

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

PHAN THỊ THU HƯƠNG

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VÀ HIỆU QUẢ
MÔ HÌNH CAN THIỆP PHÒNG LÂY NHIỄM HIV TRONG NHÓM
DÂN TỘC THÁI 15 – 49 TUỔI TẠI 2 HUYỆN
THUỘC TỈNH THANH HÓA**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ: 62720301

HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS. NGUYỄN THANH LONG

Hà Nội, 2013

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kì công trình nào khác.

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	vii
DANH MỤC BẢNG	x
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	xii
DANH MỤC HÌNH.....	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS TRONG NHÓM DÂN TỘC THIỂU SỐ.....	3
1.1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam	3
1.1.2. Một số đặc điểm về văn hóa, kinh tế, xã hội và sức khỏe của nhóm đồng bào dân tộc thiểu số ở Việt Nam	5
1.1.2.1. Các điều kiện kinh tế - xã hội.....	7
1.1.2.2. Điều kiện văn hoá - xã hội	8
1.1.2.3. Thực trạng về sức khoẻ.....	9
1.1.2.4. Tính dễ bị tổn thương đối với HIV/AIDS.....	10
1.1.3. Một số đặc điểm đồng bào dân tộc thiểu số tại tỉnh Thanh Hóa.....	13
1.1.4. Tình hình dịch HIV/AIDS và lây nhiễm HIV trong nhóm DTTS	15
1.1.5. Dịch tễ học HIV/AIDS tại tỉnh Thanh Hóa.....	17
1.2. CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV CHO NHÓM ĐỒNG BÀO DTTS	19
1.3. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC	28
1.3.1. Các nghiên cứu nước ngoài.....	28
1.3.2. Các nghiên cứu trong nước	31
CHƯƠNG II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	36
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	36
2.2. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	36
2.2.1. Thời gian:	36

2.2.2. Địa điểm:	36
2.3. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU	38
2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU CAN THIỆP	38
2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu	38
2.4.2. Phương pháp chọn mẫu điều tra định lượng	39
2.5. TIỀN HÀNH CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG.....	40
2.5.1. Thiết lập mạng lưới cộng tác viên phòng chống HIV/AIDS tuyến cơ sở.	42
2.5.2. Chương trình truyền thông.	43
2.5.3. Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện	45
2.5.4. Khám chữa bệnh STI.....	45
2.5.5. Chương trình can thiệp giảm tác hại.....	46
2.5.6. Tiến hành đánh giá can thiệp.	48
2.6. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU	48
2.6.1. Thu thập số liệu thứ cấp.	48
2.6.2. Nghiên cứu định lượng.....	49
2.6.3. Nghiên cứu định tính.	50
2.7. CÁC CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU.....	52
2.8. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU	58
2.8.1. Nhập số liệu.....	58
2.8.2. Phân tích số liệu	58
2.9. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC	60
2.10. KHÓA CẠNH ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	60
CHƯƠNG III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	61
3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	61
3.2. THỰC TRẠNG VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VÀ TIẾP CẬN DỊCH VỤ PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM HIV CỦA NHÓM NGƯỜI THÁI 15-49 TUỔI Ở NC TCT NĂM 2007	65
3.2.1. Thực trạng về kiến thức phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS	65
3.2.2. Thực trạng thái độ của đối tượng về phòng chống lây nhiễm HIV	68

3.2.3. Thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT.....	70
3.2.3.1. Sử dụng BCS trong QHTD.....	70
3.2.3.2. Nghiện chích ma túy ở NC TCT.....	71
3.2.4. Thực trạng tiếp cận với một số biện pháp can thiệp phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT năm 2007.....	72
3.2.4.1. Tiếp cận với dịch vụ thông tin, truyền thông.....	72
3.2.4.2. Kết quả tiếp cận các dịch vụ can thiệp dựa vào cộng đồng ở NC TCT.....	76
3.2.4.3. Thực trạng dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện lưu động.....	77
3.2.4.5. Thực trạng nhận được các can thiệp phòng chống HIV/AIDS.....	77
3.2.5. Thực trạng nhiễm HIV ở NC TCT năm 2007.....	78
3.3. HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHÒNG LÂY NHIỄM HIV/AIDS 2007-2012.....	81
3.3.1. Hiệu quả thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống HIV/AIDS. .	81
3.3.1.1. Hiệu quả thay đổi về kiến thức phòng lây nhiễm HIV/AIDS.....	81
3.3.1.2. Hiệu quả thay đổi về thái độ phòng lây nhiễm HIV/AIDS.....	84
3.3.1.3. Hiệu quả thay đổi một số hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS.....	85
3.3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống lây nhiễm HIV của đối tượng.....	86
3.3.2.1. Các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả thay đổi kiến thức.....	86
3.3.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thay đổi thái độ phòng lây nhiễm HIV.....	94
3.3.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sử dụng ma túy.....	99
3.3.3. Hiệu quả thay đổi tình trạng nhiễm HIV trên đối tượng nghiên cứu.....	101
3.3.3.1. Thay đổi về tỷ lệ hiện nhiễm.....	101
3.3.3.2. Yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả thay đổi tình trạng nhiễm HIV.....	102
4.1. Thực trạng về kiến thức, thái độ, hành vi phòng lây nhiễm HIV của nhóm người Thái 15-49 tuổi năm 2007.....	106
4.1.1. Về kiến thức HIV/AIDS.....	106
4.1.2. Về Thái độ đối với HIV/AIDS.....	110
4.1.3. Về hành vi nguy cơ và thực hành phòng chống HIV/AIDS.	113
4.2. Hiệu quả can thiệp phòng lây nhiễm HIV cho nhóm đồng bào dân tộc Thái tại địa bàn NC giai đoạn 2007-2009-2012.....	117

4.2.1. Độ bao phủ chương trình truyền thông và tiếp cận các kênh thông tin.....	117
4.2.2. Kết quả chương trình can thiệp giảm hại và tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ.	119
4.2.3. Kiến thức HIV/AIDS của nhóm đồng bào Thái ở NC SCT năm 2012 so với NC 2009 và NC 2007	120
4.2.4. Thái độ đối với HIV/AIDS.....	125
4.2.5. Hành vi nguy cơ của nhóm đối tượng nghiên cứu.....	127
4.2.6. Giảm tỷ lệ nhiễm HIV.	128
4.3. Một số trở ngại và khó khăn ảnh hưởng đến các hoạt động can thiệp.....	129
4.4. Hạn chế của nghiên cứu.....	131
CHƯƠNG V. KẾT LUẬN.....	132
CHƯƠNG VI. KHUYẾN NGHỊ.....	134
TÀI LIỆU THAM KHẢO	135
MỘT SỐ HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU.....	155
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immuno Deficiency Syndrome)
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CLHQ	Chênh lệch hiệu quả
CTV	Cộng tác viên
DTTS	Dân tộc thiểu số
DFID	Bộ phát triển Quốc tế Vương quốc Anh (Department for International Development)
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
GDVĐĐ	Giáo dục viên đồng đảng hoặc Đồng đảng viên (ĐĐV)
GK	Giữa kỳ
HĐT	Hộ gia đình được điều tra
HIV	Virut gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virut)
HQCT	Hiệu quả can thiệp
NC GK	Nghiên cứu giữa kỳ
NCMT	Nghiện chích ma túy
NC SCT	Nghiên cứu sau can thiệp
NC TCT	Nghiên cứu trước can thiệp
PNMD	Phụ nữ mại dâm hoặc Gái mại dâm (GMD)
PNTSD	Phụ nữ tuổi sinh đẻ

