

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលគំនិតស្តីពី

ការអនុវត្តន៍ស្រួចស្រាវយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាល
បន្តជីវិតអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនិង
ការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា

Concept Note on
Sharpening the Boosted Continuum of Prevention to Care and
Treatment (B-CoPCT) for Key Populations at Highest Risk in Cambodia



មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងការមេរោគ

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS)

ខែមេសា ឆ្នាំ២០១៤

មាតិកា

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ.....	ii
បញ្ជីតារាងនិងរូបភាព.....	iii
បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងារស្នូលចូលរួមចងក្រងគោលគំនិត.....	iv
អារម្ភកថា.....	v
សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ.....	vii
១. សាវតារ.....	១
២. សនិទាន.....	៥
៣. គោលបំណង.....	៧
៣.១ គោលបំណងចម្បង.....	៧
៣.២ គោលបំណងពិសេស.....	៨
៤. គំនិតរួម.....	៩
៤.១ ការស្វែងរកឃើញ	៩
៤.២ ការគ្របដណ្តប់.....	១១
៤.៣ ការពង្រឹងសេវា.....	១៣
៤.៤ ការរក្សាក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតអោយនៅបន្តទទួលសេវាពាក់ព័ន្ធ ...	១៥
៥. ការសំរេបសំរួលនិងការអនុវត្តន៍	១៦
៥.១ ភារកិច្ចសំខាន់នៃអ្នកពាក់ព័ន្ធ.....	១៧
៦. ការត្រួតពិនិត្យនិងការពង្រឹងការឆ្លើយតប.....	១៨
៧. ផែនទីចង្អុលផ្លូវ.....	១៩
៨. ឧបសម្ព័ន្ធ.....	២១

បញ្ជីពាក្យបំព្រួញ

ANC: Antenatal Care
ART: Anti-Retroviral Treatment
CHSS: Comprehensive Health and Social Service
CM: Case Management
CoPCT: Continuum of Prevention to Care and Treatment
CV: Clinic Vigilance
DIC: Drop In Center
FEW: Female Entertainment Worker
HIV: Human Immuno-Deficiency Virus
IBBS: Integrated Bio-behaviour Survey
MMT: Methadone Maintenance Therapy
MSM: Men who have sex with men
NCHADS: National Center for HIV/AIDS Dermatology & STD
OR: Outreach
PASP: Provincial AIDS and STI Program
PDI: Peer Driven Intervention
PHD: Provincial Health Department
PITC: Peer Initiated Testing & Counseling
PLHIV: People Living with HIV
PNV: Peer Network Vigilance
PRP: Prison Related Programme
PWID: People Who Use Injecting Drug
PWUD: People Who Use Drug
RA: Rapid Assessment
RMAA-CG: Rapid Monitoring Analysis for Action Core Group
SI: Strategic Information
STI: Sexually Transmitted Infection
SW: Sex Worker
TB: Tuberculosis
TG: Transgender
VCCT: Voluntary Counseling Confidentiality and Testing
WHO: World Health Organisation

បញ្ជីតារាងនិងរូបភាព

- តារាងទី១: ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងប្រជាជន៤ក្រុមដែលប្រឈមមុខខ្ពស់
- តារាងទី២: កំរិតអថេរនៃការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជនចំណុច
- តារាងទី៣: ក្រុមប្រជាជនដែលមានចំនួនតិចតួចប្រៀបធៀបទៅនឹងសក្តានុពលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍
- តារាងទី៤: ក្របខណ្ឌនៃអន្តរាគមន៍នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍
- តារាងទី៥: និយមន័យប្រតិបត្តិការគ្របដណ្តប់
- តារាងទី៦: ការផ្តល់អទិភាពលើក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនិងមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខត្រួតគ្នានិងងាយរងគ្រោះនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍
- តារាងទី៧: សង្ខេបកញ្ចប់សកម្មភាពក្នុងការពង្រឹងយុទ្ធវិធីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តសំរាប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់និងលក្ខណៈនៃកញ្ចប់ដំបូងក្នុងការពង្រឹងការងារ
- តារាងទី៨: ឧទាហរណ៍នៃសច្ចនាករ
- រូបភាពទី១: ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់និងមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងងាយរងគ្រោះទទួលបានការឃើញចាប់
- រូបភាពទី២: អន្តរាគមន៍លើស្ថានភាពអេពីដេមីដេមីអនុវត្តយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍អោយទទួលបានលទ្ធផលល្អបំផុត។

**បញ្ជីរាយនាមក្រុមស្នូលការងារដែលបានចូលរួម
យ៉ាងសកម្មក្នុងការចងក្រង គោលគំនិតស្តីពីការអនុវត្តស្រួចស្រាវ
យុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍
ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត**

១. វេជ្ជ. មាន ឈីវុន	ប្រធាន NCHADS
២. វេជ្ជ. ឡាន វណ្ណសេង	អនុប្រធាន NCHADS
៣. វេជ្ជ. អ៊ុក វិជ្ជា	អនុប្រធាន NCHADS
៤. វេជ្ជ.សេង សុភាព	ប្រធានការិយាល័យបច្ចេកទេស NCHADS
៥. វេជ្ជ. ទេព សំណាង	ប្រធានផ្នែកBCC/NCHADS
៦. វេជ្ជ. Fujita Massami	HIV-TB Advisor/WHO
៧. ឱសថការី អេង ជានី	បុគ្គលិក WHO
៨. លោកស្រី Marie-Odile Emond	UNAIDS Country Coordinator
៩. លោក អ៊ុង ប៊ូលីន	Community Mobilization and Networking Advisor, UNAIDS
១០. លោក Michelle Lang Alli	USAID (Health Officer-HIV team leader)
១១. លោកស្រី Pamela Teichman	USAID (Senior technical HIV/AIDS prevention Advisor)
១២. លោកវេជ្ជ. សុខ ប៊ុណ្ណា	USAID (HIV Advisor)
១៣. លោកវេជ្ជ. សួស ប្រឹមប្រីយ៍	Senior Program Manager, DFAT, Australian Embassy
១៤. លោក ជួប សុខចំរើន	អនុប្រធានអង្គការ KHANA
១៥. លោកស្រី មុត សុគន្ធី	Technical Advisor, FHI360
១៦. Ms. Florence Chatot	FI (Drug Project Manager)
១៧. លោក តាំង ភឿក	នាយកប្រតិបត្តិ Korsang
១៨. លោកស្រី Map Somaya	Mith Samlanh (Program Director)
១៩. លោកវេជ្ជ. ទា ផូលី	Freeland Consultant
២០. លោកវេជ្ជ. ស៊ិន អ៊ាប	អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីមូលស៍រ៉ាង(WHO)

អារម្ភកថា


នាខែតុលា ឆ្នាំ២០១០ អង្គការសហប្រជាជាតិបានទទួលស្គាល់លទ្ធផលល្អប្រសើរដែល ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា សំរេចបានទិសដៅអភិវឌ្ឍន៍សហសវត្សទី៦ "ជំងឺអេដស៍" មុនកាលកំណត់ (MDG6-HIV 2015) ។ ជាក់ស្តែងអាត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញ វ័យបានថយចុះពី២ភាគរយនៅឆ្នាំ ១៩៩៨ មក ០,៧ភាគរយនៅឆ្នាំ ២០១៣។ ក្នុងឆ្នាំ ២០១៣នេះដែរ អាត្រាគ្របដណ្តប់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ អាយុ លើសពី១៨ឆ្នាំ ដែលមានកោសិកា CD4 \leq ៣៥០cc/mm³ បានកើនឡើងគួរអោយកត់សំគាល់ មានប្រមាណ៨២ ភាគរយនិងប្រមាណ៩១ភាគរយលើកុមារផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ទោះបីជាប្រទេសកម្ពុជាសំរេចបានទិសដៅខាងលើនេះក៏ដោយក៏នៅមានបញ្ហាប្រឈមជាច្រើន ជាពិសេសអាត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍មានកំរិតខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនគោលដៅ (key populations) ដែលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដូចជាក្រុម ស្ត្រីធ្វើការនៅសេវាកំសាន្ត សប្បាយដែលមានដៃគូរួមភេទលើសពី៧នាក់ក្នុងមួយសប្តាហ៍(១៤ភាគរយ) ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយ បុរស/TG (២,៣ភាគរយ) និងក្រុមចាក់គ្រឿងញៀន (២៤,៧ភាគរយ) ។

ម្យ៉ាងវិញទៀតកម្មវិធីចុះអប់រំផ្ទាល់ (Outreach) នៅសហគមន៍របស់ប្រជាជនគោលដៅ (key population) ពុំទាន់គ្របដណ្តប់លើអ្នកដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍រួមទាំងអ្នក ដែលមានការប្រព្រឹត្ត(ឥរិយាបថ)ប្រឈមមុខត្រួតគ្នាឬក្រុមដែលពិបាករកឃើញ(Hard to reach)។

ក្រសួងសុខាភិបាលឯកភាពលើគោលគំនិតខាងលើ ហើយសង្ឃឹមថា គ្រប់ភាគីដៃគូអនុវត្ត ការងារទាំងអស់ ទាំងនៅថ្នាក់ជាតិ និងថ្នាក់ក្រោមជាតិអនុវត្តតាមគំរូស្តង់ដានេះដើម្បីឈានឆ្ពោះទៅ បញ្ឈប់ការរាលដាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០២០។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ៣០ ខែ មេសា ឆ្នាំ ២០១៤

អ្នកប្រឹក្សា

អ៊ឹម ប៊ុនហេង

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ផ្អែកលើបទពិសោធន៍និងលទ្ធផលល្អប្រសើរលើការកាត់បន្ថយការរាលដាលមេរោគអេដស៍ អោយនៅកំរិតទាប និងបង្កើនការទទួលបានសេវាថែទាំ ព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍លើសពី៨០ភាគរយ ប្រទេសកម្ពុជាបានប្តេជ្ញាសំរេចទិសដៅដ៏មហិច្ឆតាដើម្បីបញ្ឈប់ការរាលដាលមេរោគអេដស៍ នៅឆ្នាំ ២០២០។ ដើម្បីសំរេចបាននូវទិសដៅខាងលើនេះ គ្រប់ភាគីអនុវត្តការងារនៅគ្រប់ថ្នាក់បានខិតខំ និងបន្តការខិតខំប្រឹងប្រែងនិងជំរុញអោយកាន់តែសម្រាប់សម្រាប់ខ្លាំងក្លាថែមទៀតលើការអនុវត្តន៍ សកម្មភាពអាទិភាពនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លានានា ជាពិសេសផ្ដោតលើក្រុមប្រជាជនគោលដៅ (key populations) ដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

ក្រុមការងារស្នូលដែលមានសមាជិកមកពីស្ថាប័នរាជរដ្ឋាភិបាល អង្គការសហប្រជាជាតិ ម្ចាស់ជំនួយ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលសំរេចសំរួលដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) បានពិនិត្យលើ របកគំហើញនៃការអង្កេតនានា (Rapid Assessment) ដែលឧបត្ថម្ភគាំទ្រដោយអង្គការ WHO ហើយ បានជ្រើសរើសគំរូអង្កេតស្តង់ដារបញ្ចូលក្នុងគោលគំនិតសំរាប់អនុវត្តស្រួចស្រាវសកម្មភាពអាទិភាព នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) សូមថ្លែងនូវអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅនិងសូមកោតសរសើរ ដល់សមាជិកក្រុមការងារស្នូលទាំងអស់ដែលបានចំណាយពេលវេលា និងកំលាំងកាយចិត្ត ប្រាជ្ញាក្នុង ការរៀបចំចងក្រងឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។ សូមថ្លែងនូវការកោតសរសើរជាពិសេស ចំពោះ លោកវេជ្ជ.Fujita Massami (HIV Advisor/WHO) ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មទាំងការអង្កេតនិង ការចងក្រងឯកសារគោលគំនិតនេះ។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី២២ ខែសីហា ឆ្នាំ២០១៤

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ



[Handwritten signature]
វេជ្ជ មាន ឈីវុន

១. សាវតា

គំនិតផ្តួចផ្តើម 'កម្ពុជា ៣.០' ដែលបានចងក្រងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍មានគោលបំណង បង្ហាញយុទ្ធសាស្ត្រដើម្បីលុបបំបាត់ ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជានា ឆ្នាំ២០២០^១ ។ យុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ដែលជាផ្នែកមួយនៃគំនិតផ្តួចផ្តើម 'កម្ពុជា ៣.០' គឺផ្តោតលើ ការពង្រីកអន្តរាគមន៍បង្ការស្តង់ដារដែលផ្សារភ្ជាប់នឹងសេវាសុខាភិបាលរួមមាន ការធ្វើតេស្តឈាម រកមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលជឿជាក់ថានឹងមានការប្រឈមមុខកើនឡើងខ្ពស់ នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដូចជា ស្ត្រីធ្វើការនៅសេវាកំសាន្តសប្បាយ (FEW) បុរសរួមភេទ ជាមួយបុរស (MSM) អ្នកបំប្លែងភេទ/ខ្ចើយ (TG) និងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន(PWID)^២។

ប៉ុន្តែការប្រឈមក្នុងចំណោមប្រជាជនខាងលើនេះគឺមានកំរិតខ្ពស់ខុសគ្នា ។ ជាលទ្ធផលក្រុម ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍កំរិតទាប តែងតែបានជួបញឹកញាប់ដើម្បីផ្តល់សេវាអប់រំ ផ្ទាល់និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ។ ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់គឺអាចទទួល សេវាខាងលើបានតាមរយៈការខិតខំព្យាយាម (ឧទាហរណ៍ របាយការណ៍នៃការធ្វើតេស្តរកមេ រោគអេដស៍ ដោយជួសឈាមពីចុងម្រាមដៃនៅក្នុងសហគមន៍នៃក្រុមប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេ រោគអេដស៍នៅទីក្រុងចំនួន៥ រួមទាំងរាជធានីភ្នំពេញ ដែលមានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍កំរិត ខ្ពស់បានបង្ហាញថា ៥៤នាក់ (ស្មើនឹង០,៦ភាគរយ) ក្នុងចំណោម ៨.៧២៨នាក់ ដែលបានធ្វើ តេស្តគឺមានឆ្លងមេរោគអេដស៍។ យើងកត់សំគាល់ផងដែរលើអត្រានៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាម ក្រុមប្រឈមមុខនីមួយៗដូចជា៖ FEW (១៩/៤.៣២៤=០.៤%) MSM (៩/២.២៥៤=០.៤%) TG (៥/១១៧= ៤.៣%) PWID (១៣/២៩៩= ៤.៣%) PWUD (៨/១.៧៣៤= ០.៥%)។ យើងបានធ្វើ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅដែលមាន អាយុពី ១៥-៤៩ឆ្នាំ គឺ ០.៧% នៅឆ្នាំ ២០១៣^៣ និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុង ចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នៅមានកំរិតខ្ពស់នៅឡើយ (ផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការអង្កេតស្រាវ ជ្រាវ)។ ប៉ុន្តែអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខជាពិសេស FEW, PWUD និង MSM គឺស្ថិតក្នុងកំរិតទាប។ របកគំហើញទាំងអស់នេះបានបង្ហាញថាកម្មវិធីចុះអប់រំផ្ទាល់ដែល កំពុងអនុវត្តក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ហាក់ដូចជាគ្របដណ្តប់លើប្រជាជនមិនសូវប្រឈមមុខនឹង ការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ទន្ទឹមនឹងនោះក្នុងចំណោម៥៤នាក់ដែលបានឆ្លងមេរោគអេដស៍គឺមាន តែ ៣៤នាក់ (ស្មើនឹង ៦៣%) បានធ្វើតេស្តរកកោសិកា CD4 ដែលបញ្ជាក់ថាកំរិតនៃ ការបោះបង់

¹ NCHADS (2012) ក្របខ័ណ្ឌនៃគោលគំនិត ដើម្បីលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍នៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជានៅឆ្នាំ២០២០
² NCHADS (2012) និយាមបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការ ឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា
³ NCHADS (2011) ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅនៅព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១០-២០១៥

គឺខ្ពស់នៅចន្លោះពេលនៃការទទួលបានលទ្ធផលគេស្តាប់ញាក់វិជ្ជមាន និងពេលចុះឈ្មោះនៅ សេវា Pre-ART ។

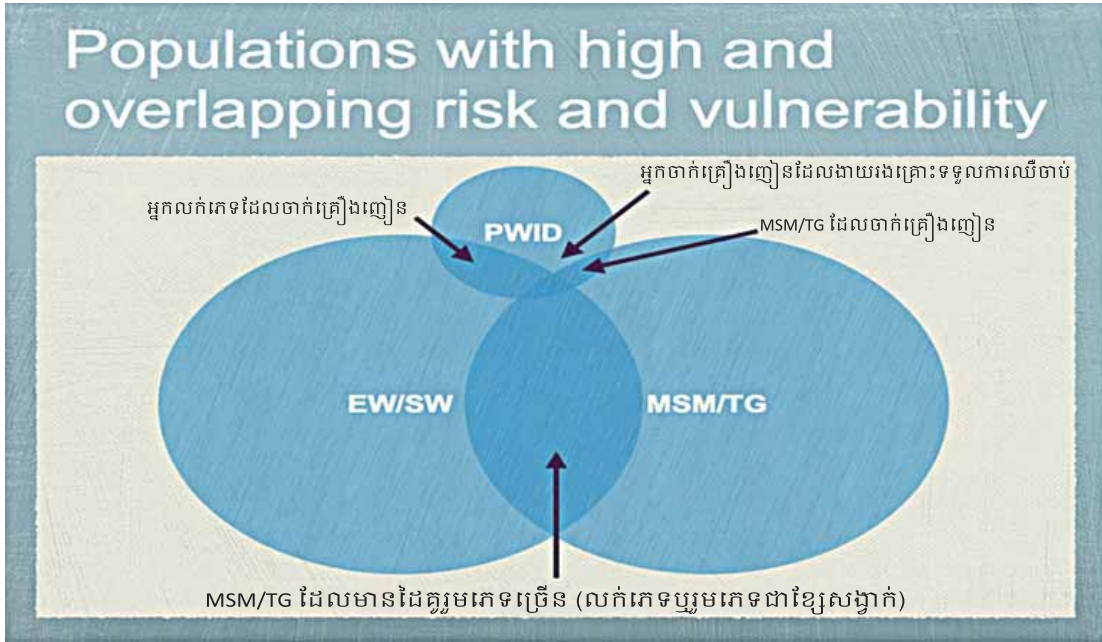
ដូច្នោះដើម្បីបង្កើនអត្រាគ្របដណ្តប់និងកែលម្អទំនាក់ទំនងរវាងតំលៃ និងប្រសិទ្ធភាពនៃកម្មវិធី និងការសម្រេចបានទិសដៅ គឺត្រូវសកម្មស្រួចស្រាវអនុវត្តជាប្រចាំកញ្ចប់សេវានៃយុទ្ធវិធីជំរុញ ខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ។ ការផ្តោតលើការអនុវត្តស្រួចស្រាវយុទ្ធវិធី ជំរុញខ្លាំងក្លា គឺត្រូវតែខិតខំប្រឹងប្រែងថែមទៀតអោយលើសពីសកម្មភាពនៃការអនុវត្តជាប្រចាំ កញ្ចប់សេវានៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹង តំរូវការចាំបាច់របស់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានការប្រព្រឹត្ត ប្រឈមមុខត្រួតគ្នា និងមានការពាក់ព័ន្ធនឹងកត្តាផ្សេងៗដែលងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់។ ឧទាហរណ៍ ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដូចជាស្ត្រីដែលចាក់គ្រឿងញៀន និងលក់ភេទ អ្នកចាក់ គ្រឿងញៀនដែលក្រីក្រនិងទទួលការស្តាប់ខ្លឹមពីសង្គម ព្រមទាំងក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស និងក្រុមបំបែកភេទដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើន (លក់ភេទ ឬរួមភេទដោយស្ម័គ្រចិត្ត) ដែលបាន កត់សំគាល់ដោយការពិនិត្យរួមគ្នាលើកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលនៅឆ្នាំ ២០១៣។ ក្រុមប្រជាជនចំណុចទាំងអស់នេះគឺជានិច្ចជាកាលប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគ អេដស៍ពីព្រោះគេមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នា មានដៃគូរួមភេទ ឬប្រើប្រាស់ម្តុលស៊ីរ៉ាំងរួម គ្នា ឬងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់ពីសង្គម។ ពួកគេភាគច្រើនរស់នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ ក្នុង នោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនលើសពី ៨៥% និងរស់នៅតាមបណ្តាទីក្រុងធំៗ។ ពួកគេមួយចំនួនរស់ នៅកន្លែងប្រមូលផ្តុំ ដូចជាពន្ធនាគារ ឬមណ្ឌលកែប្រែដែលអាចបង្កើនថែមទៀតនូវការប្រឈម មុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

ឯកសារគោលគំនិតនេះ ផ្តោតជាបឋមលើការឆ្លើយតបស្រួចស្រាវនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការ បង្ការថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ចំនួន៤ក្រុមដែល សន្មតថាមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដែលបញ្ជាក់ក្នុងរបកគំហើញ និងអនុសាសន៍នៃ ការពិនិត្យរួមគ្នាកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ក្នុងវិស័យសុខាភិបាលឆ្នាំ២០១៣ និងផ្អែកលើ ទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ (រូបភាពទី១, តារាងទី១)។ ក្រុមប្រជាជនចំណុចទាំងនេះមានការ ប្រឈមមុខខ្ពស់និងមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងងាយ រងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់។

ការអង្កេតជាបន្ទាន់ថ្មីៗកន្លងទៅនេះ បានបង្ហាញថាប្រហែលជាមានអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនចំនួន ច្រើនគួរសមដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត ឬមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នាពុំទាន់រកជួប

ដោយកម្មវិធីមូលស៊ីរ៉ាំងនៅរាជធានីភ្នំពេញនៅឡើយទេ⁴ ។ ការខ្វះចន្លោះទាំងនេះនឹងប្រាកដជាមានការឆ្លងថ្មីមេរោគអេដស៍ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

រូបភាពទី១. ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់និងមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខត្រួតគ្នានិងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់



តារាងទី១. ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងប្រជាជន៤ក្រុមដែលប្រឈមមុខខ្ពស់និងមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខត្រួតគ្នានិងការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់

ប្រជាជន	តើដឹងរបៀបណា/ទិន្នន័យដែលមាន	ប្រភពទិន្នន័យបច្ចុប្បន្ន
FEW ដែលចាក់គ្រឿងញៀននិងមានដៃគូរួមភេទច្រើន	សម្ភាសន៍ជាមួយ EW ចំនួន១០នាក់ដែលចាក់គ្រឿងញៀនហើយពុំដែលទទួលសេវាអប់រំផ្ទាល់។ គាត់ស្គាល់អ្នកដែលមានស្ថានភាពដូចគាត់ចំនួន៥០ឬលើសនៅតាមចំណុចក្តៅនានាក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ។	ការអង្កេតរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកអនុវត្តដោយលោកវេជ្ជបណ្ឌិត ទា ផូលី(ឆ្នាំ២០១៣)
អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលមានការរើសអើងខ្ពស់ (នៅតាមដងផ្លូវមិននៅតាមដងផ្លូវ/	សម្ភាសន៍ជាមួយអ្នករើសអើងចាយដែលក្រីក្របំផុតចំនួន១០នាក់ដែលបានចាក់គ្រឿងញៀនហើយពុំដែលបានទទួលសេវាអប់រំផ្ទាល់។ គាត់ស្គាល់អ្នកដែលមានស្ថានភាពដូចគាត់ចំនួន	ការអង្កេតរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកអនុវត្តដោយលោកវេជ្ជបណ្ឌិត

⁴ Tea Phaully (2013). Results of Preliminary Exploration of Unreached Key Populations in Phnom Penh: WHO commissioned assessment. Power Point Presentation for partner consultation meetings.

