ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

KINGDOM OF CAMBODIA

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

NATION RELIGION KING

របាយការណ៍ សកម្មភាពប្រយុទ្ធ នឹងជំងឺអេដស៍/កាមរោគ

ប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥

ANNUAL REPORT 2005

HIV/AIDS & STI PREVENTION AND CARE PROGRAMME

ក្រសួងសុខាភិបាល

MINISTRY OF HEALTH

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

NATIONAL CENTER FOR HIV/AIDS, DERMATOLOGY AND STD

មាតិកា

៙៚✷៙៚

ក. របាយការណ៍ទូទៅ

១. សេចក្តីផ្តើម

១. ទស្សនៈទូទៅ នៃស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ និងកាមរោគ នៅប្រទេសកម្ពុជា

២. សកម្មភាពជាអទិភាព របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ : ផែនការសកម្មភាពប្រតិបត្តិគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥

២. ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ

១. ការបញ្ចប់គំរោង ADB

២. លទ្ធកម្មនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV) និង ម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួនកោសិកា CD4

៣. ការចុះកិច្ចព្រមព្រៀង

៤. វដ្តនៃការធ្វើផែនការ និងការតាមដាន របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ

៥. ការចូលរួមក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

៦. ការជ្រើសរើស បុគ្គលិកកិច្ចសន្យា

៧. រចនាសម្ព័ន្ធ គ្រប់គ្រងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ

៨. ការវាយតំលៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភលទ្ធផលបំពេញការងារ (PBSI)

៩. របាយការណ៍នៃការអង្កេតតាមដាន

១០. កិច្ចប្រជុំរបស់ គណកម្មការដឹកនាំគំរោង (Steering Committees)

១១. ការពិនិត្យវាយតំលៃពីខាងក្រៅ (External Review)

១២. សាវនកម្ម (External Audit)

១៣. សន្និសិទ្ធអន្តរជាតិលើកទី ៧ នៅទីក្រុងកូបេ

១៤. ឧបសគ្គ និងការលំបាក

ខ. សមិទ្ធផលនៃកម្មវិធី

១. សកម្មភាពបង្ការ នៃមេរោគអេដស៍ /ជំងឺអេដស៍

២. សកម្មភាពថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

២.១ ការផ្តល់សេវា

២.១.១ សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់

២.១.២ សេវាថែទាំ និងព្យាបាល អ្នកជំងឺអេដស៍នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

- សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹង មេរោគអេដស៍
- ការគាំទ្រផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍

២.១.៣ សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍

២.២ អតិថិជនដែលបានគ្របដណ្តប់

២.២.១ ចំនួនអតិថិជនដែលមកទទួលសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់

២.២.២ ចំនួនអតិថិជនដែលមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនិងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹង មេរោគអេដស៍

២.២.៣ កម្មវិធីបង្ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក

២.២.៤ កិច្ចសហការរវាងកម្មវិធីរបេង/អេដស៍

៣. វគ្គបណ្តុះបណ្តាល :

៣.១.១ ផ្នែកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់

៣.១.២ ផ្នែកថែទាំ និងព្យាបាល និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

៣.១.៣ ការបង្ការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក

៤. ការឧបត្ថម្ភផ្នែកឱសថ និងសំភារៈបរិក្ខារ

៥. Normative Tools និងគោលការណ៍ណែនាំ

គ. របាយការណ៍ថវិកា

របាយការណ៍សកម្មភាពប្រយុទ្ធនឹងជម្ងឺអេដស៍_កាមរោគ
ប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥

ក. របាយការណ៍ទូទៅ :

១. សេចក្តីផ្តើម :

១.១ ទស្សនៈទូទៅ នៃស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ និង ជំងឺអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា

អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា មានការថយចុះក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុចាប់ពី ១៥ ទៅ ៤៩ឆ្នាំ គឺបានថយចុះពី ២,១% នៅឆ្នាំ២០០២ មក១,៩% នៅឆ្នាំ ២០០៣ និងមានប្រជាជនចំនួន ១២៣ ១០០ នាក់ ត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយដែល ក្នុងនោះ មាន ៤៧ % គឺជាស្ត្រី ។ ក្នុងចំណោម មនុស្សពេញវ័យសរុបទាំងអស់ ១៩ ៨១៤នាក់ ដែលនឹងក្លាយទៅជាអ្នកជំងឺអេដស៍ ។ តាមការប៉ាន់ស្មានរបស់ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានបង្ហាញថា មានកុមារប្រហែល ១២ ០០០ នាក់ ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ /ជំងឺ អេដស៍ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៣ ហើយចំនួននេះនឹងមានការប្រែប្រួល ។

១.២ សកម្មភាពជាអទិភាព របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥

នៅខែមេសាឆ្នាំ ២០០៤ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិបានរៀបចំវគ្គសិក្ខាសាលា ស្តីពីការរៀបចំធ្វើផែនការគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសំរាប់ឆ្នាំ ២០០៥ ដោយផ្អែកទៅតាមគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រថ្មី ឆ្នាំ ២០០៤-២០០៧ ដែលក្នុងនោះ មានការចូលរួមពីថ្នាក់ខេត្ត អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល និងស្ថាប័នផ្សេងៗជាដៃគូការងារ ដូចជា នាយកដ្ឋានផែនការ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង។ ជាមួយគ្នានេះដែរ វគ្គសិក្ខាសាលា ក៏បានរៀបចំទិសដៅ (targets) ប្រចាំឆ្នាំសំរាប់ថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ខេត្ត។ លទ្ធផលនៃវគ្គសិក្ខាសាលា នេះគឺសំរេច បានគំរោងផែនការឆ្នាំ ២០០៥ ហើយក៏ជាលើកទី១ ដែលមានបញ្ចូល នូវ inputs and expected outputs របស់អង្គការដៃគូការងារជាមួយកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ កាមរោគ នៅថ្នាក់ខេត្ត-ក្រុង។ គំរោងផែនការនេះ នឹងត្រូវយកទៅបញ្ចូលទៅក្នុងគំរោងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល សំរាប់គាំទ្រ ប្រព័ន្ធទ្រទ្រង់វិស័យសុខាភិបាល។

ជាលទ្ធផល យើងបានរៀបចំគំរោងផែនការសំរាប់ឆ្នាំ ២០០៥ ដោយផ្តោតទៅលើអាទិភាព ដូចខាង ក្រោមនេះ

- អនុវត្តន៍សកម្មភាពផ្អែកទៅតាមគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីបង្ការការរាលដាលជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ និងថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ ឆ្នាំ២០០៤-២០០៧

- បន្តបញ្ចូលគំរោងផែនការប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍កាមរោគ ទៅក្នុងគំរោងផែនការប្រតិបត្តិក្រសួង សុខាភិបាល (Annual Operational Plan)
- ពង្រឹងការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍តាមរយៈប្រព័ន្ធសេវាសុខាភិបាល
- ពង្រីកសេវាផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមដោយស្មគ្រ័ចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់
- ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនិងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីឱ្យសំរេចទិសដៅ 3 by 5
- ធានានូវកម្មវិធីបង្ការ
- ពង្រឹងប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃ
- ពង្រឹងសមត្ថភាពមន្ត្រីនៅថ្នាក់ជាតិ
- ពង្រឹងសមត្ថភាពមន្ត្រីនៅថ្នាក់ខេត្ត

ទាំងនោះគឺមិនមែនមានន័យថាមានការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនៅក្នុងឆ្នាំនេះទេ តែវាជាការបន្តការអនុវត្ត សកម្មភាព និង ពង្រឹងប្រពន្ធ័ការងារគ្រប់គ្រង ។ ចំណុចសំខាន់របស់គំរោងនោះ គឺៈ

- o ការអនុវត្តសកម្មភាពនៅថ្នាក់ជាតិ គឺការពង្រីកសេវា តាមរយៈការជួសជុល ឬសាងសង់អាគារ គ្លីនិកកាមរោគ, អាគារ ផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍, ធានាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ, សំភារៈប្រតិករ ឱ្យបានទាន់ពេលវេលា (ជាពិសេសគឺឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍) និងការបណ្តុះបណ្តាល (ជាពិសេសការបញ្ជាក់លើលទ្ធភាព ការរីកចំរើន នៃការផ្តល់សេវា ការព្យាបាល និង ថែទាំ) ។
- o ការអនុវត្តសកម្មភាពនៅថ្នាក់ខេត្ត គឺអនុវត្តទៅតាមគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្ត្របង្ការ និងថែទាំរួមមាន (ការងារអប់រំ ផ្សព្វផ្សាយ ការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត, កម្មវិធីប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ១០០% ការគ្រប់គ្រងនិងថែទាំជម្ងឺអេដស៍, កម្មវិធីថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត, សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមដោយស្មគ្រ័ចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់, ការព្យាបាលជម្ងឺ ដោយឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- o ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការសហការ សំរបសំរួល ការតាមដានត្រួតពិនិត្យ និងការគាំទ្រក្នុងការអនុវត្ត ដោយបន្តរៀបចំ គំរោងផែនការគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ, មានការចូលរួមពីដៃគូការងារ , និងបន្តធ្វើការអភិបាលការងារ និងការបង្កើន សមត្ថភាព, ពង្រឹងការតាមដាន និងរបាយការណ៍ តាមរយៈការផ្តល់ប្រាក់ ឧបត្ថម្ភលើកទឹកចិត្តតាមលទ្ធផលនៃការ បំពេញការងារ (PBSI).

គំរោងផែនការប្រចាំឆ្នាំ ២០០៥ នេះ រាប់ញ្ចូលទាំងប្រាក់ឧបត្ថម្ភ (PBSI) ផងនោះ មានថវិការសរុបទាំង អស់ ចំនួន ១៧,៨៤៨,៤៩១ ដុល្លា , ក្នុងនោះមានថវិកាប្រហែល៦០% គ្រប់គ្រងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ, និង៤០% គ្រប់គ្រងដោយអង្គការ ជាដៃគូការងារ ។

របាយការណ៍នេះ ពិពណ៌នា ពីសមិទ្ធផលដែលបានមកពីការអនុវត្តន៍ក្នុងគំរោងផែនការប្រចាំឆ្នាំ ។ ផ្នែកខ នៃរបាយការណ៍នេះ ពិពណ៌នា ពីសមិទ្ធផលកម្មវិធី ដោយធៀបទៅនឹងទិសដៅ នៃគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រ សំរាប់ឆ្នាំ ២០០៥ ផ្នែក គ នឹង សង្ខេបនូវរបាយការណ៍ ចំណាយទៅតាមប្រភពថវិកា ប្រៀបធៀបនឹងគំរោងនឹង គំរោងថវិកាប្រចាំឆ្នាំ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ។

២. ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ

២.១ ការបញ្ចប់គំរោង ADB : ទោះបីជាគំរោង ADB/JFPR " គំរោងសកម្មភាពសហគមន៍ សំរាប់ទប់ស្កាត់ការរីករាលដាល នៃជំងឺអេដស៍ " ត្រូវបានបញ្ចប់ នៅថ្ងៃ ទី ៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៤ ហើយក៏ដោយ តែនៅមានសកម្មភាពមួយចំនួនដែលនូវបន្តអនុវត្តក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ ទៀត ដូចជា ការសរសេរបញ្ចប់របាយការណ៍ នៃការអង្កេតវាយតំលៃបញ្ចប់គំរោង , របាយការណ៍បញ្ចប់គំរោង, ការវិភាគនិង របាយការណ៍ តំលៃគំរោង និងរៀបចំធ្វើរបាយការណ៍អំពីផលប៉ះពាល់របស់ គំរោង និងរៀបចំកិច្ចប្រជុំប្រចាំតំបន់ នៅខេត្តសៀមរាប និង ចូលរួមកិច្ចប្រជុំនៅទីក្រុងហាណូយ នៅក្នុងខែមិថុនា ។ មេរៀនបីសំខាន់ដែលបានទទួលពីការអនុវត្តគំរោង:

- រៀបចំកញ្ចប់បច្ចេកទេស ដែលដាក់ឱ្យប្រើនៅក្នុងប្រទេសទាំងបី ដែលបានពង្រីកច្រើន ឬតិច ទៅតាមទំហំការងារ, និងការធ្វើវិមជ្ឈការនៃកម្មវិធីបង្ការ និងថែទាំ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។
- ការរៀបចំធ្វើផែនការ ការធ្វើរបាយការណ៍ និង រៀបចំបង្កើតយន្តការក្នុងការ ចរាចរថវិកា
- ការគ្រប់គ្រងប្រចាំតំបន់, ប៉ុន្តែនិតិវិធីនៃការអនុវត្តន៍នៅក្នុងប្រទេសត្រូវបានបង្កើតឡើង ដែល មាន លក្ខណៈសមស្របទៅតាមប្រទេសនិមួយៗ។

ថវិកាសរុបចំនួន ១,៧លាន ដុល្លាអាមេរិក ដែលបានផ្តល់ដល់ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានចំណាយអស់ ហើយបានធ្វើសាវនកម្មត្រឹមត្រូវ , ហើយបទពិសោធន៍នេះ បានបង្កើននូវសមត្ថភាព ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

២.២ ការធ្វើលទ្ធកម្មនៃ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និង ម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួនកោសិកា CD4

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ :

លទ្ធកម្មនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានចាប់ផ្តើមនៅឆ្នាំ ២០០៤ ប៉ុន្តែបានចំណាយពេលវេលាយូរជាងការរំពឹងគិត ដោយសារតែវា ជាដំណើរការមួយថ្មី ហើយតំរូវឱ្យមានបទពិសោធន៍ជាច្រើនពាក់ព័ន្ធលើគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់។ ការពន្យារពេល បញ្ចប់គំរោងធនាគារអភិវឌ្ឍន៍អាស៊ី ត្រូវបានយល់ព្រមហើយ នឹងការយល់ព្រមផ្សេងៗទៀតពីគំរោង DFID, GFATM និងម្ចាស់ជំនួយផ្សេងៗទៀត ដែលមានចាំបាច់នៅពេលដែលដំណើរការត្រូវបានអភិវឌ្ឍន៍។ បន្ថែមលើនេះទៀត ក៏ត្រូវបានទទួលការយល់ព្រមផងដែរថា ការងារលទ្ធកម្មនេះត្រូវបានធ្វើឡើងឱ្យស្របពេល គ្នាជាមួយនឹង លទ្ធកម្មឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍របស់ HSSP /WB។ ការផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់នៃឱសថ

ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលមានតំលៃសរុប $៥០៨.៩៦០ ត្រូវបានបញ្ចប់នាពាក់ កណ្តាលឆ្នាំ ២០០៥។ នេះគឺជា សមិទ្ធិផល មួយយ៉ាងសំខាន់។ ប្រទេសកម្ពុជាគឺជាប្រទេសទី ១ ក្នុងចំនោមប្រទេសផ្សេងៗ នៅក្នុងតំបន់អាស៊ី ដែលបានទទួលការបង្ហាញ សំរាប់ការងារលទ្ធកម្មដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងការគ្រប់គ្រងឱសថទាំងនេះ នៅថ្នាក់ស្រុក ទាំងអស់។ តួនាទីរបស់ Clinton Foundation មានសារៈសំខាន់ណាស់ ក្នុងការជួយលើការងារលទ្ធកម្មនេះ។

Supplier	ADB/DFID etc Consortium	World Bank (HSSP)	Total
GSK	$17,833		$17,833
CIPLA	$153,266	$48,589	$201,855
Hetero	$14,867	$7,265	$22,132
BMS	$31,425	$9,978	$41,403
Abbott/MEGA	$63,006	$64,493	$127,499
BI	$26,512	$8,820	$35,332
Merck		$45,028	$45,028
Strides		$17,878	$17,878
Total	**$306,909**	**$202,051**	**$508,960**

ម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួនកោសិកា CD4:

លទ្ធកម្មម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 គឺបានប្រើពេលវេលាសមស្រប មានលក្ខណៈផ្តួចផ្តើម ហើយទទួលបាន ជោគជ័យ។ ជាថ្មីម្តងទៀត Clinton Foundation បានផ្តល់នូវជំនួយបច្ចេកទេសដ៏មានសារៈប្រយោជន៍ ដោយបានសំរបសំរួល ក្នុងការបង្វែរពីការទិញ ($ ៤៥. ០០០ ក្នុងម៉ាស៊ីនមួយគ្រឿង) មកត្រឹម ចំណាយលើតំលៃ ប្រតិករប៉ុណ្ណោះ ហើ តំលៃ ម៉ាស៊ីនចុះមកត្រឹមតែ $ ២. ០០០ នៅចុងឆ្នាំទីបី។ ការចចារ បានឯកភាពលើតំលៃ $ ១៥៩. ២៦៥ ក្នុងមួយឆ្នាំ សំរាប់ម៉ាស៊ីន និងប្រតិករ។ នៅពាក់កណ្តាលខែសីហា ២០០៥ ម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ចំនួន ៤គ្រឿង (CD4 FacsCount machine) ត្រូវបានដាក់នៅនឹង កន្លែង នៅក្នុង ៤ តំបន់ផ្សេងៗ (បាត់ដំបង តាកែវ កំពង់ចាម និង វិទ្យាស្ថានជាតិស្រាវជ្រាវ សុខភាពសាធារណៈ) ក្នុងការផ្តល់នូវសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់គ្រប់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្តទាំងអស់។

២.៣ ការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង

កំឡុងពេលនៃការចចារប្រចាំឆ្នាំ ត្រូវបានធ្វើឡើងជាមួយ មូលនិធិ Clinton (CHAI) និងមាន អនុសារណៈ មួយបានចុះហត្ថលេខារវាងក្រសួងសុខាភិបាល និង មូលនិធិ CHAI ។ ក្រោយពីបានចុះអនុសារណៈ យើងបានទទួល ផលប្រយោជន៍ ភ្លាមតាមរយៈការគាំទ្រពីមូលនិធិ CHAI ចំពោះការធ្វើលទ្ធកម្ម ម៉ាស៊ីនរាប់ចំនួន កោសិកា CD4។ មូលនិធិ

CHAI មានវត្តមានជាផ្លូវការមួយនៅក្នុងប្រទេស ដែលតាំង នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ។ នៅចុងឆ្នាំ អនុសារណៈមួយ ត្រូវបានចុះហត្ថលេខារវាង ក្រសួងសុខាភិបាល និង មូលនិធិថែទាំសុខភាព អ្នកជំងឺអេដស៍ (AHF) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និងកិច្ចប្រមព្រៀង មួយរវាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ជាមួយនឹងមូលនិធិថែទាំសុខភាព អ្នកជំងឺអេដស៍ ដើម្បីធ្វើការទ្រទ្រង់លើសេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត នៅក្នុងខេត្តចំនួន ៣ (កំពង់ធំ ក្រចេះ និង រតនះគិរី) ។

២.៤ ការធ្វើផែនការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ:

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានបញ្ចប់នូវផែនការសកម្មភាព សំរាប់ឆ្នាំ ២០០៥ និង បានបញ្ជូនទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីធ្វើការបញ្ចូលទៅក្នុងផែនការប្រតិត្តិប្រចាំ ឆ្នាំរបស់ HSSP ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគក៏បានរៀបចំវគ្គ សិក្ខាសាលា ស្តីពីការធ្វើគំរោងផែនការ ប្រចាំឆ្នាំ ២០០៦។ ជាងនេះទៀត មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក៏បានរៀបចំវគ្គសិក្ខាសាលារយៈពេល៣ថ្ងៃ នៅក្រុងព្រះសីហនុ ដើម្បី រៀបចំផែនការរំកិល របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងពិនិត្យឡើងវិញនូវ ទិសដៅ និងអាំងឌីកាទ័រសំរាប់ឆ្នាំក្រោយ។ វិក្ខាសាលាស្តីពីការ សំរបសំរួលការងារ ប្រចាំឆ្នាំត្រូវបានរៀបចំឡើងកាល ពីខែកញ្ញា។ ហើយ សិក្ខាសាលាស្តីពីការធ្វើផែនការរបស់ មូលនិធិសកល (GFATM) ត្រូវបានរៀបចំឡើងក្នុងខែ កក្កដា កន្លង ទៅនេះ។

២.៥ការចូលរួមក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្រ្តរបស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍បានធ្វើការសំរេចចិត្តពិនិត្យឡើងវិញ នូវគំរោងផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត ជាតិ។ ក្នុងនាមជាសមាជិកសំខាន់មួយ របស់អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគបាន ទទួលខុសត្រូវលើការពិនិត្យឡើងវិញ នូវសកម្មភាព ទាក់ទងនឹង សកម្មភាពថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍។

២.៦ ការជ្រើសរើសបុគ្គលិកកិច្ចសន្យាបន្ថែម:

ដើម្បីបំពេញនូវសេចក្តីត្រូវការនៃការពង្រីក និងការរីកចំរើននៃកម្មវិធីរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ កំនត់លើផែនទី ដែលបានបង្ហាញទៅកាន់ក្រុមផ្តល់យោបល់ លើការត្រួតពិនិត្យ តាមដាន (MAT) និង DFID មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានជ្រើសរើសនូវ បុគ្គលិកកិច្ចសន្យាមួយចំនួន ដើម្បីបំពេញនូវតំរូវការពិសេស នៃកម្មវិធី (សូមអាន នៅខាងក្រោម) : បុគ្គលិក ដែលបានជ្រើសរើសមានជំនួយការគណនេយ្យចំនួន ១៤ រូប មន្ត្រីគ្រប់គ្រង ទិន្នន័យចំនួន ៧ រូប ជំនួយការ លទ្ធកម្មមាន ចំនួន ៥ រូប និង មន្ត្រីផ្នែកសំភារៈបរិក្ខារចំនួន ២ រូប។

២.៧ រចនាសម្ព័ន្ធ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ :

ក្នុងឆ្នាំនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ បានការរៀបចំពិនិត្យឡើងវិញនូវរចនាសម្ព័ន្ធមួយចំនួន

- ដើម្បីធ្វើការឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការជាបន្ទាន់ សំរាប់ការស្រង់ចំនួនលើអ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ហើយផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ត្រូវបានបង្កើតឡើង។ មន្ត្រីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ កិច្ចសន្យា ចំនួន ២ រូប ត្រូវបានជ្រើសរើស និង ដាក់អោយបំរើការងារនៅក្នុងផ្នែកនេះ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានផ្តល់នូវទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស មួយរូបដែលមកធ្វើការក្នុងរយៈពេលវែង នៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ដើម្បីធ្វើការជាមួយគ្នា និង ជួយការងារនៅផ្នែកនេះ។
- ដើម្បីធានាថាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មានជាប្រចាំប៉ុន្តែក៏មានការពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការព្យាករណ៍ ការងារលទ្ធកម្ម និង លើការផ្គត់ផ្គង់លើសំភារៈបរិក្ខារ និង ឱសថសំរាប់កម្មវិធីទាំង អស់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងដោយមានការគាំទ្រ ពីសំណាក់មូលនិធិ Clinton (CHAI) ផ្នែកសំភារៈបរិក្ខារថ្មីមួយត្រូវបានបង្កើតឡើង។ ហើយដោយសារមានការគាំទ្រពីមូលនិធិ CHAI មន្ត្រីគ្រប់គ្រងសំភារៈបរិក្ខារកិច្ចសន្យាចំនួន ៣ រូប ត្រូវបានជ្រើសរើសអោយបំរើការងារនៅផ្នែកនេះ។ មូលនិធិ CHAI កំពុងតែផ្តល់នូវប្រឹក្សាបច្ចេកទេស និង ការគាំទ្រចំពោះផ្នែកនេះ។ នៅដើមឆ្នាំ ២០០៥ មានក្រុមមួយដែលដឹកនាំដោយអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា បំរើការរយៈពេលខ្លី ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសឡើង ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ជាមួយនឹងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងសំភារៈបរិក្ខារ មកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ អេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ពីមូលនិធិ CHAI និង អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ជនជាតិបារាំង មួយរូបមកពី Dept of Pharmacy និង ដោយមានការចូលរួមពីការិយាល័យឱសថសាវន្ត័ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល បានធ្វើការវាយតំលៃមួយលើប្រព័ន្ធសំភារៈបរិក្ខារដែល តំរូវ ចំពោះឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺឱកាសនិយម និងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលឱសថទាំងនោះ ចាប់ផ្តើម មានសំរាប់កម្មវិធីរបស់ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ។
- ដើម្បីពង្រឹងប្រព័ន្ធការធ្វើផែនការ និង ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន ផ្នែកត្រួតពិនិត្យតាមដាន និងវាយតំលៃ ត្រូវបានធ្វើការដាក់បញ្ចូលគ្នាជាថ្មីជាមួយនឹងផ្នែកផែនការ ដើម្បីបង្កើតជាផ្នែកផែនការ ត្រួតពិនិត្យតាមដាន និង របាយការណ៍។

មានការជាប់ទាក់ទងមួយចំនួនបានកើតឡើងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ជាជំហានដំបូងគឺតំរូវការដើម្បីធ្វើការកែសំរួលនូវទំរង់ផែនការ និង លេខកូដគណនេយ្យរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ។ នេះក៏ជាឱកាសមួយផងដែរដើម្បីធ្វើអោយដើរទាន់នូវបច្ចេកវិជ្ជា ចំពោះការវិភាគ ការងារតាមមុខងារ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ដែលការងារនេះកំពុងតែដំណើរការ។ ជាងនេះទៀត មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ បានចាប់ផ្តើមធ្វើការបែងចែកថវិកាចំបង១នៃ ផែនការប្រចាំឆ្នាំ និង ប្រចាំត្រីមាស ទៅតាមសកម្មភាព។ ការធ្វើបែបនេះមាន គោលបំណងដើម្បីជួយសំរួលដល់ផ្នែកផ្សេង១ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ ក្នុងការធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវពេលវេលា ការធ្វើផែនការ និង ការគ្រប់គ្រង

ការងារ និង ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវប្រសិទ្ធិភាពប្រតិបត្តិការទូទៅ។ ការងារនេះ ក៏ពាក់ព័ន្ធផងដែរក្នុងការបន្តកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង ដើម្បីកំនត់នូវអាំងឌីកាទ័រដែលមានលក្ខណៈស្តង់ដារ ដើម្បីស្រង់យក លទ្ធផលសំរាប់ធ្វើរបាយការណ៍ ហើយក៏ផ្សារភ្ជាប់ទៅនឹងរបាយការណ៍ input ហិរញ្ញវត្ថុ។ អាំងឌីកាទ័រនៃ Impact និង Outcome របស់ផែនការយុទ្ធសាស្រ្ត ត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និងកែសំរួល ហើយសឹងតែត្រូវបានបញ្ចប់តាមរយៈ ក្រុមការងារ បច្ចេកទេសត្រួតពិនិត្យ តាមដាន និង វាយតំលៃ។ ពន្ថែមពីនេះទៀត ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ បានគ្រប់គ្រង លើការរក្សាទិន្នន័យជាមូលដ្ឋាន របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យសេវាកាមរោគ និង ទិន្នន័យការអង្កេតអកម្ម ផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវ បានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃ របាយការណ៍ ។ ការដាក់បញ្ចូលនៃរបាយការណ៍ ដែលបានមកពី សកម្មភាពជាក់លាក់ (ការបណ្តុះបណ្តាល និង កិច្ចប្រជុំ) និងកំនត់ហេតុដែលបានមកពីកិច្ចប្រជុំនៃក្រុមការងារបច្ចេកទេសផ្សេងៗ ទៅក្នុងរបាយការណ៍ ប្រចាំត្រីមាសត្រូវបានចាប់ផ្តើមអនុវត្តន៏។ ការដាក់បញ្ចូលនូវប្រភេទពិតមានបន្ថែមទាំងនេះ បានក្លាយជាលក្ខណៈស្តង់ដារ និង ជាប្រចាំ ហើយវាគឺជាការចូលរួមជាវិជ្ជមាន មួយឆ្ពោះទៅរកការពង្រឹងលើ ការងារ គ្រប់គ្រងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ។

២.៨ ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដោយផ្អែកលើលទ្ធផលបំពេញការងារ (PBSI)

សំរាប់ការងារ PBSI របស់មន្រ្តីនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលវាយតំលៃលើការងារ បានសំរេចចិត្តធ្វើការកែសំរួលនូវ អាំងឌីកាទ័រដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងលទ្ធផលសំរេចបាន និងផែនការដែលបានលើកឡើង។ ផ្អែកលើការបង្ហាញជូន Steering Committee នៅក្នុងខែមិថុនា PBSI ថ្នាក់ខេត្តត្រូវបានពង្រីក។ ការពង្រីកនៃការងារ PBSI បានលើកឡើងនូវបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការគ្រប់គ្រងនៃ PBSI ថ្នាក់ខេត្ត ការរួបរួមគ្នា ក្នុងការងារគ្រប់គ្រងនៃ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធ នឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ និង PBSI ថ្នាក់ខេត្ត។ បញ្ហា និង ជោគជ័យនៃការងារ PBSI ត្រូវបានបង្ហាញជូន DFID Steering Committee នៅក្នុងខែ ធ្នូ ២០០៥។ នៅដើមឆ្នាំ ២០០៦ បុគ្គលិកកិច្ចសន្យា ១ រូបត្រូវបានជ្រើសរើស ដើម្បីធ្វើការគ្រប់គ្រងការងារ PBSI ថ្នាក់ខេត្ត សំរាប់វាយតំលៃលទ្ធផលបំពេញការងារ ហើយបុគ្គលិក នេះបានទទួលការគាំទ្រថវិកាពីមូលនិធិសកល ។