PTCS	Phổ thông cơ sở (Cấp I)
PTTH	Phổ thông trung học (Cấp II)
PVS	Phỏng vấn sâu
QHTD	Quan hệ tình dục
SAVY	Điều tra và đánh giá về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (Survey and Assesement on Vietnamese Youth)
SCT	Sau can thiệp
SL	Số lượng
STI	Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexual Transmitted Infections)
TCMT	Tiêm chích ma túy
TCT	Trước can thiệp
TLN	Thảo luận nhóm
TTN	Thanh thiếu niên
TTYT	Trung tâm y tế
TTV	Tuyên truyền viên
TTYT	Trung tâm y tế
UBND	Ủy ban nhân dân
UNAIDS	Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNESCO	Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên hiệp quốc (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization)
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (United Nations Children's Fund)

UNODC	Văn phòng chống ma túy và tội phạm của Liên hợp quốc (United Nations Office on Drugs and Crime)
VCT	Tư vấn xét nghiệm tự nguyện (Voluntary counseling and testing)
VH-TT	Văn hóa và Thông tin
WB	Ngân hàng Thế giới (World Bank)
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các chỉ số mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và đánh giá can thiệp.....	52
Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu tại ba thời điểm đánh giá.....	61
Bảng 3.2. Đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu.....	63
Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng theo nhóm kiến thức phòng chống HIV/AIDS....	65
Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng của đối tượng theo từng câu hỏi ở NC TCT.....	66
Bảng 3.5. Tỷ lệ trả lời đúng theo nhóm thái độ đối với lây nhiễm HIV ở NC TCT.....	68
Bảng 3.6. Tỷ lệ trả lời đúng theo tình huống cụ thể liên quan tới lây nhiễm HIV ở NC TCT.....	69
Bảng 3.7. Tỷ lệ trả lời đúng về hành vi sử dụng BCS trong QHTD ở NC TCT.....	70
Bảng 3.8. Kết quả tiếp cận hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS TCT.....	72
Bảng 3.9. Tiếp cận với các kênh thông tin phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT.....	74
Bảng 3.10. Tiếp cận với các nguồn thông tin phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS trong 12 tháng qua ở NC TCT.....	75
Bảng 3.11. Tiếp cận các hỗ trợ về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT.....	77
Bảng 3.12. Tình trạng hiện nhiễm HIV của đối tượng TCT.....	78
Bảng 3.13. Liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng HIV ⁽⁺⁾ ở NC TCT.....	79
Bảng 3.14. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới lây nhiễm HIV ở NC TCT qua mô hình phân tích hồi quy logistic.....	80
Bảng 3.15. Thay đổi trong nhóm kiến thức về lây nhiễm HIV của đối tượng.....	81
Bảng 3.16. Thay đổi trong các câu hỏi về lây nhiễm HIV của đối tượng.....	83
Bảng 3.17. Thay đổi về thái độ đối với HIV/AIDS của đối tượng.....	84
Bảng 3.18. Hiệu quả thay đổi về hành vi QHTD.....	85

Bảng 3.19. Ảnh hưởng của chương trình truyền thông tới nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV ở NC SCT	87
Bảng 3.20. Ảnh hưởng của tiếp cận truyền thông tới nhóm kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về HIV/AIDS ở NC SCT.....	88
Bảng 3.21. Ảnh hưởng của tiếp cận truyền thông tới nhóm kiến thức về các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS ở NC SCT	89
Bảng 3.22. Ảnh hưởng của một số yếu tố dân số học tới 3 nhóm kiến thức ở NC SCT .	90
Bảng 3.23. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới kiến thức dự phòng HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT.....	91
Bảng 3.24. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới hiểu biết dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT.....	92
Bảng 3.25. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT	93
Bảng 3.26. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ kỳ thị sợ lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT.....	94
Bảng 3.27. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ không đổ lỗi phán xét của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT.....	95
Bảng 3.28. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ phân biệt đối xử của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT.....	96
Bảng 3.29. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm qua mô hình hồi quy logistic ở NC SCT.....	97
Bảng 3.30. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ phân biệt đối xử qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT	98
Bảng 3.31. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới hành vi sử dụng ma túy của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT.....	99
Bảng 3.32. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sử dụng BCS của đối tượng ở NC SCT	100
Bảng 3.33. Thay đổi tình trạng hiện nhiễm HIV của đối tượng.....	101
Bảng 3.34. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới tình trạng hiện nhiễm HIV 2012.....	102

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT qua các năm.....	4
Biểu đồ 1.2: Tỷ lệ nhiễm HIV trong PNMD qua các năm	5
Biểu đồ 1.3. Tỷ lệ nhiễm HIV phân bố theo đường lây từ 2007-2012 tại Thanh Hóa	18
Biểu đồ 1.4. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT và PNMD qua giám sát trọng điểm	19
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng các câu hỏi nhóm kiến thức dự phòng 2007	67
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng các câu hỏi quan niệm sai lầm 2007.....	67
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng về dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV 2007.....	68
Biểu đồ 3.4. Thay đổi tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở 3 vòng điều tra	103

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Địa bàn nghiên cứu: huyện Quan Hóa và Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa.....	37
--	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ 5 trường hợp bệnh nhân AIDS đầu tiên được phát hiện tại Los Angeles – Mỹ vào giữa năm 1981 đến nay (cuối năm 2011), ước tính toàn thế giới đã có 34 triệu người nhiễm HIV hiện đang còn sống. Không có bệnh dịch nào có sức lan tỏa nhanh như dịch HIV/AIDS, đe dọa mọi châu lục, mọi quốc gia, mọi cộng đồng. Không có một đại dịch nào mà toàn nhân loại phải quan tâm như đại dịch HIV/AIDS vì nó không còn chỉ là vấn đề sức khỏe con người đơn thuần mà còn là vấn đề kinh tế, văn hóa, xã hội, an ninh quốc gia, khu vực và là vấn đề phát triển bền vững của toàn cầu [3], [127].

Ở Việt Nam, kể từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào tháng 12 năm 1990, đến nay dịch HIV/AIDS đã lan ra khắp các tỉnh trong toàn quốc, vừa phức tạp về quy mô và diện mắc. Tính đến 30/12/2012, toàn quốc đã phát hiện người nhiễm HIV tại 79% xã/phường, 98% quận/huyện và 100% tỉnh/thành phố với số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 210.703 trường hợp, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 61.699 người và 63.372 trường hợp tử vong do AIDS [7]. Tác hại của dịch không chỉ đối với các nhóm hành vi nguy cơ cao mà đã lây truyền ra cho nhóm người dễ bị tổn thương như phụ nữ, trẻ em và kể cả đồng bào dân tộc thiểu số [28], [128].