<p>ចំណាកស្រុក រួមទាំងអ្នករើសអេតបាយ អ្នកធ្វើការនៅការដ្ឋានសំណង់ និងដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេ ព្រមទាំងអ្នកដែលបានចេញពីមណ្ឌលប្រមូលផ្តុំ)</p>	<p>៨០នាក់ឬលើសដែលរស់នៅរាជធានីភ្នំពេញ</p>	<p>ទា ផូលី (ឆ្នាំ២០១៣)</p>
<p>TG ដែលលក់ភេទ និង/ឬចាក់គ្រឿងញៀន</p>	<p>-អ្នកងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់ដែលទទួលសេវាសុខភាពម្តងម្កាល -ប៉ាន់ស្មានប្រមាណ៦០%នៃ TG ដែលលក់ភេទ</p>	<p>-របាយការណ៍នៃការសិក្សាប្រុសខ្មែរ (ឆ្នាំ២០១០) -BSS ឆ្នាំ២០០៧ -FHI360 PRASIT ការប៉ាន់ស្មានចំនួន TG ឆ្នាំ២០១២</p>
<p>MSM ដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើនរួមទាំងបង់ថ្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ</p>	<p>-ប្រជាជនលាយចំរុះ ការប្រឈមមុខផ្សេងៗគ្នា និងប៉ាន់ស្មាន ៦០%នៃ MSM ដែលតែងតែលក់ភេទ។</p>	<p>-របាយការណ៍នៃការសិក្សាប្រុសខ្មែរ (ឆ្នាំ២០១០) -BSS ឆ្នាំ២០០៧។</p>

បន្ថែមជាងនេះ លទ្ធផលនៃការអង្កេត និងរបាយការណ៍នានាបានលើកឡើងថាការចាក់គ្រឿងញៀនប្រហែលជាពិបាករកក្នុងចំណោមក្រុមធ្វើការងារដូចជា កម្មករសំណង់ដែលមានប្រាក់ចំណូលតិចតួច និងអ្នកចំណាកស្រុកទៅធ្វើនេសាទ⁵ ។ កិច្ចសម្ភាសន៍កម្មករសំណង់ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបចំនួន៦នាក់ដែលចាក់គ្រឿងញៀនហើយមិនដែលទទួលបានសេវាអប់រំផ្ទាល់បញ្ជាក់ថា គេស្គាល់អ្នកដែលមានស្ថានភាពដូចពួកគេចំនួនប្រមាណ៨០នាក់ឬលើសនេះនៅរាជធានីភ្នំពេញ ។ ក្រុមធ្វើការងារទាំងអស់នេះរួមមានប្រជាជនកម្ពុជាដែលបានធ្វើចំណាកស្រុកទៅបរទេស ហើយត្រលប់មកប្រទេសកម្ពុជាវិញ គឺបានចាក់គ្រឿងញៀន ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនប្រភេទផ្សេងៗ។

គេមានការព្រួយបារម្ភផងដែរចំពោះក្រុមប្រជាជនចំណុចផ្សេងៗដែលមានព័ត៌មានឬទិន្នន័យតិចតួចហើយមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់ ប៉ុន្តែគេជឿថាក្រុមនេះមានឆ្លងមេរោគអេដស៍កំរិតទាប។ ឧទាហរណ៍ក្រុម MSM ដែលមាន

⁵ Tea Phaully (2013). Results of Preliminary Exploration of Unreached Key Populations in Phnom Penh: WHO commissioned assessment. Power Point Presentation for partner consultation meetings.

ជីវភាពខ្ពស់ដែលរាយការណ៍ថាបានចាក់គ្រឿងញៀន ប៉ុន្តែពួកគេមានលទ្ធភាពរកទិញម្ហូបស៊ី រាំងដែលរំងាប់មេរោគ និងទទួលបានសេវាព្យាបាលជំនួសដោយមេតាដូន (MMT)។ ការសិក្សា ថ្មីៗក្នុងចំណោម FEW ដែលចាក់គ្រឿងញៀន បានបង្ហាញថាការចាក់គ្រឿងញៀនកំរើញ និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក៏មិនខុសគ្នាឆ្ងាយពីក្រុម FEW ទេ ។ ទាំងអស់នេះ បានឆ្លុះបញ្ចាំងនូវបញ្ហាប្រឈមនៃការប្រមូលទិន្នន័យអំពីក្រុមប្រជាជនទាំងនេះនិងធានាលើតំ លៃប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ដែលបែងចែកច្បាស់លាស់នូវក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមប្រឈមមុខជាទូទៅ។

២. សនិទាន

ការអនុវត្តន៍ស្រួចស្រាវយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ដែលបាន រៀបចំឡើងនេះ គឺឈានទៅឆ្ងាយពីអន្តរាគមន៍នានារបស់កម្មវិធីជាតិដែលគ្របដណ្តប់លើក្រុម ប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការដ៏មានសារៈសំខាន់និងការ ប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអនុក្រុមប្រជាជនពិសេស^១។ វា មានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការសំរេចបាននូវអត្រាគ្របដណ្តប់នៃភាពលែងត្រូវការក្នុង ចំណោមប្រជាជនពិសេសមានចំនួនតិចតួចដោយប្រើប្រាស់អន្តរាគមន៍បន្ថែមដែលមានកញ្ចប់ សម្មភាពស្តង់ដារដើម្បីឈានទៅកាត់បន្ថយការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងមេរោគបង្កជំងឺកាម រោគ និងបង្កើននូវភាពជឿនលឿនក្នុងការសំរេចទិសដៅកម្ពុជា៣.០។

នៅតាមសេវានានាដែលមានទិន្នន័យត្រឹមត្រូវគឺរបាយការណ៍អំពីការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគ អេដស៍មានទំនាក់ទំនងទៅវិញទៅមកជាមួយអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមេរោគបង្កជំងឺកាម រោគ។ បន្ថែមពីនោះទៀតការសិក្សាថ្មីៗអំពីតំលៃបានគាំទ្រខ្លាំងក្លាដល់អន្តរាគមន៍ដែលផ្តោតលើ អនុក្រុមប្រជាជនចំណុចដូចជា FEW MSM TG និង PWID/PWUD ដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី២៖ ចំណាត់ថ្នាក់ក្រុមប្រជាជនចំណុចជាទូទៅមានបីកំរិតនៃការកើនឡើងនូវការប្រឈម និងជួនកាលមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

តារាងទី២៖ កំរិតអថេរនៃការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមក្រុមប្រជាជន ចំណុច (Key Populations)

កំរិតនៃការប្រឈម(+)	កំរិតកើនឡើងនៃការប្រឈម(++)	កំរិតនៃការប្រឈមខ្ពស់(+++)
ស្ត្រីធ្វើការនៅសេវាកំ សាន្តសប្បាយ (EW)	EW មានដៃគូរួមភេទលើសពី ៧ នាក់ក្នុង១សប្តាហ៍	ការចាក់គ្រឿងញៀនហើយមានដៃ គូរួមភេទច្រើន(បង់ថ្លៃឬឥតគិតថ្លៃ)

បុរសរួមភេទជាមួយ បុរស (MSM)	MSM លក់ភេទ; MSM រួមភេទជា ខ្សែសង្វាក់	និងប្តូរវាយរងគ្រោះខ្ពស់ទទួលបានការ ឈឺចាប់
អ្នកបំប្លែងភេទ/ខ្លីយ (TG)	TG មានដៃគូរួមភេទច្រើន(បង់ថ្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ)	
អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿង ញៀន (PWUD)	PWID	

សារៈសំខាន់នៃការសម្រេចបានអត្រាគ្របដណ្តប់ដែលខ្ពស់បំផុតក្នុងចំណោមប្រជាជនមានចំនួន
តិចតួចគឺអាចធ្វើបានដោយប្រៀបធៀបទំហំនៃប្រជាជននោះនឹងសក្តានុពលនៃការឆ្លងមេរោគ
អេដស៍(តារាងទី៣)។

តារាងទី៣៖ ក្រុមប្រជាជនដែលមានចំនួនតិចតួចប្រៀបធៀបនឹងសក្តានុពលនៃការឆ្លងមេរោគ
អេដស៍

	ការប្រឈម(+)	(++)	(+++)
ទំហំនៃប្រជាជន	ច្រើនពាន់នាក់	រាប់ពាន់នាក់	រាប់រយនាក់
អត្រាប្រេវ៉ាឡង់ការ ឆ្លងមេរោគអេដស៍	+	++	++
សក្តានុពលនៃការឆ្លង មេរោគអេដស៍ប្រៀប ធៀបនឹងប្រជាជន ទូទៅ	> 20x	> x	???

តារាងខាងលើនេះ និងលទ្ធផលនៃការសិក្សាថ្មីៗអំពីតំលៃបានបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថាតំលៃខ្ពស់
នៃអន្តរាគមន៍ដោយសស្រាក់សស្រាំចំពោះបុគ្គលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតម្នាក់ៗ គឺបង្ហាញពីគុណ
ប្រយោជន៍ខ្ពស់ ក្នុងការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍(តំលៃ-ប្រសិទ្ធភាព)ដោយអន្តរាគមន៍ផ្ដោត
លើបរិយាកាសគាំទ្រដែលជួយជំរុញអោយមានលទ្ធភាពអនុវត្តបាន (Enabling environment) ។
តំលៃប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់មានសារៈសំខាន់ណាស់ព្រោះថាបញ្ហាប្រឈមខ្ពស់បំផុតដើម្បីសម្រេចបាន
នូវការគ្របដណ្តប់លើប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត ។ មានបញ្ហាជាច្រើនដែលបានជួប

ប្រទះ ដូចជាភាពក្រីក្រភាពងាយរងគ្រោះខ្ពស់ទទួលការឈឺចាប់ពីសង្គម និងភាពអយុត្តិធម៌ក្នុង ចំណោមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀននិងការលក់ភេទ។ ដើម្បីធ្វើអោយអន្តរាគមន៍មានប្រសិទ្ធភាពគឺត្រូវដោះស្រាយបញ្ហាប្រឈមនានាដូចខាងក្រោម:

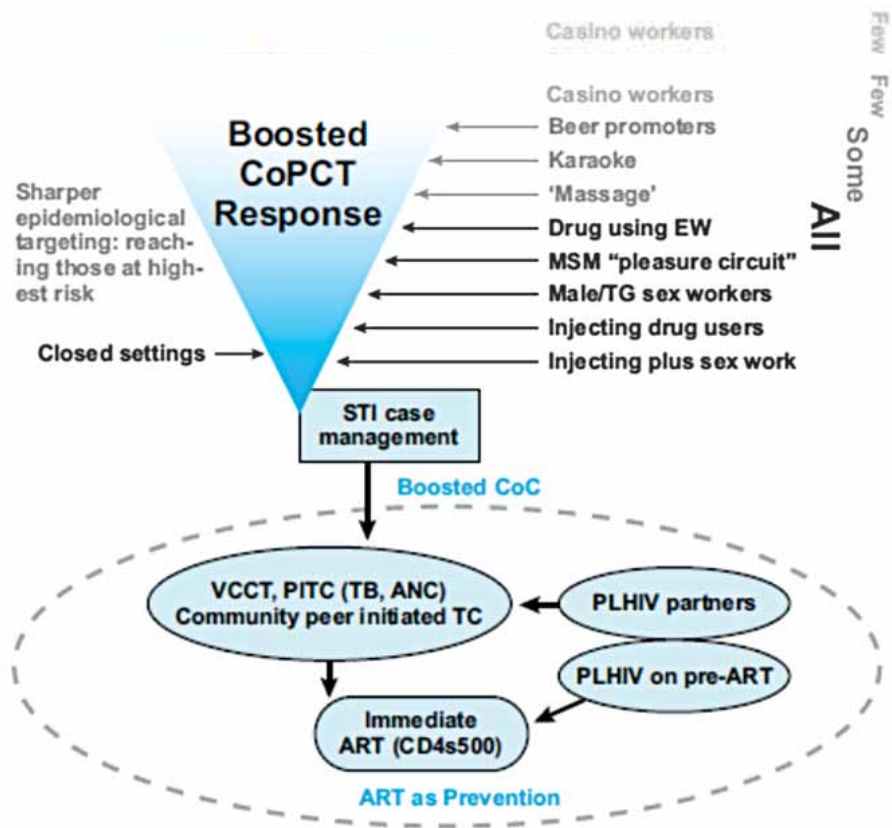
- ប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតគឺពិបាកស្វែងរកឃើញ
- របាំងនៃរចនាសម្ព័ន្ធគឺធ្វើអោយឱកាសទទួលបានសេវាមានកំរិត
- ការចុះអប់រំផ្ទាល់ទាមទារអោយមានការចុះជួបញឹកញាប់ និងដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងពិសេស
- កញ្ចប់សេវាត្រូវតែគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការច្រើនប្រភេទ
- ការខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមគឺចាំបាច់ដើម្បីនៅបន្តទទួលបានសេវារបស់អ្នកជំងឺអេដស៍
- ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការរបស់ប្រជាជនចំណុចទាំងអស់នោះ គឺចាំបាច់ទាមទារអោយមានគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗ និងធនធានព្រមទាំងការខិតខំប្រឹងប្រែងដោយសង្រ្គោះសង្រ្គាំផ្នែកលើយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលបន្តដែលកំពុងដាក់អោយអនុវត្តហើយស្របតាមកញ្ចប់ស្នូលនៃសេវាផងដែរ។ យន្តការសំរាប់សំរួលដោយមោឃៈមុតនៅថ្នាក់ជាតិនិងថ្នាក់ក្រោមជាតិត្រូវតែចាប់ផ្តើមដំណើរការដើម្បីដឹកនាំនិងបង្កើនថាមពលជាអតិបរមារវាងសកម្មភាពអនុវត្តជាធម្មតាយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ និងសម្មភាពបន្ថែមសំរាប់ប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដែលមានរៀបរាប់ក្នុងវិធីសាស្ត្រស្រួចស្រាវនេះ។

៣.គោលបំណង

៣.១.គោលបំណងចម្បង

គឺពង្រឹងការខិតខំប្រឹងប្រែងអនុវត្តយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ ព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ ដើម្បីសំរេចបាននូវការគ្របដណ្តប់លើប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដោយប្រើប្រាស់អន្តរាគមន៍សមស្រប និងមានប្រសិទ្ធភាពផ្នែកលើភាពកែច្នៃដោយផ្ដោតលើស្ថានភាពអេពីដេមី និងឥរិយាបថនៃការប្រព្រឹត្ត។ ជាពិសេសអន្តរាគមន៍ នានាត្រូវផ្តោតលើប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ និងមានការប្រឈមត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមានភាពងាយរងគ្រោះទទួលការឈឺចាប់។

រូបភាពទី១៖ ត្រូវផ្ដោតអន្តរាគមន៍លើស្ថានភាពអេពីដេមី(ការរាលដាល)ដើម្បីអនុវត្តយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍អោយទទួលបានលទ្ធផលល្អបំផុត



៣.២.គោលបំណងពិសេស

គោលបំណងពិសេសទាំងអស់នេះគឺសំដៅដោះស្រាយរបាំងនានាក្នុងការស្វែងរកឃើញដំបូងៗ ដើម្បីធានាភាពជាប់លាប់ជាបន្តបន្ទាប់នៃការទទួលសេវាដែលជាគុណប្រយោជន៍អតិបរិមា ចំពោះប្រជាជនដែលជាអាទិភាព។

- ស្វែងរកឃើញប្រជាជនដែលមិនក្នុងក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ និងមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នានឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងងាយរងគ្រោះបំផុតទទួលបានការឃើញចាប់ហើយពួកគេពុំដែលទទួលបានអន្តរាគមន៍នានាទេ
- សំរេចបានក្នុងការជួយប្រជាជនចំណុចអោយអត្រាគ្របដណ្តប់នៃភាពលែងត្រូវការ (saturation coverage) លើសពី៨០ភាគរយ
- ធ្វើអន្តរាគមន៍យ៉ាងសម្រាប់សម្រាប់ក្នុងការផ្តល់សេវាដើម្បីទទួលបានផលជាអតិបរិមា
- រក្សាបន្តក្រុមគោលដៅអោយទៅទទួលសេវាដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលជាអតិបរិមានិងបង្កើនសុខុមាលភាព។

៤. គំនិតរួម

ស្របគ្នាជាមួយគោលបំណងខាងលើ គំនិតរួមគឺដើម្បីពង្រីកការឆ្លើយតបដែលមានចែងក្នុងយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តមេរោគអេដស៍ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត នៅតាមជំហានសំខាន់ៗនីមួយៗ (ការស្វែងរកឃើញការ គ្របដណ្តប់ ការពង្រឹង និង ការរក្សាទុក) ។

ការអនុវត្តន៍សកម្មភាពអាទិភាពទាំងនេះ តម្រូវអោយពង្រីកក្របខណ្ឌអន្តរាគមន៍នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត (តារាងទី៤) ដោយអនុវត្តសកម្មភាព និងសេវាបន្ថែមសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នីមួយៗដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត។ វិធីសាស្ត្រទាំងនោះនឹងបរិយាយលំអិតនៅផ្នែកបន្ទាប់។

យោងលើលក្ខណៈច្នៃប្រឌិតនៃសកម្មភាពបន្ថែមសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដែលមិនទាន់ទទួលបានអន្តរាគមន៍ល្អនៅឡើយនោះ ការតាមដានជាប់លាប់ ការវិភាគទិន្នន័យដែលមានលក្ខណៈហ្មត់ចត់ និងការវាយតម្លៃបទពិសោធន៍ពីការអនុវត្តន៍ដំបូងគឺមានសារៈសំខាន់បំផុតមុននឹងឈានដល់ការពង្រីកការអនុវត្តន៍។

តារាងទី៤៖ ក្របខណ្ឌនៃអន្តរាគមន៍នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តដ៏អេដស៍

គម្រោងសេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលដ៏អេដស៍ សំរាប់យុទ្ធវិធីស្វែងរក និងជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តចំពោះក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
សំរាប់សំខាន់ៗ ឧទាហរណ៍៖ ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

គម្រោងសេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលដ៏អេដស៍ សំរាប់យុទ្ធវិធីស្វែងរក និងជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តចំពោះក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
សំរាប់សំខាន់ៗ ឧទាហរណ៍៖ ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ និងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់	សេវាសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត			ប្រព័ន្ធសេវាដ៏អេដស៍				ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់				ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់				
		សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	
																	សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត
សេវាស្របចំ	១ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	២ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	៣ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	៤ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
សេវាបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	៥ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	៦ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	៧ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													
	៨ ការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត	ឧបាយ	ឧបាយ	ឧបាយ													

៤.១ ការស្វែងរកឃើញ

ការវាយតម្លៃហ្វែលីស និងការសិក្សាផ្សេងៗទៀតនាពេលថ្មីៗនេះបានផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់អំពីក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតទាំងអស់នេះ រួមមានការប្រព្រឹត្ត (ឥរិយាបថ) ប្រឈមមុខ ការជួបជាមួយអ្នកអប់រំផ្ទាល់ ការប្រើប្រាស់សេវា ។ល។ ការខ្វះចន្លោះត្រូវបានចងក្រងទុក (ដូចមាននៅក្នុងតារាងទី១)។ ការអង្កេតនៅតាមមូលដ្ឋានរួមមានការវាយតម្លៃ ដែល

មានលក្ខណៈរហ័សតាមរយៈការប្រើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដែលជាមិត្តភក្តិ និងវិធីសាស្ត្រផ្សេងៗ ទៀតរួមទាំងការតាមដានករណីរកឃើញថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ និងកាមរោគនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីស្វែងរកអោយឃើញក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដែលមិនទាន់បាន ស្គាល់និងមិនទាន់បានគ្របដណ្តប់។

៤.១.១ គោលបំណង: ដើម្បីស្វែងរកឃើញក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខ ខ្ពស់បំផុតនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

៤.១.២ វិធីសាស្ត្រ: វិធីសាស្ត្រប្រមូលព័ត៌មានដែលបានស្នើរមមាន:

- ការពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវការប្រើប្រាស់បណ្តាញមិត្តភក្តិ (PNV)៖ ធ្វើឡើង តាមរយៈការបង្កើត និងរក្សាទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងបណ្តាញមិត្តភក្តិ តាមរយៈ មិត្តភក្តិធ្វើការងារ និងអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗមួយចំនួនទៀត នោះការកើតឡើង ថ្មីៗ និងការផ្លាស់ប្តូរនៃការប្រឈម (ឧទាហរណ៍: ការរួមភេទគ្មានសុវត្ថិភាព ការប្រើម្ជុល/ស៊ី រាំងរួមគ្នា) ទឹកនៃឆ្លង និងក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់អាចត្រូវបានស្វែងរក ឃើញ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងត្រូវធ្វើឡើងដើម្បីរុករកបណ្តាញមិត្តភក្តិដែលមិនមានចែង ក្នុងយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍។
- ការពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នផ្នែកគ្លីនិក (CV) ៖ ដោយតាមដានករណីរកឃើញថ្មី នៃ មេរោគអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ (ឧទាហរណ៍: ជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរ នោម) និងធ្វើការសំភាសន៍ពួកគេពីកត្តាប្រឈមមុខជាក់លាក់របស់គេ និងទីកន្លែងដែល ពួកគេឆ្លងការបង្ករោគ នោះបណ្តាញការរួមភេទ និងការចាក់ថ្នាំញៀន និងទីកន្លែងអាច ត្រូវបានកំណត់រកឃើញ (សូមអានសេចក្តីណែនាំ ស្តីអំពីការគ្រប់គ្រង ករណីសកម្មនិង ការតាមដានដៃគូ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ NCHADS ២០១៣)។
- ការវាយតម្លៃរហ័ស (RA)៖ ព័ត៌មានដែលបានមកពីការពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ការប្រើប្រាស់បណ្តាញមិត្តភក្តិ ឬការពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នផ្នែកគ្លីនិកអាចត្រូវ បានបញ្ជាក់ និងរុករកតាមរយៈការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្ររហ័សបែបគុណវិស័យ និងចែក រំលែកជាមួយដៃគូអនុវត្តការងារដើម្បីធ្វើសកម្មភាពអោយបានទាន់ពេលវេលា និង សមស្រប។