២.៩ របាយការណ៍នៃការអង្កេតតាមដាន

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ លើស្ត្រីកម្ពុជាវ័យក្មេង : នៅខែមិថុនា លទ្ធផលនៃការសិក្សារយៈពេលវែងនេះ បានផ្សព្វផ្សាយដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ សហការជាមួយមហាវិទ្យាល័យ UCLA and Brown នៅសហរដ្ឋ អាមេរិក , ការសិក្សានេះបានផ្តោតទៅលើក្រុមកម្មការីនីរោងចក្រកាត់ដេរ។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ បានសន្និដ្ឋានថា " អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ និង Herpes Simplex Viral VII មានកំរិតទាប និងមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខតិចតួច នៅក្នុងចំណោមកម្មកររោងចក្រ ....ហើយ កម្មការីនីរោងចក្រ ពុំមែនជាក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ទេ។

លទ្ធផលដំបូងនៃការអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគ ត្រូវបានលើកយកមកពិនិត្យ និងពិភាក្សា នៅក្នុងរង្វង់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិហើយទិន្នន័យនេះបានបន្តពិនិត្យឡើងវិញ ដើម្បីធានានូវគុណភាពដោយបានផ្ញើរ Sample សំរាប់ត្រួតពិនិត្យ

គុណភាព ទៅ CDC Atlanta ។ លទ្ធផលនេះ បានចោទសួរនូវសំនួរខ្លះ លើយុទ្ធសាស្ត្រនិងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកាមរោគដែលមានស្រាប់ ដែលនឹងតំរូវឱ្យមានការឆ្លើយតបយ៉ាងប្រុង ប្រយត្ន័។

របាយការណ៏នៃការអង្កេតការប្រព្រឹត្ត ផ្លូវភេទឆ្នាំ២០០៣ ត្រូវបានបញ្ចប់ និងផ្សព្វផ្សាយនៅក្នុង វិបសាយ របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ហើយក៏មានបោះពុម្ពជាសៀវភៅដែលមានទុកនៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិដែរ។

បន្តការរៀបចំរបាយការណ៏នៃការអង្កេតអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៏ឆ្នាំ២០០៣ជាមួយនឹងជំនួយការមកពី អង្គការសុខភាពគ្រួសារអន្តរជាតិ។

២.១០ កិច្ចប្រជុំរបស់ គណកម្មការដឹកនាំគំរោង (Steering Committees)

កិច្ចប្រជុំរបស់គណកម្មការដឹកនាំគំរោង DFID និងគំរោង EUROPAID បានប្រព្រឹត្តទៅតាម ផែនការដែលបានគ្រោងទុក គឺគំរោង DFID កិច្ចប្រជុំនេះធ្វើនៅខែ មិថុនា និងខែធ្នូ ចំណែកគំរោង EUROPAID ធ្វើនៅខែមករា និងខែកញ្ញា ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិមានការពេញចិត្តចំពោះកិច្ចប្រជុំ គណកម្មការនេះ ដោយបានធ្វើការបង្ហាញ និងស្នាដៃរបស់ ខ្លួន។

២.១១ ការពិនិត្យវាយតំលៃពីខាងក្រៅ (External Review)

- **ក្រុមផ្តល់បច្ចេកទេសតាមដាន របស់គំរោង DFID**

  ក្រុមផ្តល់បច្ចេកទេសតាមដាន បានមកទស្សនៈកិច្ច នៅខែមេសា-ឧសភា, និងម្តងទៀតនៅ ខែតុលា ។

- **ការវាយតំលៃពាក់កណ្តាលគំរោងរបស់គំរោង EUROPAID**

  ការវាយតំលៃនេះ បានធ្វើនៅខែធ្នូ ដោយជំនួយការក្រុមការងារមកពីក្រៅ។

- **CDC-GAP/PEPFAR:**

  ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានជ្រើសរើសចូលជាប្រទេសទទួលជំនួយពី PEPFAR ហើយក្រុមនេះបានមកទស្សនៈកិច្ច នៅប្រទេសកម្ពុជានៅខែតុលាដើម្បីពិនិត្យសកម្មភាពរបស់អង្គការ USAID និង CDC-GAP.

២.១២ សវនកម្ម (External Audit)

ការធ្វើសាវនកម្មរបស់គំរោង DFID, CDC-GAP.និង ADB បានប្រព្រឹត្តទៅរៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយពុំដែលមាន បញ្ហាអ្វីកើតមានឡើងក្នុងពេលធ្វើសាវនកម្មនេះទេ។

២.១៣ សន្និសិទ្ធអន្តរជាតិស្តីពីជំងឺអេដស៏លើកទី ៧ នៅទីក្រុងកូបេ

មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិមួយចំនួន និងទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស បានទៅចូលរួមសន្និសិទ្ធអន្តរជាតិស្តីពីជំងឺ អេដស៏លើកទី ៧ នៅទីក្រុងកូបេ ហើយបន្ទាប់មកនៅ Rio Conference.

២.១៤ ឧបសគ្គ និងការលំបាក

- ការពង្រីកសេវាថែទាំ និងព្យាបាល លឿនតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើបាន,នៅក្នុងសមត្ថភាព នៃប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ដោយធានានូវគុណភាពសមស្រប និរន្តភាព និងមាន ប្រសិទ្ធភាព យូរអង្វែង
- ពង្រឹងការប្រពន្ធ័គ្រប់គ្រង និងប្រព័ន្ធរដ្ឋបាល ដើម្បីសំរេចនូវគោលបំណងប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាព និងផលល្អ ក្នុងបរិយាកាសការងារមួយដ៏សមស្រប ។

ខ. សមិទ្ធផលនៃកម្មវិធី

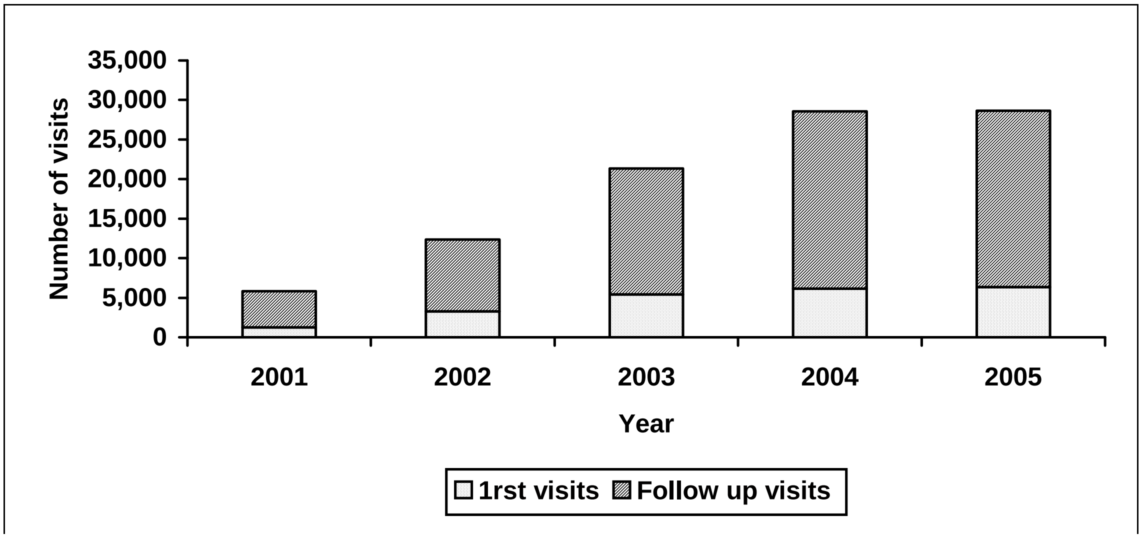
១. សកម្មភាពនៃការទប់ស្កាត់ជំងឺអេដស៍

សកម្មភាពនៃការទប់ស្កាត់ជំងឺអេដស៍ មានរួមបញ្ចូលទាំងសេវាសំរាប់ការគ្រប់គ្រងការថែទាំជំងឺកាមរោគ(STI) និងសកម្ម ភាព នៃការផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបទនៃការប្រព្រឹត្តរបស់ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ ។

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ ១៩៩៩ ក្រសួងសុខាភិបាលបានអនុញ្ញាតអោយមានការដាក់បញ្ចូលសេវាថែទាំជំងឺកាមរោគ ទៅក្នុង មណ្ឌលសុខភាព សំរាប់ផ្តល់សេវាដល់អតិថិជនដែលជាក្រុមប្រជាជនទូទៅ និងគ្លីនិកកាមរោគ (specialized STI clinic) ផ្តល់សេវា ដល់អតិថិជន ដែលជាក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ ។ សេវាថែទាំជំងឺកាមរោគត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងមណ្ឌល សុខភាពបឋម ចំនួន ៥៧៩កន្លែង (៦០ ភាគរយ) នៃចំនួនមណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ដែលមានចំនួន ៩៦៦ ។ គ្លីនិកកាមរោគ (specialized STI clinic) មានចំនួន ៣០កន្លែង ដែលបានដាក់ពង្រាយនៅតាមបណ្តាខេត្តក្រុងចំនួន ២២ ក្នុងចំណោមខេត្ត-ក្រុងទាំង ២៤។ គ្លីនិកីកាមរោគនេះ (specialized STI clinic) ផ្តល់សេវាព្យាបាលសំរាប់ស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទនៅតាមផ្ទះបន និងទៅដល់ស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយប្រយោល ដែលជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្ររបស់កម្មវិធីប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ១០០% ។ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៤ គ្លីនិកកាមរោគទាំង ៣០នេះ មានគ្លីនិកចំនួន ៧ ដែលបានបំពាក់នូវឧបករណ៍បន្ថែម សំរាប់មន្ទីរពិសោធន៏ ដែលអាចធ្វើតេស្ត RPR និង តេស្តមន្ទីរពិសោធន៏សាមញ្ញ ។ មកដល់ចុងឆ្នាំ ២០០៥ មានគ្លីនិកចំនួន ២៦កន្លែង (៨៦.៧ភាគរយ) ដែលបានទទួលការបំពាក់នូវឧបករណ៏មន្ទីរពិសោធន៏នេះ (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី១របស់ផ្នែកគ្រប់គ្រង ជំងឺកាមរោគ)។ ដោយមានការជំនួយពីផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៏នេះបានអនុញ្ញាតអោយគ្លីនិកកាមរោគ (specialized STI clinic) អាចប្រើប្រាស់នូវគំនូសបំព្រួញសំរាប់ការគ្រប់គ្រងថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ដោយពឹងផ្អែកទៅលើចង្កោមរោគសញ្ញា ឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងសំរាប់ក្រុមប្រជាជន ដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ ។

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ នេះចំនួនស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ ដែលបានមកពិនិត្យជំងឺកាមរោគនៅគ្លីនិកមានចំនួន ២៨៦៥៦លើក ក្នុងនោះមាន អ្នកមកពិនិត្យជំងឺដំបូងចំនួន ៦៣៦៦លើក និងការមកពិនិត្យតាមដានជំងឺប្រចាំខែ មានចំនួន

២២២៩០លើក ។ ចំនួននៃការមកពិនិត្យជំងឺប្រចាំឆ្នាំរបស់ស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវ ភេទដោយផ្ទាល់នៅគ្លីនិកកាមរោគ មានការកើនឡើងពីឆ្នាំ ២០០១ ដល់ ២០០៤ ហើយចាប់ពីពេលនោះ មកឆ្នាំ ២០០៥ មានភាពថេរ ។



រូបទី១: *ការប្រែប្រួលនៃចំនួនស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទមកពិនិត្យជំងឺនៅគ្លីនិកកាមរោគពិសេសពីឆ្នាំ ២០០១ ដល់ ២០០៥*

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ ក្នុងចំណោមស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ ៦២៦៦ ដែលមកពិនិត្យជំងឺដំបូងនៅគ្លីនិកកាមរោគ (specialized STI clinic) មាន ៤៤៥៤នាក់ (៧១.១ភាគរយ) ដែលបានពិនិត្យឃើញថា មានជំងឺកាមរោគ ដែលនៅក្នុងនោះរួមមាន ជំងឺរលាក មាត់ស្បូន ១៧៣៦ (២៧.៣ភាគរយ)។ ហើយនៅក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមកពិនិត្យតាមដានចំនួន ២២២៩០លើក មាន ៦៨៧៥ (៣០.៨ភាគរយ) ដែលបានពិនិត្យឃើញថាមានជំងឺកាមរោគ ហើយក្នុងចំណោមនោះមាន ២៤៣៦ (១០.៩ ភាគ រយ) មានជំងឺរលាកមាត់ស្បូន (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីការទ័រទី២របស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងជំងឺកាមរោគ)។ អត្រានៃអ្នកកើតជំងឺរលាក មាត់ស្បូនដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ អាចមានចំនួនតិចជាងចំនួនដែលមានពិតប្រាកដ ។ ផលវិបាកនេះ កើតមានឡើងដោយសារមានការយល់ច្រលំទៅលើការបកស្រាយពង្រាងអនុស្សរណៈស្តីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺកាមរោគ សំរាប់នារីរកស៊ីផ្លូវភេទរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ នៅក្នុងខែ តុលា ឆ្នាំ ២០០៥ មានការណែនាំឡើងវិញដើម្បីកែតំរូវ ក្នុងការយល់ច្រលំចំពោះការបកស្រាយនេះ។ ដូចនេះហើយអត្រានៃអ្នកកើតជំងឺរលាកមាត់ស្បូន ក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទក្នុងឆ្នាំ ២០០៦ នឹងមានចំនួនខ្ពស់ជាងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥។ ចំណុចដែលគួរអោយកត់សំគាល់សំខាន់មួយដែរនោះ គឺ អត្រានៃអ្នកកើតជំងឺរលាកមាត់ ស្បូនដែលបានមកពីគ្លីនិកជំងឺកាមរោគនោះ គឺ ពឹងផ្អែកលើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយសន្មត់រួមបញ្ចូល ជាមួយកត្តាវាយតំលៃការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ និងសញ្ញាគ្លីនិក ។ ពង្រាងអនុស្សរណៈស្តីពីការគ្រប់គ្រងជំងឺកាមរោគ សំរាប់នារីរកស៊ីផ្លូវភេទ

