបាលការងារឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធ ផល។ គោលការណ៍ណែនាំរបស់អង្គការ WHO បានផ្តល់អនុសាសន៍ថា "ការសម្រេចលទ្ធផលខ្សោយ" នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ រួមទាំងតំបន់ដែលសម្រេចលទ្ធផលខ្សោយនៃសូចនាករសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធ តំបន់ដែលមានបន្ទុកជំងឺខ្ពស់ តំបន់ដែលមានក្រុមប្រជាជនរងគ្រោះ និង/ឬ តំបន់ដែលសូចនាករនៃការវាស់វែងផលប៉ះពាល់ និងការវាស់វែងពីដំណើរការ មួយចំនួន ឬទាំងអស់ដែលមិនអាចសម្រេចបាន។

លទ្ធផលសម្រេចបាននូវសូចនាករដែលជាអនុសាសន៍របស់អង្គការ WHO របស់ស្រុក/ខេត្តនីមួយៗ ត្រូវបានយកមកគណនា ហើយខេត្តទាំងនោះនឹងត្រូវបានធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ (ranked) ថាខ្សោយ/ក្រហម មធ្យម/លឿង ឬ ល្អ/បៃតង។ ទិន្នន័យនៃកម្មវិធីត្រូវបានយកមកពី NMCHC (របាយការណ៍ពីសេវា ANC និងសេវាសម្ភព) និងពី NCHADS (របាយការណ៍សេវា ART របាយការណ៍គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ FHC និងរបាយការណ៍ EID) នៅពេលដែលត្រូវប្រើទិន្នន័យកម្រិតប្រជាជនត្រូវយកទិន្នន័យរបស់វិទ្យាស្ថានស្ថិតិជាតិ (NIS) និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពកម្ពុជា។ CDHS-2014 ត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានអត្រាគ្របដណ្តប់សេវា ANC ទូទាំងប្រទេស ដោយគេមិនអាចយកពី

ទិន្នន័យកម្មវិធីតែមួយមុខបានទេ ពីព្រោះវាអាចមានបញ្ហាប្រឈមនឹងការរាប់ពីរដង (double-counting)។ ក្នុងគោលបំណងតាមដាន អត្រាគ្របដណ្តប់សេវា ANC នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការវិភាគរបាយការណ៍ CDHS ឆ្នាំ ២០១៤ និង ២០១៩ ផងដែរ ហើយត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងការងារបច្ចេកទេស (ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធីសាស្ត្រកែសម្រួលត្រូវរៀបចំឡើងក្នុង dashboard ថ្នាក់ជាតិ ដែលជាទម្រង់ excel-spreadsheet)។ ចាប់តាំងពីប្រទេសកម្ពុជាមានដែនកំណត់ក្នុងការទទួលបានទិន្នន័យអំពីសេវា ANC និងសេវាសម្រាលកូនពីគ្លីនិកឯកជន ការវិភាគពីសេវាដែលសម្រេចលទ្ធផលខ្សោយ គឺពឹងផ្អែកតែលើទិន្នន័យដែលទទួលបានពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈតែប៉ុណ្ណោះ។

នៅឆ្នាំ២០១៧ សូចនាករស្នូលមួយចំនួន នឹងត្រូវប្រើប្រាស់យកមកវិភាគតាមកុំព្យូទ័រអំពីលទ្ធផលសម្រេចបានរបស់ខេត្តនីមួយៗ នៅអំឡុងដំណាក់កាលមុនពេលលុបបំបាត់។ សូចនាករទាំងអស់នេះនឹងត្រូវតាមដាននៅក្នុងដំណាក់កាលមុនពេល និងនៅពេលលុបបំបាត់។

សូចនាករស្នូលនិងសូចនាករបន្ថែម ត្រូវបានប្រើសម្រាប់វិភាគការសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយរបស់ខេត្តចាប់តាំងពីឆ្នាំ ២០១៧ តទៅគឺៈ

- អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលៈ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានទទួលសេវា ថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល យ៉ាងហោចណាស់១ដង
- អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ៈ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានដឹងពីស្ថានមេរោគអេដស៍នៅសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល
- អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ៈ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានដឹងពីស្ថានមេរោគអេដស៍ នៅគ្លីនិកសម្ភព
- អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះៈ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកុមារៈ ភាគរយនៃកុមារប្រឈមដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (virological tests- PCR test) ក្នុងអំឡុងពេល២ខែក្រោយពេលកើត
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកុមារៈ ភាគរយនៃកុមារប្រឈមដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅអាយុ ១៨ខែ/ឬ នៅ៦សប្តាហ៍ ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការបៅទឹកដោះម្តាយ

- អត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្តស្វាយះ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលឈឺពោះសម្រាលកូន និងពេលសម្រាលកូន។
- អត្រាគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលជំងឺស្វាយះ ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបញ្ជាក់ថាមានជំងឺស្វាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ benzathine penicillin។

NCHADS និង NMCHC នឹងធ្វើការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍សំខាន់ៗ ដើម្បីធានាថា នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិពាក់ព័ន្ធគ្រប់កន្លែង ដំបន់ដាច់ស្រយាល ឬប្រជាជនងាយរងគ្រោះ និងនៅខេត្តដែលមានបន្ទុកជំងឺខ្ពស់ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងដំណើរការជ្រើសរើសសេវា ទាំងក្នុងពេលធ្វើសុពលភាព និងក្នុងពេលការតាមដានបន្តបន្ទាប់។

NCHADS និង NMCHC នឹងត្រូវធានាផងដែរលើភាពប្រកដប្រជានៃការវាយតម្លៃអំពីអត្រាគ្របដណ្តប់នៃអន្តរាគមន៍ និងការចងក្រងឯកសារករណីនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ ឬស្វាយពីម្តាយទៅកូនឱ្យបានទាន់ពេលវេលា។ ការវាយតម្លៃនឹងត្រូវចាប់យកអត្រាគ្របដណ្តប់សេវា និងពីទិន្នន័យនៃលទ្ធផលពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសេវាឯកជន និងកាត់បន្ថយពីប្រភពនៃភាពលំអៀង(error) ដោយប្រើប្រាស់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់របស់អង្គការ WHO និងឧបករណ៍របស់កម្មវិធី។ លើសពីនេះទៀត ការសិក្សាបែបប្រតិបត្តិនឹងត្រូវរៀបចំឡើងក្នុងចំណោមសេវាដែលទទួលបានលទ្ធផលខ្សោយ/មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដើម្បីទទួលបាននូវការយល់ដឹងពីការខ្វះចន្លោះក្នុងការអនុវត្តន៍។

ការចុះតាមដានទៅដល់សេវានឹងត្រូវអនុវត្តន៍ដោយ NCHADS និង MNCHC ដើម្បីធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ (datasets) ពង្រឹងគុណភាពទិន្នន័យ និងដោះស្រាយពីបញ្ហាប្រឈមពាក់ព័ន្ធនឹងកម្មវិធី/ការប្រតិបត្តិ។ ម្យ៉ាងទៀត NCHADS និង MNCHC នឹងបន្តការតាមដានលើការសម្រេចលទ្ធផលរបស់សេវាតាមរយៈ dashboards នៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ(សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៥) និងការផ្សព្វផ្សាយរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំដែលបានរៀបចំឡើងជាទៀងទាត់។ ការជ្រើសរើសសេវា សម្រាប់ការចុះតាមដាននឹងត្រូវផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាច្រើនះ ភាពខុសគ្នានៃទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ខេត្ត/ស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានបន្ទុកជំងឺខ្ពស់ រួមបញ្ចូលជាមួយសេវាដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយចំនួន១ សេវាដែលមានរបាយការណ៍តិច/គ្មានរបាយការណ៍ អ្នកជំងឺប្រភេទផ្សេងៗគ្នា និង សេវាដែលមានកម្រិតផ្សេងៗគ្នា។ [49]

[49] Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017.

៦.៣ របាយការណ៍

ក្រុមការងារបច្ចេកទេសនឹងរៀបចំរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ ដើម្បីវាស់វែងពីភាពរីកចម្រើន ផៀប នឹងសូចនាករនីមួយៗដែលត្រូវការ ដោយប្រើប្រាស់ទម្រង់របាយការណ៍សម្រាប់ធ្វើសុពលភាព របស់ អង្គការ WHO (ឧបសម្ព័ន្ធទី៨)។ ទិន្នន័យសង្ខេបនឹងត្រូវបានចែកចាយ និងផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុងគហទំព័រ របស់ NCHADS គឺ www.nchads.org ។

តារាងទី 8: របាយការណ៍នៅក្នុងដំណាក់កាលមុនពេលធ្វើសុពលភាព និង ពេលធ្វើសុពលភាព

ប្រភេទរបាយការណ៍	គោលបំណង	ភាពញឹកញាប់	អ្នករៀបចំ	ទម្រង់
ទិន្នន័យ/M&E	តាមដានការរីកចម្រើន នៃ performance indicators	ប្រចាំឆ្នាំ	eMTCT TWG	ទម្រង់របស់ប្រទេស (ការតាមដាន dashboard)
បរិយាយ	ស្វែងយល់ និងដោះស្រាយការប្រឈមរបស់កម្មវិធី ឬការប្រឈមនៅពេលអនុវត្តន៍ការងារ	Optional-ប្រចាំឆ្នាំ	eMTCT TWG	កែសម្រួលតាមរបាយការណ៍ validation របស់WHO
មុនពេល-ធ្វើសុពលភាព	ផ្ញើជូន NVC	តែម្តង–នៅដំណាក់ចុងក្រោយ	eMTCT TWG	របាយការណ៍ validation របស់WHO
ពេលធ្វើសុពលភាព	ផ្ញើជូន RVC	តែម្តង–នៅដំណាក់ចុងក្រោយ	eMTCT TWG & NVC	របាយការណ៍ validation របស់WHO

ឯកសារយោង

Ministry of Health (MoH). (2016). Strategic plan for HIV/AIDS & STD prevention and control in the Health Sector in Cambodia 2016-2020. Cambodia: NCHADS.