លើសពីនេះទៀតទិន្នន័យដែលបានពី IBBS ដែលបានអនុវត្តនាឆ្នាំកន្លងទៅ និងពី IBBS នាពេល អនាគតត្រូវតែធ្វើអោយមានលក្ខណៈអតិបរមា ព្រោះព័ត៌មានពី IBBS អាចជួយ បង្ហាញ ចំនុចនៃទីកន្លែងណាដែលការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងកាមរោគទំនងនឹងកើតឡើងនិងអាច ជួយកំណត់ឥរិយាបថ និងភាពងាយរងគ្រោះដែលអាចជាការនាំអោយមានការឆ្លងថ្មី។

៤.២ ការគ្របដណ្តប់ (ស្វែងរកឃើញនិងឈានដល់ជួបក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត)

ការគ្របដណ្តប់នៃអន្តរាគមន៍នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តនាពេលបច្ចុប្បន្នមានភាពខុសគ្នា។

ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់មួយចំនួនអាចត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយសេវាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយចំនួនអាចត្រូវបានគ្របដណ្តប់តែផ្នែកណាមួយនៃសេវា(គ្របដណ្តប់មិនពេញលេញ) និងមួយចំនួនមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយសេវាណាទេ (សូមមើលតារាងទី៥) ។ ដោយផ្អែកលើសារៈសំខាន់នៃអំពើជម្រើសនៃក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតទាំងអស់នេះ ក្នុងការទប់ស្កាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងកាមរោគ ដូច្នេះកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងជាអតិបរមាត្រូវធ្វើឡើងដើម្បីធានាការគ្របដណ្តប់ ផ្សារភ្ជាប់ និងរក្សាទុកក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតក្នុងអន្តរាគមន៍ និងសេវាជាបន្ត និងមានប្រសិទ្ធភាព។

តារាងទី៥ និយមន័យប្រតិបត្តិការគ្របដណ្តប់

ពាក្យ	និយមន័យ
គ្របដណ្តប់	បានជួបជាមួយនិងអ្នកអប់រំផ្ទាល់ និងបានប្រើប្រាស់សេវាជាទៀងទាត់
គ្របដណ្តប់មិនពេញលេញ	បានជួបតិចតួចក្នុងអតីតកាលប៉ុន្តែមិនបានប្រើប្រាស់សេវាឬប្រើប្រាស់សេវាមិនជាប់លាប់
មិនគ្របដណ្តប់	មិនបានជួបជាមួយអ្នកអប់រំផ្ទាល់ ឬសេវា

ដើម្បីអោយការគ្របដណ្តប់លើក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតមានលក្ខណៈប្រសើរឡើង គឺតម្រូវអោយមានកិច្ចសហការរវាងដៃគូអនុវត្តការងារ ព្រមទាំងការតាមដាន និងការសំរេបសំរួល នៃការឆ្លើយតបជារួមដោយ NCHADS។ ដៃគូអនុវត្តការងារនានាត្រូវធានាថាក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតបានគ្របដណ្តប់ដោយសេវាចាំបាច់នៅក្នុងតំបន់ដែលពួកគេធ្វើការ (ឧទាហរណ៍ ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់+ការបង្ការការឆ្លងតាមការរួមភេទ+សេវាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយផ្នែកសុខភាព និងសង្គម)។

ទាំងនេះតម្រូវអោយមានកិច្ចសហការជំនាញរវាងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាលដែលជាអ្នកផ្តល់សេវា។ ភាពជាអ្នកដឹកនាំ និងការត្រួតពិនិត្យការឆ្លើយតបជារួមដោយ NCHADS រួមមាន៖

- ១) តាមដានដំណើរការវិវត្តន៍ និងលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវាដែលមានស្រាប់ និង
- ២) ធ្វើផែនការសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនៅក្នុងតំបន់ដែលមិនទាន់មានការគ្របដណ្តប់ ឬគ្របដណ្តប់តែមួយផ្នែកដែលទើបរកឃើញថ្មី។

៤.២.១ គោលបំណង:

ដើម្បីបង្កើនការជួប និងការទទួលយកសេវាដោយក្រុមប្រជាជនដែល មានការប្រឈមមុខខ្ពស់ (ការគ្របដណ្តប់ > ៨០%) ដើម្បីជំរុញការបង្ការ ផ្តល់ ឬបញ្ជូនទៅរកសេវា ចូលរួមធ្វើអាគរិវិនិច្ឆ័យ ការថែទាំនិងព្យាបាល និងគាំទ្រការគ្រប់គ្រងសកម្មករណ៍ជំងឺអេដស៍ និងការតាមដាន។

៤.២.២ វិធីសាស្ត្រ:

៤.២.២.១ ការចុះអប់រំផ្ទាល់ (OR): ការចុះជួបញឹកញាប់ដោយអ្នកអប់រំផ្ទាល់រួមមាន ការចុះជួបពេលយប់ និងសេវាផ្សេងទៀតនៅពេលវេលាដែលបង្កើនជាអតិបរមានូវឱកាសដើម្បី ផ្សារភ្ជាប់/ជួបជាមួយនឹងក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតព្រមទាំងការជ្រើសរើសនិងការ កសាងសមត្ថភាពដល់អ្នកអប់រំផ្ទាល់ដើម្បីដោះស្រាយការប្រឈមមុខត្រួតគ្នា។

៤.២.២.២ អន្តរាគមន៍ដោយប្រើមិត្តភក្តិ (PDI): ទំនាក់ទំនងឬជួបអោយបានជិតស្និទ្ធ ស្និទ្ធកម្មជាមួយមុនជាមួយក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតតាមរយៈអ្នកអប់រំផ្ទាល់ជាមិត្ត ភក្តិដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល។ នេះអាចជាមធ្យោបាយដែលមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការ ទទួលបានព័ត៌មានត្រលប់ទាក់ទងនិងភាពអាចទទួលយកបានភាពសមស្រប និងគុណភាពនៃ សេវា និងសំណូមពរពីក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតទាំងនោះទាក់ទងនឹងវិធីសាស្ត្រ ក្នុងការធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការអនុវត្តន៍កម្មវិធី ពង្រឹងការផ្តល់សេវា និងពង្រីកសេវាដល់ ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បន្ថែមទៀត។

៤.២.២.៣ កន្លែងសុវត្ថិភាព-មណ្ឌលសំចត (DIC): មណ្ឌលសំចតនៅទីកន្លែងជាក់ លាក់/ចល័ត ឬមានលក្ខណៈផ្លូវការ/មិនផ្លូវការដែលស្ថិតនៅជិតតំបន់ដែលក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ បំផុតរស់នៅ/ធ្វើការ/ប្រមូលផ្តុំរួមព្រលទាំងការរៀបចំសមស្រប និងការសន្ទនាជាមុនជាមួយ សហគមន៍ ប៉ូលីស និងអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ដើម្បីទប់ស្កាត់នូវប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន និងបញ្ជាក់ពី គោលបំណងសុខភាពសាធារណៈនៅទីកន្លែងសុវត្ថិភាព/មណ្ឌលសំចត។ វាមានសារៈសំខាន់ ក្នុងការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយគំនិតផ្តួចផ្តើមដែលមានស្រាប់ដូចជា គំនិតផ្តួចផ្តើមភាពជាដៃគូរវាង នគរ បាលនិងសហគមន៍ និងពង្រឹងការស្វែងរកឃើញ និងអនុសាសន៍អំពីការធ្វើការងារជាមួយអាជ្ញា ធរមូលដ្ឋាន។ប្រសិទ្ធិភាពនៃការចំណាយ និងលទ្ធផលផ្នែកសុខភាពលើការវិនិយោគកន្លែង សុវត្ថិភាព និងមណ្ឌលសំចតជាការព្រួយបារម្ភរបស់ម្ចាស់ជំនួយ និងដៃគូពាក់ព័ន្ធនានាដូចនេះ ការធ្វើផែនការសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាន និងការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃការវិនិយោគលើ មណ្ឌលសំចត និងកន្លែងសុវត្ថិភាពគឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការអនុវត្តន៍គំរូអន្តរាគមន៍នេះ។

៤.៣ ការពង្រឹងសេវា (Intensify services)

កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតត្រូវអនុវត្តដើម្បីទាក់ទាញក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខ ខ្ពស់បំផុតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងការរក្សាការជួបជាមួយអ្នកអប់រំផ្ទាល់ និងអន្តរាគមន៍ដែលមាន នៅថ្នាក់សហគមន៍។ កញ្ចប់សកម្មភាពអប្បបរមានៃការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ និងកាម រោគ រួមមានការផ្តល់ព័ត៌មាន និងការអប់រំ ការផ្តល់ស្រោមអនាម័យនិងទឹកអិល ការផ្តល់ម្ហូប/ ស៊ីរ៉ាំង ត្រូវអនុវត្តអោយបានញឹកញាប់នៅថ្នាក់សហគមន៍នៅម៉ោងពេលដែលសមស្របដើម្បី បង្កភាពងាយស្រួលក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងអស់នេះពីសំណាក់ក្រុមប្រជាជន ដែលមានការ ប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត។ ការពិនិត្យជំងឺកាមរោគ ការផ្តល់មេតាដូន គប្បីអនុវត្តនៅតាមសហគមន៍ ឬតាមរយៈការបញ្ជូនអតិថិជនទៅសេវាសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធដែលនៅជិតនោះ។ ទន្ទឹមនឹងនេះ សេវាទាំងអស់នោះក៏ត្រូវសំរួលម៉ោងពេលផ្តល់សេវាអោយសមស្រប និងមានលក្ខណៈស្ម័គ្រ ស្មាលដើម្បីសំរួលដល់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការមកទទួលសេវា និង អាចកាត់បន្ថយការបោះបង់សេវាផងដែរ ។ ការចុះអប់រំផ្ទាល់ញឹកញាប់ដោយផ្ដោតលើកញ្ចប់ សកម្មភាពអប្បបរមារួមទាំងការផ្តល់សេវាដែលឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការផ្នែកសុខភាពនិងសង្គម គឺ អាចទាក់ទាញក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់អោយមកទទួលសេវាទាំងអស់នេះ។

៤.៣.១ គោលបំណង:

ដើម្បីបង្កើនផលសំរេចនៃអន្តរាគមន៍និងសេវាតាមរយៈការពង្រីកភាពទទួលបានសេវា ការជួប ញឹកញាប់ជាងមុនជាមួយក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងវិធីសាស្ត្របង្ការ និងសកម្មភាពស្វែងរកឃើញជាងមុន។

៤.៣.២ វិធីសាស្ត្រ:

៤.៣.២.១ កម្មវិធីមូលស៊ីរ៉ាំង+ (NSP+) : កម្មវិធីមូលស៊ីរ៉ាំងដែលមានលក្ខណៈជំរុញ និងផ្ដោតខ្លាំងក្លាជាងមុន (ឧទា. ការចុះអប់រំផ្ទាល់ត្រូវញឹកញាប់ជាងមុនទៅកន្លែងច្រើនជាងមុន ការចុះជួប និងចែកចាយមូល-ស៊ីរ៉ាំងនៅពេលយប់តាមរយៈមណ្ឌលសំចត ឬកន្លែងផ្សេងទៀត រួមទាំងឱសថស្ថានផងដែរ) ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីកម្មវិធីមូល/ស៊ីរ៉ាំង និងឯកសារ ពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ។

៤.៣.២.២ កម្មវិធីមេតាដូន+ (MMT+): កម្មវិធីមេតាដូនដែលមានលក្ខណៈជំរុញ និងផ្ដោតខ្លាំងក្លាជាងមុនដែលឆ្លើយតបនឹងការរាំងស្ទះ ដើម្បីធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវភាពអាច ទទួលបានសេវា (ឧទាហរណ៍ ពេលម៉ោងធ្វើការដែលសមស្របនឹងតម្រូវការកន្លែងផ្តល់សេវា ច្រើនជាងមុនរួមទាំងសេវាមេតាដូននៅតាមសហគមន៍) ព្រមទាំងកាត់បន្ថយឧបសគ្គនានា (ឧទាហរណ៍ ការផ្តល់ (មេតាដូន) យកទៅប្រើតាមផ្ទះផ្តល់ការអប់រំដល់អ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីធ្វើ

អោយប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាផ្នែកតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្មីស្តីពីកម្មវិធីមេតាដូន និង ឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ។

៤.៣.២.៣ សេវាបង្ការថែទាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងជំងឺអេដស៍+ (STI/HIV+) : ដើម្បី បង្ការការឆ្លងមេរោគតាមការរួមភេទ ការពិនិត្យជាទៀងទាត់ត្រូវធ្វើឡើងដើម្បីរកមើល និង ព្យាបាលជំងឺកាមរោគនិងជំងឺអេដស៍។ ចំពោះក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត(បុរស ស្រ្តី TG ដែល លក់ភេទ) ត្រូវពិចារណាលើវិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលជាដំណាក់កាលដែលផ្អែកលើការប៉ាន់ ស្មាន (Periodic Presumptive Treatment PPT) និង/ឬការស្រាវជ្រាវស្វែងរកករណីដោយប្រើតេ ស្តហ្វឹសដែលមាន Sensitivity ខ្ពស់។ អ្នកជំងឺដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់និងថ្មីៗជាជំងឺកាម រោគ (ដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ការហូរខ្ទះពីបង្ហូរនោម) ត្រូវផ្តល់ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើតេស្ត Combo HIV Ab/Ag ដើម្បីរកឃើញអ្នកជំងឺថ្មីដែលបានឆ្លងថ្មីៗនៃមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងករណី និងតាមដានរួមបញ្ចូលទាំងការព្យាបាលភ្លាមៗដោយឱសថប្រឆាំង នឹងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងជួយដល់ដៃគូបង្ហាញប្រាប់ជាចំហការទទួលស្គាល់ការធ្វើតេស្ត និង ការតាមរក។ វិធីសាស្ត្រនៃការឆ្លើយតបរួមគ្នារវាងសេវាបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគ អេដស៍/ជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគផ្អែកលើសុខភាពបន្តពូជ (Linked Response) សេវាសុខ ភាពបន្តពូជ រួមមានការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីផែនការគ្រួសារ និងការលើកកម្ពស់ការប្រើស្រោមអនាម័យ ដើម្បីបង្ការពីរយ៉ាង (ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់លាប់ជាមួយ និងមធ្យោបាយពន្យារ កំណើតដែលមានប្រសិទ្ធភាពមួយផ្សេងទៀត “ស្រោមអនាម័យបូក” នឹងត្រូវបានផ្តល់ដល់ស្រ្តី ធ្វើការនៅសេវាកំសាន្តសប្បាយ និងស្រ្តីចាក់គ្រឿងញៀន (ឬស្រ្តីដែលជាដៃគូរួមភេទ និងប្រើ ម្ហូលស៊ីរាំងរួមគ្នារបស់ដៃគូបុរសដែលចាក់គ្រឿងញៀន) ដែលជាក្រុមប្រជាជន ប្រឈមមុខខ្ពស់ បំផុតដើម្បីបង្ការការមានផ្ទៃពោះដោយចៃដន្យ និងជំងឺកាមរោគ រួមបញ្ចូលទាំងមេរោគអេដស៍ (សូមអាននិយាមបែបបទស្តីពីវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នាក្នុងការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុក មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ បញ្ហាទំនាក់ទំនងផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ (Linked Response) និងសេចក្តីណែនាំ ស្តីអំពីការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម និងការតាមដានដៃគូ និងការធ្វើ តេស្តរកមេរោគអេដស៍នៃគំនិតផ្តួចផ្តើម “កម្ពុជា៣.០” ។

តារាងទី៦: ការផ្តល់អាទិភាពលើក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងមានការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នានិង ងាយរងគ្រោះ នៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍

ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ និង/ឬការប្រព្រឹត្ត ដែលប្រឈមមុខត្រួតគ្នា	វិធីសាស្ត្រជំរុញ ខ្លាំងក្លាដែល មានស្រាប់ (CoPCT)	ការពង្រឹងបន្ថែម
អ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដែលចាក់គ្រឿងញៀន និងមាន អតិថិជនច្រើន	សេវាស្នូលនៃ យុទ្ធវិធី ជំរុញ ខ្លាំងក្លា	ការចុះអប់រំដែលញឹកញាប់ ជាងមុនដោយផ្ដោតលើ ក្រុមគោលដៅ
អ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលងាយរងគ្រោះ ខ្លាំង		

បំផុត(TG)	ការបង្ការថែទាំ	
អ្នកបំប្លែងភេទដែលរកស៊ីផ្លូវភេទ និង/ឬចាក់គ្រឿងញៀន	និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍	កញ្ចប់សេវាអន្តរាគមន៍ដែលមានលក្ខណៈផ្ដោតខ្លាំងក្លាជាងមុន
បុរសរួមភេទជាមួយបុរសដែលមានដៃគូរួមភេទច្រើនរួមបញ្ចូលទាំងការទាក់ទងនឹងការចាយថវិកាឬមិនចាយថវិកា	(CoPCT) សេវាបន្ថែមលើសពីសេវាស្នូល	សេវាបន្ថែមលើសពីសេវាស្នូលដែលមានលក្ខណៈផ្ដោតខ្លាំងក្លាជាងមុន សេវាសុខាភិបាល និងសង្គមគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដើម្បីរក្សាទុកជាអតិបរមា

៤.៤ ការរក្សាក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតអោយនៅបន្តទទួលសេវាពាក់ព័ន្ធ (Retain)

ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀត ដើម្បីរក្សាក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត អោយនៅបន្តទទួលសេវា ដែលរួមមានសេវាមេតាដូន ការពិនិត្យរកជំងឺកាមរោគ ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ សេវា pre-ART និង ART សេវាសុខភាពបន្តពូជ/ការបង្ការពីរយ៉ាង/ផែនការគ្រួសារ និងសេវាគាំពារសុខភាពសង្គម។ ក្នុងករណីជាច្រើន តម្រូវអោយមានការដោះស្រាយបញ្ហាផ្សេងទៀតការគាំទ្រផ្នែកសង្គមជាមូលដ្ឋានដោយប្រើវិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងករណីសកម្មគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ ដោយលក្ខខណ្ឌនៃការរស់នៅងាយរងគ្រោះខ្ពស់របស់ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ភាគច្រើនគឺត្រូវប្រើវិធីសាស្ត្រ គ្រប់គ្រងសកម្មគ្រប់ជ្រុងជ្រោយអោយខ្លាំងជាងមុនលើករណីដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលបំណងប្រកបដោយនិរន្តរភាព។

៤.៤.១ គោលបំណង: ដើម្បីធ្វើអោយបានជាអតិបរមានូវការរក្សាទុករយៈពេលវែង និងផល សំរេចនៃអន្តរាគមន៍ដោយការដោះស្រាយមូលហេតុរួមនៃការបោះបង់សេវា។

៤.៤.២ វិធីសាស្ត្រ:

៤.៤.២.១ សេវាសុខភាព និងសង្គមគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CHSS): ដើម្បីដោះស្រាយភាពងាយរងគ្រោះខ្លាំងក្លាផ្នែកសង្គម និងភាពងាយរងគ្រោះផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចរបស់ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត រួមទាំងអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលតែងតែជួបប្រទះភាពងាយរងគ្រោះខ្ពស់ដែលជាឧបសគ្គក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព សេវាចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គម (ឧទា. កន្លែងសុវត្ថិភាពសម្រាប់ស្នាក់នៅ ការទទួលបានទឹកស្អាត សំភារៈអនាម័យស្រ្តី អាហារូបត្ថម្ភ និងកន្លែងងូតទឹក ដោះស្រាយអំពើហិង្សាទាក់ទងនឹងយេនឌ័រ និងព្យាបាលក្រោយការប៉ះពាល់ (PEP) រួមទាំងការផ្សព្វផ្សាយជាមួយសេវាដែលមានស្រាប់ផ្សេងទៀតដូចជា យន្តការការពារសុខភាពសង្គមរួមមានមូលនិធិសមធម៌របស់ប្រទេសកម្ពុជា និងការបណ្តុះបណ្តាលបច្ចេកទេសផ្សេងៗ ។

៤.៤.២.២ វិធីសាស្ត្រគ្រប់គ្រងករណី (CM): ការគ្រប់គ្រងករណីដែលមាន លក្ខណៈ ជាបុគ្គល និងសកម្មភាពអាចដោះស្រាយតម្រូវការ និងភាពងាយរងគ្រោះជាក់លាក់ដែល ស្ថិតនៅ ក្រោមការប្រឈមរបស់អតិថិជននិងជាញឹកញាប់កំណត់លទ្ធផលនៃអន្តរាគមន៍។ ការផ្សារផ្គត់ផ្គង់ ជាមួយការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មសម្រាប់ការថែទាំបន្ត និងការជូនដំណឹងដល់ដៃគូ សេវាតាម ដាន និងគេស្តុណាម នឹងពង្រីកការរក្សាទុកអតិថិជនអោយនៅបន្តទទួលសេវា។

៤.៤.២.៣ កម្មវិធីទាក់ទងនឹងពន្ធនាគារ (PRP): ការគ្រប់គ្រងករណីដើម្បីបង្ការការ បោះបង់ សេវាសំខាន់ៗ (ឧទាហរណ៍សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សេ វា មេតាដូន) នៅក្នុងពន្ធនាគារ និងដើម្បីធានាការត្រលប់ដោយសុវត្ថិភាពទៅក្នុងសហគមន៍នៅ ពេលដែលគេបានដោះលែង ។ ការផ្តោតជាដំបូងគឺគាំទ្រអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនដែលបានចាក ចេញថ្មីពីពន្ធនាគារ។ ត្រូវចងចាំថាគោលនយោបាយបច្ចុប្បន្នរបស់ប្រទេសកម្ពុជា (Current Cambodia host country policies) និងគោលនយោបាយរបស់ម្ចាស់ជំនួយទ្វេភាគី និង សហភា គី ក្រុមការងារបានឯកភាពដោយផ្អែកលើទស្សនៈសុខភាពសាធារណៈថាការផ្តល់សេវាមុន ពេលដោះលែងចេញពីពន្ធនាគារ និងសេវាជាប់ជាបន្តដល់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈម មុខខ្ពស់បំផុតដែលជាប់ឃុំឃាំងក្នុងពន្ធនាគារនឹងបង្កើនជាអតិបរមានូវមធ្យោបាយក្នុងការ កំណត់រក និងគ្របដណ្តប់អ្នកដែលទទួលបានសេវាមិនពេញលេញ ឬមិនទាន់បានទទួលសេវា ដែលមានការប្រឈមខ្ពស់បំផុតនឹងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគផ្សេងទៀត។