នឹងត្រូវបានដាក់អោយមានសុពលភាពនៅចុងឆ្នាំ ២០០៦ ។ តួលេខទាំងនេះនឹងត្រូវយកមកប្រៀបធៀបជាមួយនឹងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់របស់ជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទ ដែលបានមកពីការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគ (SSS) ដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ (លទ្ធផលនឹងផ្សព្វផ្សាយនៅដើមឆ្នាំ ២០០៦) ។

នៅក្នុងតារាងទី១ខាងក្រោម នឹងបង្ហាញពីករណីជំងឺថ្មី (ជំងឺរលាកទ្វារមាស និងជំងឺរលាកមាត់ស្បូន) ដែលកើតមានឡើងលើនារីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ ដែលបានមកពិនិត្យលើកដំបូង រឺការមកពិនិត្យតាមដានបន្ត ។ ក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ ដែលបានពិនិត្យថាមានជំងឺកាមរោគ មាន ៣៥.៤ភាគរយ មានជំងឺរលាកមាត់ស្បូននៅពេលមកពិនិត្យតាមដាន ជំងឺធៀបនឹង ៣៩ ភាគរយ ដែលបានរកឃើញនៅពេលពិនិត្យដំបូង (p<0.001) ។

ចង្កោមរោគសញ្ញា	ករណីជំងឺកាមរោគថ្មី នៅក្នុងពេលមកពិនិត្យដំបូង N= 4,454 No. (%)	ករណីជំងឺកាមរោគថ្មី នៅក្នុងពេលមកពិនិត្យតាមដានជំងឺ N= 6,875 No. (%)	
Vaginal discharge :			
រលាកទ្វារមាស	2,580 (58.0)	4,109 (59.8)	
រលាកមាត់ស្បូន	1,736 (39.0)	2,436 (35.4)	p<0.001
Lower abdominal pain (PID)	33 (0.7)	58 (0.8)	
ដំបៅលើប្រដាប់បន្តពូជ	28 (0.6)	53 (0.8)	
សិរមាន់លើប្រដាប់បន្តពូជ	27 (0.6)	106 (1.5)	
ផ្សេងៗ	50 (1.1)	113 (1.6)	

***តារាងទី១**: ករណីថ្មីរបស់ជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមនារីរកស៊ីផ្លូវភេទដែលបានមកពិនិត្យនៅគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងឆ្នាំ២០០៥ ។*

២. សេវាថែទាំសំរាប់អ្នកផ្ទុក HIV/AIDS (PLHA)

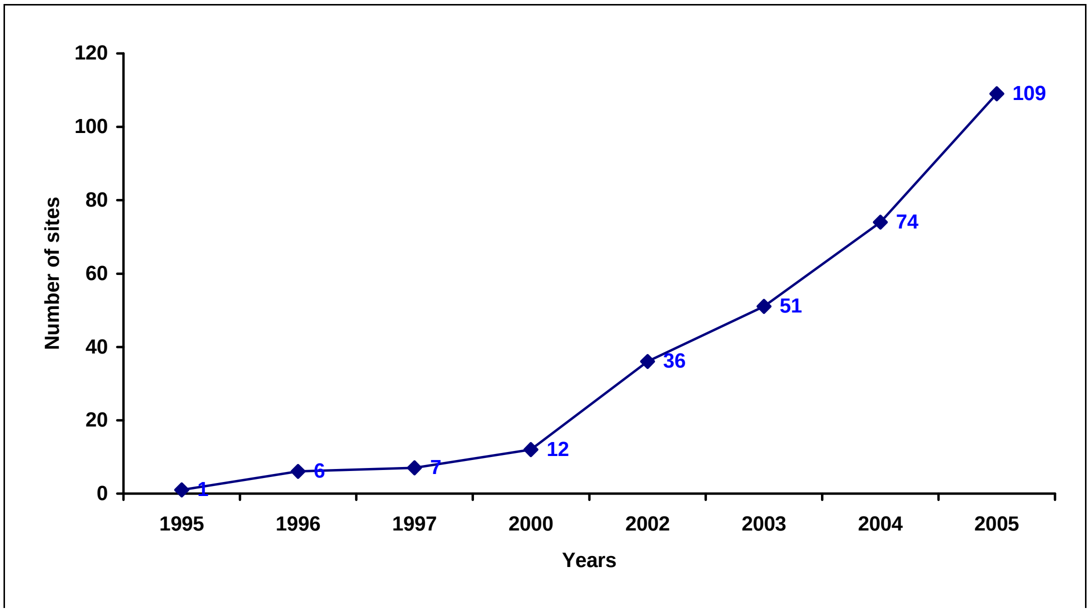
២.១ សេវាកម្មដែលអាចរកបាន

គម្រោងសំរាប់ផ្តល់នូវការថែទាំដល់អ្នកផ្ទុក និងអ្នកជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា គឺជាសេវាថែទាំព្យាបាលបន្ត ដែលរួមមាន: (1) សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ VCCT ដែលជាចំណុចដំបូងសំរាប់ការការពារ និងថែទាំជំងឺអេដស៍; (2) សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមមន្ទីរពេទ្យ (មានផ្តល់សេវា OI/ART សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ មន្ទីរពិសោធន៍ ការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍ និង ការបង្ការការចំលងពីមាតាទៅទារក); (3) សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមសហគមន៍ (សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមផ្ទះ HBC និងក្រុមអ្នកគាំទ្រអ្នកផ្ទុកជំងឺអេដស៍ PLHA support groups); និង (4) មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត MMM ។

រហូតមកដល់សព្វថ្ងៃនេះ មានស្រុកប្រត្តិបត្តិចំនួន ២០ នៅក្នុងខេត្តចំនួន ១៦ ដែលបានផ្តល់នូវសេវាថែទាំបន្ត CoC (ឧបសម្ព័ន្ធ : អាំងឌីកាទ័រទី១ របស់ផ្នែកថែទាំបន្ត CoC)។ សេវាថែទាំបន្តទាំងនេះបានបង្កើតឡើងនៅស្រុក ប្រតិបត្តិដែល មានផ្តល់សេវា OI/ART ដោយលើកលែងតែនៅក្រុងភ្នំពេញ។ នៅកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំបន្ត CoC ខ្លះ នៅមានការខ្វះខាត នូវសេវាការពារការចំលងពីម្តាយទៅទារក ហើយសេវាទាំងនោះនឹងបានជ្រើសរើស និងដាក់បញ្ចូលជាអទិភាពខ្ពស់បំផុត សំរាប់ការពង្រីកនូវសេវាការពារការចំលងពីម្តាយទៅទារកនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៦ ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក (NMCHC)។

២.១.១ សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាម ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ VCCT

ចំនួននៃកន្លែងផ្តល់សេវា VCCT នៅកម្ពុជាមានការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងក្លាក្នុងរយះពេល ៤ឆ្នាំចុងក្រោយ ដោយមានការកើនឡើងពី ១២ កន្លែងក្នុងឆ្នាំ ២០០០ រហូតដល់ ១០៩កន្លែង គិតត្រឹម ខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ (រូបភាពទី ២)។



រូបទី២: *ការកើនឡើងនៃមណ្ឌល VCCT ពីឆ្នាំ1997 ដល់ឆ្នាំ2005*

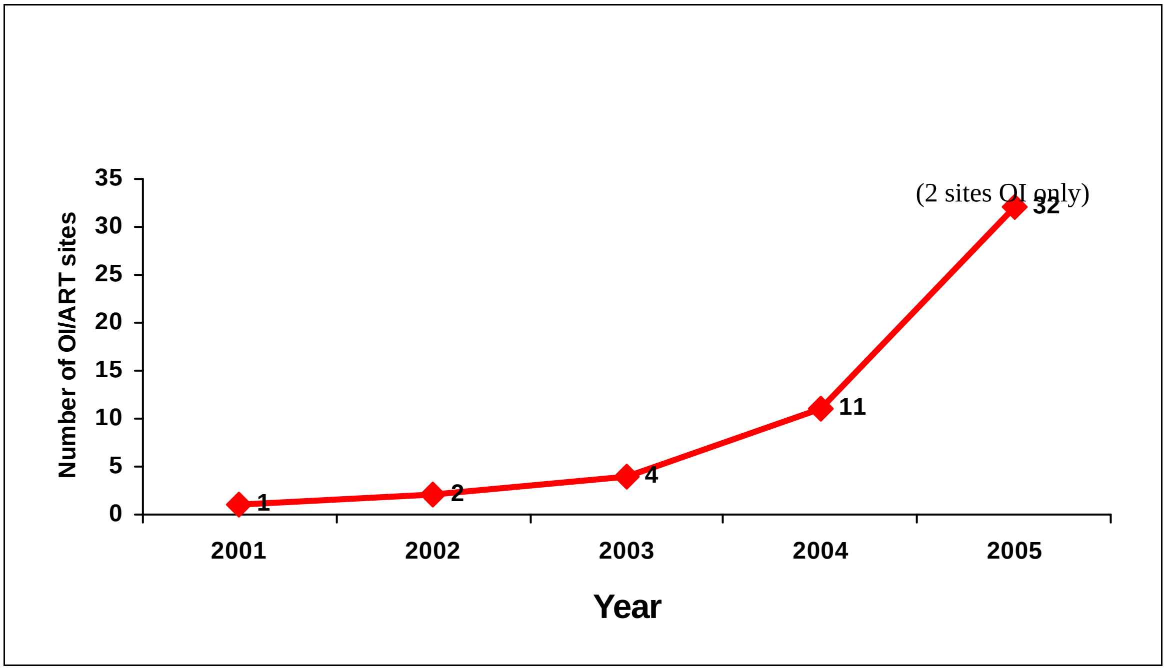
បច្ចុប្បន្ននេះ ក្នុងចំណោមសេវា VCCT ដែលមានចំនួន ១០៩កន្លែង ក្នុងនោះមាន ៨៦កន្លែង ដែលបានទទួលការគាំទ្រដោយ ផ្ទាល់ពីរាជរដ្ឋាភិបាល ១៨កន្លែងទៀត ជារបស់អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និង ៥កន្លែង ជារបស់ឯកជន។ ដូចនេះ មានសេវា VCCT សរុបចំនួន ១០៤កន្លែង ដែលបានដំណើរការសំរាប់ផ្នែកសាធារណៈ (ឧបសម្ព័ន្ធៈ អាំងឌីកាទ័រទី១របស់ផ្នែក VCCT)។ ដូចនេះគោលដៅដែលបានកំណត់ថា មានមណ្ឌល VCCT ចំនួន ១០៧ ដែលភ្ជាប់ជាមួយនឹងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ចំនួន ៦៧

នឹងអតីតមន្ទីរពេទ្យស្រុកប្រតិបត្តិខ្លះនៅក្នុង ២៤ខេត្ត-ក្រុង ក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ដែលត្រូវដាក់អោយ ដំណើរការនៅចុងឆ្នាំ ២០០៥ នោះ គឺ បានសំរេច ។

២.១.២ សេវាថែទាំ-ព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមមន្ទីរពេទ្យ (HFBC)

សេវាផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម (OI) និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)

នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាមានការពង្រីកនូវ សេវាផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម OI និង និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART នៅតាមមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋបានការកើនឡើងយ៉ាងឆាប់ រហ័សនៅក្នុងរយៈពេល ៤ឆ្នាំ ចុងក្រោយក្នុងផ្នែកសាធារណៈ។ នៅចុងឆ្នាំ ២០០៥ មានកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពចំនួន ៣០ ដែលបានផ្តល់ សេវាផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម OI និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ហើយមានកន្លែងផ្តល់សេវាសុខ ភាព ២ កន្លែងដែលផ្តល់តែសេវា OI (រូបភាពទី ៣) នៅក្នុង ១៦ខេត្ត-ក្រុង។ កន្លែងផ្តល់ សេវាផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺឱកាស និយម OI និង និងការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ត្រូវបានទទួលការឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋាភិបាល និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលជាដៃគូ។ នៅក្នុងចំណោមកន្លែងដែលផ្តល់សេវាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ART ទាំង ៣០នេះ មាន ១១កន្លែង ដែលបាន ផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ដល់កុមារ។

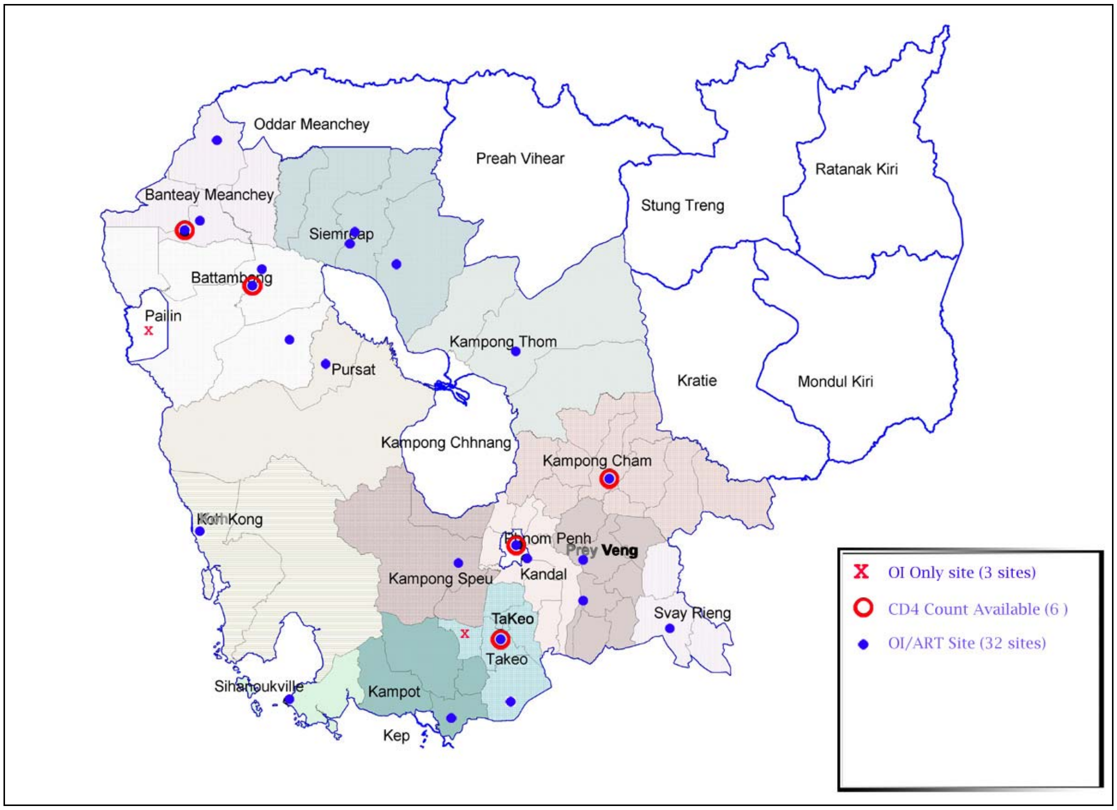


រូបទី៣: *ការកើនឡើងនៃកន្លែងផ្តល់សេវា OI/ART ពីឆ្នាំ 2001 ដល់ 2005*

នៅក្នុងចំណោមស្រុកប្រតិបត្តិទាំង ២២កន្លែង ក៏មានកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពដែលផ្តល់ ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV មានយ៉ាងហោចណាស់មួយដែរនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិនិមួយៗ។ ស្រុកប្រតិបត្តិពីរទៀតដែលកំពុងផ្តល់សេវាព្យាបាល OI និងចាប់ផ្តើមសេវាព្យាបាលដោយឱសថ ARV ក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខ) ។

