ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP)

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត នៃសេវាថែទាំព្យាបាល

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា

កែសម្រួលលើកទី៣ ឆ្នាំ ២០២៣

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

អារម្ភកថា

កម្ពុជាជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមប្រទេស ០៧លើពិភពលោក ដែលបានសម្រេចគោលដៅ៩០-៩០-៩០ នៅឆ្នាំ ២០១៧។ ប្រទេសកម្ពុជា បាននឹងកំពុងឈានទៅមុខទៀតដោយដាក់គោលដៅថ្នាក់ជាតិទៅដល់ឆ្នាំ ២០២៥ ៩៥% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នឹងត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ៩៥% នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនឹងត្រូវបានទទួលការព្យាបាល និង៩៥% នៃអ្នកដែលបានទទួលការព្យាបាលនឹងមានមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាប។

មកដល់ចុងឆ្នាំ២០២១ ប្រទេសកម្ពុជាមានកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ចំនួន ៧១ កន្លែង និងមានអ្នកជំងឺសរុប ៦២.៨៣៨ នាក់ នៅតាមសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ទាំងអស់នៅទូទាំងប្រទេស ។ គេកត់សម្គាល់ឃើញថា ទោះជាចំនួនប៉ាន់ប្រមាណនៃករណីឆ្លងថ្មីហាក់ដូចជាមានការថយចុះបន្តិចបន្តួចនៅពីរបីឆ្នាំចុងក្រោយ ក៏នៅតែមានអ្នកចុះឈ្មោះថ្មីនៅសេវាថែទាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំនួន ៤.២០២នាក់ នៅក្នុងឆ្នាំ២០២២។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានាដែលកំពុងធ្វើការងារនៅក្នុងវិស័យជំងឺអេដស៍នេះ ទទួលខុសត្រូវលើសេវាដែលទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ គុណភាពនៃសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គុណភាពសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ គុណភាពទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលមានគុណភាពទាំងនេះ ដើម្បីពង្រឹងសេវាឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងថែមទៀត ជាប់ជាបន្តនៅគ្រប់លំដាប់ថ្នាក់ និងកន្លែងផ្តល់សេវា គឺជាគោលដៅចម្បង នៃនិយាមបែបបទនេះ។

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមកោតសរសើរ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការរៀបចំចងក្រងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃការថែទាំបន្តអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជានេះឡើង។

ក្រសួងសុខាភិបាលអនុម័តជាផ្លូវការនៃនិយាមបែបបទនេះ និងរំពឹងថា និយាមបែបបទនេះត្រូវបានយកទៅអនុវត្តដោយសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ហើយនឹងនាំឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិតរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងជួយឱ្យប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចគោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥ នៅឆ្នាំ២០២៥។

ថ្ងៃអង្គារ ១៥កើត ខែទុតិយាសាឍ ឆ្នាំថោះ បញ្ចស័ក ព.ស ២៥៦៧

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ០១ ខែ សីហា ឆ្នាំ ២០២៣

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ **ម៉ម ប៊ុនហេង**

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បានសហការយ៉ាងជិតស្និតជាមួយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិនានា និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានា ក្នុងការរៀបរៀង និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិយាមបែបបទសម្រាប់ការអនុវត្តការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត នៃសេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ និយាមបែបបទដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនេះ ជាលទ្ធផលនៃកិច្ចប្រឹងប្រែងពីអ្នកអនុវត្តនៅតាមសេវាថែទាំ និងព្យាបាលដែលបានផ្តល់នូវបទពិសោធន៍ ទទួលបានពីការអនុវត្ត នៃនិយាមបែបបទនេះកន្លងមក។ ឯកសារនេះ ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព និងកែសម្រួល ជាទៀងទាត់ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំង ឱ្យមានភាពស្របគ្នាជាមួយនឹងបច្ចុប្បន្នភាពនៃគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល សេវាធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងសូចនាករសម្រាប់តាមដាន ដែលជាផ្នែកមួយនៃការពង្រឹងគុណភាពនៃការផ្តល់សេវា។ ការកែសម្រួលនិយាមបែបបទអំពីនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP) ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជានេះ ត្រូវបានបោះពុម្ពលើកទី១ នៅឆ្នាំ២០១២ ដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងក្រោមការដឹកនាំ និងគំនិតផ្តួចផ្តើមដោយឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត **មាន ឈីវុន** អតីតប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងជាទីប្រឹក្សាអមក្រសួងសុខាភិបាល ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ **សាផុន វឌ្ឍនៈ** អតីតប្រធានផ្នែកសិក្សាស្រាវជ្រាវ/NCHADS បច្ចុប្បន្នជាសកលវិទ្យាធិការនៃសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងជាទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល។ ការបោះពុម្ពលើកទី ២ នៅឆ្នាំ ២០១៧ ត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ ក្រោយការដឹកនាំដោយលោកវេជ្ជបណ្ឌិត **លី ពេញស៊ុន** អតីតប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះអ្នកជំនាញទាំងអស់នៃក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសស្រាក់សស្រាំ ក្នុងការរៀបរៀង និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឯកសារដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។

យើងខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណដ៏ជ្រាលជ្រៅបំផុត ជាពិសេសជូន៖

- **ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល** ថ្នាក់ដឹកនាំក្រសួងសុខាភិបាល ដែលផ្តល់ការគាំទ្រ ណែនាំ និងចង្អុលបង្ហាញពីយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការបង្ការទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ និងការថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍។
- មន្ត្រីបច្ចេកទេសផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ ផ្នែកស្រាវជ្រាវ ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងផ្នែកពាក់ព័ន្ធរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។ មន្ត្រីកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងអេដស៍ និងកាមរោគថ្នាក់ខេត្ត ដែលបានចូលរួម និងកិច្ចប្រឹងប្រែងទាំងកម្លាំងកាយ-ចិត្ត ដើម្បីពង្រឹងគុណភាព និងប្រសិទ្ធិភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត។
- សមាជិកក្រុមការងារបច្ចេកទេសកែលម្អគុណភាពជាបន្ត ដែលបានគាំទ្រ និងផ្តល់ជំនាញបច្ចេកទេស ក្នុងការរៀបរៀងនិយាមបែបបទសម្រប់អនុវត្ត(SOP)នេះ។

យើងខ្ញុំក៏សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសជូនវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាក-យិកា ឆ្មប មន្ត្រីគ្រប់គ្រងនិងផ្គត់ផ្គង់ឱសថនិងសម្ភារបរិក្ខារពេទ្យ មន្ត្រីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដែលកំពុងបំពេញការងារ នៅសេវាថែទាំជំងឺឱកាសនិយម និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង និងក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវចំពោះការចូលរួមដ៏សស្រាក់សស្រាំ និងការចែករំលែកបទពិសោធន៍ ក្នុងការរៀបចំឯកសារដ៏មានតម្លៃនេះ។

ថ្ងៃពុធ ៩ កើត ខែទុតិយាសាឍ ឆ្នាំថោះ បញ្ចស័ក ព.ស.២៥៦៧

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី២៦ ខែកក្កដា ឆ្នាំ ២០២៣

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.អ៊ុក វិជ្ជា

មាតិកា

១ សារចតារ និងបុព្វហេតុ 7

២ ប្រភពដើមរបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត W. Edwards Deming 8

៣ គោលបំណង 10

៤ រចនាសម្ព័ន តួនាទី និងសមាជិកភាព 11

៤.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC 11

៤.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមថ្នាក់នីមួយៗ 12

៥ ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាប់បន្ត 15

៥.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ 16

៥.២ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក 17

៥.៣ វិភាគ និងបកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI 19

៥.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព 20

៥.៥ ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដែលបានលើកឡើង 23

៥.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព 23

៥.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ 23

៥.៨ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលសូចនាកររបស់ CQI 27

៦ ការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗ 28

៦.១ វិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាលើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (BIACM) 28

៦.២ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍ 28

៦.៣ ការសម្រាកពេទ្យ 29

៦.៤ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT) 29

៦.៥ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន 29

៧ ការបង្ហាត់បង្ហាញដល់គ្លីនិក ការអភិបាល ការរាយការណ៍ និង សិក្ខាសាលាបណ្តុះបណ្តាល 30

៧.១ ការបង្ហាត់បង្ហាញ និងការតាមដាន 30

៧.២ របាយការណ៍ 31

៧.៣ សិក្ខាសាលាបណ្តុះបណ្តាល IACM-CQI ថ្នាក់តំបន់ 31

៧.៤ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាព នៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពជាបន្ត 32

៧.៥ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការកសាងសមត្ថភាព 32

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលម្អគុណភាពបន្ត 35

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៖ ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចម្បងធំៗបីនៃការអនុវត្ត CQI 72

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖ តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា 73

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៖ ឧទារហណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា 74

ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ ឧទាហរណ៍របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត (ដំណោះស្រាយ និងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុងត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ) 79

ឯកសារយោង 81

ពាក្យបំព្រួញ

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

បញ្ជីរាយនាមក្រុមការងាររៀបចំ
និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តការកែលម្អគុណភាពជាបន្តនៃ
សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅកម្ពុជា

Name	Institution
Dr. Ouk Vichea	Director of NCHADS
Dr. Samreth Sovannarith	Deputy Director of NCHADS
Dr. Ngauv Bora	Deputy Director of NCHADS
Dr. Chan Sodara	Public Health Specialist of US-CDC team
Dr. Kaoeun Chetra	Deputy Chief of Technical Bureau, NCHADS
Dr. Khol Vohith	Chief of Research Unit, NCHADS
Dr. Sau Sokun Mealiny	Vice Chief of Research Unit, NCHADS
Dr. Prak Narom	Vice Chief of National Clinic for AIDS, Dermatology and STD
Dr. Bun Vannary	Clinician of NCHADS- ART clinic
Dr. Chhay Mangsomanythd	Clinician of NCHADS-ART clinic,
Mr. Pov Chanthy	Data Management officer, NCHADS
Mr. Yen Sophon	Data Management officer, NCHADS
Mr. Pov Ratha	Data Management officer, NCHADS
Dr. Noy Prorphea	HIV Project Manager, CRS
Dr. Srey Pichsovannary	Infectious Disease Manager, Preah Sihnouk Hospital Center of Hope
Mr. Nhim Dalen	Senior Technical Advisor, SI- EpiC
Dr. Hang Saroeun	M&E, AHF
Dr. Men Pagnaroath	Care and Treatment, AHF

១. សាវតារ និងបុព្វហេតុ

ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានគេទទួលស្គាល់ចំពោះការសម្រេចបានគោលដៅសកល ៩០-៩០-៩០ នៅក្នុងឆ្នាំ ២០១៧ ពោលគឺបីឆ្នាំមុនកាលកំណត់។ ការសម្រេចបានគោលដៅសកល ៩០-៩០-៩០ គឺជាការកត់សម្គាល់មួយដ៏សំខាន់របស់ប្រទេសកម្ពុជាក្នុងការឆ្លើយតបនឹងជំងឺអេដស៍គឺមានន័យថា៩០% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគបានដឹងអំពីស្ថានភាពរបស់គេ ៩០% នៃអ្នកដែលបានដឹងពីស្ថានភាពរបស់ខ្លួនបានទៅទទួលសេវាព្យាបាល និង ៩០%នៃអ្នកដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាប។

ដូចដែលបានប្រឹងប្រែងកន្លងមកក្នុងការពង្រីកសេវាព្យាបាលឱ្យបានទូទាំងប្រទេស ប្រទេសកម្ពុជាបានដាក់ចេញនូវគោលដៅជាតិ ដើម្បីឈានទៅសម្រេចគោលដៅ ៩៥% នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ៩៥% នៃអ្នកដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទទួលសេវាព្យាបាល និង៩៥% នៃអ្នកដែលទទួលការព្យាបាលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាប ដើម្បីឈានទៅលុបបំបាត់ករណីឆ្លងថ្មីនៅត្រឹមឆ្នាំ ២០២៥។

ដើម្បីឈានទៅដល់គោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥ នេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ប្រើប្រាស់យុទ្ធសាស្រ្តចម្បងចំនួនបីដែលបានទទួលលទ្ធផលល្អជាងពីរទសវត្សរ៍មកហើយ ក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងជំងឺអេដស៍៖ រួមសហការគ្នាជាធ្លុងមួយចំណោមអ្នកពាក់ព័ន្ធនានា យុទ្ធសាស្រ្តសមាហរណកម្ម និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព ដើម្បីធានាភាពទទួលខុសត្រូវទៅលើលទ្ធផល។ មគ្គុទេសក៍/គោលការណ៍ណែនាំ ពិធីសារ និងនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្តសំខាន់ៗនានាត្រូវបាន រៀបចំឡើង ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសម្រប យកពីអង្គការសុខភាពពិភពលោក ឬគោលការណ៍ណែនាំអន្តរជាតិនានា ក្នុងអំឡុងពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ដូចជាឯកសារទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ៖

១) គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ (ឆ្នាំ២០១៥ ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី៥ ឆ្នាំ២០២០)

២) គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៩)

៣) សេចក្តីណែនាំ ស្តីអំពីការធ្វើតេស្តរកបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងការតាមដានជាប្រចាំទៅលើប្រសិទ្ធភាព នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៧)

៤) សេចក្តីណែនាំ ស្តីពីការពង្រឹងការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់តាមរយៈការតាមដានលទ្ធផលតេស្តរកបន្ទុកមេរោគអេដស៍ និងការបង្កើនប្រសិទ្ធភាពរបបឱសថដើម្បីលុបបំបាត់បន្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមចំពោះអ្នកជំងឺ ដែល

កំពុងប្រើប្រាស់ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ឆ្នាំ២០១៧)

៥) និយាមបែបបទសម្រាប់ការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (ឆ្នាំ២០១៩)

៦) និយាមបែបបទសម្រាប់ការចុះណែនាំគ្លីនិក (ឆ្នាំ២០១៤ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើកទី១ ឆ្នាំ ២០២០)

៧) និយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត (SOP) ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត នៃសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា (ឆ្នាំ២០១២ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើកទី១ ឆ្នាំ២០១៨)

៨) សេចក្តីណែនាំ ស្តីអំពីការប្រើប្រាស់ផ្ទាំងសូចនាកររបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត។

មកដល់សព្វថ្ងៃនេះ ការអនុវត្តនិយាមបែបបទគោលការណ៍ណែនាំទាំងអស់នេះ ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្នែកនានារបស់ NCHADS និងដៃគូនានា ដោយភាពម្ចាស់ការ។ មានគំនិតផ្តួចផ្តើមថ្មីៗមួយចំនួន និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទៅលើឧបករណ៍ គោលការណ៍ណែនាំ និងការណែនាំមួយចំនួន ត្រូវបានធ្វើឡើងនាពេលថ្មីៗនេះ។ ដូចនេះចាំបាច់ត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពភារកិច្ច និងការទទួលខុសត្រូវរបស់សមាសភាពពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ និងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីសូចនាករនឹងជួយសម្រួលដល់អ្នកពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដើម្បីអនុវត្ត និងវាស់វែងភាពជោគជ័យរបស់កម្មវិធីអេដស៍ ក្នុងការផ្តល់សេវាប្រកបដោយគុណភាពដើម្បីឈានទៅដល់គោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥។

ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត ផ្តល់ឱកាសដល់ក្រុមគ្រូពេទ្យនៅសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងការពិនិត្យតាមដានការផ្តល់សេវា កំណត់រកនូវបញ្ហា និងមូលហេតុនៃបញ្ហា ហើយបន្ទាប់មកគេអាចដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត ក៏ជាវេទិកានៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តផងដែរ។

២. ប្រភពដើមរបស់ការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត W. Edwards Deming

លោក W. Edwards Deming បានចាប់ផ្តើមការងារនៅក្នុងប្រទេសជប៉ុននៅក្នុងឆ្នាំ១៩៥០ និងជាស្ថាបនិកក្នុងការសាងសង់សហគ្រាសរបស់ជប៉ុន ឱ្យក្លាយជាប្រទេសមានអំណាចផ្នែកសេដ្ឋកិច្ចលើពិភពលោក។ ភាពខ្លាំងរបស់គាត់ជាកំពូលមនុស្សគិត គឺផ្តោតទៅលើគំនិតដែលថា បញ្ហានានានៅក្នុងដំណើរការផលិតកម្ម គឺបណ្តាលមកពីគុណវិបត្តិក្នុងការរៀបចំប្រព័ន្ធដែលប្រឆាំងទៅនឹងគំនិតដែលថា បញ្ហាបណ្តាលមកពីការលើកទឹកចិត្ត ឬឆន្ទៈវិជ្ជាជីវៈរបស់កម្លាំងពលករ។ ក្រោមវិធីសាស្ត្ររបស់លោក Deming គុណភាពត្រូវបានរក្សា និងធ្វើឱ្យ កាន់តែប្រសើរឡើង

នៅពេលដែលអ្នកដឹកនាំ ឬអ្នកគ្រប់គ្រង និងពលករមានការយល់ដឹង និងប្ដេជ្ញារក្សាលើការបំពេញចិត្តរបស់អតិថិជនជាប់ជាប្រចាំ តាមរយៈការបង្កើនគុណភាពជាបន្ត។

