ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តជាតិសម្រាប់បង្ការ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ពីម្តាយទៅកូន

២០១៦-២០២០

បោះពុម្ពលើកទី២

ខែ ឧសភា ឆ្នាំ ២០១៧

មាតិកា

ពាក្យបំព្រួញនិងអក្សរកាត់ 5

បុព្វកថា 7

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ 8

១. សាវតា 9

១.១ ជំងឺអេដស៍, ជំងឺស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ នៅប្រទេសកម្ពុជា 9

១.១.១ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍ 9

១.១.២ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងទារកប្រឈម 10

១.២ ជំងឺស្វាយពីកំណើតនៅប្រទេសកម្ពុជា 11

១.៣ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ នៅប្រទេសកម្ពុជា 12

២. ការឆ្លើយតបរបស់ប្រទេសទៅនឹងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន 12

២.១ វិធីសាស្ត្រដែលបានអនុវត្ត សម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នៃមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ 12

២.២ វិធីសាស្ត្រដែលបានអនុវត្ត សម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ 15

២.៣ ការពិនិត្យពីវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគ អេដស៍ពីម្តាយទៅកូនលើកទី ១ 16

៣. ការវិភាគអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន : ដំណើរការសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន 20

៣.១ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ 20

៣.១.១ ការបង្ការជាវិជ្ជមាន 20

៣.១.២ ដំណើរការនៃការថែទាំស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 21

៣.១.២.១ ការស្រាវជ្រាវរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 21
៣.១.២.២ ការព្យាបាល 24
៣.១.២.២.១ ការព្យាបាលម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 24
៣.១.២.២.២ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ទារកប្រឈម 27
៣.១.២.២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងរកមេរោគអេដស៍ និងការតាមដានកុមារប្រឈម 29

៣.២ ការបង្ការការចម្លងមេរោគស្វាយ 30

៣.៣ ការបង្ការការចម្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេ 31

៤. ឧបសគ្គរារាំងក្នុងការមកសម្រាលកូននៅសេវាសុខាភិបាលដែលមានសេវា 32

៤.១ ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ / កុមារប្រឈមឆ្លងមេរោគអេដស៍ : 32
៤.១.១ ការផ្គត់ផ្គង់តេស្ត 33
៤.១.២ គុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត : 35
៤.១.៣ ការផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មី : 35
៤.១.៤ ការគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដោយវិស័យឯកជន : 36
៤.១.៥ ការប្រើប្រាស់សេវាសម្ភព : 37

៤.២ ឧបសគ្គក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ 38
៤.២.១ ការដឹកជញ្ជូនឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅមណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលមិន មានទីតាំងរួមគ្នាជាមួយកន្លែងផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ : 38
៤.២.២ ការអនុវត្តន៍នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របគ្នាទៅនឹងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល 39
៤.២.៣ ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីក្រោយការសម្រាល : 39

៤.៣ ឧបសគ្គក្នុងការចុះឈ្មោះនៅផ្នែកកុមារសម្រាប់ថែទាំជំងឺអេដស៍ / តាមដានកុមារប្រឈម : 40
៤.៣.១ ចំនួននិងទីតាំងនៃសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ: 40
៤.៣.២ ឧបសគ្គធ្វើដំណើរសម្រាប់ក្រោយសម្រាលចំពោះស្ត្រីនិងទារក : 40

៥. ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ២០១៦– ២០២០ 41

៥.១. សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ចក្ខុវិស័យ : 41

៥.២ ការទំនាក់ទំនង / ការធ្វើឲ្យស្របគ្នា 41

៥.៣ គោលដៅ 43

៥.៤ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រ 43

៥.៥ លទ្ធផលនានានៃគម្រោងការងារ 44

៥.៦ លទ្ធផល, យុទ្ធសាស្ត្រ និងសកម្មភាព 46

៥.៦.១ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ 46

៥.៦.២ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ : ការថែទាំត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 49

៥.៦.៣ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣ : ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈមត្រូវបានពង្រឹង 51

៥.៦.៤ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៤ : ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះត្រូវបានពង្រឹង 53

៥.៦.៥ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៥ : វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B 55

៥.៦.៦ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦ : ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន ។ 57

៥.៦.៧. គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៧ ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី PMTCT ត្រូវបានពង្រឹង 59

៦. ផែនការតាមដាន និងវាយតម្លៃ 61

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ 62

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ត) 64

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ : ការព្យាបាលត្រូវបានពង្រឹងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 66

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣ : ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈមត្រូវបានពង្រឹង 68

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៤ : ការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ 70

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៥ : ការចាត់វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B 72

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦ : ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន 73

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៧ : ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ត្រូវបានពង្រឹង 74

ពាក្យបំព្រួញនិងអក្សរកាត់

AIDS	ជំងឺអេដស៍: ប្រជុំចង្កោមរោគសញ្ញាដោយសារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៃរាងកាយចុះខ្សោយ
ANC	ការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល
ART	ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ARV	ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
AZT	អាហ្ស៊ីដូទីមេឌីន
B-IACM	ជំរុញខ្លាំងក្លាសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្ម
CDHS	អង្កេតប្រជាសាស្ត្រនិងសុខភាពនៅកម្ពុជា
eMTCT	ការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
GARPR	របាយការណ៍វឌ្ឍនភាពស្តីពីការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ជាសកល
GFATM	មូលនីធិសកលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ របេងនិងគ្រុនចាញ់
HC	មណ្ឌលសុខភាព
HEI	កុមារប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍
HIS	ប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
HIV	មេរោគអេដស៍
HMIS	គ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល
HSS	ការអង្កេតរកអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍
IACM	សមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្ម
IYCF	ការចិញ្ចឹមទារកនិងកុមារតូច
L&D	ឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល
M&E	តាមដាននិងវាយតម្លៃ
MCH	សុខភាពមាតានិងទារក
MoH	ក្រសួងសុខាភិបាល
MTCT	ការចម្លងពីម្តាយទៅកូន
NCHADS	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ

NGOs	អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល
NMCH	គាំពារមាតានិងទារកថ្នាក់ជាតិ
NMCHC	មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក
NVP	ណេវីរ៉ាពីន
OD	ស្រុកប្រតិបត្តិ
OI	ជំងឺឱកាសនិយម
PHD	មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត
PITC	ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមផ្តួចផ្តើមដោយអ្នកផ្តល់សេវា
PLHIV	អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍
PMTCT	កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន
PW	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
RH	មន្ទីរពេទ្យបង្អែក
RPR	តេស្តរកអង្គបក្ខដិបក្ខជំងឺស្វាយ (Rapid Plasma Reagin)
RHAC	សមាគមថែទាំសុខភាពគ្រួសារកម្ពុជា
SOP	និយាមបែបបទប្រតិបត្តិ
STI/STDs	ជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវបន្តពូជ ជំងឺកាមរោគ (Sexually Transmitted Infection/diseases)
ToR	លក្ខខណ្ឌការងារ (Terms of Reference)
TWG	ក្រុមការងារបច្ចេកទេស
UNFPA	មូលនីធិអង្គការសហប្រជាជាតិដើម្បីប្រជាជន
UNICEF	មូលនីធិអង្គការសហប្រជាជាតិដើម្បីកុមារ
US CDC	មជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យនិងបង្ការជំងឺឆ្លងសហរដ្ឋអាមេរិក
VCCT	ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រនិងរក្សាការសម្ងាត់
VHSG	ក្រុមទ្រទ្រង់សុខភាពភូមិ
WHO	អង្គការសុខភាពពិភពលោក

បុព្វកថា

ខ្ញុំមានសេចក្តីសោមនស្សរីករាយយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការបង្ហាញជូននូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍, មេរោគស្វាយ និងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ពីម្តាយទៅកូនឆ្នាំ២០១៦-២០២០។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រនេះបង្ហាញពីដំណាក់កាលសំខាន់ក្នុងការបោះជំហានថ្មីបន្ថែមទៀតលើការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនដែលបានអនុវត្តអស់រយៈពេល២ទសវត្សរ៍មកនេះ ទៅជាការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ ជាមួយគ្នានេះ យុទ្ធសាស្ត្រឆ្នាំ២០១៦-២០២០នេះ ក៏បានពង្រីកការយកចិត្តទុកដាក់បញ្ចូលនូវការលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេពីម្តាយទៅកូន ស្របតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកផងដែរ។

ក្រោមកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដ៏ល្អរវាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ បានធ្វើឱ្យការអនុវត្តផែនការយុទ្ធសាស្ត្រលើកទី១ប្រកបដោយវឌ្ឍនភាពគួរឲ្យចាប់អារម្មណ៍សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងការពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ ធ្វើឱ្យស្ត្រីមានផ្ទៃពោះច្រើនជាង៨០% បានធ្វើតេស្តនៅឆ្នាំ២០១៥ ដែលជាការប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំងបើប្រៀបធៀបនឹងឆ្នាំ២០០៧ ដែលមានចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលប្រមាណ ១០%ប៉ុណ្ណោះដែលបានផ្តល់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះនិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងមានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះប្រហែល ១៥% បានធ្វើតេស្ត ។ ឯការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនបានកាត់បន្ថយពី ៣៧%នៅឆ្នាំ ២០០៧ មកត្រឹម ៦.២%នៅឆ្នាំ២០១៥។

ទោះជាមានវឌ្ឍនភាពប្រសើរយ៉ាងនេះក៏ដោយ ដើម្បីសម្រេចបាននូវគោលដៅថ្មីលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ទាមទារឲ្យមានការអនុវត្តការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ពេលមានផ្ទៃពោះ និងស្រាវជ្រាវទារកដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយ នៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈទាំងអស់ ដែលមានសេវាជាប់លាប់ និងគ្រប់ពេល។ បន្ថែមលើនេះ ត្រូវពង្រឹងប្រព័ន្ធតាមដាននិងរបាយការណ៍ដែលទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងជំងឺស្វាយពីកំណើត និងបញ្ចូលការលុបបំបាត់ ការចម្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេពីម្តាយទៅកូនផងដែរ។

ខ្ញុំមានជំនឿយ៉ាងមុតមាំថា មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ អ្នកផ្តល់សេវានៅមណ្ឌលសុខភាព, មន្ទីរពេទ្យបង្អែក សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងដៃគូអភិវឌ្ឍដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ បន្តសហប្រតិបត្តិការដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅដូចការកំណត់ទុក។

ភ្នំពេញ ថ្ងៃទី០៩ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៧

សាស្ត្រាចារ្យ អេង ហួត

រដ្ឋលេខាធិការ

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រោមការជួយឧបត្ថម្ភគាំទ្រជំនួយបច្ចេកទេសដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក និងឧបត្ថម្ភថវិកាដោយមូលនិធិសកលប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ របេង និងគ្រុនចាញ់ បានបង្កើតឡើងនូវផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិថ្មីសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ មេរោគស្វាយ និងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ពីម្តាយទៅកូនសម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៦ ដល់ឆ្នាំ ២០២០ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅដល់ថ្នាក់ដឹកនាំនិងបុគ្គលិកនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដែលបានចូលរួមជួយផ្តល់ជាមគ្គុទេសក៍ក្នុងការបង្កើតយុទ្ធសាស្ត្រនៅគ្រប់ជំហាននីមួយៗ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណផងដែរដល់បុគ្គលិក និងទីប្រឹក្សានៃដៃគូអភិវឌ្ឍនានាដែលបានផ្តល់នូវគំនិតយោបល់បច្ចេកទេសដ៏មានតម្លៃ ដែលមានដូចជា : អង្គការ FHI360, KHANA, PEPFAR, RHAC, UNAIDs, UNICEF, US-CDC និងអង្គការសុខភាពពិភពលោកប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា ។

១. សាវតា

១.១ ជំងឺអេដស៍, ជំងឺស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ នៅប្រទេសកម្ពុជា

១.១.១ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃការរីករាលដាលមេរោគអេដស៍

មេរោគអេដស៍ត្រូវបានរកឃើញដំបូងនៅឆ្នាំ១៩៩១និងមានអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងនៅឆ្នាំ១៩៩៣ ។ ការចម្លងដំបូងតាមរយៈស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទទៅអតិថិជនរបស់គេ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទដោយផ្ទាល់បានឡើងដល់ ៤២.៦% នៅឆ្នាំ ១៩៩៨ និងមានការថយចុះនៅពេលមានគោលនយោបាយនៃការប្រើស្រោមអនាម័យ១០០% និងអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ថយចុះក្នុងចំណោមអ្នកមានឥរិយាបថប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ ។ តាមការសិក្សាស្រាវជ្រាវថ្មីៗនេះបានបង្ហាញឲ្យឃើញថា អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍គឺ ១៤.0% ក្នុងចំណោមស្ត្រីបំរើសេវាកំសាន្តសប្បាយ (FEW) នៅឆ្នាំ ២០១១[1] ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅអាយុពី ១៥ ដល់ ៤៩ ឆ្នាំបានឡើងដល់ ២.១% នៅឆ្នាំ ២០០២ ប្រហែលជាមានការឡើងខ្ពស់ជាងគេនៅតំបន់អាស៊ីក្នុងអំឡុងពេលនោះ[2] និងបន្ទាប់មកមានការថយចុះ ។ ការតាមមិនទាន់គ្នារវាងការធ្លាក់ចុះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ក្នុងចំណោមអ្នករកស៊ីផ្លូវភេទ និងក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ឆ្លុះបញ្ចាំងនៅក្នុងផ្នែក១នៃរលកទី២ នៃការចម្លងពីអតិថិជនជាបុរសទៅប្រពន្ធរបស់ពួកគេ ។ ការចម្លងថ្មីក្នុងចំណោមបុរសបានថយចុះមុនការចម្លងថ្មីសម្រាប់ស្ត្រី ជា លទ្ធផលសមាមាត្ររវាងបុរសស្ត្រីក្នុងចំណោមប្រជាជនដែលបានឆ្លងថ្មីថយចុះពី៤:១នៅដើមឆ្នាំ១៩៩០ មកនៅ ១:១.២ នៅឆ្នាំ ២០០៦ ។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ត្រូវបានណែនាំនៅប្រទេសកម្ពុជានៅឆ្នាំ ២០០៣ និងបានពង្រីកនៅឆ្នាំ ២០០៦ ។ ជាលទ្ធផលនៅឆ្នាំ២០១៥ តាមការប៉ាន់ស្មានមានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប្រហែល ៧៥.៤% បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[3] ។

ការថយចុះនូវការឆ្លងថ្មី (ដោយសារភាពជោគជ័យក្នុងការជំរុញឲ្យមានការបង្ការនិងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ធ្វើឲ្យមានការចម្លងតិច ឬមិនមានការចម្លង) ជាមួយគ្នានឹងការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មានចំនួនច្រើននៅគ្រាដំបូងមុន

---

[1] STI Sentinel Surveillance Survey 2011, NCHADS. The term “entertainment worker” replaced the terms “brothel/non-brother-based sex worker ” and “direct/indirect sex worker” in 2005 as the changing nature of employment venues made these distinctions progressively harder to make. The 14% refers to FEW with more than 7 clients a week.

[2] HIV Sentinel Surveillance 2002. NCHADS

[3] 2015 Global Aids Response Progress Report for Cambodia. NCHADS.

នឹងចាប់ផ្តើមណែនាំការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាហេតុធ្វើឲ្យមានការធ្លាក់ចុះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ។ បច្ចុប្បន្ននេះ តាមការប៉ាន់ប្រមាណគឺនៅត្រឹមតែ ០.៦% ប៉ុណ្ណោះចំពោះមនុស្សពេញវ័យអាយុពី ១៥-៤៩ ឆ្នាំ[4] ហើយមានករណីជាច្រើនបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាយូរមកហើយ និងមានលំនឹងជាមួយនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ តាមការប៉ាន់ប្រមាណមានប្រហែលជា ៧២៧ ករណីឆ្លងថ្មីនៅឆ្នាំ ២០១៥[5] ។

ជាមួយនឹងភាពជោគជ័យ ឥឡូវនេះព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាបានធ្វើការប្តេជ្ញាចិត្តនូវមហិច្ឆិតាគោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០២០ កំណត់ដោយចំនួនឆ្លងថ្មីតិចជាង ៣០០ ករណីក្នុង ១ ឆ្នាំ ។ កម្ពុជាក៏បានប្តេជ្ញាចិត្តជាសកលផងដែរក្នុងការកំណត់គោលដៅលុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែលការចម្លងនោះស្ថិតក្នុងអត្រាតិចជាង៥ ភាគរយ និងមានអត្រាឆ្លងថ្មីតិចជាង ៥០ ករណីក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ និងជំងឺស្វាយ កំណត់ដោយចំនួនឆ្លងថ្មីតិចជាង ៥០ ករណីចំពោះជំងឺស្វាយពីកំណើតក្នុង ១០០.០០០ កំណើតរស់ ។

១.១.២ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងទារកប្រឈម

ដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ ការរីករាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ជាដំបូងនៅប្រទេសកម្ពុជាគឺឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទពីស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទទៅអតិថិជនរបស់ពួកគេ ។ ជាបន្តបន្ទាប់អតិថិជនបុរសបានចម្លងទៅប្រពន្ធរបស់ពួកគេ ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋមានកម្រិត ៣.២% នៅឆ្នាំ ១៩៩៧, ជាឆ្នាំទី ១ ដែលបានធ្វើការអង្កេតទូទាំងប្រទេស ។ អត្រាប្រេវ៉ាឡង់នេះនៅរក្សាក្នុងចន្លោះពី ២.៥% ទៅ ៣% នៅឆ្នាំ ២០០១ បន្ទាប់មកអត្រានេះបានថយចុះក្នុងសភាពថេររហូតដល់ ១.៦% នៅឆ្នាំ ២០០៣ ១.១% នៅឆ្នាំ ២០០៦ និង ០.៤% នៅឆ្នាំ ២០១០[6] ។ ការអង្កេតថ្មីៗនេះពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើឡើងនៅឆ្នាំ ២០១៤ បានបង្ហាញឲ្យឃើញថាអត្រាប្រេវ៉ា-ឡង់នៅត្រឹម ០.២៨% តែប៉ុណ្ណោះ[7] ហើយវាសមស្របទៅនឹងការថយចុះនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាសកល ។ នៅឆ្នាំ ២០១៥ តាមការប៉ាន់ប្រមាណមានស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៤៥% ក្នុង

[4] Ibid
[5] Ibid. Spectrum estimate.
[6] HIV Sentinel Surveillance Surveys 2002, 2003, 2006 and 2010. NCHADS.
[7] HIV Sentinel Surveillance 2014. NCHADS.

ចំណោមស្ត្រីដែលបានដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍រួចហើយមុនមានផ្ទៃពោះ ហើយកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[8] ។

តាមរយៈអត្រាគំរូនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនមានចំនួន ៦.២% នៅឆ្នាំ ២០១៥ វាត្រឹមត្រូវទៅនឹងការប៉ាន់ប្រមាណនៃការថយចុះ ៣៧.០% នៅឆ្នាំ ២០០៧[9] ។

១.២ ជំងឺស្វាយពីកំណើតនៅប្រទេសកម្ពុជា

បច្ចុប្បន្ននេះមិនមានព័ត៌មានស្តីពីករណីឆ្លងថ្មីនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតទេ ប៉ុន្តែអត្រាអ្នកមានជំងឺស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះបានធ្វើតេស្ត RPR និងបញ្ជាក់ដោយតេស្តត្រេប៉ូណេម៉ាល់អាសេ (treponemal assay) មាន ៤.0% នៅឆ្នាំ ១៩៩៦ និងបានធ្លាក់ចុះរហូតដល់ ១.៣% នៅឆ្នាំ ២០០១[10]។ ចាប់តាំងពីពេលនោះមក មិនមានការសិក្សាពីជំងឺស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមកពិនិត្យផ្ទៃពោះទេ ។ ប៉ុន្តែទិន្នន័យនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបង្ហាញថា មានស្ត្រីផ្ទៃពោះ 0.0៥% តែប៉ុណ្ណោះដែលបានស្រាវជ្រាវរកមេរោគស្វាយតាមរយៈការធ្វើតេស្តរហ័សដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅឆ្នាំ ២០១៥ ហើយក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មទាំងនោះ មានតែ ៥៧% ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានទទួលលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ RPR វិជ្ជមាន[11] ដែលអាចកំណត់បានថាបច្ចុប្បន្នជាសរុបអត្រាអ្នកមានជំងឺស្វាយ 0.0៣% ក្នុងចំណោមអ្នកមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។

បច្ចុប្បន្ននេះ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) មិនបានបញ្ចូលជំងឺស្វាយពីកំណើតជាប្រភេទមួយនៃរោគវិនិច្ឆ័យទេ ហើយរហូតមកដល់ពេលនេះក៏មិនមានការសិក្សាអំពីប្រេវ៉ាឡង់នេះដែរ ។ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាលរាយការណ៍ពីទារកស្លាប់កើត ប៉ុន្តែម្តាយមិនមានស្ថានភាពជំងឺស្វាយទេ ។ យោងតាមការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រសុខភាព ឆ្នាំ ២០១៤ បានបង្ហាញថា ករណីទារកស្លាប់កើតនៅប្រទេសកម្ពុជា (គ្រប់មូលហេតុ) មានប្រហែល ៥.៨ ករណី ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទៃពោះ ១000 នាក់ ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំ ២០១0-២០១៤[12] ផ្អែកតាមប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល ។ ករណីទារកស្លាប់កើតមាន ៤.២ ករណីក្នុងចំណោម ១000 ទារកកើតរស់នៅឆ្នាំ ២០១៥[13] ។ ការរលូតកូនដោយឯកឯង ត្រូវបានរាយការណ៍នៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មាន

---

[8] Numerator from PMTCT database and denominator from Spectrum estimate of 954 total HIV+ pregnant women in 2015.

[9] DeCocket al. Prevention of Mother-to-Child Transmission in Resource Poor Countries: Translating Research into Policy and Practice. JAMA 2000:283:1175-1182.

[10] NCHADS 2001 STI Sentinel Surveillance survey.

[11] NMCHC PMTCT database 2015

[12] 2014 Cambodia Demographic and Health Survey dataset

[13] MoH HMIS 2015.

សុខាភិបាល ប្រសិនបើស្ត្រីបានទទួលការព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ប៉ុន្តែមិនបានគិតអាយុផ្ទៃពោះជាសប្តាហ៍ទេ ហើយក៏មិនទាក់ទងនឹងលទ្ធផលតេស្តមេរោគស្វាយដែរ ។

១.៣ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ នៅប្រទេសកម្ពុជា

នៅឆ្នាំ ២០០៧ ការសិក្សាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជាបានបង្ហាញថាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ surface antigen ក្នុងចំណោមក្មេងអាយុ ៥ ឆ្នាំ មានអត្រា ៣.៥% (95% confidence interval = 2.4–4.8%) ។ ការសិក្សាដំបូង នៅមានកម្រិតនៅខេត្តមួយដាច់ស្រយ៉ាលបានរកឃើញថាមានប្រេវ៉ាឡង់ ១១.៨% ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យអាយុពី ២០ទៅ ៣៥ ឆ្នាំ[14] ។ ការអង្កេតឆ្នាំ ២០១៣ បានកំណត់ទៅ ៣ ខេត្ត គឺខេត្តដំបូងដែលត្រូវបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីសេចក្តីណែនាំនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង១ដូសនៅពេលកើត នៃការរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ក្នុងឆ្នាំ២០០៨ បានរកឃើញប្រេវ៉ាឡង់នៅលើកុមារដែលមានអាយុក្រោម៥ឆ្នាំក្នុងចន្លោះពី០.៣៣%នៅក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ (ទីក្រុងរាជធានី) ១.៤១% នៅក្នុងខេត្ត ក្រចេះ (ខេត្តជនបទ) និង ៣.៤៥% នៅក្នុងខេត្តរតនគីរី (ខេត្តជនបទដាច់ស្រយាលខុសពីធម្មតា) ។

អត្រាខុសគ្នាទាំងនេះមានទំនាក់ទំនងគ្នាយ៉ាងជិតស្និទ្ធទៅនឹងកម្រិតខុសគ្នាយ៉ាងស្មើភាពគ្នានៃការគ្របដណ្តប់នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ [15] ។ ឥឡូវនេះមានការសិក្សាពិសោធន៍មួយកំពុងដំណើរនៅវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រ នឹងទទួលបានទិន្នន័យពីប្រេវ៉ាឡង់នៃ antigen HBe ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។

២. ការឆ្លើយតបរបស់ប្រទេសទៅនឹងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន

២.១ វិធីសាស្ត្រដែលបានអនុវត្ត សម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នៃមេរោគអេដស៍ និងស្វាយ

នៅឆ្នាំ ១៩៩៩ ក្រសួងសុខាភិបាលបានបង្កើតក្រុមការងារបច្ចេកទេសបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន, សហប្រធានដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ ដែលបានដឹកនាំបង្កើតជាគោលនយោបាយជាតិសម្រាប់កម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៅឆ្នាំ ២០០០ និងបង្កើតឲ្យមាននូវសេវា

---

[14] Soeung et al. *Results from Nationwide Hepatitis B Serosurvey in Cambodia using Simple and Rapid Laboratory Test: Implications for National Immunization Program.* Am. J. Trop. Med. Hygiene, 81(2), 2009, pp. 252–257.

[15] Bunsoth, Mao et al. “Prevalence of chronic hepatitis B virus infection after implementation of a hepatitis B vaccination program among children in three provinces in Cambodia” *Vaccine* 31.40 (2013): 4459–4464. *PMC.* Web. 1 May 2017.

បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនសាកល្បងនៅមន្ទីរពេទ្យនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក ភ្នំពេញ ។ សេវានេះផ្តល់នូវការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសម្ងាត់ទៅស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងដៃគូ និងបានផ្តល់ឱសថណេវីរ៉ាពីនកម្រិតមួយដូសគត់នៅក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាលទៅដល់ស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងផ្តល់ដល់កូនរបស់គាត់បន្ទាប់ពីសម្រាល ។ គម្រោងសាកល្បងនេះ ត្រូវបានពង្រីកនៅគ្រប់មន្ទីរពេទ្យទូទាំងប្រទេស ។ ភាគច្រើន ការថៃទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលត្រូវបានធ្វើឡើងនៅមណ្ឌលសុខភាពច្រើនជាងមន្ទីរពេទ្យ នៅពេលដែលយុទ្ធសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នាត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើនៅឆ្នាំ ២០០៧ គឺអ្នកផ្តល់សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមណ្ឌលសុខភាពផ្តល់ប្រឹក្សាជាមួយស្ត្រីពីផលប្រយោជន៍នៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ដោយបូមឈាមនិងបញ្ជូនសំណាកឈាមទៅពិនិត្យនៅមណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រនិងរក្សាការសម្ងាត់ដើម្បីពិនិត្យធ្វើតេស្ត ។ យុទ្ធសាស្ត្រនេះបានបង្កើននូវភាគរយស្ត្រីផ្ទៃពោះធ្វើតេស្តឈាមពីក្រោម ១០ %ទៅ ៣១.៥ %នៅឆ្នាំ ២០១០[16] ។ នៅឆ្នាំ ២០១២ ការឆ្លើយតបបានពង្រឹងបន្ថែមទៀតដោយមានការណែនាំឲ្យធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគ អេដស៍ដោយជោះឈាមពីចុងម្រាមដៃ (finger prick) អនុវត្តដោយឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាព ការធ្វើតេស្តរហ័សស្រាវជ្រាវរកជំងឺស្វាយក៏ត្រូវបានណែនាំក្នុងពេលតែមួយ ។ ការធ្វើតេស្តនៅមណ្ឌលសុខភាព ជាហេតុធ្វើឲ្យអត្រាគ្របដណ្តប់នៃការធ្វើតេស្តមានការកើនឡើងបន្ថែមទៀត ហើយជាក់ស្តែងបានលុបបំបាត់នូវភាពខុសគ្នារវាងចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះបានធ្វើតេស្ត និងចំនួនធ្វើតេស្ត និងចំនួនទទួល លទ្ធផល ។ នៅឆ្នាំ ២០១៥ មានការប៉ាន់ប្រមាណថា ៨៣% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះទាំងអស់ដែលបានដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍[17] ។ អត្រាគ្របដណ្តប់ជំងឺស្វាយមានកម្រិតទាបជាងនៅ ៤៣.៤% ដោយសារតែដាច់ស្តុកតេស្តនៅឆ្នាំដដែលនោះ ខណៈដែលប្រទេសនេះត្រូវបានកំពុងរៀបចំដើម្បីប្តូរទៅប្រើតេស្តជាប់គ្នា អេដស៍/ស្វាយ[18] ។

នៅខែកញ្ញា ឆ្នាំ ២០០៥ គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់បង្ការចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ត្រូវបានកែសម្រួលស្របទៅនឹងអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកពីការប្រើណេវីរ៉ាពីនកម្រិតមួយដូស ទៅជាការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បញ្ចូលគ្នានិងការផ្តល់ដល់ទារកនូវរបបឱសថបង្ការដោយ ស៊ីដូវុឌីន (AZT) និងណេវីរ៉ាពីន (NVP) រយៈពេលពី ១ ទៅ ៤ សប្តាហ៍ ។ ការផ្តល់របបឱសថណេវីរ៉ាពីនដល់ទារក ត្រូវបានបង្កើនជាបន្តបន្ទាប់រហូតដល់កម្រិតដូស ៦ សប្តាហ៍ នៅឆ្នាំ ២០១១ ។ នៅឆ្នាំ ២០១៣ កម្ពុជាបានអនុម័តតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកដោយប្រើជម្រើស បេបូក (Option B+) ជារបបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

[16] Cambodia Demographic and Health Surveys 2005 and 2010.

[17] NMCHC PMTCT database, reported in the 2015 Global Aids Response Progress Report for Cambodia.

[18] NMCHC PMTCT database

បញ្ចូលគ្នាផ្តល់ដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួន កោសិកា CD4 និងសម្រាប់ព្យាបាលនាងមួយជីវិត ។ នៅឆ្នាំ ២០១៦ គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ទារកក្នុងការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ដោយផ្តល់ឲ្យទារកដែលប្រឈមនឹងការឆ្លងខ្ពស់ (ម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តិចជាង ៤សប្តាហ៍មុនសម្រាល ឬម្តាយមានបន្ទុកមេរោគខ្ពស់ ឬម្តាយបានរកឃើញផ្ទុកថ្មីនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះតិចជាង ៤ សប្តាហ៍ មុនពេលសម្រាល និងនៅពេលសម្រាល) ទារកត្រូវទទួលស៊ីរ៉ូ ហ្ស៊ីដូវុយឌីន (AZT) រយៈពេល ៦ សប្តាហ៍ និងណេវីរ៉ាពីន ១២ សប្តាហ៍ ចំពោះទារកបៅដោះម្តាយ និងចំពោះទារកប្រឈមនឹងការឆ្លងទាបនៅតែបន្តការប្រើណេវីរ៉ាពីនតែមួយមុខរយៈពេល ៦ សប្តាហ៍ ។

នៅឆ្នាំ ២០១៤ ប្រព័ន្ធនៃសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្ម (IACM) ត្រូវបានណែនាំឲ្យអនុវត្តនៅ ១៤ ស្រុកប្រតិបត្តិដើម្បីជួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងកូនរបស់គេទទួលបាននូវកញ្ចប់សេវាពេញលេញ ។ តាមរយៈប្រព័ន្ធនេះ អ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ គ្រោងសកម្មភាពជាមុនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការតាមស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ឲ្យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ និងដើម្បីធានាឲ្យបានថាស្ត្រីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងកូនរបស់គេបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការ បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ (DNA PCR) និងបានព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។ អ្នកសម្របសម្រួលការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ ត្រូវធានាឲ្យបានដែរនូវការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូនិងព្យាបាលពួកគេឲ្យបានត្រឹមត្រូវ (ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬ ប្រសិនអវិជ្ជមាន ផ្តល់សារបង្ការជាវិជ្ជមាន) ។ នៅឆ្នាំ ២០១៥ ការរៀបចំគ្រប់គ្រងសមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានសម្រួលដើម្បីជំនួសក្រុមការងារបច្ចេកទេសជាច្រើនជាមួយនឹងការសម្របសម្រួលតែមួយនៅកម្រិតថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ។ នេះជា « ការជំរុញខ្លាំងក្លា » សមាហរណកម្មការគ្រប់គ្រងតាមដានសកម្មករណីជំងឺអេដស៍ (B-IACM) ដែលបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងដំណើរការពង្រីកនូវសកម្មភាពនេះ ដោយចាប់ផ្តើមដំបូងនៅតំបន់ដែលមានប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់ជាងគេ ។

កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន កំពុងអនុវត្តរួមគ្នាដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ បានបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ដោយតេស្តបញ្ជាក់ (ស្ត្រីនិងកុមារ) និងអនុវត្តការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខមេរោគអេដស៍បញ្ជាក់

ចំពោះស្ត្រី (antibody confirmatory test) និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ចំពោះទារក (virological test) ។ ឆ្មបដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្នែកគាំពារមាតានិងទារក បានផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីនៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងប្រសិនបើចាំបាច់នៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល រួចហើយបញ្ជូនករណីលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្មទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នៅកន្លែងផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រនិងរក្សាការសម្ងាត់ (VCCT) ដែលនៅជាមួយសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។ ឆ្មបគួរធានាផងដែរនូវការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការទៅទារកប្រឈមឲ្យបានឆាប់បន្ទាប់ពីសម្រាល និងផ្តល់ឱសថនោះទៅម្តាយឲ្យបានគ្រប់ដូសមុនពេលគាត់ចេញទៅផ្ទះ ព្រោះតាមបទពិសោធន៍ មានស្ត្រីតិចតួចណាស់ដែលមានបំណង / បានទៅរកសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារក្រោយពេលសម្រាលនោះ ។ តម្រូវការសេវាបន្ថែមមួយចំនួនទៀតសម្រាប់កុមារប្រឈមនៅសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ ដូចជាការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ជាបន្តបន្ទាប់ និងការផ្តល់ឱសថកូទ្រីម៉ុកសាហ្សូល (cotrimoxazole) សម្រាប់បង្ការរហូតដល់តេស្តបញ្ជាក់ថាទារកបានឆ្លងមេរោគអេដស៍ ឬមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។ ប្រសិនបើទារកបានឆ្លងមេរោគ អេដស៍ ទារកត្រូវព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិតដែលនឹងផ្តល់ឲ្យដោយសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ ។ ការធ្វើតេស្តនៅពេលកើត (PCR1) ដោយប្រើសំណាកឈាមស្ងួត (DBS) នៅផ្នែកសម្ភព ត្រូវបានអនុម័តនាពេលថ្មីៗនេះនិងកំពុងចាប់ផ្តើមអនុវត្ត ។ការធ្វើតេស្តDNA-PCR លើកទី ២ (PCR2) ត្រូវធ្វើឡើងនៅសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារនៅពេលទារកអាយុ ៦ សប្តាហ៍ ។ ចំពោះទារកមិនបៅដោះម្តាយ ប្រសិនបើតេស្ត PCR2 អវិជ្ជមានត្រូវបញ្ឈប់កូទ្រីមកុមារមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។ ចំណែកឯទារកបៅដោះម្តាយត្រូវធ្វើតេស្ត DNA-PCR លើកទី ៣ (PCR3) នៅ ៦សប្តាហ៍ ក្រោយផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង ។ កុមារប្រឈមទាំងអស់ ត្រូវធ្វើតេស្តរកអង្គបក្ខដិបក្ខមេរោគអេដស៍នៅអាយុ ១៨ ខែ និងបញ្ជាក់ដោយតេស្ត PCR (មើលគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើកុមារនិងក្មេងជំទង់ ទំព័រ ៣៣ ភាសាខ្មែរ និងទំព័រ ២៧ ភាសាអង់គ្លេស) ។

២.២ វិធីសាស្ត្រដែលបានអនុវត្ត សម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ

ប្រទេសកម្ពុជាបានចាប់ផ្តើមចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ដែលជាផ្នែកមួយនៃកាលវិភាគការចាក់ថ្នាំបង្ការកុមារនៅឆ្នាំ ២០០១ និងបានបន្ថែម ការចាក់វ៉ាក់សាំង១ដូសនៅពេលកើតក្នុងឆ្នាំ ២០០៧ ។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិរបស់កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការឆ្នាំ ២០១៦ - ២០២០ រួមបញ្ចូលជាលើកដំបូងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានូវគោលដៅ ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេកុំរ៉ែចំពោះកុមារ និងដើម្បីធានាអោយបានការចាក់វ៉ាក់សាំង១ដូសពេលកើត "ទាន់ពេលវេលា" (ឧទាហរណ៍ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង) ។ អត្រាគ្របដណ្តប់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅពេល

កើត (ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង) ក្នុងឆ្នាំ២០១៤ គឺ៨២.៦%[19] ។ ឥឡូវនេះមានការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយកំពុងដំណើរនៅវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រ នឹងធ្វើតេស្តពីលទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់ និងការចំណាយមានប្រសិទ្ធិភាពនៃការពិនិត្យរក antigen ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះទាំងប្ដីប្រពន្ធដោយឱ្យ tenofovir ទៅនឹងស្ត្រីដែលមានវិជ្ជមាន antigen HBe អំឡុងពេលត្រីមាសចុងក្រោយនៃការមានផ្ទៃពោះនិងសម្រាប់ ៦សប្តាហ៍ ក្រោយសម្រាល។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះត្រូវបានគេគ្រោងនឹងបញ្ចប់នៅខែឧសភាឆ្នាំ ២០១៩ ។

ការបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេគឺជាការខិតខំប្រឹងប្រែងរួមគ្នារបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងកម្មវិធីជាតិចាក់ថ្នាំបង្ការ ជាមួយតួនាទីដឹកនាំរបស់កម្មវិធីជាតិចាក់ថ្នាំបង្ការ និងមានការគាំទ្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក តាមរយៈការលើកកម្ពស់នៃការគ្រប់គ្រងនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ទៅទារកទាំងអស់ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោងនៅពេលកើត ដែលជាផ្នែកមួយនៃពិធីសារសម្រាប់មាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ខ្លួនរបស់។ នៅក្នុងយុទ្ធសាស្ត្រនៃការបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូនថ្មីនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកប្តេជ្ញាក្នុងការធ្វើការជាមួយកម្មវិធីជាតិចាក់ថ្នាំបង្ការ និងភ្នាក់ងារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍនៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ការលុបបំបាត់នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ដែលអាស្រ័យលើលទ្ធផលនៃការសិក្សានិង ការវិភាគពីថ្លៃចំណេញនាពេលបច្ចុប្បន្ននៃជម្រើសផ្សេងៗគ្នាដែលជាអាច ឬមិនអាច រួមមានកិច្ចអន្តរាគមន៍បន្ថែមទៀតក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។

២.៣ ការពិនិត្យពីវឌ្ឍនភាពនៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនលើកទី ១

ឆ្លើយតបទៅនឹងអនុសាសន៍នៃការពិនិត្យនិងវាយតម្លៃរួមគ្នានៅឆ្នាំ ២០០៧ នៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងអនុវត្តកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន និងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិលើកទី ១ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ដែលបានបង្កើតឡើងសម្រាប់រយៈពេលពីឆ្នាំ ២០០៨ ដល់ឆ្នាំ ២០១៥ ។ យុទ្ធសាស្ត្របានផ្តោតទៅលើការពង្រីកវត្តមានសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននិងបង្កើននូវការធ្វើតេស្តដោយកំណត់នូវគោលដៅសម្រាប់ឆ្នាំ ២០១៥ ដូចខាងក្រោម :

- ៥១% នៃសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះផ្តល់ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

[19] Cambodia Demographic and health Survey 2010- report and dataset

- ១០០% នៃស្រុកប្រតិបត្តិយ៉ាងហោចណាស់មានសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ១ កន្លែង (មានសេវាដោយមានផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបានបញ្ជូនទៅរកសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍) ;
- ៩៥% នៃអតិថិជនដែលបានមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន បានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល ;
- ៧៥% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល ;
- ៤០% ដៃគូនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល ;
- ៧៥% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់បង្ការ ឬទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ;
- ៧០% នៃទារកប្រឈមបានទទួលឱសថកូទ្រីម៉ុកសាហ្សូលដើម្បីបង្ការក្នុងអំឡុងពេល ២ ខែ បន្ទាប់ពីកើត ;
- ៧០% នៃទារកប្រឈមបានទទួលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែ បន្ទាប់ពីកើត ;
- ១០០% នៃទារកប្រឈមបានបៅសុទ្ធរយៈពេល ៦ ខែដំបូង (បំបៅដោះសុទ្ធ ឬ ម្សៅទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្ត) ;
- ១៦.៣% នៃទារកប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណថាឆ្លងមេរោគអេសដ៍ពីម្តាយ ។

ពិនិត្យពីវឌ្ឍនភាពធៀបនឹងគោលដៅខាងលើ បានបង្ហាញពីលទ្ធផលដែលសម្រេចបានដែលភាគច្រើនផ្តោតលើការធ្វើតេស្តឈាម និងការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ : បច្ចុប្បន្ននេះ ៨៩.៦ ភាគរយនៃសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះមានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍[20] ភាគច្រើនកន្លែងដែលនៅសល់គឺជាមណ្ឌលសុខភាពកើតថ្មី ឬមណ្ឌលសុខភាពដែលឡើងកម្រិតពីប៉ុស្តិ៍សុខភាព ។៨៣%នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកបានដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់គេនៅឆ្នាំ ២០១៥ ដូចដែលបានដឹងរួចមកហើយយ៉ាងហោចណាស់ក៏ ៨៧.៤% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះទាំងអស់បានទទួលសេវានៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ[21] ។ ៧៥.៤ ភាគរយនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍រំពឹងទុក បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និង ៤ ភាគរយបន្ថែមទៀត បានចាប់ផ្តើមប្រើនៅពេល

[20] PMTCT database, based on any reported testing done in 2015.

[21] Source: PMTCT database. This may be an underestimation due to likely inflation in the number of ANC1; RHs, National Hospitals and Jayavarman 7 Hospital record as ANC1 any woman coming for the first time to their facility, but many of these women will have been to a HC at least once prior.

ឈឺពោះសម្រាល និងភ្លាមៗក្រោយសម្រាល[22] ។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងនេះក៏ដោយ សមិទ្ធផលចំពោះទារកប្រឈមមិនបានសម្រេចតាមគោលដៅរំពឹងទុកទេ មានទារកប្រឈមតែ ៤១.៣ ភាគរយប៉ុណ្ណោះ បានទទួលឱសថកូទ្រីម៉ុកសាហ្សូលសម្រាប់បង្ការមុនអាយុ ២ ខែ ហើយមានទារកប្រឈមតែ ៦៧.៩ ភាគរយប៉ុណ្ណោះដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងអាយុ ១ ឆ្នាំក្រោយកើត[23] ។

វាមិនអាចទៅរួចទេដែលត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃពីវឌ្ឍនភាពធៀបទៅនឹងសូចនាករចំនួន ២ នៅក្នុងការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្រ្តសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន :

- ភាគរយនៃទារកប្រឈមដែលបំបៅសុទ្ធ : មិនមានទិន្នន័យជាក់លាក់ស្តីពីការអនុវត្តន៍ការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ ។ ទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន អាចចាប់យកបានតែការផ្តល់ប្រឹក្សានិងជម្រើសនៃការចិញ្ចឹមកូនបានប្រាប់ដោយម្តាយនៅពេលផ្តល់ប្រឹក្សាតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្វីដែលគួរឱ្យចាប់អារម្មណ៍ទៀតនោះ គឺក្នុងខណៈពេលដែលគោលនយោបាយជាតិកំពុងលើកកម្ពស់ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយសុទ្ធរហូតដល់ ៦ ខែ នៅពេលផ្តល់ប្រឹក្សា ប្រហែលជា ២ ភាគ ៣ (៦៨.៧%) នៃម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានជ្រើសរើសការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្ត ។ នៅក្នុងការអនុវត្តន៍ មិនអាចដឹងបានទេអំពីការចំណាយខ្ពស់ក្នុងការចិញ្ចឹមកូនដោយទឹកដោះគោផ្សំតាមរូបមន្ត ។
- ភាគរយនៃដៃគូបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ : ទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន អាចចាប់យកបានតែដៃគូដែលបានធ្វើតេស្តនៅសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ ដែលដៃគូភាគច្រើនមិនបានចូលរួម ។ កម្មវិធីអេដស៍មិនបានទាមទារឲ្យមានការធ្វើតេស្តគ្រប់ដៃគូទាំងអស់នោះទេ ប៉ុន្តែផ្តោតយ៉ាងសំខាន់ទៅលើដៃគូស្រ្តីដែលវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍តែប៉ុណ្ណោះ ។

[22] Numerator from PMTCT database, denominator from Spectrum projections. For women starting ART at labor/delivery, only those subsequently confirmed as positive are included in the numerator.
[23] Numerator from NCHADS Exposed Infant database 2015. Denominator from Spectrum projection and adjusted for perinatal deaths based on the documented rate (1.9%) among HEI delivered in government facilities in 2015, assuming the same rate applies to all HEI.

តារាងទី 1: សង្ខេបពីលទ្ធផលសម្រេចបាននៃការអនុវត្តន៍ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនលើកទី ១

សូចនាករ	លទ្ធផលសម្រេចបាន
១. % នៃសេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះផ្ដល់ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍	សម្រេចគោលដៅ
២. % នៃស្រុកប្រតិបត្តិយ៉ាងហោចណាស់មានសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ១ កន្លែង	សម្រេចគោលដៅ
៣. % នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល	មិនសម្រេចគោលដៅ
៤. % នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល	សម្រេចគោលដៅ
៥. % ដៃគូនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងទទួលលទ្ធផល	ព័ត៌មានមិនអាចប្រើបាន
៦. % នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់បង្ការ ឬទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	សម្រេចគោលដៅ
៧. % នៃទារកប្រឈមបានទទួលឱសថកូទ្រីម៉ុកសាហ្សូលសម្រាប់បង្ការក្នុងអំឡុងពេល ២ ខែបន្ទាប់ពីកើត	មិនសម្រេចគោលដៅ
៨. % នៃទារកប្រឈមបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែបន្ទាប់ពីកើត	មិនសម្រេចគោលដៅ
៩. % នៃទារកប្រឈមបំបៅសុទ្ធរយៈពេល ៦ ខែ	ព័ត៌មានមិនអាចប្រើបាន
១០. % នៃទារកប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណថាឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយ បានឆ្លងមេរោគអេដស៍	សម្រេចគោលដៅ

៣. ការវិភាគអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន : ដំណើរការសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន

៣.១ ការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍

៣.១.១ ការបង្ការជាវិជ្ជមាន

សេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនចាប់ផ្ដើមដោយ « ការបង្ការជាវិជ្ជមាន » ធានាឲ្យបានស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងវ័យបន្តពូជទាំងអស់បានទទួលនូវចំណេះដឹងគ្រប់គ្រាន់ និងទទួលបាននូវសេវាដែលពន្យល់ប្រាប់គាត់ឲ្យចេះធ្វើការសម្រេចចិត្តចំពោះសុខភាពបន្តពូជ ។ ការបង្ការជាវិជ្ជមាននេះ បានបញ្ចូលផងដែរនូវវិធានការបង្ការសម្រាប់ស្ត្រីមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលរស់នៅជាមួយនឹងដៃគូដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ដៃគូមានលទ្ធផលតេស្តមិនដូចគ្នា) ឧទាហរណ៍ : ការប្រើស្រោមអនាម័យបានត្រឹមត្រូវជាប់លាប់រួមជាមួយនឹងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំពោះដៃគូមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

នៅឆ្នាំ ២០១៣ មានការសិក្សាពីដៃគូមានលទ្ធផលតេស្តមិនដូចគ្នាមួយបានធ្វើឡើងនៅខេត្តចំនួន ៣ បានរកឃើញថា ៨០.៣% នៃបុរសផ្ទុកមេរោគអេដស៍រៀបការជាមួយស្ត្រីដែលមិនមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានរាយការណ៍ថាបានប្រើស្រោមអនាម័យបានត្រឹមត្រូវជាប់លាប់ ។ កត្តាដែលជាប់ទាក់ទងនឹងការមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យបានត្រឹមត្រូវជាប់លាប់ មកពីការផឹកសុរាជាញឹកញាប់ (Odds Ratio 2.9) និងមានជំនឿថាការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ការពារមិនឲ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍ (Odds Ratio 2.7)[24] ។

នេះគឺជាកង្វះព័ត៌មានស្ដីពីការប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតសម្រាប់ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ទោះជាបច្ចុប្បន្នមានសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាច្រើនបានផ្ដល់ស្រោមអនាម័យនិងថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើតនៅនឹងកន្លែងក៏ដោយ ក៏ការប្រើប្រាស់សេវាទាំងនោះនៅមានកម្រិតទាប ដែលមធ្យោបាយទាំងនេះអាចរកបានយ៉ាងទូលំទូលាយនៅទូទាំងប្រទេស ទាំងនៅសេវាឯកជននិងសេវារដ្ឋ ។ ជារួមក្នុងចំណោមស្ត្រីប្រើមធ្យោបាយថ្នាំគ្រាប់ (ជាយូរមកហើយមធ្យោបាយពន្យារកំណើតដែលមានប្រជាប្រិយបំផុតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា) ២ ភាគ ៣ នៃក្រុមនោះទទួលបានពីសេវាឯកជន[25] ។ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំចាក់ (ជាមធ្យាបាយពន្យារកំណើតមានប្រជាប្រិយទី ២) ភាគច្រើននៃអ្នកប្រើបានមកពី

---

[24] Tuot et. al. Determinants of Inconsistent Condom Use among HIV Serodiscordant Couples in Cambodia. *American Journal of Public Health Research*. 2016; 4(2):69-74. doi: 10.12691/ajphr-4-2-5.

[25] 2014 Cambodia Demographic and Health Survey.