ការគាំទ្រផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍

ម៉ាស៊ីន CD4 FACScounts ចំនួន៤គ្រឿងដែលបានជួយតាមរយៈថវិកាឧបត្ថម្ភដោយ NCHADS/GFATM/ADB /DFID/ EU ត្រូវបានដាក់អោយប្រើប្រាស់នៅក្នុងខេត្តចំនួន ៤ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ (តាកែវ, កំពង់ចាម, បាត់ដំបង និងនៅវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ NIPH ក្នុង ក្រុងភ្នំពេញ), ម៉ាស៊ីនសំរាប់រាប់កោសិកា CD4 ក៏មានផងដែរនៅ វិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រ នៅទីក្រុងភ្នំពេញ និងនៅមណ្ឌលសិរីសោភ័ណ ក្នុងខេត្តបន្ទាយមានជ័យ (US-CDC) (រូបភាពទី ៥)។ ការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ចំនួន ៨១៤២ករណី ដែលបាន ធ្វើឡើងនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ នៅក្នុងខេត្តទាំង៤ ដោយម៉ាស៊ីន FACS counts ដែលបានជួលទាំងនោះ ។



រូបភាពទី៤ *ទីតាំងរបស់កន្លែងផ្តល់សេវា OI/ART នៅតាមមន្ទីរពេទ្យ និងកន្លែងដែលមានម៉ាស៊ីនរាប់កោសិកា CD4 គិតត្រឹម 31/12/05*

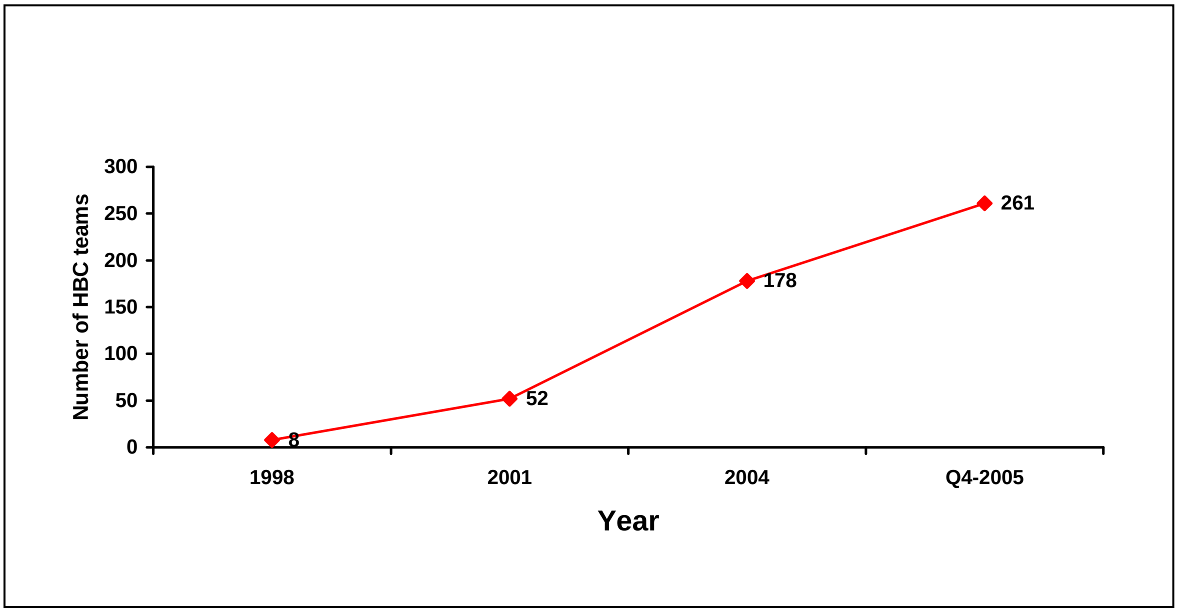
សេវាការពារការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

នៅក្នុងខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ ក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពចំនួន ២៨កន្លែង ដែលបានផ្តល់សេវាបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT)។ នៅក្នុងចំណោមស្រុកប្រតិបត្តិទាំង ១៨កន្លែងមានយ៉ាងហោចណាស់កន្លែងផ្តល់សេវានេះ មួយកន្លែងដែរនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិនិមួយៗ ដែលមានកន្លែងផ្តល់សេវាបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 2 របស់ផ្នែក HFBC និង អាំងឌីកាទ័រទី 2 របស់ PMTCT)។

២.១.៣ សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍នៅតាមសហគមន៍

សេវាថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះ (HBC)

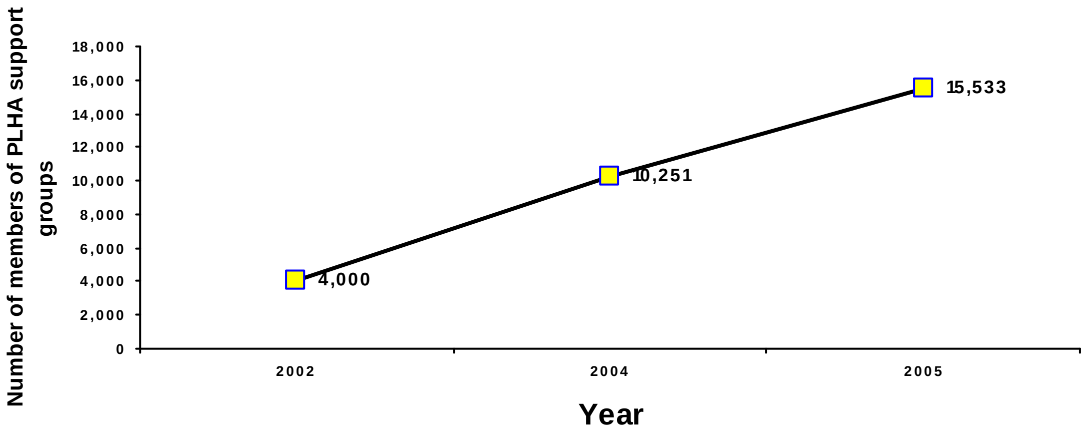
ចំនួនក្រុម HBC ដែលបានផ្តល់សេវាដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ (PLHA) បានកើនឡើងពី ៥២ក្រុម នៅក្នុង ឆ្នាំ ២០០១ ទៅដល់ ២៦១ក្រុម នៅក្នុងខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 1 របស់ផ្នែក HBC) (រូបភាពទី ៥)។ ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពសរុបទាំងអស់ ៣៦៦ (ប្រហែល ៣០ភាគរយ) ដែលគ្របដណ្តប់ដោយក្រុម HBC (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 3 របស់ផ្នែក HBC) នៅក្នុងគំរោងថែទាំបន្ត (CoC)។ ក្រុម HBC បានជួយដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ចំនួន ១៩២៣០នាក់ នៅចុងឆ្នាំ ២០០៥ (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 2 របស់ផ្នែក HBC)។ បណ្តាញរបស់ក្រុម HBC បានបង្កើតឡើងនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ៥៦ ដែលមានទីតាំងក្នុងខេត្តចំនួន ១៧។



រូបភាពទី ៥: *និន្នាការនៃចំនួនក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ គិតពីឆ្នាំ ១៩៩៨ រហូតដល់ខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥*

ក្រុមគាំទ្ររបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ *(PLHA support groups)*

ចំនួននៃ PLHA support groups មានការកើនឡើងពី ២៤ក្រុមនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០២ រហូតដល់ ៤៦៦ក្រុម នៅក្នុងខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥។ PLHA support groups នេះបានបង្កើតឡើងក្នុងខេត្ត-ក្រុងចំនួន ១៤ (៥៨.៣ ភាគរយ) ហើយដែលមាន ៣៨ ក្រុម នៅក្នុងក្រុងភ្នំពេញ និង ៤២៨ក្រុមទៀត នៅតាមខេត្ត-ក្រុងនានា។ ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលជាសមាជិករបស់ PLHA support groups មានការកើនឡើងពី ៤០០០នាក់ ក្នុងឆ្នាំ ២០០២ រហូតដល់ ១៥៥៣៣នាក់ នៅក្នុងខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ (រូបភាពទី ៦)។



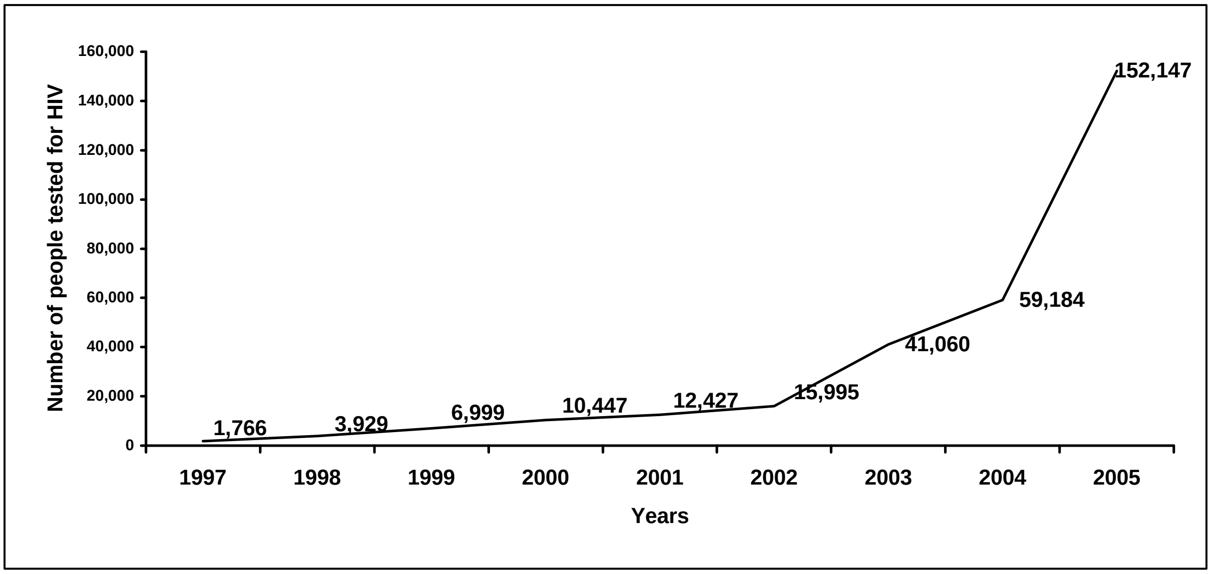
រូបភាពទី ៦: *និន្នាការនៃចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលជាសមាជិករបស់ PLHA support groups ពីឆ្នាំ2002 ដល់ឆ្នាំ2005*

២.២ អតិថិជនដែលបានទទួលសេវា

២.២.១ មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ (VCCT)

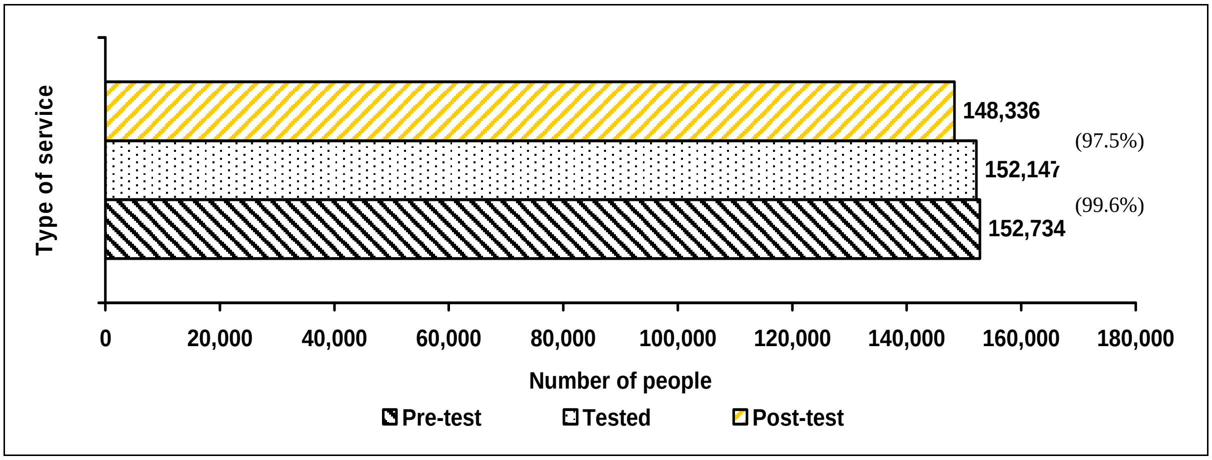
ចំនួនអ្នកដែលមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌល VCCT ប្រចាំឆ្នាំមានការឡើងជាលំដាប់ ពី ១៧៦៦នាក់ ក្នុង ឆ្នាំ ១៩៩៧ ទៅដល់ ១៥២១៤៧នាក់ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ (រូបភាពទី៧)។ ដោយសន្មត់ថាអតិថិជនដែលមកពិនិត្យឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌល VCCT ចំនួន ៩០ភាគរយ មានអាយុចន្លោះពី ១៥ ទៅ ៤៩ឆ្នាំ ដូចនេះយើងអាចដឹងថា ចំនួន

