ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP) ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃសេវាថែទាំព្យាបាល អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា

Standard Operating Procedure (SOP) For the Continuous Quality Improvement for Continuum Of Care for People Living with HIV/AIDS in Cambodia

កែសម្រួលលើកទី២ ឆ្នាំ២០២១

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD

អារម្ភកថា

កម្ពុជាជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេស០៧លើពិភពលោក ដែលបានសម្រេចគោលដៅ ៩០-៩០-៩០ ដោយបានបង្ហាញថា ៧៣%នៃអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់មានមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាប។ ប្រទេសកម្ពុជា បាននិងកំពុងឈានទៅមុខទៀតដោយដាក់គោលដៅថ្នាក់ជាតិទៅដល់ឆ្នាំ ២០២៥ ៩៥%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នឹងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ៩៥%នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនឹងត្រូវបានទទួលការព្យាបាល និង៩៥%នៃអ្នកដែលបានទទួលការព្យាបាលនឹងមានមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាប។

មកដល់ចុងឆ្នាំ២០១៩ ប្រទេសកម្ពុជាមានកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំនួន ៦៨ កន្លែង។ កន្លែងទាំងនេះ បាននិងកំពុងផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកជំងឺចំនួន ៦១.២៩៩នាក់។ គេកត់សម្គាល់ឃើញថា ទោះជាចំនួនប៉ាន់ប្រមាណនៃករណីឆ្លងថ្មីបានធ្លាក់ចុះក៏ដោយក៏នៅតែមាន អ្នកចុះឈ្មោះថ្មី នៅសេវាថែទាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំនួន ៣.៨៣១នាក់ នៅក្នុងឆ្នាំ២០១៩។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានាដែលកំពុងធ្វើការងារនៅក្នុងវិស័យជំងឺអេដស៍នេះ ទទួលរ៉ាប់រងទៅលើសេវានានាដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានផ្តល់ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ គុណភាពសេវានៅកន្លែងថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គុណភាពសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ គុណភាពទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានគុណភាពទាំងនេះ ដើម្បីពង្រឹងសេវាឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងថែមទៀតជាប់ជាបន្តនៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់ និងកន្លែងផ្តល់សេវា គឺជាគោលដៅចំបងរបស់និយាមបែបបទនេះ។

ក្រសួងសុខាភិបាល សូមកោតសរសើរ ចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការរៀបចំ ចងក្រងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃការថែទាំបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជានេះឡើង។ ក្រសួងសុខាភិបាលអនុម័តជាផ្លូវការនៃនិយាមបែបបទនេះ និងរំពឹងថា និយាមបែបបទនេះត្រូវបានយកទៅអនុវត្តប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ហើយនឹងនាំឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជួយឱ្យប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចគោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥ នាឆ្នាំ២០២៥។

ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ៩រោច ខែពិសាខ ឆ្នាំឆ្លូវ ត្រីស័ក ព.ស ២៥៦៥

រាជធានីភ្នំពេញថ្ងៃទី ០៣ ខែ មិថុនា ឆ្នាំ ២០២១

ជ.រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

តាងនាមឱ្យមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅ ចំពោះអ្នកបច្ចេកទេសទាំងឡាយ សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេសតំណាងមកពីអង្គការដៃគូនានា ដូចជា WHO UNAIDS US-CDC FHI360(EPiC) CRS AHF CHAI។ល។ ដែលបានចំណាយពេលវេលា និងកិច្ចខិតខំដ៏មានតម្លៃ រៀបចំចងក្រង កែសម្រួលនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តនេះ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក៏សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសដល់ វេជ្ជបណ្ឌិត សំរិត សុវណ្ណារិទ្ធ វេជ្ជបណ្ឌិត អ៊ុក វិជ្ជា អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ វេជ្ជបណ្ឌិត ង៉ូវ បូរ៉ា ប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស វេជ្ជបណ្ឌិត ខោល វោហិទ្ធិ៍ ប្រធានផ្នែកស្រាវជ្រាវ វេជ្ជបណ្ឌិត សៅ សុគន្ធមាលីនី អនុប្រធានផ្នែកស្រាវជ្រាវ លោក ទេព រ៉ូម៉ាំង លោក ផល សូផាត លោក ញឹម ដាឡែន មន្ត្រីបច្ចេកទេសទិន្នន័យអង្គការEpiC និងវេជ្ជបណ្ឌិត ចាន់ សូដារា មន្ត្រីជំនាញសុខភាពសាធារណៈនៃ US-CDC នៅកម្ពុជាដែលបានជួយយ៉ាងសកម្មបំផុតក្នុងការរៀបចំកែសម្រួលនិយាមបែបបទនេះ។

ថ្ងៃ អង្គារ ១២កើត ខែ បុស្ស ឆ្នាំឆ្លូវ ត្រីស័ក ព.ស ២៥៦៥

រាជធានីភ្នំពេញថ្ងៃទី ១៤ ខែ ធ្នូ ឆ្នាំ២០២១

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី-ពេញ ស៊ុន

មាតិកា

១. សាវតា និងបុព្វហេតុ......6

២. ប្រភពដើមរបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត Edard Deming......7

៣. គោលបំណង......9

៤. រចនាសម្ព័ន តួនាទី និងសមាជិកភាព......10

៤.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC......10

៤.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមថ្នាក់នីមួយៗ......11

៥. ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាប់បន្ត......14

៥.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ......16

៥.២ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក......16

៥.៣ វិភាគ និងបកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI......18

៥.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព......19

៥.៥ ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដែលបានលើកឡើង......22

៥.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព......22

៥.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ......22

៥.៨ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលសូចនាកររបស់ CQI......24

៦. បន្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត......25

៦.១ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍......25

៦.២ ការសម្រាកពេទ្យ......25

៦.៣ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT)......26

៦.៤ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន......26

៦.៥ វិធីសាស្រ្តជំរុញខ្លាំងក្លាលើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (BIACM)......26

៧. ការតាមដាន ការអភិបាល ការរាយការណ៍ និងការបណ្តុះបណ្តាល......................27
៧.១ ការតាមដាន និងការអភិបាល..27
៧.២ របាយការណ៍ 28
៧.៣ សិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ពិនិត្យមើលលទ្ធផលសូចនាករសំខាន់ៗរបស់ការព្យាបាល និងថែទាំជំងឺអេដស៍...28
៧.៤ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពជាបន្ត 28
៧.៥ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការកសាងសមត្ថភាព 29
ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលម្អគុណភាពបន្ត 31
ឧបសម្ព័ន្ធ ២ : ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗបីនៃការអនុវត្ត CQI 56
ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖ តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា 57
ឧបសម្ព័ន្ធ ៤ : ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា........................58
ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត (ដំណោះស្រាយ និងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុងត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ)..63
ឯកសារយោង..65

ពាក្យបំព្រួញ

ACU	AIDS Care Unit
ART	Anti-Retroviral Therapy
CAA	Community Action Approach
CENAT	Centre National Anti-Tuberculosis
COC	Continuum of Care
CQI	Continuous Quality Improvement
FEW	Female Entertainment Workers
HBC	Home-Based Care
M&S	Monitoring and Supervision
MCH	Maternal and Child Health
NMCHC	National Center for Maternal and Child Health Center
MMD	Multi-Months Dispensing
MMM	Mondul Mith Chuoy Mith (Friend Help Friend Center)
MSM	Men who have Sex with Men
NCHADS	National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD
OD	Operational District
OD-CoC-CC	Operational District-Continuum of Care-Coordination Committee
OI	Opportunistic Infection
PASP	Provincial AIDS and STI program
PDCA	Plan Do Check Act
PHD	Provincial Health Department
PLHIV	People Living with HIV
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission (of HIV)
PSF	Patient Satisfaction Feedback
PWID/PWUD	People Who Inject Drugs/People Who Use Drugs
SOP	Standard Operating Procedure
TG	Transgender
TLD	Tenofovir Lamivudine Dolutegravir
TPT	TB Prophylaxis Therapy
TWG	Technical Working Group
VCCT	Voluntary Confidential Counselling and Testing

១. សាវតា និងមូលហេតុ

ប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានគេអបអរសាទរចំពោះការឈានដល់គោលដៅសកល៩០-៩០-៩០ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១៧ ពោលគឺបីឆ្នាំមុនកាលកំណត់របស់ពិភពលោក។ ការឈានដល់គោលដៅសកល ៩០-៩០-៩០ គឺជាការកត់សម្គាល់មួយដ៏សំខាន់របស់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការឆ្លើយតបនឹង ជំងឺអេដស៍គឺថា ៩០%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគបានដឹងអំពីស្ថានភាពរបស់គេ ៩០%នៃអ្នកដែលបានដឹងពីស្ថានភាពរបស់គេបានទៅទទួលសេវាព្យាបាល និង៩០%នៃអ្នកដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលមានមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាប។

ដូចដែលបានប្រឹងប្រែងកន្លងមកក្នុងការពង្រីកសេវាព្យាបាលឱ្យបានទូទាំងប្រទេស ប្រទេសកម្ពុជាបានដាក់ចេញនូវគោលដៅជាតិ ដើម្បីសម្រេចបាន ៩៥%នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ៩៥%នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទទួលសេវាព្យាបាល និង៩៥%នៃអ្នកដែលទទួលការព្យាបាលមានមេរោគ ត្រូវបានលុបបំបាត់បន្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មីនៅត្រឹមឆ្នាំ ២០២៥។

ដើម្បីឈានទៅដល់គោលដៅ៩៥-៩៥-៩៥នេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្ត្រយុទ្ធសាស្ត្រចំបងៗចំនួនបីដែលបានទទួលលទ្ធផលល្អជាងពីរទសវត្សរ៍មកហើយ ក្នុងការឆ្លើយតបជំងឺអេដស៍៖ រួមសហការគ្នាជាផ្លូវមួយចំណោមអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា យុទ្ធសាស្ត្រសមាហរណកម្ម និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព ដើម្បីធានាភាពទទួលខុសត្រូវទៅលើលទ្ធផល។ មគ្គុទេសក៍/គោលការណ៍ណែនាំ ពិធីសារ និងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តសំខាន់ៗនានាត្រូវបានរៀបចំឡើង ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសម្របយកពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក ឬគោលការណ៍ណែនាំអន្តរជាតិនានា ក្នុងអំឡុងពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ដូចជាឯកសារទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ៖

១) គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ (ឆ្នាំ២០១៥ ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី៥ ឆ្នាំ២០២០)

២) គោលការណ៍ណែនាំ ស្ដីពីការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៩)

៣) សេចក្ដីណែនាំ ស្ដីអំពីការធ្វើតេស្តរកបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងការតាមដានជាប្រចាំទៅលើប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៧)

៤) សេចក្ដីណែនាំ ស្ដីពីការពង្រឹងការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់តាមរយៈការតាមដានលទ្ធផលតេស្តរកបន្ទុកមេរោគអេដស៍ និងការបង្កើនប្រសិទ្ធភាព

របបឱសថដើម្បីលុបបំបាត់បន្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៧)

៥) និយាមបែបបទសម្រាប់ការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (ឆ្នាំ២០១៩)

៦) និយាមបែបបទសម្រាប់ការចុះណែនាំគ្លីនិក (ឆ្នាំ២០១៤ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើកទី១ ឆ្នាំ២០២០)

៧) និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP) ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា (ឆ្នាំ២០១២ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើកទី១ ឆ្នាំ២០១៨)

៨) សេចក្តីណែនាំ ស្តីអំពីការប្រើប្រាស់ផ្ទាំងសូចនាកររបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត។

មកដល់សព្វថ្ងៃនេះ ការអនុវត្តនិយាមបែបបទគោលការណ៍ណែនាំទាំងអស់នេះ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្នែកនានារបស់ NCHADS និងដៃគូនានា ដោយឯករាជ្យម្ចាស់ការ។ មានគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗមួយចំនួន និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទៅលើឧបករណ៍ គោលការណ៍ណែនាំ និងការណែនាំមួយចំនួនត្រូវបានធ្វើឡើងនាពេលថ្មីៗនេះ។ ដូចនេះចាំបាច់ត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពភារកិច្ចនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់សមាសភាពទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីសូចនាករ នឹងជួយសម្រួលដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដើម្បីអនុវត្ត និងវាស់វែងភាពជោគជ័យរបស់កម្មវិធីអេដស៍ ក្នុងការផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាពដើម្បីឈានទៅដល់គោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥។

២. ប្រភពដើមរបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត Edard Deming

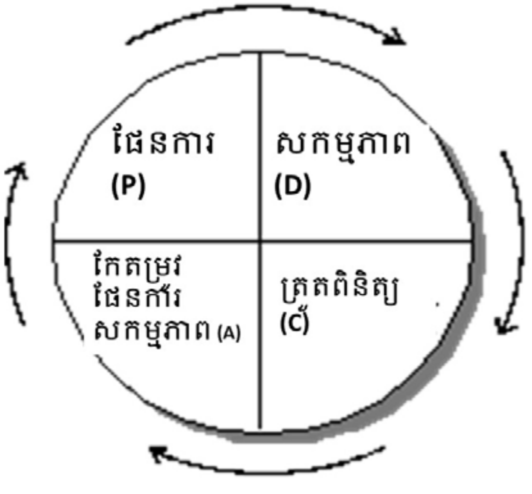
លោក W. Edwards Deming បានចាប់ផ្តើមការងារនៅក្នុងប្រទេសជប៉ុននៅក្នុងឆ្នាំ១៩៥០ និងជាស្ថាបនិកក្នុងការសាងសង់សហគ្រាសរបស់ជប៉ុន ឱ្យក្លាយជាប្រទេសមានអំណាចផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចលើពិភពលោក។ ភាពខ្លាំងរបស់គាត់ជាកំពូលមនុស្សគិត គឺផ្អែកទៅលើគំនិតដែលថា បញ្ហានានានៅក្នុងដំណើរការផលិតកម្ម គឺបណ្តាលមកពីគុណវិបត្តិក្នុងការរៀបចំប្រព័ន្ធដែលប្រឆាំងទៅនឹងគំនិតដែលថា បញ្ហាបណ្តាលមកពីការលើកទឹកចិត្ត ឬឆន្ទៈវិជ្ជាជីវៈរបស់កម្លាំងពលករ។ ក្រោមវិធីសាស្ត្ររបស់លោក Deming គុណភាពត្រូវបានរក្សា និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនៅពេលដែលអ្នកដឹកនាំ ឬអ្នកគ្រប់គ្រង និងពលករមានការយល់ដឹង និងប្តេជ្ញារក្សាលើការបំពេញចិត្តរបស់អតិថិជនជាប់ជាប្រចាំ តាមរយៈការបង្កើនគុណភាពជាបន្ត។

លោក Daming និងសហសេវិករបស់គាត់ លោក Shewhart បានបង្កើតវដ្តរបស់ PDCA គឺ Plan

រៀបចំផែនការ Do អនុវត្ត Check ពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងAct គឺកែតម្រូវសកម្មភាព។