សេវារដ្ឋ ប៉ុន្តែវាមិនអាចរកបាននៅសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ហើយស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាទូទៅក៏មិនបានប្រាប់ពីស្ថានភាពផ្ទុករបស់ពួកគាត់ នៅពេលទៅប្រើប្រាស់សេវាពន្យារកំណើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ ។

៣.១.២ ដំណើរការនៃការថែទាំស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍

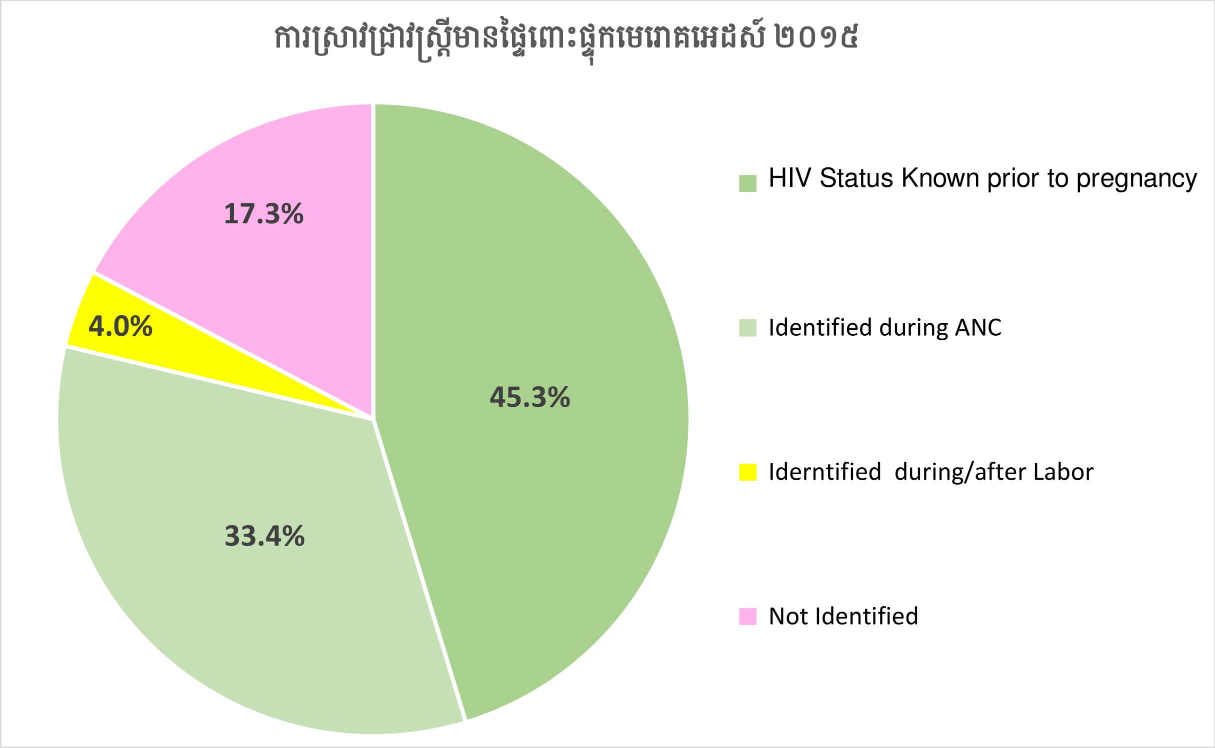
តាមការប៉ាន់ប្រមាណរបស់ស្ពេចត្រូម (Spectrum) នៅឆ្នាំ ២០១៥ ថាមានស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍រំពឹងទុកចំនួន ៩៥៤ នាក់ ។ តាមរយៈតួលេខនេះ មានការវិភាគជាបន្តបន្ទាប់បង្ហាញឲ្យឃើញពីវឌ្ឍនភាពនៃដំណើរនៃការថែទាំស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងទារកប្រឈមនៅក្នុងសេវាបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។

៣.១.២.១ ការស្រាវជ្រាវរកស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ជំហានដំបូងនៃវដ្តដំណើរការថែទាំស្ត្រីផ្ទៃពោះ គឺការកំណត់ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ។ រូបភាពទី ១ ខាងក្រោមបង្ហាញពីសមាមាត្រស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលបានប៉ាន់ប្រមាណនៅឆ្នាំ ២០១៥ ដោយផ្អែកលើម៉ូដែលនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍សរុបចំនួន ៩៥៤ នាក់ ។

ដូចដែលបានឃើញ ទោះបីជាមានការរីកចំរើនច្រើននៅក្នុងការស្វែងរកនិងទទួលយកនូវការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះក៏ដោយ ១៧.៣.% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានប៉ាន់ប្រមណថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅមិនទាន់បានរកឃើញ, ហើយ ៤% ទៀតបានរកឃើញតែនៅពេលសម្រាលកូនប៉ុណ្ណោះ ។ ដែលក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបាត់ទាំងនោះ រួមទាំងស្ត្រីមួយចំនួនដែលយ៉ាងហោចណាស់គាត់បានធ្វើតេស្តមានលទ្ធផលប្រតិកម្ម ប៉ុន្តែបរាជ័យក្នុងការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ បច្ចុប្បន្នក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់នោះមាន ១១.៨% បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍មានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងមាន ៣៣.៨% ទៀតបានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍មានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ។ ក្រៅពីនោះអាចជាស្ត្រីដែលមិនបានមកទទួលពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ និងស្ត្រីមួយចំនួនបានមកទទួលពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែរ ប៉ុន្តែមិនបានធ្វើតេស្តនៅពេលពួកគេមកពិនិត្យផ្ទៃពោះនោះ ។

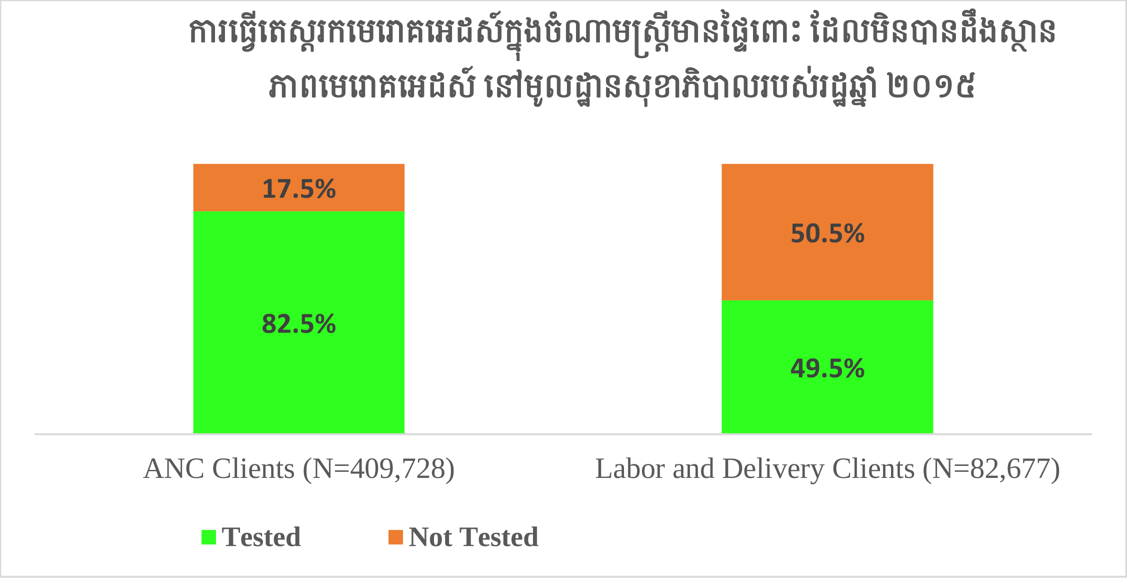
រូបភាពទី១



<u>Source</u>: Denominator from Spectrum. Numerators from 2015 PMTCT database. % Identified at ANC and L&D refers to confirmed cases only.

ការស្រាវជ្រាវរកនិងការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ឲ្យបានឆាប់នៅពេលមកពិនិត្យផ្ទៃពោះជាការប្រសើរបំផុតដើម្បីបង្ការកុំឲ្យម្តាយចម្លងទៅទារក ដែលនៅពេលនោះបន្ទុកមេរោគអាចធ្លាក់ចុះរហូតដល់កម្រិតមើលមិនឃើញមុនពេលសម្រាល ។ ប៉ុន្តែទោះបីជាមិនអាចធ្វើបានក៏ដោយក៏ហានិភ័យនៃការចម្លងអាចកាត់បន្ថយតាមរយៈការផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការចំពោះទារកដែលបានរកឃើញផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ។ នៅឆ្នាំ២០១៥ ស្ត្រីមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ២៧.៦% បានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋនៅពេលឈឺពោះសម្រាល ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មានប្រហែលពាក់កណ្តាល (៤៩.៥%)នៃចំនួននេះបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។

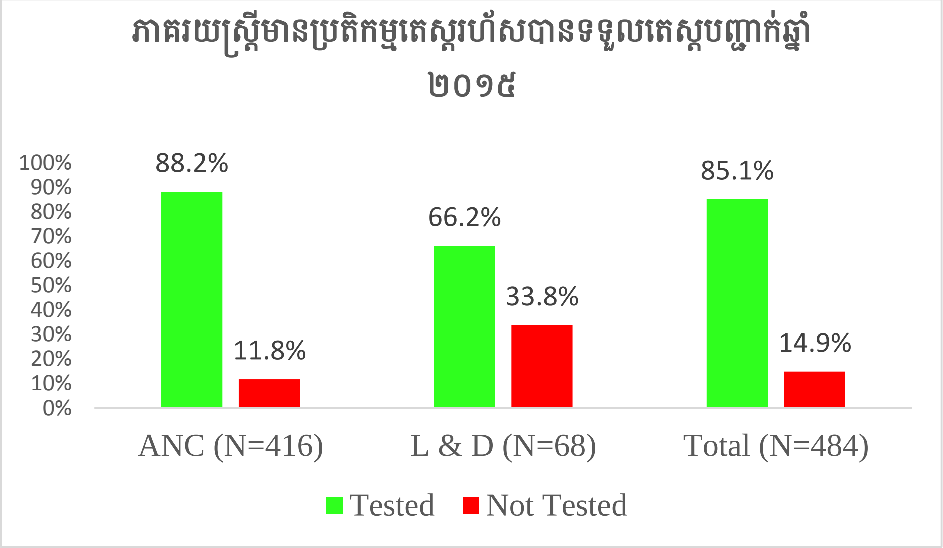
រូបភាពទី ២



Source: PMTCT Database 2015

អត្រានៃការធ្វើតេស្តពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលទាប ជារបាំងមួយនៃភាពខុសគ្នាអាស្រ័យទៅនឹងទីកន្លែងនៃការសម្រាល ។ ១០០% នៃស្ត្រីសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍បានធ្វើតេស្ត បើប្រៀបធៀបនឹងមណ្ឌលសុខភាពគឺមានតែ ៣១.៣% តែប៉ុណ្ណោះ ។ បន្ថែមពីនេះទៀត វាបានបង្ហាញថាមានប្រហែលជា ១ ភាគ ៣ នៃស្ត្រីបានធ្វើតេស្តមានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលមិនបានទទួលលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ ។

រូបភាពទី ៣



Source: PMTCT Database 2015

ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ មាន ៨៦.៧% មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន ។ មិនមានព័ត៌មានស្តីពីភាគរយនៃអវិជ្ជមានខុសនោះទេ ដោយសារក្នុងខណៈនោះគ្មានប្រព័ន្ធធានាគុណភាពនៅនឹងកន្លែងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តរហ័សនៅមណ្ឌលសុខភាព ។

ជាសរុប ទាំងនេះគឺជាការបាត់បង់ឱកាសក្នុងការស្រាវជ្រាវរកស្ត្រីផ្ទៃពោះមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ។ ការធ្វើតេស្តដល់ស្ត្រីដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍មានកម្រិតទាប ជាពិសេសពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាពដែលជាកន្លែងច្រើនជាងពាក់កណ្តាលនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋមានសម្រាលកូនទាំងអស់នៅប្រទេសកម្ពុជា (៥៨.៥% នៅឆ្នាំ២០១៥)[26] ។ មានអត្រាខ្ពស់ដែលមិនអាចទទួលយកបាននៃស្ត្រីធ្វើមានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ឬពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលមិនបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ (១១%និង៣៣.៨%) និងអាចមានលទ្ធផលអវិជ្ជមានខុសមួយចំនួនដោយសារការទុកដាក់និងការធ្វើតេស្តមិនបានត្រឹមត្រូវ ។

៣.១.២.២ ការព្យាបាល

ជំហានបន្ទាប់នៅក្នុងវដ្តនៃដំណើរការថែទាំស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺផ្តល់ការព្យាបាលម្តាយដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត និងផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការទៅទារក ។

៣.១.២.២.១ ការព្យាបាលម្តាយមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានណែនាំឲ្យទៅសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានគ្លីនិកព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។ ជារួមនៅឆ្នាំ ២០១៥ មានស្ត្រីចំនួន ៧៥១ នាក់ បានដឹងថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។ ម្តាយ ៧១៨ នាក់ បានមកសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ និង ១១ នាក់ទៀត បានសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាព ។ នៅមិនអាចដឹងបានក្នុងចំណោមស្ត្រី ២២ នាក់ដែលនៅសល់ បានជ្រើសរើសការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះដោយការរំលូត ឬរលូតកូនដោយឯកឯង ។ ប៉ុន្តែមានការជឿទុកចិត្តបានថា ការរំលូត ឬរលូតកូនច្រើនក្នុងក្រុមពួកគាត់ជាបញ្ហាដ៏តូច ។ មានការបង្ហាញយ៉ាងច្បាស់ថាភាគច្រើននៃស្ត្រីដែលដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅពេលមានផ្ទៃពោះបានមកសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ ។ បន្ថែមពីនេះទៀត ច្រើនជាង (៩៥.៦%) បានសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលផ្ទុយពីមណ្ឌលសុខភាព ។

[26] HMIS 2015.

ក្នុងចំណោមស្ត្រីចំនួន ៧២៩ នាក់ សម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានដឹងថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍មុនសម្រាល, មានស្ត្រីចំនួន ៧២០ នាក់ បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មុនឈឺពោះសម្រាល (៩៨.៨%)[27] ។ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូនបច្ចុប្បន្នមិនបានចាប់យកនូវរយៈពេលនៃការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ គ្រាន់តែចាប់យកនូវព័ត៌មាននៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ មានម្ដាយ ៣ នាក់ ក្នុងចំណោម ៩ នាក់ ដែលដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍មិនទាន់ប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានចាប់ផ្ដើមប្រើនៅពេលសម្រាល ។ ប៉ុន្តែមានម្ដាយ ៦ នាក់ មិនបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ម្ដាយទាំង ៦ នាក់នេះ បានសម្រាលកូននៅមណ្ឌលសុខភាពជាជាងនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

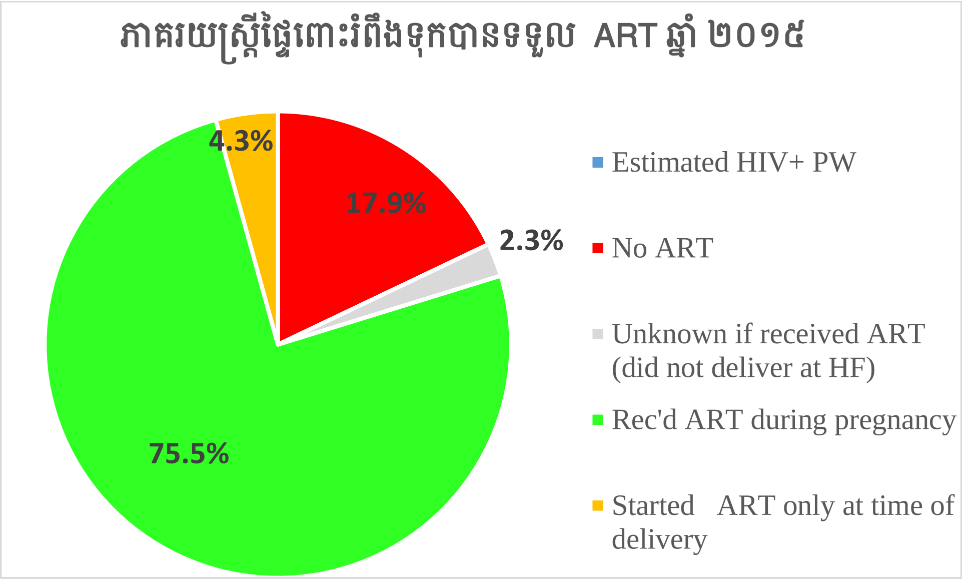
បន្ថែមពីនេះទៀត, មានស្ត្រី ៦៨ នាក់ ដែលមិនបានដឹងស្ថានភពមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល បានធ្វើតេស្តមានលទ្ធផលប្រតិកម្ម, ២៩ នាក់ នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និង ៣៩ នាក់ នៅមណ្ឌលសុខភាព ។ ក្នុងចំណោមស្ត្រីទាំងអស់នោះ, អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែអ្នកនៅមណ្ឌលសុខភាពបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តែ ៤១% ប៉ុណ្ណោះ ក្នុងចំណោមអត្រាគ្របដណ្ដប់ទាំងមូល (ទាំងមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យរួមបញ្ចូលគ្នា) ៦៦.២% ។ ដូចបានកត់សម្គាល់នៅផ្នែកដំបូង មានស្ត្រីប្រហែលជាពាក់កណ្ដាលមិនដឹងស្ថានភាពនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដែលការគ្របដណ្ដប់ទាបនេះ កើតមានឡើងនៅមណ្ឌលសុខភាព ។

រូបភាពទី ៤ បង្ហាញពីសមាមាត្រស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ការព្យាបាលស្ត្រីដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែលសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដូចជាសំណុំរឿងមួយនៃអតិថិជនមកពិនិត្យផ្ទៃពោះដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ ។ តាមការអនុវត្តន៍ជាក់ស្ដែង មានស្ត្រីខ្លះដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍មុនមានផ្ទៃពោះ អាចទៅសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដោយមិនបានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះសូម្បីតែមួយដង ប៉ុន្តែវាជាករណីកម្រចាប់តាំងពីមានសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលអាចរកបានដោយងាយស្រួល ឬក៏នៅជិតនឹងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ។ ដូចគ្នានេះដែរ ស្ត្រីផ្ទៃពោះដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្លះអាច

[27] PMTCT database 2015.

សម្រាលនៅផ្ទះ ឬនៅសេវាឯកជន ប៉ុន្តែករណីនេះផងដែរ ត្រូវបានគេគិតថាវាមិនមានជាញឹកញាប់ទេ ។

រូបភាពទី ៤

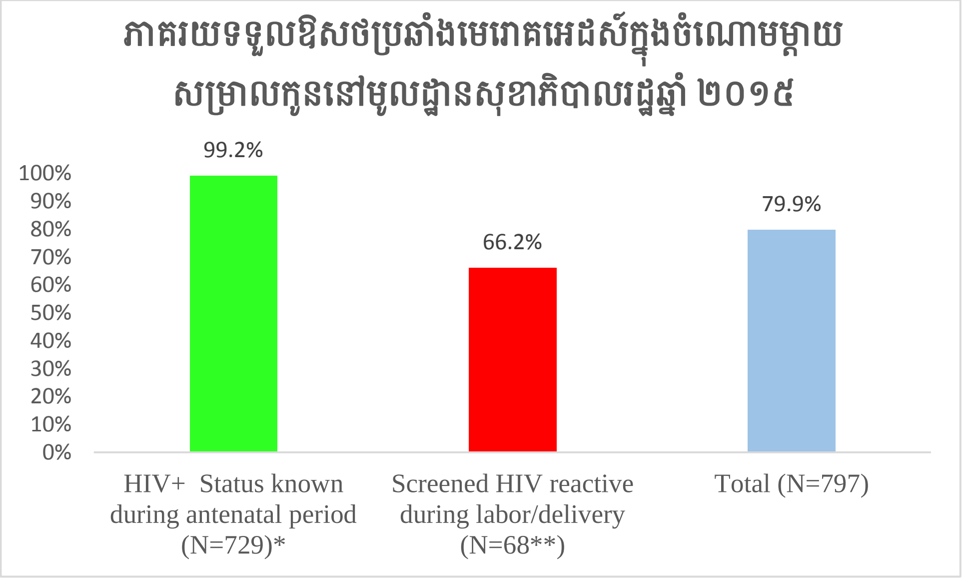


Source: Denominator from Spectrum. Numerators from 2015 PMTCT database. Women who started ART because they screened reactive at L&D but who were subsequently found to be negative on confirmatory testing (7 cases) are not included in the numerator.

៧៥.៥%នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់បានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅឆ្នាំ ២០១៥ ឬ អាចនិយាយថា ៧៩.៩% ប្រសិនបើគិតត្រឹមផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាល ។ ប៉ុន្តែអត្រាគ្របដណ្តប់ខុសគ្នាខ្លាំងអាស្រ័យនឹងពេលវេលានៃការរកឃើញស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ វាមានអត្រាខ្ពស់ក្នុងចំណោមស្ត្រីដែលបានរកឃើញស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ហើយវាមានអត្រាទាបបំផុតសម្រាប់អ្នករកឃើញដំបូងនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ។ ប្រហែលមួយភាគបីនៃស្ត្រីដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ពីមុនបានធ្វើតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាល និង សម្រាល ។

ដូចគ្នានឹងការស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល វាមានភាពខុសគ្នាយ៉ាងខ្លាំងរវាងមន្ទីរពេទ្យនិងមណ្ឌលសុខភាព ក្នុងន័យនេះគឺ : ស្ត្រីមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្ម ១០០% នៅមន្ទីរពេទ្យបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រៀបធៀបនឹងមណ្ឌលសុខភាពមានតែ ៤១% តែប៉ុណ្ណោះ ។

រូបភាពទី ៥



Source: PMTCT database 2015
*Numerator includes 3 cases identified during ANC but started on ART only at L&D, and 720 women already on ART prior to the onset of labor.
** Total # women who screened reactive at L&D, although not all of these will actually have been HIV+. It is protocol to initiate ART when a woman screens reactive at L&D and not delay treatment while awaiting the confirmatory test.

សរុបមក,ឧបសគ្គចម្បងមួយដែលរារាំងក្នុងការព្យាបាលស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍បរាជ័យ គឺការកំណត់រកស្ថានភាពផ្ទុករបស់ពួកគាត់ ។ ឧបសគ្គទី ២ គឺអត្រាគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលទាបសម្រាប់ស្ត្រីដែលបានរកឃើញក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាព ។ ក្នុងចំណោមឧបសគ្គដែលបានលើកឡើងទាំងនេះ ភាពបរាជ័យគឺបណ្តាលមកពីការបាត់ស្ត្រីធ្វើតេស្តនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ឬពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល និងការបាត់បង់ស្ត្រីធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្ម ។ ទាំងការធ្វើតេស្តនិងការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មានអត្រាទាបនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាលជាងនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ ។

៣.១.២.២.២ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ទារកប្រឈម

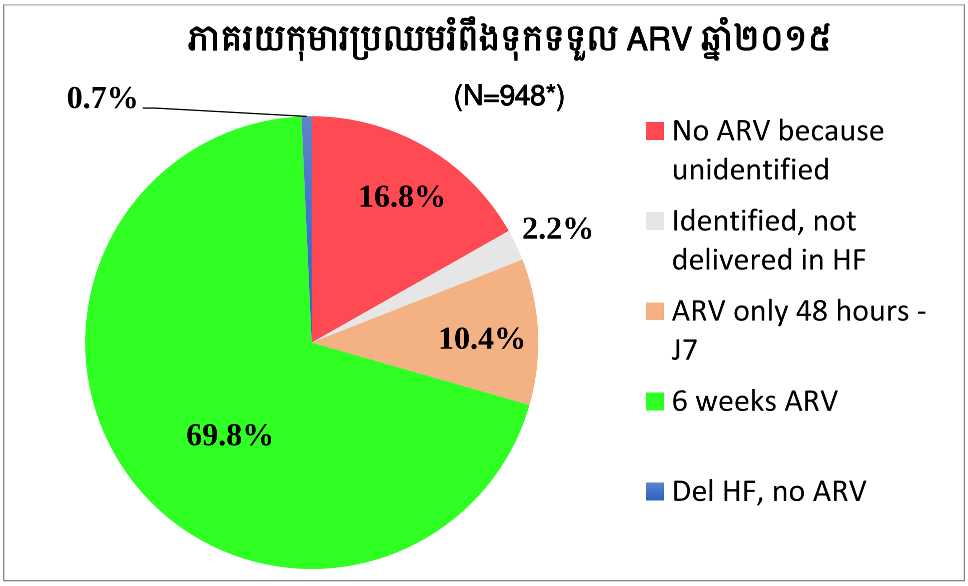
សម្រាប់គោលបំណងនៃការវិភាគចំនួនកុមារប្រឈមត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថា ស្មើនឹងចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ យោងតាមការគណនាស្ពេចត្រូម ឬស្មើនឹងចំនួន ៩៥៤ នាក់ នៅឆ្នាំ ២០១៥ ។ មានកុមារចំនួន ៦៩៩ នាក់ បានកើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋនៅឆ្នាំ ២០១៥ រួមទាំងកុមារ ២៧ នាក់ទៀត បានកើតនៅមណ្ឌលសុខភាព និងកុមារ ១០១ នាក់ផ្សេងទៀត កើតនៅ

មន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ ដែលមន្ទីរពេទ្យបានផ្តល់ទិន្នន័យជារៀងរាល់ឆ្នាំមកក្រសួងសុខាភិបាល ។ ចំណែកឯទារកប្រឈម ១៥៤ នាក់ផ្សេងទៀត ដែលកើតពីម្តាយមិនបានដឹងស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកម្រមួយចំនួនតូចដែលមិនបានកើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ ដែលកុមារខ្លះទៀតក៏ប្រហែលជាមិនបានមកទទួលសេវា ។

ក្នុងចំណោមទារកដែលបានកើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ មានទារក ១៥ នាក់ ស្លាប់កើត/កើតស្លាប់បានរាយការណ៍ ។ ក្នុងចំណោមទារកដែលនៅរស់ មានទារក ៩៩% បានទទួលឱសថណេវីរ៉ាពីនបង្ការរយៈពេល ៦ សប្តាហ៍[28] ។

ប៉ុន្តែទារកប្រឈមដែលបានកើតនៅមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ បានទទួលឱសថណេវីរ៉ាពីនដើម្បីបង្ការសម្រាប់តែ ៤៨ ម៉ោងក្រោយកើតប៉ុណ្ណោះ ហើយកុមារដែលមិនបានដឹងស្ថានភាពប្រឈមក៏មិនបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាមួយឡើយ ។ ដូចដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងរូបភាពទី ៦ អត្រាសរុបនៃទារកប៉ាន់ប្រមាណថាប្រឈមទាំងអស់ទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការ បានធ្លាក់ចុះត្រឹម ៧០% ប្រសិនបើរាប់បញ្ចូលតួលេខទារកកើតនៅមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ និងមិនបានបញ្ចូលកុមារទាំងអស់ដែលមិនបានដឹងស្ថានភាពប្រឈម ។

រូបភាពទី ៦



Source: PMTCT database for numerators, denominator from Spectrum.
**Adjusted for perinatal deaths; assumes that the rate among HEI delivered in a government health facility applies to HEI who were not identified/did not deliver in a HF.

[28] In March 2016 the protocol was revised to provide high risk HEI (mother on ART <4 weeks before delivery) with 6 weeks AZT + 12 weeks NVP.