National AIDS Authority (NAA). (2017). The law on the prevention and control of HIV/AIDS (2002), KRAM No. NS/RKM/0702/015. Retrieved from http://www.naa.org.kh/files/en/G127E.pdf.

National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro. (2011). 2010 Cambodia Demographic and Health Survey. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro.

National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International. (2015). Cambodia demographic and health survey 2014. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International.

NCHADS. (2001). STI sentinel surveillance survey. Retrieved from http://nchads.org/Publication/SSS/CambodiaSTIbook.pdf.

NCHADS. (2016). Health sector strategic plan 2016-2020, UNAIDS AEM modeling using 2015 data.

NCHADS. (2016). National guidelines on diagnosis and ART of HIV infection in infants, children and adolescents in Cambodia. Cambodia: NCHADS.

NCHADS. (2016). National HIV clinical management guidelines. Cambodia: NCHADS.

NCHADS. (2017). Cambodia third 90 program. Cambodia: NCHADS.

NCHADS. (2017). Consolidated guidelines on HIV testing services in Cambodia. Cambodia: NCHADS.

UNAIDS. (2017). Cambodia. Retrieved from http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia.

WHO. (2017). Tools and checklists for in-country evaluation of four required components. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/.

WHO. (2017). EMTCT of HIV and syphilis: global guidance on criteria and processes for validation, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី ១: គោលគំនិតនៃការវាយតម្លៃកម្មវិធី

ផែនទីបង្ហាញផ្លូវថ្នាក់ជាតិក្នុងការឈានទៅសម្រេចទិសដៅលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០១៧

កម្មវត្ថុ និងគម្រោងនៃការវាយតម្លៃកម្មវិធី

ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងតែដំណើរការដាក់សំណើរធ្វើសុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន ដែលបានបោះមួយជំហានទៀតក្នុងការត្រួតពិនិត្យការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេស។ តាមរយៈការខិតខំប្រឹងប្រែងបច្ចុប្បន្ន យើងបានឃើញថា អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនបានថយចុះ ៣៧% ពីឆ្នាំ ២០០៧ មកនៅ ១៣% នៅឆ្នាំ ២០១៦។ ដូចគ្នានេះដែរ ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍បានថយចុះប្រហែលជា ៨០% ពីឆ្នាំ ២០០៧ ដល់ឆ្នាំ ២០១៧ គឺពី ៥៥១ ករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងមួយឆ្នាំ មក ១១៣ ករណីក្នុងមួយឆ្នាំនៅឆ្នាំ២០១៧។ [50]

ជាផ្នែកមួយនៃដំណើរការធ្វើសុពលភាព កម្ពុជាត្រូវមានប្រព័ន្ធដូចខាងក្រោម៖

1. ប្រព័ន្ធអង្កេតនិងតាមដានថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ធ្វើ "សុពលភាពស្តង់ដា" មួយសមស្របដែលអាចចាប់យកទិន្នន័យនៃដំណើរការ ទាំងនៅសេវាសុខាភិបាលសារធារណៈ និងសេវាសុខាភិបាលឯកជន;
2. កម្មវិធីប្រកបដោយគុណភាពសមស្របដើម្បីធានាថា មានវិសាលភាពសមស្រប ការទទួលបានសេវា និងសេវាមានគុណភាព ក្នុងការធានាពីចីរភាពនៃគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន;
3. ប្រព័ន្ធមន្ទីរពិសោធន៍ដែលរួមមាន ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងគុណភាពមន្ទីរពិសោធន៍ បុគ្គលិកបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល និងការវាយតម្លៃគុណភាពពីខាងក្រៅ (EQA); និង
4. ការប្តេជ្ញាចិត្តលើគោលការណ៍សិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមរបស់សហគមន៍ ដូចជា អន្តរាគមន៍ក្នុងការឈានទៅសម្រេចគោលដៅដែលដូចគ្នានឹងគោលដៅស្តង់ដារបស់ថ្នាក់អន្តរជាតិ ថ្នាក់តំបន់ និងថ្នាក់ជាតិ។

[50] Spectrum Cambodia 2017 File, provided by UNAIDS

ជំហានដ៏សំខាន់ក្នុងការបង្កើតនូវប្រព័ន្ធខាងលើឱ្យបំពេញនូវស្តង់ដារបស់អង្គការ WHO គឺតម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃកម្មវិធីនៅពេលដើមគ្រា តាមគោលការណ៍របស់អង្គការ WHO។ អង្គការ WHO បានផ្តល់ឧបករណ៍ជាច្រើនសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃនៅពេលដើមគ្រាដែលត្រូវប្រើនៅ *កម្រិតថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់ក្រោមជាតិ និងនៅកម្រិតផ្តល់សេវា* ដើម្បីបង្កើតលទ្ធផលសម្រេចបាននៃកម្មវិធីដែលបានលើកឡើងខាងលើ។ កម្ពុជានឹងធ្វើការវាយតម្លៃកម្មវិធីជាបន្តបន្ទាប់ចាប់ពីខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០១៧ ហើយនឹងយកព័ត៌មាននៃការវាយតម្លៃនេះដើម្បីកំណត់ពីការខ្វះចន្លោះនៃកម្មវិធី បទពិសោធន៍ល្អៗ និងកំណត់សកម្មភាពដែលត្រូវបន្តការគាំទ្រ។

គម្រោងកម្មវិធីនៃការចុះទៅខេត្តជាលើកដំបូង

កំណត់ចំណាំៈ គម្រោងនៃការចុះវាយតម្លៃខាងក្រោម ត្រូវបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើទីតាំងភូមិសាស្ត្ររបស់ខេត្តដែលនៅជិតគ្នា ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមវាយតម្លៃបានចុះទៅខេត្តទាំងបី ក្នុងរយៈពេល ៥ថ្ងៃ។

កាលបរិច្ឆេទ	ខេត្តដែលបានជ្រើសរើស	កម្រិតលទ្ធផលសម្រេចបាន(មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ)	ហេតុផលនៃការវាយតម្លៃលើខេត្តដែលបានជ្រើសរើស	ក្រុមវាយតម្លៃ
22, 25-29 ធ្នូ	ជម្រើសទី១: ភ្នំពេញ, ព្រៃវែង, ត្បូងឃ្មុំ	ល្អ, មធ្យម, ខ្សោយ (តាមលំដាប់លំដោយ)	ខេត្តនីមួយៗតំណាងឱ្យកម្រិតខុសគ្នានៃលទ្ធផលសម្រេចបានរបស់សេវា	PD, SI, Lab & HR
	ជម្រើសទី២: ភ្នំពេញ ស្ទឹងត្រែង មណ្ឌលគីរី	ល្អ, មធ្យម, ខ្សោយ (តាមលំដាប់លំដោយ)	ប្រើសិនបើ ពិនិត្យមើលពីបញ្ហានៅសេវាដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយ។ មិនសូវមានករណី ជាពិសេស EID ។	PD, SI, Lab & HR

វិធីសាស្ត្រនៃការជ្រើសរើសខេត្ត និងសេវា

វិធីសាស្ត្រ purposeful sampling នឹងត្រូវបានយកប្រើដើម្បីជ្រើសរើសខេត្ត និងសេវាដែលត្រូវធ្វើការសម្ភាសន៍នៃការវាយតម្លៃនេះ។ សូចនាករគន្លឹះខាងក្រោមនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជ្រើសរើស ២ទៅ៣ខេត្តដែលបាន មានលទ្ធផលសម្រេចខ្សោយ និងខេត្តដែលមានលទ្ធផលសម្រេចបានល្អចំនួន ១ ដើម្បីរៀបចំចងក្រងពីបទពិសោធន៍ល្អៗ។

- មេរោគអេដស៍
    - ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍
    - ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន
    - ភាគរយនៃកុមារដែលបានកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ Virological test ក្នុងអំឡុង ២ខែនៃកំណើត។
- មេរោគស្វាយ
    - ភាគរយនៃចំនួនប៉ាន់ស្មានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលធ្វើតេស្តមេរោគស្វាយ នៅពេលមកទទួលសេវា ANC លើកទី១
    - អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមានតេស្តមេរោគស្វាយ វិជ្ជមាន។

រចនាសម្ព័ន្ធនៃក្រុម

ការវាយតម្លៃនឹងប្រព្រឹត្តិទៅបីកម្រិតខុសៗគ្នា (ថ្នាក់ជាតិ ស្រុកប្រតិបត្តិ ឬកម្រិតថ្នាក់ខេត្ត និងកម្រិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាល) ព្រមទាំងមានការចូលរួមដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពាក់ព័ន្ធ។ ក្រុមវាយតម្លៃនឹងអញ្ជើញមកពីអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ និងមន្ត្រីមកពីក្រសួងពាក់ព័ន្ធ ដោយបញ្ចូលសមាជិកម្នាក់មកពីអនុក្រុមទាំងបួន។ អ្នកដឹកនាំក្រុមនៃអនុក្រុមនឹងសង្ខេបថា ចងក្រងលទ្ធផល និងបង្ហាញលទ្ធផលនេះជូនក្រុមការងារបច្ចេកទេស។

គោលដៅនៃការសម្ភាសន៍

- កម្រិតថ្នាក់ថ្នាក់ជាតិៈ អ្នកសម្ភាសន៍បីនាក់ (NCHADS-១នាក់ NMCHC-១នាក់ NIPH-១នាក់)
- កម្រិតថ្នាក់ក្រោមជាតិៈ

- ○ អ្នករៀបចំគោលនយោបាយ/អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនៅថ្នាក់ខេត្តៈ អ្នកសម្ភាសន៍ ៦នាក់ (អ្នកសម្របសម្រួល PASP/Lab ១នាក់ និង អ្នកសម្រួលសម្រួល MCH/PMTCT ០១ នាក់ ត្រូវបានជ្រើសរើសពីខេត្តនីមួយៗនៃខេត្តទាំងបី)
- ○ អ្នករៀបចំគោលនយោបាយ/អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិៈ អ្នកសម្ភាសន៍ ៦នាក់ (អ្នកសម្របសម្រួលស្រុកប្រតិបត្តិ ១នាក់ និង CMA/CMC ១នាក់ ត្រូវបានជ្រើសរើសពីស្រុកប្រតិបត្តិនីមួយៗនៃស្រុកប្រតិបត្តិទាំង៣។

