ក្រសួងសុខាភិបាល

Ministry of Health

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការជ្រើសរើស អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍_អ្នកជំងឺអេដស៍ អោយទទួល ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

National Guidelines for the Selection of People Living with HIV/AIDS for Antiretroviral Therapy

កក្កដា ២០០៣

July 2003

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs

(NCHADS)

ការអនុម័តលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការជ្រើសរើសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍
អ្នកជំងឺអេដស៍ អោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
នៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមធ្វើការកោតសរសើរនូវការខិតខំប្រឹងប្រែង និងការយកចិត្តទុកដាក់របស់មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ក្នុងការរៀបចំបង្កើតជាគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការជ្រើសរើសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ អោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ នេះគឺជាលទ្ធផលដែលបានមកពីការវិភាគយ៉ាងល្អិតល្អន់របស់ផ្នែកថែទាំ ព្យាបាល គាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំជាច្រើនលើក ច្រើនសារ និងផ្លាស់ប្តូរយោបល់ ជាមួយដៃគូទាំងអស់ រួមមានស្ថាប័នរដ្ឋាភិបាល អង្គការអន្តរជាតិ អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល-អ្នកផ្តល់ជំនួយ និងសង្គមស៊ីវិល ជាពិសេសតំណាងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ គឺជាការឆ្លើយតបមួយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពទៅនឹងបញ្ហាដ៏ធ្ងន់ធ្ងរនៃការថែទាំ ព្យាបាល គាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ ហើយក៏ជាយុទ្ធសាស្ត្រដែលបានផ្តល់ទិសដៅដើម្បីធ្វើការអនុវត្តនីការថែទាំ ព្យាបាល គាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ជាពិសេសការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកតាមបណ្តាខេត្ត-ក្រុង ។

ក្រសួងសុខាភិបាល ស្វាគមន៍ និងអនុម័តជាផ្លូវការ និងដាក់អោយប្រើប្រាស់គោលការណ៍ណែនាំនេះ នៅទូទាំងប្រទេសចាប់ពីពេលនេះតទៅ ។

ភ្នំពេញថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០៣

អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល

សាស្ត្រាចារ្យ អេង ហួត

សេចក្ដីថ្លែងអំណរគុណ

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការជ្រើសរើសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ អោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានរៀបចំបង្កើតឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ តាមរយៈកិច្ចប្រជុំច្រើនលើក ច្រើនសារ និង ផ្លាស់ប្ដូរយោបល់ ជាមួយដៃគូទាំងអស់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ទាំងរដ្ឋាភិបាល អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល-អង្គការអន្តរជាតិ អ្នកផ្ដល់ជំនួយ និងសង្គមស៊ីវិលជាពិសេសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។ សមិទ្ធផលនេះបាន មកពីការខិតខំប្រឹងប្រែងដ៏សកម្ម និងការបរិច្ចាគ ទាំងកំលាំងកាយ ចិត្តប្រាជ្ញានិងពេលវេលាដ៏មានតំលៃ របស់អស់លោក-លោកស្រីជាមន្ត្រីរបស់: ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ-មន្ទីរពេទ្យព្រះបាទនរោត្ដមសីហនុ-មន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត្រ-មន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា-មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ-អាជ្ញាធរជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍-អង្គការ CDC-GAP, WHO, UNAIDS, FHI/Impact Cambodia, UNICEF, MSF/B, ESTHER, FC, MDM, Maryknoll, CARE, MSF/F, HACC, Center of Hope, CPN+, GIPA ។ ជាពិសេស សូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះ វេជ្ជ បណ្ឌិត Julian Elliott ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស ផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ ប្រចាំមជ្ឈមណ្ឌល និង វេជ្ជបណ្ឌិត Veronique Bortolotti ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេសផ្នែកជំងឺអេដស៍ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា ដែលបានជួយយ៉ាងសកម្មក្នុងការរៀបចំចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំនេះ ។

សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅ ដល់ក្រុមការងារសំរបសំរួលថែទាំ-គាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍-អនុក្រុមការងារថែទាំ ព្យាបាលនិងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសកម្មនឹងផ្ដល់ជាមតិយោបល់ក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ ។ សូមថ្លែងអំណរគុណ ចំពោះគំរោងសហគមន៍សំរាប់ទប់ស្កាត់ការរាលដាលនៃជំងឺអេដស៍ ADB/JFPR REG-9006 - លោកវេជ្ជ. កាអឿន ចិត្រា និងវេជ្ជ. សរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ ដែលបានផ្ដល់ថវិកា និង ចូលរួមក្នុងការបកប្រែគោលការណ៍ណែនាំនេះជាភាសាខ្មែរ ។