៣.១.២.២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងរកមេរោគអេដស៍ និងការតាមដានកុមារប្រឈម

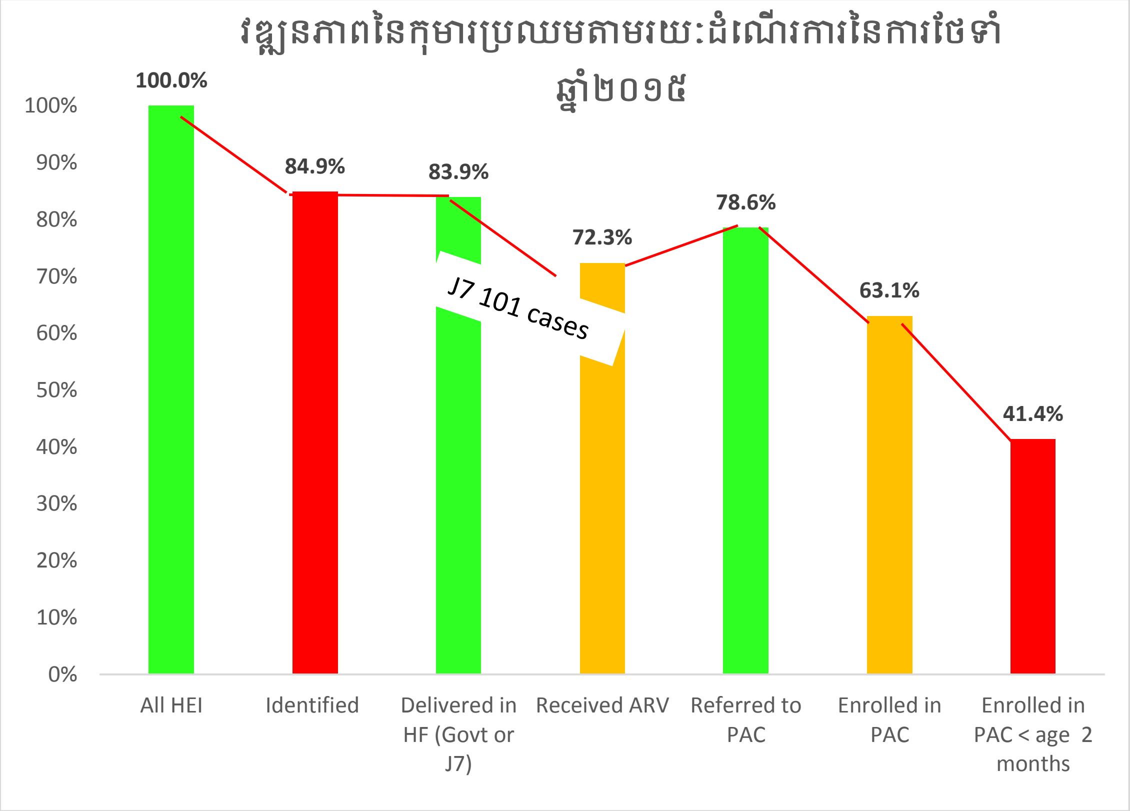
ទារកប្រឈមគួរទទួលបានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ដោយ DNA-PCR លើកទី ២ និងចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំកូទ្រីម៉ុកសាហ្សូលបង្ការសម្រាប់បង្ការជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗនៅអាយុ ៦ សប្តាហ៍ ។ និងធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ DNA-PCR លើកទី ៣ ម្តងទៀតបន្ទាប់ពីបាន ៦ សប្តាហ៍ក្រោយផ្តាច់ដោះទាំងស្រុង ។ ការធ្វើតេស្ត DNA-PCR និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ត្រូវបានផ្តល់ឲ្យនៅគ្លីនិកថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ ដែលសរុបទាំងអស់ឥឡូវនេះមានចំនួន ៣៣ កន្លែងនៅទូទាំងប្រទេស។ គោលការណ៍ណែនាំថ្មីត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរួមទាំងការធ្វើតេស្តដោយសំណាកឈាមស្ងួតនៅពេលកើត ប៉ុន្តែទាំងនេះមិនបានអនុវត្តក្នុងឆ្នាំ ២០១៥ ទេ ។

បើទោះបីជាទារកប្រឈមស្ទើរតែទាំងអស់កើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ និងមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ បានបញ្ជូនទៅសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ, ក្នុងនោះមានកុមារប្រឈមតែ ៥៩០ នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលបានចុះឈ្មោះនៅឆ្នាំ ២០១៥[29] ។ នេះគឺស្មើនឹង ៧៥.២% នៃទារកប្រឈមដែលកើតនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋនិងមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ និងស្មើនឹង ៦៣.១% នៃកុមារប្រឈមរំពឹងទុកទាំងអស់ ។ ជាមួយគ្នានេះដែរ ការចុះឈ្មោះនៅសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ ជាញឹកញាប់មិនបានទាន់ពេលទេ ច្រើនជាងមួយភាគបីនៃទារកប្រឈមបានចុះឈ្មោះនៅពេលមានអាយុច្រើនជាង ២ ខែ ។ សូចនាករសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត DNA-PCR និងការទទួលឱសថដើម្បីបង្ការជំងឺឱកាសនិយមត្រូវគ្នានឹងការចុះឈ្មោះនៅផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ ។ ឧទាហរណ៍ ការផ្តល់សេវាបានធ្វើគ្រប់ទារកប្រឈមដែលបានចុះឈ្មោះ ប៉ុន្តែអត្រាគ្របដណ្តប់នៅមានកម្រិតដោយសារការចុះឈ្មោះមានកម្រិតតិច និងការចុះឈ្មោះកុមារនៅអាយុច្រើន ។

រូបភាពទី ៧ ខាងក្រោម សង្ខេបពីវឌ្ឍនភាពនៃកុមារប្រឈមតាមរយៈដំណើរការនៃការថែទាំ

[29] Exposed Infant Database, NCHADS 2015.

រូបភាពទី ៧



ដូចដែលបានឃើញ មាន ៤ ចំណុចដែលចំនួនកុមារប្រឈមទាំងអស់ បានបាត់បង់និងមិនបានមកទទួលសេវាថែទាំសំខាន់ៗដូចខាងក្រោម :

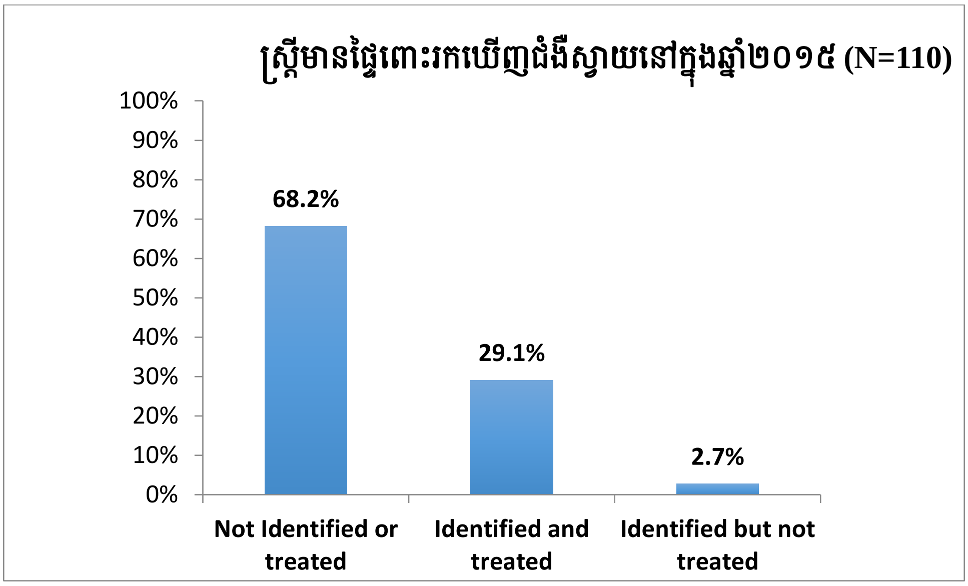
- ការធ្វើតេស្តនៅពេលកើត
- ការទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានតែនៅមន្ទីរពេទ្យជ័យវរ្ម័នទី ៧ តែប៉ុណ្ណោះ
- ការចុះឈ្មោះនៅសេវាជំងឺអេដស៍កុមារ
- ការចុះឈ្មោះនៅសេវាជំងឺអេដស៍កុមារនៅជាង អាយុតិច ២ ខែ ។

៣.២ ការបង្ការការចម្លងមេរោគស្វាយ

ការខ្វះខាតតេស្តស្វាយនៅទូទាំងប្រទេស បាននាំឱ្យមានថយចុះចំនួនស្ត្រីដែលបានស្រាវជ្រាវរកជំងឺស្វាយនៅក្នុងឆ្នាំ២០១៥ (៤៣.៤% នៃអតិថិជនថែទាំមុនសម្រាល) នៅពេលដែលការធ្វើតេស្តដាច់ដោយឡែកពីគ្នារវាងតេស្តអេដស៍និងស្វាយត្រូវបានគេប្រើ ។ ចាប់តាំងពីប្រទេសនេះបានផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើតេស្តពីរជាប់គ្នាតែមួយ អេដស៍ / ស្វាយ ដែលជាតេស្តរហ័សសម្រាប់ស្រាវជ្រាវ។

ការវិភាគខាងក្រោមនេះបង្ហាញថាអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃជំងឺស្វាយគឺ០.០៣%ក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ (សូមមើលផ្នែកទី១.២)៖

រូបភាពទី៨



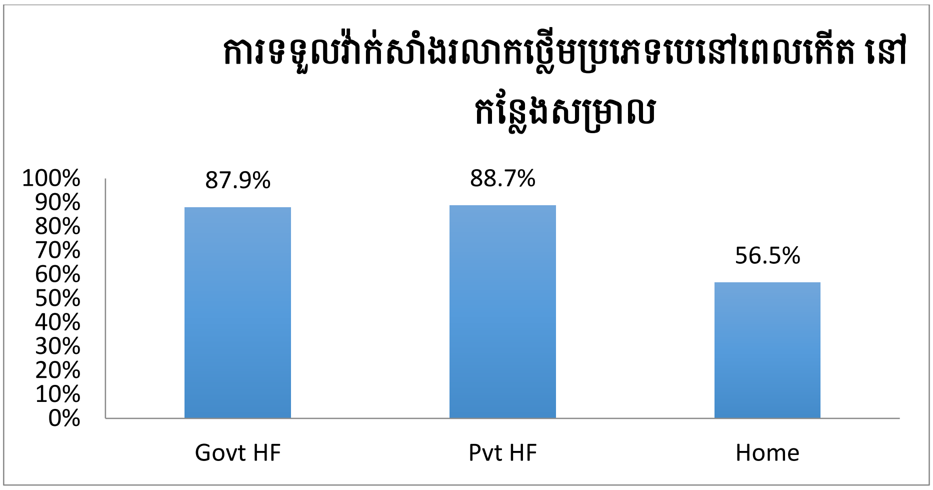
Source: PMTCT Database 2015

ដូចដែលអ្នកអាចមើលឃើញឧបសគ្គជាចម្បងគឺការស្រាវជ្រាវរកជំងឺស្វាយមានកម្រិតទាបណាស់។ នេះគឺដោយសារតែខ្វះការស្រាវជ្រាវជាចម្បង ប៉ុន្តែថែមទាំងបានឆ្លុះបញ្ចាំងផងដែរពីការបាត់បង់ករណីប្រតិកម្មខ្លះដើម្បីទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។

៣.៣ ការបង្ការការចម្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេ

នៅទូទាំងប្រទេស មិនមានទិន្នន័យថ្មីពីអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេរ៉ាំរ៉ៃ ក្នុងចំណោមកុមារ ឬអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ antigen នៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទបេក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ(សូមមើលផ្នែក១.៣)។ ក្រាហ្វិកខាងក្រោមបង្ហាញពីចំនួនគ្របដណ្តប់នៃការទទួលវ៉ាក់សាំងរលាកថ្លើមប្រភេទបេនៅពេលកើត (កម្មវិធីអន្តរាគមន៍តែប៉ុណ្ណោះនាពេលបច្ចុប្បន្ន) នេះបើយោងតាមទីកន្លែងនៃការសម្រាលកូន។ ដូចដែលអ្នកអាចមើលឃើញការអនុវត្តន៍នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យសាធារណៈនិងឯកជនគឺស្រដៀងគ្នា ក្នុងខណៈពេលដែលការសម្រាលកូននៅតាមផ្ទះបានប្រព្រឹត្តិទៅយ៉ាងល្អផងដែរ។

រូបភាពទី៩



៤. ឧបសគ្គរារាំងក្នុងការមកសម្រាលកូននៅសេវាសម្ភពដែលមានសេវា

មានការប្រជុំមួយបានធ្វើឡើងនៅក្នុងខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០១៦ ដោយមានការចូលរួមពីមន្ត្រីនៃកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក, មន្ត្រីតំណាងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ, តំណាងអង្គការដៃគូអភិវឌ្ឍមួយចំនួន រួមទាំងអង្គការ UNAIDs, WHO, PEPFAR, U.S.-CDC, FHI360, និងអង្គការ KHANA ។ មានឧបសគ្គបន្តបន្ទាប់ត្រូវបានរកឃើញក្នុងការផ្តល់សេវានៃការការពារការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។

៤.១ ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ / កុមារប្រឈមឆ្លងមេរោគអេដស៍ :

ឧបសគ្គបន្តបន្ទាប់ការកំណត់រកមេរោគអេដស៍

- ការផ្គត់ផ្គង់តេស្តរកមេរោគអេដស៍ / ស្វាយនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ
- ការធានាគុណភាពនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ / ស្វាយ
- ខ្វះខាតច្បាប់, បណ្តាញផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុមិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មីៗ
- ខ្វះខាតការប្រើប្រាស់សេវាសម្ភពរបស់រដ្ឋដោយស្ត្រីមួយចំនួន ។

៤.១.១ ការផ្គត់ផ្គង់តេស្ត

មានការដាច់ស្តុកជាញឹកញាប់និង / ឬផុតកំណត់ការប្រើប្រាស់តេស្តនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវបានកំណត់ថាជាឧបសគ្គធំបំផុតតែមួយគត់ ។ ជាទូទៅការចូលរួមក្នុងការថែទាំមុនសម្រាលមានកម្រិតខ្ពស់ (៩៥% ក្នុងការស្រាវជ្រាវប្រជាសាស្ត្រសុខភាពកម្ពុជា ឆ្នាំ ២០១៤) និងជាការកម្រដែលបានរាយការណ៍ក្នុងការធ្វើតេស្ត ។ ការថែទាំមុនសម្រាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានផ្តល់យ៉ាងច្រើនដោយមណ្ឌលសុខភាពនៅកម្រិតសហគមន៍, មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងនេះមានចំនួនពិតប្រាកដជាង ១៤០០ កន្លែង និងតាំងនៅពង្រាយទូទាំងប្រទេសដែលធ្វើឲ្យការធានាឲ្យមានស្តុកតេស្តគ្រប់គ្រាន់ជាបញ្ហាប្រឈមមួយ ។ កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក បានធ្វើការស្ទាបស្ទង់យ៉ាងលឿនតាមទូរស័ព្ទចំនួន ៦០ មណ្ឌលសុខភាពនៅក្នុងខេត្តចំនួន ៤ នៅដើមខែតុលាឆ្នាំ ២០១៦ ។ ចំនួន ១១% នៃមណ្ឌលសុខភាពត្រូវបានដាច់ស្តុកតេស្តរកមេរោគអេដស៍ទាំងស្រុងនៅក្នុងពេលនៃការសម្ភាសន៍ ។ បញ្ហាទាំងនោះកើតឡើងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលក្នុងប្រព័ន្ធផ្គត់ផ្គង់ :

- លទ្ធកម្ម : ពេលខ្លះកើតឡើងនៅក្នុងការប៉ាន់ស្មានលំអៀងពីចំនួននៃការធ្វើតេស្តនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្ត ។ លើសពីនេះទៀត បរិមាណមិនគ្រប់គ្រាន់ដោយគេមិនបានបញ្ចូលបរិមាណខូចខាតនិងស្តុកបម្រុង ។ គោលការណ៍ណែនាំគ្រប់គ្រងឱសថកម្ពុជាបានរក្សាឲ្យមានស្តុកបម្រុង ៦ ខែ នៅក្នុងឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS), ២ ខែនៅក្នុងឃ្លាំងស្រុកប្រតិបត្តិ និងស្តុកបម្រុង ១ ខែ នៅឱសថស្ថាននៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។ នេះមានន័យថានៅពេលដែលផលិតផលថ្មីត្រូវបានណែនាំឲ្យប្រើ, គេត្រូវការទាំងពីរ ទាំងចំនួនព្យាករសម្រាប់ប្រើប្រាស់និងចំនួនផ្គត់ផ្គង់បន្ថែម ៩ ខែទៀត ទៅនឹងតម្រូវការជាគោលប្រព័ន្ធនេះនឹងធានាឲ្យបាននូវស្តុកបម្រុងគ្រប់គ្រាន់នៅគ្រប់កម្រិតទាំងអស់ ។ វិធីនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តទេនៅពេលតេស្តរហ័សត្រូវបានចាប់ផ្តើមឲ្យប្រើប្រាស់ដំបូង ។ ការបរាជ័យក្នុងការធានាឲ្យមានស្តុកបម្រុងគ្រប់គ្រាន់ដែលនាំឲ្យមានកង្វះខាតស្តុកនៅពេលខ្លះ ជាពិសេសនៅថ្នាក់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងស្រុកប្រតិបត្តិ ។ ការចែកចាយត្រូវបានធ្វើឡើងដោយឃ្លាំងឱសថកណ្តាលទៅឲ្យស្រុកប្រតិបត្តិតែម្តងគត់ក្នុង ១ ត្រីមាស ដូច្នេះ ប្រសិនបើស្តុកបម្រុង ២ +១ ខែ ដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ គឺមិនត្រូវបានរក្សាស្តុកគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិ, ការដាច់ស្តុករវាងការចែកចាយរបស់ឃ្លាំងឱសថកណ្តាលនឹងកើតមានឡើងយ៉ាងងាយ ។
- បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពនិង / ឬឱសថការីស្រុកប្រតិបត្តិអាចនឹងមិនមានជំនាញគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការប៉ាន់ស្មាននៃតម្រូវការតេស្ត ដើម្បីស្នើសុំបរិមាណតេស្តឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់យ៉ាងល្អជាមុន ដើម្បីបញ្ចៀសការដាច់ស្តុក ។ នេះគឺទំនងជាពិសេសនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព, ដែល

ជាកន្លែងដែលមានអ្នកទទួលខុសត្រូវពីកិច្ចការនេះ ជាញឹកញាប់មិនមានបណ្តុះបណ្តាលជាក់លាក់នៅក្នុងការគ្រប់គ្រងសារពើភណ្ឌ និងការគណនាប៉ាន់ប្រមាណ ។

- ឱសថស្ថានស្រុកប្រតិបត្តិនិងឃ្លាំងឱសថកណ្តាល ដែលមាននិន្នាការទៅកាត់បន្ថយចំនួនស្នើសុំជាស្វ័យប្រវត្តិចំពោះចំនួនតេស្តដែលលើសពីការប្រើប្រាស់ពេលកន្លងមក ។ ជាលទ្ធផល, មូលដ្ឋានសុខាភិបាល / ស្រុកប្រតិបត្តិដែលបានធ្វើតេស្តទាប ត្រូវបានធ្វើឲ្យចូលទៅក្នុងតែការអនុវត្តន៍ទាប ពីព្រោះពួកគេមិនអាចទទួលបានបរិមាណតេស្តគ្រប់គ្រាន់តាមតម្រូវការដើម្បីបង្កើនចំនួននៃការធ្វើតេស្ត ។ ករណីដែលត្រូវការការថែទាំមុនសម្រាល ដែលបច្ចុប្បន្នមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់តេស្តទេ ។
- ពេលខ្លះមានការយឺតនៅក្នុងដំណើរការនៃការសរុបការស្នើសុំរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងសំណើទៅកាន់ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល និងក្នុងឃ្លាំងឱសថកណ្តាលពិនិត្យឡើងវិញ, ការអនុម័តនិងការចែកចាយ ។ មានការយឺតពេលបន្ថែមទៀតកើតឡើងនៅក្នុងការចែកចាយនៃការផ្គត់ផ្គង់តេស្តពីឱសថស្ថានស្រុកប្រតិបត្តិទៅមណ្ឌលសុខភាព, ជាពិសេសមណ្ឌលសុខភាពដែលមានទីតាំងស្ថិតនៅឆ្ងាយពីការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ ។
- អ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននាពេលបច្ចុប្បន្ន មិនបានតាមដានស្តុកតេស្តនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬធ្វើសកម្មភាពបង្ការ ដូចជារៀបចំឲ្យមានការខ្ចីគ្នារវាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយនិងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលមួយទៀត ឬការស្នើសុំពិសេសទៅឃ្លាំងឱសថកណ្តាល ។

មានបញ្ហាបន្ថែមទៀតគឺតេស្តផុតកំណត់ថ្ងៃប្រើប្រាស់, អាយុកាលតេស្តខ្លី គឺជាធម្មតាគ្រាន់តែ ២ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការផលិត ។ ពេលវេលាដែលត្រូវការសម្រាប់តេស្តមកដល់នៅក្នុងប្រទេស រួមមានជម្រះបញ្ជីពីនាយកដ្ឋានគយទៅដល់ឃ្លាំងឱសថកណ្តាល និងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងបញ្ជីសារពើភណ្ឌ, ត្រូវបានចែកចាយទៅស្រុកប្រតិបត្តិ និងបន្ទាប់មកចែកចាយបន្តទៅមណ្ឌលសុខភាព, បន្តកាត់បន្ថយបញ្ហានេះ ។ ឃ្លាំងឱសថកណ្តាលប្រើគោលការណ៍ដោយអាចយល់បាន « ផលិតផលដែលមានថ្ងៃផុតកំណត់ប្រើប្រាស់, ជិតចប់មុនគេ - ត្រូវបញ្ចេញញប្រើមុនគេ » ក្នុងការចែកចាយតេស្តដែលជិតហួសថ្ងៃផុតកំណត់ប្រើប្រាស់បំផុត ។ ឱសថការីស្រុកប្រតិបត្តិត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការធ្វើដូច្នោះដែរ ហើយបច្ចុប្បន្នមិនបានយកចិត្តទុកដាក់អត្រានៃការប្រើប្រាស់តេស្តនៅពេលបែងចែកតេស្តទៅឲ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ ។ មណ្ឌលសុខភាពខ្លះ ជាពិសេសនៅតាមតំបន់ជនបទដាច់ស្រយាលដែលមានដង់ស៊ីតេប្រជាជនទាប, ដោះស្រាយតែចំនួនអតិថិជនតិចតួចជារៀងរាល់ខែ, ហើយដូច្នេះប្រហែលជាមិនអាចប្រើប្រាស់តេស្តដែលមានអាយុកាលប្រើប្រាស់នៅសល់ខ្លីឡើយ ។

៤.១.២ គុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត :

មណ្ឌលសុខភាពមិនមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ហើយភាគច្រើនខ្វះកង្ហារ ដែលជាលទ្ធផលមិនអាចរក្សាទុកតេស្តបាននៅខាងក្រោមសីតុណ្ហភាព ៣០ អង្សាសេ ទៅតាមអនុសាសន៍ដែលបានផ្តល់ដោយមិនមានការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធត្រជាក់ ។ ទោះបីជាមណ្ឌលសុខភាពមានទូទឹកកក ឬប្រព័ន្ធត្រជាក់សម្រាប់ផ្ទុកវ៉ាក់សាំង, គោលនយោបាយនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះការពារមិនឲ្យប្រើប្រាស់សម្រាប់ផលិតផលសុខភាពផ្សេងទៀតទេ ។ ផលប៉ះពាល់នៃការប្រើតេស្តដែលត្រូវបានដាក់នៅក្នុងសីតុណ្ហភាពលើសពី ៣០ អង្សាសេទៅលើភាពត្រឹមត្រូវនៃតេស្តដែលមិនបានដឹង ។

លើសពីនេះទៀត ការសិក្សាមួយដែលកំពុងបន្តធ្វើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យជំងឺឆ្លងនៃសហរដ្ឋអាមេរិក (US-CDC) បានរកឃើញបញ្ហាផ្សេងទៀតជាមួយគុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត ដោយរួមបញ្ចូលទាំងការប្រើប្រាស់សេរ៉ូមប្រែធម្មតាជំនួសទឹកពង្រាវដែលបានផ្តល់អនុសាសន៍ឲ្យប្រើ និងអវត្តមានយន្តការធានាគុណភាពនៃការធ្វើតេស្ត ។ ផលប៉ះពាល់នៃកត្តាទាំងនេះទៅលើភាពអាចជឿជាក់បាននូវលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តមិនត្រូវបានគេដឹងនៅឡើយទេ ។ លទ្ធផលជាវិជ្ជមានមិនពិតគឺជាក្តីបារម្ភតិចជាងអវិជ្ជមានមិនពិតដែលមានសក្តានុពល ពីព្រោះស្ត្រីមានលទ្ធផលប្រតិកម្មនៅពេលធ្វើតេស្តរហ័សត្រូវបានបញ្ជូនទៅធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ នេះត្រូវបានអនុវត្តនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលថ្នាក់ខ្ពស់ដែលជាកន្លែងមានយន្តការធានាគុណភាព និងល័ក្ខខ័ណ្ឌទុកផលិតផលគ្រប់គ្រាន់ ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អវិជ្ជមានមិនពិតនឹងរួមចំណែកដល់ការបរាជ័យក្នុងការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកនិងព្យាបាលករណីនៃមេរោគអេដស៍ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។

៤.១.៣ ការផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មី :

ការធ្វើតេស្តស្ត្រីដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាពដែលជាគោលការណ៍ណែនាំថ្មី និងមិនទាន់ត្រូវបានដាក់ឲ្យប្រើប្រាស់ពេញលេញ ; គោលការណ៍ណែនាំពីមុនមក បានឲ្យមានការធ្វើតេស្តតែនៅមណ្ឌលសុខភាពមួយចំនួនតូច ដែលត្រូវបានទាក់ទងទៅនឹងកន្លែងមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ទោះបីជាការណែនាំថ្មីនេះត្រូវបានអនុម័តនៅក្នុងខែមីនា ឆ្នាំ ២០១៦ ការផ្សព្វផ្សាយបានចាប់ផ្តើមតែនៅក្នុងខែតុលា ឆ្នាំ ២០១៦ និងដូច្នេះបានចែកដល់តែ ២ ខេត្តប៉ុណ្ណោះដោយសារតែខ្វះថវិកា ។