- ▪ ការផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋានសារធារណៈ:
  - ○ មន្ទីរពេទ្យជាតិៈ អ្នកសម្ភាសន៍ចំនួន ៥នាក់ (NMCHC-ANC & MAT ចំនួន ២នាក់ គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារចំនួន១នាក់ សេវាART នៅភ្នំពេញ ចំនួន ២នាក់ onsite lab staff ចំនួន ១នាក់ និង ប្រធានក្រុម ART ចំនួន ១នាក់)
  - ○ មន្ទីរពេទ្យនៅស្រុកប្រតិបត្តិៈ អ្នកសម្ភាសន៍ចំនួន ៦នាក់ (ប្រធានក្រុម ART ចំនួន ១នាក់ និង ប្រធានអគារសម្ភព/ANC ចំនួន ១នាក់មកពីមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗនៃមន្ទីរពេទ្យនៅស្រុកប្រតិបត្តិទាំង៣)
  - ○ មណ្ឌលសុខាភិបាលៈ ឆ្មបចំនួន ១នាក់ (និង pharmacists) មកពីមណ្ឌលសុខភាពនីមួយៗនៃមណ្ឌលសុខភាពទាំង ៣។

ការពិនិត្យមើលឧបករណ៍

រចនាសម្ព័ន្ធនៃការវាយតម្លៃត្រូវបានផ្តល់ដោយអង្គការ WHO ។ ឧបករណ៍ទាំងអស់នេះត្រូវបានបញ្ចូលក្នុង Excel format ដែលនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់កត់ត្រាទិន្នន័យ។ ការសម្ភាសន៍នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល/តាមផ្នែកនីមួយៗនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ ថ្នាក់ជាតិ និងកម្រិតកន្លែងផ្តល់សេវា ត្រូវរក្សាទុកក្នុងឯកសារដែលមានឈ្មោះផ្សេងគ្នា (separate file saved)។ ឯកសារទាំងនេះនឹងត្រូវផ្ញើមក NCHADS NMCHC និង CHAI ដែលនឹងត្រូវធ្វើការសម្របសម្រួលដំណើរការវិភាគទិន្នន័យរួមគ្នា។

របាយការណ៍ចុងក្រោយ

របាយការណ៍វាយតម្លៃចុងក្រោយ នឹងផ្តល់ចម្លើយទៅនឹងកម្មវត្ថុលើកដំបូងដែលកំណត់នៅក្នុងផ្នែកទី១ ជាមួយនឹងការសម្រេចលទ្ធផលមិនបានល្អ បទពិសោធន៍ល្អៗ និងសកម្មភាពគន្លឹះ និងការផ្តល់អនុសាសន៍លើកម្មវិធីទាំងបួន។ របាយការណ៍នេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ជាឯកសារណែនាំដើម្បីគាំទ្រការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនៃកម្មវិធីផ្តល់សេវា ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រ មន្ទីរពិសោធន៍ និង បរិដ្ឋានសិទ្ធិ

មនុស្សក្នុងការឈានទៅសម្រេចគោលដៅនៃការលុបបំបាត់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយ។ របាយការណ៍ចុងក្រោយនឹងត្រូវមានទាំងសមាសភាគបរិមាណ និងសមាសភាគគុណភាព នឹងត្រូវវាយតម្លៃការចូលរួមនៃការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរផ្ទៀងផ្ទាត់។ សមាសភាគនៃបរិមាណនឹងត្រូវពិនិត្យនៅលើផ្នែកមួយនៃបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលនឹងត្រូវដោះស្រាយ និងការឆ្លើយតបឱ្យបានសមស្រប រីឯសំណួរផ្នែកគុណភាពគឺ មានបំណងដឹកនាំទៅរកហេតុផលគន្លឹះពីមូលហេតុនៃការឆ្លើយតបមិនបានសមស្រប (unsatisfactory response)។ អនុសាសន៍ជាគន្លឹះ និងសកម្មភាពនឹងត្រូវបានបង្កើតឡើង ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលនេះ ដើម្បីរៀបចំការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយពីម្ដាយទៅកូននៅប្រទេសកម្ពុជា។

ឧបសម្ព័ន្ធទី ២: ផែនការលម្អិត

ល.រ	របាំងរាំង (Barriers)	កម្រិត			យុទ្ធសាស្ត្រ/សកម្មភាព	ដឹកនាំដោយ	2018		2019		2020	
		N	SN	SD			H1	H2	H1	H2	H1	H2
I	**Program Delivery**											
a. Policies, strategies, guidelines related to HIV and syphilis:												
1	PMTCT strategies are well documented and disseminated. However, a clear roadmap highlighting the gaps needed to achieve validation is still needed.	√			Publish the roadmap, then disseminate at all levels and among wider audiences.	NCHADS & NMCHC						
2	HIV law/policies/regulations exist, however limited syphilis policies/regulations are updated/initiated to guide implementation at service delivery level.	√			Should syphilis testing and treatment policies be updated and widely disseminated at all levels?	NCHADS						
b. Representation from stakeholders for eMTCT:												
3	No/limited representatives from other relevant institutions (i.e. blood bank, NIPH, and other relevant civil societies) in eMTCT as a whole.	√			Extend TWG membership to all concerned institutions/partners.	NCHADS & NMCHC						
		√			Alternatively, keep the TWG focused on the core HIV partners and consider twice-yearly stakeholder forum that engages broader group.	NCHADS & NMCHC						
4	Limited involvement of NGOs in BIACM and PMTCT work.		√	√	Provincial BIACM should be reviewing its membership and the scope, and consider expanding members to as many NGOs/non-BIACM sites as possible.	PHD						
c. Capacity strengthening:												
5	Oversight by the national program is restricted to public health facilities, with no supervisory or reporting relationship to private health facilities.	√			Work with MoH/NMCHC to create a mechanism which allows national programs to obtain data from private ANC/MAT clinics	NCHADS & NMCHC						
6	Some service providers lack skill in supporting /counseling KPs to disclose their HIV status when accessing PMTCT or other health services	√			National programs to involve NGOs in facilitating training for service providers and ensure that relevant KP-sensitive topics are included in trainings.	NCHADS, NMCHC & CPN+						

7	Poor supervision from PHD to OD, and from OD to HC for ANC and PMTCT services, esp. at health centers and maternity level.		√	√	Review and optimize the tools, checklists, and processes for PHD and OD site supervisory visits on PMTCT; ensure that PMTCT service is integrated into regular supervisory visits at these levels and monitored regularly.	NMCHC, NCHADS, PHD						
8	No supervision for finger pricks testing and on-site coaching of dual tests.		√	√								
9	Limited knowledge on syphilis testing & treatment at the provincial level.		√	√	Need more (refresher) training at this level (can be combined with other HIV trainings).	PHD						
10	No clear annual training calendar available at sites.		√	√	National programs should develop a training plan (including ToT) and share the calendar to the provincial level. Trainers at the national programs should follow-up if the trainers share knowledge/key updates among their supervisors and other team members.	NCHADS, NMCHC & PHD						
d. Financial instability:												
11	External funding keeps decreasing. certain external funding focuses on TA, not for PMTCT at service delivery (i.e. at-birth testing for providers, syphilis training,…).	√			Advocate with MoEF to increase national funding on HIV/PMTCT services.	NAA, MoH, CPN+, NCHADS & NMCHC						
				√	Advocate with each provincial governor, ministries to integrate eMTCT of HIV and syphilis in commune development and investment plan.	PHD, OD & CPN+						
12	Limited financial literacy on GF financial guidelines by staff at the provincial level led to unspent/attainable many activities.		√	√	National programs to provide/update clear orientation and instruction of GF financial guidelines (can be combined with annual workshop).	NCHADS & NMCHC						
13	Limited financial support/contribution from NGO due to reduced CSO support in promoting PMTCT access might lead to high rate of LTFU.		√	√	Government and counterparts (including NGOs supporting CAF/BIACM) will include plan for referral supports for HIV positive PW.	PHD						
e. Quality of testing and treatment:												
14	Very limited at-birth testing training done at maternity wards. Some staff reported because of no testing kits, other reported trained staff moved out.		√	√	National programs and PHD should ensure sufficient trainings, supply (DNA CPR tests and DBS papers) and effective follow-up system exist at all maternity sites.	NCHADS, NMCHC & PHD						
15	Quality of services on syphilis treatment, infant testing and follow-up, and HIV/syphilis surveillance system.	√			More quality on-site coaching/training and ToT training, esp. at the service delivery, to be available on routine basis.	NCHADS, NMCHC & PHD						

16	Defining reasonable turnaround time is still a challenge. Some sites/levels define/perceive it differently.	√			Routine detailed analysis and dissemination of result of turnaround time for testing and treatment should be done, eps. for all levels.	NCHADS						
17	HIV testing for exposed infants is not yet widely available and easily accessible. EID testing is only available at only national lab, and samples can only be collected at maternity units that are co-located at a hospital with an ART site.	√			Reinforce EID testing guideline, improve referral & follow-up mechanism, sample transportation and continue keeping tracks of challenges and best practices (Training and supervision trip).	NCHADS, & NMCHC						
18	Limited understanding about plan to include follow up and diagnosis for infants exposed to syphilis and HIV at the time EIs stop having breast milk.		√	√	National programs to reinforce HIV testing algorithm for pediatrics to all sub-national and service delivery levels (either training or mentoring).	NCHADS						
19	Incorrect testing process and practices. And dual tests have been used for non-PW; this might lead to potential stock-out of dual tests.		√	√	National programs and PHD should reinforce the guidelines for HIV and syphilis testing. More trainings and follow-up visit should be made to VCCT staff at the provincial level (either training or mentoring)..	NCHADS, NMCHC & PHD						
20	Syphilis exposed infants (SEI) are not screened. It is assumed that those SEI are generally infected. Healthcare providers only assess treatment history in mothers.	√			Expand HTS training, and compliance of the guideline at esp. the service delivery level.	NCHADS, PHD & NMCHC						
21	Limited measures to prevent or address loss to follow up of PW who tested positive for HIV or syphilis and exposed infants. Only some sites where BIACM implements have systems in place to address it.	√			Integrating syphilis into BIACM, and expand BIACM to all provinces/ODs - explore involvement of MCH/PMTCT coordinators at all level. (i.e. revise follow-up sheet, regular monitoring, ..).	NCHADS						
22	Low accessibility to confirming syphilis status among PW is very low; RPR is carried out and only available at Family Health Clinics (FHC).	√			Addressing referral challenges happened in between FHC and HC through improved follow-up system at PHD.	FHC						
		√			Active case management to be carried out, as facilitated by MCH/PMTCT coordinators.	PMTCT coor. & BIACM Coord.						
23	Poor referral and follow-up mechanisms in facilitating optimal accessibility, efficiency and timeliness of services.		√	√	Improving the coverage of BIACM and communication & reporting mechanisms between ANC/MAT clinics and adults and pediatrics ART clinics.	NCHADS & NMCHC						
f. Limited human resources:												