PLAN គឺជា***ផែនការ*** ដើម្បីអនុវត្តគោលនយោបាយក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និង/ឬ បន្ថយថ្លៃចំណាយក្នុងការផ្តល់សេវានានា។ ក្រោយពីរៀបចំផែនការហើយ យើង [DO] ***អនុវត្ត*** វាដោយដាក់ផែនការឱ្យទៅជាសកម្មភាព និងបន្ទាប់មក***ត្រួតពិនិត្យមើល***ថា តើផែនការរបស់យើងវាដំណើរការដែរឬទេ?។ ចុងបញ្ចប់ យើងចាត់វិធានការ **កែតម្រូវសកម្ម** ភាពដើម្បីរក្សាស្ថេរភាពនៃការរីកចម្រើន ឬមួយដើម្បីកំណត់នូវអ្វីដែលមិនដំណើរការ ប្រសិនបើ អ្វីដែលយើងគ្រោងនឹងទទួលបានវាមិនកើតមានឡើង។ PDCA គឺជាវដ្តបន្តជាប់ជានិច្ច។ ភាពរីកចម្រើនណាមួយដែលកើតមានឡើងអំពីវដ្ត PDCA នឹងក្លាយទៅជាតំម្រុយសម្រាប់ភាពរីកចម្រើននៅក្នុងវដ្ត PDCA បន្ទាប់ទៀត។ ដំណើរការនៃការធ្វើឱ្យមានភាពរីកចម្រើននេះ (PDCA) នឹងមិនមានទីបញ្ចប់ឡើយ ទោះបីការរីកចម្រើនដ៏មហិមាបានមកពីការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ PDCA ដំបូងអាចនឹងលំបាកក្នុងការទ្រទ្រង់វាឱ្យនៅស្ថិតស្ថេរក៏ដោយ។

រូបភាព១៖ វដ្តរបស់ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត



ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ជាវិធីសាស្រ្ត ដោះស្រាយបញ្ហា

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ផ្តោតទៅលើបញ្ហារបស់ប្រព័ន្ធជាជាងទៅលើបញ្ហារបស់មនុស្ស។

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ពិនិត្យទៅលើការដំណើរការ ដើម្បីកំណត់ផ្នែកដែលត្រូវកែលម្អ។ កង្វះខាតត្រូវបានវិភាគដោយប្រើប្រាស់គោលការណ៍ស្ថិតិ ហើយនៅពេលកំណត់បានហើយ គេនឹងពិចារណាអំពីកាលានុវត្តភាពក្នុងការធ្វើឱ្យដំណើរការប្រសើរឡើង។

នៅក្នុងការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត និយាមទាំងឡាយផ្អែកទៅលើគំរូអនុវត្តល្អ និងគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិនានា ដែលត្រូវអនុវត្តទូទាំងប្រព័ន្ធ។

៣. គោលបំណង

គោលបំណងជារួម៖

ដើម្បីរក្សាគុណភាពខ្ពស់នៃសេវានានា នៅក្នុងកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ក្នុងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា។

គោលបំណងជាក់លាក់៖

១. ដើម្បីទទួលបានទិន្នន័យដែលប្រកបដោយគុណភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រសិទ្ធភាពរបស់វា

២. ដើម្បីធានាគុណភាពសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រាប់ទាំងសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ដែលទាក់ទងនានា

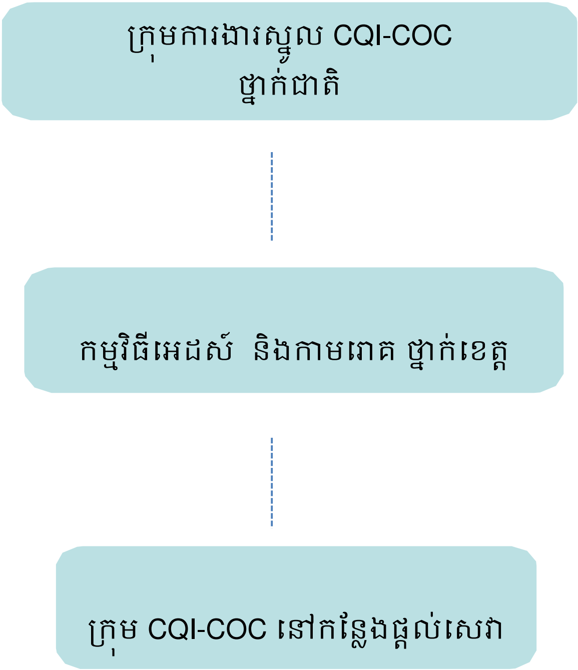
៣. ដើម្បីកសាងវប្បធម៌នៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព ក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនៃគុណភាពសេវា

៤. ដើម្បីរក្សាលទ្ធផលការងារខ្ពស់របស់ ART គ្លីនិកក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

៤. រចនាសម្ព័ន តួនាទី និងសមាជិកភាព

៤.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC

រូបភាព ២៖ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC



ការអនុវត្តសកម្មភាព CQI-COC ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅបីថ្នាក់ គឺក្រុមការងារស្នូលនៅថ្នាក់ជាតិ ក្រុមការងារស្នូលនៅថ្នាក់ខេត្ត និងក្រុម CQI-COC នៅសេវា ART។ ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិនឹងកសាងសមត្ថភាពចាំបាច់នានាដល់ក្រុម CQI នៅ ART គ្លីនិកដើម្បីអនុវត្ត CQI និងផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាពដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងដល់មន្ត្រី PASP ដែលជាអ្នកគាំទ្រដោយផ្ទាល់ដល់ការងារអភិបាល ជួយសម្របសម្រួលដល់ក្រុម CQI-COC នៅគ្លីនិក ART។ ក្រុម CQI-COC នៅនឹងកន្លែង ជាអ្នកដើរតួសំខាន់ទទួលខុសត្រូវលើការអនុវត្ត CQI ទៅតាមវដ្តពេញលេញនៃ PDCA និងប្រែក្លាយសេវាប្រកបដោយគុណភាព។ ជំនាញចាំបាច់នានាក្នុងការអនុវត្ត CQI សម្រាប់កម្រិតទាំងបី រួមមាន តែមិនមែនកម្រិតត្រឹមប៉ុណ្ណោះនោះទេ៖

- ជំនាញគ្លីនិក និងចំណេះដឹង អំពីសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមានការរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ CD4 និងតេស្តចាំបាច់នានាដែលទាក់ទងនឹងមន្ទីរពិសោធន៍
- ចំណេះដឹង អំពីការទទួលបាន និងផលិតទិន្នន័យដែលប្រកបដោយគុណភាព
- ចំណេះដឹង និងជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ វិភាគទិន្នន័យ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ
- ចំណេះដឹង និងជំនាញអំពីការដោះស្រាយបញ្ហា និងធ្វើផែនការ។

៤.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមថ្នាក់នីមួយៗ

៤.២.១ សមាជិក និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

៤.២.១.១ សមាជិករបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

- ប្រធាន NCHADS
- ប្រធានផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកស្រាវជ្រាវ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកអង្កេតស្រាវជ្រាវ NCHADS
- ប្រធានផ្នែក Surveillance NCHADS
- ប្រធានផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ NCHADS
- តំណាងមកពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍនានា
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺរបេង
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក សម្រាប់ PMTCT។

៤.២.១.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

- រៀបចំ និងពិនិត្យមើលទៅលើផែនការប្រចាំឆ្នាំរបស់ CQI
- អភិវឌ្ឍ និងកែសម្រួលនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តរបស់ CQI
- តាមដាន និងវាយតម្លៃការអនុវត្តរបស់ CQI ថាតើត្រូវទៅតាមនិយាមបែបបទ ឬទេ?
- ផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសដល់មន្ត្រី PASP និងក្រុមផ្តល់សេវា ART ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាបានដែលជួបប្រទះ
- កសាងសមត្ថភាពរបស់ PASP តាមរយៈវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ការណែនាំនៅនឹងកន្លែងការងារ ឬតាមរយៈរៀនពីគ្នាទៅវិញទៅមកក្នុងចំណោមសហសេវិក
- វិភាគទិន្នន័យដែលប្រមូលពីថ្នាក់ក្រោមជាតិ ពិនិត្យលទ្ធផល និងផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ទៅ PASP និង ART គ្លីនិកវិញដើម្បីកែលម្អគុណភាព ទៅតាមពេលវេលាទៀងទាត់ និងទាន់ពេល
- ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍របស់ NCHADS ជាកន្លែងទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យលើការប្រតិបត្តិគោលការណ៍ណែនាំ ពិធីសារ និងរាល់ឯកសារថ្នាក់ជាតិដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដើម្បីធានាគុណភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាល និងប្រសិទ្ធភាពរបស់

ការព្យាបាល តាមរយៈការកសាងសមត្ថភាព រក្សា ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវសមត្ថភាព និងជំនាញគ្លីនិករបស់ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវា ART ជាទៀងទាត់។

- ផ្នែកស្រាវជ្រាវ (RU) របស់ NCHADS ជាកន្លែងទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការអភិវឌ្ឍរបបធមិប្រើប្រាស់ភ័ស្តុតាង និងទិន្នន័យដែលទាន់សភាពការណ៍ ត្រួតពិនិត្យការចងក្រងឯកសារនៃគុណសម្បត្តិ ឬគុណវិបត្តិរបស់អន្តរាគមន៍/របបឱសថ ដែលបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ថ្មីៗនៅក្នុងសេវា ART នានា។ ផ្នែកស្រាវជ្រាវក៏នឹងរាយការណ៍ផងដែរ ពីភាពពេញចិត្តរបស់អ្នកជំងឺទៅលើគុណភាពនៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅកាន់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC។
- ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (DMU) របស់ NCHADS ជាកន្លែងទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងគុណភាពទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពតារាង/ក្រាហ្វិកសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard) ស្របទៅតាមបច្ចុប្បន្នភាពរបស់គោលការណ៍ណែនាំនៃការថែទាំ និងព្យាបាលនានា។ ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យក៏ត្រូវរ៉ាប់រងផងដែរ ដើម្បីឱ្យក្រុម ART អាចគណនាសូចនាករនានា ដែលមាននៅក្នុងនិយាមបែបបទនេះ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលដើម្បីពង្រឹងសេវា ART។

៤.២.២ សមាជិក និងតួនាទីគណៈកម្មការសម្របសម្រួល ការថែទាំព្យាបាលបន្តថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ និងកន្លែងផ្តល់សេវា (ក្រុម OD-CoC-CC (Onsite CQI-CoC Team))។

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

- ប្រធានស្រុកប្រតិបត្តិ
- ប្រធានក្រុម ART
- ក្រុមផ្តល់សេវា ART
- ក្រុមគាំទ្រសហគមន៍ (CAA)
- តំណាងមកពីផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- តំណាងមកពីផ្នែករបេង
- តំណាងមកពីផ្នែកគាំពារមាតា និងទារក
- តំណាងមកពីផ្នែកឱសថ
- តំណាងផ្នែកទិន្នន័យ
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍនានា។

៤.២.២.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ OD-CoC-CC

- គាំទ្រការអនុវត្ត CQI ដោយយោងលើ SOP
- រៀបចំប្រជុំ CQI ប្រចាំត្រីមាស ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលទ្ធផលរបស់កម្មវិធីអេដស៍ និងប្រតិបត្តិតាមវដ្ត P-D-C-A ដើម្បីធានាគុណភាពសេវាថែទាំ និងព្យាបាល
- ចុះអភិបាលគាំទ្រទៅកាន់ ART គ្លីនិកដែលមានលទ្ធផលទាប (បើមាន ART គ្លីនិកច្រើនកន្លែង) ដើម្បីតាមមើល និងគាំទ្រទៅលើការអនុវត្តផែនការកែលម្អដែលបានរៀបចំនៅពេលប្រជុំប្រចាំត្រីមាស
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសនានា និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI ។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សា ជាពិសេសណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៤.២.២.៣ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុម CQI នៅ ART គ្លីនិក

- ធានាគុណភាពទិន្នន័យគឺថា រាល់អ្នកជំងឺត្រូវមានឯកសារអ្នកជំងឺ ហើយព័ត៌មានអ្នកជំងឺត្រូវមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងស៊ីសង្វាក់គ្នា
- ប្រមូល បញ្ចូល និងបញ្ជូនទិន្នន័យទៅក្រុម PASP ទៅតាមពេលវេលាមួយទៀងទាត់ និងទាន់ពេល
- ត្រួតពិនិត្យជាទៀតទាត់លើលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រើតារាងសង្ខេបព័ត៌មានរបស់ CQI និងការប្រជុំ
- សហការជាមួយនឹងក្រុម PASP ដែលចុះមកធ្វើការអភិបាលគាំទ្រ ដើម្បីកំណត់នូវបញ្ហា មូលហេតុ និងរៀបចំ ឬកែសម្រួលផែនការកែលម្អសមស្របមួយ ដោយធ្វើតាមវដ្ត PDCA
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសនានា និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI ។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សាពិសេសណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៤.២.៣ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ក្រុម PASP

PASP មានតួនាទីសំខាន់មួយក្នុងការសម្របសម្រួលការអនុវត្ត CQI របស់ក្រុមផ្តល់សេវានៅ ART គ្លីនិកដើម្បីរៀបចំផែនការអនុវត្ត CQI និងធានាការអនុវត្តឱ្យបានរលូន។ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ PASP មានដូចខាងក្រោម៖

- ដាក់បញ្ចូលផែនការ CQI ពីគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា ART ទៅក្នុងផែនការ CQI រួមរបស់

PASP

- សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីជាតិ និងជាមួយគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា ART នៅក្នុងខេត្ត របស់ខ្លួនធ្វើការដោះស្រាយបញ្ហា ឬការប្រឈមនានា ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យខ្វះ គុណភាព ការផ្គត់ផ្គង់មានការខ្វះខាត ឬក៏បញ្ហាធនធាន ជាដើម
- ធានាថា ទិន្នន័យដែលបានប្រមូលមកពីកន្លែងផ្តល់សេវា ART និងបញ្ជូនទៅថ្នាក់ខេត្ត ត្រឹមត្រូវ និងត្រូវបានបញ្ជូនទាន់ពេលទៅថ្នាក់ជាតិ
- ជួយ និងកសាងសមត្ថភាពកន្លែងផ្តល់សេវា ART ក្នុងការប្រើតារាង/ក្រាហ្វិកសង្ខេប ព័ត៌មានរបស់សូចនាករ CQI វិភាគព័ត៌មានសម្រាប់ការកែលម្អកម្មវិធី និងកែលម្អការ ថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ស្វែងរកការគាំទ្រ និងជួយសម្របសម្រួលកិច្ចសហការរបស់ដៃគូ ដើម្បីធានាថា បច្ចេកទេស និងធនធាន ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសកម្មភាព CQI
- សម្របសម្រួលក្នុងការរៀបចំកិច្ចប្រជុំនានា ដូចជា សិក្ខាសាលាអំពី CQI ប្រចាំត្រីមាស ប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស CQI ជាដើម។ល។ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ ទិន្នន័យ CQI និងការឆ្លុះបញ្ចាំងទិន្នន័យពីប្រភពផ្សេងៗ (ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យពី B-IACM និងពីសហគមន៍ ជាដើម) សម្រាប់កែលម្អកម្មវិធី
- ជួយលើការងារគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដល់បុគ្គលិកកម្មវិធីអេដស៍នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិក្នុងការ ធានាគុណភាពនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (ការប្រមូល ការបញ្ចូល និងវិភាគទិន្នន័យ) និង ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់គោលបំណងពង្រឹងគុណភាព
- សហការ និងសម្របសម្រួល ក្រុមការងារស្នូល CQI-CoC ថ្នាក់ជាតិក្នុងការសិក្សា ស្រាវជ្រាវ ប្រសិនបើចាំបាច់។