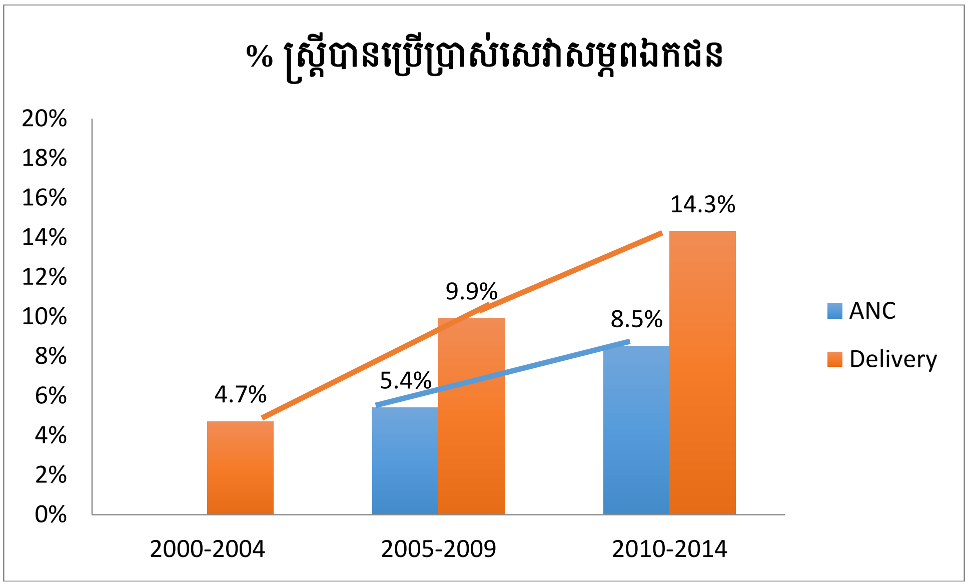
ជាប្រវត្តិសាស្ត្រ, ការបណ្តុះបណ្តាល / សិក្ខាសាលាពិសេស គឺជាមធ្យោបាយសម្រាប់ផ្សព្វផ្សាយគោលការណ៍ណែនាំថ្មី / ព័ត៌មានបច្ចេកទេសដល់បុគ្គលិកឆ្មបនេះ ។ នៅពេលការគាំទ្ររបស់ម្ចាស់ជំនួយពីខាងក្រៅមានការថយចុះ, មានការកើនឡើងតម្រូវការដើម្បីមានបណ្តាញកំពុងបន្តដំណើរការជាទៀងទាត់តាមរយៈការដែលអាចនឹងត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយយ៉ាងឆាប់រហ័ស ។

នៅក្រោមគោលការណ៍ណែនាំពីមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក បានសន្មតថានឹងមានកិច្ចប្រជុំជាទៀងទាត់នៃការសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្មប (ឆ្មបធ្វើការនៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិនីមួយៗ) ដែលមានសក្តានុពលអាចផ្តល់ជាមធ្យោបាយសម្រាប់បញ្ជូនយ៉ាងឆាប់រហ័សនូវព័ត៌មាន និងគោលនយោបាយបច្ចេកទេសថ្មីពីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ព្រមទាំងប្រធានបទឆ្មបផ្សេងទៀត ។ ទោះជាយ៉ាងណា, ការប្រជុំសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្មបមានទំនោរទៅកើតឡើងតែនៅក្នុងទីតាំងដែលមានការគាំទ្រពីខាងក្រៅ និងការផ្តោតអារម្មណ៍របស់ពួកគេ, ជាញឹកញាប់ត្រូវបានតម្រូវជាអាទិភាពរបស់ម្ចាស់ជំនួយនេះប៉ុណ្ណោះ ។ ការវាយតម្លៃឆាប់រហ័សបានធ្វើដោយកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូននៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ក្នុងខែតុលាឆ្នាំ ២០១៦ បានរកឃើញថាមានតែពាក់កណ្តាលនៃស្រុកប្រតិបត្តិប៉ុណ្ណោះ ដែលប្រជុំនៃការសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្មបជាញឹកញាប់ជាមួយកាលវិភាគមិនទៀងទាត់ ហើយត្រូវបានកំណត់ប្រធានបទទៅតាមការផ្តោតភ្ជាប់តែមួយគត់ទៅនឹងប្រភពមូលនីធិជាអាទិភាព ដូចជាការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព ។ មកដល់សព្វថ្ងៃនេះ, ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្មបមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាននៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ឬពិភាក្សាអំពីបញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនដែលជាការខកខានឱកាសមួយ ពីព្រោះពួកគេនាំមកនូវគន្លឹះនៃការថែទាំមុនសម្រាល និងអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាល ។

៤.១.៤ ការគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដោយវិស័យឯកជន :

វាមាននិន្នាការជឿនលឿនឆ្ពោះទៅមុខនៃការប្រើប្រាស់សេវាសម្ភពឯកជន ជាពិសេសសម្រាប់ផ្នែកសម្រាល ដូចបានបង្ហាញក្នុងរូបភាពទី ៧ ខាងក្រោម ។ បទបញ្ញត្តិនៃវិស័យវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនកំពុងចាប់ផ្តើមមានដំបូងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដោយមានច្បាប់ដែលពាក់ព័ន្ធនៅតែស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលកំពុងបង្កើត ។ ដោយមានករណីលើកលែងនៃគ្លីនិកអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលគ្រប់គ្រងដោយសមាគមសុខភាពបន្តពូជកម្ពុជា (RHAC) ដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមុនសម្រាលនៅផ្នែកឯកជន ជាធម្មតាមិនស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ និងស្វាយសម្រាប់ស្ត្រីទេ ។ និងជាមួយការលើកលែងនៃមន្ទីរពេទ្យព្រះបាទជ័យវរ្ម័នទី ៧ ដែលជាមន្ទីរពេទ្យសប្បុរសជនឯកជន ផ្តល់សេវាឯកជនកម្រផ្នែកសម្រាលកូន រួមទាំងស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមិនទាន់ដឹងស្ថានភាព ។

រូភាពទី១០



ប្រភព : CDHS 2005, 2010 and 2014 Datasets.

ចំណាំ : The 2005 survey did not ask about place of ANC.

នៅពេលប្រជាជននៃរាជធានីភ្នំពេញនៅតែបន្តពង្រីកនិន្នាការឆ្ពោះទៅរកការថៃទាំមាតុភាពឯកជននេះគឺទំនងជានឹងបន្ត ។ ការប្រើប្រាស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនសម្រាប់ការថៃទាំមាតុភាពគឺជាទូទៅច្រើនបំផុតក្នុងចំណោមស្ត្រីនៅតំបន់ទីក្រុងដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាងនៅតំបន់ជនបទរបស់ពួកគេ ។ លើសពីនេះទៀត ក្រុមបន្ទាប់មួយចំនួនផ្សេងទៀតនៃស្ត្រីមានហានិភ័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាងមធ្យម អាចមានទំនោរទៅប្រើអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនមិនស្មើគ្នាសម្រាប់ហេតុផលជាច្រើន រួមទាំងការស្អប់ខ្ពើម និងឧបសគ្គពេលវេលាបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងការងារនៅក្នុងកន្លែងកម្សាន្ត ឬរោងចក្រ ។

៤.១.៥ ការប្រើប្រាស់សេវាសម្ភព :

ចំនួនសរុបនៃការទទួលការថៃទាំមុនសម្រាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជាមានកម្រិតខ្ពស់ (៩៥% ចំពោះស្ត្រីដែលមានកំណើតនៅចន្លោះឆ្នាំ ២០០០-២០១៤ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងតែ ៣៧.៧% នៅ ១៥ ឆ្នាំមុន[30]) ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ស្ត្រីមួយចំនួនតូចដែលមិនបានទទួលការថៃទាំមុនសម្រាលអាចមានមួយចំនួនមិនសមាមាត្រនៃស្ត្រីដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដូចជាជនចំណាកស្រុកនិងកម្មកររោងចក្រ ។ ខណៈពេលដែលរោងចក្រកាត់ដេរត្រូវបានទាមទារដើម្បីផ្តល់

[30] Cambodia Demographic and Health Suervys of 2000, 2005, 2010 and 2014.

បង់ប្រាក់ទៅឲ្យម្ដាយក្នុងការឈប់សម្រាកលំហែមាតុភាព ពួកគេមិនត្រូវបានផ្ដល់នូវពេលវេលាចេញដើម្បីទៅទទួលការថែទាំមុនសម្រាល និងមានតិចតួចណាស់ដែលបានធ្វើដូច្នេះ[31] ។

៤.២ ឧបសគ្គក្នុងការផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

មានឧបសគ្គ ៣ ចម្បងក្នុង**ការផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍**ដល់ម្ដាយនិងទារកមានដូចខាងក្រោម :

- ឧបសគ្គផ្នែកភស្តុភារក្នុងការដឹកជញ្ជូនឱសថទៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមិនមានទីតាំងរួមគ្នាជាមួយកន្លែងផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ការទំនាក់ទំនង, ការដឹកជញ្ជូន, ការចំណាយ)
- កង្វះក្របខណ្ឌច្បាប់ដើម្បីធានាថាមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនប្រតិបត្តិតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង
- ការស្នាក់នៅថែទាំក្រោយសម្រាលខ្លី ជាពិសេសនៅមណ្ឌលសុខភាព ។

៤.២.១ ការដឹកជញ្ជូនឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទៅមណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ដែលមិនមានទីតាំងរួមគ្នាជាមួយកន្លែងផ្ដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ :

ស្ត្រីភាគច្រើនដែលបានដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ គឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មុនពេលសម្រាល ប៉ុន្តែមានករណីខ្លះដែលជាកន្លែងមួយបានដឹងថា ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍មកសម្រាលកូនដោយពុំទាន់ចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (៩ ករណីនៅក្នុងឆ្នាំ ២០១៥ វត្តមាន ៦ នាក់ នៅមណ្ឌលសុខភាព និង ៣ នាក់ នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក) ។ ស្ត្រីដែលបានដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានគេណែនាំយ៉ាងខ្លាំងដើម្បីទៅសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅជាមួយគ្នា និងការផ្ដល់សេវាភាគច្រើនបានធ្វើដូច្នេះដែរ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការលំបាកភ្ជាប់មកជាមួយដែលផ្ដល់ឲ្យក្នុងការកំណត់ពេលវេលានៃការឈឺពោះសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាព ឬនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមួយចំនួនដោយចៀសមិនរួច ដែលមិនមានសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ លើសពីនេះទៀត, ស្ត្រីជាច្រើនបានសម្រាលនៅមណ្ឌលសុខភាពដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ និងស្ត្រីមួយចំនួនមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលស្រាវជ្រាវ តម្រូវឲ្យមានការធ្វើដំណើរជាបន្ទាន់ទៅកន្លែងមានសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ម្ដាយព្រមទាំងថ្នាំសម្រាប់ទារក ។

[31] ILO 2015. Practical Challenges for Maternity Protection in the Cambodian Garment Industry.

ក្នុងស្ថានភាពបែបហ្នឹង មណ្ឌលសុខភាពស្នើសុំឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ម្តាយនិងកុមារពីសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ នេះអាចចំណាយពេលច្រើន ជាពិសេសប្រសិនបើមណ្ឌលសុខភាពមានទីតាំងស្ថិតនៅឆ្ងាយពីមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ លើសពីនេះទៀត, សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ មិនតែងតែអាចមាននៅគ្រប់សម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកទេ ជាពិសេសក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមិនមែនជាកន្លែងដែលមានសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលជាមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុកជាច្រើន[32]។ នេះបង្ហាញពីបញ្ហានៃការប្រឈមមួយក្នុងការធានាថាឱសថទាំងនេះត្រូវបានទទួលមុនពេលដែលស្ត្រីម្នាក់បានទៅផ្ទះវិញ ជាពិសេស ប្រសិនបើការសម្រាលនេះបានកើតឡើងនៅខាងក្រៅម៉ោងធ្វើការធម្មតា ។

៤.២.២ ការអនុវត្តន៍នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របគ្នាទៅនឹងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

ដូចដែលបានរៀបរាប់ពីមុនមក បទបញ្ញត្តិនៃវិស័យសុខាភិបាលឯកជន ទើបតែចាប់ផ្តើមឡើងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។ មន្ទីរពេទ្យព្រះបាទជ័យវរ្ម័នទី ៧ ដែលជាមន្ទីរពេទ្យសប្បុរសជនឯកជន ដែលបានផ្តល់ការសម្រាលប្រហែល ១០% នៃទារកប្រឈមឆ្លងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់នៅក្នុងប្រទេស ដែលបច្ចុប្បន្នកំពុងផ្តល់តែ ៤៨ ម៉ោងនៃ Nevirapine ជាជាង ៦ សប្តាហ៍ ដែលជាពិធីសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល (១២ សប្តាហ៍ សម្រាប់ហានិភ័យខ្ពស់) ។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនផ្សេងទៀតមិនផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ លុះត្រាតែគេដឹង ។

៤.២.៣ ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីក្រោយការសម្រាល :

ទោះបីជាស្ត្រីត្រូវបានលើកទឹកចិត្តក្នុងការស្នាក់នៅយ៉ាងហោចណាស់ ២៤ ម៉ោងបន្ទាប់ពីសម្រាល, ស្ត្រីជាច្រើនបានត្រឡប់ទៅផ្ទះឆាប់ជាងនេះ, ជាពិសេសនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាពដែលជាកន្លែងមានអាគារនិងបុគ្គលិកនៅមានកម្រិតនៅពេលយប់ ។ នេះអាចនាំឲ្យមានការត្រឡប់ទៅផ្ទះមុនពេលដែលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អាចត្រូវបានទទួលសម្រាប់ទារកនិងម្តាយ (ប្រសិនបើមិនទាន់បានព្យាបាលរួចដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) ប្រសិនបើការសម្រាលបានកើតឡើងនៅឯមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមិនបានស្ថិតនៅជាមួយកន្លែងផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ សូម្បីតែនៅពេលការសម្រាលកើតឡើងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានសេវា

[32] 65 out of 88 RHs (73.8%) had an ART clinicin 2016 (20016 Health Congress report).

ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនតែងតែមាននៅក្នុងស្តុកនៃសម្ភពទេ, ហើយប្រសិនបើការសម្រាលកើតឡើងនៅចុងសប្តាហ៍ ឬថ្ងៃឈប់សម្រាក នោះវាមិនអាចទទួលបានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មុនពេលដែលម្តាយទៅផ្ទះទេ ។

៤.៣ ឧបសគ្គក្នុងការចុះឈ្មោះនៅផ្នែកកុមារសម្រាប់ថែទាំជំងឺអេដស៍ / តាមដានកុមារប្រឈម :

កត្តាពីររវាងពួកគេដែលមានអត្រាទាបនៃការចុះឈ្មោះនៅផ្នែកកុមារសម្រាប់ថែទាំជំងឺអេដស៍ ហើយអត្រាទាបសូម្បីតែការចុះឈ្មោះទាន់ពេលវេលាក៏ដោយ :

- ចំនួននិងទីតាំងនៃការផ្តល់សេវាផ្នែកកុមារសម្រាប់ថែទាំជំងឺអេដស៍នៅមានកម្រិត; និង
- ឧបសគ្គផ្នែករាងកាយ, ហិរញ្ញវត្ថុនិងវប្បធម៌ដើម្បីធ្វើដំណើរសម្រាប់ប្រកាសសម្រាលស្ត្រី និងទារក ។

៤.៣.១ ចំនួននិងទីតាំងនៃសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ:

បច្ចុប្បន្ននេះមានផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារចំនួនតែ៣៨ កន្លែងប៉ុណ្ណោះក្នុងប្រទេស ជាលទ្ធផលភាគច្រើននៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែក រួមទាំងពាក់កណ្តាលនៃកន្លែងទាំងនោះដែលមានកន្លែងផ្តល់សេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ប៉ុន្តែខ្វះសេវាថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ។ លទ្ធផលគឺថាស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ជាញឹកញាប់បានសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមិនមានផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ និងម្តាយជាញឹកញាប់ត្រូវតែនាំយកទារកទៅទីតាំងផ្សេងគ្នា (និងឆ្ងាយច្រើនជាងនេះ) សម្រាប់ការថែទាំជាងគ្លីនិកព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលនាងបានចូលរួមដោយខ្លួននាងផ្ទាល់ ។

៤.៣.២ ឧបសគ្គធ្វើដំណើរសម្រាប់ក្រោយសម្រាលចំពោះស្ត្រីនិងទារក :

ក្នុងការបន្ថែមទៅនឹងឧបសគ្គថ្លៃធ្វើដំណើរទៅកន្លែងឆ្ងាយ តម្រូវការចាំបាច់ដែលស្ត្រីក្រោយសម្រាល និងទារកទើបនឹងកើតរបស់ពួកគេកម្រនឹងធ្វើដំណើរឆ្ងាយពីផ្ទះ ។ ការពិតនេះមានឧបសគ្គជាប្រវត្តិសាស្ត្រផ្តល់ការថែទាំក្រោយពេលកើត សូម្បីតែដោយមណ្ឌលសុខភាពដែលមានទីតាំងស្ថិតនៅតាមធម្មតានៅក្នុងឃុំនៃលំនៅដ្ឋាន ។ ការស្នាក់នៅជិតផ្ទះនិងចូលរួមក្នុងឥរិយាបថបែបប្រពៃណីនានា គឺត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការសំខាន់ដើម្បីសុខភាពរបស់ស្ត្រី ហើយជាការពិតណាស់ស្ត្រីដែលបានសម្រាលកូនថ្មី គឺជាញឹកញាប់នៅតែមានរាងកាយឈឺ និងទន់ខ្សោយធ្វើឲ្យមានការ

លំបាកក្នុងការអនុវត្តការធ្វើដំណើរ ជាពិសេសនៅតាមតំបន់ជនបទដែលផ្លូវមានស្ថានភាពមិនល្អនិង ម៉ូតូដែលជាមធ្យោបាយធម្មតានៃការដឹកជញ្ជូន ។
នៅក្រោមគោលការណ៍ណែនាំដែលបានកែលម្អថ្មីការធ្វើ តេស្ត DNA PCR លើកដំបូងចំពោះកុមារប្រឈម គឺត្រូវធ្វើនៅពេលកើតតាមរយៈការប្រមូលផ្តុំនៃគំរូឈាមស្ងួត នេះត្រូវបានសង្ឃឹមថានឹងដោះស្រាយ, បើមិនដូច្នេះទេ ការធ្វើតេស្តមានកម្រិតទាបយ៉ាងខ្លាំង ។ ទោះបីជាស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលដំបូងនៃការអនុវត្តន៍វាគឺជាភស្តុតាងច្បាស់លាស់រួចទៅហើយថា បើមិនដូច្នេះទេអ្វីដែលជាមធ្យោបាយដែលមានប្រសិទ្ធភាពនៃកំណើន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទារកយ៉ាងឆាប់រហ័សត្រូវមានឧបសគ្គដោយរំពឹងថាបុគ្គលិកផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារ នឹងបូមគំរូឈាម ។ លើសពីនេះទៀតចំនួនមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានផ្នែក ថែទាំជំងឺអេដស៍កុមារនៅមានកម្រិត ដែលកន្លែងទាំងនោះមានបុគ្គលិកតែក្នុងអំឡុងម៉ោងធ្វើការងាររបស់រដ្ឋាភិបាលធម្មតា ចំណែកឯការសម្រាលកូនកើតមាននៅពាក់កណ្តាលអធ្រាត្រ, ចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក ។

៥. ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ២០១៦–២០២០

៥.១. សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ចក្ខុវិស័យ :

ចក្ខុវិស័យនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ២០១៦–២០២០ គឺសង្គមកម្ពុជាដែលជាកន្លែងដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ បានទទួលការថែទាំផ្ទៃពោះមុនពេលសម្រាលនិងការថែទាំពេលសម្រាលកូនប្រកបដោយសុទិដ្ឋិនិយម និងមិនមានការឆ្លងជំងឺពីម្តាយទៅទារកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។

៥.២ ការទំនាក់ទំនង / ការធ្វើឲ្យស្របត្រូវគ្នា

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ២០១៦–២០២០ ត្រូវបានធ្វើឲ្យត្រូវគ្នាយ៉ាងពេញលេញជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្ត្រនៃវិស័យនានាដូចខាងក្រោម :

- សេចក្តីព្រាងផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសុខភាព ២០១៦–២០២០ (HSP3) ដែលមានគោលដៅជាផ្នែកមួយនៃយុទ្ធសាស្ត្ររបស់ខ្លួន « បង្កើនការគ្របដណ្តប់និងការទទួលសេវាប្រកបដោយគុណភាពចំពោះការថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល, ការថែទាំពេលសម្រាល, ការថែទាំក្រោយសម្រាល, ការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅសម្ភព , ការថែទាំទារកទើបនឹងកើត និងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន » ។

- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នៅក្នុងវិស័យសុខាភិបាល ២០១៦–២០២០ (HSSP-HIV) ដែលមានគោលដៅមួយដើម្បីធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនូវលទ្ធផលនៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងកាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីទៅកុមារតាមរយៈការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យករណីដែលបានប្រសើរឡើង និងបង្កើនការទទួលបាននូវការផ្ដល់សេវាការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ។
- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់សុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្ដពូជ ២០១៣–២០១៦ ដែលរួមបញ្ចូល និងគោលដៅដើម្បីពង្រឹងសេវាដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ។

ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ២០១៦–២០២០ ត្រូវបានធ្វើឲ្យស្របគ្នានិងត្រូវគ្នាផងដែរជាមួយគោលការណ៍ណែនាំនានាដូចខាងក្រោម :

- គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន និងជំងឺស្វាយនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ បោះពុម្ពលើកទី ៤ នៅខែមីនា ឆ្នាំ ២០១៦ ។
- គោលការណ៍ណែនាំស្ដីពីការគ្រប់គ្រងករណីរួមបញ្ចូលគ្នានិងតាមដានដៃគូ និងការធ្វើតេស្ដមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ការផ្ដួចផ្ដើម 3.0 នៅកម្ពុជានៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ខែតុលា ឆ្នាំ ២០១៣ ។
- និយាមបែបបទប្រតិបត្តិសម្រាប់ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នារវាងអេដស៍ និងសុខភាពផ្លូវភេទនិងបន្ដពូជសម្រាប់ការលុបបំបាត់ការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍និងជំងឺស្វាយពីកំណើតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ខែមេសា ឆ្នាំ ២០១៣ ។
- ពិធីសារជាតិគ្រប់គ្រងគ្លីនិកមាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងមណ្ឌលសុខភាពនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ឆ្នាំ ២០១៦ ។
- និយាមបែបបទប្រតិបត្តិសម្រាប់ការធ្វើតេស្ដមេរោគអេដស៍និងការផ្ដល់ប្រឹក្សា (HTC) នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ ២០១២ ។
- ឯកសារទស្សនាទានសម្រាប់ការធ្វើការពង្រីកការស្រាវជ្រាវជំងឺស្វាយក្នុងចំណោមស្ត្រីមានផ្ទៃពោះពីឆ្នាំ ២០១០ ដល់ឆ្នាំ ២០១៥ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ឆ្នាំ ២០១០ ។

- គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ការអនុវត្តន៍នៃការបង្ការជាវិជ្ជមានក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជានៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ឆ្នាំ ២០១០ ។
- ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិកម្ពុជាសម្រាប់កម្មវិធីចាក់ថ្នាំបង្ការ ២០០៨ - ២០១៥ ។

វាគួរតែត្រូវបានកត់សម្គាល់ថា កាលបរិច្ឆេទនៃគោលការណ៍ណែនាំខាងលើមានការប្រែប្រួល និងមាតិកាមួយចំនួនរបស់ពួកគេមានការជាន់គ្នា ។ កន្លែងដែលមានភាពខុសគ្នានៅក្នុងនិយាមបែបបទ/ពិធីសារជាក់លាក់ ឬសូចនាករ ជាគោលដៅចំណុចប្រភពថ្មីបំផុតដែលត្រូវបានគេប្រើជាចំណុចយោងសម្រាប់ការធ្វើឲ្យស្រប ។

៥.៣ គោលដៅ

គោលដៅនៃផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ២០១៦–២០២០ គឺដើម្បីលុបបំបាត់ការឆ្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគអេដស៍, ជំងឺស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទបេ[33] ។ សូចនាករកម្រិតខ្ពស់នេះ គឺជាអត្រានៃការយកគំរូនៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន, អត្រាអាំងស៊ីដង់កើតជំងឺស្វាយពីកំណើត, និងការបង្កើត និងការអនុម័តនៃផែនទីបង្ហាញផ្លូវមួយដើម្បីលុបបំបាត់ការឆ្លងពីម្តាយទៅកូននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ គោលដៅចំណុច ឆ្នាំ ២០២០ សម្រាប់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន គឺ < ៥០% និង អត្រាករណី < ៥០/១០០ ០០០ កំណើតរស់ ; សម្រាប់អត្រាអាំងស៊ីដង់កើតមានជំងឺស្វាយពីកំណើតដែលជាគោលដៅចំណុចគឺ < ៥០/១០០ ០០០ កំណើតរស់ ។

គោលដៅចំណុចទាំងនេះគឺស្របជាមួយនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យផលប៉ះពាល់របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកសម្រាប់ការលុបបំបាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍និងស្វាយ, បើទោះបីជាវាមិនត្រូវបានគេរំពឹងថា ប្រព័ន្ធ និងដំណើរការទាំងអស់នោះ ត្រូវបានទាមទារឲ្យពង្រឹងការលុបបំបាត់នឹងមាននៅនឹងកន្លែងនៅឆ្នាំ ២០២០ ។

៥.៤ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រ

១. ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ ស្វាយត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ;

---

[33] In the 2016-2020 National Immunization Strategy still in draft, Cambodia endorses the WHO Regional Framework goal of reducing the prevalence of chronic hepatitis in children under 5 to below 1%. However, the NIP Strategy does not currently include the prevalence of HBSAg as an indicator to be monitored. Whether and how to measure this will be one of the issues to be addressed in the Roadmap. Hence, for the period 2016-2020, the goal level indicator is formulation of the Roadmap.

២. ការថែទាំបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ;
៣. ការព្យាបាលត្រូវបានពង្រឹងនិងការតាមដានកុមារប្រឈមឆ្លងមេរោគអេដស៍ ;
៤. ការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រូវបានពង្រឹងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ;
៥. ការចាត់វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគរលាកថ្លើម ប្រភេទ B ;
៦. ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ;
៧. ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនត្រូវបានពង្រឹង ។

៥.៥ លទ្ធផលនានានៃគម្រោងការងារ

ជាក្របខ័ណ្ឌលទ្ធផលពេញលេញជាមួយនឹងលទ្ធផលដែលចាំបាច់សម្រាប់ការសម្រេចបាននូវគោលដៅនីមួយៗនឹងមាននៅលើទំព័របន្ទាប់ ។

គោលដៅ: លុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគអេដស៍ ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទ B

MTCT of HIV <5%, អាំងស៊ីដង់ជំងឺស្វាយពីកំណើត*<50/100,000* កំណើតរស់*;* ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ eMTCT នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវបានបង្កើត នៅឆ្នាំ *2020*

SO 1: ការស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ
90% EPW ដឹងពីស្ថានភាព *HIV* នៅឆ្នាំ *2020*

លទ្ធផល:

1. ≥95% PW បានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច ១ ដង
2. 80% នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមិនមានដាច់ស្តុកតេស្តរកមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ
3. ≥95% នៃស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែលមិនបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ បានស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្ត
4. 95%នៃស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះនិងសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋដែលមានប្រតិកម្មតេស្តមេរោគអេដស៍ បានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់
5.ប្រពន្ធ័ធានាគុណភាពនៅនឹងកន្លែងសម្រាប់ធ្វើតេស្តនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព
6.អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្ភពឯកជនស្រាវជ្រាវអតិថិជនថែទាំមុនសម្រាលរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនករណីមានប្រតិកម្មទាំងនោះ

SO 2: ការព្យាបាលត្រូវបានពង្រឹងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍
90% HIV+ PW ទទួល *ARV* ការពារនៅឆ្នាំ *2020*

លទ្ធផល:

1.95%នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទទួលបានការថែទាំមុនសម្រាល
2.>95% PW ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹងមុនសម្រាល ទទួលបាន ART អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ
3. 80%នៃអតិថិជនសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋាន សុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ ដែល មិនដឹងស្ថានភាពមេរោគ អេដស៍ បានទទួលការធ្វើ តេស្តរហ័ស
4. 80% នៃស្ត្រីដែលមានតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាលបានចាប់ផ្តើម ART
5.មន្ទីរពេទ្យសម្ភពឯកជនស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងពេលសម្រាល និងបញ្ជូនករណីវិជ្ជមាន

SO 3: ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈម ត្រូវបានពង្រឹង
>90% HEI ទទួល *ARV* ការពារ 6 សប្តាហ៍ ឬលើសនៅឆ្នាំ *2020*

លទ្ធផល:

1. >95%នៃកុមារប្រឈមមិនមាន ហានិភ័យខ្ពស់សម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋទទួល NVP ៦ សប្តាហ៍
2. 50% នៃកុមារប្រឈមមាន ហានិភ័យខ្ពស់សម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋទទួលបាន AZT ៦ សប្តាហ៍ និង NVP ១២ សប្តាហ៍
3. 80% នៃបន្ទប់សម្ភពនៅមន្ទីរ ពេទ្យបង្អែកជាមួយសេវា ART រាយការណ៍ពីការមិនដាច់ស្តុក នៃឱសថ AZT និង NVP សម្រាប់កុមារ នៅក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុន
4. 50%នៃកុមារប្រឈមសម្រាល នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ ដែលទទួលបានតេស្ត DNA-PCR នៅពេលកើត
5. >90% នៃកុមារប្រឈមដែល ទទួលបានតេស្តវីរុសសាស្ត្រនៃមេ រោគអេដស៍នៅក្នុង២ខែនៃកំណើត
6. >90%នៃកុមារប្រឈមបាន ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ក្នុងរយៈពេល ២ ខែនៃកំណើត

SO4: ការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ
80% PW បានប៉ាន់ប្រមាណមានជំងឺស្វាយដែលទទួលការព្យាបាលនៅឆ្នាំ ២០២០

លទ្ធផល:

1.95%នៃអតិថិជនថែទាំមុនសម្រាលត្រូវបានស្រាវជ្រាវរកជំងឺស្វាយ
2. 95% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានប្រតិកម្មជំងឺស្វាយដែលទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់
3. 95% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះវិជ្ជមានតេស្តបញ្ជាក់ជំងឺស្វាយ ត្រូវបានព្យាបាល
4. 95% នៃគ្លីនិក សុខភាពគ្រួសារអនុវត្តតាមពិធីសារថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្វាយ

SO5: ការចាត់វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B. ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់ eMTCT នៃជំងឺរលាក ថ្លើមប្រភេទ B ក្នុង ប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបាន បង្កើតនិងអនុម័តដោយក្រសួងសុខាភិបាល

លទ្ធផល:

1:95%នៃទារកទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោងនៅពេលកើត

2.ការសិក្សានៃការព្យាបាលបង្ការដោយ *ARV* ត្រូវបានបញ្ចប់ និងត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយលទ្ធផល

SO 6: ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់ PMTCT

លទ្ធផល:

1. ទិន្នន័យ PMTCT គឺមានគុណភាពអាចជឿទុកចិត្តបាន, អន្តរប្រតិបត្តិការជាមួយ HMIS និងតម្រូវការព័ត៌មាន ឱ្យមានសុពលភាពនៃ eMTCT នៃមេរោគ អេដស៍ និងស្វាយ
2. ភាគបែងនៃសូចនាករ និងធាតុចូលរួមជាគំរូត្រូវបានផ្អែកលើទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រថ្មីបំផុត
3. មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT តាមដានអំពីវត្តមានប្រតិករសំខាន់ៗ ក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
4.ប្រព័ន្ធមួយនៅនឹងកន្លែងទាក់ទងទៅនឹងការថែទាំមុនសម្រាល / ជុំវិញសម្រាល / ក្រោយសម្រាល, ART និងទិន្នន័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងចំពោះទារកប្រឈម ទាំងគូរម្តាយនិងទារក
5.មានព័ត៌មានពីការអនុវត្តន៍ការចិញ្ចឹមទារកប្រឈមពិតប្រាកដ និងការថែទាំសុខភាពបន្តពូជ ស្វែងរកឃើញតាមរយៈស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍

SO 7: ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ត្រូវបានពង្រឹង

លទ្ធផល:

1. អ្នកគ្រប់គ្រងថ្នាក់ជាតិ, ខេត្ត និងOD ប្រើទិន្នន័យ PMTCT / HMIS ដើម្បីកំណត់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអនុវត្តបាន ទាប និងផ្តួចផ្តើមសកម្មភាពបង្ការ
2. អ្នកគ្រប់គ្រងថ្នាក់ជាតិ,ខេត្ត និងODត្រួតពិនិត្យវត្តមានរបស់ប្រើប្រាស់ PMTCT សំខាន់ៗ និងផ្តួចផ្តើមសកម្ម ភាពដើម្បីបញ្ចៀសការដាច់ស្តុក
3. ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្នប(MCAT)ត្រូវបានធ្វើឡើងជាទៀងទាត់ក្នុងODនីមួយៗ និងត្រូវបានប្រើជាបណ្តាញ សម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយពិធីសារ និងគោលនយោបាយPMTCT
4. ពង្រីកទៅទូទាំងប្រទេសនូវការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដោយជំរុញខ្លាំងក្លា

៥.៦ លទ្ធផល, យុទ្ធសាស្ត្រ និងសកម្មភាព

៥.៦.១ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ

សូចនាករសម្រាប់គោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រ នេះគឺជាភាគរយបានប៉ាន់ប្រមាណនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ។ គោលដៅចំណុចសម្រាប់ឆ្នាំ ២០២០ នេះគឺ ៩០%[34] ។

៥.៦.១.១ លទ្ធផល :

- ≥៩៥% ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទទួលការថែទាំមុនសម្រាលយ៉ាងហោចម្តងពីបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានបណ្តុះបណ្តាលរួច ;
- ៨០% នៃរបាយការណ៍មណ្ឌលសុខភាពគ្មានដាច់ស្តុកតេស្តអេដស៍នៅក្នុង១២ខែកន្លងមក ;
- ៩៥% នៃអតិថិជនដែលទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ត្រូវបានធ្វើតេស្ត[35] ;
- ៩៥% នៃអតិថិជនដែលទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងពេលសម្រាល ដែលមានប្រតិកម្មតេស្តមេរោគអេដស៍ ហើយបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ;
- ប្រព័ន្ធនៃការធានាគុណភាពនៅនឹងកន្លែងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ;
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្ភពឯកជន ស្រាវជ្រាវអតិថិជនដែលទទួលសេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាលរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនករណីដែលមានប្រតិកម្មទាំងនោះ ។

៥.៦.១.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

សមិទ្ធផលនៃគោលបំណងយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងតម្រូវឲ្យមានទាំងការផ្គត់ផ្គង់និងអន្តរាគមន៍ខាងផ្នែកតម្រូវការ ។ នៅផ្នែកខាងតម្រូវការ ប្រជាជនដែលមិនទាន់បានប្រើនឹងត្រូវបានកំណត់ និងទទួលនូវសារអំពីសារសំខាន់និងលទ្ធភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល និងវិធានការនឹងត្រូវបានយកដើម្បីធានាឲ្យបានថា ស្ត្រីទាំងអស់ដែលស្រាវជ្រាវឃើញមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្មទទួលបានការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ នៅផ្នែកខាងផ្គត់ផ្គង់ លទ្ធភាពអាចរកបាននៃការផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានគុណភាពតិចតួច និងរួមទាំងការធ្វើតេស្តអេដស៍រហ័សនឹងត្រូវ

[34] The target is aligned with that in the HIV Strategic Plan 2016 – 2020.
[35] Target aligned with that in the SOP for Boosted Linked Response.

បានកើនឡើង, ទាំងពីរនោះតាមរយៈវិស័យសាធារណៈ និងភាពជាដៃគូសាធារណៈនិងឯកជន ។ នៅក្នុងវិស័យសាធារណៈនេះនឹងតម្រូវឲ្យមានការធានាខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់តេស្តរហ័សនៅគ្រប់កម្រិតនៃប្រព័ន្ធ : ឱសថស្ថានថ្នាក់ជាតិ, ស្រុកប្រតិបត្តិ និងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។ បង្កាន់ដៃនៃការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់នឹងត្រូវបានតាមដានតាមរយៈការគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម និងគុណភាពនៃតេស្តរហ័ស ដែលបានអនុវត្តនៅមណ្ឌលសុខភាពនឹងត្រូវបានធានា ។

៥.៦.១.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. បណ្តុះបណ្តាលឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក អំពីការប្រើតេស្តរហ័សថ្មីរួមបញ្ចូលគ្នាមេរោគអេដស៍ / ស្វាយ ។

២. ធានាឲ្យមានតេស្តនៅគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំមុនសម្រាលរបស់រដ្ឋាភិបាលតាមរយៈ (i) ការព្យាករណ៍គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់លទ្ធកម្មដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានព្យាករក្នុងការពិចារណាពីស្តុកបម្រុងដែលត្រូវការ[36] និងចំនួនអនុញ្ញាតឲ្យមានខូចខាតខ្លះ (ii) ការតាមដាននិងការត្រួតពិនិត្យស្តុកជាទៀងទាត់នៅឱសថស្ថានស្រុកប្រតិបត្តិ និងមណ្ឌលសុខភាព/មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។ (iii) ការផ្តល់តេស្តទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្អែកលើចំនួនថៃទាំមុនសម្រាល ដែលបានចងក្រងជាឯកសារមិនមែនជាចំនួនប្រើប្រាស់កន្លងមក និង (iv) ទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល និងការដាក់ស្នើសុំនៃ « សំណើពិសេស » នៅពេលដែលចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចៀសការដាច់ស្តុក ។

៣. ពិនិត្យឡើងវិញពីច្បាប់ / នីតិវិធីដែលគ្រប់គ្រងទូទឹកកកនៅមណ្ឌលសុខភាពដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យផ្ទុកប្រតិករ / តេស្ត ព្រមទាំងវ៉ាក់សាំង ។

៤. សម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីសេវាបង្រៀនឆ្មបដំបូង ដើម្បីធ្វើសមាហរណកម្មនៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាទៅក្នុងកម្មវិធីមេរៀនឆ្មបមុនដំបូង ។

៥. បង្កើតនិងរក្សាមូលដ្ឋានទិន្នន័យដែលឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាពបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍និងការផ្តល់ប្រឹក្សា, បង្កើតនិងអនុវត្តគម្រោងដែលបានកំណត់មួយដើម្បីធានាថាឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់មានសមត្ថភាពនេះ ។

៦. បង្កើតប្រព័ន្ធប្រកបដោយនិរន្តរភាពមួយ ដើម្បីគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់តម្រូវការរបស់ស្ត្រីនៅក្នុងការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ ស្វែងរកពីការប្រើប្រាស់មូលនីធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនេះ តាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់ដើម្បីរួមបញ្ចូលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មេរោគអេដស៍សម្រាប់អតិថិជនទាំងអស់ ដោយមិនគិតថាតើជនក្រីក្របានកំណត់ពីមុនមកទេ ។ ស្វែងរកការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដើម្បីទូទាត់ការចំណាយបន្ថែមទៀតនេះទៅប្រព័ន្ធមូលនីធិសមធម៌សុខភាព ។

[36] 6 month buffer at national level (CMS), 2 months at OD pharmacies and 1 month buffer at each health facility.

៧. សម្របសម្រួលជាមួយនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត / ដៃគូដែលធ្វើការនៅក្នុងច្បាប់វិស័យឯកជន ដើម្បីធានាថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមុនសម្រាលឯកជន បានផ្តល់ជូននូវការពិនិត្យមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនករណីដែលមានប្រតិកម្ម ។

៨. អភិវឌ្ឍនិងអនុវត្តប្រព័ន្ធធានាគុណភាពកំពុងបន្តនៃការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍សម្រាប់នៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ។

៩. ពង្រីកការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដែលបានជំរុញខ្លាំងក្លា (B-IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិនិងមណ្ឌលសុខភាព / មន្ទីពេទ្យបង្អែក និងអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលមេរោគអេដស៍ និងការអភិបាលដោយការគាំទ្រ, ធានាឲ្យបាននូវការអង្កេតនិងការតាមដាននៃស្ត្រីដែលស្រាវជ្រាវឃើញប្រតិកម្ម ។

១០. ទាក់ទងជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលដែលធ្វើការជាមួយប្រជាជនចំណាកស្រុកនិងក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ និងជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល / អង្គការធ្វើការសហគមន៍ក្នុងតំបន់បានអនុវត្តសកម្មភាពទាបមិនធម្មតាដើម្បីជំរុញការប្រើប្រាស់ការថែទាំមុនសម្រាល ។

១១. តស៊ូមតិជាមួយអង្គការពលកម្មអន្តរជាតិ និងសមាគមរោងចក្រកាត់ដេរកម្ពុជាដើម្បីធ្វើឲ្យវាជាកាតព្វកិច្ចចាំបាច់សម្រាប់រោងចក្រកាត់ដេរដើម្បីឲ្យកម្មករមានផ្ទៃពោះមានច្បាប់ឈប់សម្រាប់ការថែទាំមុនសម្រាល ។

១២. ធ្វើឲ្យប្រសើឡើងនូវគុណភាពនៃការថែទាំមុនសម្រាល (ដោយហេតុនៃការពេញចិត្តរបស់អតិថិជនដែលធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង) ដោយពង្រីកការធ្វើតេស្តសម្រាប់ជំងឺខ្វះឈាម និងប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោមនៅមណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ : ការផ្តល់សម្ភារ, ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអភិបាលប្រកបដោយការគាំទ្រ ។

- យោបល់ : សកម្មភាពនេះនឹងផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់ទាំងពីរ; ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ / ទារកដែលទើបនឹងកើតទាំងអស់និងម្តាយដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងទារករបស់ពួកគេ ។ ស្ត្រីដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍មានហានិភ័យខ្ពស់ជាងមធ្យមនៃជំងឺក្រឡាភ្លើង (eclampsia) និងផលវិបាកមាតាផ្សេងទៀត ។

៥.៦.២ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ ៖ ការថែទាំត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍

សូចនាករសម្រាប់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺជាភាគរយនៃស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ប៉ាន់ប្រមាណបានទទួល ART អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ ។ គោលដៅសម្រាប់ឆ្នាំ ២០២០ នេះគឺ >៩០%[37] ។

៥.៦.២.១ លទ្ធផល ៖

- >៩៥% ស្ត្រីគេដឹងថាមានមេរោគអេដស៍ អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ;
- ៩៥% ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទទួលបានការថែទាំមុនសម្រាល ;
- ៨០% នៃអតិថិជនសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋដែលមិនដឹងមានស្ថានភាពមេរោគអដស៍បានទទួលការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍រហ័ស ;
- ៨០% នៃស្ត្រីដែលមានតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងក្នុងពេលសម្រាលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ART ;
- មន្ទីរពេទ្យសម្ពពឯកជនបានស្រាវជ្រាវរកស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងក្នុងពេលសម្រាលនិងបានបញ្ជូនករណីវិជ្ជមាន ។

៥.៦.២.២ យុទ្ធសាស្ត្រ ៖

ការសម្រេចគោលបំណងយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងតម្រូវឲ្យមានការបញ្ចូលគ្នានៃភាពប្រសើរឡើងក្នុងការស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលបានប្រសើរឡើង ។ ការស្រាវជ្រាវអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះត្រូវបានដោះស្រាយរួចហើយនៅក្រោមគោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ ។ ការស្រាវជ្រាវនៅពេលឈឺពោះ និងពេលសម្រាលសម្រាប់ស្ត្រីដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នឹងត្រូវបានពង្រឹងតាមរយៈការស្រាវជ្រាវជាប្រចាំនៅគ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល រួមទាំងមណ្ឌលសុខភាពទាំងអស់ ។ យុទ្ធសាស្ត្រចម្បងសម្រាប់ការបង្កើនការគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានស្រាវជ្រាវនឹងត្រូវពង្រឹងការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មជាមួយនឹងការតាមដានលក្ខណៈបុគ្គល និងការតាមដាន, និងបញ្ជាក់ពីឧបសគ្គរបស់អតិថិជនដូចជាការចំណាយ

[37] This target is aligned with that in the National Strategic Plan for HIV 2016-2020. 90% is also the minimum achievement for validation of elimination (WHO 2014. Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to0-Child Transmission of Syphilis). Note that unlike the outcome indicator the denominator for this is all estimated HIV+ pregnant women (based on modeling), not just identified cases.

នៃការធ្វើដំណើរ ។ ការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មនឹងបម្រើផងដែរ ដើម្បីធានាថាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានស្រាវជ្រាវបានពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសម្រាល ។

៥.៦.២.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. ពង្រីកការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដែលបានជំរុញខ្លាំងក្លា (B-IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ និងការអភិបាលដោយគាំទ្រ, ធានាឲ្យបាននូវការតាមដាន និងតាមដាននៃស្ត្រីមានវិជ្ជមានមេរោគ និងកូនរបស់ពួកគេ ។
២. បណ្តុះបណ្តាល / តាមដានឆ្មបមណ្ឌលសុខភាពក្នុងការអនុវត្តន៍គោលការណ៍ណែនាំថ្មីសម្រាប់ការធ្វើតេស្តរហ័សនៅពេលឈឺពោះ និងពេលសម្រាលប្រសិនបើមិនបានដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ម្តាយ និងការផ្តួចផ្តើមនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់អតិថិជនមានប្រតិកម្មតេស្តកំពុងរង់ចាំការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។
៣. ធានាការផ្គត់ផ្គង់បន្ទាន់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅសម្ភពសម្រាលនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកតាមរយៈការសហការជាមួយកន្លែងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការត្រួតពិនិត្យកម្រិតស្តុកដោយអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ / មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ។
៤. បង្កើតប្រព័ន្ធប្រកបដោយនិរន្តរភាព ដើម្បីគាំទ្រដល់ថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់ស្ត្រីមានប្រតិកម្មតេស្តនៅពេលឈឺពោះ និងពេលសម្រាលសម្រាប់ការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ដោយមធ្យោបាយនៃការដឹកជញ្ជូនសមស្របសម្រាប់ស្ត្រីដែលទើបនឹងសម្រាលកូន ។ ស្វែងរកពីការប្រើប្រាស់មូលនិធិសមធម៌,សុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនេះ តាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់ដើម្បីរួមបញ្ចូលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មេរោគអេដស៍សម្រាប់អតិថិជនទាំងអស់ដោយមិនគិតពីមុនកំណត់ជនក្រីក្រ ។ ស្វែងរកការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដើម្បីទូទាត់ការចំណាយបន្ថែមទៀតនេះទៅប្រព័ន្ធមូលនិធិសមធម៌សុខភាព ។
៥. សម្របសម្រួលជាមួយនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត/ដៃគូអភិវឌ្ឍដែលកំពុងធ្វើការនៅក្នុងបទបញ្ញត្តិវិស័យឯកជន ដើម្បីបង្កើតយន្តការដើម្បីធានាឲ្យបានថាសេវាសម្ភពឯកជនធ្វើការស្រាវជ្រាវស្ត្រីដែលមិនដឹងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅពេលសម្រាលកូន និងបញ្ជូនករណីវិជ្ជមាន និងការជូនដំណឹងទៅអ្នកគ្រប់គ្រងការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដែលបានជំរុញខ្លាំងក្លា ។

៥.៦.៣ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣ : ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈមត្រូវបានពង្រឹង

សូចនាករសម្រាប់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះ គឺជាភាគរយនៃការប៉ាន់ប្រមាណកុមារប្រឈមទាំងអស់ដែលទទួលបានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យ៉ាងហោចណាស់ ៦ សប្តាហ៍ ។ គោលដៅចំណុចសម្រាប់ឆ្នាំ ២០២០ នេះគឺ > ៩០%[38] ។

៥.៦.៣.១ លទ្ធផល :

- ៨០% នៃបន្ទប់សម្ភពនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកជាមួយសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រាយការណ៍ពីការមិនដាច់ស្តុក នៃឱសថ AZT និង NVP សម្រាប់កុមារ នៅក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុន ;
- >៩៥% នៃកុមារប្រឈមមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ទទួល NVP ៦ សប្តាហ៍ ;
- ៥០% នៃកុមារប្រឈមមានហានិភ័យខ្ពស់ទទួលបាន AZT ៦ សប្តាហ៍ និង NVP ១២ សប្តាហ៍ (ពិធីសារថ្មី) ;
- ៥០% នៃកុមារប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណទាំងអស់ ដែលទទួលបានតេស្ត DNA-PCR នៅពេលកើត ;
- >៩០% នៃកុមារប្រឈមដែលទទួលបានតេស្តវីរុសសាស្ត្រសម្រាប់មេរោគអេដស៍នៅក្នុង ២ ខែនៃកំណើត (រួមបញ្ចូលទាំងនៅពេលកើត ឬនៅក្នុងពេលវេលាណារវាងពេលកើត និងអាយុ ២ ខែនៃកំណើត) ;
- >៩០% នៃកុមារប្រឈមដែលទទួលបានបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ក្នុងរយៈពេល ២ ខែនៃកំណើត ។

៥.៦.៣.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

យុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់គ្របដណ្តប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៃកុមារប្រឈម និងការចុះឈ្មោះដំបូងនៃកុមារប្រឈមក្នុងផ្នែកកុមារនៃការថែទាំមេរោគអេដស៍ (PAC) នឹងមានការរួមបញ្ចូលគ្នានៃការបង្កើនភាពមានសេវា, ពង្រឹងការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មជាមួយនឹងការធ្វើតេស្ត (Virologic) លក្ខណៈបុគ្គលនៅពេលកើតនឹងបង្កើនឡើងតាមរយៈយុទ្ធសាស្ត្ររួមបញ្ចូលគ្នានៃ

[38] This target is aligned with the National Strategic Plan for HIV 2016 – 2020.

ការធានាថាស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងការចូលរួមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាលនៅក្នុងការប្រមូលសំណាកឈាមស្ងួត ។

៥.៦.៣.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. ណែនាំឲ្យចាប់ផ្តើមប្រើស៊ីរ៉ូ AZT សម្រាប់កុមារប្រឈមប្រើនៅក្នុងការព្យាបាលបង្ការនៅក្នុងការកំណត់ហានិភ័យខ្ពស់[39] និងអនុវត្តពិធីសារថ្មី : ៦ សប្តាហ៍ AZT+១២ សប្តាហ៍ NVP ។

២. ធានាឲ្យមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារ រួមទាំងពី NVP និង AZT នៅសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលស្ថិតនៅជាមួយគ្នានឹងសេវាព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[40] តាមរយៈ (i) ការព្យាករណ៍គណនាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់លទ្ធកម្ម ដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានព្យាករណ៍ត្រឹមត្រូវ; (ii) ការតាមដាន និងការត្រួតពិនិត្យជាទៀងទាត់នៃវត្តមានស្តុកនៅឱសថស្ថានមន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងនៅសម្ភពនិង (iii) ការទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល (CMS) ។

៣. ពង្រីកការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដែលបានជំរុញខ្លាំងក្លា (B-IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ និងការអភិបាលដោយការគាំទ្រធានាឲ្យបាននូវការអង្កេតនិងការតាមដាននៃស្ត្រីវិជ្ជមានមេរោគនិងកូនរបស់គេ ។

៤. បង្កើតនិងអនុវត្តនិយាមបែបបទប្រតិបត្តិការឲ្យបានច្បាស់លាស់ (SOP) សម្រាប់ការប្រមូលសំណាកឈាមស្ងួត (DBS) បន្តនៅពេលកើតដែលបង្ហាញពីតួនាទីរបស់ឆ្មប, មន្ទីរពេទ្យបង្អែក និងបុគ្គលិកផ្នែកកុមារនៃការថែទាំមេរោគអេដស៍ (PAC) ។ បណ្តុះបណ្តាលឆ្មបនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនៅក្នុងការប្រមូលសំណាកឈាមស្ងួតនៅពេលកើត និងធានាឲ្យមានសន្លឹកកាតសម្រាប់ការប្រមូលសំណាកឈាមស្ងួតនៅសម្ភពតាមរយៈការព្យាករណ៍គ្រប់គ្រាន់, ការចែកចាយ និងការតាមដានជាបន្តនៃស្តុក ។

៥. ធ្វើការពង្រីកផ្នែកកុមារនៃការថែទាំមេរោគអេដស៍ទៅកាន់គ្រប់កន្លែងព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ។

៦. បង្កើតប្រព័ន្ធប្រកបដោយនិរន្តរភាពដើម្បីគាំទ្រដល់ការចំណាយលើការធ្វើដំណើរសម្រាប់កុមារប្រឈមសម្រាប់តាមដានការធ្វើតេស្តវីរុសសាស្ត្រ ។ ស្វែងរកពីការប្រើប្រាស់មូលនីធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនេះតាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់ដើម្បីរួមបញ្ចូលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់មេរោគអេដស៍សម្រាប់អតិថិជនទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីមុនការកំណត់ជនក្រីក្រ ។ ស្វែងរកការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដើម្បីទូទាត់ការចំណាយបន្ថែមទៀតទៅប្រព័ន្ធមូលនីធិសមធម៌សុខភាព ។

---

[39] Mother not on ART or started ART <4 weeks before delivery, or has Viral Load> 1000 per ml.