តារាងទី៧ សង្ខេបកញ្ចប់សកម្មភាពក្នុងការពង្រឹងយុទ្ធវិធីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តសម្រាប់ ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងលក្ខណៈនៃកញ្ចប់ដំបូងក្នុងការពង្រឹង ការងារ

		SW-ID	PWID	MSM/TG-SW/PC
I	PNV	started	started	+
	CV	+		+
	RA	started	started	
R	OR+	1:10, night	1:20, night	1:20, night
	DIC	+	+	
	PDI	+	+	+
I	NSP+	+	+	
	MMT+	+	+	
	STI/HIV+	monthly		monthly
R	CHSS	+	++	
	CCM	+	++	
	PRP	+	+	

៥. ការសំរេងសំរួលនិងការអនុវត្ត

ត្រូវបង្កើតក្រុមការងារស្នូលដែលស្ថិតនៅក្រោមការទទួលខុសត្រូវរបស់អនុក្រុមការងារបច្ចេក ទេសនៃយុទ្ធសាស្ត្រពត៌មាន (SI) នៃគំនិតផ្តួចផ្តើម 'កម្ពុជា ៣.០' ។ ក្រុមការងារស្នូលនេះមាន

ភារកិច្ចទទួលខុសត្រូវលើសកម្មភាពតាមដាន និងវិភាគហ័ស (RMAA) ។ ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG) ត្រូវអនុវត្តវិធីសាស្ត្រ បែបស្តង់ដារ ដើម្បីអង្កេតការផ្ទុះការរាតត្បាត, ប្រតិបត្តិការ ជាមួយនឹងធនធានគ្រប់គ្រាន់។ ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG) រួមមានអ្នកជំនាញ អេពីដេមី សាស្ត្រស្រាវជ្រាវសង្គម និងគ្រប់គ្រងកម្មវិធីការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត (COPCT) ចំពោះ ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ ដែលជាមន្ត្រី NCHADS និងអង្គការដៃគូដែលអនុវត្ត កម្មវិធីដោយផ្ទាល់ និងអង្គការដៃគូដែលមិនអនុវត្តកម្មវិធី ។

៥.១ ភារកិច្ចសំខាន់នៃអ្នកពាក់ព័ន្ធមានដូចខាងក្រោមនេះ

៥.១.១ ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG) ស្ថិតនៅក្រោមអនុក្រុមការងារបច្ចេកទេស យុទ្ធសាស្ត្រពត៌មាន (SI)មានភារកិច្ចស្វែងរកឃើញក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនីមួយៗ

- សង្កេតមើលបញ្ហាដោយប្រុងប្រយ័ត្ននៃបណ្តាញមិត្តភក្តិ Peer (PNV)
- តាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្នផ្នែកគ្លីនិក (CV) រួមទាំងការពិនិត្យតាមដានយ៉ាងជិតស្និទ្ធ ករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍និងជំងឺកាមរោគ (ឧទាហរណ៍ ករណីដំបៅប្រដាប់បន្តពូជនិង ករណីហូរខ្ទុះតាមបង្ហូរនោម) និង
- ការវាយតម្លៃនិងប៉ាន់ប្រមាណបែបហ័ស (RA) និងដើម្បីស្វែងរកឃើញ និងជួបក្រុម ប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងដើម្បីពង្រឹងបន្ថែមសេវាអោយកាន់តែ ខ្លាំងឡើងព្រមទាំងដើម្បីរក្សាការទទួលយកសេវាបន្តរបស់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការ ប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត
- ផ្តល់អនុសាសន៍ដល់ អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លា ការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COPCT) ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខ ខ្ពស់បំផុតតាមរយៈ អនុក្រុមបច្ចេកទេសនៃយុទ្ធសាស្ត្រពត៌មាន (SI) នៃគំនិតផ្តួចផ្តើម ‘កម្ពុជា ៣.០’
- ផ្តល់គំនិត និងគាំទ្រការអនុវត្តសកម្មភាពដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍រួចហើយដល់ក្រុម ប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដោយផ្អែកលើការណែនាំពីអនុក្រុមការងារ បច្ចេកទេសនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍(B-COPCT) ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និង
- ត្រួតពិនិត្យនិងវាយតម្លៃការអនុវត្តសកម្មភាពដែលមានក្នុងអនុសាសន៍នេះ។

៥.១.២ អនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត ជំងឺអេដស៍ (Sub TWG on B-CoPCT)

ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់មានភារកិច្ចដូចខាងក្រោម ៖

- គាំទ្រអនុសាសន៍ដែលផ្តល់ដោយក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG)
- ណែនាំដៃគូពាក់ព័ន្ធដើម្បីអនុវត្តអនុសាសន៍លើសកម្មភាពបន្ថែមទៀតសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត។
- សំរេចសំរួលសកម្មភាពបន្ថែមទៀតដែលបានស្នើឡើងសម្រាប់ក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងការអនុវត្តន៍ជាប្រចាំនៃយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COPCT) ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត
- ពិនិត្យ និងវាយតម្លៃការអនុវត្តន៍ជាប្រចាំយុទ្ធវិធីជំរុញខ្លាំងក្លាការបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តជំងឺអេដស៍ (B-COPCT) ចំពោះក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតដោយមានការគាំទ្រពីអនុក្រុមការងារបច្ចេកទេសយុទ្ធសាស្ត្រព័ត៌មាន (SI-Sub TWG) ។

៦. ការត្រួតពិនិត្យនិងពង្រឹងការឆ្លើយតប

សូចនាករគន្លឹះមួយច្រើនសម្រាប់សមាសភាគនៃកញ្ចប់អន្តរាគមន៍នេះត្រូវបានជ្រើសរើស និងពិនិត្យតាមដានជាទៀងទាត់(តាមរយៈក្រុមការងារស្នូល RMAA-CG) ដោយ NCHADS និងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍។ តារាងទី ៨ បង្ហាញឧទាហរណ៍នៃសូចនាករ។

តារាងទី ៨: ឧទាហរណ៍នៃសូចនាករ

ជំហាន	អន្តរាគមន៍/សេវា	ឧទាហរណ៍នៃសូចនាករ
ស្វែងរកឃើញក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត	<ul style="list-style-type: none"> • យន្តការឆ្លើយតបរហ័ស • បង្កើនការប្រើប្រាស់បណ្តាញមិត្តភក្តិរបស់ក្រុមដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ 	<ul style="list-style-type: none"> • ក្រុមការងារស្នូលសំរាប់ធ្វើការត្រួតពិនិត្យ និងការវិភាគរហ័សសម្រាប់សកម្មភាព (RMAA-CG)បង្កើតដោយ NCHADS • កិច្ចប្រជុំប្រចាំខែរបស់ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG)ជាមួយដៃគូ • ចំនួនទំនាក់ទំនងថ្មីក្នុងមួយខែ
ឈានដល់ជួបក្រុមប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត	<ul style="list-style-type: none"> • ទីកន្លែងមានសុវត្ថិភាព • អោយមានសមាមាត្រនៃការជួបអោយបានខ្ពស់ជាងធម្មតា • ជួបតាមម៉ោងការងារតាមរយៈការចុះអប់រំផ្ទាល់ឬតាមមណ្ឌលសំចត(DIC) • អន្តរាគមន៍តាមរយៈការជំរុញរបស់ មិត្តភក្តិ Peer (PDI) 	<ul style="list-style-type: none"> • ចំនួនមណ្ឌលសំចត (DIC) នៅក្នុងតំបន់ប្រឈមមុខខ្ពស់ • សមាមាត្រនៃបុគ្គលិកដែលចុះអប់រំផ្ទាល់ដល់ប្រជាជនដែលប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត • ចំនួនសរុប និងការចុះអប់រំផ្ទាល់ពេលយប់និងសេវាផ្តល់តាមរយៈមណ្ឌលសំចត(DIC) • ពង្រីកការចូលរួមរបស់បណ្តាញ មិត្តអប់រំមិត្ត
ពង្រឹងសេវា	<ul style="list-style-type: none"> • បង្កើនការគ្របដណ្តប់របស់ កម្មវិធីមូលសីរាំង (NSP) • ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការទទួលបាន សេវាមេតាដូន (MMT) 	<ul style="list-style-type: none"> • (យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្មីរបស់កម្មវិធីមូលសីរាំង និងឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត) • (យោងតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្មីរបស់កម្មវិធីតាដូន(MMT)និងឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត) • ទៅពិនិត្យជំងឺកាមរោគ (ចំពោះករណីថ្មីនិង

	<ul style="list-style-type: none"> ធ្វើការពិនិត្យមើលដំណើរការ / មេរោគ អេដស៍អោយកាន់តែច្រើន 	ករណីដដែល) <ul style="list-style-type: none"> ទិន្នន័យបានពីការធ្វើតេស្តឈាមHTC (ចំពោះ ករណីថ្មីនិងករណីដដែល)
រក្សាការទទួលបាន សេវាជាបន្តបន្ទាប់ ក្រុមប្រជាជនដែល ប្រឈមមុខខ្ពស់ បំផុត	<ul style="list-style-type: none"> សេវាសុខភាពទូលំទូលាយនិងសេវា សង្គម ការគ្រប់គ្រងករណី ទំនាក់ទំនងពន្ធនាគារដើម្បីកាត់បន្ថយ ផលប៉ះពាល់នៃសេវា 	<ul style="list-style-type: none"> ការបញ្ជូនទៅទទួលសេវានិងអត្រានៃការចូល រួមប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពនិងសេវាសង្គម ផ្សេងទៀត ការគ្រប់គ្រងករណី / លទ្ធផល បន្តអត្រានៃការប្រើប្រាស់សេវាមេតាដូន (MMT)ចំពោះអ្នកដែលចូលនិងចាកចេញពី ពន្ធនាគារឬមណ្ឌលកែប្រែ

កម្មវិធីនៃការត្រួតពិនិត្យការងារគឺជាជំហានដ៏សំខាន់មួយដែលមាននៅក្នុងរដ្ឋនៃការធ្វើផែនការ សម្រាប់ការពង្រឹងអន្តរាគមន៍ ។ វារួមបញ្ចូលទាំងការត្រួតពិនិត្យការងារកំពុងបន្តជាមួយក្រុម ប្រឈមមុខខ្ពស់ដែលបានគ្របដណ្តប់ហើយក៏ដូចជាការវាយតម្លៃការចន្លោះប្រហោង (អ្នកដែល មិនទាន់គ្របដណ្តប់ឬអ្នកដែលគ្របដណ្តប់បានតិចតួចនៅឡើយ) ។ ការបន្ស៊ាំ និងបំពេញយ៉ាង ស្នាហាប់នៃវិធីសាស្ត្រនេះ គឺដើម្បីណែនាំពីរឿងជុំនៃព័ត៌មានត្រលប់ដែលមានជាបន្តរវាងការ ពិនិត្យតាមដាន និងការអនុវត្តន៍។ យន្តការឆ្លើយតបយ៉ាងឆាប់រហ័សនេះបានបន្តធ្វើការវិភាគ (ស្ដេន) សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត និងតាមដានទិន្នន័យនៃ កម្មវិធីដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណសកម្មភាពអនុវត្តណាដែលមានលក្ខណៈខ្សោយនៅឡើយ ឬ ការកើនឡើងនៃការឆ្លង (សូមមើលរបៀបស្វែងរកឃើញក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខ ខ្ពស់ដែលបានពិពណ៌នាក្នុងផ្នែកខាងលើ) និងការធ្វើការជាមួយដៃគូដើម្បីពង្រឹងជាបន្ទាន់នូវ អន្តរាគមន៍ទាំងនោះ។

៧. ផែនទីបង្គោលផ្លូវ (Road Map)

- ត្រូវចាត់តាំងសមាជិក និង ToR របស់ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG) (ត្រីមាសទី២ឆ្នាំ ២០១៤) ។
- ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG)និងដៃគូអនុវត្តត្រូវបញ្ចប់ការរៀបចំកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀត (រួមទាំងពិនិត្យឡើងវិញ នូវឧបករណ៍សំរាប់ធ្វើតេស្តរកមេរោគ អេដស៍និងដំណើរការជាដើម) សម្រាប់ការអនុវត្តន៍ឯកសារណែនាំនេះ (ត្រីមាសទី៣ ឆ្នាំ ២០១៤) ។
- ក្រុមការងារស្នូល RMAA-CG និងដៃគូអនុវត្តត្រូវបណ្តុះបណ្តាលក្រុមចូលរួមអនុវត្តនៅ ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ១២ នៃខេត្តចំនួន ៦ និងរាជធានីភ្នំពេញ។ ខេត្តដែលត្រូវចាប់ផ្តើម អនុវត្តគោលគំនិតនេះរួមមាន: ខេត្តសៀមរាប ខេត្តកំពង់ចាម ខេត្តបាត់ដំបង ខេត្ត បន្ទាយមានជ័យ ខេត្តប៉ៃលិននិងខេត្តព្រះសីហនុ (ត្រីមាសទី៣ឆ្នាំ ២០១៤) ។
- អនុវត្តនៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិចំនួន ១២ នៃខេត្តចំនួន ៦និងរាជធានីភ្នំពេញ (ត្រីមាសទី៤ ឆ្នាំ ២០១៤) ។

- ពិនិត្យឡើងវិញការអនុវត្តន៍ជំហានដំបូងរួមទាំងការវាយតម្លៃលើការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រ (Model) ព្រមទាំងគណនាអំពីតំលៃ (costing) ផងដែរ ។
- ពង្រីកការអនុវត្តន៍គោលគំនិតនេះទៅស្រុកប្រតិបត្តិផ្សេងទៀតដែលមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍កំរិតខ្ពស់(ត្រីមាសទី១ឆ្នាំ២០១៥) ។

ឧបសម្ព័ន្ធ១: សំណួរគន្លឹះសំរាប់ជួយដល់ក្រុមការងារស្នូលទទួលបានពិនិត្យ តាមដាន និងវិភាគហ៊ុយស៊ីយ៉ូធ្វើសកម្មភាព(RMAA-CG)

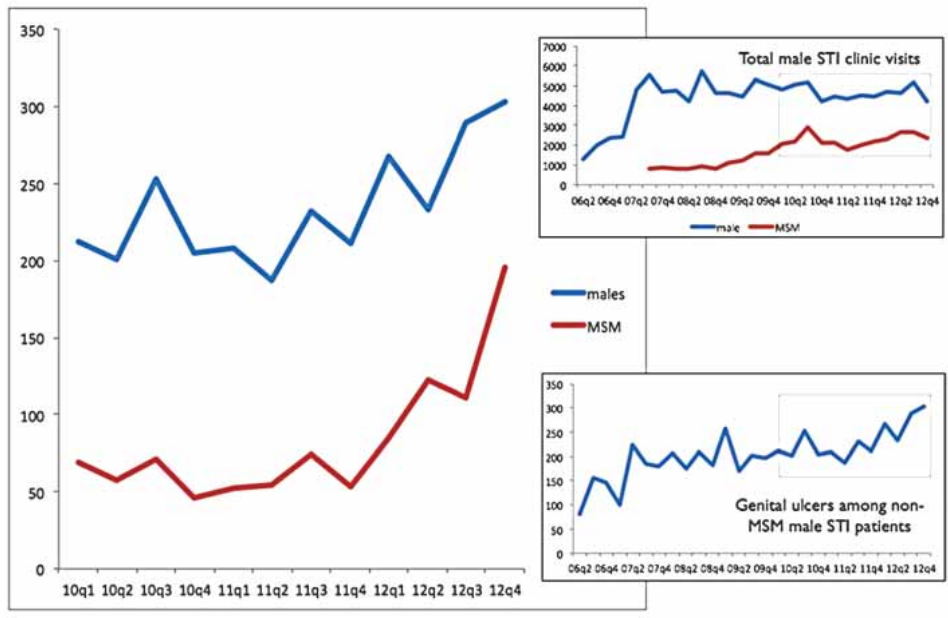
ការកិច្ចរបស់ក្រុមការងារស្នូល (RMAA-CG)	សំណួរ គន្លឹះ	វិធីសាស្ត្ររបស់ក្រុមការងារស្នូល(RMAA-CG)
ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការប្រុងប្រយ័ត្ននៃការឆ្លងដែលមានសក្តានុពល (ឥរិយាបថដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ និង កម្មវិធីណាដែលធ្វើមិនទាន់បានល្អនៅឡើយ)	តើកម្មវិធីណាដែលមិនទាន់បានគ្របដណ្តប់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតនៅឡើយឬក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខត្រួតគ្នា?	<ul style="list-style-type: none"> • ការចូលរួមរបស់បុគ្គលិកចុះអប់រំផ្ទាល់ • ការប្រើ snowballing , • ពង្រីកការធ្វើផែនទីអោយដល់កន្លែងឆ្ងាយៗក្រៅពីសេវាកំសាន្តសប្បាយ
	តើមានភស្តុតាងនៃការបង្កើនការឆ្លងមេរោគឬទេ ?	<ul style="list-style-type: none"> • ត្រួតពិនិត្យតាមដាននិន្នាការនៃទម្រង់របាយការណ៍ នៃករណីជំងឺកាមរោគ និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺស្វាយ ក្នុងចំណោម FEW , MSM , TG , PWID
កំណត់គោលដៅសំរាប់ការអង្កេតករណីនៃការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងថ្មីនៃការផ្ទុះជំងឺកាមរោគ	តើទីតាំងនៅកន្លែងណា? តើអ្នកណាដែលពាក់ព័ន្ធ? តើត្រូវធ្វើរបៀបណាទើបសេវាអាចផ្តល់ដល់ក្រុមប្រជាជន ដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត?	<ul style="list-style-type: none"> • ចុះសំភាសន៍មួយទល់នឹងមួយ និងជាក្រុមផ្តោតដ៏សំខាន់ដើម្បីស្រង់យកព័ត៌មាន • ធ្វើផែនទីឱ្យទាន់ពេលវេលា,កំណត់អត្តសញ្ញាណពីគ្លីនិកដែលបានរាយការណ៍អំពីជំងឺកាមរោគដែលមានកំរិតខ្ពស់
	តើអ្វីទៅជាប្រភេទនៃការ វិកលដាលជំងឺកាមរោគ ?	<ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើ មានករណីGUD , ត្រូវធ្វើតេស្តស្វាយ ហើយពិចារណា ប្រមូល swabs ដំបៅ សម្រាប់ ធ្វើmPCR ដើម្បីសម្គាល់ ជំងឺស្វាយ ទាមទ្យា chancroid និងHSV-2។ • ប្រសិនបើមានហ្វូន្ទៈតាមបង្ហាញនោមត្រូវធ្វើ Gram Stain និង ឬ / culture ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណជំងឺប្រមះទឹកបាយ
	តើមានភស្តុតាងនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឬទេ ?	ផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នឹងពិចារណា ការស៊ើបអង្កេតបន្ថែមទៀតដើម្បីកំណត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍
ការពង្រឹងអន្តរាគមន៍ជាបន្ទាន់	តើត្រូវដោះស្រាយរបៀបណាដើម្បីបំពេញការខ្វះចន្លោះទាំងនោះហើយអោយសេវាអាចគ្របដណ្តប់ដល់ក្រុមប្រជាជនដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុត?	ធ្វើការជាមួយដៃគូដើម្បីបំពេញការខ្វះចន្លោះទាំងនោះ
	តើត្រូវធ្វើរបៀបណាដើម្បីបញ្ឈប់ការឆ្លង?	ធ្វើការជាមួយ ដៃគូ អនុវត្ត ដើម្បីពិនិត្យការឆ្លង

ឧបសម្ព័ន្ធ ២: ការផ្ទុះជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសរាលដាលទៅបុរសដទៃទៀតនិងស្ត្រីដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់(មានហានិភ័យខ្ពស់) ។

ក្នុងឆ្នាំ ២០១២ NCHADS បានរកឃើញមានការកើនឡើងចំនួនករណីជំងឺកាមរោគ (ជំងឺជំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ឬ GUD) ក្នុងចំណោមបុរសតាមរយៈទម្រង់របាយការណ៍ករណីជំងឺកាមរោគ (សូមមើលក្រាហ្វិកខាងក្រោម) ។ ក្នុងអំឡុងពេលដូចគ្នានេះដែរ ក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស (MSM) ក៏ត្រូវបានឃើញចំនួនករណីជំងឺកាមរោគកើនឡើងច្រើនជាង (បួនដង) ។ ការអង្កេតបន្ថែមទៀតបានរកឃើញថាករណីភាគច្រើនត្រូវបានគេឃើញនៅគ្លីនិកកាមរោគចំនួនបីនៅរាជធានីភ្នំពេញ និងមួយកន្លែងនៅខេត្តបាត់ដំបង។ ការកើនឡើងមានកំរិតតិចជាងនៅក្នុង GUD ត្រូវបានរកឃើញក្នុងចំណោមស្ត្រី FEWs ដែលបង្ហាញថាការចំលងគឺមិនមែនមានតែក្រុមមួយទេប៉ុន្តែទំនងជារីករាលដាលតាមរយៈការប្រព្រឹត្តប្រឈមមុខត្រួតគ្នាដែលមានការប្រឈមមុខខ្ពស់។ ភស្តុតាងសំខាន់នៃការកើនឡើងការឆ្លងជំងឺកាមរោគក៏បានបង្ហាញថាកម្មវិធីបង្ការគឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេហើយថាមេរោគអេដស៍អាចរីករាលដាលតាមរយៈបណ្តាញក្រុមរួមភេទដូចគ្នា។

ជំងឺជំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស និងបុរសទូទៅដែលមានជំងឺកាមរោគ របាយការណ៍របស់គ្លីនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគអំពីករណីជំងឺកាមរោគ NCHADS ឆ្នាំ 2010-2012

**Genital ulcers among MSM and non-MSM male STI patients
NCHADS routine STI clinic case reports, 2010-2012**



ឧទាហរណ៍អំពីវិធីសាស្ត្រនៃការឆ្លើយតបរហ័សទៅនឹងការផ្ទុះជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ (GUD)

១. ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការប្រុងប្រយ័ត្ន

១.១ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណនៃបញ្ហា

- ការកើនឡើងអត្រានៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ដោយសារជំងឺកាមរោគក្នុងចំណោមបុរស (១៥០% នៃអត្រាកាលពីលើកមុន)
- ការអង្កេតដែលបានកំណត់គោលដៅ

១.២ ការពិនិត្យទិន្នន័យផ្សេងបន្ថែមទៀតដើម្បីកំណត់បញ្ហា

- ការកើនឡើងតិចតួច នៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជក្នុងចំណោម EWS
- ការកើនឡើងខ្ពស់នៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស (៥០០%) ។
- បង្កើនការស្វែងរកករណីជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរសនៅរាជធានីភ្នំពេញ (គ្លីនិកចំនួន៣) និងនៅខេត្តបាត់ដំបង។