Qua hơn hai thập kỷ kể từ ca phát hiện nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam, các hoạt động phòng chống HIV/AIDS đã được triển khai khá toàn diện, hàng trăm nghiên cứu về HIV/AIDS bao gồm cả nghiên cứu về hành vi, nghiên cứu về huyết thanh học... đã được tiến hành và cung cấp nhiều dữ liệu quan trọng cho việc lập kế hoạch và hoạch định chính sách [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung nhiều cho nhóm có hành vi nguy cơ cao và ở các tỉnh, thành phố trọng điểm, rất ít các nghiên cứu cho nhóm đồng bào dân tộc thiểu số. Mới chỉ có rất ít thông số về kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS được báo cáo, đặc biệt chưa có các nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp dự phòng nào cho nhóm người này [28]. Trong

khi đó, đồng bào dân tộc thiểu số chiếm tới 14% dân số cả nước và một số dân tộc được đánh giá là có phong tục, tập tục dễ dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV như phiên chợ tình, tục ngủ thăm, tục quan hệ tình dục trước hôn nhân, lấy chồng lấy vợ sớm... điều đó làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm này.

Để góp phần lấp chỗ trống nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và hiệu quả mô hình can thiệp phòng lây nhiễm HIV trong nhóm dân tộc Thái tại Thanh Hóa”. Nghiên cứu được tiến hành tại 2 huyện vùng cao của tỉnh Thanh Hóa, nơi có trên 70% người dân tộc Thái sinh sống, trong giai đoạn từ năm 2007 tới năm 2012, có đánh giá giữa kỳ vào năm 2009 với mục tiêu như sau:

1. Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ, hành vi và tiếp cận dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV của nhóm người Thái 15 – 49 tuổi tại hai huyện thuộc tỉnh Thanh Hóa năm 2007.
2. Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống HIV/AIDS của người dân tộc Thái tại địa bàn nghiên cứu, 2007-2012.

CHƯƠNG I: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS TRONG NHÓM DÂN TỘC THIỂU SỐ

1.1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

Tính đến hết năm 2012, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 210.703 trường hợp, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 61.669 và 63.372 trường hợp tử vong do AIDS. 10 tỉnh, thành phố có người nhiễm HIV còn sống cao nhất toàn quốc là: thành phố Hồ Chí Minh với 50.931 trường hợp, Hà Nội 19.987 trường hợp, Hải Phòng 7.027 trường hợp, Thái Nguyên 6.957 trường hợp, Sơn La 6.362 trường hợp, Nghệ An 5.545 trường hợp, Đồng Nai 5.400 trường hợp, Điện Biên 5.204 trường hợp, Thanh Hóa 5.050 trường hợp và An Giang với 4867 trường hợp [5], [7].

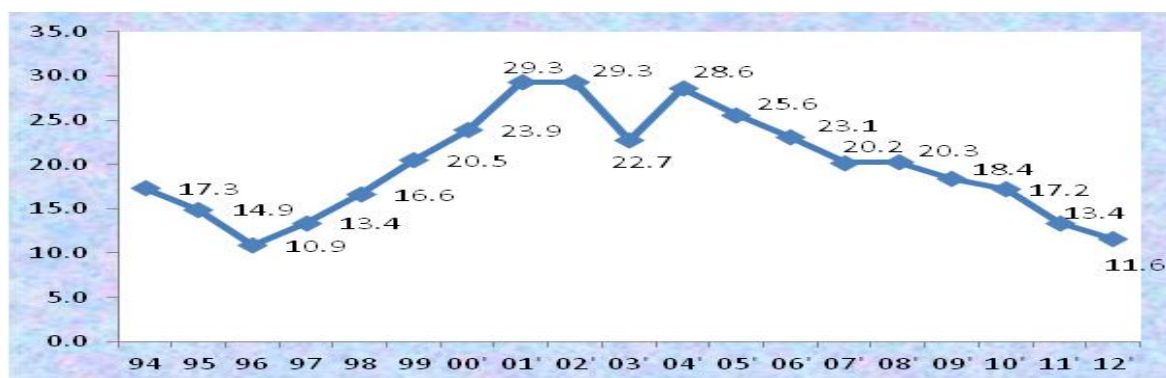
Về địa bàn phân bố dịch: tính đến hết năm 2012, toàn quốc đã phát hiện người nhiễm HIV tại 79,1% xã/phường, gần 98% quận/huyện và 63/63 tỉnh/thành phố. Theo kết quả phân tích số người nhiễm HIV theo địa bàn địa lý cho thấy, số người nhiễm HIV chủ yếu tập trung các tỉnh miền Bắc và các tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu long và miền Đông Nam Bộ, khu vực có số người nhiễm HIV cao là các tỉnh miền núi Tây Bắc và các huyện miền núi Nghệ An và Thanh Hóa [7].

Phân bố người nhiễm HIV theo giới tính: Trong tổng số những người nhiễm HIV được phát hiện trong năm 2012, tỷ lệ người nhiễm HIV ở nam giới chiếm 68,5%, ở nữ giới chiếm 31,5%. Biểu đồ phân bố người nhiễm theo giới tính qua các năm cho thấy nữ giới có xu hướng ngày càng tăng. Trong vòng 6 năm từ 2000 đến 2005, tỷ lệ người nhiễm HIV là nữ giới tăng từ 5,4%, nhưng giai đoạn 2006 đến 2011 tỷ lệ này tăng 11,2% [7].

Phân bố người nhiễm HIV theo đường lây truyền: trong số người nhiễm HIV được báo cáo trong năm 2012 cho thấy: lây truyền qua đường tình dục chiếm tỷ lệ cao

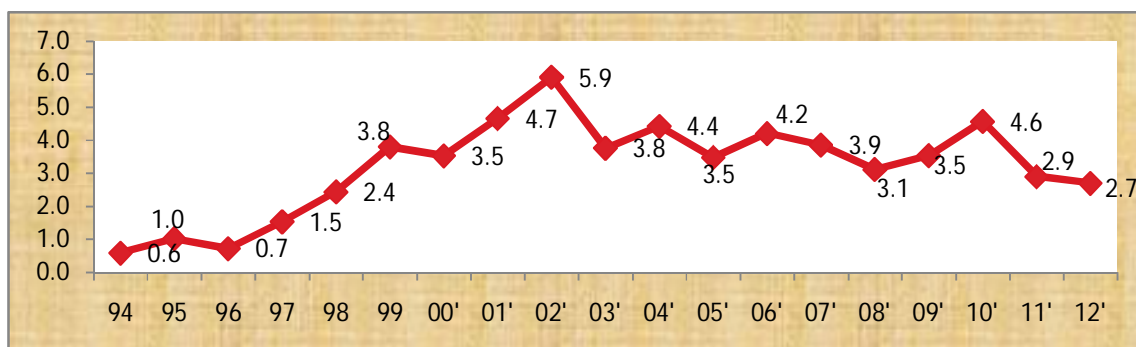
nhất (chiếm 45,5%) tỷ lệ này tăng cao nhanh trong những năm vừa qua, đảo ngược hẳn với những năm 2005-2007 tỷ lệ này chỉ khoảng 15% - 20%. Trong khi đó, tỉ lệ lây truyền qua đường máu những năm 2005 là 51% đến năm 2012 giảm còn 42% [7]

Phân tích chiều hướng lây truyền HIV trong các nhóm quần thể



Biểu đồ 1.1: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT qua các năm

Nhóm NCMT: Kết quả giám sát trọng điểm cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT tiếp tục có xu hướng giảm liên tiếp từ khi đạt cao nhất vào năm 2001-2002 với 29,3%, năm 2012 tỷ lệ này là 11,6%. Tất cả các vùng trong cả nước tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT đều giảm, tuy nhiên tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT có sự khác nhau giữa các khu vực, tỷ lệ này ở các tỉnh đồng bằng Bắc Bộ là 15,3%, khu vực miền núi phía Bắc 15,6%, ở các tỉnh miền Đông Nam Bộ là 12,7%, các tỉnh Bắc Trung Bộ là 7,6%, khu vực đồng bằng sông Cửu long 8,2%, khu vực Tây nguyên 6,1%, khu vực duyên hải miền Trung 4% [7].