អតិថិជនប្រហែល ១៣៦៩៣២ (ត្រូវជា ២.២ ភាគរយ) នៃចំនួនប្រជាជនអាយុចន្លោះ ១៥ ទៅ ៤៩ឆ្នាំ ទាំងអស់ បានមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 2 របស់ផ្នែក VCCT)។ ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ អតិថិជនដែលបានមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ មាន ៨២១៧២នាក់ (៥៤ ភាគរយ) ជាស្ត្រី និង ៦៩៩៧៥នាក់ (៤៦ ភាគរយ) ជាបុរស។



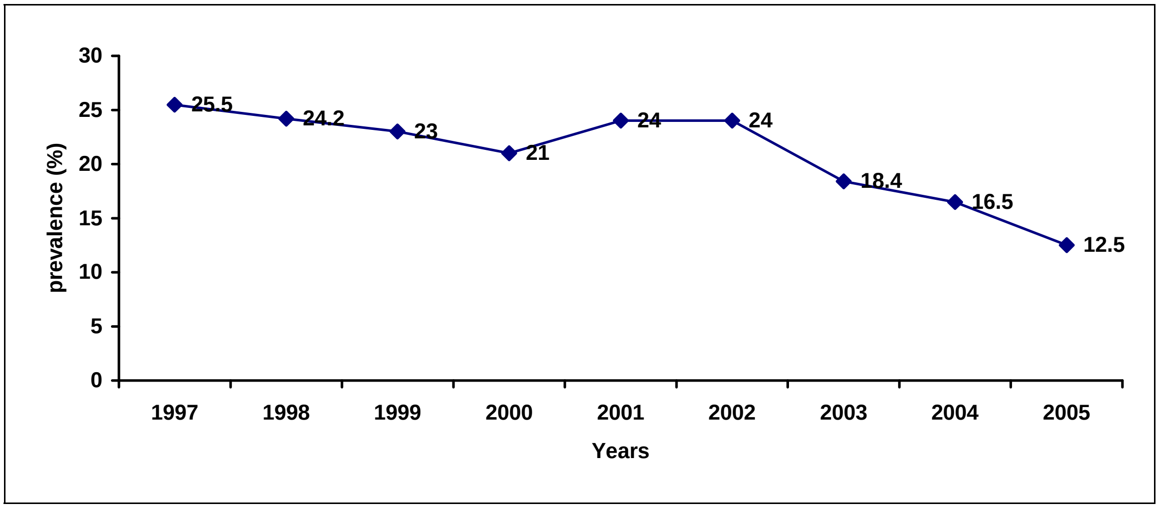
រូបភាពទី៧ *ការកើនឡើងនៃចំនួនអ្នកមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ពីឆ្នាំ1997 ដល់2005*

នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មាន ៩៩.៦ ភាគរយ (ចន្លោះពី ៦៨.២% ទៅ ១០០% បើធៀបនៅតាម VCCT ទាំងអស់) នៃអតិថិជនដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាមុនពេលធ្វើតេស្ត បានទទួលការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និង ៩៧.៥ភាគរយ (ចន្លោះពី ៦៩.២% ទៅ ១០០% បើធៀបនៅតាម VCCT ទាំងអស់) នៃអតិថិជនដែលបានធ្វើតេស្ត បានមកយកលទ្ធផលតេស្ត ដោយឆ្លងកាត់ការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយពេលធ្វើតេស្ត (រូបភាពទី៨)។ រូបភាពនេះបានឆ្លុះបញ្ចាំងពីប្រសិទ្ធិភាពនៃសេវា VCCT និងការកំណត់គោលដៅដែលថា ក្នុងចំណោមអ្នកដែលបានទទួលការធ្វើតេស្តឈាម នឹងមាន ៩៨ភាគរយ ដែលនឹងត្រលប់មកយកលទ្ធផលតេស្ត ដោយទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយពេលធ្វើតេស្តវិញ ជិតបានសំរេច (ឧបសម្ព័ន្ធ: អាំងឌីកាទ័រទី 3 របស់ ផ្នែក VCCT)។



រូបភាពទី ៨ *VCCT cascade in 2005*

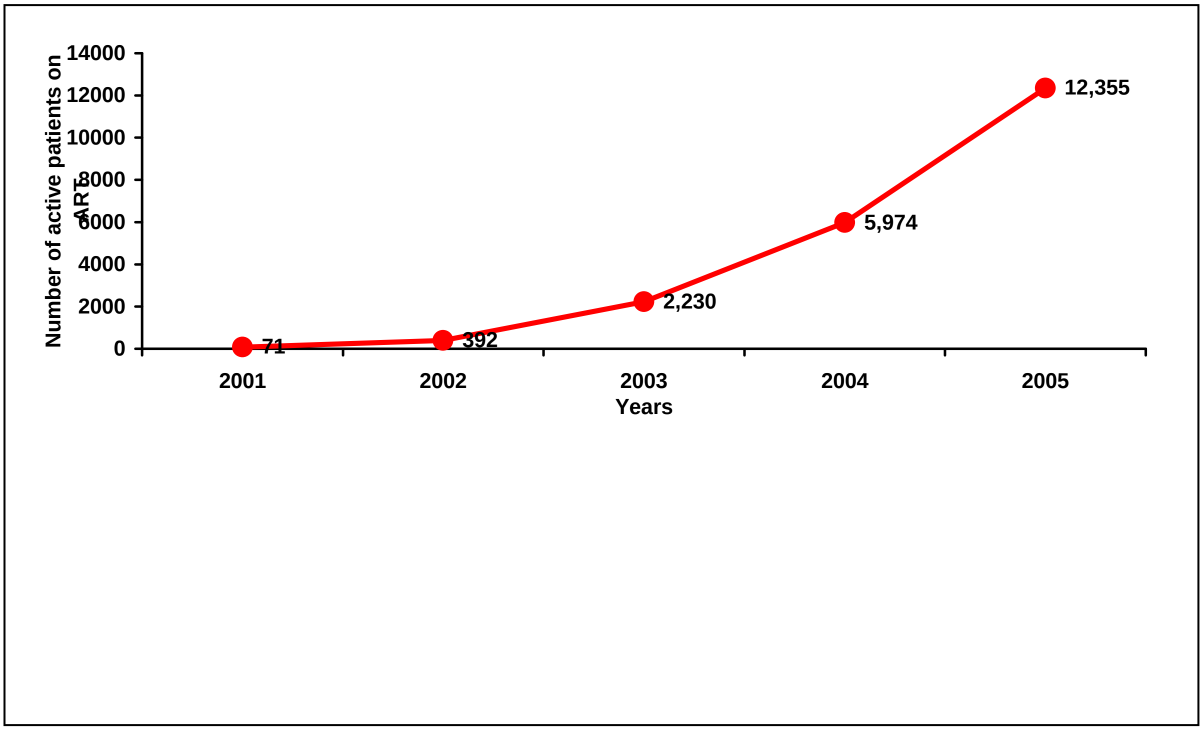
និន្នាការនៃអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៅក្នុងចំណោមអតិថិជនដែលបានមកពិនិត្យឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌល VCCT មានការថយចុះនៅក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ ពី ២៤ ភាគរយនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០២ ដល់ ១២.៥ភាគរយ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ (រូបភាពទី ៩) ។ ការវិភាគស៊ីជំរៅមួយនិងត្រូវបានធ្វើឡើង ដើម្បីពិនិត្យមើលលើការផ្លាស់ប្តូរពីពេលមួយទៅពេលមួយក្នុងចំណោមអតិថិជនដែលមកធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌល VCCT ទៅតាមក្រុមប្រជាជន និងភាពខុសគ្នារបស់អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ពីខេត្តមួយទៅខេត្តមួយ ។



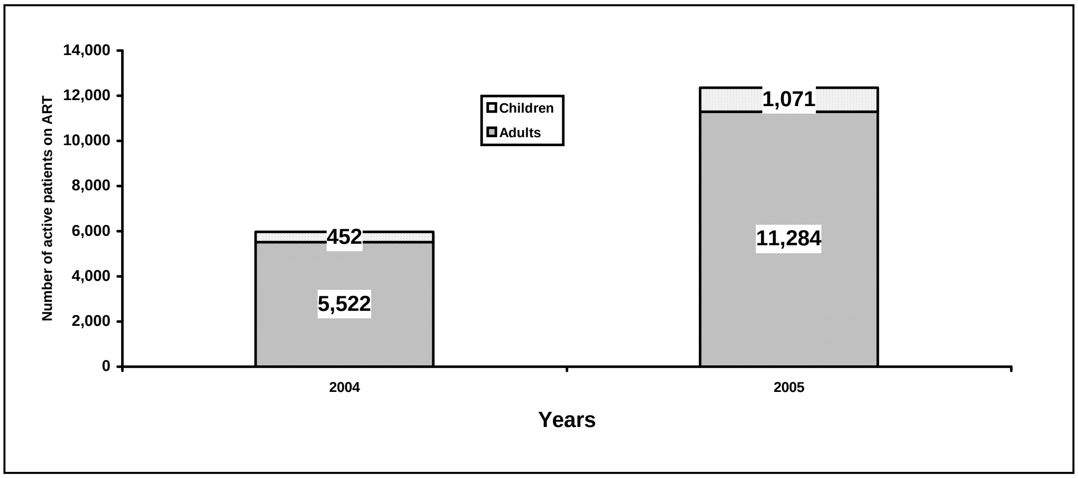
រូបភាពទី៩ *និន្នាការរបស់អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺអេដស៍ក្នុងចំណោមអតិថិជនមកធ្វើតេស្តនៅVCCT, 1997-2005*

២.២.២ សេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម (OI) និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART)

ចំនួនអ្នកជំងឺសកម្មព្យាបាលដោយ ARV មានការកើនឡើងយ៉ាងខ្លាំងក្លានៅរយៈកាល ៤ឆ្នាំចុងក្រោយ (រូបភាពទី១០)។ នៅថ្ងៃទី ៣១ ខែ ធ្នូ ឆ្នាំ២០០៥ មានអ្នកជំងឺសកម្មដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយ ARV មានចំនួន ១២៣៥៥នាក់ ដែលនៅក្នុងនោះមាន ១១២៨៤នាក់ ជាមនុស្សពេញវ័យ និង ១០៧១នាក់ ជាកុមារ (រូបភាពទី ១១)។ ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ ដែលមានជំងឺអេដស៍ច្រើនជាង ៥០ភាគរយ បានទទួល ART (ឧបសម្ព័ន្ធ៖ អាំងឌីកាទ័រទី 3 របស់ផ្នែក HFBC)។ តាមការកំណត់គោលដៅរបស់ជាតិ និង 3 by 5 ដែលបានកំណត់ថានឹងមានចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ ១០០០០នាក់ នឹងបានទទួល ART នៅចុងឆ្នាំ ២០០៥នោះ គឺ បានសំរេចទិសដៅ។ សមភាពរវាងភេទទាំងពីរក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែល ទទួល ART ត្រូវបានសំរេចនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ ដោយមានអ្នកជំងឺស្ត្រី ដែលទទួលការព្យាបាលចំនួន ៤៨ភាគរយនៃអ្នកជំងឺ ទាំងអស់។

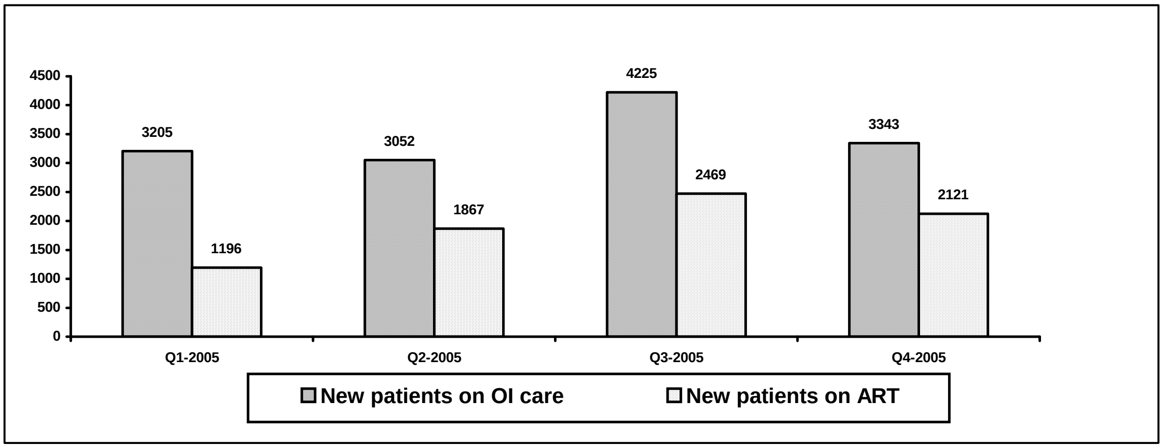


រូបទី ១០: *និន្នាការនៃចំនួនអ្នកជំងឺសកម្មដែលបានទទួល ART ពីឆ្នាំ 2001 ដល់ 2005*



រូបទី ១១ : *និន្នាការនៃចំនួនមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ពីឆ្នាំ ២០០៤ ដល់ ឆ្នាំ ២០០៥*

នៅតាមសេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម/សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (OI/ART Sites) អ្នកជំងឺថ្មីចំនួន ១៣,៧៧៥នាក់ បានចាប់ផ្តើមមកទទួលការពិនិត្យ-ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម (OI) និងអ្នកជំងឺថ្មី ចំនួន ៧,៦៦៦នាក់ បានចាប់ផ្តើមទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) នៅឆ្នាំ ២០០៥ (រូបទី១២) ។ ជាមធ្យមអ្នកជំងឺថ្មីចំនួន ១,១៥២នាក់ បានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជី និងទទួលឱសថបង្ការជំងឺឱកាសនិយម នឹងមកធ្វើការត្រួតពិនិត្យជារៀងរាល់ខែ ចាប់តាំងពីខែ កក្កដា ឆ្នាំ ២០០៥មក ។ ជាមធ្យមមានអ្នកជំងឺឱកាសនិយមចំនួន ៧៦៥នាក់ បានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីអ្នកជំងឺ ARV ជារៀងរាល់ខែ ។ សមាមាត្រនៃចំនួនអ្នកជំងឺសមស្របទទួល ART (WHO stage 4 or CD4 <200/mm^3) ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) នៅក្នុងពេលនេះ ពុំទាន់មាននៅឡើយទេ។ ទិន្នន័យនេះនឹងអាចកំណត់បាននៅឆ្នាំ ២០០៦ ។



រូបទី ១២: *ទិសដៅនៃចំនួនអ្នកជំងឺថ្មីដែលកំពុងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម (OI) និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) ពីឆ្នាំ ២០០១ ដល់ឆ្នាំ ២០០៥*