លោក Deming និងសហសេវិករបស់គាត់ លោក Shewhart បានបង្កើតវដ្តរបស់ PDCA គឺ Plan រៀបចំផែនការ Do អនុវត្ត Check ពិនិត្យមើលឡើងវិញ និង Act គឺកែតម្រូវសកម្មភាព។

PLAN គឺជា ***ផែនការ*** ដើម្បីអនុវត្តគោលនយោបាយក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាព និង/ឬ បន្ថយថ្លៃចំណាយក្នុងការផ្ដល់សេវានានា។ ក្រោយពីរៀបចំផែនការហើយ យើង [DO] ***អនុវត្ត*** វាដោយដាក់ផែនការឱ្យទៅជាសកម្មភាព និងបន្ទាប់មក ***ត្រួតពិនិត្យមើល*** ថា តើផែនការរបស់យើងវាដំណើរការដែរឬទេ?។ ចុងបញ្ចប់ យើងចាត់វិធានការ **កែតម្រូវសកម្មភាព** ដើម្បីរក្សាស្ថេរភាពនៃការរីកចម្រើន ឬមួយដើម្បីកំណត់នូវអ្វីដែលមិនដំណើរការ ប្រសិនបើ អ្វីដែលយើងគ្រោងនឹងទទួលបានវាមិនកើតមានឡើង។ PDCA គឺជាវដ្តបន្តជាប់ ជានិច្ច។ ភាពរីកចម្រើនណាមួយដែលកើតមានឡើងអំពីវដ្ត PDCA នឹងក្លាយទៅជាតម្រុយសម្រាប់ភាពរីកចម្រើននៅក្នុងវដ្ត PDCA បន្ទាប់ទៀត។ ដំណើរការនៃការធ្វើឱ្យមានភាព រីកចម្រើននេះ (PDCA) នឹងមិនមានទីបញ្ចប់ឡើយ ទោះបីការរីកចម្រើនដ៏មហិមាបានមកពីការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់ PDCA ដំបូងអាចនឹងលំបាកក្នុងការទ្រទ្រង់វាឱ្យនៅស្ថិតស្ថេរក៏ដោយ។

រូបភាព១៖ វដ្តរបស់ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ជាវិធីសាស្ត្រសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ផ្ដោតទៅលើបញ្ហារបស់ប្រព័ន្ធជាជាងទៅលើបញ្ហារបស់

មនុស្ស។

ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត (CQI) ពិនិត្យទៅលើការដំណើរការ ដើម្បីកំណត់ផ្នែកដែលត្រូវកែលម្អ។ កង្វះខាតត្រូវបានវិភាគដោយប្រើប្រាស់គោលការណ៍ស្ថិតិ ហើយនៅពេលកំណត់បានហើយ គេនឹងពិចារណាអំពីកាលានុវត្តភាពក្នុងការធ្វើឱ្យដំណើរការប្រសើរឡើង។

នៅក្នុងការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត និយាមទាំងឡាយផ្អែកទៅលើគំរូអនុវត្តល្អ និងគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិដែលត្រូវអនុវត្តទូទាំងប្រព័ន្ធ។

៣. គោលបំណង

គោលបំណងជារួម៖

ដើម្បីរក្សាគុណភាពខ្ពស់នៃសេវា នៅក្នុងកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ក្នុងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅកម្ពុជា។

គោលបំណងជាក់លាក់៖

១. ដើម្បីទទួលបានទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៃការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍

២. ដើម្បីធានាគុណភាពសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រាប់ទាំងសេវាមន្ទីរពិសោធន៍ដែលទាក់ទង

៣. ដើម្បីធានានូវសមាមាត្រខ្ពស់នៃល្បាក់ទាំងមូលតាំងពីការរកឃើញអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍រហូតដល់ការចុះឈ្មោះ និងទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាព

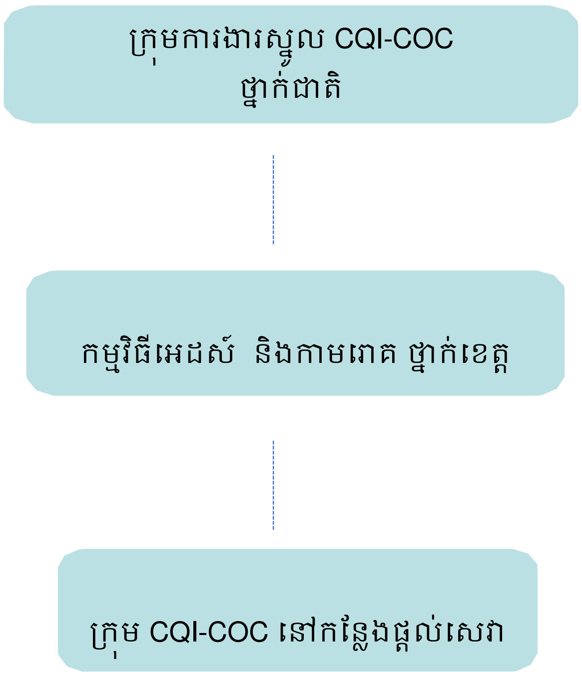
៤. ដើម្បីកសាងវប្បធម៌នៃការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព ក្នុងការធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនៃគុណភាពសេវា

៥. ដើម្បីរក្សាលទ្ធផលការងារខ្ពស់របស់ ART គ្លីនិកក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។

៤. រចនាសម្ព័ន តួនាទី និងសមាជិកភាព

៤.១ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC

រូបភាព ២៖ រចនាសម្ព័ន្ធរបស់ CQI-COC



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

- ជំនាញគ្លីនិក និងចំណេះដឹង អំពីសេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការធ្វើតេស្តបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម តេស្ត CD4 និងតេស្តចាំបាច់ដែលត្រូវធ្វើនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- ចំណេះដឹង អំពីការទទួលបាន និងការផលិតទិន្នន័យដែលប្រកបដោយគុណភាព
- ចំណេះដឹង និងជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ វិភាគទិន្នន័យ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ
- ចំណេះដឹង និងជំនាញអំពីការដោះស្រាយបញ្ហា និងធ្វើផែនការ។

៤.២ សមាជិក និងតួនាទីភារកិច្ចរបស់ក្រុម CQI នៅតាមថ្នាក់នីមួយៗ

៤.២.១ សមាជិក និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

៤.២.១.១ សមាជិករបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

- ប្រធាន NCHADS
- ប្រធានផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកស្រាវជ្រាវ NCHADS
- ប្រធានផ្នែកអង្កេតស្រាវជ្រាវ NCHADS
- ប្រធានផ្នែក Surveillance NCHADS
- ប្រធានផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ NCHADS
- តំណាងមកពីអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍនានា
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់រោគរបេង និងហង់សិន (CENAT)
- តំណាងមកពីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក សម្រាប់កម្មវិធី PMTCT។

៤.២.១.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ

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

រយៈការកសាងសមត្ថភាព ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវសមត្ថភាព និងជំនាញគ្លីនិករបស់ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវា ART ជាទៀងទាត់។

- ផ្នែកស្រាវជ្រាវ (RU) របស់ NCHADS ត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការអភិវឌ្ឍន៍វប្បធម៌ប្រើប្រាស់ភ័ស្តុតាង និងទិន្នន័យដែលទាន់សភាពការណ៍ ត្រួតពិនិត្យការចងក្រងឯកសារនៃគុណសម្បត្តិ ឬគុណវិបត្តិរបស់អន្តរាគមន៍/របបឱសថ ដែលបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ថ្មីៗនៅក្នុងសេវា ART ។ ផ្នែកស្រាវ ជ្រាវក៏នឹងរាយការណ៍ផងដែរ ពីភាពពេញចិត្តរបស់អ្នកជំងឺទៅលើគុណភាពនៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទៅកាន់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC។
- ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (DMU) របស់ NCHADS ត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងគុណភាពទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពតារាង/ក្រាហ្វិកសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard) ស្របទៅតាមបច្ចុប្បន្នភាពរបស់គោលការណ៍ណែនាំនៃការថែទាំ និងព្យាបាល។ ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យក៏ត្រូវរ៉ាប់រងផងដែរ ដើម្បីឱ្យក្រុម ART អាចគណនាសូចនាករនានា ដែលមាននៅក្នុងនិយាមបែបបទនេះ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលដើម្បីពង្រឹងសេវា ART។

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

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

- ប្រធានស្រុកប្រតិបត្តិ
- ប្រធានក្រុម ART
- ក្រុមផ្តល់សេវា ART
- ក្រុមគាំទ្រសហគមន៍ (CAA)
- តំណាងមកពីផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍
- តំណាងមកពីផ្នែករបេង
- តំណាងមកពីផ្នែកគាំពារមាតា និងទារក
- តំណាងមកពីផ្នែកឱសថ
- តំណាងផ្នែកទិន្នន័យ
- តំណាងមកពីដៃគូអភិវឌ្ឍ និងអង្គការសង្គមស៊ីវិល
- អ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម (CMC)
- ជំនួយការអ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម (CMA)

៤.២.២.២ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ OD-CoC-CC

- ធានាគុណភាពទិន្នន័យរបស់ការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម (BIACM) និងទិន្នន័យរបស់ ART គឺថាទិន្នន័យត្រូវតែពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ស៊ីសង្វាក់គ្នា និងទាន់បច្ចុប្បន្នភាព
- គាំទ្រការអនុវត្ត CQI និងបន្សារភ្ជាប់ការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម និងការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត (IACM-CQI)
- រៀបចំប្រជុំ IACM-CQI ប្រចាំត្រីមាស ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលទ្ធផលរបស់កម្មវិធីអេដស៍ និងប្រតិបត្តិតាមវដ្ត P-D-C-A ដើម្បីធានានូវភាគរយខ្ពស់នៃករណីរកឃើញថ្មីបានដាក់ឱ្យទទួលសេវា ART ដែលប្រកបដោយគុណភាព
- ចុះអភិបាលគាំទ្រទៅកាន់ ART គ្លីនិកដែលមានលទ្ធផលទាប (បើមាន ART គ្លីនិកច្រើនកន្លែង) ដើម្បីឆ្លើយតប តាមមើល និងគាំទ្រទៅលើការអនុវត្តផែនការកែលម្អដែលបានរៀបចំនៅពេលប្រជុំប្រចាំត្រីមាស
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេសនានា និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI ។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សា ជាពិសេសណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៤.២.២.៣ ការទទួលខុសត្រូវរបស់ក្រុម CQI នៅ ART គ្លីនិក

- ធានាគុណភាពទិន្នន័យ គឺថារាល់អ្នកជំងឺត្រូវមានឯកសារអ្នកជំងឺ ហើយព័ត៌មានអ្នកជំងឺត្រូវមានភាពពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ និងស៊ីសង្វាក់គ្នា
- ប្រមូល បញ្ចូល និងបញ្ជូនទិន្នន័យទៅក្រុម PASP ទៅតាមពេលវេលាមួយទៀងទាត់ និងទាន់ពេល
- ត្រួតពិនិត្យជាទៀតទាត់លើលទ្ធផលនៃការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍តាមរយៈការប្រើតារាងសង្ខេបព័ត៌មានរបស់ CQI និងការប្រជុំ
- សហការជាមួយនឹងក្រុម PASP ដែលចុះមកធ្វើការអភិបាលគាំទ្រ ដើម្បីកំណត់នូវបញ្ហា មូលហេតុ និងរៀបចំ ឬកែសម្រួលផែនការកែលម្អសមស្របមួយ ដោយធ្វើតាមវដ្ត PDCA
- ចូលរួមវេទិកា កិច្ចប្រជុំបច្ចេកទេស និងវគ្គបណ្តុះបណ្តាលទាក់ទងនឹង CQI ។ល។
- សហការជាមួយក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការសិក្សាពិសេសណាមួយទៅតាមតម្រូវការ។

៤.២.៣ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ក្រុម PASP

PASP មានតួនាទីសំខាន់មួយក្នុងការសម្របសម្រួលការអនុវត្ត CQI របស់ក្រុមផ្តល់សេវានៅ

ART គ្លីនិក និងក្រុមការងារ BIACM ដើម្បីរៀបចំផែនការអនុវត្ត CQI/IACM-CQI និងធានាការអនុវត្តឱ្យបានរលូន។ តួនាទីសម្របសម្រួលរបស់ PASP មានដូចខាងក្រោម៖

- ដាក់បញ្ចូលផែនការ CQI/IACM-CQI ពីគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា ART ទៅក្នុងផែនការ CQI រួមរបស់ PASP
- សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីជាតិ និងជាមួយគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវា ART នៅក្នុងខេត្តរបស់ខ្លួនធ្វើការដោះស្រាយបញ្ហា ឬការប្រឈម ឧទាហរណ៍ ទិន្នន័យខ្វះគុណភាព ការផ្គត់ផ្គង់មានការខ្វះខាត ឬក៏បញ្ហាធនធាន ជាដើម
- ធានាថា ទិន្នន័យដែលបានប្រមូលមកពីកន្លែងផ្តល់សេវា ART និងបញ្ជូនទៅថ្នាក់ខេត្តត្រឹមត្រូវ និងត្រូវបានបញ្ជូនទាន់ពេលទៅថ្នាក់ជាតិ
- ជួយ និងកសាងសមត្ថភាពកន្លែងផ្តល់សេវា ART (រួមទាំងក្រុម BIACM) ក្នុងការប្រើទិន្នន័យ ART ឬតារាង/ក្រាហ្វិកសង្ខេបព័ត៌មានរបស់សូចនាករ CQI ក្នុងការវិភាគ និងបកស្រាយលទ្ធផលសម្រាប់ការកែលម្អកម្មវិធី និងកែលម្អការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
- ស្វែងរកការគាំទ្រ និងជួយសម្របសម្រួលកិច្ចសហការរបស់ដៃគូ ដើម្បីធានាថា បច្ចេកទេស និងធនធាន ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសកម្មភាព IACM-CQI
- សម្របសម្រួលក្នុងការរៀបចំកិច្ចប្រជុំ ដូចជា សិក្ខាសាលាអំពី IACM-CQI ប្រចាំត្រីមាស ប្រជុំក្រុមការងារបច្ចេកទេស IACM-CQI ប្រចាំខែជាដើម។ល។ ដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ CQI និងការឆ្លុះបញ្ចាំងទិន្នន័យពីប្រភពផ្សេង (ឧទា. ទិន្នន័យពី B-IACM និងពីសហគមន៍ ជាដើម) សម្រាប់កែលម្អកម្មវិធី
- ជួយលើការងារគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដល់បុគ្គលិកកម្មវិធីអេដស៍នៅថ្នាក់ប្រតិបត្តិ ក្នុងការធានាគុណភាពនៃការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ (ការប្រមូល ការបញ្ចូល និងវិភាគទិន្នន័យ) និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់គោលបំណងពង្រឹងគុណភាព
- សហការ និងសម្របសម្រួល ក្រុមការងារស្នូល CQI-CoC ថ្នាក់ជាតិក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ប្រសិនបើចាំបាច់។

៥. ការអនុវត្តការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាប់បន្ត

និយាមបែបបទបានឱ្យនិយមន័យថា ការកែលម្អគុណភាពជាបន្ត និងពិពណ៌នាពីវិធីអនុវត្តនៅក្នុងកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ ជាពិសេសគឺ សេវាថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ស្រុកប្រតិបត្តិ កម្មវិធីអេដស៍ និងកាមរោគខេត្ត និងថ្នាក់ជាតិ។ ការកែលម្អគុណភាពជាបន្តមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ មិនត្រឹមតែសម្រាប់លើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នកជំងឺប៉ុណ្ណោះទេ តែវាក៏បានទប់ស្កាត់នូវការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ បង្ការការចម្លងថ្មី និងបង្កើនភាព

ឋិតនៅជាប់លាប់ក្នុងល្បាក់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងមូល។

ART គ្លីនិកនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាបាន និងកំពុងអនុវត្តគោលការណ៍ពង្រឹងគុណភាពសេវាបន្តក្នុងគោលបំណងរក្សា និងធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវគុណភាពសេវាសុខាភិបាល ហើយការអនុវត្តនេះ បានក្លាយជាការអនុវត្តជាប្រចាំ របស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលគ្រប់រូប។