Biểu đồ 1. 2: Tỷ lệ nhiễm HIV trong PNMD qua các năm

Nhóm PNMD: Theo kết quả giám sát trọng điểm: tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNMD ở mức cao nhất vào năm 2002 với 5,9% và sau đó có xu hướng giảm dần, đến năm 2012 là 2,7%. Tỷ lệ này có sự khác nhau ở các khu vực, ở các tỉnh đồng bằng Bắc bộ tỷ lệ này là 5,3%, khu vực miền núi phía Bắc là 2,7%, các tỉnh Đông nam bộ là 2,4%, các tỉnh Bắc Trung Bộ là 2,4%, khu vực đồng bằng sông Cửu long là 2,8%, khu vực Tây nguyên 0,5%, khu vực duyên hải miền Trung 0,6% [7].

Nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới nam (MSM): Kết quả giám sát trọng điểm năm 2012 cho thấy, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 2,3%. Tỷ lệ này cao nhất ở TP. Hồ Chí Minh (7,3%), tiếp đến là Hà Nội (6,5%), Sóc Trăng (2%). So sánh với kết quả giám sát trọng điểm năm 2011, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này có giảm xuống [7].

1.1.2. Một số đặc điểm về văn hóa, kinh tế, xã hội và sức khỏe của nhóm đồng bào dân tộc thiểu số ở Việt Nam

Việt Nam có 54 dân tộc, trong đó dân tộc Kinh chiếm đa số còn lại 53 dân tộc đến từ các bộ tộc khác nhau và ngôn ngữ khác nhau. Nhóm DTTS chiếm khoảng 14% trong tổng dân số (12.252.656 người). Theo thống kê năm 2010, số người không biết đọc, biết viết chiếm 39% của cả nước và chiếm 19% trong nhóm các DTTS [73], [78]. Giữa các nhóm DTTS, có một sự khác biệt rất lớn về số lượng, ngôn ngữ, lối sống,

phong tục tập quán, tín ngưỡng, tổ chức xã hội, và về sinh kế cho nên việc khái quát hoá là không thể. Tuy nhiên, có một số đặc điểm chung giữa các nhóm DTTS như sau: (1) Gắn liền với đất đai của cộng đồng, tài nguyên thiên nhiên, tổ chức xã hội và lối sống; (2) Phong tục tập quán, niềm tin và tín ngưỡng, cách tổ chức cộng đồng, vai trò của gia đình, sự tôn kính người già và những người có quyền lực trong làng bản; và (3) Mức độ hội nhập xã hội [73], [74], [78].

Theo kết quả tổng điều tra hộ nghèo (62/63 tỉnh, thành), theo chuẩn nghèo mới (năm 2011), tổng số hộ nghèo của cả nước là khoảng trên 3,3 triệu hộ (chiếm tỷ lệ 15,25%) [30]. Người nghèo tập trung phần lớn ở khu vực nông thôn (90%); ở một số tỉnh miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, miền núi Duyên hải miền Trung, Tây Nam Bộ, là những nơi đồng bào DTTS sinh sống, tỷ lệ hộ nghèo còn cao (trên 50%). Sự đa dạng của các dân tộc sống ở Việt Nam với các yếu tố văn hóa xã hội và kinh tế ở mức độ khác nhau giữa các nhóm DTTS dẫn đến dễ bị tổn thương đối với HIV/AIDS và việc tiếp cận các dịch vụ y tế cũng tương ứng với nguồn lực còn tương đối yếu và đây là vấn đề mà chương trình và các dự án cần nỗ lực để giảm bớt lỗ hổng này. Nhiễm HIV trong nhóm DTTS đang diễn ra hết sức phức tạp và khó kiểm soát. Tác động của nhiễm HIV đối với DTTS đã ảnh hưởng đến cộng đồng, người dân thuộc nhóm này phải đối mặt với nhiều thách thức xã hội và kinh tế, chẳng hạn như nghèo đói, lạm dụng chất ma túy, mại dâm, bất bình đẳng về chăm sóc sức khỏe [15], [74].

Với mức độ di biến động dân cư, giao lưu ngày càng tăng và phát triển kinh tế đang diễn ra tại một số khu vực DTTS, tương ứng các chính sách phát triển quốc gia thúc đẩy phát triển kinh tế làm gia tăng động lực cho thương mại và giao lưu, góp phần gia tăng nhanh chóng tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS [117]. Sự lây lan nhanh chóng của HIV, các mối tương quan của đói nghèo, hạn chế tiếp cận với các dịch vụ giáo dục và y tế. Áp lực phải thay đổi lối sống sinh hoạt truyền thống dẫn đến dễ bị tổn thương với HIV/AIDS [15], [65]. Những rào cản đối với việc tiếp cận phòng chống HIV/AIDS của đồng bào DTTS gồm: (1) Hạn chế tiếp cận các dịch vụ phòng lây nhiễm HIV như vấn

đề địa hình và giao thông khó khăn, kinh tế nghèo nàn và thiếu giáo dục dẫn đến dân trí thấp, kiến thức về HIV/AIDS thấp, mặt khác việc truyền đạt kiến thức và nâng cao hành vi dự phòng rất khó khăn do lối sống địa phương và phong tục tập quán. (2) Tiếp xúc với nguy cơ cao dễ bị tổn thương như tình dục không an toàn và sử dụng tiêm chích không an toàn có liên quan với một số nhóm nguy cơ cao tác động đến cuộc sống của các DTTS như: a) áp lực phải rời khỏi bản làng của họ để tìm kiếm việc làm và mức sống khá hơn ở các thị trấn, thành phố; xuất hiện tình trạng nhiều nữ thanh niên DTTS bị lạm dụng tình dục trong khi kiến thức về dự phòng lây nhiễm HIV chưa đầy đủ và thiếu phương tiện hỗ trợ hành vi an toàn như bao cao su (BCS); và b) áp lực thay đổi thói quen sử dụng hút ma túy, tham gia buôn bán vận chuyển ma túy và chuyển sang tiêm chích các loại ma túy thay thế trong điều kiện thiếu bơm kim tiêm (BKT), thiếu kiến thức tiêm chích an toàn.