១.៣ ប្រើទំនាក់ទំនងផ្សព្វផ្សាយតាមរយៈមិត្តអប់រំមិត្ត(Peers) តាមរយៈការប្រើ Snowballing ។ល។ ដើម្បីពង្រីកការអង្កេត ក្នុងបណ្តាញអោយបានទូលំទូលាយ និងសហគមន៍ជុំវិញផងដែរ។

១.៤ ការអង្កេតតាមរយៈមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីកំណត់ពីមូលហេតុនៃការផ្ទុះជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ។

- RPR + + ការធ្វើតេស្ត TPHA ក្នុងចំណោមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស, អ្នកជំងឺកាមរោគបុរសនិង FEWS នៅក្នុងតំបន់ដែលរងផលប៉ះពាល់ ដើម្បីគ្រប់គ្រងឬកំណត់ការផ្ទុះជំងឺស្វាយ ។
- ធ្វើPCR ច្រើនដងនៅលើសំណាកដំបៅដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណជំងឺស្វាយជំងឺទាមឡា និងឬ / HSV-2 ។
- ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាជាមួយនឹងបន្សុំ Ab /Ag ដើម្បីរកឱ្យឃើញការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍)។

២. ការពង្រឹងជាបន្ទាន់នូវអន្តរាគមន៍

២.១ ការព្យាបាលករណីជំងឺទាំងអស់ និងពង្រឹងទំនាក់ទំនង

២.២ ការពង្រឹងឡើងវិញអន្តរាគមន៍ផ្សព្វផ្សាយ និងការបញ្ជូនសម្រាប់ការអង្កេត

២.៣ ប្រើយុទ្ធវិធីធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នឹងចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ ART ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ឧបសម្ព័ន្ធ៣: តាមដានករណីជំងឺកាមរោគក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុមការងារស្នូលដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងវិភាគរហ័ស (RMAA-CG)

១. ជំហានដំបូងគឺការរកឃើញការផ្ទុះការរាលដាលជំងឺ។ នៅថ្នាក់កណ្តាលវាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់នោះ។ សូចនាករដែលមានលក្ខណៈផ្ដោតគឺដើម្បីតាមដានត្រួតពិនិត្យ និងកម្រិតព័ត៌មានទាំងឡាយជូនក្រុមជំនាញដើម្បីទៅរកជួប និងធ្វើសកម្មភាពនេះ។

សូចនាករទាំងនោះរួមមាន៖

- ករណីថ្មីនៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺស្វាយវិជ្ជមាន ក្រាហ្វិចនៃសូចនាករទាំងនេះ ត្រូវតែធ្វើឱ្យទាន់ពេលនៅពេលត្រឹមត្រូវដើម្បីបង្ហាញអំពីទំនោរជាក់លាក់នៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ និងជំងឺស្វាយ។ ការកើនឡើងចំនួនសរុប និង/ឬភាគរយគឺជាការជូនព័ត៌មានដល់ក្រុមការងារស្នូល RMAA-CG អោយស្វែងរកករណីជំងឺ ឬករណីឆ្លងនោះ។

គឺនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគនីមួយៗអាចកត់សម្គាល់ការកើនឡើងនៃករណីជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជឬជំងឺស្វាយ និងគប្បីមានការណែនាំច្បាស់លាស់ក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយ NCHADS (ប្រធានផ្នែកជំងឺកាមរោគ) និងក្រុមការងារស្នូល RMAA-CG ប្រសិនបើពួកគេកត់សម្គាល់ឃើញមានករណីជំងឺកាមរោគ កើនឡើង។ ការសិក្សា និងតាមដានអាចរកឃើញនូវការផ្ទុះនៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ឬជំងឺស្វាយ។ ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ផ្នែកជំងឺកាមរោគ និងផ្នែកតាមដានត្រូវសហការ និងពិភាក្សាប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានប្រាប់អោយដឹងអំពីការផ្ទុះថ្មីនៃជំងឺកាមរោគ។ NCHADS នឹងរៀបចំប្រជុំក្រុមការងារស្នូល RMAA-CG ក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការផ្ទុះជំងឺដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានរួមគ្នាអំពីតំបន់ និងបណ្តាញក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់បំផុតជាក់លាក់ដើម្បីព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។

២. សកម្មភាពដំបូងរបស់ក្រុមការងារស្នូល RMAA:

ក្រុមការងារស្នូល RMAA ត្រូវជួបពិភាក្សា និងពិនិត្យឡើងវិញនូវរបាយការណ៍ដែលមានស្រាប់ដើម្បីកំណត់អំពីស្ថានភាពព្រមទាំងភាពនៅមានកំរិតនៃទិន្នន័យដែលមាន។ ក្នុងករណីជាច្រើនព័ត៌មានបន្ថែមនឹងត្រូវការជាចាំបាច់។ រៀបចំសេចក្តីព្រាងអំពីឧបករណ៍ផ្សេងៗ (ដូចជាឧបករណ៍ដើម្បីឆ្លើយតបរហ័សនៃជំងឺកាមរោគ) ដែលត្រូវត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ និងកែលម្អជាការចាំបាច់ ។ ឧបករណ៍ទាំងនោះរួមមាន៖

- ពិនិត្យឡើងវិញនូវឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ ដែលមានស្រាប់
- សំភាសន៍បុគ្គលិកគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និង
- ពិនិត្យមើលទំរង់របាយការណ៍អំពីករណីថ្មីដែលបានរកឃើញដែលត្រូវបំពេញអោយបានត្រឹមត្រូវ។ សមាជិករបស់ក្រុមការងារស្នូល RMAA ត្រូវមានគម្រោងចុះទៅកន្លែងដែលរងផលប៉ះ

ពាល់ដើម្បីប្រមូលយកទិន្នន័យដំបូងអោយមានលក្ខណៈស្តង់ដារសម្រាប់វាយតម្លៃបែបហ្វែស។ គោលបំណងនៃការប្រមូលទិន្នន័យនោះគឺដើម្បីប្រមូលយកព័ត៌មានដែលអាចប្រើបាន ហើយដែលមានស្រាប់នៅកន្លែងនោះព្រមទាំងបង្កើតផែនការដើម្បីត្រួតពិនិត្យករណីថ្មី។ ព័ត៌មានទាំងនោះត្រូវបញ្ជូលអោយឆាប់រហ័សទៅក្នុងសំណុំទិន្នន័យហើយត្រូវធ្វើការវិភាគព្រមទាំងបង្ហាញដល់ក្រុមការងារស្នូល RMAA និង PASP / PHD នៃមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត។ ការវាយតម្លៃដំបូងនិងរបាយការណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍។

៣. ការបញ្ជាក់អំពីករណីនិងពិនិត្យឡើងវិញនូវស្ថានភាពជំងឺ

កិច្ចប្រជុំលើកទីពីររបស់ក្រុមការងារស្នូល RMAA ត្រូវអនុវត្តក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីកិច្ចប្រជុំដំបូង ដោយត្រូវពិនិត្យឡើងវិញស្វែងរកឲ្យឃើញករណីបន្ទាប់ពីការវាយតម្លៃដំបូងដែលរហ័សនោះជាពិសេសពិនិត្យឡើងវិញនូវតារាងអ្នកជំងឺ និងសំភាសន៍ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។ សំណួរដូចខាងក្រោមនេះត្រូវបានឆ្លើយតបនឹងបញ្ហាខាងលើ៖

- តើមានករណីថ្មីកើនឡើងមែនឬទេ? តើមានករណីថ្មីប៉ុន្មាន? តើករណីកើនឡើងនេះចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?
- តើករណីថ្មីកំពុងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកើតនៅកន្លែងណា? (កើតនៅទីតាំងណា?)
 - តើក្រុមណាដែលទទួលបានផលប៉ះពាល់?
 - តើអ្វីជាឥរិយាបថប្រឈមមុខទំនងជាត្រូវបានរួមចំណែកដល់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគនេះ និងជាកន្លែងដែលត្រូវមានឥរិយាបថប្រឈមមុខទាំងនេះកើតឡើង?
 - អង្គការណាដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការបង្ការការថែទាំ និងការព្យាបាល?
 - តើអ្នកណាផ្សេងទៀតត្រូវការដឹងអំពីការផ្ទុះជំងឺនេះ?
 - តើអ្វីដែលយើងមិនដឹងថាមានអ្វីទៀតដែលយើងត្រូវការរកឱ្យឃើញ? តើអ្វីខ្លះជាជំហានបន្ទាប់ទៀត?

ផែនការដំបូងនៃសកម្មភាព និងការកំណត់ពេលវេលាត្រូវលើកឡើងក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចប្រជុំលើកទីពីរដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនេះ។ ប្រសិនបើមានការកើនឡើងករណី / ការផ្ទុះជំងឺត្រូវបានបញ្ជាក់នោះវាទំនងជាមានការត្រួតពិនិត្យលម្អិតបន្ថែមទៀត នូវករណីថ្មីៗនោះ ដើម្បីប្រមូលព័ត៌មានជាក់លាក់បន្ថែមអំពីលំនាំនៃការធ្វើតេស្តថ្មីដោយយកមន្ទីរពិសោធន៍ធ្វើជាមូលដ្ឋានដែលអាចមានប្រយោជន៍ក្នុងការកំណត់មូលហេតុពិតប្រាកដនៃជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ ។

៤. ការធ្វើផែនការ ការបណ្តុះបណ្តាលនិងដឹកជញ្ជូន

- ពិនិត្យនិងអនុម័តនូវគំនិតណែនាំនេះ។
- ការផ្សព្វផ្សាយពីគំនិត របស់ក្រុមការងារស្នូល RMAA និងបណ្តុះបណ្តាលដល់បុគ្គលិកផ្នែកព្យាបាលជំងឺកាមរោគនិងអ្នកពាក់ព័ន្ធ ។
- ការបណ្តុះបណ្តាលដល់សមាជិកក្រុមការងារស្នូល RMAA ជាពិសេសអ្នកដែលចូលរួមប្រមូល និងវិភាគទិន្នន័យ។

- ការធ្វើតេស្តជីវសាស្ត្រ:
អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាសម្រាប់បញ្ជាក់ការផ្ទុះនៃការឆ្លងជំងឺក្នុងគោលបំណង កំណត់ពី
មូលហេតុដែលអាចពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍។ តេស្តសំរាប់រកជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ
មានក្នុងបញ្ជីដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: ឯកសារយោងពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមគោលដៅនៅប្រទេសកម្ពុជា

GENERAL

- MoEYS/KHANA. (2010). Most at risk young people survey Cambodia 2010. (http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/MARYPS_Cambodia.pdf)
- Mol/FHI360. (2013). Baseline survey on the enabling environment for most at risk populations in Phnom Penh, Cambodia 2012. (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/PCPI%20Baseline%20Report-%20Final%20Version%203%20September.pdf>)
- NAA (2010) A situation and response analysis of HIV and AIDS in Cambodia
- NAA. (2008). A situation and response analysis of HIV and AIDS in Cambodia: 2007 update. (<http://naa.org.kh/files/en/3403.pdf>)
- NCHADS (2004) Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia 2002. (<http://www.nchads.org/Publication/HSS/Final%20HSS%202002.pdf>)
- NCHADS (2006) HIV sentinel surveillance in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/HSS/HSS%202006.pdf>.)
- NCHADS (2006) Over treatment of cervicitis and the high prevalence of reported vaginal discharge among low risk women in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/overtreatment%20lrw%20en.pdf>)
- NCHADS (2010) HIV sentinel surveillance. [Power Point Presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/Dissemination%20of%20HIV%20consensus%202010_eng.pdf)
- NCHADS (2011) Estimation and Projections of HIV/AIDS in Cambodia 2010-2015. (http://www.nchads.org/Publication/HSS/Estimations%20and%20Projections%20of%20HIV-AIDS%20in%20Cambodia%202010-2015_eng.pdf)
- NCHADS/R4D (2011) The long run Cost and Financing of HIV/AIDS in Cambodia (http://www.nchads.org/Publication/Others/Cambodia_FINAL_PDF.pdf)
- Thomson, N. et al. (2012). The village/commune safety policy and HIV prevention efforts among key affected populations in Cambodia: Finding a balance. *Harm Reduction Journal*, 9(31). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/31>)
- UN Women et al. (2012). Cambodia country brief: HIV and key affected women and girls. (http://unwomen-asiapacific.org/docs/CountryBriefs_HIV/Country_Brief_Cambodia.pdf)

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs)

- APHEDA/ILO. (2011). Cambodia - addressing HIV vulnerabilities of indirect sex workers during the financial crisis: Situation analysis, strategies and entry points for HIV/AIDS workplace education. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/genericdocument/wcms_165487.pdf)
- CARE (2003). *Selling Beer Safely: A Baseline Survey and Needs Assessment of Beer Promoters in Phnom Penh*. (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/ingridquinnCARE2003.pdf>)
- CARE (2005). *Report on the Situation of Beer Promotion Women in the Workplace, Cambodia: Results of a Sexual Harassment and Abuse Survey* (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/louiseburyCARE2005.pdf>).
- CARE (2005). *Selling Beer Safely: A Cambodian Women's Health Initiative Endline Evaluation*. (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/CAREendlinereport2005.pdf>).
- Couture, M-C. et al. (2011). Young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia, have high incidence of HIV and sexually transmitted infections, and amphetamine-type

- stimulant use: New challenges to HIV prevention and risk Sexually Transmitted Diseases, 38(1). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729941/>)
- Couture, M-C. et al. (2012). Correlates of amphetamine-type stimulants use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226861/>)
 - Delvaux, T et al. (2003), The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia, *Reproductive health matters*. Volume 11 Issue 21, Page 88-95. (<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0968-8080/PIIS0968808003021633.pdf>)
 - FHI 360. (2012) SMARTgirl program review. Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Entertainment Workers. USAID: PRASIT. Program Period October 2008 to June 2010 (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Program%20Review%20-%20SMARTgirl%2C%20Providing%20HIVAIDS%20Prevention%20and%20Care%20for%20Entertainment%20Workers%2C%20Reporting%20Period%20October%202008-June%202010.pdf>)
 - Hor, B. et al. (2005). The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia. *International Journal of STD & AIDS*, 16. (http://www.childtrafficking.com/Docs/the_sex_clients_0708.pdf)
 - Human Rights Watch. (2010). Off the streets: Arbitrary detention and other abuses against sex workers in Cambodia. (http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia0710webwcover_2.pdf)
 - Keo, C. (2009). Hard life for a legal work: The 2008 anti-trafficking law and sex work. (<http://www.cambosastra.org/wp-content/uploads/2009/11/Hard-life-for-a-legal-work-02-April-2009.pdf>)
 - Kim AA, Sun LP, Chhorvann C, Lindan C, Van Griensven F, Kilmarx PH, et al. (2005). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among indirect sex workers in Cambodia. (http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMOFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F7453781_High_prevalence_of_HIV_and_sexually_transmitted_infections_among_indirect_sex_workers_in_Cambodia%2Ffile%2F72e7e51b6b35d7228a.pdf&ei=Ou_yUv-sKYWfiAeOrYE4&usq=AFQjCNHB4n1meD75kd0vQ20Qb81vj5U4gQ&bvm=bv.60799247,d.aGc)
 - Maher, L. et al. (2011). Amphetamine-type stimulant use and HIV/STI risk behaviour among young female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *International Journal of Drug Policy*, 22(3). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104095/>)
 - Maher, L. et al. (2011). Selling sex in unsafe spaces: Sex work risk environments in Phnom Penh, Cambodia. (<http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/30>)
 - Maher, L. et al. (2013). Condom negotiation across different relationship types by young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Global Public Health*, 8(3). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729959/>)
 - MoEYS/UNICEF/FHI360. (2012). Examining life experiences and HIV risks of young entertainment workers in four Cambodian cities. (http://www.unicef.org/cambodia/Young_entertainment_workers_report_Eng_Final.pdf)
 - Morineau, G., et al. (2011) Falling through the cracks: Contraceptive needs of female sex workers in Cambodia and Laos. *Contraception*. 84, pp. 194-198. (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00107824/84/2>)
 - NAA/CACHA. (2009). Policies Environment Regarding Universal Access and the Right to Work of Entertainment Workers. (http://haccambodia.org/pub_research?page=8)
 - NCHADS. (2003). Behavioral Sentinel Survey (BSS) V: Sexual behavior among urban sentinel groups, Cambodia 2001. (<http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS2001.PDF>)

- NCHADS. (2003). Integrated HIV, STD and Behavior Surveillance (IHSBS) Survey in Banteay Meanchey Province, Cambodia: Baseline Findings. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/IHSBS.pdf>)
- NCHADS. (2004). BSS 2003: Sexual behavior among sentinel groups, Cambodia. BSS Trend 1997-2003. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSSVI_handout_Eng.pdf)
- NCHADS. (2004). HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Results, Trends, and Estimates. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/HSS2003_Eng.pdf)
- NCHADS. (2005). Cambodia 2003 Behavioral Surveillance Survey (BSS): HIV/AIDS Related Sexual Behavior among Urban Sentinel Groups. (http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS_2003.pdf)
- NCHADS. (2006). Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia 2003. (http://www.nchads.org/Publication/HSS/HSS_2003_Report.pdf)
- NCHADS. (2006). Safe Sex and Condom Negotiation among Sex Workers.
- NCHADS. (2010). Behavioral Sentinel Surveillance 2010. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSS%202010_Dissemination_eng.pdf)
- NCHADS. (2010). Cambodia Behavioral Sentinel Surveillance. [Power point presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSS%202010_Dissemination_eng.pdf)
- NCHADS. (2010). HIV Sentinel Survey : Female entertainment workers (FEWs), Antenatal care clinic (ANC) attendees.
- NCHADS. (2011). Cambodia STI Survey: Female Entertainment Workers. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/STI%20Sentinel%20Survey%202011_eng.pdf)
- NCHADS. (2011). Evaluation of the STI management protocol for female sex workers in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/STI%20validation%20study%20report%20en-v3.pdf>)
- NCHADS/UNAIDS (2011) Baseline assessment for CoPCT approach among women working in the entertainment industry in Siem Reap province, Cambodia
- Pact/ICRW/USAID. (2010). Understanding and challenging HIV stigma toward entertainment workers: Toolkit for action. (<http://www.icrw.org/files/publications/Understanding-and-Challenging-HIV-Stigma-toward-Entertainment-Workers-Toolkit-for-Action.pdf>)
- Page, K. et al. (2013). Sex work and HIV in Cambodia: Trajectories of risk and diseases in two cohorts of high-risk young women in Phnom Penh, Cambodia. *BMJ Open*, 3. (<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003095.full>)
- PSI. (2008). Let's Go for a Walk: Sexual Decision-making among Clients of Female Entertainment Workers in Phnom Penh, Cambodia. (http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/WP77_0.pdf)
- PSI. (2012). HIV TRaC Study Evaluating Condom Use with Sweethearts among Female Entertainment Workers in Phnom Penh, Third Round.
- SOMO. (2012). Promoting decency? Report on the situation of beer promotion workers in Cambodia. (http://somo.nl/publications-en/Publication_3796)
- Sopheab, H. et al. (2008). Sustained high prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in Cambodia: high turnover seriously challenges the 100% condom use programme. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/bmc%20infectious%20diseases.pdf>)
- USAID (2006) Violence and Exposure to HIV among Sex Workers in Phnom Penh. (<http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001702.pdf>)
- WHO/UNFPA/UNAIDS/NSWP. (2012). Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries:

Recommendations for a public health approach.
(http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/)

- WNU/UNAIDS/UNFPA (2010). *Assessment and Inventory Entertainment Worker Networks in Cambodia*. Advanced Research Team.

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs) AND MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)

- KHANA. (2008). Mapping the Pattern of Sex Workers, Entertainment Establishments and Men Who Have Sex With Men in Cambodia.
(http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE010.pdf)
- NCHADS (2008) 2005 Cambodia STI prevalence survey: Integrated biological and behavioral survey. Sexually transmitted infections and related behaviors among brothel-based female sex workers, police, and men who have sex with men.
(<http://www.nchads.org/Publication/SSS/SSS%202005.pdf>)
- NCHADS (2013) Behavioral Sentinel Surveillance. [Power point presentation]
(http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS_2013_en.pdf)

MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)

- FHI 360. (2012) Program Review: MStyle, Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Men who have Sex with Men. Reporting period: October 2008- June 2010. USAID-PRASIT. Phnom Penh, Cambodia.
(<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Program%20Review%20MStyle,%20Providing%20HIVAIDS%20Prevention%20and%20Care%20for%20MSM,%20Reporting%20Period%20October%202008-June%202010.pdf>)
- NAA /David Lowe (2007). *Situation and Response Assessment for HIV, AIDS and STI Programs for Cambodian Men who Have Sex with Men*.
- NCHADS/FHI360 (2008). Population size estimation of MSM in Cambodia 2008 using the capture-recapture method in six cities.
(<http://www.nchads.org/confandsymp/2008/Day%202/Mekong%20I&II/F2%20FHI%20MSM%20Size%20Estimations.pdf>)
- NCHADS/USAID/UNAIDS. (2010). BROS Khmer 2010: Behavioral Risks On-Site Serosurvey among At-Risk Urban Men in Cambodia.
(<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Bros%20Khmer-2012%20Behavioral%20Risks%20On-Site%20Serosurvey%20Among%20At-Risk%20Urban%20Men%20in%20Cambodia.pdf>)
- PSI (2012) MSM TRaC Survey in Cambodia, Fourth round PSI (2011) FoQus(Framework for Qualitative Research in Social Marketing) MSM
- PSI (2013) In depth interview among hidden MSM
- PSI (2013) MSM Venues mapping

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs), MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) AND TRANSGENDERS (TGs)

- NCHADS (2005) Cambodia STI Prevalence Survey: integrated biological and behavioral survey
(<http://www.nchads.org/Publication/dissemination/SSS%202005%20Eng.pdf>)
- NCHADS/FHI/USAID. (2007). Cambodia 2007 Behavioral Surveillance Survey: HIV/AIDS Related Sexual Behaviors among Sentinel Groups.
(<http://www.nchads.org/Publication/BSS/Behavioral%20Surveillance%20Survey%20Cambodia-2007.pdf>)

- Oxfam. (2007). Sex workers self-organizing and empowerment: The experience of Women's Network for Unity (WNU) in Cambodia, *Exchange*. (<http://www.search4dev.nl/download/292408/122925.pdf>)

MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) AND TRANSGENDERS (TGs)

- CARE Cambodia. (2003). Through the Eyes of Men: A qualitative appraisal of male to male sexual risk behaviours and knowledge about HIV/AIDS/STI, in two Thai-border areas of Cambodia.
- CCHR. (2010). Coming Out in the Kingdom: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People in Cambodia. (http://www.cchrcambodia.org/admin/media/report/report/english/2010-12-09%20COMING%20OUT%20IN%20THE%20KINGDOM%20LESBIAN,%20GAY,%20BISEXUAL%20AND%20TRANSGENDER%20PEOPLE%20IN%20CAMBODIA_EN%20.pdf)
- CCHR. (2012). Rainbow Khmer: From Prejudice to Pride. (http://www.cchrcambodia.org/admin/media/report/report/english/2012_12_31_CCHR_LGB_T_Report_Rainbow_Khmer_en.pdf)
- Chan, S.; Var, C.; Chhea, C and McCarty, D. (2012) "Evaluating the effect of offering free primary health care services for MSM and transgender people as an entry point for both STI and HIV testing services at RHAC clinics in Phnom Penh, Cambodia" in *Missing Voices from the Field – A selection of MSM and Transgender Abstracts Rejected from the International Aids Conference*. Retrieved on September 3rd 2013 from <http://www.msmgf.org/missingvoices>.
- Davis, J. and Miles, G. (2012) "The Lingha Boys of Siem Reap – A Baseline Study of Sexually Exploited Young Men in Siem Reap, Cambodia". Nebraska: University of Nebraska. (<http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=humtraconf4>)
- Girault, P. et al. (2004). HIV, STIs, and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 16(1). (https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=OCDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F8642111_HIV_STIs_and_sexual_behaviors_among_men_who_have_sex_with_men_in_Phnom_Penh_Cambodia%2Ffile%2F79e4150aee93d7c88b.pdf&ei=8J7xUoiUM-W4iQeB84GIDg&usq=AFQjCNEghTmw5-g47B0UwD8iZeGmtQaSKg&bvm=bv.60799247,d.aGc)
- KHANA and International HIV/AIDS Alliance. (2003). Out of the shadows: Male to male sexual behaviour in Cambodia. (<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC14412.pdf>)
- NAA. (2011). Evaluation of achievement, progress and effectiveness of programs made under the national strategic framework and operational plan on HIV response amongst 'men who have sex with men' (MSM) and transgender (TG) in Cambodia.
- NAA. (2011). Situation and Response Assessment for STI and HIV/AIDS Programs for Men who Have Sex with Men in Cambodia.
- NAA/UNAIDS. (2006). Risks & Responsibilities: Male Sexual Health & HIV in Asia & the Pacific. Cambodia Country Report.
- RHAC (2012) MediCAM 4Ms Meeting February 17th – The "Report Card" on HIV Prevention for MSM and Transgender persons in Cambodia. Retrieved September 3rd 2013 from <http://www.medicam-cambodia.org/activities/info/4ms/source/2012/2/handout/Presentation.pdf>
- Salas, V. and Sorn, S. (2013) An Exploration of Social – Exclusion of Lesbians, Gay and Transgender Persons in Families and Communities in Some Areas of Cambodia and Their Ways of Coping. Phnom Penh: Social Protection Coordination Unit – Cambodian Social Protection Research Fund

http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Cambodia_Journal_GLB_T_for_publication.pdf

- SPCU-CARD. (2013). An exploration of social exclusion of lesbians, gay and transgender persons in families and communities in some areas of Cambodia and their ways of coping. (http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Cambodia_Journal_GLB_T_for_publication.pdf)

TRANSGENDERS (TGs)

- Davis, J. and Miles, G. (n.d.) More than Gender: A baseline study of transgendered males in the sex industry in Phnom Penh, Cambodia. [PowerPoint presentation] (<http://gmiles.co.uk/wp-content/uploads/2013/07/More-than-Gender-ISWC-2013.pdf>)
- NCHADS, FHI 360 (2014, forthcoming) Integrated Biological and Behavioral Survey of Male-to-Female Transgender Population in Cambodia, 2012.
- NCHADS/FHI360 (2013). Size Estimation of Transgender Population in Cambodia Using the Capture-Recapture Method in Seven Urban Cities.