ការអនុវត្ត CQI គឺត្រូវដើរតាមគោលការណ៍ Plan-Do-Check-Act (រៀបផែនការ-អនុវត្តផែនការ-ត្រួតពិនិត្យការអនុវត្ត-កែលម្អផែនការ និងការអនុវត្ត)។ **រៀបផែនការ** (P)៖ អ្នកផ្តល់សេវារៀបចំគោលបំណងរបស់ពួកគេ សូចនាករ និងគោលដៅចំណុចនៃអ្វីដែលពួកគេចង់សម្រេច និងសកម្មភាពនានាដែលពួកគេនឹងធ្វើដើម្បីសម្រេចគោលដៅចំណុច។ **អនុវត្ត**(D) ៖ អ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលធ្វើសកម្មភាពដែលពួកគេបានគ្រោងនៅក្នុងផែនការ។ **ត្រួតពិនិត្យ** (C)៖ ក្រោយពីអនុវត្តសកម្មភាព អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវត្រួតពិនិត្យមើលថា តើគោលដៅចំណុចនៅក្នុងគោលបំណងរបស់ពួកគេទៅដល់ដែរ ឬទេ?។ ដើម្បីអាចត្រួតពិនិត្យបាន អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែធ្វើការចងក្រងរាល់លទ្ធផលដែលបានមកពីសកម្មភាពរបស់ពួកគេ ដោយការប្រមូលកត់ត្រា បញ្ចូល និងវិភាគទិន្នន័យពីការចងក្រង។ **កែលម្អ** (A)៖ បើចាំបាច់ អ្នកផ្តល់សេវាធ្វើការកែលម្អផែនការ និងសកម្មភាពរបស់ពួកគេ ដើម្បីធ្វើឱ្យលទ្ធផល និងគុណភាពកាន់តែប្រសើរឡើង។ ដើម្បីអាចធ្វើសកម្មភាពឱ្យចំ ឱ្យត្រូវនឹងបញ្ហា អ្នកផ្តល់សេវាកំណត់នូវរាល់បញ្ហាដែលពួកគេកំពុងប្រឈម ចាត់អាទិភាពរាល់បញ្ហាទាំងនោះ (ផ្នែក៥.៥) និងធ្វើការវិភាគឫសគល់រកមូលហេតុ។ រូបភាព ៣ បង្ហាញពីជំហាននានានៃការអនុវត្តសកម្មភាពពង្រឹងគុណភាពសេវាបន្ត។

៥.១ ការប្រមូលទិន្នន័យ

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ រួមមាន ព័ត៌មានទូទៅ ព័ត៌មានគ្លីនិក និងព័ត៌មានលទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ត្រូវប្រមូលជាប្រចាំដោយអ្នកផ្តល់សេវា នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យម្តងៗនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART រួចហើយទិន្នន័យទាំងនេះត្រូវបញ្ចូល និងរក្សាទុកក្នុង ART Database។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលជាអ្នកប្រមូលទិន្នន័យ រួមមាន គ្រូពេទ្យព្យាបាល គិលានុបដ្ឋាក-យិកា អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អ្នកមន្ទីរពិសោធន៍ និងក្រុមអ្នកជំនួយសហគមន៍ (CAA) ដែលធ្វើការនៅ ART គ្លីនិក។

ព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺគ្រប់គ្នា ដែលអ្នកផ្តល់សេវាប្រមូលក្នុងថ្ងៃនោះ ត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងទិន្នន័យកុំព្យូទ័រជារៀងរាល់ថ្ងៃ ដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART។

រូបភាព ៣. ដំណាក់កាលនៃការអនុវត្តសកម្មភាព CQI-CoC

៥.២ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសម្អាតទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក

៥.២.១ ការធានាគុណភាពដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ

អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ គួរបញ្ចូលព័ត៌មានទាំងអស់របស់អ្នកជំងឺគ្រប់គ្នា ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យក្នុងថ្ងៃផ្តល់សេវានោះ។ ការត្រួតពិនិត្យគុណភាព អាចធ្វើក្នុងដំណាក់កាលនេះដោយអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ។ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ គួរអនុវត្តនូវសកម្មភាពដូចខាងក្រោម ដើម្បីធានាបានគុណភាពទិន្នន័យ៖

- មុនពេលចាប់ផ្តើមបញ្ចូលទិន្នន័យ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យគួរប្រៀបធៀបចំនួនឯកសារ អ្នកជំងឺមកទទួលសេវាប្រចាំថ្ងៃ ទៅនឹងបញ្ជីណាត់ជួបប្រចាំថ្ងៃ។ ចំនួនឯកសារអ្នកជំងឺអាច៖
    - o ដូចគ្នានឹងចំនួនណាត់ជួប
    - o លើសចំនួនណាត់ជួប ប្រសិនបើមានអ្នកជំងឺខ្លះមកមុនការណាត់ជួប
    - o តិចជាងចំនួនណាត់ជួប ប្រសិនបើមានអ្នកជំងឺខ្លះមិនបានមកតាមការណាត់

- បញ្ចូលទិន្នន័យតាមអថេរដែលចាំបាច់ ដោយអនុលោមតាមនិយាម "ការធានាគុណភាពទិន្នន័យ" ។
- ពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ បើពិនិត្យឃើញមានបាត់ទិន្នន័យ (មិនមានគូស ឬទុកទំនេរ ។ល។) សំណេរមិនច្បាស់ ឬទិន្នន័យមិនស៊ីសង្វាក់គ្នា អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវកត់ត្រា រាល់បញ្ហាទាំងអស់ទៅក្នុងសៀវភៅសម្រាប់កត់ត្រាដែលបានផ្តល់ជូន និងត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីបញ្ចូលទិន្នន័យនៅចុងថ្ងៃនោះ ឬនៅពេលព្រឹកថ្ងៃបន្ទាប់។ ការកែតម្រូវទាំងនេះត្រូវធ្វើឱ្យរួចរាល់មុនពេលចាប់ផ្តើមបញ្ចូលទិន្នន័យអ្នកជំងឺក្រុមបន្ទាប់ ទៀត។
- បន្ទាប់ពីបញ្ចូលទិន្នន័យឯកសារអ្នកជំងឺសម្រាប់ថ្ងៃនោះរួចរាល់ អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវពិនិត្យលើភាពពេញលេញនៃកំណត់ត្រា និងអថេរមួយចំនួនទៅតាមការពិភាក្សាជាមួយក្រុម ART ។ ឧទាហរណ៍. លេខកូដគ្លីនិករបស់អ្នកជំងឺ លេខកូដ ART ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម ART ថ្ងៃខែឆ្នាំមកពិនិត្យ ថ្ងៃខែឆ្នាំការណាត់ជួបបន្ទាប់ និងតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

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

ការប្រជុំប្រចាំសប្តាហ៍មានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីធានាថា ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាពត្រូវបានប្រមូល បញ្ចូល និងប្រើប្រាស់។

បុគ្គលិកបញ្ចូលទិន្នន័យ នឹងរក្សាទិន្នន័យនៅក្នុងកុំព្យូទ័របម្រុងមួយផ្សេងទៀតជាទៀងទាត់ ដើម្បីសុវត្ថិភាពសំណុំទិន្នន័យ ទៅតាមការណែនាំរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ NCHADS។

៥.២.២ ផ្ទៀងផ្ទាត់ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក ដោយប្រើឯកសារក្រដាស់របស់អ្នកជំងឺ

ប្រធានក្រុម ART គួរអនុវត្តតាមជំហានដូចខាងក្រោមក្នុងការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យៈ

- ជ្រើសយកឯកសារអ្នកជំងឺ ៥% ដោយការចាប់យកចៃដន្យពីក្នុងប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក
- ពិនិត្យមើលទិន្នន័យ ផ្ទៀងជាមួយនឹងឯកសារអ្នកជំងឺក្នុងក្រដាស់
- នៅក្នុងផ្នែកនីមួយៗ ពិនិត្យរកមើលភាពខុសគ្នារវាងក្រដាស់ឯកសារ និងកំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិក
- កត់ត្រាទុកភាពខុសគ្នា ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ ស្វែងរកមូលហេតុ និងធ្វើការកែតម្រូវ ដើម្បីឱ្យ

ត្រូវនឹងព័ត៌មានជាក់ស្តែងដែលមាននៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ និងបង្ការកំហុសដដែលនេះ

កើតមានឡើងទៀតក្នុងអនាគត។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យ ត្រូវធ្វើឡើងជាទៀងទាត់ (ឧទាហរណ៍ រៀងរាល់ខែ) ដោយប្រៀបធៀបទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ និងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ។

មន្ត្រី PASP គួរធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់គុណភាពទិន្នន័យយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ត្រីមាសទៅតាមនិយាមបែបបទនៃការធានាគុណភាពទិន្នន័យ (DQA SOP) ក្រុមនេះគួរធ្វើការពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យទៅលើភាពពេញលេញ (ឱ្យច្បាស់ថា មិនមានបាត់ទិន្នន័យចំពោះអថេរដែលត្រូវការនៅក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ និងមិនមានបាត់កំណត់ត្រា) កូដត្រូវគ្នា (ឱ្យច្បាស់ថា កូដដែលបញ្ចូល គឺដូចគ្នានឹងកូដដែលកត់ត្រានៅលើក្រដាស់ឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ) និងត្រឹមត្រូវ (ឧទារហណ៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលគេបញ្ឈប់ TPT គឺមិនដែលដូចគ្នានឹងថ្ងៃខែឆ្នាំដែលគេចាប់ផ្តើម TPT នោះទេ)។ ទិន្នន័យគួរតែត្រូវប្រមូល និងរាយការណ៍ឱ្យទាន់ពេល។

៥.២.៣ NCHADS នឹងពិនិត្យមើលគុណភាពទិន្នន័យផងដែរ ក្នុងអំឡុងពេលផ្គុំទិន្នន័យ នៅមជ្ឈមណ្ឌល ដើម្បីរកមើលការបាត់ទិន្នន័យ ឬទិន្នន័យដែលមិនសមហេតុផល។ ការត្រួតពិនិត្យមើលទិន្នន័យនៅមជ្ឈមណ្ឌលនេះ អាចផ្តោតទៅលើភាពពេញលេញ និងភាពត្រឹមត្រូវរបស់អថេរសំខាន់ៗមួយចំនួនរបស់ CQI លេខកូតគ្លីនិក លេខកូត ART ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម ART ថ្ងៃខែឆ្នាំពិនិត្យជំងឺ ថ្ងៃខែឆ្នាំណាត់ជួបបន្ទាប់ និងការធ្វើតេស្តរាប់បន្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាដើម។

៥.៣ វិភាគ និងបកស្រាយសូចនាកររបស់ CQI

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

ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART គួរពិនិត្យមើលលទ្ធផលសូចនាករសំខាន់ៗប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួនជាប្រចាំ ដូចជា ចំនួនអ្នកជំងឺដែលត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ចំនួនអ្នកជំងឺថ្មី ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានទទួលឱសថ ARV សម្រាប់រយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍. ៦ខែដោយផ្ទៀងផ្ទាត់ថ្ងៃខែឆ្នាំមកពិនិត្យ និងថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាប់ការមកពិនិត្យលើកក្រោយ) ចំនួនអ្នកជំងឺបាន ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនិងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ជាដើម ដោយហេតុថា នេះគ្រាន់តែជាការរាប់ប៉ុណ្ណោះ។

លទ្ធផលសង្ខេបរបស់សូចនាករ CQI គួរតែត្រូវវិភាគទៀងទាត់ យ៉ាងហោចក៏រៀងរាល់ត្រីមាស។ ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ត្រូវបានជម្រុញ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យធ្វើការវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើប្រាស់លទ្ធផលពីទិន្នន័យផ្ទាល់របស់ពួកគេ ដើម្បីតាមមើល គុណភាពសេវា ដោយមានជំនួយសមស្របពី PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍនៅក្នុងខេត្ត។ យ៉ាងហោចណាស់នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART គួរវិភាគ ដើម្បីតាមដានលទ្ធផលសម្រេចរបស់ពួកគេ នៅលើសូចនាករសំខាន់ៗមួយចំនួន ដូចជា៖

- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបានស្លាប់
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបាត់មុខ
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យតាមការណាត់ "ទាន់ពេល"
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង
- ភាគរយអ្នកជំងឺបន្តបិតនៅក្នុងសេវា ART
- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត VL ក្នុងអំឡុង១២ខែកន្លងមក
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួល ART មានបន្ទុកមេរោគក្នុងឈាម ត្រូវបានបង្ក្រាប
- ភាគរយអ្នកជំងឺបានទទួល MMD ≥ 3ខែ
- ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយរបបឱសថ TLD
- ភាគរយអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើម ART ថ្មីដំបូងក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

មន្ត្រី PASP និងផ្នែកនានារបស់ NCHADS ដូចជា ផ្នែកស្រាវជ្រាវ ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ អាចប្រើប្រាស់ផ្ទាំងសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard) ដើម្បីពិនិត្យមើលលទ្ធផលនៅតាមគ្លីនិករៀបចំផែនការសកម្មភាព ឬដើម្បីកំណត់នូវអន្តរាគមន៍ ដើម្បីគាំទ្រដល់គ្លីនិកក្នុងការពង្រឹងគុណភាពសេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត។

៥.៤ ការវិភាគរកបញ្ហា កំណត់អាទិភាព លើកសំណើសកម្មភាព និងផែនការសកម្មភាព

៥.៤.១ ការស្រាវជ្រាវរកបញ្ហា ដែលកំណត់បញ្ជាក់ដោយការវិភាគសូចនាករ

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

បញ្ហាទាំងនោះ ដើម្បីដោះស្រាយសម្រាប់ធ្វើការកែលម្អឱ្យប្រសើរឡើង (សូមមើលឧទាហរណ៍ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៤)។

នៅរៀងរាល់ត្រីមាស ក្រោយពីការត្រួតពិនិត្យ CQI Dashboard ប្រចាំត្រីមាស ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ប្រធានផ្នែក និងប្រធាន PASP នឹងរៀបចំកិច្ចប្រជុំ ដើម្បីពិនិត្យមើលលទ្ធផល និងកំណត់រក "ចំណុចប្រកាសអាសន្ន" ដើម្បីកំណត់បញ្ហាដែលបរាជ័យមិនបានសម្រេចតាមគោលដៅលទ្ធផលដែលគ្រោងទុក ឬគោលដៅលទ្ធផលអវិជ្ជមានកើតមានឡើងលើសពីការរំពឹងទុក។

វាជាការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវទំនាក់ទំនង រវាងក្រុមគ្រូពេទ្យ ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលផ្សេងទៀត ក្រុមគាំទ្រសហគមន៍ និងក្រុមអ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ ដើម្បីធានាឱ្យមានការចូលរួមប្រកបដោយផ្លែផ្កា ក្នុងដំណើរការរបស់ CQI នេះ។

៥.៤.២ ការវិភាគបញ្ហា និងការរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលបានគេបានរកឃើញ

ក្រុមការងារ CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ត្រូវធ្វើការងាររួមគ្នា ដើម្បីកំណត់រកឫសគល់នៃបញ្ហា និងកំណត់រកដំណោះស្រាយសមស្របនៃបញ្ហាទាំងនោះ។ វាអាចមានបញ្ហាជាច្រើនកើតមានឡើងនៅក្នុងត្រីមាសនោះ ដូចនេះក្រុមចាំបាច់ត្រូវជ្រើសយកបញ្ហាជាអាទិភាព ដោយផ្អែកលើចំណុចចាំបាច់នានា ដូចជា ទំហំនៃបញ្ហាថា តើវាប៉ះពាល់ខ្លាំងក្លាយ៉ាងណាទៅលើគុណភាពសេវា វាជាមូលហេតុបង្កការស្លាប់ដែរ ឬទេ? តើបញ្ហានេះមានសក្តានុពលនាំទៅរកបញ្ហាផ្សេងទៀតដែរ ឬទេ? និងលទ្ធភាពដំណោះស្រាយជាដើម។ លក្ខខណ្ឌពិសេសចំនួនបីត្រូវបានប្រើសម្រាប់ចាត់អាទិភាពបញ្ហាគឺ៖ **សំខាន់ បន្ទាន់ និងអាចដោះស្រាយបាន**។

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

- ទាក់ទងត្រូវនឹងបញ្ហាដែលបានរកឃើញ
- អាចធ្វើទៅបាន
- អាចសមាហរណកម្មជាមួយនឹងសកម្មភាពដទៃៗទៀតដែលមានស្រាប់
- មានប្រសិទ្ធភាព

- ងាយនឹងផ្តោតគោលដៅ
- តម្លៃវាសមនឹងលទ្ធផល
- ងាយស្រួលក្នុងការវាយតម្លៃ។

ផែនការសកម្មភាព គួរតែដាក់លាក់អំពីជំហានចាំបាច់នានា ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសូចនាករ ដែលមានបញ្ហា និងមានកាលវេលាលំដាប់លំដោយសម្រាប់សកម្មភាពដែលបានគ្រោងទុក។ ក្រុមគួរត្រូវបានជម្រុញ និងលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់ តារាងដំណោះស្រាយបញ្ហា (Solving Matrix) ដែលមានភ្ជាប់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៣ (មើលឧទារហាណ៍ ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៤)។ ខាងក្រោមនេះ ជាឧទារហាណ៍មួយចំនួន អំពីមូលហេតុទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានីមួយៗ។

ឧទារហាណ៍១៖

ប្រសិនបើ ភាគរយនៃការផ្តល់ MMD ៦ខែ ត្រូវបានរកឃើញថា នៅទាប ក្រុមការងារគួរសួរគ្នាថា តើនេះវាបណ្តាលមកពីកង្វះខាតការយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការអនុវត្តការផ្តល់ MMD ឬក៏ដោយសារកង្វះខាតថ្នាំក្នុងស្តុកនៅគ្លីនិក តើគ្លីនិកយើងមានបានធ្វើផែនការផ្តល់ MMD ដែរ ឬទេ? អាស្រ័យលើការរកឃើញនេះបុគ្គលិកពី PASP អាចផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉នដល់បុគ្គលិក ឬបុគ្គលិកគ្រប់គ្រងនិងផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈបរិក្ខារ អាចពិនិត្យមើលចំណុចដែលត្រូវកែលម្អលើការប៉ាន់ប្រមាណ និងដំណើរការនៃការផ្គត់ផ្គង់ ឬក៏ក្រុម ART ជួបប្រជុំគ្នារៀបចំផែនការផ្តល់ MMD។