1.1.2.1. Các điều kiện kinh tế - xã hội

Phần lớn đồng bào DTTS ở các tỉnh sống chủ yếu ở vùng cao. Chỉ có một số DTTS sống phần lớn ở vùng thấp như người Hoa, Chăm và Khmer. Có 42 tỉnh mà khu vực miền núi chiếm 3/4 tổng diện tích. Tại đây, 19 triệu người sinh sống, trong đó có hơn 12 triệu người thuộc nhóm các DTTS. Tại các tỉnh và các đơn vị hành chính cấp dưới (huyện và xã) sự phân bố của các DTTS rất khác nhau [74]. [80].

Các nhóm DTTS thường tập trung ở vùng núi, ở phía Bắc họ sống tại 11 tỉnh vùng núi phía Bắc (Đông Bắc và Tây Bắc). Ở các tỉnh Bắc Trung Bộ, khu vực dọc biên giới Việt – Lào, có khoảng 31 nhóm dân tộc sinh sống tại vùng ven biển. Họ cũng sống ở các tỉnh cao nguyên Trung Bộ, bao gồm 19 tỉnh với 19 nhóm dân tộc. Vùng Tây Nguyên là nơi đến của nhiều nhóm dân tộc mới định cư như người Hoa, Khmer và Chăm, những người sống ở vùng ven biển và vùng thấp, sống xen kẽ với người Kinh ở các tỉnh ven biển Nam Bộ và các tỉnh đồng bằng sông Mê Kông [74], [80].

Tốc độ gia tăng dân số tại các vùng núi cao hơn so với tốc độ phát triển dân số trung bình của cả nước (2,1%). Theo kết quả Tổng điều tra dân số năm 2009, dân tộc Hoa đang là dân tộc có mức sinh thấp nhất với so với tổng tỷ suất sinh là 1,4 con/phụ nữ; dân tộc Tày, Thái, Mường, Khmer đều thấp hơn mức sinh trung bình chung của cả nước với tổng tỷ suất sinh nằm trong khoảng 1,9 đến 2 con/phụ nữ. Ba dân tộc có tổng tỷ suất sinh trong 12 tháng trước theo tổng điều tra dân số 2009 cao nhất là Mông (4,96), Thái (2,19) và Khmer (2,0) cũng là 3 dân tộc có tốc độ tăng dân số bình quân trong 10 năm qua cao nhất [80].

Với các điều kiện khó khăn và sự phát triển chậm tại khu vực miền núi, dân cư tại các vùng đó gặp nhiều khó khăn hơn. Dân cư tại đó cũng bị lạc hậu về phát triển kinh tế xã hội. Tỷ lệ người DTTS nằm dưới đường chuẩn nghèo (75%) gấp hai lần so với người Kinh (31%). Khoảng cách về thu nhập và mức sống giữa nhóm người DTTS và nhóm người Kinh ngày càng rộng [80].

1.1.2.2. Điều kiện văn hoá - xã hội

Tình hình biết chữ: Tỷ lệ biết chữ trong các nhóm DTTS là thấp, ước tính khoảng 73% so với 90% trên cả nước. Giáo dục tiểu học được phổ cập cho 90% dân số nhưng người dân tộc và người nghèo còn thấp. Tỷ lệ biết đọc biết viết của dân tộc Mông là thấp nhất (37,7%). Tỷ lệ biết đọc biết viết của 3 dân tộc Kinh, Tày và Mường cao hơn hẳn so với tỷ lệ của dân tộc Thái, Khmer và Mông. Tỷ lệ không biết chữ nhiều gấp đôi ở phụ nữ so với nam giới. Tỷ lệ nữ trưởng thành không biết chữ là 13,1% và 6% đối với nam giới. Ở các vùng núi có nhiều DTTS (vùng Đông Bắc và Tây Bắc) tỷ lệ người lớn không biết chữ cao hơn rất nhiều (nữ 35,3%, nam 17,8%). Điều này cho thấy phụ nữ các DTTS còn gặp rất nhiều thiệt thòi trong việc tiếp cận tới hệ thống giáo dục hiện nay [78], [80].

Mất bình đẳng giới: phân công lao động giữa nam và nữ giới khá rạch ròi trong các cộng đồng DTTS. Trong các hoạt động về phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe tại hộ

gia đình, phụ nữ giữ vai trò đặc biệt quan trọng, họ thường dựa vào kinh nghiệm ở địa phương và kiến thức cổ truyền dân gian nhiều khi ít có giá trị trong phòng bệnh và chữa bệnh, thậm chí việc sử dụng không đúng các loại thuốc trong tự điều trị, thiếu sự tin tưởng về y học hiện đại làm ảnh hưởng thêm sức khoẻ của họ và trẻ em [106].

Phụ nữ DTTS thường thiếu hiểu biết về quyền lợi của họ. Điều này bị làm trầm trọng thêm bởi nhiều tập tục truyền thống mà có thể ảnh hưởng tiêu cực tới sức khoẻ và sự phát triển của phụ nữ, ví dụ như tảo hôn hoặc hôn nhân bắt buộc, hôn nhân cận huyết thống, đông con, hoặc các tín ngưỡng và hoạt động cổ hủ khác [106]. Vị thế của người phụ nữ còn bị ảnh hưởng bởi nhiều hoạt động văn hoá - xã hội liên quan tới vấn đề giới. Điều đó hạn chế sự tiếp cận các dịch vụ về xã hội và y tế [113], [105].

1.1.2.3. Thực trạng về sức khoẻ.

Thực trạng chung về sức khoẻ của các nhóm DTTS chịu ảnh hưởng nhiều bởi các điều kiện kinh tế - xã hội không thuận lợi nơi họ sinh sống. Đặc biệt là phụ nữ, các bà mẹ và trẻ em chịu ảnh hưởng nhiều nhất. Tỷ suất tử vong ở trẻ gái cao hơn trẻ trai. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới một tuổi ở mức thấp nhất (13/1.000 trẻ sinh sống), các dân tộc khác đều có tỷ suất tử vong trẻ em dưới một tuổi cao hơn mức chung của cả nước, đặc biệt cao nhất ở dân tộc Mông (46/1.000 trẻ sinh sống). Phụ nữ DTTS thường gặp nhiều nguy cơ liên quan tới sinh đẻ và sức khoẻ sinh sản [106], [105]. Đối với nhiều nhóm DTTS, phụ nữ ở tuổi sinh đẻ sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống mà ít dùng BCS. Số con và quy mô hộ của các DTTS là cao hơn so với mức trung bình của cả nước [135].

Để tạo điều kiện tiếp cận tốt hơn các cơ sở và dịch vụ y tế, Nhà nước đã xây dựng một mạng lưới rộng khắp các trạm y tế xã (TYT), bệnh viện tỉnh và huyện tại các tỉnh nơi tập trung nhiều các nhóm DTTS. Mặc dù vẫn còn có nhóm người, đặc biệt là người nghèo ở nông thôn và phụ nữ DTTS có xu hướng không sử dụng các dịch vụ y tế công cộng khi có những ốm đau thông thường do khoảng cách đi lại, do tập tục hoặc

do nhận thức nhưng nhìn chung tỷ lệ người DTTS liên hệ và sử dụng các dịch vụ y tế đã tăng lên theo thời gian [101], [118], [135].