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ២០០៣

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺ
អេដស៍-សើស្បែកនិងកាមរោគ

វេជ្ជ. មាន ឈីវុន

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃការជ្រើសរើសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ អោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

បញ្ហាដែលត្រូវពិចារណា:

នៅពេលបង្កើតបែបបទសំរាប់ជ្រើសរើសអ្នកជំងឺ អោយទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ARV) គេគួរពិចារណាលើបញ្ហាខាងក្រោមនេះ :

សមធម៌ (Equity)

បែបបទនៃការជ្រើសរើស គឺជាឧបស័គ្គបន្ថែមទៀតសំរាប់ការថែទាំព្យាបាល នៅទីកន្លែងដែលមានប្រភពធនធានតិចតួច ។ មធ្យោបាយដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុតដើម្បីកាត់បន្ថយឧបស័គ្គទាំងនេះ គឺត្រូវបង្កើនប្រភពធនធានដែលមាន ។ ជាមួយគ្នានេះដែរ ប្រភពធនធានទាំងនេះ គួរតែធ្វើការបែងចែកអោយបានស្មើភាពគ្នា។ គោលការណ៍នេះ មិនត្រឹមតែប្រើនៅក្នុងកម្មវិធីនិមួយៗប៉ុណ្ណោះទេ គឺត្រូវប្រើនៅក្នុងការបែងចែកប្រភពធនធានអោយបានស្មើភាពគ្នា នៅក្នុងចំនោមអ្នកជំងឺអេដស៍ទូទៅផងដែរ ។ អាស្រ័យហេតុនេះ បែបបទនៃការជ្រើសរើសសំរាប់កម្មវិធីនិមួយៗ ត្រូវពិនិត្យមើលដោយឈរលើបញ្ហាទូលំទូលាយនៃសមធម៌ និងភាពទទួលបានការព្យាបាល (equity and access)

ភាពលំអៀង (Bias)

គ្រប់បែបបទនៃការជ្រើសរើសទាំងអស់ នឹងមានភាពលំអៀងខ្លះៗ ។ កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង គួរតែធ្វើឡើងដើម្បីកាត់បន្ថយភាពលំអៀងធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចកើតមាន ជាពិសេសភាពអនុគ្រោះនិយម ភាពរើសអើង និងភាពពុករលួយ ។ ការសំរេចក្នុងការជ្រើសរើសគួរតែសំរេចដោយក្រុមជាជាងការសំរេចដោយបុគ្គល ។ គ្មានអ្នកណាម្នាក់បដិសេធ ក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមូលហេតុ Gender សញ្ជាតិការប្រព្រឹត្ត ឬ មុខរបរនោះទេ ។

ដំណាក់កាលដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល (Steps to access)

បែបបទនៃការជ្រើសរើស គួរតែដោះស្រាយគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់ដែលចាំបាច់សំរាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ទទួលបានការថែទាំ ព្យាបាល ។ ដំណាក់កាលទាំងនោះរួមមាន ការណាត់ជួបលើកដំបូង ការទទួលបានការថែទាំព្យាបាលទូទៅ ការទទួលបានបែបបទនៃការត្រួតពិនិត្យ (screening procedures) និងការបង្ហាញខ្លួនចំពោះគណៈកម្មការជ្រើសរើស ។

ការជ្រើសរើសផ្លូវការ និងក្រៅផ្លូវការ (Formal and informal selection)

ទោះបីជាមានបែបបទនៃការជ្រើសរើសជាផ្លូវការក៏ដោយ ក៏ដំណើរការក្រៅផ្លូវការអាចមានផលប៉ះពាល់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលត្រូវជ្រើសសំរាប់ការព្យាបាលគួរអោយកត់សំគាល់ដែរ ។ បញ្ហាទាំងអស់នេះ គួរតែរកអោយឃើញ និង កាត់បន្ថយអោយដល់កំរិតអប្បបរិមា ។

តម្លាភាព និងភាពមិនលំអៀង (Transparency and objectivity)