៥. ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាប់បន្ត

និយាមបែបបទបានឱ្យនិយមន័យ ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត និងពិពណ៌នាពីវិធីអនុវត្តវានៅក្នុងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសគឺ សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ស្រុកប្រតិបត្តិ កម្មវិធីអេដស៍និងកាមរោគខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ។ ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ មិនត្រឹមតែសម្រាប់លើកំពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នកជំងឺប៉ុណ្ណោះទេ តែវាក៏បានទប់ស្កាត់នូវការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ បង្ការការចម្លងថ្មី និងបង្កើនភាពឋិតនៅជាប់លាប់ក្នុងល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងមូល។

ART គ្លីនិកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបាន និងកំពុងអនុវត្តគោលការណ៍ពង្រឹងគុណភាពសេវាបន្តក្នុងគោលបំណងរក្សា និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាសុខាភិបាល ហើយការអនុវត្តនេះ បានក្លាយជាការអនុវត្តជាប្រចាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលគ្រប់រូប។

ការអនុវត្ត CQI គឺត្រូវដើរតាមគោលការណ៍ Plan-Do-Check-Act (រៀបផែនការ-អនុវត្តផែនការ-ត្រួតពិនិត្យការអនុវត្ត-កែលម្អផែនការ និងការអនុវត្ត)។ **រៀបផែនការ** (P)៖ អ្នកផ្តល់សេវារៀបចំគោលបំណងរបស់ពួកគេ សូចនាករ និងគោលដៅចំណុចនៃអ្វីដែលពួកគេចង់សម្រេច និងសកម្មភាពនានាដែលពួកគេ នឹងធ្វើដើម្បីសម្រេចគោលដៅចំណុច។ **អនុវត្ត**(D) ៖ អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលធ្វើសកម្មភាពដែលពួកគេបានគ្រោងនៅក្នុងផែនការ។ **ត្រួតពិនិត្យ** (C)៖ ក្រោយពីអនុវត្តសកម្មភាព អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវត្រួតពិនិត្យមើលថា តើគោលដៅចំណុចនៅក្នុងគោលបំណងរបស់ពួកគេទៅដល់ដែរឬទេ?។ ដើម្បីអាចត្រួតពិនិត្យបាន អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវតែធ្វើការចងក្រងរាល់លទ្ធផលដែលបានមកពីសកម្មភាពរបស់ពួកគេ ដោយការប្រមូល កត់ត្រា បញ្ចូល និងវិភាគទិន្នន័យពីការចងក្រងរបស់ពួកគេ។ **កែលម្អ** (A)៖ បើចាំបាច់ អ្នកផ្តល់សេវាធ្វើការកែលម្អផែនការ និងសកម្មភាពរបស់ពួកគេ ដើម្បីធ្វើឱ្យលទ្ធផល និងគុណភាពកាន់តែប្រសើរឡើង។ ដើម្បីអាចធ្វើសកម្មភាពឱ្យចំ ឱ្យត្រូវនឹងបញ្ហា អ្នកផ្តល់សេវាកំណត់នូវរាល់បញ្ហាដែលពួកគេកំពុងប្រឈម ចាត់អាទិភាពរាល់បញ្ហាទាំងនោះ (ផ្នែក៥.៤) និងធ្វើការវិភាគឫសគល់រកមូលហេតុ។ រូបភាព៣ បង្ហាញពីជំហាននានានៃការអនុវត្តសកម្មភាពពង្រឹងគុណភាពសេវាបន្ត។

រូបភាព ៣. ដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តសកម្មភាព CQI-CoC

៥.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺរួមមាន ព័ត៌មានទូទៅ ព័ត៌មានគ្លីនិក និងព័ត៌មានមន្ទីរពិសោធន៍ ត្រូវប្រមូលជាប្រចាំដោយអ្នកផ្តល់សេវា នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យម្តងៗនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART រួចហើយទិន្នន័យទាំងនេះត្រូវបញ្ចូល និងរក្សាទុកក្នុង ART Database។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលជាអ្នកប្រមូលទិន្នន័យ រួមមាន គ្រូពេទ្យព្យាបាល គិលានុបដ្ឋាក-យិកា អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អ្នកមន្ទីរពិសោធន៍ និងក្រុមជំនួយសហគមន៍ (CAA) ដែលធ្វើការនៅ ART គ្លីនិក។

ព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលអ្នកផ្តល់សេវាប្រមូលក្នុងថ្ងៃនោះ ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងកុំព្យូទ័ររៀងរាល់ថ្ងៃ ដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART។

៥.២ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក

៥.២.១ ការធានាគុណភាពដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ

អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ គួរបញ្ចូលព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺទាំងអស់ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យក្នុងថ្ងៃផ្តល់សេវានោះ។ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព អាចធ្វើក្នុងដំណាក់កាលនេះដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ។ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ គួរអនុវត្តនូវសកម្មភាពដូចខាងក្រោម ដើម្បីធានាបានគុណភាពទិន្នន័យ៖

- មុនពេលចាប់ផ្តើមបញ្ចូលទិន្នន័យ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យគួរប្រៀបធៀបចំនួនឯកសារអ្នកជំងឺមកទទួលសេវាប្រចាំថ្ងៃ ទៅនឹងបញ្ជីណាត់ជួបប្រចាំថ្ងៃដែរ។ ចំនួនឯកសារអ្នកជំងឺអាច៖
    - ដូចគ្នានឹងចំនួនណាត់ជួប
    - លើសចំនួនណាត់ជួប ប្រសិនបើមានអ្នកជំងឺខ្លះមកមុនការណាត់
    - តិចជាងចំនួនណាត់ជួប ប្រសិនបើមានអ្នកជំងឺខ្លះមិនបានមកតាមការណាត់។
- បញ្ចូលទិន្នន័យតាមអថេរដែលចាំបាច់ ដោយអនុលោមតាមនិយាម "ការធានាគុណភាពទិន្នន័យ"។
- ពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ បើពិនិត្យឃើញមានបាត់ទិន្នន័យ (មិនមានគូស ឬទុកទំនេរ។ល។) សំណេរមិនច្បាស់ ឬទិន្នន័យមិនស៊ីសង្វាក់គ្នា អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវកត់ត្រារាល់បញ្ហាទាំងអស់ទៅក្នុងសៀវភៅសម្រាប់កត់ត្រាដែលបានផ្តល់ជូន និងត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបញ្ចូលទិន្នន័យនៅចុងថ្ងៃនោះ ឬនៅពេលព្រឹកថ្ងៃបន្ទាប់។ ការកែតម្រូវទាំងនេះ ត្រូវធ្វើឱ្យរួចរាល់មុនពេលចាប់ផ្តើមបញ្ចូលទិន្នន័យអ្នកជំងឺក្រុមបន្ទាប់ទៀត។
- បន្ទាប់ពីបញ្ចូលទិន្នន័យឯកសារអ្នកជំងឺសម្រាប់ថ្ងៃនោះរួចរាល់ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវ

ពិនិត្យ លើភាពពេញលេញនៃកំណត់ត្រា និងអថេរមួយចំនួនទៅតាមការពិភាក្សាជាមួយក្រុម ART ឧទា. លេខកូតគ្លីនិករបស់អ្នកជំងឺ លេខកូត ART ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម ART ថ្ងៃខែឆ្នាំមកពិនិត្យ ថ្ងៃខែឆ្នាំការណាត់ជួបបន្ទាប់ និងតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគ។

លើសពីនេះ ក្រុមការងារផ្តល់សេវា ART នឹងជួបប្រជុំជារៀងរាល់សប្តាហ៍ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីបញ្ហាដែលបានរកឃើញនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ នៅពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ ដូចជាសំណេរមិនច្បាស់ លេខមិនច្បាស់ មិនមានទិន្នន័យនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺជាដើម។ បញ្ហាទាំងនេះនឹងកត់ត្រានៅក្នុងសៀវភៅកត់ត្រា ដោយមានសេចក្តីបញ្ជាក់ អំពីដំណោះស្រាយដែលពួកគេបានប្រកាន់យក។

ការប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍មានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីធានាថា ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាពត្រូវបានប្រមូល បញ្ចូល និងប្រើប្រាស់។

បុគ្គលិកបញ្ចូលទិន្នន័យ នឹងរក្សាទិន្នន័យនៅក្នុងកុំព្យូទ័របម្រុងមួយផ្សេងទៀតជាទៀងទាត់ ដើម្បីសុវត្ថិភាពសំណុំទិន្នន័យ ទៅតាមការណែនាំរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ NCHADS។

៥.២.២ ផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ដោយប្រើឯកសារក្រដាស់របស់អ្នកជំងឺ

ប្រធានក្រុម ART គួរអនុវត្តតាមជំហានដូចខាងក្រោមក្នុងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្ន័យ៖

- ជ្រើសយកឯកសារអ្នកជំងឺ ៥% ដោយការចាប់យកចៃដន្យពីក្នុងប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក
- ពិនិត្យមើលទិន្នន័យ ផ្ទៀងជាមួយនឹងឯកសារអ្នកជំងឺក្នុងក្រដាស់
- នៅក្នុងផ្នែកនីមួយៗ ពិនិត្យរកមើលភាពខុសគ្នារវាងក្រដាស់ឯកសារ និងកំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិក
- កត់ត្រាទុកភាពខុសគ្នា ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ ស្វែងរកមូលហេតុ និងធ្វើការកែប្រែ ដើម្បីឱ្យវាត្រូវនឹងព័ត៌មានជាក់ស្តែងដែលមាននៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ និងបង្ការកំហុសដដែលនេះកើតមានឡើងទៀតក្នុងអនាគត។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យ ត្រូវធ្វើឡើងជាទៀងទាត់ (ឧទាហរណ៍ រៀងរាល់ខែ) ដោយប្រៀបធៀបទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ នឹងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ។

មន្ត្រី PASP គួរធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ត្រីមាសទៅតាមនិយាមបែបបទនៃការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (DQA SOP) ក្រុមនេះគួរធ្វើការពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យទៅលើភាពពេញលេញ (ឱ្យច្បាស់ថា មិនមានបាត់ទិន្នន័យចំពោះអថេរដែលត្រូវការនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ និងមិនមានបាត់កំណត់ត្រា) កូដត្រូវគ្នា (ឱ្យច្បាស់ថា កូដដែលបញ្ចូល គឺដូចគ្នានឹងកូដដែលកត់ត្រានៅលើក្រដាស់ឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ) និង

ត្រឹមត្រូវ (ឧទាហរណ៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលគេបញ្ឈប់ TPT វាមិនដែលដូចគ្នានឹងថ្ងៃខែឆ្នាំដែលគេចាប់ផ្តើម TPT នោះទេ)។ ទិន្នន័យគួរតែត្រូវប្រមូល និងរាយការណ៍ឱ្យទាន់ពេល។

៥.២.៣ NCHADS នឹងពិនិត្យមើលគុណភាពទិន្នន័យផងដែរ ក្នុងអំឡុងពេលផ្ទុំទិន្នន័យនៅមជ្ឈមណ្ឌល ដើម្បីរកមើលការបាត់ទិន្នន័យ ឬទិន្នន័យដែលមិនសមហេតុផល។ ការត្រួតពិនិត្យមើលទិន្នន័យនៅមជ្ឈមណ្ឌលនេះ អាចផ្តោតទៅលើភាពពេញលេញ និងភាពត្រឹមត្រូវរបស់អថេរសំខាន់ៗមួយចំនួនរបស់ CQI លេខកូតគ្លីនិក លេខកូត ART ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម ART ថ្ងៃខែឆ្នាំពិនិត្យជំងឺ ថ្ងៃខែឆ្នាំណាត់ជួបបន្ទាប់ និងការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគ ជាដើម។

៥.៣ វិភាគ និងបកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI

ការវិភាគទិន្នន័យគឺ ជាដំណើរការរបៀបនៃការស្វែងរកចម្លើយរបស់សូចនាករនានាដោយបំលែងទិន្នន័យឱ្យទៅជាព័ត៌មាន។ ការវិភាគទិន្នន័យមិនមានន័យថា គេត្រូវប្រើកុំព្យូទ័រ និងវិធីសាស្ត្រទំនើបៗ ដូចជា STATA SAS ឬ Excel នោះឡើយ។ ការវិភាគទិន្នន័យគឺ មានន័យថា យើងយកទិន្នន័យដែលយើងប្រមូលមកពិនិត្យ និងស្វែងរកចម្លើយដែលយើងចង់បាន។ ឧទាហរណ៍ ក្រុម ART អាចនឹងចោទជាសំណួរថា តើការផ្តល់ ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមានប៉ុន្មានភាគរយក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺក្នុងថ្ងៃនេះ? ឬតើមានអ្នកជំងឺប៉ុន្មាននាក់ដែលបានទទួលឱសថ ARV សម្រាប់រយៈពេល៦ខែ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺសរុបក្នុងថ្ងៃនេះ? មានវិធីផ្សេងៗជាច្រើនដែលគេអាចពិនិត្យមើលទិន្នន័យរបស់ CQI ជាប្រចាំ។

ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART គួរពិនិត្យមើលលទ្ធផលសូចនាករសំខាន់ៗប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួនជាប្រចាំ ដូចជា ចំនួនអ្នកជំងឺដែលត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ចំនួនអ្នកជំងឺថ្មី ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានទទួលឱសថ ARV សម្រាប់រយៈពេលវែង (ឧទា. ៦ខែដោយផ្ទៀងផ្ទាត់ថ្ងៃខែឆ្នាំមកពិនិត្យ នឹងថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាប់ការមកពិនិត្យលើកក្រោយ) ចំនួនអ្នកជំងឺបាន ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជាដើម ដោយហេតុថា នេះគ្រាន់តែជាការរាប់ប៉ុណ្ណោះ។

លទ្ធផលសង្ខេបរបស់សូចនាករ CQI គួរតែត្រូវវិភាគទៀងទាត់ យ៉ាងហោចក៏រៀងរាល់ត្រីមាសដែរ។ ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ត្រូវបានជំរុញ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យធ្វើការវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលពីទិន្នន័យផ្ទាល់របស់ពួកគេ ដើម្បីតាមមើលគុណភាពសេវារបស់ពួកគេ ដោយមានជំនួយសមស្របពី PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍនានានៅក្នុងខេត្ត។ ជាកម្រិតអប្បបរមា ទីកន្លែងផ្តល់សេវា ART គួរវិភាគ ដើម្បីតាមដានលទ្ធផលសម្រេចរបស់ពួកគេ នៅលើសូចនាករសំខាន់ៗមួយចំនួន ដូចជា៖

- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលស្លាប់
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបាត់មុខ

- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យតាមការណាត់ "ទាន់ពេល"
- ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលនៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART នៅខែទី១២ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ART
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផល Viral Load នៅខែទី១២នៅក្នុងឯកសារ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាបនៅខែទី១២ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល
- ភាគរយអ្នកជំងឺបានទទួល MMD ≥3 ខែ
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយរបបឱសថ TLD
- ភាគរយអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើម ART ថ្មី បាន ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

មន្ត្រី PASP និងផ្នែកនានារបស់ NCHADS ដូចជា ផ្នែកស្រាវជ្រាវ ផ្នែកថែទាំ និងព្យាបាលអាចប្រើប្រាស់ផ្ទាំងសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard) នៅតាមគ្លីនិក ដើម្បីពិនិត្យមើលលទ្ធផលនៅតាមគ្លីនិក រៀបចំផែនការសកម្មភាព ឬដើម្បីកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដើម្បីគាំទ្រដល់គ្លីនិកក្នុងការពង្រឹងគុណភាពសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជាប់បន្ត។