PEOPLE WHO INJECT DRUGS (PWID)/PEOPLE WHO USE DRUGS (PWUD)

- Beaumont, S. (2011). "We Pay to Forget": A Phenomenological Research Study on Drug Users in Cambodia. (http://www.ihra.net/files/2011/11/29/We_Pay_to_Forget1.pdf)
- Chheng, K. et al. (2012). Harm reduction in Cambodia: A disconnect between policy and practice. *Harm Reduction Journal*, 9(30). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/30>)
- Chhorvann, C. (2013). People Who Use Drug Study 2012: National Population Size Estimation & HIV Prevalence and HIV Related Risk Behaviors. [PowerPoint presentation]
- KHANA. (2006). Compounding Vulnerabilities: Results of the Participatory Assessment and Response on Drugs & Substance Use and HIV/AIDS in Phnom Penh, Battambang, Siem Reap, and Sihanoukville. (http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE006.pdf)
- KHANA. (2012). Harm reduction model of comprehensive drop in center for people who use drugs: Operational research of KHANA Meanchey Drop-in Center. (http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE016.pdf)
- Klein, A. et al. (2012). Reaching out and reaching up – developing a low cost drug treatment system in Cambodia. *Harm Reduction Journal*, 9(11). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/11>)
- Mith Samlanh. (2006). Survey of Substance Use Among Young People on the Streets of Phnom Penh.
- NACD/UNODC/USAID/KHANA. (2008). Report on Illicit Drug Data and Routine Surveillance Systems in Cambodia 2007. (http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//Publications/Projects/NACD_Annual_report2007.pdf)
- NCHADS/NACD. (2007). Integrated Behavioral and Biological Sentinel Survey. HIV Prevalence among Drug Users in Cambodia, 2007. (<http://www.nchads.org/Publication/dissemination/HIV%20Prevalence%20among%20Drug%20user%202007%20EN.pdf>)
- PEPFAR. (2010). Comprehensive HIV Prevention for People Who Inject Drugs, Revised Guidance. (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf>)

- POLICY Project. (2003). Policy and Environment Assessment: Illicit Drug Use, the Burden of Drug-related Harm, and HIV Vulnerability in Cambodia. (<http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/5.4.4%20Publication63.pdf>)
- Vong, S. et al. (2005). Rapid assessment of injection practices in Cambodia, 2002. *BMC Public Health*, 5(56). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1173117/>)
- WHO (2013) Participatory rapid assessment for needles and syringes program in Phnom Penh
- WHO (2013) Preliminary exploration of unreached vulnerable MARPs in Phnom Penh
- WHO. (2009). Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles. (http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf)

PRISONERS, PEOPLE WHO INJECT DRUGS (PWID)/PEOPLE WHO USE DRUGS (PWUD)

- Human Rights Watch. (2010). "Skin on the Cable": The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia. (<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia0110webwcover.pdf>)
- Human Rights Watch. (2013). "They Treat Us Like Animals": Mistreatment of Drug Users and "Undesirables" in Cambodia's Drug Detention Centers. (http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia1213_ForUpload_1.pdf)
- International Harm Reduction Development Program. (2010). Detention as Treatment: Detention of Methamphetamine Users in Cambodia, Laos, and Thailand. (http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/Thomson_OSI_DetentionAsTreatment_2010.pdf)

PRISONERS

- Mol/General Department of Prisons (2010) Report on Prison
- MSF (2011) Activity Report (<http://www.doctorswithoutborders.org/publications/ar/MSF-Activity-Report-2011-lowres-4.pdf>)

KINGDOM OF CAMBODIA
NATION RELIGION KING



Ministry of Health

Concept Note on
Sharpening the Boosted Continuum of Prevention to Care and
Treatment (B-CoPCT) for Key Populations at Highest Risk in Cambodia



National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS)

April 2014

Table of Contents

Acronyms.....	ii
List of Table and Picture.....	iii
List of Core Group contribute in the development of the concept note.....	iv
Foreword.....	v
Acknowledgements.....	vii
1. Background.....	1
2. Rationale.....	3
3. Objectives.....	4
3.1 main objective.....	4
3.2 Specific objectives.....	5
4. Approaches.....	5
4.1 Identify.....	5
4.2 Reach.....	6
4.3 Intensity.....	7
4.4 Retain.....	8
5. Coordination and Implementation.....	9
5.1 Main functions of concerned bodies are as follows.....	9
6. Monitoring and Strengthening the response.....	10
7. Roadmap.....	11
8. Annexes.....	12

Acronyms

ANC: Antenatal Care
ART: Anti-Retroviral Treatment
CHSS: Comprehensive Health and Social Service
CM: Case Management
CoPCT: Continuum of Prevention to Care and Treatment
CV: Clinic Vigilance
DIC: Drop In Center
FEW: Female Entertainment Worker
HIV: Human Immuno-Deficiency Virus
IBBS: Integrated Bio-behaviour Survey
MMT: Methadone Maintenance Therapy
MSM: Men who have sex with men
NCHADS: National Center for HIV/AIDS Dermatology & STD
OR: Outreach
PASP: Provincial AIDS and STI Program
PDI: Peer Driven Intervention
PHD: Provincial Health Department
PITC: Peer Initiated Testing & Counseling
PLHIV: People Living with HIV
PNV: Peer Network Vigilance
PRP: Prison Related Programme
PWID: People Who use Injecting Drug
PWUD: People Who Use Drug
RA: Rapid Assessment
RMAA-CG: Rapid Monitoring Analysis for Action Core Group
SI: Strategic Information
STI: Sexually Transmitted Infection
SW: Sex Worker
TB: Tuberculosis
TG: Transgender
VCCT: Voluntary Counseling Confidentiality and Testing
WHO: World Health Organisation

List of Table and Figure

Table1: Information on 4 populations with high and overlapping risk and vulnerability

Table 2: Variable level of risk among target key populations

Table 3: Smaller populations with higher risk transmission potential

Table 4: Intervention framework of Boosted CoPCT strategy

Table 5: Operational definition of “reach”

Table 6: Prioritizing PHORV within the Boosted CoPCT strategy

Table 7: Summary actions for strengthening PHORV expended core package within Boosted CoPCT

Table 8: Examples of Indicators

Figure1: Populations with high and overlapping risk and vulnerability

Figure 2: Sharper Epidemiological targeting to optimize Boosted CoPCT

List of Core Group contributing in development the concept note

1. Dr. Mean Chhi Vun, Director of NCHADS
2. Dr. Lan Van Seng, Deputy Director of NCHADS
3. Dr. Ouk Vichea, Deputy Director of NCHADS
4. Dr. Seng Sopheap, Chief of Technical Bureau, NCHADS
5. Dr. Tep Samnang, Chief, BCC unit of NCHADS
6. Dr. Fujita Massami, HIV-TB advisor
7. Ms. Eng Dany, Staff of WHO
8. Ms. Marie-Odile Emond, UNAIDS Country Coordinator
9. Dr. Ung Polin, Community Mobilization and Networking Advisor, UNAIDS
10. Mr. Michelle Lang Alli, Health Officer-HIV Team Leader, USAID
11. Ms. Pamela Teichman, Senior Technical HIV/AIDS Prevention Advisor, USAID
12. Dr. Sok Bunna, HIV Advisor, USAID
13. Dr. Suos Prem Prey, Senior Program Manager, DFAT, Australian Embassy (Phnom Penh)
14. Mr. Chuop Sok Chamreun, Deputy Director, KHANA
15. Ms. Muth Sokunny, Technical Advisor, FHI360
16. Ms. Florence Chatot, Drug Project Manager, FI
17. Mr. Taing Pheuk, Executive Director, Korsang
18. Ms. Map Somaya, Programme Director, Mith Samlagn
19. Dr. Tia Phaully, Freeland Consultant
20. Dr. Sin Eap, NSP Programme Manager, WHO

Foreword

Cambodia was recognized by the United Nations in October 2010 as one of the few countries in the world that has achieved its Millennium Development Goal related to HIV (MDG6-HIV 2015). This success can be seen in the decline in HIV prevalence from an estimated 2% (among adults aged 15-49) in 1998 to a projected 0.7% in 2013. Moreover, coverage of antiretroviral therapy (ART) treatment, in 2013, remarkably increased to approximately 82% of HIV positive adults aged over 18 and CD4 \leq 350 cc/mm³ and approximately 91% of HIV positive children.

Despite these great achievements, challenges remain to eliminating new HIV infections, which are now concentrated in key populations at higher risk, including entertainment workers who have more than 7 clients/week (14%), men who have sex with men/transgender (2.3%) and people who inject drugs (24.8%).

In addition, current outreach at key population community has not yet reached key population at highest risk to HIV infection such as those who have overlapping risk or hard to reach.

The Ministry of Health fully agrees with above concepts and hopes that all relevant stakeholders at national and sub national level will implement in accordance with recommended standard interventions toward eliminating new HIV infection by 2020.

Phnom Penh, *April 30*, 2014

Minister of Health



M. Bunheng
Dr. MAM BUNHENG

Acknowledgement

Based on good experiences and great achievements in decrease of HIV prevalence and increase of access to treatment, with approximately 80% of adults and children in need receiving antiretroviral therapy (ART) services, Cambodia has committed to an inspired goal to eliminate new HIV infection by 2020. To achieve the above goal, all relevant stakeholders at all level have continued their strong efforts to implement priority activities of Boosted CoPCT, in particular focusing on Key s at Highest Risks to HIV infection.

A core group; which its memberships are representatives of government institutions, United Nations, donor agencies, and NGOs and coordinated by NCHADS, reviewed key findings of Rapid Assessment funded by WHO and selected standard interventions to reflect in Concept Note on Sharpening Boosted CoPCT for Population at Highest Risk.

NCHADS would like to express its thanks to members of the core group who have contributed their valuable times and inputs to make this important concept note. Special thanks and appreciation to Dr Fujita Massami (HIV Adviser/WHO) who actively contributed to rapid assessment process and concept note development.

Phnom Penh, ... 25-April 2014

Director of NCHADS



Dr. Mean Chhi Yun
Director, NCHADS

1. BACKGROUND

The Cambodia 3.0 strategy of the National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (NCHADS) aims to eliminate new HIV infections in Cambodia by 2020¹. As part of this strategy, the Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment (B-COPCT) focuses on expanding standard prevention interventions and their links to health services including HIV testing among defined populations believed to be at increased risk – entertainment workers (EW), men who have sex with men (MSM), transgender persons (TG) and people who inject drugs (PWID)².

Risk within these populations is highly variable, however. As a result, many people at relatively low risk are reached and tested frequently, while others at highest risk may fall through the cracks. For example, program data of the outreach HIV testing and counseling (HTC) in five high burden cities including Phnom Penh from June to December 2013 indicated that 54(0.6%) among 8728 tested were confirmed positive and HIV positive rates among respective populations were: EW 0.4% (19/4324); PWID 4.3% (13/299); PWUD 0.5% (8/1734); MSM 0.4% (9/2254); and TG 4.3% (5/117). Considering the estimated HIV prevalence among general populations aged 15-49 (0.7% in 2013)³, and HIV prevalence among the key populations according to surveillance surveys, HIV positivity found through the outreach HTC appears to be low especially in EW, PWUD and MSM. These findings suggest the current outreach program may be covering relatively low risk populations. Also, among 54 HIV positive cases, only 34 cases (63.0%) received CD4 testing, indicating significant drop-outs between confirmatory HIV testing and pre-ART enrolment.

Therefore, to enhance coverage, improve cost-effectiveness, and achieve impact, the routine implementation of the current packages of B-COPCT interventions needs to be refined. A tightly focused, sharpened B-COPCT approach will go beyond the routine implementation of the current B-COPCT packages to address specific needs of the populations at highest risk who are engaged in overlapping risk behaviors and who have other factors of vulnerability.

Examples of populations at highest risk are drug injecting women who sell sex, poor and highly marginalized PWID, and MSM and TG persons with many partners (paid and non-paid) as indicated by the National Health Sector HIV Program Review conducted in 2013. These populations are often at very high risk because of overlapping risk behaviors, many sexual or needle-sharing partners or extreme social vulnerability. They are concentrated in Phnom Penh where over 85% of PWID are believed to live, as well as other urban areas. Many spend time in closed settings including detention centers and prisons which may further increase HIV risk.

This concept note focuses initially on sharpening the B-COPCT response for 4 populations assumed to be at highest risk as recommended in the National Health Sector HIV Program Review and informed by available data (Figure 1, Table 1). These populations have high and overlapping risk and vulnerability. A recent rapid assessment suggested there might be a sizable number of PWID with very high and/or overlapping risk who are not reached by needle and syringe programs in Phnom Penh alone⁴. Such gaps may result in substantive new HIV infections each year.

¹NCHADS (2012). Conceptual Framework for Elimination of New HIV infections in Cambodia by 2020.

²NCHADS (2012). SOPs for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

³NCHADS (2011). Estimations and Projections of HIV/AIDS in Cambodia 2010-2015.

⁴Tea Phaully (2013). Results of Preliminary Exploration of Unreached Key Populations in Phnom Penh: WHO commissioned assessment. Power Point Presentation for partner consultation meetings.

Figure 1. Populations with high and overlapping risk and vulnerability

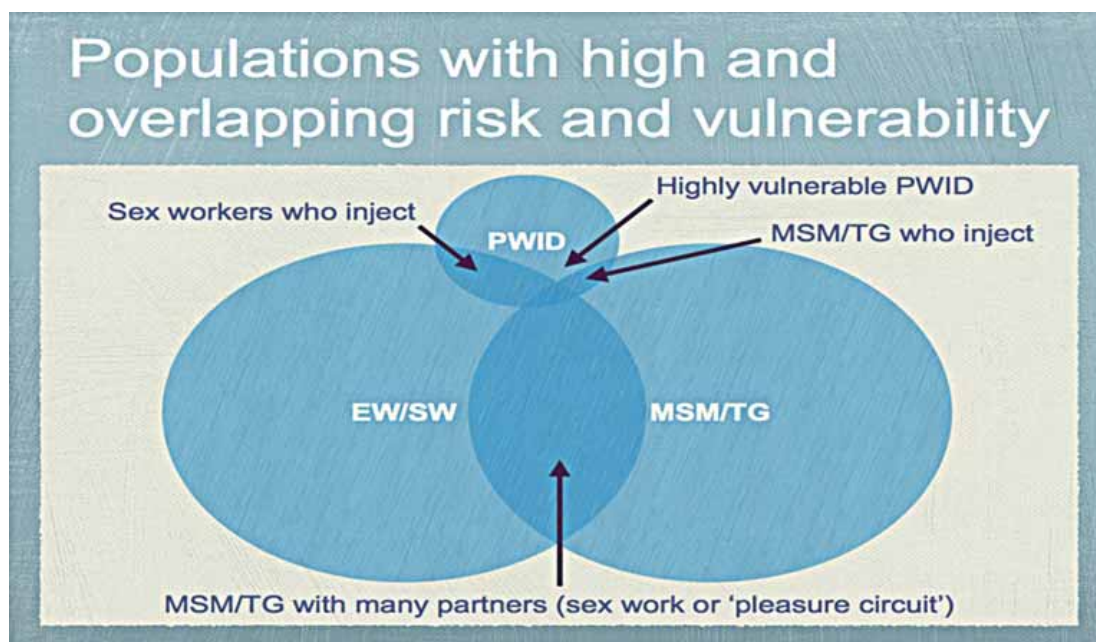


Table 1. Information on 4 populations with high and overlapping risk and vulnerability

Populations	What is known/existing data	Recent data sources
EW who inject drugs and who have many clients	Interviews with 10 unreached EW injecting drugs indicated they might know 50 or more of people in similar situation in several spots in Phnom Penh.	WHO commissioned assessment conducted by Tea Phauly (2013)
Highly marginalized PWID (street-based/non-street based/migrants, including those involved in rubbish collection, temporary low-wage constructions, as well as their sexual partners and those released from closed settings)	Interviews with 10 very impoverished rubbish collectors who were un-reached PWID indicated they might know 80 or more of people in similar situation in Phnom Penh.	WHO commissioned assessment conducted by Tea Phauly (2013)
TG who sell sex and/or injecting	Highly vulnerable population with low access to services, estimated 60% of TG ever sold sex	Bros Khmer report (2010), BSS 2007, FHI360 PRASIT TG Size Estimation 2012
MSM with many partners including paid and non-paid	Mixed population, variable risk, estimated 36% of MSM ever sold sex	Bros Khmer report, BSS 2007

In addition, these assessments and other reports suggest that drug injecting may not be uncommon among other occupational groups such as temporary low-wage construction workers as well as overseas seafarers⁵. Interviews with 6 temporary low-wage construction workers who were un-reached PWID indicated they might know 80 or more of people in similar situation in Phnom Penh. These occupational groups include Cambodians who migrate to other countries in mainland or maritime Asia and return to Cambodia as drug injectors/users.

⁵Tea Phauly (2013). Results of Preliminary Exploration of Unreached Key Populations in Phnom Penh: WHO commissioned assessment. Power Point Presentation for partner consultation meetings.

There is also some concern about other populations for whom there is less data but risk and vulnerability are believed to be relatively low. For example, some higher-class MSM reportedly inject drugs but have the financial means to access clean injection materials and methadone maintenance therapy (MMT). An ongoing study of drug use among female EW suggests that injection may be rare and HIV prevalence may not be much different from other EW. This highlights the challenge of gathering data about these emerging populations and ensuring cost-effectiveness of interventions while simultaneously distinguishing populations at highest risk from the wider Cambodian Key Populations.

2. RATIONALE

The proposed sharpened B-COPCT strategy goes beyond the aggregate overview of key populations currently targeted by intervention programs to address important and overlapping risk behaviors among specific subgroups⁶. It is critical to achieve “saturation coverage” of these relatively small populations with extra interventions, as well as standard service packages, which will lead to a decrease in new HIV and STI infections and accelerate progress towards achieving the goals of Cambodia 3.0. Where reliable data exist, reported risks correlate with higher HIV and/or STI rates. Furthermore, recent costing studies strongly support targeting interventions to sub-populations of EW, MSM, TG and PWUD/PWID at highest risk⁷. Table 2 classifies generic key populations into three levels of increasing and sometimes overlapping risk.

Table 2. Variable level of risk among targeted key populations

At risk +	At increased risk ++	At highest risk +++
Entertainment workers	EW with >7 clients/week	Injecting plus many sexual partners (paid and non-paid) and/or very high vulnerability
Men having sex with men	Male sex workers, pleasure circuit	
Transgender women	TG with many partners (paid and non-paid)	
People who use drugs	PWID	

The importance of reaching saturation coverage of these relatively small population groups can be seen by comparing population sizes and potential for HIV transmission (Table 3).

Table 3. Smaller populations with higher transmission potential

	At risk+	At increased risk++	At highest risk+++
Population size	Tens of thousands	Thousands	Hundreds
HIV prevalence	+	++	++
HIV transmission potential (compared to general population)	>10x	>100x	???

⁶NCHADS (2012). SOPs for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

⁷National AIDS Authority (2012). Costs and cost-effectiveness of HIV prevention and impact mitigation interventions in Cambodia. Phnom Penh, Cambodia.