Các yếu tố về văn hoá - xã hội như trình độ học vấn, ngôn ngữ và mức sống thấp là các rào cản khác cho hành vi chủ động tìm kiếm dịch vụ y tế trong các nhóm DTTS. Họ có nhu cầu về y tế hơn nhưng thường ngại tìm đến các dịch vụ y tế. Rất nhiều người đến các dịch vụ y tế quá muộn và hậu quả là bệnh nặng và khó điều trị hơn, chi phí cao hơn [8], [119].

Các khó khăn về tài chính là các yếu tố quan trọng đối với các hành vi chăm sóc sức khỏe của các DTTS. Năm 1998, Chính phủ đã ban hành Quyết định 135 chú trọng đặc biệt vào vấn đề giảm nghèo cho các nhóm DTTS. Theo chính sách này, thẻ bảo hiểm y tế được phân phát cho các DTTS, cho họ quyền tiếp nhận miễn phí các dịch vụ y tế. Điều này khiến các nhóm DTTS tiếp cận với các dịch vụ y tế với mức độ cao hơn.

1.1.2.4. Tính dễ bị tổn thương đối với HIV/AIDS

Nhìn chung, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở DTTS thấp hơn đối với các nhóm nguy cơ cao khác. Tuy nhiên, ở một số cộng đồng DTTS, đặc biệt ở các vùng gần biên giới, tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn và lây lan nhanh trong những đối tượng NCMT và PNMD. Việc hiểu biết về các nguy cơ về bệnh tật này còn rất ít thông tin đối với các cộng đồng DTTS [31], [32], [35], [36].

Mắc các bệnh phụ khoa khiến cho phụ nữ DTTS dễ bị tổn thương hơn đối với lây nhiễm HIV/AIDS. Tỷ lệ phụ nữ thông báo mắc các bệnh phụ khoa khá cao (70-80%) ở nông thôn và các vùng DTTS. Tình trạng này làm ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của phụ nữ vì điều kiện sinh hoạt thiếu nước sạch và vệ sinh, chăm sóc sức khỏe và điều trị không phù hợp. Số lần khám phụ khoa trung bình trong cả nước tại các cơ sở y tế là cao 80%. Tuy nhiên, tỷ lệ này ở phụ nữ DTTS tại khu vực miền núi thấp hơn nhiều so với ở phụ nữ người Kinh. Tỷ lệ thấp nhất về kiểm tra sức khỏe là đối với phụ

nữ DTTS ở các vùng Nam bộ (56%) và vùng Tây Nguyên (63%). Phần lớn phụ nữ nghèo nói rằng họ chưa bao giờ đi khám phụ khoa [101], [105], [119], [135].

Vấn đề quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân của các nhóm thanh thiếu niên (TTN) DTTS là cao hơn hẳn nhóm dân tộc Kinh. Trong Điều tra quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY) năm 2003, có 39,8% nam thanh niên và 26,1% nữ thanh niên DTTS đã từng QHTD và tỷ lệ này ở nhóm TTN dân tộc Kinh là 11,1% ở nam và 4% ở nữ. Lý do được giải thích cho việc này là có thể do phong tục tập quán của các DTTS coi việc QHTD trước hôn nhân là hành vi bình thường. Tần suất QHTD trong một tháng của TTN DTTS cũng cao hơn tần suất trung bình của các nhóm khác là 7,3 ở nam và 6,1 ở nữ nhóm DTTS so với 5,0 tần suất trung bình. Một nghiên cứu trong nhóm học sinh ở các trường dân tộc nội trú tại Sơn La công bố 32,8% học sinh đã có QHTD. Trong đó, 21,4% nam và ở nữ học sinh là 23,8%. Điều này cho thấy việc không giáo dục đầy đủ về hành vi an toàn tình dục thì nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm TTN DTTS [9], [44].

Về hôn nhân, tập tục “chọc sần” và “ngủ thăm” của người dù qui định là họ không được ngủ chung giường nhưng tình trạng QHTD được coi là phổ biến. Một tập tục khác của DTTS có ảnh hưởng tới sức khoẻ sinh sản của cộng đồng là tập tục kết hôn sớm vẫn phổ biến. Nữ thanh niên DTTS thường thôi học vào lớp 7, lớp 8 để chuẩn bị kết hôn. Tuổi kết hôn trung bình là từ 16-18 tuổi, đôi khi ít hơn. Sau khi đã lập gia đình thì ngoại tình thường vẫn xảy ra kín đáo và tương đối phổ biến ở người Dao và Mông. Các phong tục trong hôn nhân nêu trên của DTTS tiềm ẩn những nguy cơ về sức khoẻ sinh sản của TTN, đặc biệt là dẫn tới hành vi QHTD không an toàn và nguy cơ lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) [62], [101], [112], [119].

Về sử dụng ma túy ở các DTTS: Một số DTTS ở các tỉnh phía Bắc có lịch sử lâu đời về việc trồng cây thuốc phiện. Người Mông và người Dao đã từng là những dân tộc duy nhất ở khu vực Đông Dương đã từng được phép trồng thuốc phiện cho tiêu dùng trong nước do đó thuốc phiện xâm nhập vào cuộc sống kinh tế và xã hội của 2 nhóm DTTS trên. Tuy nhiên, do sự gia tăng sử dụng ma túy bất hợp pháp trong những năm gần đây Chính phủ đã triển khai một chiến dịch rộng lớn liên tục cấm trồng cây thuốc phiện [99].

Một nghiên cứu của cơ quan liên hiệp quốc về ma túy và tội phạm (UNODC) về sử dụng ma túy trong các DTTS tại các tỉnh Sơn La, Lai Châu và Lào Cai đã chỉ ra rằng *“các phương tiện tiêu dùng truyền thống vùng núi đã dần dần thay đổi và được thay thế bằng cảnh tượng sử dụng ma túy gần hơn với thực trạng ở thành thị của Việt Nam. Người sử dụng ma túy có xu hướng trẻ hơn; heroin ở mức độ ít hơn là amphetamine đang thay thế thuốc phiện một cách nhanh chóng”* [99]. Nghiên cứu này khẳng định rằng: a) những người già dùng ma túy thường có xu hướng sử dụng thuốc phiện như là lựa chọn duy nhất; b) việc sử dụng thuốc phiện hàng thế kỷ trong các DTTS như một công cụ xã hội càng ngày càng ít đi; c) sự xuất hiện người tiêm chích ma túy (TCMT) đã được khẳng định do đó xuất hiện thông tin về đường lây truyền HIV; d) các dịch vụ để phát hiện HIV trong nhóm người TCMT và vợ/chồng họ, và việc phân phối các dụng cụ BKT và BCS chưa được phát triển [15].

Về tình hình hoạt động mại dâm: có rất ít dữ liệu liên quan tới hoạt động mại dâm và các nhóm DTTS. Tại khu du lịch miền núi phía Bắc, Sapa, có hai nghiên cứu đã chỉ ra rằng, trẻ em gái dưới 16 tuổi đang tham gia công việc mại dâm, phần lớn họ là người dân tộc Mông. Nghiên cứu của UNODC chỉ ra rằng không có PNMD là người dân tộc hoạt động mại dâm trong các xã được nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu đó cũng xác nhận sự có mặt của PNMD người dân tộc tại các xã lớn hơn và các thị trấn huyện lỵ. Phụ nữ và trẻ em của các nhóm DTTS đang sống tại các tỉnh biên giới là đối tượng cho việc buôn bán qua biên giới.