៥.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព

៥.៤.១ ការស្រាវជ្រាវរកបញ្ហា ដែលកំណត់បញ្ជាក់ដោយការវិភាគសូចនាករ

ដោយប្រើតារាងរបាយការណ៍សង្ខេបប្រចាំថ្ងៃដែលរៀបចំដោយមន្ត្រីបញ្ចូលទិន្នន័យ និងក្រុម ART ដូចដែលបានរៀបរាប់មកខាងលើ ក្រុម CQI-CoC នៅគ្លីនិក ART ត្រូវរៀបចំបញ្ជីឈ្មោះអ្នកជំងឺដែលត្រូវតាមដានភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកជំងឺមិនបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ក្នុងអំឡុងពេល០៧ថ្ងៃ អ្នកជំងឺដែលខកមិនបានមកតាមការណាត់ជួប អ្នកជំងឺដែលខកការណាត់បូមឈាមធ្វើតេស្ត Viral Load អ្នកជំងឺដែលមាន Viral Load >1000 copies/ml ឬក៏អ្នកជំងឺដែលបាត់ទិន្នន័យសំខាន់ ជាដើម។ល។ បញ្ជីទាំងនេះត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងកំណត់ថា តើវាជាបញ្ហាទាក់ទងនឹងទិន្នន័យ ឬជាបញ្ហារបស់ប្រព័ន្ធកន្លែងផ្តល់សេវា ឬទាក់ទងនឹងអ្នកផ្តល់សេវា ឬជាបញ្ហារបស់អ្នកជំងឺ។ នៅពេលនោះ ផែនការសកម្មភាពគួរត្រូវបានរៀបចំទៅតាមបញ្ហាទាំងនោះ ដើម្បីដោះស្រាយសម្រាប់ធ្វើការកែលម្អឱ្យប្រសើរឡើង (សូមមើលឧទាហរណ៍ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៨)។

នៅរៀងរាល់ត្រីមាស ក្រោយពីការត្រួតពិនិត្យ CQI Dashboard ប្រចាំត្រីមាស ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ប្រធានផ្នែក និងប្រធាន PASP នឹងរៀបចំកិច្ចប្រជុំ ដើម្បីពិនិត្យមើលលទ្ធផល និងកំណត់រក "ចំណុចប្រកាសអាសន្ន" ដើម្បីកំណត់បញ្ហាដែលបរាជ័យមិនបានសម្រេចតាម

គោលដៅលទ្ធផលដែលគ្រោងទុក ឬគោលដៅលទ្ធផលអវិជ្ជមានកើតមានឡើងលើសពីការរំពឹងទុក។

វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវទំនាក់ទំនង រវាងក្រុមគ្រូពេទ្យ ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្សេងទៀត ក្រុមគាំទ្រសហគមន៍ និងក្រុមអ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដើម្បីធានាឱ្យមានការចូលរួមប្រកបដោយផ្លែផ្កា ក្នុងដំណើរការរបស់ CQI នេះ។

__៥.៤.២ ការវិភាគបញ្ហា និងការរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានគេបានរកឃើញ__

ក្រុមការងារ CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ត្រូវធ្វើការងាររួមគ្នា ដើម្បីកំណត់រកឫសគល់នៃបញ្ហា និងកំណត់រកដំណោះស្រាយសមស្របចំពោះបញ្ហាទាំងនោះ។ វាអាចមានបញ្ហាជាច្រើន កើតមានឡើងនៅក្នុងត្រីមាសនោះ ដូចនេះក្រុមចាំបាច់ត្រូវជ្រើសយកបញ្ហាជាអាទិភាពដោយផ្អែកលើចំណុចចាំបាច់នានា ដូចជា ទំហំនៃបញ្ហាថា តើវាប៉ះពាល់ខ្លាំងក្លាយ៉ាងណាទៅលើគុណភាពសេវា វាជាមូលហេតុបង្កការស្លាប់ដែរឬទេ? តើបញ្ហានេះមានសក្តានុពលនាំទៅរកបញ្ហាផ្សេងទៀតដែរឬទេ? និងលទ្ធភាពដំណោះស្រាយជាដើម។ លក្ខខណ្ឌពិសេសចំនួនបីត្រូវបានប្រើសំរាប់ចាត់អាទិភាពបញ្ហាគឺ៖ **សំខាន់ បន្ទាន់ និងអាចដោះស្រាយបាន។**

ក្រោយពីជ្រើសយកបញ្ហាដែលជាអាទិភាពចំបងរួចហើយ ក្រុមការងារនឹងវិភាគស៊ីជម្រៅបន្ថែមទៀត រកមើលមូលហេតុ ដោយគ្រាន់តែលើកសំណួរយ៉ាងសាមញ្ញថា តើអ្វីបង្កឱ្យមានបញ្ហានេះ?។ ក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ដោយមានការគាំទ្របច្ចេកទេសពី PASP និង/ឬដៃគូអភិវឌ្ឍនឹងរៀបចំផែនការសកម្មភាព ដើម្បីដោះស្រាយឫសគល់នៃបញ្ហា។ ផែនការសកម្មភាពនឹងត្រូវរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

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

ផែនការសកម្មភាព គួរតែជាក់លាក់អំពីជំហានចាំបាច់នានា ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវ

សូចនាករដែលមានបញ្ហា និងមានកាលវេលាលំដាប់លំដោយសម្រាប់សកម្មភាពដែលបានគ្រោងទុក។ ក្រុមគួរត្រូវបានជំរុញ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់ តារាងដំណោះស្រាយបញ្ហា (Solving Matrix) ដែលមានភ្ជាប់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៣ (មើលឧទារហណ៍ ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៤)។ ខាងក្រោមនេះ ជាឧទារហណ៍មួយចំនួន អំពីមូលហេតុទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានីមួយៗ។

ឧទារហណ៍ ១៖

ប្រសិនបើ ភាគរយនៃការផ្តល់ MMD= ៦ខែ ត្រូវបានរកឃើញថា នៅទាប ក្រុមការងារគួរសួរគ្នាថា តើនេះវាបណ្តាលមកពីកង្វះខាតការយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការអនុវត្តការផ្តល់ MMD ឬក៏ដោយសារកង្វះខាតថ្នាំក្នុងស្តុកនៅគ្លីនិក តើគ្លីនិកយើងមានបានធ្វើផែនការផ្តល់ MMD ដែរឬទេ? អាស្រ័យលើការរកឃើញនេះបុគ្គលិកពី PASP អាចផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នដល់បុគ្គលិក ឬបុគ្គលិកគ្រប់គ្រងសម្ភារៈបរិក្ខារ អាចពិនិត្យមើលចំណុចដែលត្រូវកែលម្អ លើការប៉ាន់ប្រមាណ និងដំណើរការនៃការផ្គត់ផ្គង់ ឬក៏ក្រុម ART ជួបប្រជុំគ្នារៀបចំផែនការផ្តល់ MMD។

ឧទាហរណ៍ ២៖

ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមិនមកតាមការណាត់បានល្អ ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាថា តើបញ្ហានេះអាចបណ្តាលមកពីការផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យមកទទួលការព្យាបាលជាប់លាប់ធ្វើមិនបានល្អ ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាដាក់ថ្ងៃណាត់ជួបច្រឡំ ឬក៏បណ្តាលមកពីខាងអ្នកជំងឺ។ ករណីនេះការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬក៏បង្កើតឱ្យមានប្រព័ន្ធ ឬរំហូរក្នុងការពិនិត្យ ដើម្បីធានាថាថ្ងៃណាត់ជួបគឺ ត្រឹមត្រូវអាចជាដំណោះស្រាយបញ្ហា។

ឧទាហរណ៍ ៣៖

ប្រសិនបើ ភាគរយអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត VL មានកំរិតទាប ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាលើមូលហេតុនានាដែលអាចកើតមាន ដូចជា គ្រូពេទ្យមិនដឹងពីលក្ខខណ្ឌថា ពេលណាដែលអ្នកជំងឺត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឬមានការដាច់ការផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារសម្រាប់តេស្ត VL។ល។ស្រដៀងគ្នាដែរ បញ្ហាទី១អាចនឹងទទួលបានវគ្គបំប៉ន ហើយសម្រាប់បញ្ហាទី ២ គឺត្រូវដោះស្រាយឧបស័គ្គខ្សែសង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់។

នៅក្នុងស្ថានភាពណាក៏ដោយ ដែលត្រូវការការគាំទ្រពីក្រុម PASP ឬក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ គេត្រូវតែធ្វើការទាក់ទងភ្លាមៗឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីធ្វើការវិភាគស៊ីជម្រៅទៅលើសូចនាករនោះ និងបញ្ហាដែលទាក់ទង ហើយនឹងរៀបចំផែនការ ដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយនឹង PASP ព្រមទាំងក្រុមនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART។

៥.៥ ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដែលបានលើកឡើង

នៅពេលដែល ផែនការសកម្មភាពបានរៀបចំរួចហើយ ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART នឹងអនុវត្តវាទៅតាមអ្វីដែលបានរៀបចំនោះ ដោយមានការជួយសម្របសម្រួលពី PASP និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា។

៥.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព

ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART PASP និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនានានឹងតាមដានលើការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព ដើម្បីមើលថា តើផែនការនេះមានប្រសិទ្ធភាពទៅលើបញ្ហាដែលគេបានរកឃើញនោះដែរឬទេ?។

- ប្រសិទ្ធភាពរបស់ផែនការសកម្មភាពនឹងត្រូវវាស់បញ្ជាក់នៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់។ ប្រសិនបើផែនការ និងសំណើសកម្មភាពរបស់វាមានប្រសិទ្ធភាព ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវានឹងកត់សំគាល់នូវការរីកចម្រើនចំពោះសូចនាករដែលពាក់ព័ន្ធ។
- ប្រសិនបើផែនការសកម្មភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពទេនោះ សូចនាករនៅតែបន្តបង្ហាញមាននិន្នាការអន់ខ្សោយ វាអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវប្រាប់ពីកង្វល់ដល់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការកែតម្រូវផែនការសកម្មភាពដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយនឹងក្រុមនេះ (មើលឧបសម្ព័ន្ធ ៥- របាយការណ៍តាមដាន)។
- ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវាត្រូវកត់ត្រា និងរាយការណ៍ពីលទ្ធផលនៃផែនការសកម្មភាពជាប្រចាំរៀងរាល់ត្រីមាស។

៥.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ

បញ្ជីសូចនាករដូចតទៅនេះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់ក្នុងការវាយតម្លៃ និងតាមដានគុណភាពរបស់សេវាថែទាំបន្តដែលបាននិងកំពុងផ្តល់ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅគ្លីនិក ART។

៥.៧.១ សូចនាករមរណៈភាព

១. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART ដែលបានស្លាប់

២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលការព្យាបាល ART បាត់មុខ

៣. ភាគរយអ្នកជំងឺ ART បានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញ ក្រោយពេលដែលខកការណាត់ជួប ឬមិនបានមកបើកថ្នាំក្នុងអំឡុងពេល ២៨ថ្ងៃរាប់ពីថ្ងៃដែលត្រូវណាត់ជួប។

៥.៧.២ សូចនាករនៃគុណភាពសេវា

៤ក. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង

៤ខ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត តែនៅក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង

៤គ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៤ឃ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៥ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺថ្មីដែលចាប់ផ្តើម ART បានចាប់ផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៥ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺថ្មីដែលចាប់ផ្តើម ART បានចាប់ផ្តើម ART ក្នុងអំឡុងពេលពី១ ទៅ ៧ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៥គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺថ្មីដែលចាប់ផ្តើម ART បានចាប់ផ្តើម ART ក្នុងអំឡុងពេលលើសពី ៧ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

៦ក. ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ៣៥០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថកូទ្រីម

៦ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

៧. ភាគរយអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART បានទទួល MMD ≥3 ខែ

៨. ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលនៅបន្តទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅ១២ខែក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ARV

៩. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (តួលេខបូកបន្ត)

១០. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់សព្វគ្រប់

១១ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL នៅរយៈពេល៦ខែ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាល

១១ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART បាន១២ខែ ឬលើស បានធ្វើតេស្ត

VL យ៉ាងហោច១ដង ក្នុងរយៈពេល១២ខែចុងក្រោយ

១១គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL <1,000 copies/ml នៅខែទី១២ ក្រោយចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ARV [WHO: VSL.1]

១១ឃ. ភាគរយនៃលទ្ធផល VL តេស្តដែលបានត្រឡប់មកដល់គ្លីនិកវិញក្នុង ១៤ថ្ងៃក្រោយពេលយកសំណាកឈាម

១១ង. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មាន VL ≥ 1000 copies/ml បានធ្វើ VL តេស្តតាមដានក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែក្រោយពីការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត

១១ច. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មាន VL ≥ 1000 copies/ml ពីរដងនៅក្នុងឯកសារជំងឺ បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅឱសថជួរទីពីរ

១១ឆ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART (អ្នកជំងឺទាំងអស់) មានលទ្ធផលតេស្ត VL <1,000 copies/ml [WHO: VSL.3]

១២. ភាគរយនៃខែកាលពី ១២ខែកន្លងមកដែលមិនមានការដាច់ស្តុកឱសថ ARV។

១៣. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើម ART ថ្មីជាមួយនឹងឱសថ TLD ជារបបឱសថជួរទី១

១៤. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART សរុបជាមួយនឹងឱសថ TLD ជារបបឱសថជួរទី១ (អ្នកជំងឺដែលសមស្របនឹង TLD)

១៥. ភាគរយនៃអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ថាពេញចិត្តនឹងសេវាដែលពួកគេបានទទួល

១៦. ភាគរយនៃអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ពីពេលវេលារង់ចាំដែលពួកគេអាចទទួលយកបាន

១៧. ភាគរយនៃអតិថិជនទទួលបានការប្រឹក្សាសមស្រប

១៨. ភាគរយនៃអ្នកផ្តល់សេវាបានវាយតម្លៃលើគុណភាព នៃសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមុខខ្ពស់ មានកម្រិតទាប

៥.៨ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលសូចនាកររបស់ CQI

- ក្រុមការងារ CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលនូវសូចនាករ CQI

- សូចនាករណាដែលលែងមានការគណនាពីក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ តម្រូវឱ្យដកចេញ ឬត្រូវកែសម្រួលប្រព័ន្ធទិន្នន័យ និងឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ
- សូចនាករថ្មី ឬការកែប្រែនិយមន័យសូចនាករត្រូវធ្វើជាចាំបាច់ដើម្បីធានាថា សូចនាករ CQI ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលការណ៍ណែនាំ និងស្តង់ដារជាតិដែលកំពុងប្រើប្រាស់។

៦. បន្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត

បើទោះជា ការងារកែលម្អគុណភាពជាបន្ត ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដោយផ្តោតទៅលើគុណភាពនៅគ្លីនិក ART ក៏ដោយក៏សកម្មភាព CQI ជាច្រើនអាចនឹងមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងផ្នែកផ្សេងៗទៀតនៃការថែទាំបន្ត។ ឧទាហរណ៍ ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ កន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ក្រុមការងារសហគមន៍ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺរបេង និងផ្នែកបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ជាដើម។ ខាងក្រោមនេះ ជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗ ស្តីពីបន្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗទៀត៖