24	Some unit/sites report under staffing, while others are not highly motivated/committed to do their jobs due to limited financial compensation/poor salary.	√			Staff scope of work should be reviewed and prevalent to salary increment system, patient portfolio and working hours (including payment for result and depending on individual service delivery management).	NCHADS, NMCHC, service delivery & PHD						
		√			Re-introduce/re-inforce payment for result to other sites.	NCHADS						
25	Some sites lack formal HIV providers, thus borrowing and training non-HIV staff for temporary use are very common.	√			More HIV personnel should be recruited, in reference to patient-provider ratio.	NCHADS, NMCHC, service delivery & PHD						
26	Limited human resources (to conduct supervision, supervise data management & M&E, and support/ monitor stock of tests & drugs) and skills to work with vulnerable groups.		√	√	A good quality assessment with a simple checklist/tool to identify problems at the site level, and prioritize focused supervision to the poor performing site (same as PD acti#7).	NCHADS, NMCHC & PHD						
27	Unclear scope of work of staff dealing with PMTCT tasks led to poor quality of work (i.e. limited counselling, patient follow-up, ..).		√	√	National programs should advise the revision of staff's scope of work at provincial, OD and HC levels (same as PD acti#24).	NMCHC						
II	**Data Management**											
a. Data quality Assurance												
1	A need to strengthen documentation of DQA processes.	√			NMCHC colleagues to discuss what areas of DQA needing more robust documentation.	NMCHC						
2	Insufficient systems for surveillance of congenital syphilis. [FHC: no unique identifiers, but numbers are very small. If PMRS or other health ID is introduced, this would assist with deduplication].	√			Plan for CS surveillance and discuss how this could be strengthened to meet eMTCT validation standards.	NCHADS						
		√			STI/syphilis guideline will be available for use in 2018.	NCHADS						
3	It is currently unclear how robust is the quality of HIS facility reporting for both HIV and PMTCT. Assessments of facility level data quality for HIS data are needed.	√			Develop protocol/plan for on-site DQA .	NCHADS & NMCHC						
4	An in-depth assessment of EID data quality is needed, which should include a triangulation of data from different sources. [combined in operational research]	√			Analysis of EID data results and data quality.	NCHADS						

5	A more in-depth review of existing DQA data is needed to better understand aspects such as completeness, timeliness, etc. [operational research?]	√			Share the most recent DQA reports available with the eMTCT data quality sub-group. eMTCT data quality sub-group can then review these data to see if additional activities are needed.	NCHADS & NMCHC						
6	A more in-depth understanding of the role of the private sector is needed to better understand where PW in Cambodia get ANC and delivery services. Is an analysis of vital statistics data able to shed insight into this issue?	√			Add this topic to the eMTCT TWG agenda for broader discussion about how to approach this.	NCHADS & NMCHC						
7	[It is unclear if a]PMTCT impact assessment is needed in Cambodia.	√			eMTCT TWG to review history of PMTCT impact assessment in Cambodia and discuss if this is needed and if so, how it could be done.	NCHADS & NMCHC						
8	Lack of information about delivery, ANC and PMTCT in the private sector.		√	√	A rapid assessment on the delivery and ANC services at private sector is needed. If the result is significant (>10%), then eMTCT TWG should advocate with MoH, where (quarterly) aggregated reports from private ANC & MAT clinics should be included as parts of their license conditions.	NCHADS & MNCHC						
9	No effective feedback/follow-up mechanism for syphilis reactive cases.		√	√	Clear guidance on follow-up mechanisms of syphilis should be initiated by the national program and handed over to PHD to follow-up.	NCHADS, NMCHC & PHD						
10	Very limited awareness on eMTCT indicators and components among all interviewed participants at these levels.		√	√	National programs should develop and disseminate eMTCT tools (including translated checklist) and roadmap to all relevant stakeholders, especially at the sub-national level.	NCHADS, NMCHC & PHD						
11	Insufficient training on data entry and utilization at esp. NMCHC.	√			Training on data entry and utilization.	NMCHC						
12	NCHADS & NMCHC found > 90% sub-national reports were submitted behind the default deadlines. Ultimately, national programs could not produce consolidated report as planned.	√			Capacity building and regular technical supervision visit needed especially for poor performance site with documentation of progress.	NCHADS & NMCHC						
13	20% correct & 50% on time reports, PHD's rough estimation		√	√		NCHADS, NMCHC &PHD						
	100 % on time report, 96 % correct from FHC		√	√		PHD &OD						
	Small inconsistency of data in ANC report		√	√		PHD &OD						

	Data of delivery case from hard copies are different from HIS		√	√		NCHADS, NMCHC, PHD &OD							
14	ANC/MAT: double counting is an issue because currently no unique identifier used, and aggregate reporting.	√			A national health ID and a line-listed database in order to minimize double counting. This is currently a long-term activity that involves engagement across the health sector.	NCHADS & NMCHC							
15	Data verification: consistency check is not done routinely.	√			At least one consistency check will be done as part of CoAg plan, plus EID data matching to PMTCT data in HIS.	NCHADS & NMCHC							
16	HC chief did not check data consistency between HC1 vs PMTCT monthly report.			√	Data consistency from HC1 and PMTCT monthly report should be checked by HV chief.	NMCHC							
17	Possible data discrepancy exists between hard copy report vs HIS, when the correction was made after submission and if done only in one source (example: HIS).		√	√	Ensure mechanism to correct data errors in both data sources.	NCHADS & NMCHC							
b. Data collection mechanism and processes													
18	No DQA-SoP for PMTCT program.	√			SoP for DQA for PMTCT program is needed. If possible, it should be simple table to score each issue of lateness, incompleteness, inaccuracy and missing to identify area of weakness for action taken accordingly.	NCHADS							
19	Written national guidelines for reporting: Most of the sites did not have guidance/instructions to fill in and for reporting ready available on the desk.		√	√	Guidance & instruction should keep on the desk and easy to access and reviewing. Ensuring guidance/instructions are well received at sub national level and at services delivery.								
20	No official consensus MTCT rate agreed for Cambodia since the last couple years. Both NCHADS & NMCHC hardly find MTCT rate which is recognized nationally .	√			WHO and UNAIDS to lead discussion on how MTCT rate is defined and generated the agreed rate for Cambodia every year.	UNAIDS & WHO							
21	No national monitoring dashboard which keeps track core indicators of eMTCT.	√			Initiate the monitoring dashboard with assigned focal points to update/report the progress on annual basis.	NMCHC & NMCHC							
22	Systematic feedback mechanisms to reporting levels on quality and analysis: There is no guidance for feedback mechanism. Current practice, feedback mechanism were made from focal people to their respective PHD to ODs and OD to RH MCH/ART/FHC and HCs.		√	√	Include feedback mechanism in SOP to be developed. Lessons learned (strength and weakness) from current practice should be taken into account when developing SOP.	NCHADS & NMCHC							

23	PMTCT and HIV: Data management guideline outlining staff scope of work, data collection process and tools are not routinely updated and disseminated.	√			SoP to be updated and sufficiently disseminated. Where possible, a brief manual summarizing new changes should be well disseminated at sub-national and service delivery level and be available on the websites.	NMCHC						
24	Monitoring indicators capturing infant testing at the end of breastfeeding period is not yet available.	√			Indicator(s) related to mother and infant pairs during the breastfeeding period should be added to current tool.	NCHADS						
		√		`	Mother-infant pair tool to be introduced at ANC, MAT, ART & peds ART clinics.	NMCHC						
25	No fund to support syphilis study nationwide.		√	√	Syphilis study to test the acceptability of the syphilis follow-up sheet (throughout the cascade) led by PMTCT coordinators in 26 provinces is needed.	NCHADS, NMCHC & PHD						
27	No operational research conducted among selected poor performing sites/health facilities to understand implementation gaps.	√			Operational research is needed to understand implementation gaps.	NCHADS & MNCHC						
28	Lack of a common unique health identifier means that total deduplication of data by client is not possible.	√			Long-term action: continue to be engaged with broader MOH efforts to develop and adopt a unique identifier.	NCHADS & NMCHC						
c. Mechanism in place for review report quality:												
29	Focal person at OD/PHD cannot accessed HIS to verify consistency between data in hard copy vs HIS. (Only chief of technical bureau can access HIS).		√		Focal person at OD/PHD who do data review should have access to HIS for checking data consistency.	NCHADS & NMCHC						
30	There are no records of the report on data reviews at each level available.		√	√	Data verifying should be documented at each level to monitor the improvement progress and for action.	NCHADS & NMCHC						
31	Written procedures to address late, incomplete, inaccuracy or missing reports: There is no written procedure yet. Following current practice, corrections of data errors are allowed within 15 days of next month.		√	√	National programs already plan to include the procedure in SoP to be developed. If possible, it should be simple table to score each issue of lateness, incompleteness, inaccuracy and missing to identify area of weakness for action taken accordingly.	NCHADS & NMCHC						
32	Sufficient staff designated for review, collation and analysis of reports: Over workload at OD, PHD may affect quality of data review.		√	√	Defined roles & responsibility for focal person at each level of reporting for data verification & reporting checking.	NCHADS & NMCHC						