[40] On a case-by-case basis, NVP and AZT may also be stocked in the delivery ward of RHs without ART services if the distance to the nearest ART site is far and there is a history of delivery of HEI at that facility.

៥.៦.៤ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៤ : ការព្យាបាលជំងឺស្វាយចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះត្រូវបានពង្រឹង

សូចនាករសម្រាប់គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះគឺជាភាគរយនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានប៉ាន់ប្រមាណថាមានជំងឺស្វាយដែលត្រូវបានកំណត់ និងព្យាបាល, គោលដៅគឺ ៨០% នៅឆ្នាំ ២០២០ ។

៥.៦.៤.១ លទ្ធផល :

- ៩៥% នៃអតិថិជនថៃទាំមុនសម្រាលត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺស្វាយ ;
- ៩៥% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានប្រតិកម្មជំងឺស្វាយដែលទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ;
- ៩៥% នៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះវិជ្ជមានតេស្តបញ្ជាក់ជំងឺស្វាយត្រូវបានព្យាបាល ;
- ៩៥% នៃគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារអនុវត្តតាមពិធីសារថ្នាក់ជាតិសម្រាប់ជំងឺស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ[41] ។

៥.៦.៤.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះ និងលទ្ធផលទាក់ទងរបស់ខ្លួននឹងត្រូវសម្រេចបានតាមរយៈទាំងការកំណត់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមានជំងឺស្វាយបានប្រសើរឡើង និងព្យាបាលជំងឺស្វាយបានប្រសើរឡើងនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងកូនរបស់ពួកគេ ។ ការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងការកំណត់រកជំងឺនឹងតម្រូវឲ្យមានខ្សែចង្វាក់ផ្គត់ផ្គង់តេស្តត្រូវបានពង្រឹង និងការចូលរួមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថៃទាំមុនសម្រាលផ្នែកវិស័យឯកជន ។ ការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងការព្យាបាលនឹងតម្រូវឲ្យមានទាំងការធានាឲ្យមានឱសថដែលចាំបាច់ និងដោះស្រាយឧបសគ្គរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ដូចជាការខ្វះការយល់ដឹងអំពីពិធីសារ/ហានិភ័យ នៃជំងឺស្វាយពីកំណើត និងការភ័យខ្លាចដែលទាក់ទងទៅនឹងការចាក់ថ្នាំប៉េនីស៊ីលីន (Penicillins) ដែលមានសកម្មភាពយូរ ។

៥.៦.៤.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. បណ្តុះបណ្តាលឆ្មបនៅមណ្ឌលសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ក្នុងការប្រើតេស្តរហ័សថ្មីពីរបញ្ចូលគ្នា មេរោគអេដស៍ / ស្វាយ ។

---

[41] Mothers: Intramuscular benzathine penicillin 2.4 mU IM weekly x 3 weeks, unless allergic to penicillin, in which case 2 weeks of erythromycin. Symptomatic infant or infants born to inadequately treated mothers: aqueous penicillin G 100,000 – 150,000 U/kg/day divided into two daily doses x 10 days. In the latter case the FHCs, which are outpatient clinics, will have to refer to the RH for admission and treatment of the baby.

២. ធានាឲ្យមានតេស្តនៅគ្រប់កន្លែងផ្តល់សេវាថៃទាំមុនសម្រាលរបស់រដ្ឋាភិបាលតាមរយៈ (i) ការព្យាករណ៍គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់លទ្ធកម្មដោយផ្អែកលើតម្រូវការដែលបានព្យាករក្នុងការពិចារណាពីស្តុកបម្រុងដែលត្រូវការ[42] និងចំនួនអនុញ្ញាតឲ្យមានខូចខាតខ្លះ (ii) ការតាមដាននិងការត្រួតពិនិត្យស្តុកជាទៀងទាត់នៅឱសថស្ថានស្រុកប្រតិបត្តិ និងមណ្ឌលសុខភាព / មន្ទីរពេទ្យបង្អែក (iii) ការផ្តល់តេស្តទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលផ្អែកលើចំនួនថៃទាំមុនសម្រាលដែលបានចងក្រងជាឯកសារមិនមែនជាចំនួនប្រើប្រាស់កន្លងមក និង (iv) ទំនាក់ទំនងយ៉ាងជិតស្និទ្ធជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល និងការដាក់ស្នើសុំនៃ « សំណើពិសេស » នៅពេលដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ចៀសការដាច់ស្តុក ។

៣. ទំនាក់ទំនងជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលធ្វើការជាមួយប្រជាជនចំណាកស្រុកនិងក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់និងជាមួយអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល / អង្គការធ្វើការសហគមន៍ក្នុងតំបន់បានអនុវត្តសកម្មភាពទាបមិនធម្មតាដើម្បីជំរុញការប្រើប្រាស់ការថៃទាំមុនសម្រាល ។

៤.បង្កើតប្រពន្ធ័ប្រកបដោយនិរន្តរភាពដើម្បីគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានតេស្តប្រតិកម្មសម្រាប់ធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ដោយមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសមរម្យសំរាប់ស្ត្រីសម្រាលកូនថ្មីៗ។ ស្វែងរកពីការប្រើប្រាស់នៃមូលនិធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនេះតាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់ដើម្បីរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើតេស្តស្វាយបញ្ជាក់សម្រាប់អតិថិជនទាំងអស់ដោយមិនគិតថាតើមានការកំណត់អត្តសញ្ញាណជនក្រីក្រមុនមកឬអត់។ ស្វែងរកការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយក្នុងការចាប់ផ្តើមការចំណាយបន្ថែមទៀតនេះទៅប្រព័ន្ធនៃមូលនិធិសមធម៌សុខភាព។

៥ .បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារពីពិធីសារថ្មីសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺស្វាយម្តាយនិងទារកដែលកើតពីម្តាយវិជ្ជមានជំងឺស្វាយ ។ ប្រើការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីដោះស្រាយពិសេសពីការភ័យខ្លាច និងការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកផ្តល់សេវាអំពីភាពអាចមានប្រតិកម្ម, ទំហំម្ទុលជាដើម និងដើម្បីបញ្ជាក់នូវផលវិបាកជាអវិជ្ជមាននៃការព្យាបាលមិនគ្រប់គ្រាន់ ។ រួមបញ្ចូលទាំងតម្រូវការក្នុងការធ្វើតេស្តនិងព្យាបាលដៃគូផងដែរ។

៦. បណ្តុះបណ្តាលបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបង្អែកក្នុងការស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺស្វាយពីកំណើតរួមទាំងការព្យាបាល, ការសន្ទតិជាមុននៃទារកទើបនឹងកើតចំពោះម្តាយណាដែលមានជំងឺស្វាយដែលមិនបានទទួលការព្យាបាលពីមុនមក[43] ។

៧. សម្របសម្រួលជាមួយនាយកដ្ឋានឱសថនិងអាហារនៃក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីធានាថាបញ្ជីឱសថសារវន្តមានរួមបញ្ចូលទាំងបង់ហ្សាទីនប៉េនីស៊ីលីន (benzathine penicillin) សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ

[42] 6 month buffer at national level (CMS), 2 months at OD pharmacies and 1 month buffer at each health facility.

[43] The WHO protocol is now being incorporated into revised STI guidelines by NCHADS

បង្អែកទាំងអស់ (CPA 1, 2 និង 3) ដើម្បីឲ្យពិធីសារខាងលើអាចត្រូវបានអនុវត្ត ។
៨. អនុវត្តជាប្រព័ន្ធដែលកំពុងបន្តនៃការធានាគុណភាពសម្រាប់ការធ្វើតេស្តស្វាយនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព ។
៩. ធានាការផ្គត់ផ្គង់ឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់ បង់ហ្សាទីនប៉េនីស៊ីលីន (benzathine penicillin) នៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ និងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។
១០. បង្កើតប្រព័ន្ធប្រកបដោយនិរន្តរភាពមួយ ដើម្បីគាំទ្រថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់តម្រូវការរបស់ស្ត្រីនៅក្នុងការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ ស្វែងរកពីការប្រើប្រាស់មូលនីធិសមធម៌សុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនេះ តាមរយៈការពង្រីកការគ្របដណ្តប់ដើម្បីរួមបញ្ចូលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់សម្រាប់អតិថិជនមានប្រតិកម្មតេស្តស្វាយទាំងអស់ ដោយមិនគិតថាតើជនក្រីក្របានកំណត់ពីមុនមកទេ ។ ស្វែងរកការគាំទ្រពីម្ចាស់ជំនួយដើម្បីទូទាត់ការចំណាយបន្ថែមទៀតនេះទៅប្រព័ន្ធមូលនីធិសមធម៌សុខភាព ។
១១. ពង្រីកការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នា (IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ និងការអភិបាលដោយការគាំទ្រ, ធានាឲ្យបាននូវការអង្កេតនិងការតាមដាននៃស្ត្រីដែលស្រាវជ្រាវឃើញមានប្រតិកម្ម និងប្រសិនបើបញ្ជាក់ថាវិជ្ជមាន និងកូនរបស់គេ ។
១២. ធ្វើការជាមួយអង្គភាពនៃក្រសួងសុខាភិបាលទាក់ទងនឹងច្បាប់នៃវិស័យឯកជន ដើម្បីធានាថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមុនសម្រាលឯកជនស្រាវជ្រាវជំងឺស្វាយនិងបញ្ជូនករណីមានប្រតិកម្ម ។
១៣. ពង្រឹងប្រព័ន្ធពិនិត្យតាមដានសម្រាប់ជំងឺស្វាយមាតានិងជំងឺស្វាយពីកំណើត (មើលគោលដៅជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦) ។

៥.៦.៥ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៥ : វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

សូចនាករសម្រាប់**គោល**បំណង**ជាយុទ្ធសាស្ត្រ**នេះ គឺជាផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ត្រូវបានបង្កើតនិងអនុម័តដោយក្រសួងសុខាភិបាល ។

៥.៦.៥.១ លទ្ធផល :

- ៩៥% នៃទារកទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោងនៅពេលកើត ។
- សិក្សានៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានបញ្ចប់ និងលទ្ធផលដែលបានផ្សព្វផ្សាយ ។

៥.៦.៥.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះនឹងត្រូវសម្រេចបានតាមរយៈវិធីសាស្ត្រចំនួនពីរ : (1) គោលនយោបាយចាក់ថ្នាំបង្ការដែលមានស្រាប់ត្រូវបានពង្រឹងការអនុវត្តន៍, ដោយទាំងអ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈនិងឯកជន និង (2) វិភាគនិងផ្សព្វផ្សាយលទ្ធផលនៃការសិក្សាលើការកំណត់ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគវីរុសនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានមេរោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវបានអនុវត្តតាមដោយការពិគ្រោះយោបល់អ្នកពាក់ព័ន្ធ ដើម្បីកំណត់នូវអ្វីដែលជាវិធីសាស្ត្រល្អបំផុតសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

៥.៦.៥.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. បន្តលើកកម្ពស់ការសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋតាមរយៈការផ្តល់ប្រឹក្សាក្នុងអំឡុងពេលថែទាំមុនសម្រាល និងលើកកម្ពស់ដោយ ក្រុមគាំទ្រសុខភាពភូមិ (VHSGs)។

២. ប្រើប្រាស់ក្រុមគាំទ្រសុខភាពភូមិ (VHSGs) ដើម្បីធានាបានថាស្ត្រីដែលសម្រាលកូននៅផ្ទះត្រូវបានរាយការណ៍ទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង ដើម្បីឲ្យទារកទើបនឹងកើតទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងរលាកថ្លើមប្រភេទ B, តាមរយៈការថែទាំក្រោយសម្រាលជាប្រចាំផ្សេងទៀតដែលអាចត្រូវបានផ្តល់ឲ្យ ។

៣. ធ្វើការជាមួយអង្គភាពនៃក្រសួងសុខាភិបាលទាក់ទងនឹងច្បាប់នៃវិស័យឯកជន ដើម្បីធានាថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាលកូនផ្នែកឯកជនអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលសម្រាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលកើត ។

៤. អនុវត្តការសិក្សាលើការស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគវីរុសនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានមេរោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ ដែលមានវីរុសច្រើន (នៅក្នុងដំណើការរួចហើយ) ។

- វិភាគលទ្ធផលនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវមើលពីលទ្ធភាព និងតម្លៃប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពនៃការអន្តរាគមន៍បែបហ្នឹងធៀបនឹងការពឹងផ្អែកតែលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កុមារក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោងនៅពេលកើត និង៣ដូសបន្តបន្ទាប់មក ។ ស្វែងរកជំនួយបច្ចេកទេសសមស្របពីអ្នកជំនាញផ្នែកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងសេដ្ឋកិច្ចសុខាភិបាល ។
- ធ្វើសិក្ខាសាលាពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកពាក់ព័ន្ធសំខាន់ដើម្បីបង្ហាញពីរបកគំហើញនិងយល់ព្រមលើ « ផែនទីបង្ហាញផ្លូវ » ល្អបំផុតសម្រាប់លុបបំបាត់ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ។

៥.៦.៦ គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦ : ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន ។

៥.៦.៦.១ លទ្ធផល :

- ទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន គឺមានគុណភាពអាចជឿទុកចិត្តបាន, អន្តរប្រតិបត្តិការជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (HMIS) និងត្រូវទៅតាមតម្រូវការព័ត៌មានសម្រាប់សុពលភាពនៃការលុបបំបាត់ការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគ HIV និងស្វាយ ។
- ភាគបែងនៃសូចនាករ និងធាតុចូលរួមជាគំរូត្រូវបានផ្អែកលើទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រថ្មីបំផុត ។
- តាមដានមូលដ្ឋានទិន្នន័យរបស់កម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន អំពីវត្តមានប្រតិករសំខាន់ៗ ក្នុងមណ្ឌលសុខភាពនិងមន្ទីរពេទ្យបង្អែកនេះ ។
- មានប្រព័ន្ធមួយនៅនឹងកន្លែងដែលទាក់ទងទៅនឹងការថែទាំមុនសម្រាល / ជុំវិញសម្រាល / ក្រោយសម្រាល, ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងទិន្នន័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងចំពោះទារកប្រឈមសម្រាប់ទាំងម្តាយនិងទារក ។
- មានព័ត៌មានពីការអនុវត្តន៍ការចិញ្ចឹមទារកប្រឈមពិតប្រាកដ និងការថែទាំសុខភាពបន្តពូជស្វែងរកឃើញតាមរយៈស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

៥.៦.៦.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

លទ្ធផលទាំងនេះនឹងត្រូវសម្រេចបានតាមរយៈការរួមបញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងចំពោះមូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូនទៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាល (ការបន្ថែម / ការធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងនៃសូចនាករ, ការបង្កើតមធ្យោបាយនៃការបញ្ចូលទិន្នន័យពីវិស័យឯកជន), ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនប្រជាជន (ចំនួនសរុបនិងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ) ដោយប្រើទិន្នន័យដែលមានថ្មីបំផុត, និងការសិក្សាពិសេស ។

៥.៦.៦.៣ សកម្មភាពជាក់លាក់ :

១. ទំនាក់ទំនងជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) នៃក្រសួងសុខាភិបាល វិទ្យាស្ថានស្ថិតិជាតិនិងម្ចាស់ជំនួយសំខាន់ៗ ដើម្បីបង្កើតឲ្យមានបច្ចុប្បន្នភាពចំនួនប្រជាជនដោយ

ផ្អែកលើការស្ទង់មតិអន្តរជំរឿននៅកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៣ និងការអង្កេតប្រជាសាស្ត្រសុខាភិបាល ឆ្នាំ ២០១៤ (2014 CDHS) ។ កែសម្រួលទិន្នន័យមូលដ្ឋាន និងផែនការជាការចាំបាច់នៅពេលដែលភាគបែងថ្មីទាំងនេះបានក្លាយជាអាចប្រើបាន ។

២. ទំនាក់ទំនងជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល និងទីភ្នាក់ងារជំនួយការបច្ចេកទេសរបស់ខ្លួន ដើម្បីធានាឲ្យបាននូវមូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន, ការប្តូរទៅកន្លែងផ្ទុកប្រព័ន្ធជាមួយគ្នានឹងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខាភិបាលសំខាន់ និងការបញ្ចូលទិន្នន័យសំខាន់ៗទៅប្រព័ន្ធទាំងពីរត្រូវបានធ្វើក្នុងពេលតែមួយតែម្តង ។

៣.បន្ថែមសូចនាករដូចខាងក្រោមនេះទៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃកម្មវិធីជាតិបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន :

- ស្ថានភាពនៃជំងឺស្វាយនៃម្តាយជាមួយកូនស្លាប់កើត ។
- ចំនួននៃការរលូតកូនដោយឯកឯងនៃការមានផ្ទៃពោះលើសពី ២០ សប្តាហ៍ និងស្ថានភាពជំងឺស្វាយរបស់ម្តាយ ។
- មណ្ឌលសុខភាពដែលមានតេស្តអេដស៍/ស្វាយ, តេស្តពិនិត្យទឹកនោម, ឧបករណ៍វាស់កម្រិតវិភាគអេម៉ូក្លូប៊ីន និងមីក្រូគូវ៉ែត (microcuvettes) ។
- វត្តមាននៅផ្នែកសម្ភពនូវឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ម្តាយនិងទារក (NVP និង AZT) និងកញ្ចប់សំណាកឈាមស្ងួត ។
- ចំនួនស្ត្រីដែលមានប្រតិកម្មតេស្តស្វាយ ទទួលបានការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់[44] និង
- ចំនួនស្ត្រីដែលមានប្រតិកម្មតេស្តមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះនិងសម្រាល ទទួលបានការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់។

៤. សម្របសម្រួលជាមួយនាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យនៃក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីបញ្ចូលជំងឺស្វាយពីកំណើតជាផ្នែកមួយនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅផ្នែកពិនិត្យជំងឺក្រៅ និងការរាយការណ៍នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបង្អែក ។

៥. ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយតាមរយៈកន្លែងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ការចិញ្ចឹមទារកនិងការអនុវត្តន៍នៃសុខភាពបន្តពូជនៃស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាមួយការមានផ្ទៃពោះនៅ ៣ ឆ្នាំដំបូង ។

---

[44] Currently the total screened reactive and the total confirmed positive are included but not the total who had a confirmatory test.

៦. ធ្វើការជាមួយមន្ទីរពេទ្យជាតិដើម្បីកែប្រែបញ្ជីកត់ត្រា និងរបាយការណ៍របស់ពួកគេ ដើម្បីបែងចែករវាងស្ត្រីដែលទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលលើកដំបូងរបស់ពួកគេ និងស្ត្រីដែលធ្លាប់ទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះដំបូង[45] ។

៧. ធ្វើឲ្យប្រសើរឡើង / ឲ្យមានស្តង់ដារនូវការប្រើប្រាស់លេខកូដ PMTCT ជាមធ្យោបាយនៃការភ្ជាប់ព័ត៌មានរបស់ការថែទាំមុនសម្រាល និងការសម្រាលទៅឲ្យផ្នែកទទួលនៅសេវា VCCT, ART និង PAC ។

៨. បង្កើតប្រព័ន្ធរបាយការណ៍សម្រាប់ការថែទាំមុនសម្រាល និងទិន្នន័យការផ្តល់សេវាមេរោគអេដស៍ / ស្វាយ និងលទ្ធផល PMTCT នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជន / មិនមែនរដ្ឋាភិបាលរួមទាំងវិធានការដើម្បីជៀសវាងការរាប់ពីរដងនៃអតិថិជនដែលទទួលការថែទាំមុនសម្រាលច្រើនជាងមួយប្រភេទនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ។

៥.៦.៧. គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៧ ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី PMTCT ត្រូវបានពង្រឹង

៥.៦.៧.១ លទ្ធផល :

- អ្នកគ្រប់គ្រងថ្នាក់ជាតិ, ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ប្រើទិន្នន័យ PMTCT / HMIS ដើម្បីកំណត់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលអនុវត្តបានទាប និងផ្តួចផ្តើមសកម្មភាពបង្ការ ។
- អ្នកគ្រប់គ្រងថ្នាក់ជាតិ, ខេត្ត និងស្រុកប្រតិបត្តិ ត្រួតពិនិត្យវត្តមានរបស់ប្រើប្រាស់ជាគន្លឹះសម្រាប់ PMTCT និងផ្តួចផ្តើមសកម្មភាព ដើម្បីបញ្ចៀសការដាច់ស្តុក / ធ្វើឲ្យមានស្តុក
- ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្នប (MCAT) ត្រូវបានធ្វើឡើងជាទៀងទាត់ក្នុងស្រុកប្រតិបត្តិនីមួយៗ និងត្រូវបានប្រើជាបណ្តាញសម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយពិធីសារ និងគោលនយោបាយនៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។
- ពង្រីកទៅទូទាំងប្រទេសនូវការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នាដោយជំរុញខ្លាំងក្លា ។

៥.៦.៧.២ យុទ្ធសាស្ត្រ :

យុទ្ធសាស្ត្ររួមនៅក្រោមគោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រនេះ នឹងពង្រឹងការទំនាក់ទំនងបច្ចេកទេស និងការដោះស្រាយបញ្ហានៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ / មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត ក្នុងខណៈពេលដែលការដឹកនាំសកម្មប្រសើរឡើងនៅថ្នាក់ជាតិ ។

---

[45] Currently, these hospitals record all first visits to their facility as ANC1, whereas many women have had prior ANC at a HC or other facility. This in turn creates inflation of ANC1 numbers and under-estimation of ANC2/3/4 coverage.

៥.៦.៧.៣ សកម្មភាពសំខាន់ៗ :

១. ធ្វើការស្តារ / ពង្រឹងក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្នប (MCAT) នៅថ្នាក់ស្រុកប្រតិបត្តិ ជាវេទិកាមួយសម្រាប់ការទំនាក់ទំនង និងការដោះស្រាយបញ្ហាជុំវិញបញ្ហាសុខភាពមាតារួមទាំងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ។ ការនេះនឹងកាត់បន្ថយតម្រូវការសម្រាប់សិក្ខាសាលាជាច្រើនដែលមានប្រធានបទតែមួយ ដោយផ្តល់នូវបណ្តាញជាស្ថាប័នមួយសម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មាន ។

- បណ្តុះបណ្តាល / ជួយស្រុកប្រតិបត្តិ និងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តដើម្បីរួមបញ្ចូលការចំណាយលើការសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្នប ទៅក្នុងផែនការប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំរបស់ខ្លួន ។
- តស៊ូមតិជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល, ម្ចាស់ជំនួយ និងនាយកមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តក្នុងការបម្រុងទុកធនធាន, លើកកម្ពស់ការយល់ដឹងនៃគោលបំណង និងតម្លៃនៃក្រុមសម្ព័ន្ធសម្របសម្រួលឆ្នប និងប្រសិទ្ធភាពតម្លៃរបស់វា ដែលបានប្រៀបធៀបទៅនឹងសិក្ខាសាលាតាមខ្សែបណ្តោយជាច្រើន ។
- តស៊ូមតិជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត / ស្រុកប្រតិបត្តិ និងសម្ព័ន្ធម្ចាស់ជំនួយនៃគម្រោងសមភាពសុខភាព និងការកែលម្អគុណភាព (H-EQIP) ដើម្បីធ្វើឲ្យមានជាទិន្នផលរំពឹងទុកមួយនៃការសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្នបជាទៀងទាត់ពីស្រុកប្រតិបត្តិជាមួយកិច្ចសន្យាដែលផ្អែកទៅលើការអនុវត្តន៍ ។
- តាមដានចំនួនការសម្របសម្រួលក្រុមសម្ព័ន្ធឆ្នប MCAT ដែលបានប្រារព្ធឡើងនិងការចូលរួមរបស់ពួកគេ ។

២. ពង្រីកមុខងាររបស់បុគ្គលិកលទ្ធកម្មនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ដើម្បីបញ្ចូលការគ្រប់គ្រងភស្តុភារ រួមបញ្ចូលទាំងការត្រួតពិនិត្យតាមដានស្តុកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងទំនាក់ទំនងជាមួយឃ្លាំងឱសថកណ្តាល, មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដើម្បីជៀសវាងការដាច់ស្តុក/ដើម្បីកែតម្រូវស្តុក ។

៣. ពង្រីកការគ្រប់គ្រងករណីសកម្មរួមបញ្ចូលគ្នា (IACM) តាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលអ្នកគ្រប់គ្រងស្រុកប្រតិបត្តិ និងការអភិបាលដោយគាំទ្រ ធានាឲ្យបាននូវការតាមដានស្ត្រីដែលស្រាវជ្រាវឃើញមានប្រតិកម្មតេស្ត និងកូនរបស់ពួកគេ ។

៦. ផែនការតាមដាន និងវាយតម្លៃ

សូចនាករនៃយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន ២០១៦ – ២០២០

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន	ផែនការ ឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលដៅ : លុបបំបាត់ការចម្លងពីម្ដាយទៅកូននៃមេរោគអេដស៍ ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទ B					
ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន	៦.២% (២០១៥)	<៥%	% រំពឹងទុកនៃកុមារផ្ទុកដែលកើតពីម្ដាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍សម្រាលកូនក្នុងអំឡុងពេល ១២ ខែកន្លងទៅ (Modeled Rate)	ការប៉ាន់ប្រមាណរបស់ Spectrum ពី NCHADS/ UNAIDS	គោលដៅគឺត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របគ្នាជាមួយនឹងយុទ្ធសាស្ត្រអេដស៍ថ្នាក់ជាតិ
ការកើតមានឡើងនៃជំងឺស្វាយពីកំណើតក្នុងចំណោម ១០០,០០០ កំណើតរស់	N/A	<៥០/ ១០០,០០០ កំណើតរស់	ចំនួនករណីស្វាយពីកំណើតក្នុងចំណោម ១០០,០០០ កំណើតរស់ ។ ករណីជំងឺស្វាយពីកំណើត=ទារកស្លាប់កើតទាំងអស់, រលូតកូនកើតមានឡើងបន្ទាប់ពីសប្ដាហ៍ទី ២០ នៃអាយុផ្ទៃពោះនិងកំណើតរស់កើតឡើងលើស្ត្រីផ្ទុកមេរោគស្វាយដែលបានព្យាបាលមិនត្រឹមត្រូវក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគស្វាយ ក្នុងករណីនេះមានន័យថាវិជ្ជមានដោយតេស្តបញ្ជាក់ ។ មិនមែនត្រឹមតែលទ្ធផល	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT និងឯកសារព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ករណីសង្ស័យ ត្រូវបានគេបញ្ជាក់តាមរយៈ មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT: - ករណីបញ្ជាក់នៅ ANC មិនបានព្យាបាល - កូនស្លាប់កើត និងការរលូតកូនលើសពី ២០ សប្ដាហ៍ចំពោះស្ត្រីដែលមានផ្ទុកមេរោគស្វាយ (ករណីខ្លះអាចជាស្ត្រីដដែលៗ) ស្នើទៅអ្នកសម្របសម្រួល OD ឬ CMC ដើម្បីអង្កេត និងផ្ដល់ការលម្អិតអំពីម្ដាយបានទទួលការព្យាបាលស្វាយ	ឆ្មបត្រូវតែពិនិត្យមេរោគស្វាយគ្រប់ស្ត្រីដែលមានកូនស្លាប់កើតទាំងអស់ ឬ ពិនិត្យនៅក្រោយការរលូតកូន (អាយុផ្ទៃពោះលើសពី ២០ សប្ដាហ៍) ។ ករណីដូចតទៅនេះ ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាជំងឺស្វាយពីកំណើត : - ទារកកើតរស់ពីម្ដាយដែលបានបញ្ជាក់ថាជាជំងឺស្វាយដែលមិនបានព្យាបាលតាមពិធីសារក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ - កូនស្លាប់កើត ឬ ការរលូតកូនដោយ