៦.១ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍

កន្លែងផ្តល់សេវា ART ជួបអ្នកជំងឺស្ទើរតែទាំងអស់ដែលអ្នកជំងឺត្រូវមកតាមការណាត់ជួប។ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍អាចសហការជាមួយកន្លែងផ្តល់សេវា ART ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ និងការកែលម្អសេវាទាំងនេះ។ ការសហការជាមួយក្រុមការងារសហគមន៍អាចដោះស្រាយបញ្ហា ដូចជា៖

- ការបាត់មុខពីការតាមដាន៖ ក្រុមការងារសហគមន៍ត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានថា តើមានអ្វីបានកើតមានឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកការណាត់ ឬបាត់មុខទាំងនេះ ហើយជួយធ្វើអន្តរាគមន៍នានាដើម្បីកាត់បន្ថយការខកណាត់ ឬបាត់មុខនេះ។
- ការនៅជាប់លាប់នឹងការព្យាបាល៖ វិធានការមួយចំនួនត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ដើម្បីធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវភាពទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ទៅនឹងការព្យាបាល។ តែក៏មានបញ្ហាផ្សេងៗទៀត ដែលតម្រូវឱ្យក្រុមការងារសហគមន៍ធ្វើការវាយតម្លៃ និងរៀបចំឱ្យមានការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍ដើម្បីឱ្យមានភាពទៀងទាត់ ជាប់លាប់នេះកាន់តែប្រសើរឡើង។

៦.២ ការសម្រាកពេទ្យ

ការស្រាវជ្រាវមើលអត្រាសម្រាកពេទ្យនៃអ្នកជំងឺ ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART អាចត្រូវការទិន្នន័យពីសេវាសម្រាកពេទ្យ ប្រសិនបើទិន្នន័យទាំងនេះមិនបានកត់ត្រាជានិច្ច

ជាកាលទុកនៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺទេនោះ។ ឧទាហរណ៍ ដូចជា ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ដោយមេរោគគ្រីបតូកូក ជាដើម។ ជាងនេះទៅទៀត ការពិនិត្យលើឯកសាររបស់មន្ទីរពេទ្យ អាចរកឃើញការខ្វះចន្លោះនៃសេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ឧទាហរណ៍ គេអាចរកឃើញ ថា មានអ្នកជំងឺជាច្រើនសម្រាកពេទ្យ ឬក៏មានការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មាន ឆ្នាំមុន តែមិនបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ទេ។ ក្នុងករណីនេះ គេគួរធ្វើការពង្រឹងទៅ លើការបញ្ជូនក្នុងកម្មវិធី TB-HIV ឬក៏ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយ អ្នកផ្តល់សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ។ ក្នុងករណីនេះ អន្តរាគមន៍មិនមែននៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART នោះទេ។

៦.៣ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT)

ការស្រាវជ្រាវលើអ្នកជំងឺដែលមករកសេវា ART ដោយបង្ហាញមុខយឺតយ៉ាវ (ចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប) អាចនឹងរកឃើញថា អ្នកខ្លះធ្លាប់បានធ្វើតេស្ត និងដឹងថា ខ្លួនមានផ្ទុកមេរោគ អេដស៍តាំងពីយូរមកហើយមុនពេលមករកការព្យាបាលនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART នេះ។ ប្រសិនក្នុងករណីនេះមែន អន្តរាគមន៍អាចនឹងត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែង VCCT តាមរយៈការ កែលម្អការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការបញ្ជូន។

៦.៤ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

រាល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ដែលទើបរកឃើញថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ HIV(+) ដោយ កម្មវិធី PMTCT គួរតែត្រូវចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ហើយត្រូវផ្តល់ថ្នាំ ARV យ៉ាង លឿនបំផុត។ ជាការប្រពៃបំផុតដែលសេវានេះ ត្រូវបានធ្វើនៅកន្លែងពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងផ្នែក សម្ភព។

៦.៥ វិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាលើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (BIACM)

គ្រប់ករណីថ្មីទាំងអស់ ទោះរកឃើញនៅសហគមន៍ ឬនៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល គួរផ្សាភ្ជាប់ពី ការធ្វើតេស្តប្រតិកម្ម រហូតដល់ដំណើរការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ និងចុងក្រោយគឺបានចុះឈ្មោះនៅ កន្លែងផ្តល់សេវា ART។ ក្រុមការងារបច្ចេកទេស BIACM ជួបប្រជុំជាទៀងទាត់ដើម្បីពិនិត្យ មើលទិន្នន័យទៅតាមល្បាក់សេវារបស់ BIACM ដើម្បីធានាថា ការបិតនៅជាប់មួយល្បាក់ សេវាពេញរបស់ BIACM មានអត្រាខ្ពស់គឺថា តាំងពីតេស្តប្រតិកម្មរហូតដល់ការថែទាំ ព្យាបាល។

ការរៀបរាប់ត្រួសៗខាងលើនេះ គ្រាន់តែផ្តល់ជាឧទាហរណ៍អំពីទំនាក់ទំនងដែលអាចមាន រវាង CQI សម្រាប់សេវា ART និងសេវាផ្សេងៗទៀតប៉ុណ្ណោះ។ បើតាមបទពិសោធន៍ដែល

ទទួលបានពី CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART គេក៏ឃើញមានទំនាក់ទំនង រវាងសេវា ART និងសេវាផ្សេងៗទៀតផងដែរ។

ខណៈដែលសកម្មភាព CQI ជាច្រើនត្រូវប្រព្រឹត្តទៅនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ក្រុម CQI-COC ក៏ត្រូវដឹងផងដែរពីឱកាសដើម្បីភ្ជាប់ CQI ទៅនឹងសេវាផ្សេងៗទៀត។

៧. ការតាមដាន ការអភិបាល ការរាយការណ៍ និងការបណ្តុះបណ្តាល

៧.១ ការតាមដាន និងការអភិបាល

គោលបំណងចំបងរបស់ការតាមដាន និងការអភិបាលគឺ គាំទ្រដល់ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីធានាគុណភាពទិន្នន័យ និងគុណភាពសេវា។

ក្រុមការងារ PASP គួរដាក់កាលវិភាគចុះតាមដាន និងអភិបាលក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART យ៉ាងហោចមួយដងក្នុងមួយត្រីមាសនៅក្នុងតំណាក់កាលដំបូងនៃការអនុវត្ត CQI។ បន្ទាប់មក ក្រោយពេលដែលក្រុមនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART មានការយល់ដឹងច្រើនពីដំណើរការហើយ។ ឧទាហរណ៍ ពួកគេបានចូលរួមសិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស CQI យល់ដឹងពីការប្រើ CQI Dashboard ជាដើម ក្រុមការងារ PASP គួរចុះតាមដាន និងអភិបាលរៀងរាល់ ៦ខែវិញ។

ក្រុមការងារ CQI Core Group ថ្នាក់ជាតិ គួរដាក់កាលវិភាគរួមគ្នាជាមួយក្រុមការងារថ្នាក់ PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍដែលធ្វើការក្នុងតំបន់នោះចុះតាមដាន និងអភិបាលទៅតាមការចាំបាច់។

ក្នុងអំឡុងពេលចុះតាមដាន និងអភិបាល ក្រុមអភិបាលគួរផ្តល់ការគាំទ្រចាំបាច់នានា រួមមាន៖

- ធានានូវភាពពេញលេញរបស់ទិន្នន័យគឺថា រាល់ទិន្នន័យដែលត្រូវការចាំបាច់ពីអ្នកជំងឺម្នាក់ៗដែលបានចុះបញ្ជីគឺ មានគ្រប់គ្រាន់ និងពេញលេញ
- ធានានូវភាពត្រូវគ្នារបស់ទិន្នន័យ រវាងឯកសារអ្នកជំងឺនៅក្នុងក្រដាស់ និងប្រព័ន្ធទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក
- ធានាថា ទិន្នន័យដែលត្រូវការអាចរកបានពីសេវាផ្សេងៗ ដូចជា របេង និងសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនជាដើម
- ធានាថា មានសៀវភៅ និងប្រើប្រាស់សៀវភៅនេះសម្រាប់កត់ត្រាបញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ
- ធានាថា នៅតាមកម្រិតនីមួយៗ អាចវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើទិន្នន័យ។

៧.២ របាយការណ៍

ប្រធានក្រុមសេវា ART ត្រូវផ្ញើទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកទៅ PASP ដែលនឹងធ្វើការពិនិត្យ និងវិភាគទិន្នន័យពីគ្រប់សេវា ART ទាំងអស់នៅក្នុងខេត្តរបស់ខ្លួន។ PASP គួរវិភាគសូចនាករដែលត្រូវការសម្រាប់កែលម្អគុណភាពសេវានៅ ART គ្លីនិក និងបញ្ជូនព័ត៌មានត្រលប់ទៅសេវា ART វិញរៀងរាល់ត្រីមាស និងមុនពេលរៀបចំសិក្ខាសាលាប្រចាំត្រីមាស។

PASP បញ្ជូនទិន្នន័យទៅផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅ NCHADS ដែលជាអ្នកចែករំលែកទិន្នន័យជាទៀងទាត់ទៅផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (ACU) សម្រាប់គោលបំណងសកម្មភាពបន្ត និងគុណភាពនៃការថែទាំនិងព្យាបាល និងទៅផ្នែកពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀតរបស់ NCHADS។ ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់អំពី លទ្ធផលវិភាគទិន្នន័យមកឱ្យក្រុម CQI-COC នៅតាមគ្លីនិក ART មានសារៈសំខាន់ដើម្បីលើកកំពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋាន។

នៅរៀងរាល់ត្រីមាស ក្រុម CQI-COC នៅសេវា ART រាយការណ៍ទៅ PASP ពីការវិវឌ្ឍរបស់សូចនាករ CQI សកម្មភាពតាមដានសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហាក្នុងត្រីមាសមុន រាយការណ៍អំពីបញ្ហា និងកត្តាប្រឈម និងផែនការសកម្មភាពសម្រាប់ត្រីមាសបន្ទាប់។ របាយការណ៍លទ្ធផលគួរតែដាក់ចូលទៅក្នុងគេហទំព័ររបស់ NCHADS។ ដូចនេះ គ្រប់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងឡាយអាចនឹងរៀនសូត្រពីការអនុវត្ត CQI ហើយសេវា ART ផ្សេងៗ អាចរៀនពីគ្នាទៅវិញទៅមក។

កន្លែងផ្តល់សេវា ART ត្រូវលើកទឹកចិត្តឱ្យបោះពុម្ព (Print) លទ្ធផលការអនុវត្ត ការវិភាគបញ្ហា និងសកម្មភាពតាមដាន CQI របស់ខ្លួន រួចបិទត្រង់កន្លែងដែលងាយមើលឃើញ។

៧.៣ សិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ពិនិត្យមើលលទ្ធផលសូចនាករសំខាន់ៗរបស់ការព្យាបាល និងថែទាំជំងឺអេដស៍

នៅរៀងរាល់ត្រីមាសផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍រួមសហការជាមួយផ្នែកស្រាវជ្រាវ និងផ្នែកទិន្នន័យរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ រៀបចំសិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ដែលក្នុងនោះគ្រប់ ART គ្លីនិកនៅក្នុងប្រទេសចូលរួម។ ធនធាន ដំណើរការ និងលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់សិក្ខាសាលា នឹងត្រូវរៀបចំឡើងដោយឡែកដោយផ្នែកថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយផ្នែកស្រាវជ្រាវ និងផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ។

៧.៤ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពជាបន្ត

- ក្រុម PASP នឹងជួបជាមួយសមាជិកក្រុម CQI-COC មកពីសេវា ART ទាំងអស់ក្នុង

កិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរួមគ្នា ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលជាទូទៅនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពបន្តនៅកន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ

- កន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ នឹងបង្ហាញសូចនាករ CQI ការកែលម្អគុណភាពបន្ត ព្រមទាំងរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART របស់ថ្នាក់ជាតិ ក្នុង៩ត្រីមាសកន្លងទៅ ដោយបង្ហាញពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃគុណភាព ផែនការសកម្មភាពដែលបានរៀបចំ និងលទ្ធផល និងប្រសិទ្ធិភាពនៃផែនការសកម្មភាពទាំងនោះ។

អាស្រ័យលើរបាយការណ៍ទូទៅពីសេវា ART នីមួយៗ ក្រុមការងារ PASP នឹងវាយតម្លៃថាតើការសម្រេចបាននោះយ៉ាងដូចម្តេចដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងកម្មវត្ថុទូទៅ និងជាក់លាក់របស់ CQI-COC។ គេនឹងពិភាក្សាអំពីបញ្ហាគុណភាពនានាដែលអាចកើតមាន ក្នុងពេលអនុវត្តផែនការរបស់ CQI ដូចជា បញ្ហាប្រមូល បញ្ចូល និងផ្ទុំទិន្នន័យ ការគណនា និងភាពសមស្រប ក៏ដូចជាការកែប្រែ ឬបន្ថែមសូចនាករដែលចាំបាច់។ ក្រុមការងារ PASP នឹងទាក់ទងក្រុមការងារស្នូលថ្នាក់ជាតិ (National Core CQI-COC) ចំពោះបញ្ហាណាដែលពួកគេមិនអាចដោះស្រាយបាន។

ផ្នែកស្រាវជ្រាវរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នឹងធ្វើការចងក្រងឯកសារ ស្តីពីការអនុវត្តល្អរបស់ CQI ទូទាំងប្រទេសដោយផ្តោតទៅលើវដ្តនៃផែនការ-អនុវត្ត-ត្រួតពិនិត្យ-ប្រកាន់យកវិធានការ សមស្រប៖ តើ ART គ្លីនិកមានផែនការមានផែនការត្រឹមត្រូវដើម្បីសម្រេចសូចនាករនានារបស់ CQI ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិកអនុវត្តផែនការរបស់ខ្លួន ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិក ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដើម្បីពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់គេ និងមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរ ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិកបានប្រកាន់យកវិធានការសមស្របដើម្បីរក្សា ឬធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវស្នាដៃរបស់គេ ដែរឬទេ? លើសពីនេះទៅទៀត ការចងក្រងឯកសារត្រូវមាន រួមទាំង ព័ត៌មាន មតិយោបល់ ការយល់ឃើញទៅលើកត្តាបង្កលក្ខណៈ ឬក៏កត្តាដែលនាំឱ្យរាំងស្ទះការអនុវត្ត សកម្មភាព CQI រៀងរាល់ថ្ងៃនៅសេវា ART ផងដែរ។

៧.៥ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការកសាងសមត្ថភាព

ធនធានមនុស្សជាធនធានសំខាន់បំផុតក្នុងការអនុវត្ត CQI ។ គេអាចកសាងសមត្ថភាពធនធានមនុស្ស និងបង្កលក្ខណៈឱ្យពួកគេប្រើប្រាស់សមត្ថភាព និងសក្តានុពលដែលគេមានដើម្បីសម្រេចនូវចក្ខុវិស័យរបស់ស្ថាប័នផ្ទាល់ ឬក៏ប្រព័ន្ធថ្នាក់តំបន់ ឬថ្នាក់ជាតិនាពេលអនាគត។ ដើម្បីឱ្យការនេះអាចសម្រេចបាន ស្ថាប័នត្រូវតែផ្តល់ឱកាសសម្រាប់ការសម្រេចបាននូវស្នាដៃល្អអត់ខ្ចោះរបស់បុគ្គលក៏ដូចជាស្ថាបប័ន និងការរីកចម្រើនផ្នែកវិជ្ជាជីវៈ និងស្ថាប័ន។