កម្មវិធីព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គួរតែសំដៅធ្វើយ៉ាងណាអោយបែបបទនៃការជ្រើសរើស មានតម្លាភាព និង ភាពមិនលំអៀង ។

អាចអនុវត្តបាន និងអាចកែប្រែបាន (Practical and flexible)

បែបបទនៃការជ្រើសរើស មិនគួរទាមទារអោយមានការប្រើប្រាស់ពេលវេលាយូរពេក ឬមានលក្ខណៈពិបាកអនុវត្តពេកទេ ។ បែបបទទាំងនេះ គួរតែមានលក្ខណៈងាយយល់ សំរាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ គួរតែអាចកាត់បន្ថយបានរាល់ការលំបាកក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកជំងឺសំរាប់ការព្យាបាលដោយ ARV និងគួរតែអាចកែប្រែបានទៅតាមការផ្លាស់ប្តូរនៃការផ្គត់ផ្គង់ និងតំរូវការនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

ការជ្រើសរើសដើម្បីហិរញ្ញប្បទាន (Financial Selection)

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានធនធាន អាចមានលទ្ធភាពច្រើនក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីផ្នែកឯកជន ។ ប្រសិនបើមានភាពមិនស្មើគ្នានេះ អាចដោះស្រាយបានតាមរយៈការពង្រីកសេវាព្យាបាលដែលមានតំលៃសមរម្យសំរាប់អ្នកជំងឺ ។ នៅពេលដែលមាន កម្មវិធីមិនរកប្រាក់ចំណេញ (not for profit programs) ប្រើប្រាស់ប្រពន្ធ័យកប្រាក់ពីអ្នកជំងឺ ដើម្បីលើកកំពស់ការទទួលយក និងនិរន្តភាព នៃសេវា គេគួរតែធានាអោយបានថាប្រព័ន្ធនេះមិនដើរតួជាទំរង់នៃការជ្រើសរើសដើម្បី ហិរញ្ញប្បទាន ។ គេគួរតែ មានការប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងការធានាថាការព្យាបាលអ្នកជំងឺឯកជន នៅក្នុងកម្មវិធីមិនរកប្រាក់ចំណេញ ពុំបានកាត់បន្ថយការទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍ទេ ។

បែបបទចាំបាច់នៃការជ្រើសរើស (Compulsory selection procerdures)

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យផ្អែកជីវសាស្ត្រ ការវាយតំលៃការយល់ដឹង អំពីការលេបថ្នាំគោរពតាមវេជ្ជបញ្ជា និងការជ្រើសរើសតាមក្រុមគ្រួសារ គឺជាលក្ខណៈមូលដ្ឋាននៃបែបបទការជ្រើសរើស និងគួរតែប្រើប្រាស់សំរាប់កម្មវិធីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។ ចំពោះគ្រឹះស្ថានដែលមានលទ្ធភាពផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដោយផ្អែកលើបែបបទនេះ នោះមិនត្រូវការបែបបទនៃការជ្រើសរើសបន្ថែមទៀតទេ ។នេះគឺជា គោលដៅសំរាប់អនុវត្តចំពោះកម្មវិធីថ្មី ឬការបង្កើតនូវកម្មវិធីដែលមានលក្ខណៈទូលំទូលាយ ។វាមានភាពច្បាស់លាស់ណាស់ដែលថាប្រព័ន្ធនេះ គឺជាប្រព័ន្ធមួយដែលមាន លក្ខណៈប្រសើរ ព្រោះគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលត្រូវការ ARV អាចទទួលបាន ARV ទោះបីជាការទទួល បាននេះផ្អែកទៅលើភាពចាំបាច់ដែលកំណត់ដោយ លទ្ធភាពនៃការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលដោយ ARV ដោយប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនេះក៏ដោយ ។

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការជ្រើសរើសបែបជីវសាស្ត្រ (Biological selection criteria)

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបែបជីវសាស្ត្រក្នុងការចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ដែលកើតជំងឺអេដស៍ ឬ មានកោសិកា $CD_4 < 200$ Cells / mm^3 មានចែងក្នុង គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការប្រើប្រាស់ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យនិង ក្មេងជំទង់ នៅប្រទេសកម្ពុជា ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបែបជីវសាស្ត្រក្នុងការចាប់ផ្តើម ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះកុមារមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញណាស់ ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អនុក្រុមការងារថែទាំ ព្យាបាល និងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍កំពុងរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំរាប់កុមារ នៅប្រទេសកម្ពុជា ។