			ប្រតិកម្មនៃតេស្តរហ័សនោះទេ	ហើយប្រសិនបើដូច្នេះ ថាតើការព្យាបាលនោះទៅតាមពិធីសារដែរឬទេ? ប្រសិនបើមិនដូច្នេះទេ វាពិតជាផ្ទុកមេរោគស្វាយពីកំណើត ។ បើការកត់ត្រាមិនអាចរកឃើញកំណត់ថាមិនបានព្យាបាល, ដូច្នេះ វាជាស្វាយពីកំណើត ។	ឯងៗលើសពី ២០ សប្តាហ៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទុកមេរោគស្វាយដែលមិនបានព្យាបាលតាមពិធីសារត្រឹមត្រូវ ។ ការប៉ាន់ប្រមាណជាគំរូអាចត្រូវបានគេធ្វើឡើងដើម្បីដាក់បញ្ចូលសម្រាប់រាយការណ៍តិចជាងធម្មតា ។

សូចនាករ	**ទិន្នន័យ មូលដ្ឋាន**	**ផែនការ ឆ្នាំ ២០២០**	**និយមន័យ**	**ប្រភព**	**ការពន្យល់**
គោលដៅ : លុបបំបាត់ការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន, ស្វាយ និងរលាកថ្លើមប្រភេទ B (ត)					
ផែនទីបង្ហាញផ្លូវសម្រាប់លុបបំបាត់ការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ពីម្តាយទៅកូន	ពុំមានផែនទីបង្ហាញផ្លូវ	បានធ្វើផែនទីបង្ហាញផ្លូវរួចរាល់ និងបានឯកភាពជាផ្លូវការពីក្រសួងសុខាភិបាល	មានឯកសារមួយបកស្រាយពីយុទ្ធសាស្ត្រនិងសកម្មភាពជាក់លាក់ដើម្បីលុបបំបាត់ការចម្លងរោគពីម្តាយទៅកូននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលបានបង្កើតឡើងនិងឯកភាពដោយក្រសួងសុខាភិបាល	ឯកសាររបស់ក្រសួងសុខាភិបាល	
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ					
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ (បានដឹងពីមុនមក និងទើបតែដឹងនៅពេលពិនិត្យផ្ទៃពោះ និងពេលសម្រាលនេះ)	៨៣% (២០១៥)	៩០%	ភាគយក=ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តនិងទទួលលទ្ធផលតេស្តក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះលើកនេះបូកបន្ថែមចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពវិជ្ជមានមុនពេលមានផ្ទៃពោះលើកនេះ បូកនឹងចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តនៅពេលឈឺពោះសម្រាលនិងសម្រាល ។	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT ភាគបែង បានមកពីវិទ្យាស្ថានជាតិ	គោលដៅគឺត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របគ្នាទៅនឹងយុទ្ធសាស្ត្រអេដស៍ថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ (សូចនាកររបស់ GARPR)

			ភាគបែង=ស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុក (ស្មើចំនួនកើតរំពឹងទុក)	ស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ	
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះបានទទួលការពិនិត្យផ្ទៃពោះយ៉ាងតិច ១ ដង	៩៥% (២០១៤)	>៩៨%	ភាគយក=ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះបានពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី ១ ឬលើស ជាមួយបុគ្គលិកសុខាភិបាល ។ ភាគបែង=ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានកើត (សម្រាល) ក្នុងអំឡុងពេលយោងមួយ ។	CDHS	គោលដៅចំណុចត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របគ្នាជាមួយ SoP ឆ្នាំ ២០១៣ សម្រាប់កម្មវិធីជំរុញខ្លាំងក្លានៃវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា។ ប្រភពគឺពី CDHS ជាជាងមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT/HMIS ពីព្រោះ CDHS មានទិន្នន័យទាំងផ្នែករដ្ឋនិងឯកជន និងដើម្បីបញ្ចៀសបញ្ហារាប់ចំនួន ២ ដងជាន់គ្នារកឃើញនៅក្នុង HMIS.[46]

[46] Currently the national hospitals record a first visit to their facility as ANC1, even if the woman had prior ANC elsewhere, leading to double counting of ANC1 and underestimation of ANC2/3/4

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ១ : ការកំណត់ស្រាវជ្រាវរកមេរោគអេដស៍ត្រូវបានបង្កើនក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ត)					
% នៃស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះដែលមិនបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ បានស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្តនិងទទួលលទ្ធផល	៨២.៥% (២០១៥)	>៩៥%	ភាគយក=ចំនួនស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងទទួលលទ្ធផល ភាគបែង=ចំនួនស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះដែលមិនបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT របាយការណ៍ CDHS គិតជាភាគរយដែលបានធ្វើតេស្តក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះនិងអាចត្រូវបានគេប្រើដើម្បីរកភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ប្រមាណចេញពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	គោលដៅត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របតាម SoP ឆ្នាំ ២០១៣ សម្រាប់កម្មវិធីជំរុញខ្លាំងក្លានៃវិធីសាស្ត្រឆ្លើយតបរួមគ្នា ។ បញ្ចូលតែស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរដ្ឋ, ចំណែកមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនទិន្នន័យរបាយការណ៍ផ្ញើទៅក្រសួងសុខាភិបាល ។
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មដោយតេស្តរហ័សក្នុងអំឡុងពេលថៃទាំមុនសម្រាល ឬ ឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាលបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់	៨៥.១%	៩៥%	ភាគយក=ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មក្នុងអំឡុងពេលថៃទាំមុនសម្រាល និងបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ បូកនឹងចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល និងបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ។ ភាគបែង= ចំនួនសរុបស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មក្នុងអំឡុងពេលថៃទាំមុនសម្រាល បូកនឹងចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	នេះជាភាគរយដែលស្ត្រីផ្ទៃពោះបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ មិនមែនជាភាគរយ ដែលស្ត្រីបានបញ្ជាក់លទ្ធផលជាវិជ្ជមានទេ ។

% នៃមណ្ឌលសុខភាពដែលមិនមានដាច់ស្តុកតេស្តមេរោគអេដស៍ (HIV test kits) ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែចុងក្រោយ	N/A	៨០%	ភាគយក=ចំនួនមណ្ឌលសុខភាពដែលបានរាយការណ៍ថាមានតេស្តអេដស៍ជារៀងរាល់ខែនៅក្នុងរយពេល ១ ឆ្នាំ ។ ភាគបែង= ចំនួនសរុបមណ្ឌលសុខភាពដែលរាយការណ៍ពីសូចនាករនេះ	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	នេះតម្រូវឲ្យមានការបូកបន្ថែមសូចនាករថ្មីទៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ PMTCT

គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ : ការព្យាបាលត្រូវបានពង្រឹងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍					
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួល ART ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែទទួល ART ថ្មីក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានទទួល ART រួចហើយមុនពេលមានផ្ទៃពោះនេះ		៩០%	ភាគយក=ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានទទួល ART អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ មិនរួមបញ្ចូលស្ត្រីដែលបានចាប់ផ្តើមទទួល ART អំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល, ពេលសម្រាល និងក្រោយសម្រាលទេ ។ ភាគបែង = សរុបស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍រំពឹងទុក - ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានរកឃើញថ្មីក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួល ART បូកបន្ថែមចំនួនស្ត្រីដែលបានដឹងពីស្ថានភាពវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍មុនពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយបានចាប់ផ្តើមទទួល ART នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ចំនួនស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលបានដឹងពីស្ថានភាពវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍មុនពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយបានទទួល ART រួចហើយមុនពេលមានផ្ទៃពោះ	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT ភាគបែង បានមកពីការប៉ាន់ប្រមាណ Spectrum របស់ NCHADS. របាយការណ៍ផ្សេងទៀតបានពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT ផ្នែកសម្រាល	គោលដៅត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របជាមួយយុទ្ធសាស្ត្រអេដស៍ថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ ២០១៦-២០២០ របាយការណ៍របស់ GARPR GARPR ស្នើឲ្យរាយការណ៍ដាច់ពីគ្នារវាងស្ត្រីដែលបានចាប់ផ្តើមប្រើ ART មុនពេលមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីដែលបានចាប់ផ្តើមទទួល ART ក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះ

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន	ផែនការឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ២ : ការព្យាបាលត្រូវបានពង្រឹងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ត)					
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមិនបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល បានទទួលការធ្វើតេស្ត	៤៩.៥% (២០១៥)	៨០%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ) ដែលបានធ្វើតេស្តរហ័សរកមេរោគអេដស៍ ។ ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីសម្រាលកូននៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ) ដែលមិនបានដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ពីមុន ។	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	យោងទៅលើតែស្ត្រីដែលសម្រាលកូននៅក្នុងមូលដ្ឋានរដ្ឋនិងមូលដ្ឋានឯកជនដែលបានរាយការណ៍ទៅក្រសួងសុខាភិបាល
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលតេស្តប្រតិកម្មនៅពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល បានទទួល ART	៦៦.២% (២០១៥)	៨០%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តហើយមានលទ្ធផលប្រតិកម្មក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល (L&D) ដែលបានទទួល ART ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តហើយមានលទ្ធផលប្រតិកម្មក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងសម្រាល (L&D)	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	ភាគយកនិងភាគបែង អាចរួមបញ្ចូលស្ត្រីដែលបានគេរកឃើញថាមិនមែនវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍នៃលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ដូចទៅនឹងពិធីសារជាតិដើម្បីចាប់ផ្តើមផ្តល់ ART ម្តងភ្លាមដោយមិនរង់ចាំលទ្ធផលតេស្តបញ្ជាក់ឡើយ

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន	ផែនការ ឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣ : ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈមត្រូវបានពង្រឹង					
% នៃទារកប្រឈមដែលបានទទួល ARV	៧០% (២០១៥)	>៩០% AZT	ភាគយក= ចំនួនទារកប្រឈមដែលបានទទួល ARV ៦ ខែ ។ ទទួល ARV រយៈពេលខ្លីជាងនេះទៀត (e.g. ទទួលARV តែមួយមុខគត់ក្នុងអំឡុង 48 ម៉ោង) មិនរួមបញ្ចូលក្នុងភាគយកទេ។ ភាគបែង= ចំនួនទារកប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណសរុប	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT ភាគបែង បានមកពីការប៉ាន់ប្រមាណ Spectrum	ផែនការតម្រូវតាមយុទ្ធសាស្ត្ររបស់កម្មវិធីអេដស៍ ។ សូចនាករ GARPR
% នៃទារកប្រឈមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ បានទទួល AZT និង NVP ៦ សប្ដាហ៍ បូកបន្ថែម NVP ៦ សប្ដាហ៍	N/A	៥០%	ភាគយក= ចំនួនទារកប្រឈមដែលកើតពីម្ដាយទទួល ART តិចជាង ៤ អាទិត្យ ឬមិនបានទទួល ART សោះ ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដែលកូនបានទទួល និង NVP ៦ អាទិត្យ និងបូកបន្ថែម NVP ៦ អាទិត្យ ។ ភាគបែង= ចំនួនទារកប្រឈមដែលកើតពីម្ដាយទទួល ART តិចជាង ៤ អាទិត្យ ឬមិនបានទទួល ART សោះក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	និយមន័យនៃទារកប្រឈមខ្ពស់រួមទាំងម្ដាយដែលមាន Viral Load >1000 ។ ប៉ុន្តែមិនមានមធ្យាបាយចាប់យកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ និងស្ត្រីភាគច្រើនទាំងហ្នឹងដែលទទួល ART តិចជាង ៤ អាទិត្យ ។

% នៃផ្នែកសម្ភពដែលមានឱសថ AZT និង NVP នៅក្នុងស្តុកសម្រាប់កូនក្មេងក្នុងរយៈពេល ១២ ខែកន្លងទៅនេះ	៥៥.២%	៨០%	ភាគយក=ចំនួនសម្ភពនៃមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានសេវា ART នៅជាមួយគ្នាដែលមានឱសថ AZT និង NVP ជារៀងរាល់ខែនៅក្នុងស្តុកក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ។ ភាគបែង= ចំនួនមន្ទីរពេទ្យបង្អែកសរុបដែលមានសេវា ART នៅជាមួយគ្នា	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	ទិន្នន័យដើមគ្រា ត្រូវបានពីការធ្វើអង្កេតដោយផ្នែក PMTCT នៅក្នុងខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០១៦ ចំនួនមន្ទីរពេទ្យបង្អែកដែលមានតែឱសថហួសថ្ងៃកំណត់ប្រើត្រូវបានពិចារណាថាមានដាច់ស្តុក
% នៃទារកប្រឈមដែលបានសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយបានទទួលតេស្ត DNA-PCR នៅពេលកើត	0	៥០%	ភាគយក= ចំនួនទារកប្រឈមដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយបានទទួលតេស្ត DNA-PCR នៅពេលកើត ភាគបែង= ចំនួនទារកប្រឈមដែលកើតពីម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	យោងទៅលើតែការសម្រាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់រដ្ឋ និងឯកជនដែលរាយការណ៍ទៅក្រសួងសុខាភិបាល ។
% នៃទារកប្រឈមដែលបានធ្វើតេស្ត Virologic មើលមេរោគអេដស៍ក្នុងរយៈពេល ២ ខែ នៃកំណើត	៤០% (NCHADS EID database ២០១៥)	>៩០%	ភាគយក= ចំនួនទារកប្រឈមអាយុតិចជាង ២ ខែដែលបានធ្វើតេស្ត DNA-PCR1 (DNA-PCR នៅពេលកើត ឬនៅពេលណាមួយមុនអាយុ ២ ខែ) ភាគបែង= ចំនួនទារកប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណ	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យទារកប្រឈមរបស់ NCHADS ភាគបែង បានមកពីការប៉ាន់ប្រមាណ Spectrum	ផែនការតម្រូវតាមនឹងយុទ្ធសាស្ត្ររបស់កម្មវិធីអេដស៍ ។ សូចនករ GARPR

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន	ផែនការឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៣ : ការព្យាបាល និងការតាមដានកុមារប្រឈមត្រូវបានពង្រឹង (ត)					
% នៃទារកប្រឈមដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole រយៈពេល ២ ខែនៃកំណើត	៩១.៤%	>៩០%	ភាគយក= ចំនួនទារកប្រឈមទទួល Cotrimoxazole នៅអាយុ ២ ខែ ភាគបែង= ចំនួនទារកប្រឈមប៉ាន់ប្រមាណ	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យទារកប្រឈមរបស់ NCHADS ភាគបែង បានមកពីការប៉ាន់ប្រមាណ Spectrum	ផែនការតម្រូវតាមនឹងយុទ្ធសាស្រ្តរបស់កម្មវិធីអេដស៍ ។ សូចនករ GARPR
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៤ : ការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ					
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះមានជំងឺស្វាយដែលបានគេរកឃើញ ហើយទទួលការព្យាបាល	២៩% (២០១៥)	៨០%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តបញ្ជាក់វិជ្ជមានជំងឺស្វាយដែលបានទទួលការព្យាបាល ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះប៉ាន់ប្រមាណសរុបដែលមានជំងឺស្វាយ ។ ការប៉ាន់ប្រមាណដូចតទៅ : ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះរំពឹងទុក គុណនឹង ០.០៣% (០.០០០៣) ។ (នេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណប្រេវ៉ាឡង់ផ្អែកទៅលើការធ្វើតេស្តនៃអតិថិជនថៃទាំមុនសម្រាល ឆ្នាំ ២០១៥) សូមមើលផ្នែកការអត្ថាធិប្បាយ	ភាគយក បានមកពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT ភាគបែង បានមកពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការអំពីការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនប្រជាជនដោយគុណនឹង ០.០០០៣	ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះរំពឹងទុកនៅឆ្នាំ ២០១៥=៣៦៦ ១១៧ ។ ដោយគុណនឹង ០.០០០៣=ចំនួនប៉ាន់ប្រមាណ ១១០ ករណី ។ ករណីបានព្យាបាលគឺ ៣២ ដូច្នេះ ៣២/១១០=២៩% ប្រេវ៉ាឡង់ (០០០៣.០) អាចនឹងត្រូវកែតម្រូវទៅតាមឆ្នាំបន្តបន្ទាប់ ប្រសិនបើបានបង្ហាញ

% នៃស្ត្រីពិនិត្យផ្ទៃពោះបានពិនិត្យរកជំងឺស្វាយ	៨៣.៤% (២០១៥)	៩៥%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តស្វាយ ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះពិនិត្យផ្ទៃពោះលើកទី ១ ទាំងអស់	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	គោលដៅត្រូវបានគេធ្វើឲ្យស្របជាមួយ SOP ឆ្នាំ ២០១៣ សម្រាប់វិធីសាស្រ្តជំរុញឆ្លើយតបរួមគ្នា ។
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះដែលមានលទ្ធផលប្រតិកម្មតេស្តស្វាយ ហើយទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់	n.a.	៩៥%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានប្រតិកម្មតេស្តស្វាយទាំងអស់	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	នេះជាភាគរយដែលបានទទួលការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ មិនមែនភាគរយវិជ្ជមានទេ ។ តម្រូវឲ្យមានសូចនាករថ្មីនៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យ, PMTCT
% នៃស្ត្រីផ្ទៃពោះវិជ្ជមានមេរោគស្វាយដែលបានទទួលការព្យាបាល	៩១.៤% (២០១៥)	៩៥%	ភាគយក= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានព្យាបាលជំងឺស្វាយ ភាគបែង= ចំនួនស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលបានធ្វើតេស្តស្វាយវិជ្ជមានដោយតេស្តបញ្ជាក់	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	មិនដូចជាសូចនាករលើកដំបូងទេ នេះសំដៅតែទៅនឹងករណីដែលបានកំណត់ជំងឺស្វាយក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ មិនមែនករណីប៉ាន់ប្រមាណថាទាំងអស់ទេ ។

សូចនាករ	ទិន្នន័យមូលដ្ឋាន	ផែនការ ឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្រ្តទី ៤ : ការព្យាបាលជំងឺស្វាយត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ (ត)					
% នៃគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ដែលបានធ្វើការព្យាបាលតាមពិធីសារជាតិចំពោះជំងឺស្វាយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ	នឹងត្រូវបានកំណត់	៩៥%	ភាគយក= ចំនួនគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ដែលបានធ្វើការព្យាបាលតាមពិធីសារជាតិ43[47]. ភាគបែង= ចំនួនគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ដែលឯកសាររបស់អ្នកជំងឺស្វាយត្រូវបានពិនិត្យ	ឯកសាររបស់អ្នកជំងឺស្វាយនៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ ។ កំណត់ស្រុកប្រតិបត្តិជាមួយករណីវិជ្ជមានពីមូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT និងស្នើទៅអ្នកជំនួយការគ្រប់គ្រងករណី មន្ត្រីទទួលបន្ទុកអេដស៍ថ្នាក់ខេត្ត ឬអ្នកសម្របសម្រួលស្រុកប្រតិបត្តិ ដើម្បីទទួលយកឯកសារព្យាបាល	ចាប់តាំងពីការប្រមូលនេះ តម្រូវឲ្យមានការខិតខំប្រឹងប្រែងពិសេសនឹងត្រូវបានធ្វើតែម្តងប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយឆ្នាំ
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្រ្តទី ៥ : ការចាត់វិធានការត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីបង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B					
%នៃកុមារទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលកើត	៨២.៦% (២០១៤ CDHS)	៩៥%	ភាគយក= ចំនួនកុមារបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺថ្លើមប្រភេទ B ក្នុង ២៤ ម៉ោងនៅពេលកើតក្នុងឆ្នាំកន្លងមក ភាគបែង= ចំនួនសរុបកុមារអាយុពី 0 ទៅ ១១ខែ	ភាគយក បានមកពី HMIS. ភាគបែង បានមកពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការអំពីការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនប្រជាជន	អាចទទួលបានពី CDHS តាមកាលកំណត់

[47] Protocol= Mothers: Intramuscular benzathine penicillin 2.4 mU IM weekly x 3 weeks, unless allergic to penicillin, in which case 2 weeks of erythromycin. Symptomatic infant or infants born to inadequately treated mothers: aqueous penicillin G 100,000 – 150,000 U/kg/day divided into twice daily doses x 10 days.

ការសិក្សានៃការបង្ការដោយឱសថ ARV ត្រូវបានបញ្ចប់ និងលទ្ធផលត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយ	ការសិក្សាមិនទាន់បានបញ្ចប់	ការសិក្សាត្រូវបានបញ្ចប់ និងលទ្ធផលត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយទៅអ្នកធ្វើគោលនយោបាយ	ការរកឃើញនៃសិក្សាបានត្រូវរៀបរាប់ក្នុងរបាយការណ៍មួយ ។ សិក្ខាសាលា ឬកិច្ចប្រជុំត្រូវបានប្រារព្ធធ្វើ ដើម្បីធ្វើបទបង្ហាញនិងពិភាក្សាអំពីការរកឃើញ ។	ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ ។ កំណត់ហេតុប្រជុំ ឬ សិក្ខាសាលា ។	
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦ : ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្ដាយទៅកូន					
មូលដ្ឋានទិន្នន័យកម្មវិធី PMTCT តាមដានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលមានតេស្ត និងឱសថសំខាន់ៗរបស់កម្មវិធី PMTCT	មិនបានរួមបញ្ចូលសូចនាករអំពីសម្ភារប្រើប្រាស់ទេ	រួមបញ្ចូលសូចនាករអំពីសម្ភារប្រើប្រាស់	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ, PMTCT មានសូចនាករសម្រាប់តេស្តមេរោគអេដស៍ / ស្វាយ នៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាព, ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់កុមារនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែក	មូលដ្ឋានទិន្នន័យ PMTCT	
ភាគបែងនៃស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុកគឺត្រូវបានគេកំណត់យកទៅតាមទិន្នន័យប្រជាសាស្ត្រចុងក្រោយបំផុត	ភាគបែងស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុក យោងទៅលើការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនប្រជាជនចាស់	ភាគបែងស្ត្រីផ្ទៃពោះរំពឹងទុក យោងទៅលើការប៉ាន់ប្រមាណ ចំនួនប្រជាជនថ្មី	ការព្យាករណ៍ពីចំនួនប្រជាជនបានកែលម្អ ត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ	ការប៉ាន់ប្រមាណចំនួនប្រជាជនបានមកពីវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ	

សូចនាករ	ទិន្នន័យ មូលដ្ឋាន	ផែនការ ឆ្នាំ ២០២០	និយមន័យ	ប្រភព	ការពន្យល់
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៦ : ព័ត៌មានជាយុទ្ធសាស្ត្រត្រូវបានធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងសម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន (ត)					
ព័ត៌មានដែលអាចរកបានស្តីអំពីការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែងនៃការចិញ្ចឹមទារកប្រឈម និងការអនុវត្តន៍សុខភាពបន្តពូជរបស់ម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍	ពុំមានព័ត៌មានពីការអនុវត្តន៍ជាក់ស្តែង, មានតែគំនិតផ្តួចផ្តើម យោងប៉ុណ្ណោះដែលបានអធិប្បាយ	មានព័ត៌មាន	ការសិក្សាបានបញ្ចប់ដែលរៀបរាប់អំពីការប្រព្រឹត្តិនិងគណនាការអនុវត្តន៍ការចិញ្ចឹមទារក និងប្រើប្រាស់ផែនការគ្រួសារ) ពន្យារកំណើត (ដោយស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។	របាយការណ៍នៃការសិក្សា	
គោលបំណងជាយុទ្ធសាស្ត្រទី ៧ : ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ត្រូវបានពង្រឹង					
% នៃការិយាល័យសុខាភិបាលស្រុកប្រតិបត្តិបានប្រជុំ, ក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្មប	៥៧.៣% (២០១៦)	៧៥%	ភាគយក= ចំនួន ស្រុកប្រតិបត្តិដែលបានប្រជុំក្រុមសម្របសម្រួលសម្ព័ន្ធឆ្មប (MCAT) យ៉ាងហោចណាស់ក៏ ២ ដងក្នុង ១២ ខែ ភាគបែង= ចំនួនស្រុកប្រតិបត្តិទាំងអស់	អ្នកសម្របសម្រួលកម្មវិធីគាំពារមាតានិងទារកស្រុកប្រតិបត្តិ	ស្នើសុំទិន្នន័យព័ត៌មានពីអ្នកសម្របសម្រួលស្រុកប្រតិបត្តិប្រចាំឆ្នាំ
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារកមានអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកភស្តុភារ	ពុំមានកន្លែងសម្រាប់បុគ្គលិក	កន្លែងសម្រាប់បុគ្គលិកត្រូវបានបង្កើត និងបានបំពេញការ	បុគ្គលិកម្នាក់ដែលមាននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក ជាមួយតួនាទីការងារដែលរួមបញ្ចូលទាំងការតាមដានស្តុកសម្ភាររបស់ PMTCT សំខាន់ៗ ។ អាចអង្គុយក្នុងផ្នែកណាមួយនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតានិងទារក និងអាចជាបុគ្គលិកជាប់កិច្ចសន្យា / បុគ្គលិកធម្មតា ឬបុគ្គលិករដ្ឋ ។	ការបរិយាយពីការងារ	