ក្នុងចំនួននៃអ្នកជំងឺថ្មីទាំងអស់ ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មាន ២៣៣នាក់ (៣,០%) បាន បាត់មុខ ឬ ស្លាប់ នៅត្រឹមខែ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥ ។
ពតិមានទិន្នន័យរបស់អ្នកជំងឺ ដូចជា ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ART) រយៈពេល ១២ខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើម (HFBC អាំងឌីកាទ័រ៦) មិនទាន់ច្បាស់លាស់នៅឡើយទេ។ ទិន្នន័យទាំងនេះ ត្រូវបានប្រមូលនឹងធ្វើការវិភាគ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៦ ។

២.២.៣. ការបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅកូន

ក្នុងចំណោម ៤៦.១% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា យ៉ាងហោចណាស់ក៏បានមកធ្វើការពិនិត្យ និងពិគ្រោះមុនពេលសំរាលកូន ១ដងដែរ (ស្ថិតិថ្នាក់ជាតិ, ក្រសួងសុខាភិបាល ឆ្នាំ ២០០៣) ។ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ចំនួន ១៧,៣៨២នាក់ (៥៣,១%) បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (ឧបសម្ព័ន្ធ : PMTCT អាំងឌីកាទ័រ២) ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួន ៣២,៧៦០នាក់ ដែលបានមកធ្វើការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកដំបូងនៅគ្លីនិកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ដែលមានសេវាបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) ក្នុងនោះ ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានមកធ្វើការពិនិត្យផ្ទៃពោះលើក ដំបូង មានចំនួន ១៥,៦៩៦នាក់ (៤៧,៩%) បានទទួលលទ្ធផលតេស្តឈាមតាមរយៈការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយពេលធ្វើតេស្ត (ឧបសម្ព័ន្ធ : PMTCT អាំងឌីកាទ័រ៣) ។ ក្នុងចំណោមប្តីប្រពន្ធ/ដៃគូទាំងអស់របស់ស្ត្រី ដែលបានមកធ្វើការពិនិត្យលើក ដំបូងនៅកន្លែងពិនិត្យផ្ទៃពោះ ដែលមានសេវាការពារការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) មានប្តី/ដៃគូចំនួន ៤,១៦០នាក់ (១២.៧%) ក៏បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយពេលធ្វើតេស្តដែរ (ឧបសម្ព័ន : PMTCT អាំងឌីកាទ័រ៤) ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានមកធ្វើ មកតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍មាន ២៧៩នាក់ (១.៦%) មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ។ ក្នុងនោះមានម្តាយចំនួន ២២៨នាក់ (៨១,៧%) និង កុមារ ២៣៧នាក់ (៨៥.០%) ទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយ ARV (ឧបសម្ព័ន្ធ : PMTCT អាំងឌីកាទ័រ៥) (រូបទី១៣) ។

២.២.៤. កិច្ចសហការរវាងកម្មវិធីរបេង-អេដស៍

តាមការប៉ាន់ស្មាន នៅប្រទេសកម្ពុជា ៦៤% នៃចំនួនប្រជាជនទាំងអស់ បានឆ្លងមេរោគរបេង (Mycobacterium tuberculosis) ។ តួលេខដែលបានរកឃើញករណើរបេងសកម្ម គឺមានការកើនឡើងពី ១៩,០០៧ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០០ ដល់ ៣១,៨១៤ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៤ ។ ការស្រាវជ្រាវថ្នាក់ជាតិមួយដែលធ្វើឡើងនៅក្នុងខែ មករា ឆ្នាំ ២០០៥ បានអោយដឹងថា ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺរបេងសរុប គឺមានប្រេវ៉ាឡង់ HIV ១០,០% ។ អត្រានៃការឆ្លង TB/HIV គឺ ៥,៥% ក្នុងចំណោម SS(+) PTB, ១៥% ក្នុងចំណោម SS(-) PTB នឹង ២២% ក្នុងចំណោម EP-TB ។ សេវា OI/ART រាយការណ៍ថា របេង គឺជារោគឱកាសនិយមធម្មតា ដែលតាមការអង្កេត គឺមានដល់ទៅ ៤០% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងបញ្ជីក្រុមអ្នកជំងឺ OI/ART ។ ដូចគ្នានេះដែរអត្រាមរណៈខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបានឆ្លងជំងឺរបេង និងអេដស៍ ត្រូវបានចាប់ផ្តើម

ធ្វើការអង្កេត ។ តាមរបាយការណ៍របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេងនៅខែ សីហា ឆ្នាំ ២០០៥ បានរាយការណ៍ថា អត្រាមរណៈភាពមាន ៣៧% (ក្នុងកំឡុងរយៈពេលពីរខែនៃការព្យាបាលរោគរបេង) ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺ TB/HIV ដែលមាន CD4<200/mm^3 គឺពុំទាន់ទទួល ART នៅឡើយទេ ។

មានខេត្ត-ក្រុងចំនួន៤ ដែលបានសហការណ៍គ្នាយ៉ាងសកម្មរវាង TB/HIV គឺមាន ក្រុងភ្នំពេញ, ខេត្តបាត់ដំបង, បន្ទាយមាន ជ័យ និងក្រុងព្រះសីហនុ ។ ខេត្តបីក្នុងចំណោមខេត្ត-ក្រុងទាំង៤ នៅកំឡុងឆមាសទី ១ នៃឆ្នាំ ២០០៥ មានប្រជាជនចំនួន ១,៤៨៣នាក់ បានធ្វើតេស្ត នឹងរកឃើញមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅតាមមណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគ អេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់, ១២៨៦នាក់ (៨៦,៧%ចំពោះខេត្តដែលមានអត្រាចាប់ពី ៨២%-៨៩%) បញ្ជូនទៅតាមការព្យាបាលរោគរបេង (TB Screening) ។ តាមសមាមាត្រអ្នកជំងឺដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម មានអត្រាភាគរយពី ១៩,១% ទៅដល់ ៣២,៤% ដោយប្រៀបធៀបគ្នានៅក្នុងខេត្តទាំងអស់ ។ នៅខេត្តចំនួនបីដូចគ្នានេះដែរ អ្នកជំងឺរបេងចំនួន ១,១៤៨នាក់ បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងឆមាសដំបូងនៃឆ្នាំ ២០០៥, ដែល ៤១៤នាក់ (៣៦,១% ចំពោះខេត្តដែលមានអត្រាភាគរយពី ៨,៤%-៨៧%) ត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ (VCCT) ដើម្បីធ្វើតេស្តឈាម ។
បច្ចុប្បន្ននេះ មានមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ៣០០កន្លែង ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសនៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ១២កន្លែង ដើម្បីអោយកិច្ចសហការគ្នារវាង TB/HIV មានសកម្មភាពកាន់តែខ្លាំងឡើង ។ ក្នុងចំណោមនោះ មានមណ្ឌលសុខភាពចំនួន ១០០ ដែលមានក្រុមសេវាថែទាំតាមផ្ទះ សំរាប់ជួយសំរួលដល់ការដឹកជញ្ជូនអ្នកជំងឺរបេងពីសហគមន៍អោយទៅកាន់មណ្ឌលសេវា VCCT ដែលនៅជិតបំផុត ដើម្បីធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។

៣. ការបណ្តុះបណ្តាល

៣.១ សេវា VCCT

ការពង្រីកសេវា VCCT នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ ត្រូវបានធ្វើឡើង ដោយសាររៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដំបូងដល់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាថ្មី ចំនួន ៤៥នាក់, វគ្គបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នដល់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាចំនួន ៧៧នាក់ ក៏ដូចជាវគ្គបណ្តុះបណ្តាលដំបូងដល់អ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍ចំនួន ៥៥នាក់ និងវគ្គបំប៉នសំរាប់សិក្ខាកាម ៤៨នាក់ ។ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលស្តីអំពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យដំបូងធ្វើឡើងសំរាប់បុគ្គលិក VCCT ១៩នាក់ និងវគ្គបំប៉នសំរាប់បុគ្គលិកចំនួន VCCT ចំនួន ៣៧នាក់ ។

៣.២ សេវា OI/ART

វគ្គបណ្តុះបណ្តាលសេវា OI/ART ដំបូងដោយរាប់បញ្ចូលការអនុវត្តផ្ទាល់ ៥ ខែដំបូង សំរាប់គ្រូពេទ្យ ,វគ្គ ៣សប្តាហ៍ សំរាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា, ៣សប្តាហ៍ សំរាប់ឱសថការី និងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងឱសថ និងបរិក្ខារ និងវគ្គខ្លីសំរាប់បុគ្គលិកជំនួយ ។ ក្រុម OI/ART ក៏ទទួលផងដែរនូវវគ្គបណ្តុះបណ្តាល "លើកទីពីរ" ដោយមានការចុះសិក្សាផ្ទាល់ដល់កន្លែងដែលអនុវត្តសេវានេះ មុនពេលពួកគេអាចចាប់ផ្តើមសេវា OI/ART ថ្មី ។ ចាប់តាំងពីឆ្នាំ **២០០៤** មក មានគ្រូពេទ្យព្យាបាលចំនួន ៩៦នាក់ (ឧបសម្ព័ន្ធ:

HFBC អាំងឌីការទ័ ៤) អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាចំនួន ៥៧នាក់ និងមន្ត្រីគ្រប់គ្រងឱសថ និងសម្ភារៈបរិក្ខារចំនួន ៣០នាក់ បានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ។

៣.៣ សេវា PMTCT

ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មានអ្នកធ្វើការខាងថែទាំសុខភាពចំនួន ១១៤នាក់ (ឆ្មប និង គិលានុបដ្ឋាយិកា) ត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាល អំពីការផ្តល់ប្រឹក្សា សំរាប់ការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ឧបសម្ព័ន្ធ: PMTCT អាំងឌីការទ័ ៧) ។

៤. ការឧបត្ថម្ភផ្នែកឱសថ និង សម្ភារៈបរិក្ខារ

បច្ចុប្បន្នពុំមានសេវា OI/ART ណាមួយអស់ឱសថ ARVs ដែលចាំបាច់ទេ (ឧបសម្ព័ន្ធ: HFBC អាំងឌីកាទ័រទី ៥) ។
ក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ មានសេវា ART ជាច្រើន អាចធ្វើរបាយការណ៍អំពីអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគ

អេដស៍ទៅតាមរូបមន្តនៃការព្យាបាលនិមួយៗ ។ វេជ្ជបញ្ជាប្រើប្រាស់ឱសថភាគច្រើន គឺ d4t+3TC+NVP, d4t+3TC+EFV និង AZT+3TC+NVP ដែល ១.៦% នៃមនុស្សពេញវ័យបានទទួល PI-Based regimen រួចហើយ (តារាង ទី ២) ។

រូបមន្តប្រើប្រាស់ឱសថ ARV	មនុស្សពេញវ័យ N= 9,958 No. (%)	កុមារ N= 970 No. (%)
d4t+3TC+NVP	5,903 (59.3%)	744 (76.7%)
d4t+3TC+EFV	1,739 (17.5%)	187 (19.3%)
AZT+3TC+NVP	1,511 (15.1%)	28 (2.9%)
AZT+3TC+EFV	630 (6.3%)	10 (1.0%)
PI-based regimens	157 (1.6%)	1 (0.1%)
Other regimens	18 (0.2%)	0

តារាងទី ២ : *ការបែងចែកវេជ្ជបញ្ជាស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV នៅកម្ពុជា, ខែធ្នូ ឆ្នាំ ២០០៥*

៥. Normative Tools និងគោលការណ៍ណែនាំ

គោលការណ៍ណែនាំរបស់ PMTCT ត្រូវបានកែសំរួល ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក (NMCHC) នៅខែ តុលា ឆ្នាំ ២០០៥ ។ នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ គឺការប្រើប្រាស់ឱសថ Nevirapine តែមួយមុខ គឺមិនត្រូវបានណែនាំ

អោយប្រើប្រាស់សំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងទារកទៀតទេ ។ គោលការណ៍ណែនាំ OI នឹង ART សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និង កុមារ គឺកំពុងតែធ្វើការកែសំរួល ។

សេចក្តីណែនាំរួមមួយដែលបានចុះហត្ថលេខា នៅខែ មីនា ឆ្នាំ ២០០៥ ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និង ហង់សិន (CENAT) និង មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) ដើម្បីពង្រឹងយុទ្ធសាស្ត្រថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជំងឺរបេង ។ សេចក្តីប្រកាសនេះបញ្ជាក់ពីមុខងារ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់កម្មវិធីទាំងពីរនេះអោយមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការអនុវត្តសំណុំសកម្មភាពរបេង/អេដស៍ និង ការថែទាំព្យាបាលបន្ត ដោយមានការគាំទ្រពីក្រសួងសុខាភិបាល នៅក្នុងឆ្នាំ ២០០២ និង ២០០៣ ។

ឧបសម្ព័ន្ធ : សន្ទស្សន៍សំរាប់ត្រួតពិនិត្យ និងវាយតំលៃ

	អាំងឌីកាទ័រជំងឺកាមរោគ	គោលដៅ ២០០៥	ពិន្ទុ ២០០៥
១	ចំនួន និងភាគរយគ្លីនិកកាមរោគ ដែលមានមន្ទីរពិសោធន៍សាមញ្ញៗ ដែលអាចធ្វើ តេស្ត RPR និង ពិនិត្យមីក្រូទស្សន៍	១៩ (៦៣%)	២៦ (៨៦.៧%)
២	សមាមាត្រនៃស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់ ដែលមានជំងឺរលាកមាត់ស្បូន ក្នុងពេលមកពិនិត្យតាមដានប្រចាំខែ	< ២៥%	១០.៩%
៣	អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមស្ត្រីរកស៊ីដោយផ្ទាល់ (ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ និង/ឬ ក្លាមីឌីយ៉ា)	< ២៥%	លទ្ធផលមិនទាន់ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ

	អាំងឌីកាទ័រ VCCT	គោលដៅ ២០០៥	ពិន្ទុ ២០០៥
១	ចំនួនសេវាដែលមានការអនុញ្ញាតដែលដំណើរការជាផ្នែកសាធារណៈ និង ផ្នែក non-profit	១០០	១០៤
២	ចំនួន និងភាគរយអតិថិជនពេញវ័យ (អាយុ ១៥-៤៩) ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍	១០៣,៩៧៦ (១.៦៤%)	១៣២,៩៣២ (២.២%)
៣	ភាគរយអ្នកដែលបានធ្វើតេស្ត ដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្ត និង ការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយពេលធ្វើតេស្ត	៩៨%	៩៧.៥%