ឧទាហរណ៍ ២៖

ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមិនមកតាមការណាត់ជួបបានល្អ ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាថា តើបញ្ហានេះអាចបណ្តាលមកពីការផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យមកទទួលការព្យាបាលជាប់លាប់ធ្វើមិនបានល្អ ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាដាក់ថ្ងៃណាត់ជួបច្រឡំ ឬក៏បណ្តាលមកពីខាងអ្នកជំងឺ។ ករណីនេះ ការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ឬក៏បង្កើតឱ្យមានប្រព័ន្ធ ឬរំហូរក្នុងការពិនិត្យ ដើម្បីធានាថា ថ្ងៃណាត់ជួបគឺ ត្រឹមត្រូវអាចជាដំណោះស្រាយបញ្ហា។

ឧទាហរណ៍ ៣៖

ប្រសិនបើ ភាគរយអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត VL មានកម្រិតទាប ក្រុមការងារគួរពិភាក្សាលើមូលហេតុនានាដែលអាចកើតមាន ដូចជា គ្រូពេទ្យមិនដឹងពីលក្ខខណ្ឌថា ពេលណាដែលអ្នកជំងឺត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឬមានការដាច់ការផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារ និងតេស្តសម្រាប់តេស្ត VL។ល។ ស្រដៀងគ្នាដែរ បញ្ហាទី១អាចនឹងទទួលបានវគ្គបំប៉ន ហើយសម្រាប់បញ្ហាទី២ គឺត្រូវដោះស្រាយឧបស័គ្គខ្សែសង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់។

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

៥.៥ ការអនុវត្តផែនការសកម្មភាពដែលបានលើកឡើង

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

៥.៦ ការតាមដាន និងវាយតម្លៃផែនការសកម្មភាព

ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART PASP និងអ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងតាមដានលើការអនុវត្តផែនការសកម្មភាព ដើម្បីមើលថា តើផែនការនេះមានប្រសិទ្ធភាពទៅលើបញ្ហាដែលគេបានរកឃើញនោះដែរ ឬទេ? ។

- ប្រសិទ្ធភាពរបស់ផែនការសកម្មភាពនឹងត្រូវវាស់វែងនៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់។ ប្រសិនបើ ផែនការ និងសំណើសកម្មភាពមានប្រសិទ្ធភាព ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវានឹងកត់សំគាល់នូវការរីកចម្រើនចំពោះសូចនាករដែលពាក់ព័ន្ធ។
- ប្រសិនបើ ផែនការសកម្មភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពទេនោះ សូចនាករនៅតែបន្តបង្ហាញមាននិន្នាការអន់ខ្សោយ វាអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវប្រាប់ពី កង្វល់ដល់ក្រុមការងារស្នូល CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីធ្វើការកែតម្រូវផែនការសកម្មភាពដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយនឹងក្រុមនេះ (មើលឧបសម្ព័ន្ធ៥- របាយការណ៍តាមដាន)។
- ក្រុម CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវាត្រូវកត់ត្រា និងរាយការណ៍ពីលទ្ធផលនៃផែនការសកម្មភាពជាប្រចាំរៀងរាល់ត្រីមាស។

៥.៧ សូចនាករសំខាន់ៗ

បញ្ជីសូចនាករដូចតទៅនេះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់ក្នុងការវាយតម្លៃ និងតាមដានគុណភាពរបស់សេវាថែទាំបន្តដែលបាន និងកំពុងផ្តល់ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅគ្លីនិក ART ។

៥.៧.១ សូចនាករទាក់ទងនឹងមរណៈភាព និងការដាក់អ្នកជំងឺឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ

១ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART ដែលបានស្លាប់

២ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលការព្យាបាល ART បាត់មុខ

៣ ភាគរយអ្នកជំងឺ ART បានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញ ក្រោយពេលដែលខកការណាត់ជួប ឬមិនបានមកបើកថ្នាំក្នុងអំឡុងពេល ២៨ថ្ងៃរាប់ពីថ្ងៃដែលត្រូវណាត់ជួប

៤ ភាគរយអ្នកជំងឺ ART បានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញ ក្រោយពេលដែលបាត់មុខ ឬមិនបានមកបើកថ្នាំលើសពី ២៨ថ្ងៃរាប់ពីថ្ងៃដែលត្រូវណាត់ជួប។

៥.៧.២ សូចនាករនៃស្ថានភាពមកទទួលសេវា

៥ក ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង

៥ខ ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត តែនៅក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង

៥គ ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៥ឃ ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART

៥.៧.៣ សូចនាករនៃការព្យាបាល ART និងព្យាបាលបង្ការ

៦ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺថ្មីដែលចាប់ផ្តើម ART ដំបូងក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (លម្អិតជា ០ថ្ងៃ ១ទៅ៧ថ្ងៃ និងលើសពី ៧ថ្ងៃ)

៧ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្តឈាមរាប់ CD4 ដើមគ្រា មុនចាប់ផ្តើម ART

៨ក ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ៣៥០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថកូទ្រីម

៨ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole

៩ ភាគរយអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART បាន និងកំពុងទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការណាត់ជួបចាប់ពី ៣ខែ (MMD ≥ 3ខែ ឬ 3+MMD ដោយលម្អិតជា៖

<៣ខែ, ៣ខែ, ៤ខែ, ៥ខែ, និង ≥ ៦ខែ)

១០ក ភាគរយនៃអ្នកជំងឺចាប់ផ្តើម ART ថ្មីដំបូងជាមួយនឹងឱសថ TLD ជារបបឱសថជួរទី១

១០ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART សរុបជាមួយនឹងឱសថ TLD ជារបបឱសថជួរទី១ (តួលេខបូកបន្ត)

១១ក ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (តួលេខបូកបន្តដោយរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកព្យាបាលចប់សព្វគ្រប់)

១១ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់សព្វគ្រប់ ។

៥.៧.៤ សូចនាករទាក់ទងនឹងការធ្វើតេស្ត viral load

១២ក ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើតេស្ត VL ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក (អត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្ត viral load)

១២ខ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មានតេស្ត viral load តាមដាននៅខែទី៦ ក្រោយផ្តើមការព្យាបាលដោយ ART [WHO: VLS.6]

១២គ ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍មានលទ្ធផលតេស្ត VL < 1000 copies/ml នៅ១២ខែក្រោយចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ART [WHO: VSL.1]

១២ឃ ភាគរយនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART មានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ត្រូវបានបង្ក្រាប [WHO: VLS.3]

១២ង ភាគរយនៃលទ្ធផល VL តេស្តដែលបានត្រឡប់មកដល់គ្លីនិកវិញក្នុង ១០ថ្ងៃក្រោយពេលយកសំណាកឈាម (សម្គាល់៖ WHO គឺក្នុងអំឡុងពេល ១ខែ)

៥.៧.៥ សូចនាករទាក់ទងនឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត

១៣ក	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មាន VL ≥ 1000 copies/ml បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (EAC)
១៣ខ	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មាន VL ≥ 1000 copies/ml បានធ្វើ VL តេស្តតាមដានក្នុងអំឡុងពេល ៦ខែក្រោយពីការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (EAC)
១៣គ	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART មាន VL ≥ 1000 copies/ml បន្ទាប់មកត្រឡប់មក <1000 copies/ml វិញនៅក្នុង VL តេស្តតាមដាន ។

៥.៧.៦ សូចនាករទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល និងការបិតនៅបន្តក្នុងសេវា

១៤ក	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART ឱសថជួរទី១មាន VL ≥ 1000 copies/ml ពីរដងនៅក្នុងឯកសារជំងឺ បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅឱសថជួរទីពីរ
១៤ខ	ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART ឱសថជួរទី២មាន VL ≥ 1000 copies/ml ពីរដងនៅក្នុងឯកសារជំងឺ បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅឱសថជួរទីបី
១៥	អត្រាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បន្តបិតនៅក្នុងសេវាព្យាបាល (ត្រីមាស ឆ្នាំ) ។

៥.៧.៧ សូចនាករទាក់ទងនឹងការផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់ពីអ្នកជំងឺ

១៦	ភាគរយនៃអតិថិជន ដែលបានរាយការណ៍ថា ពេញចិត្តនឹងសេវាដែលពួកគេបានទទួល
១៧	ភាគរយនៃអតិថិជន ដែលបានរាយការណ៍ពីពេលវេលារង់ចាំដែលពួកគេអាចទទួលយកបាន
១៨	ភាគរយនៃអតិថិជនដែលប្រាប់ថា គាត់ទទួលបានការប្រឹក្សាសមស្រប
១៩	ភាគរយនៃអ្នកផ្តល់សេវាដាក់ពិន្ទុទាប និងទាបខ្លាំងលើសេវាសុខាភិបាលនៅកន្លែងរបស់គេសម្រាប់ក្រុមប្រឈមុខខ្ពស់

៥.៧.៨ សូចនាកររបស់ការផ្សារភ្ជាប់រវាងការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម និងការពង្រឹងគុណភាពសេវាជាបន្ត (IACM-CQI)

ក្នុងឱកាសសិក្ខាសាលា IACM-CQI ដែលគេរៀបចំជាទៀងទាត់ ក្រុម PASP ឬ NCHADS រួមគ្នាជាមួយនឹងក្រុម Onsite CQI-CoC នឹងពិនិត្យមើលលទ្ធផលប្រចាំត្រីមាសនៃសូចនាករទាំង១៩ របស់ CQI និងសូចនាករបួនបន្ថែមទៀត។ សូចនាករបន្ថែមមិនជំនួសសូចនាករទាំងឡាយដែលកំពុងប្រើប្រាស់នៅក្នុងវិធីសាស្ត្រ BIACM ឡើយ។ រាល់សកម្មភាពទាំងអស់ និងសូចនាកររបស់វិធីសាស្ត្រ BIACM នៅតែមានសុពលភាព។

សូចនាករបន្ថែមទាំងបួនគឺ៖

PI1. ចំនួនប្រតិកម្មតេស្តរកឃើញថ្មី

PI2. ភាគរយករណីប្រតិកម្មតេស្តរកឃើញថ្មីត្រូវបានបញ្ជាក់ថា វិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ (លម្អិតករណីឆ្លងថ្មី និងចាស់)

PI3. ភាគរយអ្នកបញ្ជាក់ថា វិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ បានចុះឈ្មោះក្នុងសេវា ART (លម្អិតករណីឆ្លងថ្មី និងចាស់)

PI4. ភាគរយអ្នកបញ្ជាក់ថា វិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ចុះឈ្មោះក្នុងសេវា ART បានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

៥.៨ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលសូចនាកររបស់ CQI

- ក្រុមការងារ CQI-COC ថ្នាក់ជាតិ ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែសម្រួលនូវសូចនាករ CQI
- សូចនាករណាដែលលែងមានការគណនាពីក្នុងឯកសារអ្នកជំងឺ តម្រូវឱ្យដកចេញ ឬត្រូវកែសម្រួលប្រព័ន្ធទិន្នន័យ និងឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យ
- សូចនាករថ្មី ឬការកែប្រែនិយមន័យសូចនាករត្រូវធ្វើជាចាំបាច់និងទៀងទាត់ដើម្បីធានាថា សូចនាករ CQI ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគោលការណ៍ណែនាំ និងស្តង់ដារជាតិ ឬអន្តរជាតិដែលកំពុងប្រើប្រាស់។

៦. ការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗ

បើទោះជា ការងារកែលម្អគុណភាពជាបន្ត ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដោយផ្តោតទៅលើគុណភាពនៅគ្លីនិក ART ក៏ដោយក៏សកម្មភាព CQI ជាច្រើនអាចនឹងមានទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយនឹងផ្នែកផ្សេងៗនៃការថែទាំបន្ត។ ឧទាហរណ៍ ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ កន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ក្រុមការងារសហគមន៍ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺរបេង និងផ្នែកបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ជាដើម។ ខាងក្រោមនេះ ជាឧទារហណ៍ខ្លះៗ ស្តីពីការផ្សាភ្ជាប់ជាមួយសេវាផ្សេងៗ៖

៦.១ វិធីសាស្ត្រជំរុញខ្លាំងក្លាលើសកម្មភាពគ្រប់គ្រងសកម្មករណីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (BIACM)

គ្រប់ករណីថ្មីទាំងអស់ ទោះរកឃើញនៅសហគមន៍ ឬនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គួរផ្សាភ្ជាប់ពីការធ្វើតេស្តប្រតិកម្ម រហូតដល់ដំណើរការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ចុងក្រោយគឺបានចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART និងបានទទួលការព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាព។ ក្រុម Onsite CQI-CoC ជួបប្រជុំគ្នាជាទៀងទាត់ ដើម្បីពិនិត្យមើលសកម្មភាពនិងលទ្ធផលនៃល្បាក់ Interlink Active Case Management និង Continuous Quality Improvement (IACM-CQI) ដើម្បីធានាថា ករណីប្រតិកម្មតេស្ត (reactive) រកឃើញថ្មីបិតនៅជាប់ពេញមួយល្បាក់សេវា គឺតាំងពីតេស្តប្រតិកម្ម ទៅតេស្តបញ្ជាក់ រហូតដល់បានចុះឈ្មោះ និងបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

៦.២ ក្រុមអ្នកធ្វើការងារសហគមន៍

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

- ការបាត់មុខពីការតាមដាន៖ ក្រុមការងារសហគមន៍ត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានថា តើមានអ្វីបានកើតមានឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកការណាត់ ឬបាត់មុខទាំងនេះ ហើយជួយធ្វើអន្តរាគមន៍ដើម្បីកាត់បន្ថយការខកណាត់ ឬបាត់មុខនេះ។
- ការនៅជាប់លាប់នឹងការព្យាបាល៖ វិធានការមួយចំនួនត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ដើម្បីធ្វើឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនូវភាពទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ទៅនឹងការព្យាបាល។ តែក៏មានបញ្ហាផ្សេងៗទៀត ដែលតម្រូវឱ្យក្រុមការងារសហគមន៍ធ្វើការវាយតម្លៃ និងរៀបចំឱ្យមានការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ និងសហគមន៍ដើម្បីឱ្យមានភាព

ទៀងទាត់ ជាប់លាប់នេះកាន់តែប្រសើរឡើង។

៦.៣ ការសម្រាកពេទ្យ

ការស្រាវជ្រាវមើលអត្រាសម្រាកពេទ្យនៃអ្នកជំងឺ ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART អាចត្រូវការទិន្នន័យពីសេវាសម្រាកពេទ្យ ប្រសិនបើ ទិន្នន័យទាំងនេះមិនបានកត់ត្រាជានិច្ចជាកាលទុកនៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺទេនោះ។ ឧទាហរណ៍ ដូចជា ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគគ្រីបតូកូក ជាដើម។ ជាងនេះទៅទៀត ការពិនិត្យលើឯកសាររបស់មន្ទីរពេទ្យអាចរកឃើញការខ្វះចន្លោះនៃសេវាធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ឧទាហរណ៍ គេអាចរកឃើញថា មានអ្នកជំងឺជាច្រើនសម្រាកពេទ្យ ឬក៏មានការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំមុន តែមិនបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ក្នុងករណីនេះ គេគួរធ្វើការពង្រឹងទៅលើការបញ្ជូនក្នុងកម្មវិធី TB-HIV ឬក៏ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដែលផ្តួចផ្តើមដោយអ្នកផ្តល់សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ។ ក្នុងករណីនេះ អន្តរាគមន៍មិនមែននៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART នោះទេ។

៦.៤ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT)

ការស្រាវជ្រាវលើអ្នកជំងឺដែលមករកសេវា ART ដោយបង្ហាញមុខយឺតយ៉ាវ (ចំនួនកោសិកា CD4 ចុះទាប) អាចនឹងរកឃើញថា អ្នកខ្លះធ្លាប់បានធ្វើតេស្ត និងដឹងថាខ្លួនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍តាំងពីយូរមកហើយមុនពេលមករកការព្យាបាលនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART នេះ។ ប្រសិនក្នុងករណីនេះមែន អន្តរាគមន៍អាចនឹងត្រូវប្រកាន់យកនៅកន្លែង VCCT តាមរយៈការកែលម្អការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការបញ្ជូន។

៦.៥ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

រាល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ដែលទើបរកឃើញថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ HIV (+) ដោយកម្មវិធី PMTCT គួរតែត្រូវចុះឈ្មោះនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ហើយត្រូវផ្តល់ថ្នាំ ARV យ៉ាងលឿនបំផុត។ ជាការប្រពៃបំផុតដែលសេវានេះ ត្រូវបានធ្វើនៅកន្លែងពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងផ្នែកសម្ភព។

ការរៀបរាប់ត្រួសៗខាងលើនេះ គ្រាន់តែផ្តល់ជាឧទាហរណ៍អំពីទំនាក់ទំនងដែលអាចមានរវាង CQI សម្រាប់សេវា ART និងសេវាផ្សេងៗប៉ុណ្ណោះ។ បើតាមបទពិសោធន៍ដែលទទួលបានពី CQI នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART គេក៏ឃើញមានទំនាក់ទំនង រវាងសេវា ART និងសេវាផ្សេងៗទៀតផងដែរ។