33	Staff training on data management process and tool: Not all focal staff (especially new staff) were trained on current guidance/ instructions.		√	√	Monitoring list to ensure focal staff at health facilities, OD,PHD are all trained.	NCHADS & NMCHC						
			√	√	Refresher trainings and regular onsite coaching is needed from national level.	NCHADS & NMCHC						
III	**Laboratory**											
1	Lack of qualified materials for transporting samples and poor transportation system.	√	√	√	Special sample transportation box and qualified transportation system needed.	NCHADS, MNCHC & PHD						
		√	√	√	Policy to enforce staff responsibility and commitment for all lab-related services, esp. sample transportation.							
2	Lack of policy for batch testing upon receiving diagnostic assays and the frequency of validation theses assays.	√			Apply with more robust validation methods: develop SOP and policy for batch testing.							
3	Poor coordination/communication at national, sub-national and service delivery levels to distribute supplies to sites leading to shortage of key ART drug for infants, BP for syphilis positive mothers and infants and RPR tests.	√	√	√	Strengthen coordination/communication and staff's responsibilities at national, provincial, district and service delivery levels.	NCHADS & NMCHC						
4	Syrups for infant prophylaxis are often not in stock at referral hospitals if there are no HEI currently under care.	√			Review standard of stock: Reservation of key ARV drugs, esp. syrup should be at MAT clinics, provincial hospital and NMCHC although there is no enrollment record in the past 12 months. Ensure forecasting tool works well at all service delivery sites.	NCHADS & NMCHC						
5	Global shortage of benzathine penicillin affects eMTCT plan in Cambodia. Often syphilis cases are reportedly treated using another alternative medication (erythromycine for 14 days). However, it is worrisome for its effectiveness among SEI. Additionally, it is uncertain if SEI are properly cured due to the fact that follow-up mechanism is not widely implemented.	√			As RPR test and BP are available at CMS, the STI program should monitor closely between site level and logistics management to ensure the site has requested on time and have those drugs available at sites (FHC).	NCHADS						
6	Stock-out of syphilis tests (single tests) and benzathine penicillin in 2016.		√	√								
7	Lack of Lab Quality Management System (LQMS) in place: structure, training, data management, validation, LIS, surveillance, calibration and electrical system to track mother-infant pair for HIV and syphilis.	√	√	√	Develop a timeline plan to reach a national standard for provincial & referral hospital labs and ISO of HIV and syphilis for only main labs.	NCHADS, NIPH, DP						

8	Lack of quality management and accreditation embedded in the structure of national lab system.	√			Introduce LQMS/QA-HTS to service delivery at site level, perform on-site mentoring in a systematic way to strengthen the LQMS/QA-HTS at main labs.	NCHADS, NIPH, DP						
9	Lack of Lab Quality Management Training, refresher training, supervision to all public and private testing sites.	√	√	√								
10	Lack of SLIPTA (QMS) validation recently.	√	√	√								
11	Lack of LIS and national surveillance system incorporate the LIS.	√	√	√								
12	Lack of calibration of equipment and lab tool.	√	√	√								
13	lack of computer-based data storage and electrical system and equipment functionality monitored.			√								
14	Lack of recording system allow for linking of HIV and Syphilis test results of the mother with result of her infants.	√	√	√								
15	Lack of data management: system in place, system link of HIV and Syphilis test results of mother with results of HEI/SEIs.			√								
16	Very limited QA program at rapid testing sites: EQA participation, IQC, logistics management, storage & disposal, HTS algorithm & job aide, and protocol for corrective action.	√			Develop SoP for QA-HTS implementation (emphasize the process and ToR of national, PHD, OD and site levels) and the correction action.	NCHADS, NIPH, NMCHC, PHD, OD, DP						
17	Lack of EQA participation for testing sites outside the laboratories.	√	√	√	Rapid scale-up of EQA program through training and mentorship.	NCHADS, NIPH, NMCHC, PHD, OD, DP						
18	Lack of QA-IQC implementation in all testing sites across country <5% (56/1200HC).	√	√	√								
19	Lack of forecasting, sensitivity/specificity, quantity, shelf-life-policy of FEFO, emergency/unexpected need.		√	√								
20	Lack of storage &disposal policy.		√	√								
21	lack of SOP &algorithms, job aides or testing guideline available; none of QC and the policy of its use.		√	√								

22	Lack of appropriate sample and PT/IQC include with each run. Some sites do not have proper blood sample for tests. One site reported <20µl, only two drops of chase buffer are used on dual test. The timer is not available on site, most sites do not read results in recommended time (in 5 mins and btw 15-60min for all types of test and >20min.			√								
23	Lack of proper storage at some sites; flooding on the floor where is refrigerator is located. The room is messy and dirty. Reagents were kept in the drawer without monitoring temperature.			√								
24	Lack of protocol for corrective actions	√	√	√								
25	Lack of information of forecasting, stock management and storage condition as well as the waste management			√								
26	Lack of following the instruction: use the expired date tests.			√								
IV	**Human Rights, Gender Equality and Community Engagement**											
a. Limited quality of services												
1	Free of charge services are available for HIV+PW, but transportation cost remain a challenge for service access among poor HIV+PW.	√			Seek transportation cost support of poor HIV+ PW in need of free PMTCT services i.e. inclusion in Health Equity Fund or Pre/Post ID poor for transportation and other related costs.	NAA, PHD and CPN+						
2	Limited quality of services (discrimination, limited service hours, unfriendly services for adolescent and KP, poor understanding and awareness on gender equality and non-discrimination in PMTCT, including non-discrimination against children and key populations.		√	√	1) Update PMTCT training curriculum to include sections on gender, non-discrimination, and friendly services, and roll out the training to PMTCT service providers.	NMCHC						
					2) Work to ensure services are operated during working hours and flexible hours would be made to promote and improve service uptake.							
3	Limited awareness on non-criminalization of unintentional HIV, and syphilis transmission among both healthcare service providers and PLHIV community.		√	√	1) Reinforce dissemination of HIV/AIDS law and non-criminalization of syphilis transmission in trainings and on-site coaching activities for healthcare providers.	NAA, NCHADS, NMCHC,						

					2) Integrate dissemination of HIV/AIDS in works of PLHIV network based at health facilities and in the community.	CPN+ and Partners						
4	Very big concerns in infant feeding counselling and assistance for women with disabilities.		√	√	National programs to reinforce/ensure appropriate counselling messages and methods provided to women, including disable women.	NMCHC, CPN+ and Partners						
b. Lack of existence or limited provision and/or awareness of laws and policies to address human rights and gender equality in context of PMTCT												
5	Sexual violence remains among sero-discordant couples. Victims usually end up accepting their perpetrators because of traditional way of reconciliation facilitated by the local authority.		√	√	Increase awareness raising on HIV/AIDS law in particular on intentional HIV transmission among PLHIV and local authorities as well as law enforcement officials and also with consequent impact of this disease toward community as well.	NAA, NCHADS, NMCHC, MOWA, CPN+ and Partners						
6	Discrimination against PLHIV and their families still exist.			√	1) Zero discrimination campaign should be run.	NAA, NCHADS, NMCHC, CPN+ and Partners						
					2) Raise awareness and reinforce implementation of HIV/AIDS law.							
7	Very limited access to information whether laws, regulations and/or policies or judicial precedents on ensuring availability, accessibility, acceptability and quality of PMTCT services are available in country.	√	√	√	National programs to extend TWG membership to **these special groups** into all stages of programming.	NCHADS & NMCHC						
8	Lack of consideration for the removal of the HIV-specific criminal penalties for disease transmission and lack of development of guidelines for court officials on the very limited circumstances of intentional and malicious conduct in which prosecutions of people living with HIV for disease transmission should be considered.	√			1) Update the HIV/AIDS law and its implementing guideline with consideration of the removal of the HIV-specific criminal penalties for disease transmission.	NAA, CPN+						
					2) develop guidelines for court officials on the very limited circumstances of intentional and malicious conduct in which prosecutions of people living with HIV for disease transmission should be considered.							
9	No existence of laws, regulations and/or policies recognizing and protecting adolescent's rights in making decision whether or not to receive health/treatment services, including HIV testing and treatment services without parental/guardian consent/or sharing information to parents/guardian.	√			Review HIV/AIDS law and any other related regulation and policies to ensure provision of adolescents' access to HIV testing, PMTCT and other SRH services without parents consents.	NAA, NCHADS, NMCHC, CPN+ and Partners						

10	Lack of laws or judicial precedents, regulations and/or policies that guarantee equality and non-discrimination based on syphilis status.	√			Relevant regulations will be developed, Or, actions can be included somewhere in the guidelines and ensure that it is widely disseminated.	NCHADS						
11	Lack of existence of laws, regulations and/or policies that guarantee equality and non-discrimination, which include specific provisions on key populations in particular MSM, transgender women, people who use/inject drugs.	√			Update HIV/AIDS to include provision of equality and non-discrimination for KPs.	NAA, CPN+						
12	Lack of laws, regulations, policies, monitoring and reporting to ensure accountability and community engagement and participation of PLHIV and KP in particular in PMTCT program.	√			1) Include section on accountability and community engagement and participation of PLHIV and KP on PMTCT program strategies,	NMCHC and NCHADS						
	Accountability, community engagement and participation of people affected by HIV and other key populations, to some extent, are limited.				2) Establish mechanism for or integrate monitoring and reporting on these particular issues in existing mechanism.							
13	Laws, regulations and policies criminalize behaviors or acts of sex work and drug use, limiting their access to services.	√			1) Advocate for decriminalization of sex works and drug use,	NAA						
					2) Harmonize laws, regulations and policies to ensure conducive environment for KP.							
c. Lack of documentation, reporting and redress mechanism as well as initiatives for addressing human rights violation												
14	Violation/discrimination against WLHIV at healthcare, including PMTCT settings exist (including violation of informed consent, mandatory testing, involuntary sterilization, discrimination, disrespect of privacy and confidentiality). However, there is no reporting mechanism or systematic and routine documentation/report, and no sanctions or reparations for violations of rights in context of PMTCT programs).	√			1) Improve cases documentation and establish systematic monitoring, reporting and resolving mechanism addressing discrimination at healthcare setting,	NAA, NCHADS, NMCHC, CPN+ and Partners						
					2) Develop regulations, policies, strategies to guide non-discriminatory and right-based services provided by healthcare providers,							
					3) Build capacity of healthcare providers for knowledge and skills to ensure non-discriminatory and friendly services with privacy and confidentiality are strictly ensured.							
15	Lack of functioning network of WLHIV to meaningfully engage in PMTCT program.	√			Support for reactivation of the WLHIV network or WLHIV unit with existing PLHIV network.	NCHADS & CSO						