It is also clear from this table and a recent costing study that higher costs-per-person-reached of more intensive interventions would be justified by much higher prevention benefits (cost-effectiveness) provided that interventions are well targeted and implemented within an enabling environment⁸. This high cost-effectiveness is important as there are significant challenges to reaching populations at highest risk. Many face multiple problems such as poverty, extreme social vulnerability, and the illegal nature of drug use and selling sex⁹. To make interventions effective, the following challenges must be addressed:

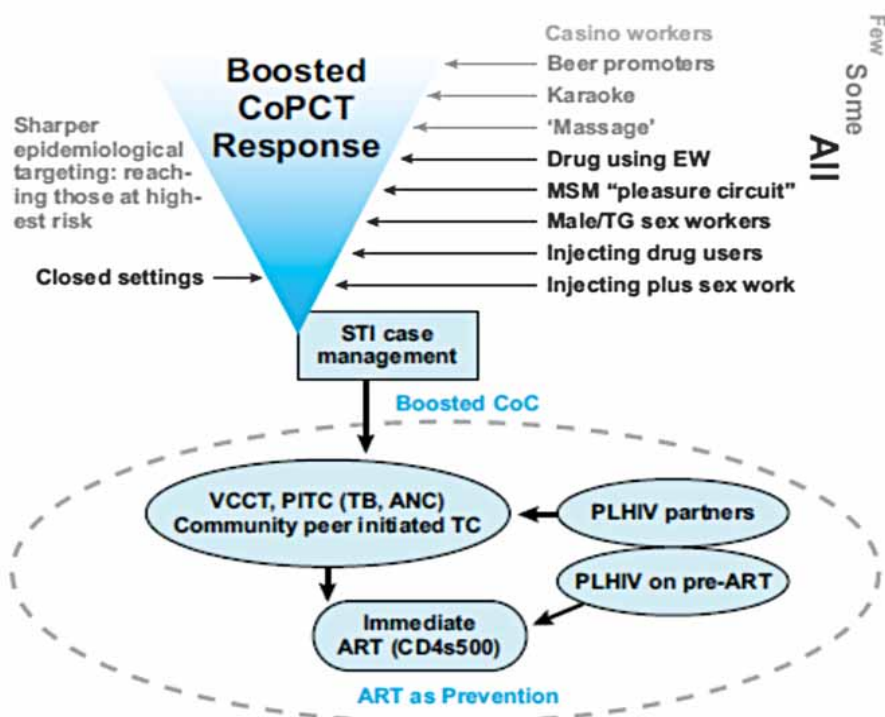
- Populations at highest risk are harder to identify
- Structural barriers limit access
- Outreach requires frequent contact and special efforts
- Services need to be comprehensive to address multiple needs
- Additional efforts are needed to retain people in services

Responding to the needs of these populations requires innovative and resource-intensive efforts building on Cambodia' sexisting B-COPCT response and related core package of services. Robust coordination mechanisms at the national and local levels need to be in place to lead and maximize synergies between the routine implementation of the B-COPCT and additional activities for the populations at highest risk under a sharpened approach.

3. OBJECTIVES

3.1. **main objective** is to strengthen B-COPCT efforts to reach populations at highest risk with appropriate and effective interventions based on more refined epidemiological and behavioral targeting. In particular, interventions focus on populations at high and overlapping risk and vulnerability.

Figure 1. Sharper Epidemiological Targeting to Optimize Boosted COPCT



⁸National AIDS Authority (2012). Costs and cost-effectiveness of HIV prevention and impact mitigation interventions in Cambodia. Phnom Penh, Cambodia.

⁹Tea Phaully (2013). Results of Preliminary Exploration of Unreached Key Populations in Phnom Penh: WHO commissioned assessment. Power Point Presentation for partner consultation meetings.

3.2. Specific objectives address known barriers from initial identification to long-term retention to ensure maximum benefit for these priority key populations:

- Identify** pockets of populations with high and overlapping risk and vulnerability who are not yet in contact with interventions
- Reach** the populations with saturation coverage (>80%)
- Intensify** interventions and services for maximum impact
- Retain** the populations in services for maximum impact and improved health outcomes

4. APPROACHES

In line with these objectives, the approach is to extend the current B-COPCT response¹⁰ to specific populations at highest risk at each critical step (Identify–Reach–Intensify–Retain). Implementation of these priority activities would require extending the B-COPCT intervention framework (Table 4) by implementing additional activities and services for each population at highest risk. These are examined in more detail in the following section.

Given the innovative nature of the additional activities for the populations at highest risk who have not been well- served so far, close monitoring, careful data analysis, and evaluation of initial implementation experiences is vital before expansion.

Table 4. Intervention framework of Boosted COPCT strategy¹¹

PACKAGE	COMPONENT	Service Modality			EW				MSM				TG				DRUG USER			
		Outreach	Drop-In Centre**	Health Facility*	EW	HIV	IDU	DU	MSM	HIV	IDU	DU	TG	HIV	IDU	DU	Injecting		Injecting & Other Drug Use	
																		Inj.	HIV	Other
Core CoPCT	1 BCC	Provide	Provide	Provide & Refer																
	2 Condom & Lubricant	Provide	Provide	Provide																
	3 STI screening	Provide & Refer	Provide & Refer	Provide & Refer																
	4 HIV Testing point of care	Provide & Refer	Provide & Refer	Provide																
Expanded Core Package	5 NSP	Provide & Refer	Provide & Refer	Provide																
	6 MMT	Refer	Refer	Provide & Refer																
	7 Pre-ART / ART	Refer	Refer	Provide & Refer																
	8 RH (including FP + LR)	Provide & Refer	Provide & Refer	Provide & Refer																
	9 Psycho-Social Support	Refer	Provide & Refer	Provide & Refer																

4.1 Identify

Recent rapid assessments and other studies provide important information about these populations, including risk behaviors, contact with outreach workers, use of services etc. Important gaps have been documented (Table 1). Field investigation including rapid assessments using peer informants and related methods, as well as close monitoring of newly found HIV and STI cases will be used to identify unknown and unreached populations at highest risk.

4.1.1 Purpose: to identify pockets of high risk populations

4.1.2 Methods: Among the proposed information-gathering approaches are:

¹⁰NCHADS (2012). SOPs for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

¹¹NCHADS (2012). SOPs for Boosted Continuum of Prevention to Care and Treatment for Most At Risk Populations in Cambodia

- Peer network vigilance (PNV): By developing and maintaining close communication with peer networks through peer workers and key informants, emerging and changing patterns of risk (e.g. unsafe sex, needle/syringe sharing), locations and populations can be identified. Efforts should be made to explore peer networks which are not part of existing B-COPCT.
- Clinic vigilance (CV): By monitoring newly found HIV and STI (e.g. genital ulcer diseases, urethral discharge) cases and interviewing them about their respective risk factors and the locations and venues where they acquired infection, sexual and/or injection drug using networks and locations can be identified (see Guidance Note on Integrated Active Case Management and Partner Tracing and HIV Testing, NCHADS 2013).
- Rapid assessments (RA): Information from PNV or CV can be validated and explored using rapid qualitative methods, and shared with implementing partners to trigger timely and appropriate action.

In addition, data from soon-to-be released and future Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) studies should be maximized – information from IBBS can help pinpoint where new HIV and STI infections are likely to occur and can help determine the behaviors and vulnerabilities most likely to be driving new transmission patterns.

4.2 Reach

Current coverage of the existing B-COPCT interventions is variable. Any of key populations may be either reached by services, partially reached, or unreached (see Table 5). Given the epidemiological importance of these populations to controlling HIV/STI transmission, maximum efforts should be made to reach, engage and retain them in effective and ongoing interventions and services.

Table 5. Operational definitions of 'reach'

Term	Definition
Reached	Regularly in contact with outreach (OR) and using services
Under reached	Minimal contact in past but no current or consistent use of services
Unreached	No contact with outreach workers or services

Improved reach of populations at highest risk will require both enhanced collaboration among implementing partners as well as monitoring and coordination of the overall response by NCHADS. Implementing partners are responsible to ensure that populations at highest risk are reached in areas where they work with the needed services (for example, harm reduction + prevention of sexual transmission + comprehensive health and social services). This may require skilled collaboration among NGO service providers. Leadership and oversight of the overall response by NCHADS includes: 1) monitoring progress and outcomes of existing service provision; and 2) planning for coverage of populations at highest risk in newly identified unserved or under-served areas.

4.2.1 Purpose: to increase contact with and service uptake by identified populations at highest risk (saturation coverage >80%) in order to promote prevention, provide and/or refer to services, assist with diagnosis, care and treatment, and support active case management and follow-up.

4.2.2 Methods:

- Outreach plus (OR+): More frequent contact by outreach workers (ORW), including night-time visits and other services offered at times that maximize the opportunity to engage with populations at highest risk, as well as recruitment and capacity building of ORW to address overlapping.
- Peer-driven interventions (PDI): Even closer contact with populations at highest risk by trained peer educators. This could be an especially effective way to obtain feedback regarding acceptability,

feasibility and quality of the services from the populations, as well as suggestions from these beneficiaries regarding how to improve program implementation, strengthen service provision, and further extend the services to more populations at highest risk.

- Safe spaces (Drop In Centers or DIC): Fixed/mobile or formal/informal DICs close to areas where high-risk populations live/work/congregate, including adequate preparation and advance dialogue with community, police and local authorities to prevent negative reactions and to clarify the public health purpose of the safe spaces/DIC. It is vital to engage with ongoing initiatives such as the Police Community Protection Initiative (PCPI), and reinforcing fieldwork findings and recommendations from the work with local authorities. Since cost-effectiveness and health outcomes of the investment in safe spaces and DIC is a concern of donors and other stakeholders, planning for data gathering and assessment of outcomes from investment in DIC and safe spaces will be important during the implementation of this Concept Note.

4.3 Intensify

More effort is needed to convince populations at highest risk of the value of maintaining contact with outreach and community-based interventions. Primary HIV and STI infection prevention, including information, condoms and needle and syringe programs (NSP), should be frequently promoted and provided at community level, during appropriate hours for easy access by the intended beneficiary populations. Services including community based rapid HIV testing and counseling, STI checkups, MMT, etc. should be provided in the field or via referrals to nearby facilities, as well as offered during convenient hours, to facilitate the populationsto access and reduce drop outs. Intensive and frequent outreach, together with services that address multiple health and social needs, are more likely to attract the populations to services.

4.3.1 Purpose: to increase the impact of interventions and services through greater accessibility, increased uptake, more frequent contacts with the target populations, and stronger prevention/detection methods.

4.3.2 Methods:

- NSP+: More intensive NSP (e.g. more frequent OR visits to more locations, night-time visits and distribution through DICs or other fixed sites including pharmacies)according to new NSP guidelines and other relevant documents
- MMT+: More intensive MMT addressing existing bottlenecks to improve accessibility and service uptake (e.g. more convenient hours, more dispensing sites, including community-based MMT) and reduce barriers (e.g. take-home doses, health provider education to sensitize and improve service quality) according to new MMT guidelines and other relevant documents
- STI/HIV+: For prevention of sexual transmission, regular checkups to detect and treat STIs and HIV. For highest-risk populations (female, male and TG sex workers), monthly visits including periodic presumptive treatment (PPT) and/or screening with sensitive tests are to be considered. Patients with clear evidence of recent STI (genital ulcer, urethral discharge) should be offered HIV testing with Combo HIV Ab/Ag test in order to detect new patients with recent HIV infections for intensive case management and follow-up including immediate ART and partner disclosure assistance, notification, testing and tracing services. In keeping with the Linked Response, reproductive health services, including family planning counseling and promotion of Dual Protection (consistent use of condoms plus a more effective contraceptive method “Condom Plus”) will be offered to female EW and female PWID (or the female sexual and needle-sharing partners of male PWID) who are at highest risk for prevention of both unplanned pregnancies and STI, including HIV.(see SOPs for Linked Response, Guidance Note on B-COPCT Concept Paper for Integrated Active Case Management and Partner Tracing and HIV Testing for Cambodia 3.0 Initiative)

Table 6. Prioritizing PHORV within the Boosted CoPCT strategy

Populations with high and/or overlapping risk	Existing boosted response	Proposed strengthening
Sex workers who inject drugs and who have many clients	Core B-CoPCT Expanded core package (ECP)	More focused & frequent outreach Intensified intervention package More intensive ECP Comprehensive health and social services to maximize retention
Highly marginalized PWID		
TG sex workers and/or injecting MSM with many partners including paid and non-paid		

4.4 Retain

More effort is also needed to retain populations at highest risk in services including MMT, STI checkups, HIV care and support, pre-ART and ART services, reproductive health/dual protection/family planning services, and social health protection schemes. In most cases, this requires addressing other, more pressing needs such as basic social support using a comprehensive active case management approach. Given the highly marginalized living conditions of many populations at highest risk, more comprehensive case management approaches may be needed to achieve desired and sustained outcomes.

4.4.1 Purpose: to maximize long-term retention and impact of interventions by addressing common reasons for discontinuation.

4.4.2 Methods:

- Comprehensive health and social services (CHSS) – to address often extreme social marginalization and economic vulnerability of populations at highest-risk including PWID with high vulnerability experiencing barriers to accessing health care and psycho-social services (e.g. safe places to rest; access to clean water, female sanitary goods and nutritional food and shower facilities; addressing gender based violence and providing non-occupational post-exposure prophylaxis; as well as linking to existing services such as social health protection mechanisms such as Cambodia’s health equity fund and vocational training).
- Case management (CM) approaches –active, individualized case management is more likely to address specific needs and vulnerabilities that under lyclients ’risks and often determine the outcome of interventions. Linkage with Integrated Active Case Management for continuum of care and Partner Notification, Tracing and HIV Testing services will also enhance retention.
- Prison related program (PRP)– case management to prevent interruption of essential services (e.g. ART, MMT) while in closed settings and to ensure safe transition back to community upon release. Initial focus will be supporting PWID recently released from closed settings. Keeping in mind current Cambodian host country policies and policies of bilateral and multilateral donors, the working group largely agrees that pre-release services and ongoing service provision to the populations at highest risk detained within closed settings would be, from a public health perspective, the optimum way to identify and reach currently unserved or underserved persons at extreme risk of HIV and other STI.

Table 7. Summary actions for strengthening PHORV Expanded Core Package within Boosted CoPCT

		SW-ID	PWID	MSM/TG-SW/PC
I	PNV	started	started	+
	CV	+		+
	RA	started	started	
R	OR+	1:10, night	1:20, night	1:20, night
	DIC	+	+	
	PDI	+	+	+
I	NSP+	+	+	
	MMT+	+	+	
	STI/HIV+	monthly		monthly
R	CHSS	+	++	
	CCM	+	++	
	PRP	+	+	

5. COORDINATION AND IMPLEMENTATION

Rapid Monitoring and Analysis for Action (RMAA)Core Group will be established under the Strategic Information (SI)Sub-Technical Working Group (Sub-TWG) for Cambodia 3.0. The RMAA-C Guses standard epidemiologic methods for outbreak investigation, operating with sufficient resources. It consists of experts in field epidemiology, social research and COPCT program management from NCHADS, implementing partners and non-implementing partners.

5.1 Main functions of concerned bodies are as follows

5.1.1 RMAA-CG under SI Sub-TWG

To IDENTIFY

- Peer network vigilance (PNV),
- Clinic vigilance (CV) including close monitoring of HIV and STI (e.g. genital ulcer and urethral discharge), and
- Rapid assessments (RA), and

To REACH/INTENSIFY/RETAIN

- Provide recommendations to B-COPCT Sub-TWG via SI Sub-TWG for Cambodia 3.0,
- Advise and support implementation of the recommended activities for populations with highest risk based on the guidance of B-COPCT Sub-TWG, and
- Monitor and evaluate the implementation of the recommended activities

5.1.2 B-COPCT Sub-TWG (in addition to original TORs)

- Endorse recommendations by RMAA-CG;
- Guide relevant partners to implement the recommendations on additional activities for key populations with highest risk;

- Coordinate proposed additional activities for populations at highest risk and routine implementation of B-COPCT;
- Monitor and evaluate the routine implementation of B-COPCT with support from SI Sub-TWG

6. MONITORING AND STRENGTHENING THE RESPONSE

One or more key indicators for each component of the intervention package should be selected and regularly monitored (through RMAA-CG) by NCHADS in consultation with partners. Table 8 provides examples of such indicators.

Table 8: Examples of indicators

Step	Intervention/service	Indicator examples
Identify	Rapid response mechanism	Rapid Monitoring and Analysis for Action (RMAA-CG) established by NCHADS
	Increased use of peer networks	Monthly RMAA-CG meetings with partners Number of new contacts per month
Reach	Safe spaces	Number of DIC in hotspot areas
	Higher OR ratio	Ratio of OR workers to population
	OR and DIC hours	Total and night-time OR and DIC services
	Peer-driven interventions (PDI)	Extended peer network involvement
Intensify	Increase NSP coverage	(According to new NSP guidelines and other relevant documents)
	Improve MMT access	(According to new MMT guidelines, and other relevant documents)
	More frequent STI/HIV checkups	Clinic attendance (new and repeat) for STI checkups HTC testing data (new and repeat)
Retain	Comprehensive health and social services	Referral and attendance rates for other health and social services
	Case management	Case management retention/outcomes
	Prison linkages to reduce interruption of services	Continuation rates for MMT for those entering and leaving prison and detention

Monitoring program performance is a critical step in the planning cycle for strengthening interventions. It includes monitoring ongoing work with reached populations as well as assessing gaps (unreached or under-reached). A complementary and dynamic adaptation of this approach is to introduce a continuous feedback loop between monitoring and implementation. This rapid response mechanism continuously scans for information about populations at high risk and monitors program data to identify weak performance or increasing transmission (see Identify section above), and works with implementing partners to trigger immediate strengthening of interventions.

7. ROADMAP

- RMAA-CG members to be appointed (Second quarter, 2014)
- RMAA-CG and implementing partners to finalize training package and other tools (including HIV and STI case review tools) for implementing the Concept Note (Third quarter, 2014)
- RMAA-CG and implementing partners to conduct training in 12 ODs in 7 provinces in Phnom Penh, Siem Reap, Kampong Cham, Battambang, BanteayMeanchey, Pailin, and Sihanoukville (Third quarter, 2014)
- Implementation in the 12 ODs in 7 provinces (Fourth quarter, 2014)
- Review of the initial implementation including evaluation of the implementation model and costing (October 2014)
- Expansion to other high burden ODs (First quarter, 2014)

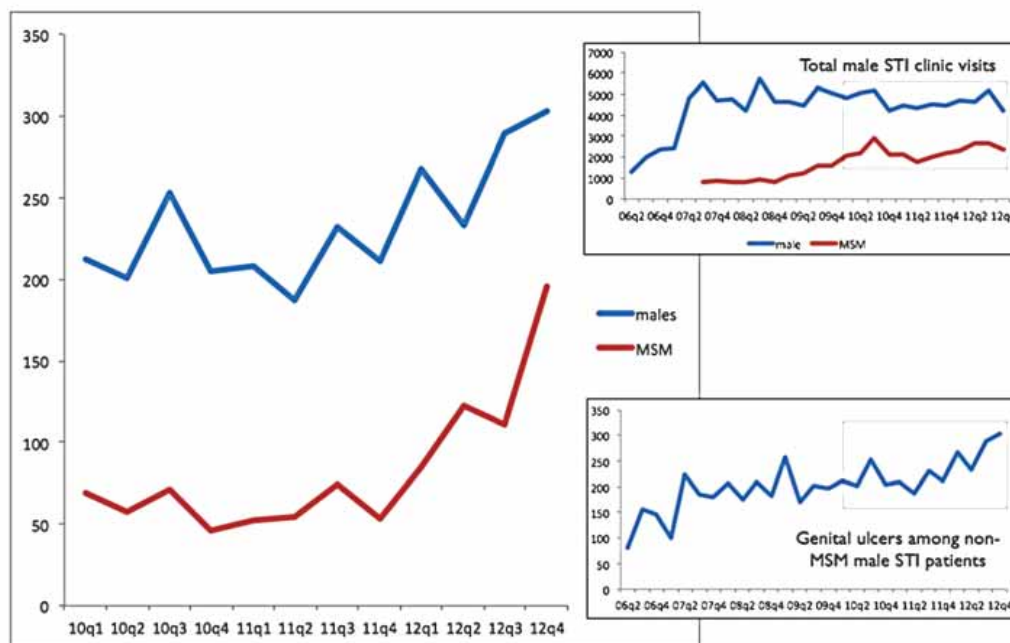
Annex 1: Key questions guiding Rapid Monitoring and Analysis for Action Core Group (RMAA-CG)

RR function	Key questions	RR methods
Enhanced vigilance of potential transmission, risk behaviors and underperforming programs	Are programs missing populations at very high or overlapping risk?	Involve peer outreach workers, use snowballing, extend mapping beyond establishments...
	Is there evidence of increasing transmission?	Monitor trends of routine STI case reports and syphilis prevalence among EW, MSM, TG, PWID
Targeted investigation of new pockets of risk, STI outbreaks	Where is location? Who is involved? How can population be reached with services?	Conduct key informant and focus group interviews, update mapping, identify clinics reporting higher STIs
	What kind of STIs are spreading?	If GUD, conduct syphilis testing, consider collecting ulcer swabs for mPCR to distinguish syphilis, chancroid and HSV-2. If urethral discharge, conduct Gram stain and/or culture to identify gonorrhea
	Is there evidence of HIV transmission?	HIV testing and counseling, consider further investigations to identify new infections (acute HIV infection)
Immediate strengthening of interventions	How can highest risk population coverage gaps be addressed?	Work with implementing partners to cover gaps
	How can transmission be interrupted?	Work with implementing partners to control transmission

Annex 2: An STI outbreak among MSM spreads to other men and women at risk

In 2012, NCHADS detected increasing numbers of ulcerative STI cases (genital ulcers or GUD) among men through its routine STI case reporting (see Figure). During the same period, and even larger (four-fold) increase was seen among men who have sex with men (MSM). Further investigation identified that most cases were seen at three STI clinics in Phnom Penh and one in Battambang. A smaller increase in GUD was also discovered among EWs suggesting that transmission is not confined to one group but likely spreading through overlapping populations at high risk. Importantly, evidence of increasing STI transmission also suggests that prevention programs are insufficient and that HIV could be spreading through the same sexual networks.

Genital ulcers among MSM and non-MSM male STI patients NCHADS routine STI clinic case reports, 2010-2012



Example of a rapid response approach to above GUD outbreak

Enhanced vigilance

1. Identification of a problem

- a. rising rates of ulcerative STIs (GUD) among men (150% of previous rate)

Targeted investigation

2. Examination of other data to further define problem

- a. small GUD increase among EWs
- b. large GUD increase among MSM (400%)
- c. increase in GUD case reports among MSM localized to Phnom Penh (3 clinics) and Battambang.

3. Use peer outreach contacts, snowballing, etc to extend investigation into wider networks and surrounding communities

4. Laboratory investigation to determine cause of GUD outbreak

- a. RPR + TPHA testing among MSM, male STI patients and EWs in affected areas to rule out or define syphilis outbreak
- b. multiplex PCR on ulcer samples to identify syphilis, chancroid and/or HSV-2

C. (HIV testing and counseling with Combo Ab/Ag test to detect recent HIV infection)

Immediate strengthening of interventions

5. Treatment of all cases and contacts

6. Reinforcement of outreach interventions and referrals for checkups

7. (Test and treat strategy for HIV)

Annex 3: Monitoring of STI cases for alerting the Rapid Monitoring and Analysis for Action (RMAA)

Core Group

The first step is detection of outbreaks. At the central level, it is important to have a focused, core group of indicators to monitor, and thresholds for alerting the team to meet and act. The core set is:

- New Genital Ulcer Disease cases
- Syphilis positive diagnosis

Graphs of these indicators should be made and updated on a quarterly basis to provide a visual representation of trends in GUD and syphilis. A rise in the aggregate number and/ or percent should trigger an alert for the RMAA-CG to meet.