ការយល់ដឹង និងការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ជាប់លាប់ (Understanding and Adherence)

មានការយល់ព្រមជាអន្តរជាតិថា ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV មិនត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្អែកតែទៅលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក ប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំ និង វីរុសនោះទេ ។ ជោគជ័យនៃការព្យាបាលរយៈពេលយូរ ត្រូវពឹងផ្អែកលើ ការបន្តលេបថ្នាំឱ្យបានជាប់លាប់ និងទៀងទាត់ ។ ប្រការនេះ អាចពង្រឹងបាន បើសិនមុនចាប់ផ្តើមទទួលការព្យាបាល បុគ្គលម្នាក់ៗបានយល់ច្បាស់អំពីមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាល ជំងឺអេដស៍ ដោយ ARV ហើយមានការប្តេជ្ញាចិត្ត ក្នុងការទទួលយកការព្យាបាលបន្តរហូតក្នុងរយៈពេលយូរ ។ ដូច្នេះ គេគួរតែផ្តោតទៅលើតួនាទីក្នុងការ សំរេចចិត្តរបស់អ្នកជំងឺអេដស៍ ។ ពួកគេ គួរតែមានឱកាសបានសិក្សា អំពីមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដោយ ARV រួមទាំងផលវិបាករបស់ឱសថនេះផងដែរ ។ បុគ្គលម្នាក់ ៗ គួរ តែបានទទួលការលើកទឹកចិត្តអោយ ស្វែងរកការគាំទ្រ សំរាប់ការព្យាបាលបន្តរបស់ពួកគេ (ឧទាហរណ៍ :

ការរកឱ្យឃើញនូវឧបសគ្គ និង ដំណោះស្រាយ) ។

ជាទូទៅសេចក្តីត្រូវការក្នុងការគាំទ្រ ដល់ការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ ការវាយតំលៃបុគ្គលម្នាក់ៗ ដែលមានលទ្ធភាពក្នុងការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់ គឺមានការលំបាក។ ការចូលរួមតាមការណាត់ជួប និងការរាយការណ៍ដោយខ្លួនឯង អំពីការធ្លាប់លេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់អំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម គឺជាមធ្យោបាយមួយដែលអោយបុគ្គលទាំងនោះអាចទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បន្តជាប់លាប់ដល់ទីបញ្ចប់។

ការវាយតំលៃបុគ្គលអាចផ្តល់ជាពតិមានមួយចំនួន ប៉ុន្តែមិនគួរផ្តោតលើតែលក្ខណៈចាំបាច់នៃការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់នោះទេ ពួកគេគួរតែរកអ្នកណាដែលគេត្រូវការក្នុងការជួយគាំទ្របន្ថែម ដើម្បីអោយពួកគេលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវនិងជាប់លាប់ មុនចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ ARV ជាជាងការគិតគួរតែពីលក្ខខ័ណ្ឌនៃការជ្រើសរើសជា ផ្លូវការ។

ការជ្រើសរើសទៅតាមក្រុមគ្រួសារ (Selection of family group)

បែបបទនៃការជ្រើសរើសដោយផ្អែកលើក្រុមគ្រួសារ អាចធានាបានថាអ្នកជំងឺអេដស៍ព្រមទាំងគ្រួសារដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ បានទទួល ARV ក្នុងពេលដំណាលគ្នាទៅតាមតំរូវការវេជ្ជសាស្រ្ត ។ ការជ្រើសរើសនេះ អាចកាត់បន្ថយបាននូវការប្រឈមមុខនឹងការចែករំលែកឱសថគ្នា និងការលំបាកផ្នែកចិត្តសាស្រ្តនិងក្រមសីលធម៌ ដែលកើតឡើងពីការព្យាបាលតែសមាជិកខ្លះៗនៃគ្រួសារ ។ កម្មវិធីផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំរាប់កុមារ និង មនុស្សពេញវ័យ ដែលរស់នៅឯកកោ គួរតែផ្តោតលើការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់សមាជិកដ៏ទៃទៀតនៃក្រុមគ្រួសារតាមរយៈការផ្សារភ្ជាប់ជាមួយបណ្តាញសេវាផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ផ្សេងទៀត ។ ក្រុមគ្រួសារជាទូទៅអាចជា ប្តី ប្រពន្ធ និង កូនរបស់ពួកគេ ។