16	Lack of clear definition of CSO/community engagement in PMTCT planning, reporting and accountability assessment; and even though engagement of PLHIV and KP in HIV response as a whole, but seems limited involvement in the development and evaluation of regulations, policies and plans for PMTCT program.	√			Engage PLHIV and KP as well as related CSO in development, implementation, and monitoring of policies, strategies and programs related to PMTCT.	NCHADS, NMCHC, CPN+ and other KP networks						
17	No specific provisions in PMTCT strategy and lack of initiatives in place to ensure the accessibility and acceptability of services for young women at reproductive age, unmarried women, sex workers, LBT person, indigenous women and women living with disabilities.	√			1) Revisit PMTCT strategy to include provision on accessibility and acceptability of services for young women at reproductive age, unmarried women, sex workers, LBT person, indigenous women and women living with disabilities,	NCHADS and NMCHC						
					2) develop initiative in place to ensure access to services for these populations (young women at reproductive age, unmarried women, sex workers, LBT person, indigenous women and women living with disabilities).							
18	Lack of laws, regulations and/or policies or judicial precedents ensuring access to justice, remedies and redress, including pro bono legal services for PLHIV and KP.	√			1) work with legal aid NGOs to ensure access to legal service for PLHIV and KPs, including paralegal one.	NAA, CPN+ and other KP networks						
19	The mechanism for human rights violation is in place, but lack of awareness, fear of reporting, and lack of actions when they report.	√			1) Legal literacy, raise awareness and build confidence of PLHIV and KP to report on rights violation,	NAA, CPN+ and KP networks						
					2) Ensure function and/or timely actions of human rights institution (i.e. CHRC, CCHR) in responding and addressing human rights issues.							

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: ខេត្តដែលសម្រេចបានលទ្ធផលខ្សោយ (កាលវិភាគនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសារធារណៈ ឆ្នាំ ២០១៧)

	មេរោគអេដស៍					មេរោគស្វាយ	
សូចនាករ	PMTCT1: អត្រាគ្របដណ្តប់សេវា ANC : % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានមកទទួលសេវា ANC យ៉ាងតិច១ដង	PMTCT 2 : ភាគរយនៃចំនួនប៉ាន់ស្មានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍		PMTCT 3 : ភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន	PMTCT 4 : ភាគរយនៃទារក ដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល២ខែក្រោយពេលកើត	PMTCT 5 : អត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវាធ្វើតេស្ត : % នៃអត្រាគ្របដណ្តប់សេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ នៅពេលមកទទួលសេវា ANC លើកទី១	PMTCT 6: អត្រាគ្របដណ្តប់សេវាព្យាបាល : % នៃអត្រាគ្របដណ្តប់សេវាព្យាបាលស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានជំងឺស្វាយ
ភាគយក	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមកទទួលសេវា ANC1 (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទពោះដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនម្តាយដែលស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARVs នៅមុនពេល ឬអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ បូកនឹង ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលថ្មីនៅពេលសម្រាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួន HEI ដែលបានធ្វើតេស្ត DNA PCR < ២ ខែក្រោយពេលកើត (ប្រភព: NCHADS)	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានទទួលការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ និងបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រឹមត្រូវ (ប្រភព: NCHADS)
ភាគបែង	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ប្រភព: NIS estimates)	នៅគ្លីនិក ANC: ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមកទទួលសេវា ANC1 ដកចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមកទទួលសេ	នៅគ្លីនិក MAT: ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: + ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តមេ	ចំនួនកុមារប្រឈមដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដក ចំនួនទារកដែលកើតស្លាប់ (stillbirth) និងស្លាប់ជុំវិញកំណើត	ចំនួនអតិថិជនមកទទួលសេវា ANC លើកទី១ (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត RPR វិជ្ជមាន (ប្រភព: NCHADS)

		វា ANC1 ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	(ប្រភព: PMTCT DBV 3)	រោគអេដស៍ វិជ្ជមាននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	(neonatal death) (ប្រភព: PMTCT DBV 3)		
បន្ទាយមានជ័យ	118.26%	97.79%	86.52%	65.96%	112.90%	83.62%	100.00%
បាត់ដំបង	130.05%	99.52%	84.96%	77.42%	6.76%	96.92%	100.00%
កំពង់ចាម	155.97%	80.30%	76.47%	111.76%	174.29%	56.08%	100.00%
កំពង់ឆ្នាំង	138.35%	91.91%	33.63%	92.31%	100.00%	71.18%	0.00%
កំពង់ស្ពឺ	143.86%	76.61%	50.52%	86.67%	100.00%	51.65%	100.00%
កំពង់ធំ	139.19%	78.79%	31.64%	100.00%	160.00%	66.85%	100.00%
កំពត	141.20%	90.72%	52.64%	86.96%	60.00%	66.33%	0.00%
កណ្ដាល	100.65%	77.45%	76.33%	75.00%	127.78%	47.34%	0.00%
កោះកុង	112.09%	83.30%	71.43%	90.48%	23.53%	63.19%	0.00%
ក្រចេះ	122.05%	82.15%	66.79%	111.11%	0.00%	47.23%	0.00%
មណ្ឌលគីរី	88.79%	75.90%	60.98%	80.00%	0.00%	72.57%	0.00%
ភ្នំពេញ	54.97%	71.42%	53.43%	89.60%	0.00%	54.84%	100.00%
ព្រះវិហារ	87.50%	77.47%	29.15%	87.50%	0.00%	52.85%	0.00%
ព្រៃវែង	158.67%	88.04%	69.86%	70.00%	0.00%	72.22%	0.00%
ពោធិសាត់	115.44%	99.57%	77.89%	76.92%	0.00%	62.20%	0.00%
រតនគីរី	108.82%	62.48%	19.35%	77.78%	0.00%	50.75%	0.00%
សៀមរាប	111.60%	93.79%	96.38%	52.27%	65.00%	60.57%	100.00%
ព្រះសីហនុ	109.24%	62.48%	76.70%	88.89%	0.00%	54.84%	100.00%
ស្ទឹងត្រែង	87.68%	74.52%	70.76%	55.56%	250.00%	68.85%	0.00%
ស្វាយរៀង	123.21%	83.99%	8.47%	62.50%	0.00%	46.70%	0.00%

តាកែវ	157.51%	86.80%	61.20%	89.19%	0.00%	81.18%	0.00%
ឧត្តមានជ័យ	94.37%	78.77%	71.34%	44.44%	0.00%	45.22%	0.00%
កែប	118.81%	92.72%	0.00%	100.00%	0.00%	84.10%	0.00%
ប៉ៃលិន	82.60%	100.58%	90.60%	75.00%	108.33%	100.31%	0.00%
ត្បូងឃ្មុំ	130.07%	88.81%	32.97%	93.75%	0.00%	54.94%	0.00%
ទូទាំងប្រទេស	103.87%	83.92%	55.85%	83.42%	29.37%	62.89%	100.00%

សង្ខេបតាមកម្រិតលទ្ធផលសម្រេចបាន:

បៃតង	20	4	1	4	8	2	9
លឿង	1	4	1	3	0	0	0
ក្រហម	5	18	24	19	18	24	17

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: គម្រោងដែលត្រូវស្នើឱ្យដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងមាតិការនៃរបាយការណ៍សុពលភាពរបស់ជាតិ

មាតិការ [51]

[1] សេចក្តីសង្ខេប

[2] បរិបទនៃប្រទេស

- ភូមិសាស្រ្ត
- ប្រជាសាស្រ្ត
- សូចនាករមូលដ្ឋានសុខាភិបាល រួមទាំង សូចនាកររបស់ MCH
- ការអធិប្បាយសង្ខេបអំពីក្រុមអ្នកធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ(NVT) និងគោលបំណងនៃការពិនិត្យឡើងវិញ
- សង្ខេបអំពីអេពីដេមីសាស្រ្តនៃមេរោគអេដស៍ និង អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគស្វាយ រួមទាំងទំនោរនៃអត្រាអាំងស៊ីដង់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទាំង និងនៅគ្លីនិក ANC
- ទំនោរនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ បែងចែកតាម ក្រុមអាយុ និងតាមភេទ
- ទំនោរនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយក្នុងចំណោមស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ បែងចែកតាមក្រុមអាយុ
- ផ្លូវចម្លង និងកត្តាដែលនាំឱ្យមានការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍
- ព័ត៌មានផ្សេងៗ ឧ. ទំនោរនៃការមានគិភនិងអត្រា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជាទូទៅនៃមេរោគអេដស៍និងស្វាយ
- ទំនោរនៃទារកស្លាប់កើតនិងកត្តាចូលរួម

[3] អធិប្បាយអំពីប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់ប្រទេសនៅពេលបច្ចុប្បន្ន ដោយរួមបញ្ចូលជាពិសេសអំពី៖

- សេវាសុខាភិបាលនៅថ្នាក់ខេត្ត និងថ្នាក់ស្រុក;
- ទំនោរនៃតម្រូវការសេវាថែទាំនិងព្យាបាលនិងការទទួលបានសេវាថែទាំនិងព្យាបាលសម្រាប់ប្រជាជនចល័ត រួមមាន ក្រុមប្រជាជនបន្លាស់ទីនៅក្នុងប្រទេស (internally displaced) និងក្រុមប្រជាជនដែលគ្មានសញ្ញាតិកម្ពុជា (stateless persons) ជនភៀសខ្លួន កម្មករចំណាកស្រុក អ្នកចំណាកស្រុក និងក្រុមប្រជាជនងាយរងគ្រោះផ្សេងទៀត;

[51] Global guidance on criteria and process for validation of eMTCT of HIV and syphilis, WHO 2017.