Individual STI clinics may notice increase in cases of GUD or syphilis and should have clear instruction to communicate with NCHADS (Chief of STI unit) and then to RMAA-CG if they notice an increase in cases. Occasional surveillance studies may find outbreaks of GUD or syphilis. DMU, STI Unit and Surveillance unit should cooperate and discuss together if they are alerted to a possible new outbreak. NCHADS will call together the RMAA-CG within two weeks of suspected outbreak and gather relevant site specific information for STI clinics.

Initial actions of rapid response team:

The RMAA-CG should meet and review the existing reported information to determine the situation as well as possible with the limited existing available data. In most cases, more information will be required. Draft tools (*STI Rapid Response Tool.xls*) should be reviewed and modified as needed. The tools include:

- On-site review of patient files
- STI clinic staff interviews and
- Case report forms for newly identified clients to be filled prospectively

Members of the RMAA-CG should plan to visit affected sites for initial standardized data collection for rapid assessment. The objectives are to collect available, existing information at the site and set up a plan for monitoring new cases that will come afterwards. The information should be rapidly entered into a dataset, analyzed and a presentation made for the RMAA-CG and PASP/ PHD. The initial assessment and report should be completed within 2 weeks.

Confirmation of cases and review of situation

The second meeting of the RMAA-CG should occur within two weeks of the initial meeting and should review the findings of the initial rapid assessment – in particular, the review of patient charts and interview with clinic providers. The following questions should be addressed:

- Is there a true rise in new cases? How many? When did the increase in cases begin?
- Where (what locations) are the new cases being diagnosed?
- What key populations are affected?
- What risk behavior(s) is likely contributing to the new infections and where are these risk behaviors occurring?
- Which organizations are involved with prevention, care, and treatment?
- Who else needs to know about this outbreak?
- What don't we know, what else do we need to find out? What are the next steps?

An initial plan of action and timelines should be drawn up during the second meeting depending on the situation. If a rise in cases/ outbreak is confirmed, it's likely that prospective, more detailed monitoring of new cases will be required to gather more specific information about the patterns in new laboratory based testing may be helpful in determining the exact cause of GUD.

Planning, training, logistics

Review and approval of this concept note.

Dissemination of RMAA-CG concept/ training to STI clinic staff and stakeholders

Training of RMAA-CG members, especially those involved in data collection and analysis.

Biological testing: Biological testing may be considered for verified outbreaks in order to determine the cause and possible associations with HIV. The tests to consider for GUD include those listed above.

Annex 4: Reference documents on key populations in Cambodia

GENERAL

- MoEYS/KHANA. (2010). Most at risk young people survey Cambodia 2010. (http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/MARYPS_Cambodia.pdf)
- MoI/FHI360. (2013). Baseline survey on the enabling environment for most at risk populations in Phnom Penh, Cambodia 2012. (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/PCPI%20Baseline%20Report-%20Final%20Version%203%20September.pdf>)
- NAA (2010) A situation and response analysis of HIV and AIDS in Cambodia
- NAA. (2008). A situation and response analysis of HIV and AIDS in Cambodia: 2007 update. (<http://naa.org.kh/files/en/3403.pdf>)
- NCHADS (2004) Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia 2002. (<http://www.nchads.org/Publication/HSS/Final%20HSS%202002.pdf>)
- NCHADS (2006) HIV sentinel surveillance in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/HSS/HSS%202006.pdf>.)
- NCHADS (2006) Over treatment of cervicitis and the high prevalence of reported vaginal discharge among low risk women in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/overtreatment%20lrw%20en.pdf>)
- NCHADS (2010) HIV sentinel surveillance. [Power Point Presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/Dissemination%20of%20HIV%20consensus%202010_eng.pdf)
- NCHADS (2011) Estimation and Projections of HIV/AIDS in Cambodia 2010-2015. (http://www.nchads.org/Publication/HSS/Estimations%20and%20Projections%20of%20HIV-AIDS%20in%20Cambodia%202010-2015_eng.pdf)
- NCHADS/R4D (2011) The long run Cost and Financing of HIV/AIDS in Cambodia (http://www.nchads.org/Publication/Others/Cambodia_FINAL_PDF.pdf)
- Thomson, N. et al. (2012). The village/commune safety policy and HIV prevention efforts among key affected populations in Cambodia: Finding a balance. *Harm Reduction Journal*, 9(31). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/31>)
- UN Women et al. (2012). Cambodia country brief: HIV and key affected women and girls. (http://unwomen-asiapacific.org/docs/CountryBriefs_HIV/Country_Brief_Cambodia.pdf)

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs)

- APHEDA/ILO. (2011). Cambodia - addressing HIV vulnerabilities of indirect sex workers during the financial crisis: Situation analysis, strategies and entry points for HIV/AIDS workplace education. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/genericdocument/wcms_165487.pdf)
- CARE (2003). *Selling Beer Safely: A Baseline Survey and Needs Assessment of Beer Promoters in Phnom Penh*. (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/ingridquinnCARE2003.pdf>)
- CARE (2005). *Report on the Situation of Beer Promotion Women in the Workplace, Cambodia: Results of a Sexual Harassment and Abuse Survey* (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/louiseburyCARE2005.pdf>).
- CARE (2005). *Selling Beer Safely: A Cambodian Women's Health Initiative Endline Evaluation*. (<http://www.fairtradebeer.com/reportfiles/CARE/CAREendlinereport2005.pdf>).
- Couture, M-C. et al. (2011). Young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia, have high incidence of HIV and sexually transmitted infections, and amphetamine-type stimulant use: New challenges to HIV prevention and risk Sexually Transmitted Diseases, 38(1). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729941/>)
- Couture, M-C. et al. (2012). Correlates of amphetamine-type stimulants use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226861/>)
- Delvaux, T et al. (2003), The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia, *Reproductive health matters*. Volume 11 Issue 21, Page 88-95. (<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0968-8080/PIIS0968808003021633.pdf>)
- FHI 360. (2012) SMARTgirl program review. Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Entertainment Workers. USAID: PRASIT. Program Period October 2008 to June 2010 (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Program%20Review%20-%20SMARTgirl%20Providing%20HIV/AIDS%20Prevention%20and%20Care%20for%20Entertainment%20Workers%20Reporting%20Period%20October%202008-June%202010.pdf>)
- Hor, B. et al. (2005). The role of sex worker clients in transmission of HIV in Cambodia. *International Journal of STD & AIDS*, 16. (http://www.childtrafficking.com/Docs/the_sex_clients_0708.pdf)

- Human Rights Watch. (2010). Off the streets: Arbitrary detention and other abuses against sex workers in Cambodia. (http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia0710webwcover_2.pdf)
- Keo, C. (2009). Hard life for a legal work: The 2008 anti-trafficking law and sex work. (<http://www.cambosastra.org/wp-content/uploads/2009/11/Hard-life-for-a-legal-work-02-April-2009.pdf>)
- Kim AA, Sun LP, Chhorvann C, Lindan C, Van Griensven F, Kilmarx PH, et al. (2005). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among indirect sex workers in Cambodia. (http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F7453781_High_prevalence_of_HIV_and_sexually_transmitted_infections_among_indirect_sex_workers_in_Cambodia%2Ffile%2F72e7e51b6b35d7228a.pdf&ei=Ou_yUv-sKYWfiAeOrYE4&usq=AFQjCNHB4n1meD75kd0vQ20Qb81vj5U4gQ&bvm=bv.60799247.d.aGc)
- Maher, L. et al. (2011). Amphetamine-type stimulant use and HIV/STI risk behaviour among young female sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *International Journal of Drug Policy*, 22(3). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104095/>)
- Maher, L. et al. (2011). Selling sex in unsafe spaces: Sex work risk environments in Phnom Penh, Cambodia. (<http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/30>)
- Maher, L. et al. (2013). Condom negotiation across different relationship types by young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Global Public Health*, 8(3). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729959/>)
- MoEYS/UNICEF/FHI360. (2012). Examining life experiences and HIV risks of young entertainment workers in four Cambodian cities. (http://www.unicef.org/cambodia/Young_entertainment_workers_report_Eng_Final.pdf)
- Morineau, G., et al. (2011) Falling through the cracks: Contraceptive needs of female sex workers in Cambodia and Laos. *Contraception*. 84, pp. 194-198. (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00107824/84/2>)
- NAA/CACHA. (2009). Policies Environment Regarding Universal Access and the Right to Work of Entertainment Workers. (http://haccambodia.org/pub_research?page=8)
- NCHADS. (2003). Behavioral Sentinel Survey (BSS) V: Sexual behavior among urban sentinel groups, Cambodia 2001. (<http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS2001.PDF>)
- NCHADS. (2003). Integrated HIV, STD and Behavior Surveillance (IHSBS) Survey in BanteayMeanchey Province, Cambodia: Baseline Findings. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/IHSBS.pdf>)
- NCHADS. (2004). BSS 2003: Sexual behavior among sentinel groups, Cambodia. BSS Trend 1997-2003. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSSVI_handout_Eng.pdf)
- NCHADS. (2004). HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Results, Trends, and Estimates. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/HSS2003_Eng.pdf)
- NCHADS. (2005). Cambodia 2003 Behavioral Surveillance Survey (BSS): HIV/AIDS Related Sexual Behavior among Urban Sentinel Groups. (http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS_2003.pdf)
- NCHADS. (2006). Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia 2003. (http://www.nchads.org/Publication/HSS/HSS_2003_Report.pdf)
- NCHADS. (2006). Safe Sex and Condom Negotiation among Sex Workers.
- NCHADS. (2010). Behavioral Sentinel Surveillance 2010. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSS%202010_Dissemination_eng.pdf)
- NCHADS. (2010). Cambodia Behavioral Sentinel Surveillance. [Power point presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/BSS%202010_Dissemination_eng.pdf)
- NCHADS. (2010). HIV Sentinel Survey : Female entertainment workers (FEWs), Antenatal care clinic (ANC) attendees.
- NCHADS. (2011). Cambodia STI Survey: Female Entertainment Workers. [PowerPoint presentation] (http://www.nchads.org/Publication/dissemination/STI%20Sentinel%20Survey%202011_eng.pdf)
- NCHADS. (2011). Evaluation of the STI management protocol for female sex workers in Cambodia. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/STI%20validation%20study%20report%20en-v3.pdf>)
- NCHADS/UNAIDS (2011) Baseline assessment for CoPCT approach among women working in the entertainment industry in Siem Reap province, Cambodia
- Pact/ICRW/USAID. (2010). Understanding and challenging HIV stigma toward entertainment workers: Toolkit for action. (<http://www.icrw.org/files/publications/Understanding-and-Challenging-HIV-Stigma-toward-Entertainment-Workers-Toolkit-for-Action.pdf>)
- Page, K. et al. (2013). Sex work and HIV in Cambodia: Trajectories of risk and diseases in two cohorts of high-risk young women in Phnom Penh, Cambodia. *BMJ Open*, 3. (<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003095.full>)
- PSI. (2008). Let's Go for a Walk: Sexual Decision-making among Clients of Female Entertainment Workers in Phnom Penh, Cambodia. (http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/WP77_0.pdf)
- PSI. (2012). HIV TRaC Study Evaluating Condom Use with Sweethearts among Female Entertainment Workers in Phnom Penh, Third Round.

- SOMO. (2012). Promoting decency? Report on the situation of beer promotion workers in Cambodia. (http://somo.nl/publications-en/Publication_3796)
- Sopheab, H. et al. (2008). Sustained high prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in Cambodia: high turnover seriously challenges the 100% condom use programme. (<http://www.nchads.org/Publication/Others/bmc%20infectious%20diseases.pdf>)
- USAID (2006) Violence and Exposure to HIV among Sex Workers in Phnom Penh. (<http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001702.pdf>)
- WHO/UNFPA/UNAIDS/NSWP. (2012). Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: Recommendations for a public health approach. (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/)
- WNU/UNAIDS/UNFPA (2010). *Assessment and Inventory Entertainment Worker Networks in Cambodia*. Advanced Research Team.

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs) AND MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)

- KHANA. (2008). Mapping the Pattern of Sex Workers, Entertainment Establishments and Men Who Have Sex With Men in Cambodia. (http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE010.pdf)
- NCHADS (2008) 2005 Cambodia STI prevalence survey: Integrated biological and behavioral survey. Sexually transmitted infections and related behaviors among brothel-based female sex workers, police, and men who have sex with men. (<http://www.nchads.org/Publication/SSS/SSS%202005.pdf>)
- NCHADS (2013) Behavioral Sentinel Surveillance. [Power point presentation] (http://www.nchads.org/Publication/BSS/BSS_2013_en.pdf)

MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)

- FHI 360. (2012) Program Review: MStyle, Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Men who have Sex with Men. Reporting period: October 2008- June 2010. USAID-PRASIT. Phnom Penh, Cambodia. (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Program%20Review%20MStyle,%20Providing%20HIV%20Prevention%20and%20Care%20for%20MSM,%20Reporting%20Period%20October%202008-June%202010.pdf>)
- NAA /David Lowe (2007). *Situation and Response Assessment for HIV, AIDS and STI Programs for Cambodian Men who Have Sex with Men*.
- NCHADS/FHI360 (2008). Population size estimation of MSM in Cambodia 2008 using the capture-recapture method in six cities. (<http://www.nchads.org/confandsymp/2008/Day%202/Mekong%20I&II/F2%20FHI%20MSM%20Size%20Estimations.pdf>)
- NCHADS/USAID/UNAIDS. (2010). BROS Khmer 2010: Behavioral Risks On-Site Serosurvey among At-Risk Urban Men in Cambodia. (<http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Bros%20Khmer-2012%20Behavioral%20Risks%20On-Site%20Serosurvey%20Among%20At-Risk%20Urban%20Men%20in%20Cambodia.pdf>)
- PSI (2012) MSM TRaC Survey in Cambodia, Fourth round PSI (2011) FoQus (Framework for Qualitative Research in Social Marketing) MSM
- PSI (2013) In depth interview among hidden MSM
- PSI (2013) MSM Venues mapping

ENTERTAINMENT WORKERS (EWs), MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) AND TRANSGENDERS (TGs)

- NCHADS (2005) Cambodia STI Prevalence Survey: integrated biological and behavioral survey (<http://www.nchads.org/Publication/dissemination/SSS%202005%20Eng.pdf>)
- NCHADS/FHI/USAID. (2007). Cambodia 2007 Behavioral Surveillance Survey: HIV/AIDS Related Sexual Behaviors among Sentinel Groups. (<http://www.nchads.org/Publication/BSS/Behavioral%20Surveillance%20Survey%20Cambodia-2007.pdf>)
- Oxfam. (2007). Sex workers self-organizing and empowerment: The experience of Women's Network for Unity (WNU) in Cambodia, *Exchange*. (<http://www.search4dev.nl/download/292408/122925.pdf>)

MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM) AND TRANSGENDERS (TGs)

- CARE Cambodia. (2003). Through the Eyes of Men: A qualitative appraisal of male to male sexual risk behaviours and knowledge about HIV/AIDS/STI, in two Thai-border areas of Cambodia.

- CCHR. (2010). Coming Out in the Kingdom: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People in Cambodia. (http://www.cchrcambodia.org/admin/media/report/report/english/2010-12-09%20COMING%20OUT%20IN%20THE%20KINGDOM%20LESBIAN,%20GAY,%20BISEXUAL%20AND%20TRANSGENDER%20PEOPLE%20IN%20CAMBODIA_EN%20.pdf)
- CCHR. (2012). Rainbow Khmer: From Prejudice to Pride. (http://www.cchrcambodia.org/admin/media/report/report/english/2012_12_31_CCHR_LGBT_Report_Rainbow_Khmer_en.pdf)
- Chan, S.; Var, C.; Chhea, C and McCartney, D. (2012) “Evaluating the effect of offering free primary health care services for MSM and transgender people as an entry point for both STI and HIV testing services at RHAC clinics in Phnom Penh, Cambodia” in *Missing Voices from the Field – A selection of MSM and Transgender Abstracts Rejected from the International Aids Conference*. Retrieved on September 3rd 2013 from <http://www.msmsgf.org/missingvoices>.
- Davis, J. and Miles, G. (2012) “The Lingha Boys of Siem Reap – A Baseline Study of Sexually Exploited Young Men in Siem Reap, Cambodia”. Nebraska: University of Nebraska. (<http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=humtraconf4>)
- Girault, P. et al. (2004). HIV, STIs, and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Education and Prevention*, 16(1). (https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F8642111_HIV_STIs_and_sexual_behaviors_among_men_who_have_sex_with_men_in_Phnom_Penh_Cambodia%2Ffile%2F79e4150aee93d7c88b.pdf&ei=8J7xUoiUM-W4iQeB84GIDg&usq=AFQjCNEghTmw5-g47B0UwD8iZeGmtQaSKg&bvm=bv.60799247,d.aGc)
- KHANA and International HIV/AIDS Alliance. (2003). Out of the shadows: Male to male sexual behaviour in Cambodia. (<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC14412.pdf>)
- NAA. (2011). Evaluation of achievement, progress and effectiveness of programs made under the national strategic framework and operational plan on HIV response amongst ‘men who have sex with men’ (MSM) and transgender (TG) in Cambodia.
- NAA. (2011). Situation and Response Assessment for STI and HIV/AIDS Programs for Men who Have Sex with Men in Cambodia.
- NAA/UNAIDS. (2006). Risks & Responsibilities: Male Sexual Health & HIV in Asia & the Pacific. Cambodia Country Report.
- RHAC (2012) MediCAM 4Ms Meeting February 17th – The “Report Card” on HIV Prevention for MSM and Transgender persons in Cambodia. Retrieved September 3rd 2013 from <http://www.medicam-cambodia.org/activities/info/4ms/source/2012/2/handout/Presentation.pdf>
- Salas, V. and Sorn, S. (2013) An Exploration of Social – Exclusion of Lesbians, Gay and Transgender Persons in Families and Communities in Some Areas of Cambodia and Their Ways of Coping. Phnom Penh: Social Protection Coordination Unit – Cambodian Social Protection Research Fund (http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Cambodia_Journal_GLBT_for_publication.pdf)
- SPCU-CARD. (2013). An exploration of social exclusion of lesbians, gay and transgender persons in families and communities in some areas of Cambodia and their ways of coping. (http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Cambodia_Journal_GLBT_for_publication.pdf)

TRANSGENDERS (TGs)

- Davis, J. and Miles, G. (n.d.) More than Gender: A baseline study of transgendered males in the sex industry in Phnom Penh, Cambodia. [PowerPoint presentation] (<http://gmmiles.co.uk/wp-content/uploads/2013/07/More-than-Gender-ISWC-2013.pdf>)
- NCHADS, FHI 360 (2014, forthcoming) Integrated Biological and Behavioral Survey of Male-to Female Transgender Population in Cambodia, 2012.
- NCHADS/FHI360 (2013). Size Estimation of Transgender Population in Cambodia Using the Capture-Recapture Method in Seven Urban Cities.

PEOPLE WHO INJECT DRUGS (PWID)/PEOPLE WHO USE DRUGS (PWUD)

- Beaumont, S. (2011). “We Pay to Forget”: A Phenomenological Research Study on Drug Users in Cambodia. (http://www.ihra.net/files/2011/11/29/We_Pay_to_Forget1.pdf)
- Chheng, K. et al. (2012). Harm reduction in Cambodia: A disconnect between policy and practice. *Harm Reduction Journal*, 9(30). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/30>)

- Chhorvann, C. (2013). People Who Use Drug Study 2012: National Population Size Estimation & HIV Prevalence and HIV Related Risk Behaviors. [PowerPoint presentation]
- KHANA. (2006). Compounding Vulnerabilities: Results of the Participatory Assessment and Response on Drugs & Substance Use and HIV/AIDS in Phnom Penh, Battambang, Siem Reap, and Sihanoukville. (http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE006.pdf)
- KHANA. (2012). Harm reduction model of comprehensive drop in center for people who use drugs: Operational research of KHANA Meanchey Drop-in Center. (http://www.khana.org.kh/publicationimages/publican_pdf/RE016.pdf)
- Klein, A. et al. (2012). Reaching out and reaching up – developing a low cost drug treatment system in Cambodia. *Harm Reduction Journal*, 9(11). (<http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/11>)
- MithSamlanh. (2006). Survey of Substance Use Among Young People on the Streets of Phnom Penh.
- NACD/UNODC/USAID/KHANA. (2008). Report on Illicit Drug Data and Routine Surveillance Systems in Cambodia 2007. (http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/Projects/NACD_Annual_report2007.pdf)
- NCHADS/NACD. (2007). Integrated Behavioral and Biological Sentinel Survey. HIV Prevalence among Drug Users in Cambodia, 2007. (<http://www.nchads.org/Publication/dissemination/HIV%20Prevalence%20among%20Drug%20user%202007%20EN.pdf>)
- PEPFAR. (2010). Comprehensive HIV Prevention for People Who Inject Drugs, Revised Guidance. (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/144970.pdf>)
- POLICY Project. (2003). Policy and Environment Assessment: Illicit Drug Use, the Burden of Drug-related Harm, and HIV Vulnerability in Cambodia. (<http://www.aidsprojects.com/wp-content/themes/apmg-1.0.1/documents/5.4.4%20Publication63.pdf>)
- Vong, S. et al. (2005). Rapid assessment of injection practices in Cambodia, 2002. *BMC Public Health*, 5(56).(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1173117/>)
- WHO (2013) Participatory rapid assessment for needles and syringes program in Phnom Penh
- WHO (2013) Preliminary exploration of unreached vulnerable MARPs in Phnom Penh
- WHO. (2009). Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles. (http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf)

PRISONERS, PEOPLE WHO INJECT DRUGS (PWID)/PEOPLE WHO USE DRUGS (PWUD)

- Human Rights Watch. (2010). “Skin on the Cable”: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia. (<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia0110webwcover.pdf>)
- Human Rights Watch. (2013). “They Treat Us Like Animals”: Mistreatment of Drug Users and “Undesirables” in Cambodia’s Drug Detention Centers. (http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/cambodia1213_ForUpload_1.pdf)
- International Harm Reduction Development Program. (2010). Detention as Treatment: Detention of Methamphetamine Users in Cambodia, Laos, and Thailand. (http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/pdf/Thomson_OSI_DetentionAsTreatment_2010.pdf)

PRISONERS

- MoI/General Department of Prisons (2010) Report on Prison
- MSF (2011) Activity Report (<http://www.doctorswithoutborders.org/publications/ar/MSF-Activity-Report-2011-lowres-4.pdf>)

ឧបត្ថម្ភការណ៍ពិភពលោក



World Health
Organization