ខណៈដែលសកម្មភាព CQI ជាច្រើនត្រូវប្រព្រឹត្តទៅនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART ក្រុម CQI-COC ក៏ត្រូវដឹងផងដែរពីឱកាសដើម្បីផ្សាភ្ជាប់ CQI ទៅនឹងសេវាផ្សេងៗ។

៧. ការបង្ហាត់បង្ហាញដល់គ្លីនិក ការអភិបាល ការរាយការណ៍ និង សិក្ខាសាលាបណ្តុះបណ្តាល

៧.១ ការបង្ហាត់បង្ហាញ និងការតាមដាន

គោលបំណងចម្បងរបស់ការបង្ហាត់បង្ហាញដល់គ្លីនិកគឺធានាថា ទិន្នន័យនៅ ART គ្លីនិកមានគុណភាពខ្ពស់ ផ្តល់ការគាំទ្រដល់គ្លីនិកក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យរបស់គ្លីនិកដើម្បីពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន ធានាថាគ្លីនិកអាចកំណត់នូវបញ្ហា ធ្វើការវិភាគរកឫសគល់មូលហេតុរបស់បញ្ហា និងរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីកែលម្អ។

ការអភិបាលគឺ គាំទ្រដល់ក្រុម CQI-COC នៅកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីធានាគុណភាពទិន្នន័យ និងគុណភាពសេវា។

ក្រុមការងារ PASP គួរដាក់កាលវិភាគចុះអភិបាលក្រុម CQI-CoC នៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART យ៉ាងហោចមួយដងក្នុងមួយត្រីមាសនៅក្នុងតំណាក់កាលដំបូងនៃការអនុវត្ត CQI។ បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ខែម្តងក្រោយពេលដែលក្រុមនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART មានការយល់ដឹងច្រើនពីដំណើរការហើយ។ ឧទាហរណ៍ ពួកគេបានចូលរួមសិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស CQI យល់ដឹងពីការប្រើ CQI Dashboard ជាដើម ក្រុមការងារ PASP គួរចុះតាមដាន និងអភិបាលរៀងរាល់ ៦ខែវិញ។

ក្រុមការងារ CQI Core Group ថ្នាក់ជាតិ គួរដាក់កាលវិភាគរួមគ្នាជាមួយក្រុមការងារថ្នាក់ PASP និងដៃគូអភិវឌ្ឍដែលធ្វើការក្នុងតំបន់នោះចុះអភិបាល ទៅតាមការចាំបាច់។

ក្នុងអំឡុងពេលចុះអភិបាល ក្រុមអភិបាលគួរផ្តល់ការគាំទ្រចាំបាច់នានា រួមមាន៖

- ធានានូវភាពពេញលេញរបស់ទិន្នន័យគឺថា រាល់ទិន្នន័យដែលត្រូវការចាំបាច់ពីអ្នកជំងឺម្នាក់ៗដែលបានចុះបញ្ជី គឺមានគ្រប់គ្រាន់ និងពេញលេញ
- ធានានូវភាពត្រូវគ្នារបស់ទិន្នន័យ រវាងឯកសារអ្នកជំងឺនៅក្នុងក្រដាស់ និងប្រព័ន្ធទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិក
- ធានាថា ទិន្នន័យដែលត្រូវការអាចរកបានពីសេវាផ្សេងៗ ដូចជា របេង និងសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនជាដើម
- ធានាថា មានសៀវភៅ និងប្រើប្រាស់សៀវភៅនេះសម្រាប់កត់ត្រាបញ្ហាដែលជួបប្រទះនៅពេលបញ្ចូលទិន្នន័យ
- ធានាថា នៅតាមកម្រិតនីមួយៗ អាចវិភាគ បកស្រាយ និងប្រើទិន្នន័យ។

៧.២ របាយការណ៍

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

PASP បញ្ជូនទិន្នន័យទៅផ្នែកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យនៅ NCHADS ដែលជាអ្នកចែករំលែកទិន្នន័យជាទៀងទាត់ទៅផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ (ACU) សម្រាប់គោលបំណងសកម្មភាពបន្ត និងគុណភាពនៃការថែទាំនិងព្យាបាល និងទៅផ្នែកពាក់ព័ន្ធរបស់ NCHADS។ ការផ្តល់ព័ត៌មានត្រលប់អំពី លទ្ធផលវិភាគទិន្ន័យមកឱ្យក្រុម CQI-COC នៅតាមគ្លីនិក ART មានសារៈសំខាន់ដើម្បីលើកកម្ពស់ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវានៅមូលដ្ឋាន។

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

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

៧.៣ សិក្ខាសាលាបណ្តុះបណ្តាល IACM-CQI ថ្នាក់តំបន់

នៅរៀងរាល់ត្រីមាសផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ រួមសហការជាមួយផ្នែកស្រាវជ្រាវ ការិយាល័យបច្ចេកទេស និងផ្នែកទិន្នន័យរបស់ NCHADS រៀបចំសិក្ខាសាលាថ្នាក់តំបន់ដែលក្នុងនោះគ្រប់ ART គ្លីនិកនៅក្នុងប្រទេសចូលរួម។ ធនធាន ដំណើរការ និងលទ្ធផលរំពឹងទុករបស់សិក្ខាសាលា នឹងត្រូវរៀបចំឡើងដោយឡែកដោយផ្នែកថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ព្រមទាំងមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយផ្នែកពាក់ព័ន្ធរបស់មជ្ឈមណ្ឌល ។ គោលបំណងចម្បងរបស់សិក្ខាសាលាបណ្តុះបណ្តាលនេះគឺ ពង្រឹងសមត្ថភាពជាបន្តរបស់សមាជិកក្រុម Onsite CoC Team ក្នុងការអនុវត្តវដ្ត Plan-Do-Check-Act និងការប្រើទិន្នន័យដើម្បីធានាថា អត្រាបិតនៅជាប់ពេញមួយល្បាក់សេវា គឺតាំងពីតេស្តប្រតិកម្ម ទៅតេស្តបញ្ជាក់ រហូតដល់បានចុះឈ្មោះនិងបានទទួលការព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពមានកម្រិតខ្ពស់។

៧.៤ ការវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពជាបន្ត

- ក្រុម PASP នឹងជួបជាមួយសមាជិកក្រុម CQI-COC មកពីសេវា ART ទាំងអស់ក្នុង កិច្ចប្រជុំប្រចាំឆ្នាំរួមគ្នាដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលជាទូទៅ នៃការអនុវត្តកម្មវិធីកែលម្អគុណភាពបន្តនៅកន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ
- កន្លែងផ្តល់សេវានីមួយៗ នឹងបង្ហាញសូចនាករ CQI ការកែលម្អគុណភាពបន្ត ព្រមទាំងរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART របស់ថ្នាក់ជាតិ ក្នុង៤ត្រីមាសកន្លងទៅ ដោយបង្ហាញពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃគុណភាព ផែនការសកម្មភាពដែលបានរៀបចំ និងលទ្ធផល និងប្រសិទ្ធភាពនៃផែនការសកម្មភាពទាំងនោះ។

អាស្រ័យលើរបាយការណ៍ទូទៅពីសេវា ART នីមួយៗ ក្រុមការងារ PASP នឹងវាយតម្លៃថា តើការសម្រេចបាននោះយ៉ាងដូចម្តេចដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងកម្មវត្ថុទូទៅ និងជាក់លាក់របស់ CQI-COC ។ គេនឹងពិភាក្សាអំពីបញ្ហាគុណភាពនានាដែលអាចកើតមានក្នុងពេលអនុវត្តផែនការរបស់ CQI ដូចជា បញ្ហាប្រមូល បញ្ចូល និងផ្គុំទិន្នន័យ ការគណនា និងភាពសមស្រប ក៏ដូចជាការកែប្រែ ឬបន្ថែមសូចនាករដែលចាំបាច់។ ក្រុមការងារ PASP នឹងទាក់ទងក្រុមការងារស្នូលថ្នាក់ជាតិ (National Core CQI-COC) ចំពោះបញ្ហាណាដែលពួកគេមិនអាចដោះស្រាយបាន។

ផ្នែកស្រាវជ្រាវរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ នឹងធ្វើការចងក្រងឯកសារ ស្តីពីការអនុវត្តល្អរបស់ CQI ទូទាំងប្រទេសដោយផ្តោតទៅលើវដ្តនៃផែនការ-អនុវត្ត-ត្រួតពិនិត្យ-ប្រកាន់យកវិធានការសមស្រប៖ តើ ART គ្លីនិកមានផែនការត្រឹមត្រូវដើម្បីសម្រេចសូចនាកររបស់ CQI ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិកអនុវត្តផែនការរបស់ខ្លួន ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិក ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដើម្បីពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់គេ និងមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរ ដែរឬទេ? តើ ART គ្លីនិកបានប្រកាន់យកវិធានការសមស្របដើម្បីរក្សា ឬធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវស្នាដៃរបស់គេ ដែរឬទេ? ។ លើសពីនេះទៅទៀត ការចងក្រងឯកសារត្រូវមានទាំង ព័ត៌មាន មតិយោបល់ ការយល់ឃើញទៅលើកត្តាបង្កលក្ខណៈងាយស្រួល ឬក៏កត្តាដែលនាំឱ្យរាំងស្ទះការអនុវត្តសកម្មភាព CQI រៀងរាល់ថ្ងៃនៅសេវា ART ផងដែរ។

៧.៥ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការកសាងសមត្ថភាព

ធនធានមនុស្សជាធនធានសំខាន់បំផុតក្នុងការអនុវត្ត CQI ។ គេអាចកសាងសមត្ថភាពធនធានមនុស្ស និងបង្កលក្ខណៈឱ្យពួកគេប្រើប្រាស់សមត្ថភាព និងសក្តានុពលដែលគេមានដើម្បីសម្រេចនូវចក្ខុវិស័យរបស់ស្ថាប័នផ្ទាល់ ឬក៏ប្រព័ន្ធថ្នាក់តំបន់ ឬថ្នាក់ជាតិ នាពេលអនាគត។ ដើម្បីឱ្យកិច្ចការនេះអាចសម្រេចបាន ស្ថាប័នត្រូវតែផ្តល់ឱកាសសម្រាប់ការសម្រេចបាននូវស្នាដៃល្អអត់ខ្ចោះរបស់បុគ្គល ក៏ដូចជាស្ថាបប័ន និងការរីកចម្រើនផ្នែកវិជ្ជាជីវៈ និង ស្ថាប័ន។

៧.៥.១ សិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស ស្តីពីនិយាមបែបបទសម្រាប់អនុវត្ត CQI

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

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

៧.៥.២ ការបណ្តុះបណ្តាល ស្តីពីការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

សមាជិកក្រុមការងារ CQI-COC ដែលធ្វើការងារទាក់ទងនឹងទិន្នន័យ នឹងត្រូវទទួលការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេល ៣ថ្ងៃ ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យពួកគាត់នូវចំណេះដឹង និងជំនាញមូលដ្ឋានក្នុងការធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ។ នៅចុងបញ្ចប់នៃវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនេះ សិក្ខាកាមនឹងអាចៈ

- យល់ដឹងធាតុសំខាន់ៗរបស់គុណភាពទិន្នន័យ រួមមាន ភាពពេញលេញ ភាពត្រឹមត្រូវ ភាពស៊ីគ្នាដែលអាចជឿជាក់បាន ភាពជាក់លាក់លម្អិត សុច្ចរិតភាព និងការរក្សាការសម្ងាត់
- អនុវត្តគោលការណ៍គុណភាពទិន្នន័យ ក្នុងការប្រមូល គ្រប់គ្រង វិភាគ និងប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ
- ប្រើប្រាស់ទម្រង់បញ្ចូលទិន្នន័យ Set Database ដែលអាចឱ្យបញ្ចូលទិន្នន័យ និងរក្សាទិន្នន័យបម្រុងទុក
- យល់ដឹងពីរបៀបការពារទិន្នន័យ
- រៀបរាប់បាននូវក្បួនច្បាប់ បញ្ញត្តិ និង/ឬគោលនយោបាយនានាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ ឬធ្វើការងារជាមួយទិន្នន័យ
- យល់ដឹងពីគុណសម្បត្តិ និងគុណវិបត្តិ ក្នុងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រកបដោយគុណភាព
- វិភាគ (ដើម្បីរកចម្លើយចំពោះសំណួរនានាទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃនៅកន្លែងផ្តល់សេវា ART)
- រៀបចំផែនការមួយ ដើម្បីគ្រប់គ្រងទិន្នន័យរបស់ខ្លួន

- រៀបចំយន្តការដើម្បីត្រួតពិនិត្យគុណភាពប្រព័ន្ធទិន្នន័យរបស់ខ្លួន
- រៀបចំបទបង្ហាញ បង្ហាញនិងពិភាក្សាលទ្ធផលរបស់សូចនាករនីមួយៗប្រកបដោយភាពទុកចិត្ត។

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៖ សូចនាករការកែលម្អគុណភាពបន្ត

I. សូចនាករទាក់ទងនឹងមរណៈភាព និងការដាក់អ្នកជំងឺឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ

១. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះឈ្មោះនៅក្នុងសេវា ART ដែលបានស្លាប់	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART ដែលស្លាប់ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺ ART សរុបនៅគ្លីនិកក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាមរណភាពរបស់អ្នកជំងឺកំពុងទទួល ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ស្លាប់ទាំងអស់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនសរុបអ្នកជំងឺអេដស៍ចុះបញ្ជីព្យាបាលដែលត្រូវបានគេដឹងថា ស្លាប់ នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15ស្រី 15+ស្រី ស្ថានភាពប្រើប្រាស់ ART: Pre-ART/ART
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោល សម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវាលារបស់គ្លីនិក ART នីមួយៗ។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យក ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុស្លាប់ និងបន្ទាប់មកធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ៖ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិ ឬប្រសិនបើអាត្រានៃ

	ការស្លាប់កើនឡើង។ អត្រាមរណភាពគួរតែឋិតនៅតិចជាង ០,៣% ក្នុងមួយត្រីមាស។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាគេមិនអាចសង្គ្រោះអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់បានក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឱ្យខ្លាំងក្លា ក្នុងការផ្តល់នូវសេវាប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការស្លាប់ឱ្យនៅតិចបំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួល ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេចដែលអាចកាត់បន្ថយការស្លាប់ ហើយបន្ទាប់មកអនុវត្តការផ្លាស់ប្តូរនោះតាមតែអាចធ្វើទៅបាន។

២. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួលសេវា ART បាត់មុខ (Lost to Follow Up)	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍នៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលរាយការណ៍ដែលត្រូវបានគេចាត់ថា បាត់មុខពីការព្យាបាលនៅគ្លីនិកស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺសរុប គុណនឹង១០០។ អ្នកជំងឺទាំងនេះ មិនបានចាត់ថាស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបញ្ឈប់ ART នោះទេ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានពីសមាមាត្ររបស់អ្នកជំងឺដែលបាត់មុខពីការព្យាបាល និងត្រូវតាមរកយ៉ាងសកម្មដោយគ្លីនិក។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានចុះឈ្មោះនៅគ្លីនិក ART ដែលបាត់មុខពីការព្យាបាលក្នុងរយៈពេលរាយការណ៍ គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។ "បាត់មុខពីការព្យាបាល" ត្រូវបានកំណត់ដោយកម្មវិធីជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ គឺគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមកទទួលការព្យាបាលយឺតលើសពី ២៨ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃណាត់មកជួប។

សង្ខាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍បាត់មុខពីការព្យាបាលសរុបនៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងគ្លីនិក នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ (អ្នកជំងឺសកម្ម + អ្នកជំងឺបាត់មុខ + អ្នកជំងឺស្លាប់ + អ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក ART។ សកម្មភាពសមស្របនានានឹងត្រូវប្រកាន់យក ដើម្បីស្វែងយល់ពីមូលហេតុបាត់មុខ និងបន្ទាប់មកធ្វើការទប់ស្កាត់ទៅតាមមូលហេតុនោះ នៅពេលដែលលទ្ធផលនៃការវិភាគ លើសពីតួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិឬ កើនឡើងតាមពេលវេលា។ ភាគរយនៃការបោះបង់ការព្យបាលមិនត្រូវឱ្យលើសពី ២,៥% ក្នុងមួយត្រីមាស។ ការបកស្រាយ៖ គោលដៅខ្ពស់បំផុត របស់ការថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍គឺការរក្សាជីវិតអ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាគេមិនអាចសង្គ្រោះ អ្នកជំងឺទាំងអស់បានយ៉ាងណាក៏ដោយ គ្លីនិកទាំងឡាយគួរព្យាយាមឱ្យខ្លាំងក្លាក្នុងការផ្តល់នូវសេវាថែទាំប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ ដើម្បីទប់ការបាត់មុខឱ្យនៅតិចបំផុត។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការបោះបង់ការព្យាបាលក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួលសេវា ART តើត្រូវការផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធដូចម្តេចដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺឱ្យទទួលការព្យាបាលឱ្យបានទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