- មន្ទីរពិសោធន៍ (នៅសេវាគាំពារមាតានិងទារក សេវាផែនការគ្រួសារ នៅសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន);
- និយមន័យករណីដែលត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់ (i) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងកុមារ (ii) ជំងឺស្វាយពីកំណើត (iii) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយលើមនុស្សពេញវ័យ។

[4] វិធីសាស្ត្រ និងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ដើម្បីវាយតម្លៃកម្មវិធីសំខាន់ៗ៖

- ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យ និងការវាយតម្លៃពីផលប៉ះពាល់ រួមមាន ប្រភពទិន្នន័យ វិធីសាស្ត្រ modeling និង triangulation;
- ការវាយតម្លៃកម្មវិធី និងសេវា;
- ការវាយតម្លៃសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ រួមមាន EQA ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ និងស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ EID;
- ការវាយតម្លៃពីសិទ្ធិមនុស្ស សមភាពយេនឌ័រ និងការចូលរួមពីសង្គមស៊ីវិល។

[5] ដែនកំណត់នៃវិធីសាស្ត្រវាយតម្លៃ

[6] របកគំហើញគន្លឹះ

- បរិបទរបស់ប្រទេសសម្រាប់វាយតម្លៃកម្មវិធី eMTCT
- របាយការណ៍អំពីសូចនាករគន្លឹះសម្រាប់ការលុបបំបាត់។ តើប្រព័ន្ធណានិងប្រភពទិន្នន័យណាដែលត្រូវបានយកមកប្រើសម្រាប់វាយតម្លៃពីដំណើរការ eMTCT និងពីលទ្ធផលរបស់កម្មវិធី ?
- សមិទ្ធិផលជារួម ទាំងនៅកម្រិតថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិ
- ការវាយតម្លៃពីចំណុចខ្លាំងដើម្បីធានា eMTCT
- ហានិភ័យដែលមានសក្តានុពលលើការធានា eMTCT។

[7] ការអធិប្បាយអំពី៖

- គោលនយោបាយអំពីមេរោគអេដស៍សម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
- និងកម្មវិធី
- គោលនយោបាយអំពីមេរោគស្វាយសម្រាប់ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគស្វាយពីម្តាយទៅកូន
- និងកម្មវិធី

- គោលនយោបាយអំពីការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ជាទូទៅ និងសម្រាប់ម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ជម្រើសត្រូវបានផ្តល់ជូនម្តាយ និងប្រសិនបើ គាត់បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីហានិភ័យ និងពីផលប្រយោជន៍នៃការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ ដោយលាយឬមិនលាយជាមួយការបំបៅកូនដោយទឹកដោះគោម្សៅ។
- តើបានម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិតជាសកល ហើយឬនៅ ?
- ភស្តុតាងក្នុងការរក្សាឱ្យមានខ្ជាប់ខ្ជួនជាមួយការព្យាបាល។
- ស្ថានភាពសេវា eMTCT

– តើភាគរយនៃសេវា ANC និងសេវាសម្រាលគឺ នៅតាមមូលដ្ឋានសារធារណៈ និងមិនមែនសារធារណៈ និងតើការផ្តល់សេវានៅកន្លែងទាំងពីរនេះ ដូចគ្នាដែរទេ?

- សមាភាពនៃសេវា eMTCT

– តើស្ត្រីដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានចូលរួមក្នុងការរៀបចំផែនការនៅថ្នាក់ជាតិ និងការវាយតម្លៃសេវា eMTCT ដែរឬទេ ?

– តើមានច្បាប់និងគោលនយោបាយដែលជំរុញការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍និងស្វាយនិងការព្យាបាល?

– តើមានច្បាប់និងគោលនយោបាយ ដែលដាក់ទោសឧក្រិដ្ឋដល់ជនដែលបង្កការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដែរឬទេ?

– តើមានដំណោះស្រាយលើបញ្ហារើសអើងនៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែរឬទេ ?

– តើមានរបាយការណ៍អំពីការរំលោភសិទ្ធិមនុស្ស ដែរឬទេ? ឧ.ការបង្ខិតបង្ខំឱ្យធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ការបង្ខំឱ្យត្រូតពិនិត្យកំណើត/ការធ្វើមិនឱ្យមានកូនរហូត(sterilization) ឬការបង្ខំឱ្យបញ្ឈប់ការមានគិភ និង មានការព្យាយាមដើម្បីស្វែងរកនិងដោះស្រាយការរំលោភទាំងអស់ ដែរឬទេ?

- ភាពស៊ីសង្វាក់គ្នានៃសមិទ្ធិផលនៅតាមតំបន់ភូមិសាស្ត្រ

– តើការកំណត់សេវាដែលមានលទ្ធផលសម្រេចបានទាបបំផុត នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ ដោយរបៀបណា?

– រាយការណ៍ជាក់លាក់អំពីសូចនាករ របស់សេវាដែលមានលទ្ធផលសម្រេចបានទាបបំផុត នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ

– ប្រសិនបើសូចនាកររបស់សេវាសេវាដែលមានលទ្ធផលសម្រេចបានទាបបំផុតនៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ មិនអាចបំពេញបាននូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើសុពលភាព តើមានភស្តុតាងអ្វីខ្លះដែលកម្មវិធីកំពុងតែរុករកយ៉ាងសកម្មក្នុងការដោះស្រាយនូវវិសមភាពនេះ?

- ភាពពេញលេញ និងភាពតំណាងនៃទិន្នន័យដែលយកមកប្រើក្នុងសូចនាកររបស់ eMTCT

– តើការកំណត់អត្រាគ្របដណ្តប់ និងសូចនាកររាស់វែងផលប៉ះពាល់ ធ្វើឡើងដោយរបៀបណា? ទិន្នន័យកម្មវិធី ត្រូវតែយកមកប្រើធ្វើគម្រូពីភាពជឿជាក់ (model the reliability) នៃសូចនាករផលប៉ះពាល់អំពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និងការឆ្លងមេរោគស្វាយពីកំណើត ប្រចាំឆ្នាំ។

- អធិប្បាយពីទិន្នន័យដាក់ចូល (inputs) ដែលត្រូវប្រើសម្រាប់ធ្វើគម្រូប៉ាន់ស្មាននៃសូចនាករផលប៉ះពាល់នៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ និងស្វាយពីម្តាយទៅកូន រួមមាន វិធីសាស្ត្រនៃការវាស់វែង inputs ដើម្បីធានាលើការគណនាផ្អែកកលើប្រជាជនជាមូលដ្ឋាន (population based)។

- បន្ថែមលើ របាយការណ៍នៃសមាសភាគខាងលើ គេនឹងត្រូវការតារាងទិន្នន័យជាច្រើនទៀត ។ សូមមើលរបាយការណ៍នៃការធ្វើសុពលភាពថ្នាក់ជាតិ (របាយការណ៍របស់ប្រទេស) និងទម្រង់របាយការណ៍អំពីការធ្វើសុពលភាពនៅក្នុងតំបន់នៅក្នុងអនឡាញនៅ:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/en/.

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: វិធីសាស្រ្តក្នុងការវិភាគសូចនាករស្នូលនៃ process & impact indicators

ក ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ជាតិ – Process Indicators

ចំនួន Process Indicator	ឈ្មោះសូចនាករ	ភាគយក	ប្រភពទិន្នន័យនិងរូបមន្ត	លទ្ធផលប្រចាំឆ្នាំ									WHO Validation Criteria
		ភាគបែង		Baseline 2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
PMTCT 1	**% នៃ PW ដែលបានមកទទួលសេវា ANC យ៉ាងតិច១ដង** (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលរវាង Adjusted CDHS ជាមួយ PMTCT/NIS)		CDHS (adjusted)	96.34%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	>= 95%
			PMTCT / NIS	100.51%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
	ចំនួន PW ដែលបានទទួលសេវា ANC 1 (NMCHC ANC report: សូចនាករ 1.1)	ភាគយក	PMTCT database version 3	370262	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃ PW (NIS estimates)	ភាគបែង	NIS	368398	367601	365485	362107	357673	352448	346643	0	0	

ចំនួន Process Indicator	ឈ្មោះសូចនាករ	ភាគយក / ភាគបែង	ប្រភពទិន្នន័យនិងរូបមន្ត	Baseline 2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	WHO Validation Criteria
PMTCT 2	**% នៃការប៉ាន់ស្មាន PW ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍**		PMTCT / NIS	93.25%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
	ចំនួន PW ដែលបានធ្វើតេស្តនៅអំឡុងពេលទទួលសេវា ANC + PW ANC 1 ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ + ចំនួន PW ដែលបានធ្វើតេស្តនៅពេល L&D (របាយការណ៍ NMCHC	ភាគយក	PMTCT database version 3	343537	0	0	0	0	0	0	0	0	

	MAT, សូចនាករ #1.5.1 + #3.1.1.1 + #3.1.2.1)												
	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃ PW (NIS estimates)	ភាគបែង	NIS	368398	367601	365485	362107	357673	352448	346643	0	0	
សូចនាករបន្ថែម (ប្រៀបធៀបជម្រើស A ទៅ B)	**ជម្រើស A: % នៃ PW ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន** (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលរបស់ PMTCT/PMTCT ជាមួយ PMTCT/SPECTRUM)		PMTCT / PMTCT	83.42%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
			PMTCT / SPECTRUM	76.77%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	>= 95%
	ចំនួន PW ដែលបានចាប់ផ្តើម ការព្យាបាលដោយ ARVs មុនពេលឬ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (3.1.1.1.2) + ចំនួនម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ARVs នៅពេលសម្រាល (3.1.1.1.3.1.) + (3.1.2.1.1.1.1.1.)	ភាគយក	PMTCT database version 3	760	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួន PW ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានសម្រាល នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ: (សូចនាករ #3.1.1.1) + ចំនួន PW ដែលបានធ្វើតេស្ត វិជ្ជមាន នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ: (1.5.1.1.1.1.)	ភាគបែង	PMTCT database version 3	911	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃ PW (Spectrum)	ភាគបែង	Spectrum Estimate	990	980	970	960	950	940	930	920	910	