1.1.3. Một số đặc điểm đồng bào dân tộc thiểu số tại tỉnh Thanh Hóa

Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, Thanh Hoá có khoảng 650,000 chiếm 17,5% dân số của toàn tỉnh. Người dân tộc thiểu số cư trú chủ yếu ở 11 huyện miền núi của tỉnh và các xã miền núi của một số huyện trung du và đồng bằng. Đồng bào dân tộc Thái là dân tộc thiểu số đông thứ 2 của tỉnh (sau người Mường) với 225.336 người, chiếm 34,8% các dân tộc thiểu số trong tỉnh, chiếm 6,6% dân số toàn tỉnh và chiếm 14,5% tổng số người Thái ở Việt Nam (1.550.423) [78]

Lịch sử người Thái ở Thanh Hóa có quan hệ gần gũi và chặt chẽ với người Thái ở Tây Bắc và có nguồn gốc từ dòng họ Lò Khăm (tiếng Thái Đen). Người Thái sinh sống chủ yếu ở các tỉnh Tây Bắc, kéo dài dọc biên giới Việt – Lào tới phía Tây Thanh Hóa và Nghệ An. Người Thái ở Thanh Hóa có 2 nhánh là: Thái Trắng (*Táy Dọ*) và Thái Đen (*Táy Đăm*). Người Thái Trắng sống tập trung ở hai huyện Thường Xuân, Như Xuân và một số bản giáp huyện Triệu Sơn. Người Thái Đen chiếm đa số, sống tập trung ở các huyện Quan Hóa, Quan Sơn, Bá Thước và Lang Chánh [Thanh Hóa (2009), *Các dân tộc thiểu số Thanh Hóa trong sự nghiệp đấu tranh giải phóng dân tộc, xây dựng và bảo vệ quê hương, đất nước*. Nhà xuất bản Thanh Hóa].

Bản người Thái thường nằm trong khu vực thung lũng gần sông, suối, nơi có đất sản xuất hiện có. Mỗi làng Thái bao gồm hàng trăm nhà chia thành các bản. Hầu hết các bản người Thái đều hạn chế tới các trung tâm y tế huyện và tỉnh do những khó khăn về giao thông vận tải. Người Thái có tập quán thường sinh sống ở các nhà sàn với gia đình gia trưởng mở rộng. Dưới mỗi mái nhà sàn người Thái, thường có một vài cặp vợ chồng các thế hệ. Mỗi cặp vợ chồng được phân bổ một khu vực ngủ riêng biệt, và sự phân bố của nơi ngủ các cặp vợ chồng dựa trên nguyên tắc theo tuổi từ cao xuống thấp (ông bà, cha mẹ, con cái). Trước đây còn có nhiều thế hệ cùng ở chung trong một nhà, nay thì phân chia thành các gia đình theo cặp vợ chồng. Họ có quan niệm đa thân và giữ tục cúng tổ tiên. Đối với người chết, họ quan niệm là tiếp tục “sống” ở thế giới

bên kia vì vậy đám ma là lễ tiễn người chết về với “mường trời”. Vì vậy, cùng với ma nhà, ma họ những hồn ông bà, cụ kỵ là những lực lượng vô hình phù hộ và bảo vệ cho con cháu. Bên cạnh đấy, người Thái còn có chữ viết và ngôn ngữ riêng nên kho tàng văn hóa văn học dân gian như truyền thuyết, ca dao khá phong phú. Hôn nhân người Thái là hôn nhân phụ quyền đã phát triển ở mức độ khá cao. Việc dựng vợ, gả chồng trước đây thường do bố mẹ quyết định với sự đồng ý của dòng họ. Trước khi tiến đến hôn nhân, bố mẹ của các cô gái Thái cho phép các chàng trai tìm hiểu con gái mình bằng tục lệ “chọc sàn” để đi tìm hiểu người yêu rồi đến “ngủ thăm” (có nghĩa là ngủ để trò chuyện tâm tình, quan hệ tình dục là điều tuyệt đối cấm kỵ). Trong thôn nhân gia đình, hiện vẫn còn duy trì tục ở rể, vài năm sau, khi đôi vợ chồng có con mới về nhà chồng sinh sống rồi sau đó tách hộ ra ở riêng [78].

Đồng bào dân tộc Thái nói riêng và đồng bào dân tộc thiểu số Thanh Hoá nói chung có đời sống kinh tế khó khăn, sống chủ yếu là lên nương lên rừng, trồng rau chăm nuôi gia súc, gia cầm. Các hộ gia đình sống rất cách xa nhau. Điều kiện được học tập mở mang kiến thức hạn chế vì đường xá đi lại không thuận lợi, họ phải mất nhiều giờ đi bộ mới đến được trường học. Ngôn ngữ cũng là một rào cản lớn đối với người Thái trong việc tiếp cận những thông tin về xã hội về bệnh tật. Hầu hết phương tiện thông tin đại chúng phát tin bài bằng tiếng Kinh, trong khi tỷ lệ người Thái biết tiếng Kinh không phải là nhiều.

Ngoài ra, người Thái còn có những phong tục tập quán về tôn giáo, tín ngưỡng riêng khó thay đổi là tin vào thế giới siêu nhiên trợ giúp. Phong tục “ngủ thăm” trước hôn nhân nay đã có nhiều thay đổi, những “hậu quả” từ các cuộc ngủ thăm này càng nhiều [78]. Việc quan hệ với nhiều bạn tình không được bảo vệ và sự xuất hiện tiêm chích ma túy trong đồng bào dân tộc cùng với sự thiếu hiểu biết về căn bệnh HIV/AIDS, thiếu các dịch vụ cung cấp như khám STIs, xét nghiệm HIV, cấp BCS và BKT sạch miễn phí đang là mối nguy cơ bùng phát dịch HIV/AIDS trong nhóm đồng bào dân tộc ít người.

1.1.4. Tình hình dịch HIV/AIDS và lây nhiễm HIV trong nhóm DTTS

Trong 10 tỉnh, thành phố có tỷ lệ nhiễm HIV hiện đang còn sống cao nhất cả nước thì có đến 7 tỉnh là nơi tập trung nhiều đồng bào DTTS: Thái Nguyên, Sơn La, Nghệ An, Đồng Nai, Điện Biên, Thanh Hóa và An Giang.