៧.៥.១ សិក្ខាសាលាតំរង់ទិស ស្តីពីនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត CQI

ដើម្បីអនុវត្តការងារ CQI-CoC ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព សមាជិក និងបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធនៃក្រុមការងារ CQI នៅគ្រប់កម្រិត ត្រូវទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលពីរថ្ងៃ អំពីនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត CQI។ នៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាល សិក្ខាកាមនឹងអាចៈ

- យល់ដឹងពីគោលបំណងរបស់កម្មវិធី CQI
- យល់ដឹងពីវដ្ត (Cycle) និងជំហាននៃការអនុវត្ត CQI
- អនុវត្តតាមវដ្តដំណើរការ ដែលមានចែងក្នុង SOP
- អភិវឌ្ឍផែនការសម្រាប់អនុវត្តកម្មវិធី CQI នៅថ្នាក់ខេត្ត និងផែនការជាក់លាក់នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ដោយដើរតាមលំនាំផែនការ-អនុវត្ត-ត្រួតពិនិត្យ-ចាត់វិធានការ (Plan-Do-Check-Act)។

៧.៥.២ ការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

សមាជិកក្រុមការងារ CQI-COC ដែលធ្វើការងារទាក់ទងនឹងទិន្នន័យ នឹងត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេល៣ថ្ងៃ ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យពួកគាត់នូវចំណេះដឹង និងជំនាញមូលដ្ឋានក្នុងការធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ។ នៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះ សិក្ខាកាមនឹងអាចៈ

- យល់ដឹងធាតុសំខាន់ៗរបស់គុណភាពទិន្នន័យ រួមមាន ភាពពេញលេញ ភាពត្រឹមត្រូវ ភាពស៊ីគ្នាដែលអាចជឿជាក់បាន ភាពជាក់លាក់លម្អិត សុចរិតភាព និងការលាក់ការសម្ងាត់
- អនុវត្តគោលការណ៍គុណភាពទិន្នន័យ ក្នុងការប្រមូល គ្រប់គ្រង វិភាគ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ
- ប្រើប្រាស់ទម្រង់បញ្ចូលទិន្នន័យ Set Database ដែលអាចឱ្យបញ្ចូលទិន្នន័យ និងរក្សាទិន្នន័យបម្រុងទុក
- យល់ដឹងពីរបៀបការពារទិន្នន័យ
- រៀបរាប់បាននូវក្បួនច្បាប់ បញ្ញត្តិ និង/ឬគោលនយោបាយនានាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ ឬធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ
- យល់ដឹងពីគុណសម្បត្តិ និងគុណវិបត្តិ ក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព
- វិភាគ (ដើម្បីរកចម្លើយចំពោះសំណួរនានា ទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART
- រៀបចំផែនការមួយ ដើម្បីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ខ្លួន
- រៀបចំយន្តការដើម្បីត្រួតពិនិត្យគុណភាពប្រព័ន្ធទិន្នន័យរបស់ខ្លួន។

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលម្អគុណភាពបន្ត

I សូចនាករមរណៈភាព និងការដាក់អ្នកជំងឺឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ

១. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះឈ្មោះនៅក្នុងសេវា ART ដែលបានស្លាប់	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART ដែលស្លាប់ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺ ART សរុបនៅគ្លីនិកក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាមរណៈភាពរបស់អ្នកជំងឺកំពុងទទួល ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ស្លាប់ទាំងអស់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនសរុបអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះបញ្ជីព្យាបាលដែលត្រូវបានគេដឹងថា ស្លាប់នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15ស្រីl 15+ស្រី ស្ថានភាពប្រើប្រាស់ ART: Pre-ART/ART
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវាលារបស់គ្លីនិក ART នីមួយៗ។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យក ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុស្លាប់ និងបន្ទាប់មកធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិ ឬប្រសិនបើអាត្រានៃការស្លាប់កើនឡើង។ អត្រាមរណភាពគួរតែបិតនៅតិចជាង ១%។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាគេមិនអាចសង្គ្រោះអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់បានក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឱ្យខ្លាំងក្លា ក្នុងការផ្តល់នូវសេវា

	ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការស្លាប់ឱ្យនៅតិចបំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួល ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេចដែលអាចកាត់បន្ថយការស្លាប់ ហើយបន្ទាប់មកអនុវត្តការផ្លាស់ប្តូរនានានោះតាមតែអាចធ្វើទៅបាន។

២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលសេវា ART លះបង់ការព្យាបាល (Lost to Follow Up)	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍ដែលត្រូវបានគេចាត់ថា លះបង់ការព្យាបាលនៅគ្លីនិកស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺសរុប គុណនឹង១០០។ អ្នកជំងឺទាំងនេះ មិនបានចាត់ថាស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបញ្ឈប់ ART នោះទេ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានពីសមាមាត្ររបស់អ្នកជំងឺដែលលះបង់ការព្យាបាល និងត្រូវតាមរកយ៉ាងសកម្មដោយគ្លីនិក។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានចុះឈ្មោះនៅគ្លីនិក ART ដែលលះបង់ការព្យាបាលក្នុងរយៈពេលរាយការណ៍ គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។ "លះបង់ការព្យាបាល" ត្រូវបានកំណត់ដោយកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍គឺ គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកទទួលការព្យាបាលយឺតលើសពី២៨ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃណាត់ជួបចុងក្រោយ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍លះបង់ការព្យាបាលសរុបនៅក្នុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងគ្លីនិក នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោល

បំណកស្រាយ	សម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក ART។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យក ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុបាត់មុខ និងបន្ទាប់មកធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិឬ កើនឡើងតាមពេលវេលា។ ភាគរយនៃការលះបង់ការព្យបាលមិនត្រូវឱ្យលើសពី៥%។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាគេមិនអាចសង្គ្រោះ អ្នកជំងឺទាំងអស់បានយ៉ាងណាក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឱ្យខ្លាំងក្លាក្នុងការផ្តល់នូវសេវាថែទាំប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការបាត់មុខឱ្យនៅតិចបំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការលះបង់ការព្យាបាលក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួលសេវា ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេចដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺឱ្យទទួលការព្យាបាលឱ្យបានទៀងទាត់ជាប់លាប់។

៣. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកខានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំនៅក្នុងចន្លោះ២៨ថ្ងៃ ក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមិនបានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំក្នុងចន្លោះ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប ហើយដែលក្រោយមកបានមកទទួលសេវាវិញ ចែកនឹងចំនួនសរុបនៃអ្នកដែលខកណាត់ ឬមិនមកបើកថ្នាំក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានពីសមាមាត្ររបស់អ្នកជំងឺដែលខកណាត់ហើយបានមកទទួលការព្យាបាលវិញ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលខកណាត់ក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប និងអ្នកជំងឺដែលបានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញក្រោយការខកខានរបស់ពួកគេ គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលខកណាត់ក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប

	ហើយបានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញ នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកណាត់សរុប នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬ "ឧបករណ៍តាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ"
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក ART នីមួយៗក្នុងការតាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលព្យាបាលវិញនៃអ្នកជំងឺដែលខកណាត់។ សកម្មភាពសមស្របមួយចំនួនគួរប្រកាន់យកដើម្បីយល់កាន់តែច្បាស់ពីមូលហេតុនៃការខកខាន និងបន្ទាប់មកបង្ការវាទៅតាមមូលហេតុ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការខកណាត់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួលសេវា ART និងអត្រាដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ។ បើអត្រានៃការដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញមានកម្រិតទាបខ្លាំងធៀបនឹងការបាត់ ចូរពិនិត្យមើល តើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះរបស់ប្រព័ន្ធដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលជាប់លាប់ទៀងទាត់។

II សូចនាករគុណភាពសេវា

៩ក. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យឃើតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍។
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវៀងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART

	ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះណាត់ជួប
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងឱ្យនៅតិចជាង 2.5%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងវានឹងប្រហែលជាឈានទៅរកការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយតើគេអាចកែលម្អបញ្ហាទាំងនេះយ៉ាងដូចម្តេច ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់នេះ។

៤ខ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យយឺតតែនៅសល់ចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍។
គោលបំណង	លើកកម្ពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែង

	ខាងក្រោម។ ឱសថបម្រុងត្រូវផ្តល់ឱ្យសម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ (យោងលិខិត NCHADS លេខ០១៤៦)។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យយឺតប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃ នៅមានឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស។
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងសរុបឱ្យនៅតិចជាង 10%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងសរុប វានឹងឈានទៅរកការមកពិនិត្យយឺតផុតចំនួនថ្ងៃមានឱសថបម្រុង និងបង្កើនបន្ទុកការងារប្រចាំថ្ងៃអ្នកផ្តល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងចំនួនថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយត្រូវកែលម្អបញ្ហាទាំងនេះ យ៉ាងដូចម្តេចដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់។

៤គ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ទៀងទាត់។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យត្រូវនឹងថ្ងៃណាត់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។

សង្ខាត់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ឱ្យបានលើសពី 85%។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ វាអាចនឹងធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺអេដស៍ឈានទៅទទួលការព្យាបាលឱ្យបានជាប់លាប់ទៀងទាត់។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឱ្យរក្សាការមកពិនិត្យព្យាបាលទៅតាមការណាត់។

៩យ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ជួប ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART។	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាង ដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់ដែរ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្ខាត់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: < 15 ប្រុស 15 + ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកំណត់កំរិតការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ឱ្យនៅតិចជាង 10%។

	ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់ នៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់នឹងដាក់បន្ទុកច្រើនដល់ការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឱ្យរក្សាការមកពិនិត្យទៅតាមការណាត់។

៥. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលផ្តើម ART ថ្មីក្នុងថ្ងៃតែមួយដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តឈាមបញ្ជាក់ថាមានមេរោគអេដស៍។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលផ្តើម ART ថ្មី បានផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីសរុបក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការផ្តើមនិងផ្តល់ ART ទាន់ពេល និងប្រាកដថាការនេះគឺស្របតាមគោលការណ៍ជាតិនៃការផ្តល់ ART។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានថ្ងៃចាប់ផ្តើម ART ដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តបញ្ជាក់ HIV ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីសរុប។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានថ្ងៃចាប់ផ្តើម ART ដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តបញ្ជាក់ HIV នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មី សរុបនៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	ថ្ងៃ 0 ថ្ងៃ ១-៧ ថ្ងៃ >៧
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណាកស្រាយ	ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលផ្តើមARTថ្មីទាំងអស់ តើមានប៉ុន្មានភាគរយដែលបានផ្តើមARTក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ?

៦ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 350/ml បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយកូទ្រីម (CXT)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <350 c/mm^3 បានទទួលថ្នាំកូទ្រីម៉ុកសាសូល ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <350 c/mm^3 សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះក្នុងសេវា ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazol (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ)។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazol (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងទទួលបន្ត) នាពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុតនៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 របស់គាត់ តិចជាង 350 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<350 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazol។ ការបកស្រាយ៖ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យដល់អ្នកជំងឺអេដស៍កើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៦២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 100 ក្នុង១មីលីម៉ែត្រគីប ឈាម បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <100 c/mm^3 បានទទួលថ្នាំ Fluconazole ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <100c/mm^3 សរុប គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះសម្រាប់ការថែទាំព្យាបាល ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និង អ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ) នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងទទួលបន្ត) ក្នុងពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុត នៅក្នុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលមានចំនួន CD4 របស់គាត់ តិចជាង 100 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលបានជ្រើសរើស។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមាន CD4 < 100 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole។ ការបកស្រាយ៖ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យខ្ពស់ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យកើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានាដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៧. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានទទួលឱសថ ARV និងការណាត់ជួបរយៈពេលស្មើឬលើស៣ខែ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART បានទទួលឱសថARVនិងការណាត់ជួបរយៈពេលស្មើឬលើស៣ខែ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART សកម្មទាំងអស់នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាគ្របដណ្តប់របស់ MMD ≥3 ខែក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART សកម្មទាំងអស់។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានការណាត់ជួបស្មើឬលើសពីបីខែ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេបានផ្តល់ឱសថ ARV និងការណាត់ជួបមានរយៈ ពេលស្មើ ឬលើសពីបីខែដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART សកម្មសរុប មកដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	**<៣ខែ** **=៣ខែ** **=៤-៥ខែ** **≥៦ខែ**
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	MMD ≥3 ខែគួរតែ ៩០%។ ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានទទួល MMD កាន់តែខ្ពស់ មានន័យថា មានអ្នកជំងឺកាន់តែច្រើនដែលមានស្ថានភាពនឹងនដោយមានតម្រូវការឱសថស្មុគស្មាញកាន់តែតិច។ ធនធានវេជ្ជសាស្រ្តកាន់តែនៅសល់ទុកបម្រុងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលឈឺធ្ងន់ជាង អ្នកជំងឺដែលទើបចាប់ផ្តើមការព្យាបាល និងអ្នកជំងឺដែលមានតម្រូវការស្មុគស្មាញជាង។

៨. ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេដឹងថា នៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART នៅ១២ខែក្រោយការចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ART។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបន្តការព្យាបាលនៅ ១២ខែ ក្រោយការចាប់ផ្តើម

	ART និងដែលគេបានរំពឹងថា អាចសម្រេចបានផលនៅខែទី១២ ក្នុងចន្លោះពេលដែលគេរាយការណ៍ ដោយមិនរាប់អ្នកដែលស្លាប់ចាប់តាំងពីចាប់ផ្ដើម ART អ្នកដែលបានឈប់ ART និងអ្នកដែលគេបានកត់ត្រាថា បោះបង់ការព្យាបាលនៅខែទី១២។
គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យប្រភាគនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ បាននិងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART និងកំពុងទទួលការតាមដានការព្យាបាលយ៉ាងសកម្ម ដោយគ្លីនិក ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	វិធីគណនាដែលអាចជំនួស៖ 1 + (NET NEW – NEW)/(All Current ART - NET NEW) + NEW) ដោយ៖ - NET NEW = (ចំនួនអ្នកជំងឺ ART សរុបនៅក្នុងឆ្នាំដែលត្រូវរាយការណ៍) – (អ្នកជំងឺ ART សរុបកាលពីឆ្នាំទៅ (ឬកាលពី១២ខែមុន) - NEW = ចំនួនអ្នកជំងឺចាប់ផ្ដើម ART ថ្មីសរុបនៅក្នុងឆ្នាំ (១២ខែ) - Current = ចំនួនអ្នកជំងឺ ART សរុបនៅក្នុងក្នុងឆ្នាំដែលគេរាយការណ៍ (១២ខែ)។
សង្វាក់	ប្រចាំឆ្នាំ
ភាគយក	NET NEW – NEW
ភាគបែង	((All Current ART – NET NEW) + NEW) ឧទាហរណ៍ បើឆ្នាំ (រយៈពេល) ដែលគេរាយការណ៍គឺ ថ្ងៃទី០១ ខែមករាឆ្នាំ២០១៩ ទៅដល់ថ្ងៃទី៣១ខែ ធ្នូឆ្នាំ២០១៩៖ - NET NEW = 1,533 - NEW = 3,523 - All Current ART = 60,684 ភាគរយអ្នកជំងឺដែលគេដឹងថា នៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART នៅ១២ខែក្រោយការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ART គឺ ៩៦,៧% ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី**
ប្រភពទិន្នន័យ	កំណត់ត្រាអ្នកជំងឺអេដស៍ ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេដឹងថា នៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART នៅ១២ខែក្រោយការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលដោយ ART មានកម្រិតទាបជាង ៩០% គេត្រូវតែធ្វើអន្តរាគមន៍ដើម្បីពង្រឹងគុណភាពសេវា និង