	ជម្រើស B: % នៃ PW ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយ ARV ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលរវាង ART/PMTCT ជាមួយ ART/SPECTRUM)		ART / PMTCT	49.95%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
			ART / SPECTRUM	45.96%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	>= 95%
	. ចំនួន PW ដែលកំពុងព្យាបាលដោយ ARV -ករណីចាស់ & ថ្មី cases (NCHADS ART)	ភាគយក	NCHADS ART report	455	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួន PW ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ: (សូចនាករ #3.1.1.1) + ចំនួន PW ដែលបានធ្វើតេស្តវិជ្ជមាននៅសេវា ANC ក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសារណ (1.5.1.1.1.1.)	ភាគបែង	PMTCT database version 3	911	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួនប៉ាន់ស្មាន PW ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (Spectrum)	ភាគបែង	Spectrum Estimate	990	980	970	960	950	940	930	920	910	
PMTCT 3	**% នៃទារកដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្ត virological test ក្នុងអំឡុងពេល ២ខែ ក្រោយពេលកើត**		EID / SPECTRUM	35.59%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	>= 90%
	ចំនួន HEI ដែលបានធ្វើតេស្ត virological test < ២ខែក្រោយពេលកើត (DMU Exposed Infant Database)	ភាគយក	NCHADS EID	210	0	0	0	0	0	0	0	0	

	ចំនួន PW ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានសម្រាលកូន នៅ ១២១ខែ ចុងក្រោយ (Spectrum)	ភាគបែង	Spectrum Estimate	590	580	570	560	550	540	530	520	510	
PMTCT 4	**% នៃអត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ នៅពេលមកទទួលសេវា ANC1** (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលរវាង PMTCT/NIS ជាមួយ PMTCT/PMTCT)		PMTCT / NIS	63.20%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
			PMTCT / PMTCT	62.89%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
	ចំនួន PW ដែលបានធ្វើតេស្តរហ័សស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយ និងបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត (NMCHC indicator#1.6) + ស្ត្រីដែលកើតកូនស្លាប់ (stillbirth) បានធ្វើតេស្តនៅពេលសម្រាល (សូចនាករ 4.2.2.1) + ស្ត្រីដែលរលូតកូនដោយឯកឯង > 20 សប្តាហ៍ និងបានធ្វើតេស្ត (សូចនាករ 4.1.2.2.1)	ភាគយក	PMTCT database version 3	232843	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួនប៉ាន់ស្មាននៃ PW នៅ១២ខែ ចុងក្រោយ	ភាគបែង	NIS	368398	367601	365485	362107	357673	352448	346643	0	0	
	ចំនួនអតិថិជនមកទទួលសេវា ANC 1 (សូចនាករ NMCHC #1.1)	ភាគបែង	PMTCT database version 3	370262	0	0	0	0	0	0	0	0	
PMTCT 5	**% នៃអត្រាគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមានលទ្ធផលតេស្តស្វាយ**		NCHADS/ NCHADS	100.00%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%
			PMTCT/ PMTCT	97.33%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	>= 95%

	វិជ្ជមាន (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលរវាង NCHADS/NCHADS ជាមួយ PMTCT/PMTCT)												
	ចំនួន PW ដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយ (សូចនាករ NMCHC 1.6.1.1.1.1.)	ភាគយក	PMTCT database version 3	73	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួន PW ដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត RPR វិជ្ជមាន (សូចនាករ NMCHC 1.6.1.1.1.)	ភាគបែង	PMTCT database version 3	75	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួន PW ដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយ (DMU FH clinic report)	ភាគយក	NCHADS FH clinic report	48	0	0	0	0	0	0	0	0	
	ចំនួន PW ដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត RPR វិជ្ជមាន (DMU FH clinic report)	ភាគបែង	NCHADS FH clinic report	48	0	0	0	0	0	0	0	0	

ខ ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ក្រោមជាតិ – Process Indicators

	HIV							Syphilis			
សូចនាករ	PMTCT 1: អត្រាគ្របដណ្តប់សេវា : % នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមកទទួលសេវា ANC យ៉ាងតិច ១ដង (ប្រៀបធៀបលទ្ធផល CDHS ជាមួយលទ្ធផល PMTCT/NIS)		PMTCT 2: ភាគរយនៃការចំនួនប៉ាន់ស្មានស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ (ប្រៀបធៀបលទ្ធផល ANC ជាមួយលទ្ធផល MAT)		PMTCT 3: ភាគរយនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ប្រៀបធៀបលទ្ធផល PMTCT/PMTCT ជាមួយលទ្ធផល NCHADS/PMTCT)		សូចនាករបន្ថែម: ភាគរយនៃទារកដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្ត DNA PCR ក្នុងអំឡុងពេល ២ខែក្រោយពេលកើត	PMTCT 4: អត្រាគ្របដណ្តប់នៃសេវា ធ្វើតេស្ត : % នៃអត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្តមេរោគស្វាយនៅសេវា ANC, ក្នុងអំឡុងពេល L&D (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលបានមកពី PMTCT/PMTCT ជាមួយលទ្ធផល PMTCT/NIS)		PMTCT 5: អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាល : % អត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលស្ត្រីផ្ទៃពោះ ដែលមានជំងឺស្វាយ (ប្រៀបធៀបលទ្ធផលបានមកពី NCHADS / NCHADS ជាមួយលទ្ធផល PMTCT/PMTCT)	
ភាគយក	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានទទួលសេវា ANC1 (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	Adjusted CDHS	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនម្តាយដែលស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងពេលសម្រាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARVs នៅមុនពេល ឬអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ បូកនឹងចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលថ្មីនៅពេលសម្រាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARVs នៅមុនពេលសម្រាល (ប្រភព: NCHADS)	ចំនួន HEI ដែលមានធ្វើតេស្ត DNA PCR < ២ខែក្រោយពេលកើត (ប្រភព: NCHADS)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ និងបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយ និងបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត + ស្ត្រីដែលសម្រាលកូនស្លាប់ (stillbirth)ហើយបានធ្វើតេស្តនៅពេលសម្រាល + ស្ត្រីដែលរលូតកូនដោយឯកឯង > 20 សប្តាហ៍ និងបានធ្វើ	ចំនួនស្ត្រីមផ្ទៃពោះដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រឹមត្រូវ (ប្រភព: NCHADS)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានទទួលការព្យាបាលជំងឺស្វាយ (ប្រភព: PMTCT DBV 3)

									តេស្ត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)		
ភាគបែង	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ប្រភព: NIS estimates)	Adjusted CDHS	នៅគ្លីនិក ANC: ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមកទទួលសេវា ANC1 ដក ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមកទទួលសេវា ANC1 ដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	នៅគ្លីនិក MAT: ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល + ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល + ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនកុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដក ចំនួនទារកដែលស្លាប់កើត និងស្លាប់ជុំវិញកំណើត (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនអតិថិជនដែលមកទទួលសេវា ANC1 (ប្រភព: PMTCT DBV 3)	ចំនួនប៉ាន់ស្មានសរុបនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះ (ប្រភព: NIS estimates)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្ត RPR វិជ្ជមាន (ប្រភព: NCHADS)	ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្ត RPR វិជ្ជមាន (ប្រភព: PMTCT DBV 3)
បន្ទាយមានជ័យ											
បាត់ដំបង											
កំពង់ចាម											
កំពង់ឆ្នាំង											
កំពង់ស្ពឺ											
កំពង់ធំ											
កំពត											
កណ្តាល											
កោះកុង											
ក្រចេះ											

មណ្ឌលគីរី											
ភ្នំពេញ											
ព្រះវិហារ											
ព្រៃវែង											
ពោធិសាត់											
រតនគីរី											
សៀមរាប											
ព្រះសីហនុ											
ស្ទឹងត្រែង											
ស្វាយរៀង											
តាកែវ											
ឧត្តមានជ័យ											
កែប											
ប៉ៃលិន											
ត្បូងឃ្មុំ											
កម្ពុជា											

សង្ខេបកម្រិតលទ្ធផលសម្រេច [Thresholds - លទ្ធផលសម្រេចបាន (ពិណាបៃតង មានន័យថា > =95%; ពិណាលឿង មានន័យថា >=90%; <95%; ពិណាក្រហម មានន័យថា <90%)]

បៃតង											
លឿង											
ក្រហម											

គ ការតាមដាន Dashboard នៅថ្នាក់ជាតិ – Impact Indicators

	ឈ្មោះសូចនាករ	ប្រភពទិន្នន័យ	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យធ្វើសុពលភាព របស់WHO	លទ្ធផល								
				2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
កុមារដែលឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន (MTCT) ក្នុងចំណោម 100 000 នៃកំណើតរស់ (ចំនួនករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ / ចំនួនទារកកើត រស់) * 100 000)			<=50 ករណី									
ភាគយក	ចំនួនករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ប្រចាំឆ្នាំ	UNAIDS projection										
ភាគបែង	ចំនួនទារកកើត ប្រចាំឆ្នាំ	NIS (proxy - ចំនួនប៉ាន់ស្មាននៃស្ត្រីផ្ទៃពោះ កាលពីឆ្នាំមុន)										
អត្រាចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនក្នុងចំណោមម្ដាយដែលបំបៅកូនដោះម្ដាយ			< 5%									
ភាគយក	ចំនួនករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ប្រចាំឆ្នាំ	UNAIDS projection										
ភាគបែង	ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ប្រចាំឆ្នាំ	UNAIDS projection										

ករណីមេរោគស្វាយពីកំណើតក្នុងចំណោម 10 000 កំណើតរស់ (option A ឬ B)		Option A	<=50 ករណី									
ភាគយក	ចំនួនករណីឆ្លងថ្មីនៃមេរោគស្វាយពីកំណើតប្រចាំឆ្នាំ	ទិន្នន័យកម្មវិធី (NCHADS-DMU - គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ)										
ភាគបែង	ចំនួនទារកកើតប្រចាំឆ្នាំ	NIS (proxy -ចំនួនប៉ាន់ស្មាននៃស្ត្រីផ្ទៃពោះកាលពីឆ្នាំមុន)										

ឬ

Option B	<=50 cases									
ទិន្នន័យកម្មវិធី (NMCHC-PMTCT database)										
NIS (proxy - ចំនួនប៉ាន់ស្មាននៃស្ត្រីផ្ទៃពោះ កាលពីឆ្នាំមុន)										