	អាំងឌីកាទ័រនៃការថែទាំ-ព្យាបាលតាមសេវាសុខាភិបាល	គោលដៅ ២០០៥	ពិន្ទុ ២០០៥
១	ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានការផ្តល់សេវា ARV យ៉ាងតិចបំផុត មួយកន្លែង	២២	២២
២	ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានការផ្តល់សេវា PMTCT យ៉ាងតិចបំផុត មួយកន្លែង	១៥	១៨
៣	ចំនួន និងភាគរយនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដសបានទទួល HAART	មនុស្សជំទង់ ៩,៨១៤នាក់ (៤៩.៤%)	មនុស្សជំទង់ ១១,២៨៤នាក់ (៩៧%) រួមបញ្ចូល ស្ត្រី ៥,៤២៣នាក់ (៤៨%) និង កុមារ ១,០៧១ នាក់ = ១២,៣៥៥ នាក់
៤	ចំនួនគ្រូពេទ្យ-គិលានុបដ្ឋាក-ឃិកាឱថការីបានបណ្តុះបណ្តាលពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	៦០	៩៦
៥	ចំនួន (%) នៃសេវាដែលមានការផ្តល់សេវា OI/ART មួយ ឬ ច្រើន ដែលអស់ឱសថ ARV	0%	0%

៦	ភាគរយនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកអំងឺអេដស៍រស់បាន ១២ខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV	>៨០%	មិនទាន់មាន

	អាំងឌីការទ័រសំរាប់ការថែទាំតាមផ្ទះ	**គោលដៅ ២០០៥**	**ពិន្ទុ ២០០៥**
១	ចំនួនក្រុមថែទាំតាមផ្ទះដែលកំពុងផ្តល់សេវាដល់ខ្លួនផ្ទុកមេរោគ	១៨៥	២៦១
២	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទទួលការគាំទ្រពីក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ	១៥ 000	១៥២៣០
៣	ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលមានការគាំទ្រពីក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ	៣០%	៣៦៦

	អាំងឌីការទ័រសំរាប់ការថែទាំព្យាបាលបន្ត	**គោលដៅ ២០០៥**	**ពិន្ទុ ២០០៥**
១	ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិដែលមានសេវាថែទាំព្យាបាលបន្ត	២២	២០

	អាំងឌីការទ័រសំរាប់ការបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅកូន	**គោលដៅ២០០៥**	**ពិន្ទុ ២០០៥**
១	ចំនួន (%) ស្រុកប្រតិបត្តិយ៉ាងហោចណាស់មួយដែលសេវានេះទាប បំផុត		១៨
២	%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះម្នាក់ដែលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅ សេវាបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅកូន		៥៣.១%
៣	%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយធ្វើតេស្តឈាម	៣០%	៤៧.៩%
៤	%របស់ប្តី ឬដៃគូដែលទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាក្រោយធ្វើតេស្តឈាម តាមរយៈសេវាបង្ការការចំឡងពីម្តាយទៅកូន		១២.៧%
៥	ចំនួន (%) កុមារដែលកើតពីម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រកឃើញ តាមរយៈសេវាបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែល ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពេញលេញ		២៣៧ (៨៥%)
៦	ចំនួន (%) កុមារដែលកើតពីម្តាយមានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលទទួល ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅពេល កើត និងក្នុងពេល ១៨ខែ		មិនទាន់មានសំរាប់ ឆ្នាំ ២០០៥
៧	ចំនួនអ្នកបំរើការថែទាំសុខភាព, អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពីកម្មវិធីបង្ការការចំលងពីម្តាយទៅ កូន ក្នុង ១២ ខែ កន្លងមក		ឆ្មប និង គិលានុប្បដ្ឋាក ចំនួន ១១៤នាក់

គ. របាយការណ៍ថវិកា

របាយការណ៍នេះ បង្ហាញទាំងពីរផ្នែក ការចំណាយ (សមាមាត្រនៃការបែងចែកថវិកាដែលបាន អនុម័តហើយ នៅក្នុងគំរោងផែនការ) និងសមិទ្ធផលនៃសកម្មភាពដែលមាននៅក្នុងផែនការ ដែលជាអាំងឌី កាទ័រសំខាន់សំរាប់សមិទ្ធផល ដែលសំរេចបាន។ របាយការណ៍នេះរួមបញ្ចូលទាំងប្រភពសំខាន់ៗទាំង ៨ នៃ ការផ្តល់ជាមូលនិធិសំរាប់ទ្រទ្រង់កម្មវិធីរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាម រោគ ដូចជា DFID, GFATM, CDC, EUROPAID, CHAI, CTAP, WB និង FHI ។

នៅក្នុងតារាងនៃការចំណាយ ដែលបានលើកយកមកនេះ មានតែការចំណាយដែលមាននៅក្នុង ប្រព័ន្ធគននេយ្យរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប៉ុណ្ណោះ។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងការចំណាយជាក់ស្តែងដែលត្រូវបានចាយ និង បានកត់ត្រាក្នុងកំឡុងពេលនៃឆ្នាំ។ ប៉ុន្តែចំពោះរបាយការណ៍ការចំណាយថវិកាដែលឧបត្ថម្ភ ដោយអង្គការ FHI ទទួលបានពីអង្គការ FHI ។

ជាសរុប គឺនៅក្នុងឆ្នាំ ២០០៥ នេះ :

- o គំរោង **DFID** ចំណាយបាន 56 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **EUROPAID** ចំណាយបាន 66 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **GFATM** ចំណាយបាន 35 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **CDC** ចំណាយបាន 84 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **CTAP** ចំណាយបាន 54 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **WB** ចំណាយបាន 43 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **DFID** ចំណាយបាន 56 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **FHI** ចំណាយបាន 129 % នៃគំរោងផែនការ
- o គំរោង **CHAI** ចំណាយបាន 61 % នៃគំរោងផែនការ

ការចំណាយថវិកានេះ នៅថ្នាក់ខេត្ត មានភាពខ្ពស់ជានៅថ្នាក់ជាតិ :

- ខេត្តដែលប្រើប្រាស់ថវិកានៅក្រោមគំរោងDFIDចំណាយបាន៩០%នៃគំរោងផែនការ, មជ្ឈមណ្ឌលជាតិចំណាយ បានតែ ៥៣% ប៉ុណ្ណោះ ព្រោះការចំណាយភាគច្រើនយឺតដោយសារការធ្វើលទ្ធកម្ម
- ខេត្តដែលប្រើប្រាស់ថវិកានៅក្រោមគំរោង CDC ចំណាយបាន ៧១%នៃផែនការ,មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ចំណាយបាន តែ ៧០%
- ខេត្ត ៦ ដែលប្រើប្រាស់ថវិកានៅក្រោមគំរោង GFATM ចំណាយបាន ៨១%នៃផែនការ, មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ចំណាយបានតែ ៣២% ប៉ុណ្ណោះ ព្រោះការចំណាយភាគច្រើនយឺតដោយសារការធ្វើលទ្ធកម្ម ហើយម៉្យាងទៀត

នៅក្នុងគំរោងផែនការប្រចាំឆ្នាំ មានថវិកា ជុំទី១, ជុំទី២, និងជុំទី៤ ប៉ុន្តែជុំទី៤ ទើបនឹងចាប់ផ្តើមធ្វើសកម្មភាព នៅដើមខែមករា ឆ្នាំ ២00៦នេះ ។

- ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន៣ នៃខេត្ត២ (តាកែវ និងពោធិសាត់) ដែលប្រើប្រាស់ថវិកាអស់ ៧៧% និងថ្នាក់ជាតិ អស់ ៦៥%
- ចំពោះគំរោង CTAP ការចំណាយសំរាប់ដំណើរតែការងារថៃទាំ និងព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ នៅគ្លីនិកសុខភាពសង្គម ហើយគំរោងថវិកា ធនាគារពិភពលោក (WB) និងមូលនិធិគ្លីនតុន (CHAI) ចំណាយតែនៅ ថ្នាក់ជាតិប៉ុណ្ណោះ ។

Table 1: Summary Expenditure by Sources in 2005

Sources	Year Plan	Total Exp	%
DFID	$ 2,429,141	$ 1,364,120	56%
GFATM	$ 4,550,682	$ 1,597,623	35%
CDC	$ 1,087,349	$ 913,557	84%
EUROPAID	$ 520,557	$ 342,355	66%
CTAP	$ 360,000	$ 193,751	54%
WB	$ 500,000	$ 212,884	43%
FHI	$ 325,450	$ 419,342	129%
CHAI	$ 45,661	$ 27,802	61%
Grand Total	**$ 9,818,840**	**$ 5,071,434**	**52%**

Table 2: Summary Expenditure of NCHADS and Provincial by Sources in 2005

Project Components	DFID	GFATM	CDC	EUROPAID	CTAP	WB	FHI	CHAI	Grand Total
VAT Exp	$ 2,264	$ 184	$ 604						$ 3,052
IEC	$ 182,805	$ 2,014	$ 18,312				5286		$ 208,417
Outreach	$ 86,021	$ 36,104	$ 7,205	$ 997			100173		$ 230,500
100% CUP	$ 57,896	$ 39,661	$ 6,368			$ 7,273			$ 111,198
STD Management	$ 87,437	$ 268,196	$ 106,418				31121		$ 493,172
Universal Precaution	$ 15,426		$ 2,760	$ 1,679					$ 19,865
Support Group and MMM	$ 3,564	$ 16,676							$ 20,240
Institutional Care	$ 177,713	$ 561,521	$ 42,100	$ 132,696		$ 48,966	12530	$ 7,913	$ 983,439
Home Based Care	$ 73,758	$ 2,825	$ 17,959			$ 156,645			$ 251,187
VCCT	$ 67,554	$ 351,387	$ 232,823	$ 14,450			12860		$ 679,074
CoC	$ 59,520	$ 36,731	$ 5,440	$ 5,407			207152		$ 314,250
PMTCT			$ 2,187						$ 2,187
Surveillance and Research	$ 3,886		$ 19,943		$ 193,751		50220		$ 267,800
Project Coordination and Managemenent	$ 546,276	$ 282,324	$ 451,438	$ 187,126				19889	$1,487,053
Total Expenditure	**$ 1,364,120**	**$ 1,597,623**	**$ 913,557**	**$ 342,355**	**$ 193,751**	**$ 212,884**	**$ 419,342**	**$ 27,802**	**$5,071,434**

NB: For GFATM Plan (included R1, R2 and R4), but the expenditure has only R1 and R2, for R4 just started since Janaury 2006

Table 3: NCHADS DFID Expenditures in 2005

	Components	Year Plan	Expenditure	%
1	BCC	$ 95,960	$ 87,065	91%
2	STD	$ 92,130	$ 31,162	34%
3	AIDS Care	$ 578,980	$ 233,599	40%
4	Surveillance	$ 6,000	$ -	0%
5	Research	$ 40,000	$ 3,886	10%
6	PCM	$ 596,983	$ 396,083	66%
	Total	**$ 1,410,053**	**$ 751,795**	**53%**

Table 4: NCHADS Expenditures by GFATM funded in 2005

	Components	Year Plan	Expenditure	%
1	BCC	$ 21,090	$ 9,911	47%
2	STD	$ 425,557	$ 249,165	59%
3	AIDS Care	$ 3,538,101	$ 934,858	26%
4	PCM	$ 424,945	$ 214,194	50%
	Total	**$ 4,409,693**	**$ 1,408,128**	**32%**

Table 5: NCHADS Expenditures by EUROPAID funded in 2005

	Components	Year Plan	Expenditure	%
1	BCC	$ 10,638	$ 997	9%
2	AIDS Care	$ 298,491	$ 145,547	49%
3	PCM	$ 191,236	$ 180,310	94%
	Total	**$ 500,365**	**$ 326,854**	**65%**

Table 6: NCHADS Expenditures by CDC funded in 2005

	Components	Year Plan	Expenditure	%
1	BCC	$ -	$ 2,060	#DIV/0!
2	STD	$ 60,000	$ 28,730	48%
3	AIDS Care	$ 58,840	$ 115,733	197%
4	Surveillance	$ 86,600	$ 4,303	5%
5	Research	$ 49,000	$ 9,780	20%
6	PCM	$ 192,500	$ 151,352	79%
	Total	**$ 446,940**	**$ 311,958**	**70%**

Table 7: Provincial Expenditures by DFID in 2005

	Province	Year Plan	Expenditure	%
1	BTB	$ 45,649	$ 30,737	67%
2	KCM	$ 24,288	$ 23,953	99%
3	KCN	$ 40,209	$ 37,652	94%
4	KDL	$ 39,036	$ 35,967	92%
5	KEP	$ 17,223	$ 14,535	84%
6	KPT	$ 39,228	$ 35,745	91%
7	KTM	$ 38,605	$ 36,225	94%
8	KRT	$ 25,998	$ 25,033	96%
9	KSP	$ 39,910	$ 35,140	88%
10	KHK	$ 34,640	$ 34,260	99%
11	OMC	$ 19,740	$ 19,650	100%
12	MDK	$ 12,168	$ 11,546	95%
13	PLN	$ 11,194	$ 10,644	95%
14	PNP	$ 12,010	$ 9,941	83%
15	PST	$ 14,318	$ 11,953	83%
16	PVG	$ 72,307	$ 70,238	97%
17	PVH	$ 19,663	$ 19,011	97%
18	RTK	$ 19,736	$ 17,424	88%
19	SRP	$ 43,712	$ 38,820	89%
20	SHV	$ 17,821	$ 16,024	90%
21	STG	$ 20,747	$ 17,469	84%
22	SVR	$ 56,321	$ 44,270	79%
23	TKV	$ 14,048	$ 13,918	99%
	TOTAL	**$ 678,571**	**$ 610,155**	**90%**

Table 8: Provincial Expenditure funded by GFATM 2005

Province	Year Plan	Expend	%
KCM	$ 38,159	$ 32,047	84%
PLN	$ 13,771	$ 12,949	94%
PNP	$ 27,086	$ 20,114	74%
PST	$ 24,286	$ 18,179	75%
SHV	$ 24,615	$ 16,564	67%
TKV	$ 22,159	$ 22,274	101%
Total	**$ 150,076**	**$ 122,127**	**81%**

Table 9: Provincial Expenditures by CDC funded in 2005

Province	Year Plan	Expenditure	%
BMC	$ 274,964	$ 193,975	**71%**

Table 10: Provincial Expenditures by EUROPAID funded in 2005

Province	Year Plan	Expend	%
PST	2,205	1705	77%
TKV	17,987	13796	77%
Total	**20,192**	**15,501**	**77%**