៣. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកខានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំនៅក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃ បានដាក់ឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមិនបានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប ហើយដែលក្រោយមកបានមកទទួលសេវាវិញ ចែកនឹងចំនួនសរុបនៃអ្នកដែលខកណាត់ ឬមិនមកបើកថ្នាំក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានពីសមាមាត្ររបស់អ្នកជំងឺដែលខកណាត់ហើយបានមកទទួលការព្យាបាលវិញ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលខកណាត់ក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប និងអ្នកជំងឺដែលបានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញក្រោយការខកខានរបស់ពួកគេ គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលខកណាត់ក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប ហើយបានត្រឡប់និងដាក់ឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកណាត់ក្នុងចន្លោះ ២៨ថ្ងៃសរុប នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬ "ឧបករណ៍តាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ" ។
	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក

បំណកស្រាយ	ART នីមួយៗក្នុងការតាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលព្យាបាលវិញនៃអ្នកជំងឺដែលខកណាត់។ ជាមធ្យម ៨៥% នៃអ្នកជំងឺខកណាត់ត្រូវបានដាក់ឱ្យទទួលសេវាវិញក្នុងមួយត្រីមាសៗ។ សកម្មភាពសមស្របមួយចំនួនគួរប្រកាន់យក ដើម្បីយល់កាន់តែច្បាស់ពីមូលហេតុនៃការខកខាន និងបន្ទាប់មកបង្ការវាទៅតាមមូលហេតុ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការខកណាត់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួលសេវា ART និងអត្រាដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ។ បើអត្រានៃការដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញមានកម្រិតទាបខ្លាំងធៀបនឹងការបាត់ ចូរពិនិត្យមើល តើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះរបស់ប្រព័ន្ធដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។

៤. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលខកខានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំលើសពី ២៨ថ្ងៃ បានដាក់ឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមិនបានមកពិនិត្យ ឬមកបើកថ្នាំលើសពី ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប ហើយដែលក្រោយមកបានមកទទួលសេវាវិញ ចែកនឹងចំនួនសរុបនៃអ្នកដែលខកណាត់ ឬមិនមកបើកថ្នាំលើសពី ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានពីសមាមាត្ររបស់អ្នកជំងឺដែលបាត់មុខហើយបានមកទទួលការព្យាបាលវិញ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបាត់មុខលើសពី ២៨ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប និងអ្នកជំងឺដែលបានត្រឡប់មកទទួលការព្យាបាលវិញក្រោយការខកខានរបស់ពួកគេ គណនាភាគរយដោយប្រើប្រាស់ភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស

ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបាត់មុខលើសពី ២៨ ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃណាត់ជួប ហើយបានដាក់ឱ្យទទួលសេវាព្យាបាលវិញ នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបាត់មុខលើសពី ២៨ ថ្ងៃសរុប នៅចុងបញ្ចប់ត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬ "ឧបករណ៍តាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ"
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ តួលេខមធ្យមថ្នាក់ជាតិនឹងត្រូវយកមកប្រើជាគោលសម្រាប់ការប្រៀបធៀប ក៏ដូចជាគំនូសទំនោរតាមពេលវេលាសម្រាប់គ្លីនិក ART នីមួយៗក្នុងការតាមរក និងដាក់ឱ្យទទួលព្យាបាលវិញនៃអ្នកជំងឺដែលបាត់មុខ។ ជាមធ្យម ៦០%នៃអ្នកជំងឺបាត់មុខត្រូវបានដាក់ឱ្យទទួលសេវាក្នុងមួយត្រីមាសៗ។ សកម្មភាពសមស្របមួយចំនួនគួរប្រកាន់យក ដើម្បីយល់កាន់តែច្បាស់ពីមូលហេតុនៃការខកខាន និងបន្ទាប់មកបង្ការវាទៅតាមមូលហេតុ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការខកណាត់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទទួលសេវា ART និងអត្រាដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញ។ បើអត្រានៃការដាក់ឱ្យទទួលការព្យាបាលវិញមានកម្រិតទាបខ្លាំងធៀបនឹងការបាត់ ចូរពិនិត្យមើល តើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះរបស់ប្រព័ន្ធដែលអាចរក្សាអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលជាប់លាប់ទៀងទាត់។

II. សូចនាករនៃស្ថានភាពមកទទួលសេវា

៥ក. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យយឺត ផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍។
គោលបំណង	លើកកំពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវៀងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម ឱសថបម្រុងត្រូវផ្តល់ឱ្យសម្រាប់រយៈពេល៥ថ្ងៃ (យោងលិខិត NCHADS លេខ០១៤៦)។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឯកសារអ្នកជំងឺ ឬបញ្ជីចុះឈ្មោះ ណាត់ជួប
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងឱ្យនៅតិចជាង ២,៥% ក្នុងមួយត្រីមាស។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យយឺតហួសផុតចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុងវានឹងប្រហែលជាឈានទៅរកការស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ហួសផុតចំនួនថ្ងៃ ឱសថ

	បម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយតើគេអាចកែលម្អបញ្ហាទាំងនេះយ៉ាងដូចម្តេច ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់នេះ។

៥ខ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យឃើត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃមានឱសថបម្រុង	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យឃើតតែនៅសល់ចំនួនថ្ងៃឱសថបម្រុង ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍។
គោលបំណង	លើកកម្ពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យឃើត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។ ឱសថបម្រុងត្រូវផ្តល់ឱ្យសម្រាប់រយៈពេល ៥ ថ្ងៃ (យោងលិខិត NCHADS លេខ០១៥៦)។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យឃើតប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃ នៅមានឱសថបម្រុងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស។
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរកម្រិតការមកពិនិត្យឃើត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុងសរុបឱ្យនៅ ៥% ឬតិចជាង ក្នុងមួយត្រីមាស។ ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យឃើត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងថ្ងៃនៅមាន ឱសថ

	បម្រុងសរុប វានឹងឈានទៅរកការមកពិនិត្យយឺតផុតចំនួនថ្ងៃមានឱសថបម្រុង និងបង្កើនបន្ទុកការងារប្រចាំថ្ងៃអ្នកផ្តល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលមូលហេតុនៃការយឺត ប៉ុន្តែស្ថិតក្នុងចំនួនថ្ងៃនៅមានឱសថបម្រុង តើមានបញ្ហាអ្វីនៅក្នុងប្រព័ន្ធ ហើយត្រូវកែលម្អបញ្ហាទាំងនេះ យ៉ាងដូចម្តេចដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាខកខានមកតាមការណាត់។

៥គ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	លើកកម្ពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាងដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះ ជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ ដែលមកពិនិត្យត្រូវនឹងថ្ងៃណាត់នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្លីនិកគួរជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យមានការមកពិនិត្យចំថ្ងៃ

បំណកស្រាយ	ណាត់ឱ្យបានលើសពី ៨៥%។ ការបកស្រាយៈ ភាគរយខ្ពស់នៃការមកពិនិត្យចំថ្ងៃណាត់ វាអាចនឹងធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺអេដស៍ឈានទៅទទួលការព្យាបាលឱ្យបានជាប់លាប់ និងទៀងទាត់។ អន្តរាគមន៍ៈ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឱ្យរក្សាការមកពិនិត្យព្យាបាលទៅតាមការណាត់។

៥យ. ភាគរយនៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ជួប ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងទទួល ART។	
និយមន័យ	ចំនួនការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ ចែកនឹងចំនួនការពិនិត្យសរុប នៅក្នុងអំឡុងពេលដែលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	លើកកម្ពស់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សា និងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឱ្យធ្វើតាមការណាត់ជួបរបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីចៀសវាង ដាច់ការថែទាំ និងព្យាបាល។ គេប្រើសូចនាករនេះជាសូចនាករប្រហាក់ប្រហែល សម្រាប់វាស់វែងការទទួល ART ជាប់លាប់ និងទៀងទាត់ដែរ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនការណាត់ទាំងអស់ដែលមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់សរុប នៅក្នុងត្រីមាស
ភាគបែង	ចំនួនមកពិនិត្យសរុបនៅក្នុងត្រីមាស
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: < 15 ប្រុស 15 + ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
	ចំណុចសកម្មភាពៈ គ្លីនិកគួរកំណត់កំរិតការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់ឱ្យនៅ ៧% ឬតិចជាងនេះ ក្នុងមួយត្រីមាស។

បំណកស្រាយ	ការបកស្រាយ៖ ភាគរយខ្ពស់ នៃការមកពិនិត្យមុនថ្ងៃណាត់នឹងដាក់បន្ទុកច្រើនដល់ការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកគួរលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ឱ្យរក្សាការមកពិនិត្យទៅតាមការណាត់។

III. សូចនាករនៃការព្យាបាល ART និងព្យាបាលបង្ការ

៦. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលផ្តើម ART ថ្មីក្នុងថ្ងៃតែមួយដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តបញ្ជាក់ថា មានមេរោគអេដស៍។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលផ្តើម ART ថ្មី បានផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីសរុបក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការផ្តើមនិងផ្តល់ ART ទាន់ពេល និងប្រាកដថា ការនេះគឺស្របតាមគោលការណ៍ជាតិនៃការផ្តល់ ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានថ្ងៃចាប់ផ្តើម ART ដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តបញ្ជាក់ HIV ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីសរុប។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានថ្ងៃចាប់ផ្តើម ART ដូចគ្នានឹងថ្ងៃតេស្តបញ្ជាក់ HIV នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីដំបូងសរុបនៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍
ទិន្នន័យបំបែក	0 ថ្ងៃ ១-៧ ថ្ងៃ >៧ថ្ងៃ
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART

បំណកស្រាយ	ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីទាំងអស់ តើមានប៉ុន្មានភាគរយដែលបានផ្តើម ART ក្នុងថ្ងៃតែមួយនឹងថ្ងៃធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ?

៧. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូង ដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 មុនពេលចាប់ផ្តើម ART។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូងដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 មុននឹងចាប់ផ្តើម ART ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូងទាំងអស់ក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់អត្រាគ្របដណ្តប់របស់តេស្ត CD4 ដើមគ្រា (មុនចាប់ផ្តើម ART) ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ)។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និង ភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូងដែលបានធ្វើតេស្តរាប់ CD4 មុនពេលផ្តើម ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូងទាំងអស់ក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ការខកខានមិនបានធ្វើតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិពីសំណាក់អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងមានការពិបាកក្នុងការតាមដានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួននិងរៀបចំផែនការកែលម្អ។

៨ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 350/ml បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយកូទ្រីម (CXT)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <350 c/mm^3 បានទទួលថ្នាំកូទ្រីម៉ុកសាសូល ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <350 c/mm^3 សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះក្នុងសេវា ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ)។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលមានរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 350 ហើយបានទទួលថ្នាំ Cotrimoxazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងទទួលបន្ត) នាពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុតនៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុប ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 របស់គាត់ថ្មីបំផុតតិចជាង 350 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាពៈ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4<350 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole។ ការបកស្រាយៈ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យដល់

	អ្នកជំងឺអេដស៍កើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៨ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង 100 ក្នុង១មីលីម៉ែត្រគីបឈាម បានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 <100 c/mm^3 បានទទួលថ្នាំ Fluconazole ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <100c/mm^3 សរុប គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានការថែទាំព្យាបាលសមស្រប ចំពោះការបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះក្នុងសេវាថែទាំព្យាបាល ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មាន ចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងបន្តថ្នាំ) នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមាន CD4 ថ្មីបំផុតរបស់គាត់ មានចំនួនតិចជាង 100 ហើយបានទទួលថ្នាំ Fluconazole (ទាំងអ្នកទទួលថ្មី និងអ្នកកំពុងទទួលបន្ត) ក្នុងពេលមកពិនិត្យថ្មីបំផុត នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍សរុបដែលមានចំនួន CD4 របស់គាត់ តិចជាង 100 ហើយបានមកពិនិត្យក្នុងអំឡុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។

ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមាន CD4 < 100 ត្រូវតែទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ Fluconazole។ ការបកស្រាយ៖ ការមិនបានផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការ វានឹងបង្កើនហានិភ័យខ្ពស់ដល់អ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យកើតមានជំងឺឱកាសនិយម ហើយវាជាសូចនាករនៃការផ្តល់ការថែទាំនៅក្រោមគុណភាព។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានចាប់ផ្តើមការព្យាបាលបង្ការ ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានា ដែលអាចជួយកាត់បន្ថយនូវភាពយឺតយ៉ាវទាំងនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានាដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៩. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានទទួលឱសថ ARV និងការណាត់ជួបរយៈពេល ៣ខែ ឬលើសពីបីខែ (≥៣ខែ)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART បានទទួលឱសថ ARV និងការណាត់ជួបរយៈពេល ≥៣ខែ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART សកម្មទាំងអស់នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាគ្របដណ្តប់របស់ MMD ស្មើ ឬលើស ៣ខែក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART សកម្មទាំងអស់។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានការណាត់ជួប ≥៣ខែ ហើយគណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេបានផ្តល់ឱសថ ARV និងការណាត់ជួបមាន

	រយៈពេល ≥៣ខែ មកដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួល ART សកម្មសរុប មកដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	<៣ខែ =៣ខែ =៤ =៥ខែ ≥៦ខែ
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	MMD ≥ 3 ខែគួរតែ ៩០%។ ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានទទួល MMD កាន់តែខ្ពស់ មានន័យថា មានអ្នកជំងឺកាន់តែច្រើនដែលមានស្ថានភាពនឹងនដោយមានតម្រូវការឱសថស្មុគស្មាញកាន់តែតិច។ ធនធានវេជ្ជសាស្ត្រកាន់តែនៅសល់ទុកបម្រុងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលឈឺធ្ងន់ជាង អ្នកជំងឺដែលទើបចាប់ផ្តើមការព្យាបាល និងអ្នកជំងឺដែលមានតម្រូវការស្មុគស្មាញជាង។

១០ក. ភាគរយអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដំបូងដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដំបូងដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដំបូងទាំងអស់ នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	តាមដានសមាមាត្រអ្នកជំងឺដែលផ្តើម ART ថ្មីដោយ TLD ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។

សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ថ្មីដំបូងដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ នៅក្នុងត្រីមាស។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្តើម ART ថ្មីដំបូងសរុបនៅក្នុងត្រីមាស។
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ គ្រប់អ្នកជំងឺដែលផ្តើមការព្យាបាល ART ថ្មី គួរតែត្រូវផ្តល់ឱសថ TLD ជារបបឱសថព្យាបាលជួរទីមួយ។ ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្តល់ឱសថ TLD ដល់អ្នកជំងឺដែលផ្តើមការព្យាបាល ART លើកដំបូងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ និងដោះស្រាយបញ្ហានេះទៅតាមជាក់ស្តែង។

១០ខ. ភាគរយអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលបាន និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ TLD ជាឱសថជួរទី១ ចែកនឹងអ្នកជំងឺ ART សកម្មទាំងអស់ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១ នៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	តាមដានការប្រើប្រាស់ឱសថ TLD ជាជួរទី១ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១ទាំងអស់ ទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីជាតិ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ទាំងអស់ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ មកដល់ចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស

ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ជួរទី១ទាំងអស់ដែលគេផ្តល់ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ជួរទី១សរុបនៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ឱសថ TLD គួរតែផ្តល់ឱ្យ ៩០%នៃអ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថជួរទីមួយ។ ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្តល់ឱសថ TLD ជាឱសថព្យាបាលជួរទី១ និងដោះស្រាយបញ្ហានេះទៅតាមជាក់ស្តែង។

១១ក. ភាគរយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានប្រភាគអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍កំពុងទទួលសេវាថៃទាំព្យាបាលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដែលជាជំងឺនាំមុខគេចំពោះការស្លាប់របស់អ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេអេដស៍ដែលចុះឈ្មោះនៅគ្លីនិក ART នៅចុងត្រីមាសដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (នៅកំពុងទទួល ឬបានបញ្ចប់ពេញលេញ)។ គណនារកភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្ខាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេអេដស៍ទាំងអស់នៅចុងត្រីមាសត្រូវរាយការណ៍ ដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (នៅកំពុងទទួល ឬបានបញ្ចប់

	ពេញលេញ)។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុបដែលបានទទួលការថែទាំព្យាបាល នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ រាល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមួយវគ្គ។ ភាគរយការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងកាន់តែខ្ពស់គេរំពឹងថា អត្រាជំងឺរបេងសកម្មនឹងកាន់តែទាប។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុ ដែលមិនបានផ្តល់ការពព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយបង្កើនការព្យាបាលបង្ការនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានា ដើម្បី ដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

១១ខ. ភាគរយនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់ពេញលេញ (តួលេខបូកត)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងចប់ពេញលេញមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍ ចែកនឹងចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាជោគជ័យនៃការបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។

សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងបានបញ្ចប់វគ្គលេបថ្នាំពេញលេញមកទល់នឹងចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលចុះឈ្មោះនៅ ART គ្លីនិក នៅចុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក Pre-ART/ART
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ រាល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងមួយវគ្គ។ ភាគរយការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងកាន់តែខ្ពស់គេរំពឹងថា អត្រាជំងឺរបេងសកម្មនឹងកាន់តែទាប។ អន្តរាគមន៍៖ គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យអត្រាការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងពេញលេញនៅមានកម្រិត ហើយកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយបង្កើនការព្យាបាលបង្ការនេះ និងដាក់ចុះការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីនានា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