	យន្តការតាមរកអ្នកជំងឺ។ ការបកស្រាយ៖ គ្លិនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឱ្យមានអត្រាទាប់នៃការអាចរក្សាអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យបន្តការព្យាបាល និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អបញ្ហានេះបាន។

៩. ភាគរយអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍បាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានប្រភាគអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំពុងទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដែលជាជំងឺនាំមុខគេចំពោះការស្លាប់របស់អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះនៅគ្លីនិក ART នៅចុងត្រីមាសដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (នៅកំពុងទទួល ឬបានបញ្ចប់ពេញលេញ)។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់នៅចុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (នៅកំពុងទទួល ឬបានបញ្ចប់ពេញលេញ)។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលបានទទួលការថែទាំព្យាបាល នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ រាល់អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមួយវគ្គ។ ភាគរយការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងកាន់តែខ្ពស់គេរំពឹងថា អត្រាជំងឺរបេងសកម្មនឹងកាន់តែទាប។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានផ្តល់ការព

	ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយបង្កើនការព្យាបាលបង្ការនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

១០. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់ពេញលេញ (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់ពេញលេញមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាជោគជ័យនៃការបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងបានបញ្ចប់វគ្គលេបថ្នាំពេញលេញមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលចុះឈ្មោះនៅ ART គ្លីនិក នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក Pre-ART/ART
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ រាល់អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមួយវគ្គ។ ភាគរយការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងកាន់តែខ្ពស់គេរំពឹងថា អត្រាជំងឺរបេងសកម្មនឹងកាន់តែទាប។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យអត្រាការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងពេញលេញមានកម្រិត ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែល

	អាចជួយបង្កើនការព្យាបាលបង្ការនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានាដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

១១ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART បានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោច ១ដង ក្នុងអំឡុងពេល១២ខែកន្លងមក។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានធ្វើតេស្ត Viral Load យ៉ាងហោច១ដងក្នុងអំឡុងពេល១២ខែកន្លងមក ដោយមានលទ្ធផល Viral Load នៅក្នុងឯកសារជំងឺ (ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART) ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងហោច ១២ខែហើយ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្ត VL របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងចន្លោះពេល ១២ខែកន្លងមក។ ជម្រុះការកត់ត្រាជាន់គ្នាដើម្បីចៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នានៅក្នុងភាគយក។ ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load យ៉ាងហោច១ដងក្នុងចន្លោះពេល ១២ខែកន្លងមក នៅក្នុងឯកសារជំងឺ (ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART)។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានចាប់ផ្តើម និងកំពុងព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងហោចរយៈពេល ១២ខែមុនពេលរាយការណ៍សរុប។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	គ្លីនិកដែលមានអត្រាអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត Viral Load ខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគុណភាពសេវាខ្ពស់។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យការធ្វើតេស្ត Viral Load មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អស្ថានភាពនេះ។

១១ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ព្យាបាលដោយ ART មានលទ្ធផល Viral Load <1,000 copies/ml (ចំនួនមេរោគអេដស៍តិចជាង ១០០០ ក្នុងឈាម១មីលីលីត្រ) នៅខែទី១២ បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើម ART [WHO: VLS.1]។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1,000 copies/ml នៅខែទី១២ បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើម ART ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load នៅខែទី១២ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាបនៅ ១២ខែ ក្រោយការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART និងប៉ាន់ប្រមាណភាគរយអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានបន្ទុកមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាប។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះគឺ ផ្អែកលើក្រុមអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួល ART ដែលមានបន្ទុកមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាបនៅខែទី១២ ក្រោយការចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	ត្រីមាស និងរៀងរាល់ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1,000 copies/ml នៅខែទី១២ ក្រោយការព្យាបាល។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load នៅខែទី១២ ក្រោយការព្យាបាលសរុប។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	អត្រាអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1,000copies/ml ខ្ពស់ឆ្លុះបញ្ចាំងពីអត្រាជោគជ័យនៃការព្យាបាល។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ARTត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យលទ្ធផល Viral Load <1,000 copies/ml មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍

	នានាដែលអាចជួយកែលម្អស្ថានភាពនេះ។

១១គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងព្យាបាលដោយ ART មានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាប (Suppressed Viral Load) [WHO: VLS.3]។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មានបន្ទុកមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាប (Viral Load <1,000 copies/ml) ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងអំឡុងពេល១២ខែមុន គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាបក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទាំងអស់កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load ដោយមិនគិតថា គេចាប់ផ្តើម ART ពីពេលណាឡើយ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	ត្រីមាស និងរៀងរាល់ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1,000 copies/ml។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែមុន។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	អត្រាអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1,000copies/ml ខ្ពស់ឆ្លុះបញ្ចាំងពីអត្រាជោគជ័យនៃការព្យាបាល។ វាទាក់ទងនឹង ៩៥ទីបីនៃគោលដៅ ៩៥:៩៥:៩៥ (៩៥%នៃអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ARV មានមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាប)។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ARTត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យលទ្ធផល Viral Load <1,000 copies/ml មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយបង្កើនអត្រានេះ។

១១ឃ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥1,000 copies/ml (ចំនួនមេរោគអេដស៍ច្រើនជាង ឬស្មើ១០០០ក្នុងឈាម១មីលីលីត្រ) បានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះ៦ខែ ក្រោយពីការផ្ដល់ប្រឹក្សាលម្អោត (EAC)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះ៦ខែ ក្រោយពីឃើញ Viral Load ≥1,000 copies/ml ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ≥1,000 copies/ml សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបច្ចុប្បន្នដែលអ្នកជំងឺកំពុងទទួល។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ជាការល្អគេត្រូវវាស់វែងសូចនាករនេះ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលត្រូវដល់ពេលធ្វើតេស្តតាមដានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរកសមាមាត្រអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្តតាមដានដោយគណនាប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះពេល ៦ខែ ក្រោយពីមានលទ្ធផល Viral Load ≥1000 copies/ml។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផល Viral Load ≥1000 copies/ml សរុប។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬសៀវភៅបញ្ជីផ្ដល់ប្រឹក្សាលម្អិត សៀវភៅបញ្ជីអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់។
បំណកស្រាយ	ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីការតាមដានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបានល្អ និងជួយគ្រូពេទ្យក្នុងការសម្រេចចិត្ត។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យការធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានមានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អបញ្ហានេះ។

១១ង. ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥ 1,000copies/ml ចំនួនពីរលើក បានប្ដូររបបឱសថពីជួរទី១ ទៅរបបឱសថ ART ជួរទី២ ឬជួរទី៣។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដង

	បន្តបន្ទាប់គ្នា ≥1,000 copies/ml (ដែលពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយយ៉ាងហោចមានរយៈពេល ៧ខែ) បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទីពីរ ឬជួរទីបី ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាល ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥1,000 copies/ml សរុបនៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការតាមដានគ្លីនិក និងការព្យាបាល។ វាប្រហែលជាអាចជួយក្នុងការគន់គូរសម្រាប់លទ្ធកម្មឱសថជួរទីពីរ និងទីបី និងថវិកាដែលត្រូវការ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះគឺ ផ្តែកលើក្រុមអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួល ART ដែលមានបន្ទុកមេរោគខ្ពស់ (VL ≥ 1,000 copies/ml)។ ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថា បោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា (VL ≥ 1,000 copies/ml) បានប្តូរទៅឱសថ ART ជួរទី២ ឬជួរទី៣។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL ខ្ពស់ (VL ≥ 1,000 copies/ml) ពីរដង ក្នុងរយៈពេលរាយការណ៍បច្ចុប្បន្ន។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនផ្លាស់ប្តូររបបឱសថទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការព្យាបាល និងថែទាំអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចគ្រប់គ្រងជំងឺឱ្យបានសមស្រប។

១១ច. ភាគរយលទ្ធផល VL តេស្តដែលគ្លីនិក ART ទទួលបានក្នុងចន្លោះ១៤ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាម និងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផល។	
និយមន័យ	ចំនួនលទ្ធផល VL តេស្តដែលទទួលបានក្នុងចន្លោះ១៤ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាម និងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផល ចែកនឹងចំនួនលទ្ធផលដែលគេរំពឹងបានទទួលសរុប គុណនឹង ១០០។

គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងរយៈពេលគិតជាថ្ងៃ ពីថ្ងៃដែលគេស្នើសុំ VL តេស្តទៅទល់នឹងថ្ងៃដែលគេបានទទួលលទ្ធផលនៅគ្លីនិក ART តើវាលឿន ឬយឺតយ៉ាងណា។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	យើងប្រើថ្ងៃខែដែលគេស្នើសុំ VL តេស្តជាថ្ងៃខែជំនួសឱ្យថ្ងៃខែបូមឈាម។ គណនាចំនួនថ្ងៃដោយយកថ្ងៃខែដែលគេទទួលលទ្ធផលតេស្ត ដកនឹងថ្ងៃខែដែលគេស្នើសុំធ្វើ VL តេស្ត។
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនលទ្ធផល VL តេស្តដែលទទួលបានក្នុងចន្លោះ១៥ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាម និងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផលនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនលទ្ធផល VL សរុបដែលគេរំពឹងបានទទួលសរុបនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	<15 ថ្ងៃ ≥15 ថ្ងៃ
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអេឡិកត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ការទទួលបានលទ្ធផល VL កាន់តែលឿន ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលថែទាំកាន់តែប្រសើរ។

១២. ភាគរយនៃខែក្នុងឆ្នាំ (រយៈពេល១២ខែ) ដែលមិនមានដាច់ស្តុកឱសថ ARV។	
និយមន័យ	ចំនួនខែដែលពុំមានការដាច់ស្តុកឱសថ ARV ចែកនឹង១២ខែ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ARV ជាប់លាប់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	គ្លីនិក ART ត្រូវរាយការណ៍ការដាច់ស្តុកឱសថ ARV ជាសារវ័ន្តដល់ PASP និង NCHADS។ ការដាច់ស្តុក គឺនៅពេលដែលមិនមានឱសថ ARV សារវ័ន្តណាមួយនៅគ្លីនិក ART ។

សង្វាក់	ប្រចាំឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនខែក្នុងឆ្នាំដែលមិនមានការដាច់ស្តុកឱសថ ARV ណាមួយដែលមានក្នុងរូបមន្តស្តង់ដារជាតិ។
ភាគបែង	ចំនួនខែក្នុងឆ្នាំ (១២)
ប្រភពទិន្នន័យ	កំណត់ត្រាឃ្លាំងស្តុកឱសថ
បំណាកស្រាយ	ការតាមដានសូចនាករនេះមានសារៈសំខាន់ដើម្បីធានាថា ប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានដំណើរការល្អ។ កង្វះខាតឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលអាចជាគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់ឱសថ ARV ជាលទ្ធផលវាអាចធ្វើឱ្យមេរោគអេដស៍មានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថ ARV និងលទ្ធភាពព្យាបាលមានកម្រិតកំណត់។ ការចល័តឱសថ ARV សារវន្តរវាងគ្លីនិក ART ក្នុងខេត្ត និងរវាងខេត្ត និងខេត្តដើម្បីបង្ការការដាច់ស្តុកឱសថនៅគ្លីនិក ART ដែលមានស្តុកទាបមិនត្រូវបានពិចារណាថា ជាការដាច់ស្តុកឡើយដរាបណាពុំមានការដាច់ការផ្គត់ផ្គង់ និងនៅតែមានឱសថ ARV សារវន្តទៅតាមតម្រូវការការព្យាបាលអ្នកជំងឺ ហើយឱសថ ARV សារវន្តគឺ ជាឱសថដែលចុះនៅក្នុងបញ្ជីគោលការណែនាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យ និងកុមារ។ ជាងនេះទៀត គេមិនត្រូវពិចារណាថា ជាការដាច់ស្តុកឡើយកាលបើឱសថ ARV ណាមួយនោះដាច់ត្រូវបានជំនួសដោយឱសថផ្សេងដែលនៅមាន ដូច្នេះ ការព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនមានការរអាក់ខានឡើយ។

១៣. ភាគរយអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ ចែកនឹងអ្នកជំងឺ ART ថ្មីទាំងអស់ នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	តាមដានសមាមាត្រអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីដោយ TLD ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស

ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ នៅក្នុងត្រីមាស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីសរុបនៅក្នុងត្រីមាស។
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាពៈ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលផ្តើមការព្យាបាល ART ថ្មី គួរតែត្រូវផ្តល់ឱសថ TLD ជារបបឱសថព្យាបាលជួរទីមួយ។ ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្តល់ឱសថ TLD ដល់អ្នកជំងឺដែលផ្តើមការព្យាបាល ART លើកដំបូងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ និងដោះស្រាយបញ្ហានេះទៅតាមជាក់ស្តែង។

១៩. ភាគរយអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលបាន និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ TLD ជាឱសថជួរទី១ ចែកនឹងអ្នកជំងឺ ART សកម្មទាំងអស់ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១ នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	តាមដានការប្រើប្រាស់ឱសថ TLD ជាជួរទី១ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១ទាំងអស់ ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ទាំងអស់ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ មកដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ជួរទី១ទាំងអស់ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ជួរទី១សរុបនៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាពៈ ឱសថ TLD គួរតែផ្តល់ឱ្យ ៩០%នៃអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថជួរទីមួយ។

	ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្តល់ឱសថ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ និងដោះស្រាយបញ្ហានេះទៅតាមជាក់ស្តែង។

១៥. ភាគរយអតិថិជនរាយការណ៍អំពីការពេញចិត្តជាមួយសេវាដែលពួកគេបានទទួល	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺARTដែលបានចូលរួមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ ដែលបានរាយការណ៍ថា ពេញចិត្តទៅសេវាជារួមដែពួកគេបានទទួឡក្នុងកំឡុងពេលពួកគេមកទទួលសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
គោលបំណ	ដើម្បីតាមដានកម្រិតនៃការពេញចិត្តចំពោះគុណភាពសេវាដែលអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍បានទទួល ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះនឹងត្រូវបានដកស្រង់ចេញពីប៉ានណូបរិធាន PSF dashboard នូវចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ថាពេញចិត្តទៅលើសេវាជារួមក្នុងកំឡុងពេលដែលពួកគេបានទទួលសេវា។ ប្រព័ន្ធPSF កំពុងត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាប្រចាំនៅតាមគ្លីនិក ART ដោយប្រើឧបករណ៍កុំព្យូទ័របន្ទះស្ទើងក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យ ហើយទិន្នន័យប្រមូលបានត្រូវបានបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងប៉ានណូបរិធាន PSF
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបលក្នុង PSF ដែលបានបានរាយការណ៍អំពីការពេញចិត្តទៅលើសេវាដែលពួកគេបានទទួល
ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់បានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណកស្រាយ	ផែនការសេកម្មភាព: ៩០%នៃអតិថិជន ART អំពីការពេញចិត្តជាមួយសេវាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរកដំណោះស្រាយរាល់បញ្ហាស្របតាមការរកឃើញរបស់ PSF