បែបបទដែលត្រូវជ្រើសរើស (Optional selection procerdures)

ការប្រែប្រួលនៃលទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់ ARV (Variation in ARV availbility Overtime)

ការទទួលបានការព្យាបាល តែងតែអាស្រ័យលើពេលវេលាដែលអ្នកជំងឺចូលរួម ព្រោះការផ្គត់ផ្គង់ និងតំរូវការ ARV នៃកម្មវិធីនិមួយៗ តែងតែមានការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងឆាប់រហ័ស ។ ទាំងនេះ អាចបង្កើតបានជាទំរង់នៃការកំណត់ចំនួនអ្នកជំងឺដែលអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយផ្អែកលើពេលវេលាដែលអ្នកជំងឺចូលរួម។

ឧទាហរណ៍ : កម្មវិធីខ្លះ បានផ្តល់ការព្យាបាលដោយ ARV ដោយឥតគិតថ្លៃរហូតដល់ចំនួនកំណត់មួយបន្ទាប់មកទើបកាត់បន្ថយ ឬក៏ឈប់ផ្តល់ការព្យាបាលថ្មី ។ កម្មវិធីខ្លះទៀតអាចធ្វើការកំណត់ចំនួនការផ្តល់ការ

ព្យាបាលដោយARV ថ្មីជារៀងរាល់ខែ ។

រយៈពេលនៃការតាមដាន (Length of follow up)

កម្មវិធីខ្លះបានកំណត់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដោយផ្អែកលើរយៈពេលនៃការតាមដាន ។ ការធ្វើបែបនេះអាចជ្រើសរើសបានអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលអាចមានលទ្ធភាពចូលរួមបានទៀងទាត់ ។ ដូច្នេះ គេអាចជ្រើសរើសបានក្រុមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលអាចគោរពតាមការព្យាបាលបានល្អជាង ។ បែបបទនេះ ក៏អាចធ្វើអោយការវាយតំលៃវេជ្ជសាស្ត្រ និងការផ្តល់ប្រឹក្សាមានរយៈពេលយូរផងដែរ ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ខ្លះអាចស្លាប់ក្នុងរយៈពេលនៃការរង់ចាំ ។ ដូច្នេះ ជាទូទៅ ការជ្រើសរើសនេះនឹងផ្តល់ការអនុគ្រោះដល់អ្នកជំងឺដែលមានការវិវត្តន៍យឺត ។ បើសិនជាបែបបទនេះត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ រយៈពេលតាមដានសំរាប់អ្នកជំងឺមុនពេលដែលអាចទទួលបាន ARV មិនត្រូវលើសពី ៦ខែឡើយ ។

ការជ្រើសរើសដោយចៃដន្យ (Random Selection)

កម្មវិធី ARV អាចកំណត់ការទទួលបានការថែទាំព្យាបាលទូទៅ ឬ ការព្យាបាលដោយ ARV ដោយប្រើប្រាស់ការជ្រើសរើសយកអ្នកជំងឺអេដស៍ដោយចៃដន្យ (random) ។ បែបបទនៃការជ្រើសរើសនេះ ពុំមានភាពលំអៀងទេ ប៉ុន្តែពិបាកអនុវត្ត ។ បែបបទនេះគួរតែប្រើប្រាស់ដោយ រួមផ្សំជាមួយបែបបទផ្សេងៗទៀតនៃការជ្រើសរើស ។

ការជ្រើសរើសទៅតាមភូមិសាស្ត្រ (Geographical selection)

ការជ្រើសរើសទៅតាមភូមិសាស្ត្រ គឺជាការកំណត់ការទទួលបាន ARV ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានទីលំនៅក្នុងតំបន់ដោយឡែកណាមួយ ។ នៅពេលដែលការទទួលបាន ARV នៅតាមខេត្តមានកំណត់ការជ្រើសរើសនេះ ពុំអាចប្រើប្រាស់បានទេសំរាប់កម្មវិធីនៅភ្នំពេញ ។ វាអាចជាជំរើសមួយសំរាប់កម្មវិធីនៅខេត្ត ប៉ុន្តែការអនុវត្តន៍នៅតែមានការលំបាក ។