IV. សូចនាករទាក់ទងនឹងការធ្វើតេស្ត viral load

១២ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ART បានធ្វើតេស្ត VL យ៉ាងហោច ១ដង ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក (អត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្ត viral load)	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានធ្វើតេស្ត Viral Load យ៉ាងហោច១ដងក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក ដោយមានលទ្ធផល Viral Load នៅក្នុងឯកសារជំងឺ (ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART) ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងហោច១២ខែហើយ គុណនឹង ១០០។

គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្ត VL របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងចន្លោះពេល ១២ខែកន្លងមក។ ជម្រុះការកត់ត្រាជាន់គ្នាដើម្បីចៀសវាងការរាប់ត្រួតគ្នានៅក្នុងភាគយក។ ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load យ៉ាងហោច១ដងក្នុងចន្លោះពេល ១២ខែកន្លងមក នៅក្នុងឯកសារជំងឺ (ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ ART)។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានចាប់ផ្តើម និងកំពុងព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងហោចរយៈពេល ១២ខែមុនពេលរាយការណ៍ ។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 **ស្រី** 15+ **ស្រី**
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	គ្លីនិកដែលមានអត្រាអ្នកជំងឺបានធ្វើតេស្ត Viral Load ខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីគុណភាពសេវាខ្ពស់។ ការបកស្រាយ៖ អត្រាគ្របដណ្តប់ការធ្វើតេស្ត viral load ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ARTគឺយ៉ាងហោច ៩០%។ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យការធ្វើតេស្ត Viral Load មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបេទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អស្ថានភាពនេះ។

១២ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មានការតាមដាន viral load នៅខែទី៦ [WHO: VLS.6]	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ARTដែលមានលទ្ធផល VL តេស្តយ៉ាងហោចមួយនៅក្នុងឯកសារជំងឺរបស់គេ ក្នុងចន្លោះពេល៦ខែដំបូងក្រោយចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART យ៉ាងហោចរយៈពេល៦ខែ គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	សូចនាករនេះ WHO VLS.6 តាមដានអត្រាគ្របដណ្ដប់ និងលទ្ធផលនៃតេស្ត VL ដំបូង របស់អ្នកជំងឺក្រោយផ្ដើមការព្យាបាលដោយ ART រយៈពេល ៦ខែ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	រាប់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត VL នាខែទី៦ ក្រោយពេលចាប់ផ្ដើម ART ឬប្ដូររូបមន្តព្យាបាល ART ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផល VL តេស្តយ៉ាងហោចមួយនៅក្នុងឯកសារជំងឺរបស់គេ ក្នុងចន្លោះពេល៦ខែដំបូងក្រោយចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួល ART យ៉ាងហោចរយៈពេល៦ខែ
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណាកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ការបរាជ័យដោយ មិនបានអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិ (ធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល ៦ខែក្រោយពេលចាប់ផ្ដើម ART ឬប្ដូររូបមន្តព្យាបាល ART) របស់អ្នកផ្ដល់សេវា អាចនឹងឈានទៅរកភាពមិនមានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល។ គ្លីនិក ART គួរពិនិត្យមើលស្នាដៃរបស់ខ្លួន និងធ្វើការកែលម្អ ប្រសិនបើមានភាគរយនៃការមិនបានធ្វើតេស្ត VL តាមគោលការណ៍ណែនាំ

	កើតមានឡើង ។ ការបកស្រាយ៖ ប្រសិនបើគ្លីនិក ART មានភាគរយខ្ពស់នៃអ្នកជំងឺដែលមិនបានធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល៦ខែក្រោយពីចាប់ផ្តើម ART ឬប្តូររូបមន្តព្យាបាល ART គេត្រូវតែពិនិត្យមើលពីមូលហេតុដែលនាំឱ្យមានបញ្ហានេះ និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អស្ថានភាពនេះ។

១២គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ព្យាបាលដោយ ART មានលទ្ធផល Viral Load <1000 copies/ml (ចំនួនមេរោគអេដស៍តិចជាង ១០០០ ក្នុងឈាម ១មីលីលីត្រ) នៅខែទី១២ បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើម ART [WHO: VLS.1]។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1000 copies/ml នៅខែទី១២ បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើម ART ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load នៅខែទី១២ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាបនៅ ១២ខែ ក្រោយការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART និងប៉ាន់ប្រមាណភាគរយអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងត្រូវបានបង្ក្រាប។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះគឺ ផ្អែកលើក្រុមអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួល ART ដែលមានបន្ទុកមេរោគក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាបនៅខែទី ១២ ក្រោយការចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	ត្រីមាស និងរៀងរាល់ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1000 copies/ml នៅខែទី១២ ក្រោយការផ្តើមការព្យាបាល។

ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load នៅខែទី១២ ក្រោយផ្តើមការព្យាបាលសរុប។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	អត្រាអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1000copies/ml ខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីអត្រាជោគជ័យនៃការព្យាបាល។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ARTត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យលទ្ធផល Viral Load <1000 copies/ml មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អស្ថានភាពនេះ។

១២ឃ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍កំពុងព្យាបាលដោយ ART មានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្ក្រាប (Suppressed Viral Load) [WHO: VLS.3]។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មានបន្ទុកមេរោគត្រូវបានបង្ក្រាប (Viral Load <1000 copies/ml) ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងអំឡុងពេល១២ខែមុន គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានអត្រាអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមត្រូវបានបង្ក្រាបក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺទាំងអស់កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load ដោយមិនគិតថា គេចាប់ផ្តើម ART ពីពេលណាឡើយ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថាបោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	ត្រីមាស និងរៀងរាល់ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1000 copies/ml។

ភាគបែង	Program-based denominator: ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ក្នុងអំឡុងពេល ១២ខែកន្លងមក។ Population-level denominator: ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបាននិងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ARTយ៉ាងហោច៦ខែ
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	អត្រាអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load <1000 copies/ml ខ្ពស់ឆ្លុះបញ្ចាំងពីអត្រាជោគជ័យនៃការព្យាបាល។ វាទាក់ទងនឹង ៩៥ទីបីនៃ គោលដៅ ៩៥-៩៥-៩៥ (៩៥% នៃអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ARVមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម ត្រូវបានបង្ក្រាប)។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ARTត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យលទ្ធផល Viral Load <1000 copies/ml មានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយបង្កើនអត្រានេះ។

១២ង. ភាគរយលទ្ធផល VL តេស្តដែលគ្លីនិក ART ទទួលបានក្នុងចន្លោះ ១០ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាមនិងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផល។	
និយមន័យ	ចំនួនលទ្ធផល VL តេស្តដែលទទួលបានក្នុងចន្លោះ១០ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាម និងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផល ចែកនឹងចំនួនលទ្ធផលដែលគេរំពឹងបានទទួលសរុប (នៃចំនួនសំណាកឈាមដែលបានផ្ញើទៅមន្ទីរពិសោធន៍) គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងរយៈពេលគិតជាថ្ងៃ ពីថ្ងៃដែលគេស្នើសុំ VL តេស្តទៅទល់នឹងថ្ងៃដែលគេបានទទួលលទ្ធផលនៅគ្លីនិក ART តើវាលឿន ឬយឺតយ៉ាងណា។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	យើងប្រើថ្ងៃខែដែលគេស្នើសុំ VL តេស្តជាថ្ងៃខែជំនួសឱ្យថ្ងៃខែបូមឈាម។ គណនាចំនួនថ្ងៃដោយយកថ្ងៃខែដែលគេទទួលលទ្ធផលតេស្ត ដកនឹងថ្ងៃខែ

	ដែលគេស្នើសុំធ្វើ VL តេស្ត។
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនលទ្ធផល VL តេស្តដែលទទួលបានក្នុងចន្លោះ១០ថ្ងៃ រវាងថ្ងៃបូមឈាម និងថ្ងៃដែលគេទទួលលទ្ធផលនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ភាគបែង	ចំនួនលទ្ធផល VL សរុបដែលគេរំពឹងបានទទួលសរុបនៅគ្លីនិក ART នៅក្នុងត្រីមាសដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	≤១០ថ្ងៃ >១០ថ្ងៃ
ប្រភពទិន្នន័យ	ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអេឡិកត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ការទទួលបានលទ្ធផល VL កាន់តែលឿន ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលថែទាំកាន់តែប្រសើរ។

V. សូចនាករទាក់ទងនឹងការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (EAC)

១៣ក. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥1000 copies/ml បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មាន Viral Load ≥1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងរយៈពេល១២ខែ ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ≥1000 copies/ml និងដែលត្រូវធ្វើតេស្ត viral load តាមដាននៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	សូចនាករនេះគណនាចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មាន Viral Load ≥ 1000 copies/ml ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតពេញលេញ ឬមិនពេញលេញ ដោយហេតុថា ការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់

	និងជាប់លាប់មិនបានល្អជាកត្តានាំឱ្យការព្យាបាលបរាជ័យ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ភាគបែងគួរតែតំណាងឱ្យចំនួនអ្នកជំងឺដែលមាន Viral Load ≥1000 copies/ml ហើយភាគយកគួរតែតំណាងឱ្យអ្នកជំងឺដែលមាន Viral Load ≥1000 copies/ml ហើយបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (ម្តង ពីរដង ឬបីដង)
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART មាន Viral Load ≥1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងរយៈពេល១២ខែ ដែលបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ≥1000 copies/ml និងដែលត្រូវធ្វើតេស្ត viral load តាមដាននៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍សរុប
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬសៀវភៅបញ្ជីផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត សៀវភៅបញ្ជីអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់។
បំណកស្រាយ	ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមាន Viral Load ≥1000 copies/ml បានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិតឆ្លុះបញ្ចាំងពីការតាមដានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបានល្អ និងជួយគ្រូពេទ្យក្នុងការសម្រេចចិត្តមុនការប្តូរថ្នាំ។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែល EAC មានកម្រិតទាប និង កំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អបញ្ហានេះ។

១៣ខ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥ 1000 copies/ml បានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះ៦ខែ ក្រោយពីការផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត (EAC)។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART បានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះ៦ខែ ក្រោយពីឃើញ Viral Load ≥1000 copies/ml ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ≥1000 copies/ml សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	សូចនាករនេះគណនាការតាមដានអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាល ដោយ ART មាន Viral Load ≥1000 copies/ml ដែលគួរតែទទួលការតាមដានតេស្ត viral load
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ជាការល្អគេត្រូវវាស់វែងសូចនាករនេះ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលត្រូវដល់ពេលធ្វើតេស្តតាមដានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរកសមាមាត្រអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្តតាមដានដោយគណនាប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានក្នុងចន្លោះពេល ៦ខែ ក្រោយពីមានលទ្ធផល Viral Load ≥1000 copies/ml
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលមានលទ្ធផល Viral Load ≥1000 copies/ml សរុបក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬសៀវភៅបញ្ជីផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត សៀវភៅបញ្ជីអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់។
បំណកស្រាយ	ភាគរយអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីការតាមដានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបានល្អ និងជួយគ្រូពេទ្យក្នុងការសម្រេចចិត្ត។

	ការបកស្រាយៈ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យការធ្វើតេស្ត Viral Load តាមដានមានកម្រិតទាប និងកំណត់នូវបទអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អបញ្ហានេះ។

១៣គ. ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥1000 copies/ml ហើយដែលបន្ទាប់មកត្រឡប់មក <1000 copies/ml វិញនៅពេលធ្វើតេស្ត viral load តាមដាន ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL តាមដាន <1000 copies/ml ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមាន Viral Load ≥1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ និងបានទទួលការធ្វើតេស្ត VL តាមដានក្នុងចន្លោះពេល៦ខែ សរុប គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	សូចនាករនេះជួយវាស់វែងលទ្ធផលនៃអន្តរាគមន៍ក្រោយពីមាន viral load មិនបង្ក្រាប និងប្រាប់ពីប្រេវ៉ាឡង់របស់ភាពស៊ាំថ្នាំ
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ជាការល្អគេត្រូវវាស់វែងសូចនាករនេះ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលត្រូវដល់ពេលធ្វើតេស្តតាមដានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយគណនាប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL តាមដាន <1000 copies/ml
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយ ART ដែលមាន Viral Load ≥1000 copies/ml ក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍ និងបានទទួលការធ្វើតេស្ត VL តាមដានក្នុងចន្លោះពេល៦ខែ
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទៈ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី

ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ឬសៀវភៅបញ្ជីផ្តល់ប្រឹក្សាលម្អិត សៀវភៅបញ្ជីអ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់។
បំណាកស្រាយ	ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load តាមដានត្រឡប់មក <1000 copies/ml វិញខ្ពស់ ឆ្លុះបញ្ចាំងពីប្រសិទ្ធភាពនៃអន្តរាគមន៍ EAC។

VI. សូចនាករទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាល និងការបិតនៅបន្តក្នុងសេវា

១៤ក. ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី១ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥ 1,000 copies/ml ចំនួនពីរលើកបន្តបន្ទាប់គ្នាបានប្តូររបបឱសថពីជួរទី១ ទៅរបបឱសថ ART ជួរទី២	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ART ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដង បន្តបន្ទាប់គ្នា ≥1000 copies/ml (ដែលពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយយ៉ាងហោច មានរយៈពេល ៦ខែ) បានប្តូររូមមន្តព្យាបាលទៅជួរទីពីរ ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺ ដែលកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី១ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរ ដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥1000 copies/ml សរុបនៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវ រាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការតាមដានគ្លីនិក និងការព្យាបាល។ វាប្រហែលជាអាចជួយក្នុង ការគន់គូរសម្រាប់លទ្ធកម្មឱសថជួរទីពីរ និងថវិកាដែលត្រូវការ។
វិធីសាស្ត្រក្នុង ការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះគឺ ផ្អែកលើក្រុមអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួល ART ដែល មានបន្ទុកមេរោគខ្ពស់ (VL ≥ 1000 copies/ml)។ ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែល ស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថា បោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនា ភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី១ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥ 1000 copies/ml (ដែលពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយ

	យ៉ាងហោចមានរយៈពេល ៦ខែ) បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទីពីរ។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី១ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥ 1000 copies/ml សរុបនៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនផ្លាស់ប្តូររបបឱសថទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការព្យាបាល និងថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចគ្រប់គ្រងជំងឺឱ្យបានសមស្រប។

១៤ខ. ភាគរយអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី២ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត VL≥ 1000 copies/ml ចំនួនពីរលើកបន្តបន្ទាប់គ្នាបានប្តូររបបឱសថពីជួរទី២ ទៅរបបឱសថ ART ជួរទី៣ ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទី២ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥ 1000 copies/ml (ដែលពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយយ៉ាងហោចមានរយៈពេល ៦ខែ) បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទីបី ចែកនឹងចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទីពីរ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥ 1000 copies/ml សរុបនៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍ គុណនឹង ១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងការតាមដានគ្លីនិក និងការព្យាបាល។ វាប្រហែលជាអាចជួយក្នុងការគន់គូរសម្រាប់លទ្ធកម្មឱសថជួរទីពីរ និងទីបី និងថវិកាដែលត្រូវការ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះគឺ ផ្អែកលើក្រុមអ្នកជំងឺដែលនៅរស់ និងកំពុងទទួល ART ដែលមានបន្ទុកមេរោគខ្ពស់ (VL ≥ 1000 copies/ml)។ ភាគបែងត្រូវដកអ្នកជំងឺដែលស្លាប់ បញ្ជូនចេញ ឬបានកំណត់ថា បោះបង់ការព្យាបាលចេញ។ គណនា

	ភាគរយ ដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
សង្វាក់	រៀងរាល់ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ARTក្នុងជួរទី២ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥ 1000 copies/ml (ដែលពីតេស្តមួយទៅតេស្តមួយ យ៉ាងហោចមានរយៈពេល ៦ខែ) បានប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទីបី។
ភាគបែង	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាល ART ក្នុងជួរទីពីរ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នា ≥1000 copies/ml សរុបនៅក្នុងរយៈពេលដែលត្រូវរាយការណ៍។
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ៖ <15 ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART
បំណកស្រាយ	ART គ្លីនិកត្រូវពិនិត្យមើលហេតុផលដែលមិនផ្លាស់ប្តូររបបឱសថទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ការព្យាបាល និងថែទាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចគ្រប់គ្រងជំងឺឱ្យបានសមស្រប។

១៥. ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេដឹងថា នៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលនៅបន្តការព្យាបាល ក្រោយពីបានចាប់ផ្តើម ART ដោយមិនរាប់អ្នកដែលបាត់ពីការព្យាបាល (TX_CURR) នៅក្នុងត្រីមាស ឬនៅក្នុងឆ្នាំ។
គោលបំណង	ដើម្បីកំណត់ថាតើមានអ្នកជំងឺប៉ុន្មានដែលនៅបិតក្នុងការព្យាបាល។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	វិធីគណនាដែលអាចជំនួស៖ Retention quarter = (1- (TX_CURR prior quarter +