១៦. ភាគរយនៃអតិថិជនបានរាយការណ៍អំពីការទទួលយកបាននៃការរង់ចាំ	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជនARTបានរាយការណ៍ថាការរងចាំអាចទទួលយកបាននៅពេលមកទទួលសេវាថៃទាំនិងព្យាបាលដោយផ្អែកលើការវិនិច្ឆ័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេពេលអំឡុងធ្វើរាយការណ៍។

គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពសេវាទាក់ទងទៅនឹងពេលវេលានិងទស្សន:របស់អតិថិជន។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ាន់ណូបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ពីការរង់ចាំអាចទទួលយកបានក្នុងកំឡុងពេលមកទទួលសេវា
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ដែលបានរាយការណ៍ពីការរង់ចាំកំឡុងពេលពួគគេមកទទួលសេវាថាអាចទទួលយកបាន
ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់ដែលបានផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យPSF
បំណកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ទិន្នន័យនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីកែលម្អពេលវេលារងចាំ និងឆ្លើយតបការផ្តល់សេវានៅគ្លីនិក ART ។ យ៉ាងហោចណាស់ ៩០% នៃអតិថិជនថាការរង់ចាំអាចទទួលយកបាន ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍

១៧. ភាគរយនៃអតិថិជនបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសមស្រប	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជន ART បានរាយការណ៍ថាបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាមានលក្ខណ:សមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
គោលបំណ	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពសេវាទាក់ទងសេវាការផ្តល់ប្រឹក្សាពីសំណាក់អតិថិជន។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ាន់ណូបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ថាការផ្តល់ប្រឹក្សាមានសមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSFបានរាយការណ៍ថាផ្តល់ប្រឹក្សាមានភាពសមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍

ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់ដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ៩០% នៃអតិថិជនបានប្រើប្រាស់សេវា ART បានរាយការណ៍ថាពួកគេបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាដែលមានភាពសមស្រប។ ទិន្នន័យដើម្បីកែលម្អសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាឲ្យកាន់តែមានលក្ខណៈល្អប្រសើរនៅ គ្លីនិក ART

១៨. ភាគរយនៃអ្នកផ្តល់សេវាបានវាយតម្លៃថាគុណភាពសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមុខខ្ពស់ មានកម្រិតទាប	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបានវាយតម្លៃ ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់ពួកទៅឲ្យក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ នៅមានកម្រិតទាបក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍
គោលបំណា	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យនិងការវាយតំលៃខ្លួនឯងលើសេវាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅដល់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពាស់ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវានៅគ្លីនិក ART
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ានល្លបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាបានវាយតម្លៃថាសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ នៅមានកម្រិតទាបក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបាល់ក្នុង PSF បានរាយការណ៍ថាសេវាសុខាភិបាលរបស់ពួកគេសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នៅមានកម្រិតទាបក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍
ភាគបែង	អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF

បំណាកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ១០% នៃអ្នកផ្តល់សេវាវាយតម្លៃថាសេវាសុខាភិបាល សម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នៅមានកម្រិតទាំប។ ទិន្នន័យយកប្រើដើម្បីកែលម្អ សេវាថៃទាំសុខភាពនៅក្នុងគ្លីនិក ART

ឧបសម្ព័ន្ធ ២ : ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗបីនៃការអនុវត្ត CQI

NCHADS គួរគ្រោងថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចំបងធំៗបី ដូចមានរាយខាងក្រោម ដើម្បីអនុវត្ត សកម្មភាពនានារបស់ CQI ប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព៖

១. សិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស ដែលនឹងគ្របដណ្តប់ប្រធានបទ៖

   ក. ការកែសម្រួលនិយាមបែបបទ CQI រួមទាំង វិធីសាស្ត្រសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា

   ខ. ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ៖ គុណភាពទិន្នន័យ ការប្រមូលទិន្នន័យ ការរៀបចំ និងបញ្ចូល ទិន្នន័យ ការវិភាគទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ។

២. សិក្ខាសាលាតាមដានពិនិត្យមើលលទ្ធផលការថៃទាំ និងព្យាបាលទៅតាមវដ្តផែនកា-អនុវត្ត-ពិនិត្យមើល-ធ្វើសកម្មភាពកែលម្អ។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននេះ គួររៀបចំឡើងជាទៀងទាត់រៀង រាល់ត្រីមាសដើម្បីពិនិត្យមើលជាបន្តទៅលើគុណភាពសេវារបស់គ្លីនិក ART ដែលឆ្លុះបញ្ចាំងពី លទ្ធផលរបស់សូចនាករទាំង ១៦ ដែលគ្លីនិកសម្រេចបាន។ ការត្រួតពិនិត្យនេះ នឹងកំណត់នូវភាព ខ្វះចន្លោះ បន្ទាប់មកគេរៀបចំផែនការអនុវត្តដើម្បីបំពេញការខ្វះខាត។

៣. តារាង/ក្រាហ្វិកបង្ហាញសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard)៖ តារាង ឬក្រាហ្វិកបង្ហាញ សូចនាករនេះអាចជួយក្រុម ART និង PASP តាមមើលសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ ឬ លទ្ធផលប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស វាជួយបំពេញបង្គ្រប់បន្ថែមទៅលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅ នឹងគ្លីនិក។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖ តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

(១) បញ្ហា (បញ្ហាដែលជាអាទិភាព)	(២) មូលហេតុ (មូលហេតុដែលបង្កបញ្ហា)	(៣) សំណើដំណោះស្រាយ (ការចាត់វិធានការចំពោះបញ្ហា)	(៤) អ្នកទទួលខុសត្រូវ	(៥) កាលកំណត់	(៦) សកម្មភាពបន្ត
ពិភាក្សានិងកំណត់អាទិភាពសូចនាករ ដោយផ្អែកលើភាពសំខាន់បន្ទាន់ និងអាចធ្វើទៅបាន។ រាយសូចនាករទាំងអស់ដែលយើងគិតថា ជាអាទិភាព។	ពិភាក្សាអំពីមូលហេតុទាំងអស់ដែលអាចបង្កបញ្ហា។ រាយមូលហេតុទាំងអស់ពីខាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកជំងឺ និងពីប្រព័ន្ធ។	ពិភាក្សាអំពីដំណោះស្រាយនានាដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រាយវិធានការដែលត្រូវប្រកាន់យកទាំងអស់ចំពោះមូលហេតុជាក់លាក់នីមួយៗ។	តើអ្នកណានឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះដំណោះស្រាយនីមួយៗ អាចជាបុគ្គល ឬជាក្រុម។	កំណត់ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើ និងបញ្ចប់នូវដំណោះស្រាយ	បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់ដំណោះស្រាយ បានធ្វើហើយ ឬមិនទាន់បានធ្វើ ឬកំពុងដំណើរការ

ឧបសម្ព័ន្ធ ៩ : ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

(១) បញ្ហា (បញ្ហាដែលជាអាទិភាព)	(២) មូលហេតុ (មូលហេតុដែលបង្កបញ្ហា)	(៣) សំណើដំណោះស្រាយ (ការចាត់វិធានការចំពោះបញ្ហា)	(៤) អ្នកទទួលខុសត្រូវ	(៥) កាលកំណត់	(៦) សកម្មភាពបន្ត (របាយការណ៍)
% ការមកពិនិត្យយឺតផុតថ្ងៃមានឱសថបម្រុងខ្ពស់	**ពីខាងអ្នកជំងឺ៖** - ខ្វះការគាំទ្រសម្រាប់ការធ្វើដំណើរមកគ្លីនិក - ធ្វើការឆ្ងាយពីផ្ទះ				
	- ភ្លេចថ្ងៃណាត់	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុម CAA ត្រូវមានបញ្ជីណាត់ជួប។ រៀបចំប្រព័ន្ធក្រើនរំលឹក និងរំលឹកអ្នកជំងឺពីរថ្ងៃ មុនថ្ងៃណាត់ជួប។	- ក្រុម CAA	- ថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- ពឹងផ្អែកលើការខ្ចីឱសថពីអ្នកដទៃ	- បញ្ជាក់ហើយបញ្ជាក់ទៀតឱ្យបានច្បាស់ដល់អ្នកជំងឺនៅរៀងរាល់ការប្រជុំ ថាមិនត្រូវខ្ចីឬឱ្យខ្ចីថ្នាំដល់អ្នកជំងឺផ្សេងទេ	- អ្នកផ្តល់សេវា	- ពេលប្រជុំបន្ទាប់នៅថ្ងៃ ...	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)
	- មិនយកចិត្តទុកដាក់នឹង ART ក្រពេក - យឺតច្រើនដង មិនហ៊ាន	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុម CAA ផ្តល់ប្រឹក្សាការអប់រំសុខភាព ដោយផ្តោតសំខាន់ទៅលើ	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុម CAA	- ក្នុងសប្តាហ៍នេះ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)

	មកជួបគ្រូពេទ្យ - មានអារម្មណ៍ថាសុខភាពល្អ	ប្រធានបទទាក់ទង (ការថែទាំសុខភាព ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវជាប់លាប់ របៀបរក្សាសុខភាពឱ្យនៅល្អ) និងចុះទៅសួរសុខទុក្ខដល់ផ្ទះឱ្យបានញឹកញាប់។			
	ខាងអ្នកផ្តល់សេវាៈ - ធ្វើការណាត់ជួបចំថ្ងៃឈប់សម្រាក	- បិទកាលវិភាគថ្ងៃឈប់សម្រាកនៅនឹងតុរបស់គ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងក្រុម CAA	អ្នកគ្រប់គ្រងគ្លីនិក	ថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- មិនបានធ្វើការណាត់ជួបលើកក្រោយ (គ្រូពេទ្យភ្លេច ឬក៏គាត់អវត្តមាន)	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុម CAA ពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងរៀបចំដាក់ ការរំលឹកសម្រាប់ការណាត់ ជួបលើកក្រោយ (ដូចខាងលើ)	ក្រុម CAA	ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃហ្នឹង	កំពុងដំណើរការ
	- មានបុគ្គលិកសុខាភិបាលតិច ប៉ុន្តែមានអ្នកជំងឺ ច្រើនមកពិនិត្យរាល់ថ្ងៃ	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើស យកមកដោះស្រាយទេ)			

	- ខ្វះខាតសៀវភៅណាត់ជួប របស់អ្នកជំងឺ	- ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងចែករំលែកព័ត៌មាន ជាទៀងទាត់ទាក់ទងនឹងបញ្ជីសារពើភ័ណ្ឌ (នៅពេលប្រជុំ)។ ធ្វើសំណើទាន់ពេល។	អ្នកគ្រប់គ្រងគ្លីនិក	ពេលប្រជុំលើកក្រោយ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)។
	- អ្នកជំងឺមិនឲ្យក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ចុះសួរសុខទុក្ខដល់ផ្ទះ	- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុម CAA ផ្តល់ប្រឹក្សា ការអប់រំសុខភាព ដោយផ្តោតសំខាន់ទៅលើប្រធានបទទាក់ទង (ការថែទាំសុខភាព ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវជាប់លាប់ របៀបរក្សាសុខភាពឱ្យនៅល្អ) នៅពេលរាល់ពេលប្រជុំ។ បញ្ជាក់គោលបំណងនៃការចុះសួរសុខទុក្ខឱ្យបានច្បាស់លាស់។	Counselor ក្រុម CAA	នៅរាល់ពេលធ្វើការអប់រំសុខភាព	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)។
	- ក្រុម CAA មានធនធានកំណត់លើការគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរ - Incentive comes late	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើស យកមកដោះស្រាយទេ)			

	- ខ្វះខាតថ្នាំ/សម្ភារៈប្រើប្រាស់។ System side: - ខ្វះខាតប្រព័ន្ធតាមដានការមកពិនិត្យរបស់អ្នកជំងឺ	 - ត្រូវស្រាវជ្រាវឱ្យបានច្បាស់លាស់ថែមទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់ពីផ្នែកជាក់លាក់ ដែលមិនមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដាន ការមកពិនិត្យរបស់អ្នកជំងឺ។	ប្រធានមន្ទីរពេទ្យនិងប្រធានគ្លីនិក/ផ្នែក	ក្នុងខែ ...(ឧទា. ខែតុលា)	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)។
	- ខ្វះខាត ទំនាក់ទំនងរវាងគ្រូពេទ្យ និងក្រុម CAA	-ធ្វើឱ្យដំណើរការជាប្រក្រតីឡើងវិញ នូវកិច្ចប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ក្រុម CAA។	ប្រធានគ្លីនិក/ផ្នែក	ចាប់ពីប្រជុំលើកក្រោយទៅ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)។
	- IT មិនពង្រីកការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់ការតាមដានអ្នកជំងឺឱ្យបានជាអតិបរមា	ត្រូវស្រាវជ្រាវឲ្យបានច្បាស់លាស់ថែមទៀត តើយើងចង់ប្រើយ៉ាងដូចម្តេច ហើយ IT អាចជួយយើងយ៉ាងដូចម្តេច	PASP ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ប្រធានគ្លីនិក/ប្រធានផ្នែក	ពេលប្រជុំលើកក្រោយ	មិនទាន់បានចាប់ផ្តើម។ នឹងត្រូវតាមមើល (ក្នុងរបាយការណ៍តាមដាន)។

	- ការទម្លាក់ថវិកាដែលសម្រាប់គាំទ្រសកម្មភាព CAA មានការយឺតយ៉ាវ ឬអាក់ខាន - បញ្ហាក្នុងការទំនាក់ទំនង នៅពេលធ្វើផែនការសម្រាប់ CAA។	(មិនត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកដោះស្រាយទេ)។			

ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត (ដំណោះស្រាយ និងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុងត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ)

សំណើដំណោះស្រាយ លេខ ...៖ ត្រូវស្រាវជ្រាវឱ្យបានច្បាស់ លាស់ថែមទៀតដើម្បីបញ្ជាក់ពីផ្នែកជាក់លាក់ដែលមិនមាន នៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដាន ការមកពិនិត្យរបស់អ្នកជំងឺ។	
1. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	ចាប់ផ្តើមហើយ (ឬនៅទេ)
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	នៅថ្ងៃ ២៨ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១២
3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	យើងបានបញ្ជាក់ជាក់លាក់នូវផ្នែកដែលមិនមាន។ គឺ ...
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈម ក្នុងការបំពេញសំណើ ដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មិនមានទេ
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការ បំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះ ដែរឬទេ?	មានការល្អមួយចំនួនដែលបានរៀន គឺ៖ - ... - ...
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូច ម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើ ដំណោះស្រាយនេះ?	យើងបានរកឃើញថា ផ្នែកដែលមិនមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធតាមដានអ្នកជំងឺនោះគឺ ...។ ហើយដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះយើងបាន លើកជាអនុសាសន៍ដូចខាងក្រោម។
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពី ការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	....
សំណើដំណោះស្រាយ លេខ ...៖ ធ្វើឱ្យដំណើរការជាប្រក្រតីឡើងវិញ នូវកិច្ចប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍ រវាងអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងក្រុម CAA	
2. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	

3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈម ក្នុងការបំពេញសំណើ ដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះ ដែរឬទេ?	
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូចម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើ ដំណោះស្រាយនេះ?	
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពីការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	

ឯកសារយោង

1. UNAIDS, UNAIDS Global Report. 2010.
2. http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cambodia; retrieved March 17, 2017

3. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KHM_narrative_report _2015.pdf Cambodia Country progress Report January-December, 2014.

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

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

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

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

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

9. NCHADS, Facility ART Report, Quarter 4, 2019.