ការផ្តល់អាទិភាពដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនៅដំណើរការ (Prioritization of PLHA with advance immunodeficiency)

មធ្យោបាយមួយក្នុងការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលធនធានមានកំណត់ គួរតែផ្តល់អាទិភាពចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមុខងារភាពស៊ាំនៅដំណើរការ ។ ឧទាហរណ៍ ការចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលដោយ ARV នៅពេលដែល មានកោសិកា $CD_4 < 100$ Cells / mm^3 ។ ជាការពិតណាស់ដែលថាឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍អាចពន្យាអាយុជីវិតរបស់ពួកគេពេលដែលគេមានជំងឺឱកាសនិយមធ្ងន់ធ្ងរ ។ ប៉ុន្តែការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមធ្ងន់ធ្ងរមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញណាស់ព្រោះមានជំងឺឱកាសនិយម ធ្ងន់ធ្ងរ និងមានផលប៉ះពាល់របស់ថ្នាំ ARV ។ លក្ខណៈនេះអាចឆ្លើយតបទៅធនធានដែលមាន ក៏រឹតក្នុងការចាប់

ផ្តើមផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មួយចំនួនតូច។ ប្រសិនបែបបទនេះ ត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ មានការងារជាច្រើនដែលត្រូវធ្វើ និងមានការតាមដានការព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។

គណៈកម្មការជ្រើសរើស (Selection Commitee)

ប្រសិនបើបែបបទនៃការជ្រើសរើសខាងលើមិនត្រូវប្រើប្រាស់បាន ឬ មិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីកាត់បន្ថយ ចំនួនអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលត្រូវចូលរួមអោយនៅត្រឹមដែលអាចទទួលបាននៃកម្មវិធីទេនោះ ត្រូវតែបង្កើតគណៈ កម្មការជ្រើសរើសមួយ ។ បែបបទនៃគណៈកម្មការជ្រើសរើសរួមមានទាំងលក្ខខ័ណ្ឌនៃការជ្រើសរើសគួរតែ ត្រួតពិនិត្យ និងអនុម័តដោយក្រុមការងារបច្ចេកទេសជាតិនៃការថែទាំ ព្យាបាលបន្ត ។

ខាងក្រោមនេះ គឺជាស្តង់ដាអប្បបរិមា (minimum standards) សំរាប់ប្រើប្រាស់ជាបែបបទ នៃគណៈកម្មការជ្រើសរើស :

ក) ប្រើប្រាស់បែបបទជ្រើសរើសជាផ្លូវការ ។

ខ) សមាជិកភាពនៃគណៈកម្មការជ្រើសរើស មានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ យ៉ាងតិច មួយនាក់ , សមាជិកសហគមន៍ ចំនួនមួយនាក់,វេជ្ជបណ្ឌិតចំនួនមួយនាក់ និងមន្ត្រីសុខាភិបាលម្នាក់ទៀត ។

គ) ប្រើប្រាស់បែបបទដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងឯកសារនៃការជ្រើសរើសអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍នេះ សំរាប់បង្ហាញដល់គណៈកម្មការជ្រើសរើស ។

ឃ) ប្រើប្រាស់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការជ្រើសរើស មិនលំអៀង ។

ង) ដំណើរការនៃការជ្រើសរើសត្រូវមានតម្លាភាព ។ គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលទទួលការ ថែទាំពីកម្មវិធី គួរតែប្រាប់អោយដឹងពីដំណើរការនៃការជ្រើសរើសនេះ ។

បែបបទដែលមិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ (Procedures that not recommended)

ការបដិសេធចំពោះការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺ អេដស៍ដែលធ្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីមុនមក អាចបង្កើតអោយមាន ប្រភេទមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹង ARV នៅលើបុគ្គលម្នាក់ៗ ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលធ្លាប់ ប្រើ ARV ពីមុនមកជាពិសេសអ្នកដែលប្រើឱសថARVពុំបានជាប់លាប់ (intermittent) នឹងមានភាពឆ្លើយតបទៅ នឹង ARV តិច ហើយនឹងតំរូវអោយមានការប្រើថ្នាំរួម បញ្ចូលគ្នាដែលមានតំលៃថ្លៃ ។ ដោយសារតែឱសថ

ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍គឺជាធនធានដែលមានកំណត់ ធ្វើអោយមានមតិលើកឡើងថា ARV គួរតែផ្តល់អោយតែ អ្នកជំងឺអេដស៍ណាដែលមិនធ្លាប់ប្រើ ARV ពីមុនមក ។ ជាក់ស្តែង វានឹងមានការលំបាកចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលធ្លាប់ប្រើប្រាស់ ARV ពីមុនមក ប្រសិនបើបែបបទនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយកម្មវិធី ARV ភាគច្រើន ដែលធនធានមានកំណត់នោះត្រូវគិតដល់ក្នុងការផ្តល់នូវជំរើសទី២ នៃការផ្តល់ថ្នាំ ARV ។

ការបដិសេធចំពោះការផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ:

អាទិភាពចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍នៅដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺការផ្តល់ការថែទាំ គាំទ្រ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ។ ប្រសិនការព្យាបាលនេះអាចឆ្លើយតបក្នុង រយៈពេលមួយទៅ ពីរអាទិត្យនោះ ទើបគាត់អាចមានលទ្ធភាពក្នុងការទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មានប្រសិទ្ធភាព ។ ក្នុង ករណីនេះ នៅពេលដែលមុខងារភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយ ARV មានប្រសិទ្ធភាពតិចតួចណាស់ ។ ហេតុដូចនេះបានជាមាន មតិលើកឡើងថា ARV គួរតែផ្តល់អោយតែអ្នកជំងឺអេដស៍ណាដែលនៅមានមុខងារភាពស៊ាំនៅដំណើរការតែប៉ុណ្ណោះ ។

National Guidelines for the Selection of People Living with HIV/AIDS for Antiretroviral Therapy

Relevant Issues

Equity
Selection procedures are unfortunate additional barriers to care in a setting of extreme resource limitation. The most effective way to reduce these barriers is to increase available resources. In the meantime, these resources should be distributed equitably. This not only applies within individual programs, but also to the equitable distribution of resources amongst PHA in general. Selection procedures of individual programs can therefore be seen to sit within broader issues of equity and access.

Bias
All selection procedures will contain some bias. Attempts should be made to reduce the possibility for extreme bias, especially favoritism, discrimination and corruption. Decisions should be made by groups rather than individuals. No one should be denied access to ARV because of gender, ethnicity, behavior or occupation.

Steps to access
Selection procedures should address all the steps necessary for someone to access care. This can include initial appointments, access to general care, access to screening procedures and presentation to selection committees.

Formal and informal selection
Even in the presence of formal selection procedures, informal processes may impact on who is selected for therapy. These should be identified and minimized.

Transparency and objectivity
ARV programs should aim to make selection procedures transparent and objective.

Practical and flexible
Selection procedures should not be too difficult to implement. They should be easily understood by PHA, should reduce the difficulties that are inherent in selection of PHA for ARV therapy and should be able to adapt to fluctuations in ARV supply and demand.

Financial selection
People living with HIV who are able to access greater financial resources have better access to ARV therapy through the private sector. This inequality can only be addressed through expanded affordable access. Whilst some not-for-profit programs utilize financing schemes to improve access and sustainability, they should ensure that these schemes do not act as a form of financial selection. Care should also be taken to ensure that treatment of ‘private’ clients within a not-for-

profit program does not reduce access to the program by other PHA. However, PHA with financial resources should not be refused access unless they have access to adequate private care.

Compulsory selection procedures

Biological criteria, an assessment of understanding and potential adherence and selection of the family as a whole are the basis for all ARV selection procedures and should be used by all ARV programs. In situations where ARV programs have capacity to treat all PHA who qualify by these criteria then no further selection criteria are needed. This tends to apply to new programs or well-established, large programs. It is clear that this is the optimal system - everyone who needs ARV gets ARV - although access to the ARV program itself may be a form of selection.

Biological selection criteria

Biological criteria for starting ARV therapy in Adults and Adolescents are AIDS or a CD4 count below 200 cells/mm^3. See 'National Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents'. Biological criteria for starting ARV therapy in children are more complicated. The Sub Working Group on Institutional Care and ARV are currently developing 'National Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Children'.

Understanding and adherence

It is accepted internationally that the decision to initiate ARV therapy should not be made solely on the basis of clinical, immunological and virological criteria. Long-term treatment success is dependent on 'continuity': taking medicine continuously and indefinitely. This is enhanced if before initiating therapy the individual has a good understanding of HIV and its treatment and is committed to long term, continuous therapy. Emphasis should therefore be given to the decision-making role of the person living with HIV. They should be given opportunities to learn about HIV and its treatment including side effects. Individuals should also be encouraged to find support for the 'continuity' of their therapy, for example identifying barriers and solutions.