	TX_NEW - TX_CURR current quarter)/TX_CURR prior quarter)[4] TX_NEW = ចំនួនអ្នកជំងឺពេញវ័យ និងកុមារចុះឈ្មោះទទួល ART ថ្មី TX_CURR prior quarter = ចំនួនអ្នកជំងឺពេញវ័យ និងកុមារកំពុងទទួល ART ក្នុងត្រីមាសមុន TX_CURR current quarter= ចំនួនអ្នកជំងឺពេញវ័យនិងកុមារកំពុងទទួល ART ក្នុងត្រីមាសបច្ចុប្បន្ន (ដែលរាយការណ៍) គេអាចគណនាអត្រាប្រចាំឆ្នាំដោយប្រើទិន្នន័យត្រីមាសទីបួនរបស់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន និងរបស់ឆ្នាំមុន។ អត្រាការបិតនៅបន្តក្នុងសេវាប្រចាំត្រីមាសអាចគណនាបាន ដោយលើកស្វ័យគុណ៤ (រូបមន្តខាងលើ)។
សង្វាក់	ប្រចាំត្រីមាស/ឆ្នាំ
ភាគយក	ចំនួនអ្នកជំងឺដែលបាត់ចេញពីចំនួនអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលសរុបនៅក្នុងត្រីមាសមួយ។ តួលេខនេះរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺបាត់មុខ អ្នកជំងឺស្លាប់ និងអ្នកជំងឺបញ្ជូនចេញ៖ (TX_CURR prior quarter + TX_NEW - TX_CURR current quarter)
ភាគបែង	= ចំនួនអ្នកជំងឺពេញវ័យ និងកុមារកំពុងទទួលARTក្នុងត្រីមាសមុន (TX_CURR (Previous quarter)
ទិន្នន័យបំបែក	អាយុ-ភេទ: <15ប្រុស 15+ប្រុស <15 ស្រី 15+ ស្រី
ប្រភពទិន្នន័យ	កំណត់ត្រាអ្នកជំងឺអេដស៍ ទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកនៅគ្លីនិក ART ។
បំណកស្រាយ	ចំណុចសកម្មភាព៖ ភាគរយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគេដឹងថា នៅបន្តការព្យាបាលដោយ ART ក្រោយការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយ ART មានកម្រិតទាបជាង ៩០% គេត្រូវតែធ្វើអន្តរាគមន៍ដើម្បីពង្រឹងគុណភាពសេវា និងយន្តការតាមរកអ្នកជំងឺ។ ការបកស្រាយ៖ គ្លីនិក ART ត្រូវតែពិនិត្យមើលមូលហេតុដែលនាំឱ្យមាន អ

	ត្រាទាបនៃការអោចរក្សាអ្នកជំងឺអេដស៍ឱ្យបន្តការព្យាបាល និងកំណត់នូវអន្តរាគមន៍នានាដែលអាចជួយកែលម្អបញ្ហានេះបាន។

VII. សូចនាករទាក់ទងនឹងភាពពេញចិត្តរបស់អតិថិជន

១៦. ភាគរយអតិថិជនរាយការណ៍អំពីការពេញចិត្តជាមួយសេវាដែលពួកគេបានទទួល ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកជំងឺ ART ដែលបានចូលរួមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឡប់ ដែលបានរាយការណ៍ថា ពេញចិត្តទៅសេវាជារួមដែពួកគេបានទទួលក្នុងកំឡុងពេលពួកគេមកទទួលសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
គោលបំណង	ដើម្បីតាមដានកម្រិត នៃការពេញចិត្តចំពោះគុណភាពសេវាដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួល ។
វិធីសាស្រ្តក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យនេះនឹងត្រូវបានដកស្រង់ចេញពីប៉ានណូបរិធាន PSF dashboard នូវចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ថាពេញចិត្តទៅលើសេវាជារួមក្នុងកំឡុងពេលដែលពួកគេបានទទួលសេវា។ ប្រព័ន្ធ PSF កំពុងត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាប្រចាំនៅតាមគ្លីនិក ART ដោយប្រើឧបករណ៍កុំព្យូទ័របន្ទះស្ទើងក្នុងការប្រមូលទិន្នន័យហើយ ទិន្នន័យប្រមូលបានត្រូវបានបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងប៉ានណូបរិធាន PSF ។
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបលក្នុង PSF ដែលបានបានរាយការណ៍អំពីការពេញចិត្តទៅលើសេវាដែលពួកគេបានទទួល ។
ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់បានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព: ៩០% នៃអតិថិជន ART អំពីការពេញចិត្តជាមួយសេវាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងរកដំណោះស្រាយរាល់បញ្ហាស្របតាមការរកឃើញរបស់ PSF ។

១៧. ភាគរយនៃអតិថិជនបានរាយការណ៍អំពីការទទួលយកបាននៃការរង់ចាំ ។	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជន ART បានរាយការណ៍ថា ពេលវេលានៃការរង់ចាំអាចទទួលយកបាននៅពេលមកទទួលសេវាថៃទាំ និងព្យាបាលដោយផ្អែកលើការវិនិច្ឆ័យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេពេលអំឡុងធ្វើការរាយការណ៍។
គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពសេវាទាក់ទងទៅនឹងពេលវេលា និងទស្សនៈរបស់អតិថិជន ។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ាន់ល្មបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ពីការរង់ចាំអាចទទួលយកបានក្នុងកំឡុងពេលមកទទួលសេវា ។
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ដែលបានរាយការណ៍ពីការរង់ចាំកំឡុងពេលពួគគេមកទទួលសេវាថាអាចទទួលយកបាន ។
ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់ដែលបានផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ទិន្នន័យនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីកែលម្អពេលវេលារងចាំ និងឆ្លើយតបការផ្តល់សេវានៅគ្លីនិក ART ។ យ៉ាងហោចណាស់ ៩០% នៃអតិថិជន ថា ការរង់ចាំអាចទទួលយកបាន ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍ ។

១៨. ភាគរយនៃអតិថិជនបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសមស្រប ។	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជន ART បានរាយការណ៍ថាបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាមានលក្ខណៈសមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពសេវាទាក់ទងសេវាការផ្តល់ប្រឹក្សាពីសំណាក់អតិថិជន ។

វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ានល្វាបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអតិថិជនដែលបានរាយការណ៍ថា ការផ្តល់ប្រឹក្សាមានសមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
សង្វាក់	ត្រីមាស
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF បានរាយការណ៍ថាផ្តល់ប្រឹក្សាមានភាពសមស្របក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
ភាគបែង	អតិថិជន ART ទាំងអស់ដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណាកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ៩០% នៃអតិថិជនបានប្រើប្រាស់សេវា ART បានរាយការណ៍ថា ពួកគេបានទទួលសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាដែលមានភាពសមស្រប។ ទិន្នន័យដើម្បីកែលម្អសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាឱ្យកាន់តែមានលក្ខណៈល្អប្រសើរនៅគ្លីនិក ART។

១៩. ភាគរយនៃអ្នកផ្តល់សេវាបានវាយតម្លៃថា គុណភាពសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមខ្ពស់នៅមានកម្រិតទាប ។	
និយមន័យ	ចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបានវាយតម្លៃ ការផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់ពួកគាត់ទៅឱ្យក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ នៅមានកម្រិតទាប ។
គោលបំណង	ដើម្បីត្រួតពិនិត្យនិងការវាយតំលៃខ្លួនឯងលើសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅដល់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវានៅគ្លីនិក ART។
វិធីសាស្ត្រក្នុងការវាស់វែង	ទិន្នន័យដែលបានដកស្រង់ចេញពីផ្ទាំងប៉ានល្វាបរិធាន PSF dashboard អំពីចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាបានវាយតម្លៃថា សេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់ នៅមានកម្រិតទាបក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍ ។
សង្វាក់	ត្រីមាស

ភាគយក	ចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបាល់ក្នុង PSF បានរាយការណ៍ថាសេវាសុខាភិបាលរបស់ពួកគេសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នៅមានកម្រិតទាប ក្នុងអំឡុងពេលធ្វើរបាយការណ៍ ។
ភាគបែង	អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែលបានចូលរួមផ្តល់យោបល់ក្នុង PSF ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើបាយរាយការណ៍ ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទិន្នន័យ PSF
បំណាកស្រាយ	ផែនការសកម្មភាព៖ ១០% នៃអ្នកផ្តល់សេវាវាយតម្លៃថាសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់ក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់នៅមានកម្រិតទាប។ ទិន្នន័យយកប្រើដើម្បីកែលម្អសេវាថៃទាំសុខភាពនៅក្នុងគ្លីនិក ART ។

ឧបសម្ព័ន្ធ ២៖ ផែនការថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចម្បងធំៗបីនៃការអនុវត្ត CQI

NCHADS គួរគ្រោងថវិកាសម្រាប់សកម្មភាពចម្បងធំៗបី ដូចមានរាយខាងក្រោម ដើម្បីអនុវត្តន៍សកម្មភាពនានារបស់ CQI ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព៖

១. សិក្ខាសាលាតម្រង់ទិស ដែលនឹងគ្របដណ្តប់ប្រធានបទ៖

ក. ការកែសម្រួលនិយាមបែបបទ CQI រួមទាំង វិធីសាស្ត្រសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា

ខ. ការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ៖ គុណភាពទិន្នន័យ ការប្រមូលទិន្នន័យ ការរៀបចំ និងការបញ្ចូលទិន្នន័យ ការវិភាគទិន្នន័យ និងការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ។

គ. ការអនុវត្ត៖ ធ្វើក្រាហ្វិក និងរៀបចំបទបង្ហាញ ។

២. សិក្ខាសាលាតាមដានពិនិត្យមើលលទ្ធផលការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម និងបន្សារភ្ជាប់ការកែលម្អគុណភាពជាប់បន្ត នៃការថែទាំ និងព្យាបាលទៅតាមវដ្តផែនកា អនុវត្ត ពិនិត្យមើល ធ្វើសកម្មភាពកែលម្អ ប្រចាំត្រីមាស។ ការត្រួតពិនិត្យតាមដាននេះ គួររៀបចំឡើងជាទៀងទាត់រៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីពិនិត្យមើលជាបន្តទៅលើភាគរយ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបស្វែងរកឃើញថ្មីបានបញ្ជូន និងបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ សិក្ខាសាលានេះ ក៏នឹងពិនិត្យមើលលទ្ធផលរបស់សូចនាករសំខាន់ទាក់ទងនឹងសេវា ART ដែលមាននៅក្នុងនិយាមបែបបទនេះ។ គេនឹងពិនិត្យមើល និងកំណត់នូវបញ្ហា មូលហេតុដែលបង្កបញ្ហានេះ បន្ទាប់មកគេរៀបចំផែនការ និងធ្វើសកម្មភាពដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

៣. តារាង/ក្រាហ្វិកបង្ហាញសូចនាកររបស់ CQI (CQI Dashboard)៖ តារាង ឬក្រាហ្វិកបង្ហាញ សូចនាករនេះ អាចជួយក្រុម ART និង PASP តាមមើលសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ ឬលទ្ធផលប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស វាជួយបំពេញបង្គ្រប់បន្ថែមទៅលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យនៅ គ្លីនិក។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៣៖ តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

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

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៖ ឧទាហរណ៍ ការប្រើប្រាស់តារាងសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា

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

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

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

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

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

ឧបសម្ព័ន្ធ ៥៖ ឧទាហរណ៍របាយការណ៍សកម្មភាពបន្ត (ដំណោះស្រាយ និងលទ្ធផលរបស់បញ្ហានៅក្នុងត្រីមាសមុន ត្រូវពិនិត្យនៅក្នុងត្រីមាសនេះ)

ឧទាហរណ៍ទី១៖ ដំណោះស្រាយដើម្បីបង្កើនការផ្លាស់ប្តូររបបឱសថទៅ TLD ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺ ART ទាំងអស់ឱ្យបាន 40%	
1. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	បានចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី.....
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	វានឹងបញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកជំងឺ ART 80% បានទទួលTLD
3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	កាលពីត្រីមាសមុនយើងមានអ្នកជំងឺ 33% បានទទួល TLD។ នៅត្រីមាសនេះយើងសម្រេចបាន 40% ដូចការគ្រោងទុក។
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈម ក្នុងការបំពេញសំណើ ដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មានខ្លះៗដូចជាត្រូវរង់ចាំរយៈពេលជិតមួយត្រីមាសទម្រាំថ្នាំធ្លាក់មកតាមសំណើ។
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មានគឺយើងត្រូវ៖ ១. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអ្នកជំងឺទាំងអស់ទៅតាមរបបឱសថនីមួយៗ។ ២. រៀបចំផែនការផ្លាស់ប្តូរទៅតាមការណែនាំរបស់ថ្នាក់ជាតិ។ ៣. បញ្ជូនសំណើឱសថនៃផែនការផ្លាស់ប្តូរទៅថ្នាក់ជាតិ និង ៤. ត្រូវគ្រោងការអនុវត្តផែនការយ៉ាងបីខែក្រោយការដាក់សំណើឱសថ។
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូចម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើ ដំណោះស្រាយនេះ?	ការអនុវត្តជំហាននៃការផ្លាស់ប្តូរទាន់ពេលវេលាទៅតាមការណែនាំរបស់ថ្នាក់ជាតិ គោលដៅចំណុចរបស់យើងប្រាកដជាសម្រេចបាន។
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពីការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	ART គ្លីនិកដើរតាមជំហានងាយៗដែលអាចអនុវត្តបានតាមការណែនាំរបស់ថ្នាក់ជាតិ នោះផែនការផ្លាស់ប្តូរនឹងប្រព្រឹត្តទៅយ៉ាងរលូន។ ថ្នាក់ជាតិគួរតែបង្ហាញ M&E framework (MEFW) របស់ថ្នាក់ជាតិដើម្បីគ្លីនិកនីមួយៗប្រើប្រាស់ MEFW នេះជាគោលក្នុងការកំណត់គោលដៅចំណុចរបស់ខ្លួន។

ឧទាហរណ៍ទី២៖ ដំណោះស្រាយដើម្បីបង្កើន 6-month MMD ពី ៦% ទៅ ១០%	
2. បានចាប់ផ្តើមហើយ?	បានចាប់ផ្តើមចាប់ពីថ្ងៃទី.....
2. តើវាបញ្ចប់នៅពេលណា?	វានឹងបញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកជំងឺ ART 15% (cumulative) បានទទួល 6-month MMD
3. តើបានលទ្ធផលយ៉ាងដូចម្តេច?	កាលពីត្រីមាសមុនយើងមានអ្នកជំងឺ 6% បានទទួល 6-month MMD។ នៅត្រីមាសនេះវានៅ ៦% ដដែល ។
4. តើមានឧបសគ្គ បញ្ហាប្រឈមក្នុងការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មាន៖ ឱសថមិនគ្រប់គ្រាន់ ដោយការផ្គត់ផ្គង់មិនតាមតម្រូវការដែលបានស្នើសុំ។
5. តើមានអ្វីល្អ ដែលរៀនបានពីការបំពេញសំណើដំណោះស្រាយនេះដែរឬទេ?	មានគឺយើងត្រូវ៖ ១ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអ្នកជំងឺ . stable ដោយប្រើ VL criteria។ ២រៀបចំផែនការផ្តល់ . 6 month MMD។ ៣បញ្ជូន . សំណើឱសថនៃផែនការផ្តល់ MMD ទៅថ្នាក់ជាតិ និង ៤ត្រូវគ្រោងការអនុវត្តផែនការយ៉ាងហោចបីខែក្រោយការដាក់សំណើ . ឱសថ។
6. តើយើងអាចសន្និដ្ឋានបានដូចម្តេច ពីការអនុវត្តសំណើដំណោះស្រាយនេះ?	ការអនុវត្តទៅតាមជំហាននៃការផ្តល់ MMD ទៅតាម SOP នោះគោលដៅចំណុចរបស់យើងប្រាកដជាសម្រេចបាន ប្រសិនបើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមបរិមាណដែលបានស្នើ និងទាន់ពេល។
7. តើយើងផ្តល់អនុសាសន៍ អ្វីខ្លះពីការសន្និដ្ឋានខាងលើនេះ?	ថ្នាក់ជាតិគួរបង្ហាញនិងណែនាំអំពីការរៀបចំ MEFW របស់គ្លីនិកនីមួយៗ។ ថ្នាក់ជាតិគួរតែបង្ហាញ M&E framework របស់ថ្នាក់ជាតិដើម្បីគ្លីនិកនីមួយៗប្រើប្រាស់ MEFW នេះជាគោលក្នុងការរៀបចំ MEFW របស់ខ្លួន។

ឯកសារយោង

1. UNAIDS, UNAIDS Global Report. 2010.

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

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

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

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

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

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

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

9. WHO: Considerations for Developing a Monitoring and Evaluation Framework for Viral Load Testing. April 2019

10. WHO: Meeting Report on Assessment of World Health Organization HIV Drug Resistance Early Warning Indicators. 11-12 August 2011 Geneva, Switzerland.

11. Pan America Health Organization & WHO: HIV Continuum of Care Monitoring Framework, 2014.

12. https://mer.amfar.org/Manual/Retention

13. Consolidated guidelines on person-centered HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.