In contrast to the universal need to support adherence as described above, evaluation of an individual's ability to 'adhere' to therapy can be difficult. Attendance at appointments and self-reported adherence to OI prophylaxis are often used as a guide to whether an individual will take ARV continuously and indefinitely. These measures can provide some information, but should not be thought of as absolute predictors of ARV adherence. They should be used to identify people requiring further adherence support prior to initiation of ARV therapy rather than as a formal selection criterion.

Selection of family groups

Selection procedures based on family groups ensures that PHA living together as a family access ARV at the same time, depending only on medical need. This reduces the risk of medication sharing and the ethical and psychological difficulties of treating only part of a family. ARV programs that provide ARV for children alone or adults alone should ensure ARV access for the remainder of the family through linkage with other ARV services. A 'family' should generally be a husband, wife and their children.

Optional selection procedures

Variation in ARV availability over time

Access is often dependent on when PHA attend as supply and demand of ARV at an individual ARV program often changes rapidly. This may be formalized with some limit to access being established dependent on when PHA attend. For example, some programs may have relatively free access to ARV up to a certain limit and then either reduce or cease new treatments. Alternatively, programs may set monthly limits to new ARV treatments.

Length of follow-up

Programs may set selection criteria based on duration of follow-up. This selects PHA that have shown they are able to attend regularly and so may select a group of PHA more likely to adhere to ARV. This may reduce ARV failure and so increase the number of PHA that can be treated with the same resources. This process also enables a more prolonged period of medical assessment and counseling. Some PHA die during the waiting period, so on average this selection favors those with slower disease progression. If this procedure is used the period of follow up prior to access to ARV should be no greater 6 months.

Random selection

ARV programs can ration access to general care or to ARV using random selection of PHA. This process is objective, but can be difficult to implement. It should only be used in conjunction with other selection procedures.

Geographical selection

Geographical selection involves limiting ARV access to PHA who are resident in a particular area. It is not appropriate for programs in Phnom Penh and provincial towns, but may be used by specific provincial programs that are relatively geographically isolated.

Prioritization of PHA with advanced immunodeficiency

One approach to rationing the scarce supply of ARV is to prioritize PHA with extremely advanced immunodeficiency, for example treating when CD4 count is less than 100 cells/mm^3. This will ensure that ARV prevents death in those at highest risk, but treatment of this group is complicated by high rates of OIs and medication side effects. This can absorb significant resources resulting in fewer PHA starting ARV therapy. If this procedure is used, these workload issues should be carefully monitored.

Selection committee

If the above selection procedures are not used or are insufficient to reduce the number of eligible PHA to approximate the capacity of the program, then a selection committee can be established. Selection committee procedures including selection criteria should be reviewed and approved by the National Continuum of Care Technical Working Group.

The following are minimum standards for the use of a selection committee:

a. Use a formal process.
b. Include at a minimum one PHA, one community member, one doctor and one other health care worker in the committee.

c. Use the procedures listed in this document to select PHA for presentation to the selection committee.
d. Use objective selection criteria.
e. Use a transparent selection process. All PHA under care of the program should be informed of the ARV selection process.

Procedures that are not recommended

Denial of access to PHA who have previously used ARV therapy

Previous treatment with ARV increases the likelihood of persisting resistant 'strains' of HIV in an individual. On average, PHA who have previously used ARV, particularly if their use was intermittent, will therefore have a less dramatic response to further ARV and will be more likely to require an expensive drug combination. Given that ARV is a limited resource it has therefore been argued that ARV should preferentially be given to 'naïve' PHA, i.e. PHA who have never previously taken ARV.

It is recommended that PHA who have previously used ARV should have the same access to care as those who have not. This should include the provision of ARV. Nevertheless, it is accepted that ARV programs may have some limit to their ability to supply expensive second line ARV drugs.

Denial of access to PHA who appear to be in a terminal stage

The priority for any PHA who is bed bound or moribund is to provide supportive care and treatment of active OIs. If their condition stabilizes over one to two weeks it is likely that they will survive long enough for ARV to be effective. In this case, low functional ability should not preclude the use of ARV as it is likely that they can make a full recovery.