Sơn La là tỉnh có trên một triệu dân gồm 12 dân tộc cùng sinh sống. Đông nhất là dân tộc Thái chiếm 54,7%, người Kinh chỉ chiếm 17,4%, dân tộc Mông chiếm 13%, dân tộc Mường chiếm 8,2% và các dân tộc khác. Tỷ lệ nhiễm HIV/100.000 dân ở Sơn La đứng thứ 5 trong toàn quốc với 6.294 trường hợp mắc HIV. Tính đến 31/12/2012 đã có 8.837 trường hợp HIV lũy tích được phát hiện, số nhiễm HIV còn sống là 6.408 trường hợp, trong đó có 4.861 người chuyển sang giai đoạn AIDS và 2.429 người đã tử vong do AIDS. Dịch chủ yếu trong nhóm người NCMT với 89,2%, tỷ lệ mắc/100.000 dân là 817,7%. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT cao hơn nhiều tỷ lệ trung bình trong toàn quốc, điều tra IBBS tháng 11/2009 với 502 mẫu điều tra nhóm NCMT có tỷ lệ hiện mắc HIV là 31,1%. Người NCMT ở Sơn La lại có hành vi nguy cơ lây nhiễm cao, có tới trên 27% NCMT sử dụng chung BKT trong 1 tháng qua. Tỷ lệ người NCMT không thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với PNMD và bạn tình thường xuyên cũng rất cao, tương ứng là 61,1% và 61,8%. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNMD là 4,5% cũng cao hơn tỷ lệ trung bình trong toàn quốc [15], [61], [82]. Mặc dù chưa có nhiều nghiên cứu về hành vi và tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm DTTS tại Sơn La, nhưng qua các số liệu về tình hình dịch chung toàn tỉnh, cùng với những yếu tố nguy cơ và DTTS tại Sơn La lại chiếm đa số dân số của tỉnh do đó cũng phải chịu tác động không nhỏ của dịch.

Yên Bái có 751.922 người gồm 30 dân tộc, trong đó dân tộc Kinh 46,3%, dân tộc Tày 18,0%, dân tộc Mông 11,0%, dân tộc Dao 10,35%, dân tộc Thái 7,0%, và các dân tộc khác... Tỷ lệ nhiễm HIV cũng cao với 587‰. Tính đến ngày 31/12/2012, Yên Bái đã phát hiện 4.414 người nhiễm HIV, trong đó có 2.980 người còn sống, 2.274

người chuyển sang AIDS và 1.434 người tử vong do AIDS. Riêng năm 2012 đã phát hiện 365 trường hợp nhiễm HIV. Tốc độ tăng HIV khá nhanh trong vài năm qua, theo thống kê của Trung tâm Phòng, chống AIDS Yên Bái, các trường hợp nhiễm HIV chủ yếu ở nhóm NCMT. Kết quả điều tra IBBS năm 2009 tại thành phố Yên Bái, thị xã Nghĩa Lộ và 3 xã của huyện Văn Chấn gồm 360 người NCMT, 123 PNMD nhà hàng và 151 PNMD đường phố kết quả cho thấy: Nhóm NCMT có tỷ lệ nhiễm HIV là 36,7%, tỷ lệ dùng chung BKT trong 6 tháng qua là 25%; Nhóm PNMD có tỷ lệ nhiễm HIV 5,0% (PNMD nhà hàng) và 11,0% (PNMD đường phố). Tỷ lệ dùng BCS thường xuyên với khách trong một tháng qua của PNMD nhà hàng 52,0%, của PNMD đường phố 58%. Tỷ lệ nhận BCS miễn phí của PNMD nhà hàng 65,0% và của PNMD đường phố 44,0% [16].

Đồng bào Dao ở Yên Bái cũng có nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV, tỷ lệ mắc STI khá cao, mắc giang mai trong nhóm đồng bào Dao ở huyện Văn Chấn vào năm 2006 là 3,3%. Do có phong tục tập quán khác biệt, QHTD cởi mở cùng với việc tiếp cận các dịch vụ trong xã hội ít, tỷ lệ chưa bao giờ đi học khá cao (51,1%), kiến thức thái độ về phòng chống HIV/AIDS còn rất thấp, chỉ có 22% nam giới và 7,3% nữ giới trong độ tuổi 15-24 có hiểu biết đầy đủ về phòng chống HIV/AIDS. Đây cũng là một điểm cần chú trọng để triển khai các chương trình can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS [37], [63].

Đồng Nai có dân số là 2.486.154 người với 4 nhóm dân tộc trên địa bàn. Nhóm DTTS đông nhất là dân tộc Hoa chiếm 3,8%, Tày chiếm 0,6%. Đồng Nai cũng là một trong 10 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV trong 100.000 dân nhiều nhất trong toàn quốc. Chủ yếu tập trung ở nhóm NCMT, PNMD. Tính đến tháng 9/2012, toàn tỉnh có 6.431 người nhiễm HIV, 2.476 người chuyển sang AIDS và số người tử vong do AIDS là 1.500 người và một trong những huyện có tỷ lệ mắc cao là Trảng Bom có đông đồng bào DTTS sinh sống [8].

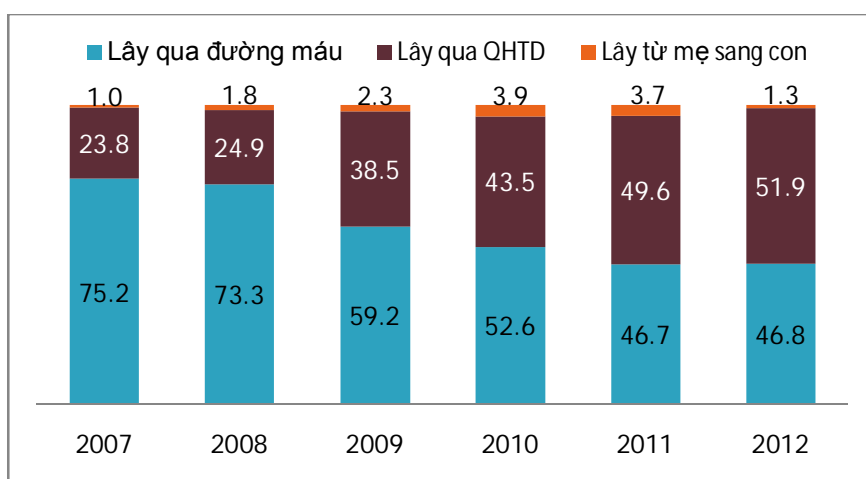
Dân tộc Khmer sống chủ yếu ở các tỉnh đồng bằng sông Mê Kông: Sóc Trăng, Vĩnh Long, Cần Thơ, An Giang, Kiên Giang, Hậu Giang và Trà Vinh. Dân tộc Khmer chiếm tới 30% dân số tỉnh Sóc Trăng, hơn 12% dân số tỉnh Kiên Giang và khá đông ở những tỉnh lân cận. Đây cũng là địa bàn có tỷ lệ nhiễm HIV cao và diễn biến phức tạp, tỷ lệ lây nhiễm HIV chính qua đường tình dục [8]. Số liệu liên quan đến đồng bào dân tộc Khmer liên quan đến ma túy và mại dâm còn rất thiếu. Tuy nhiên, đã có nghiên cứu của UNODC chỉ ra rằng phụ nữ và trẻ em gái ở nhiều tỉnh đồng bằng sông Cửu Long có biên giới với Campuchia là đối tượng của nạn buôn bán qua biên giới. Một số người trong số đó đã trở thành mại dâm ở các nước khác và sau một thời gian bỏ trốn về Việt Nam chưa có công ăn việc làm lại tiếp tục hành nghề mại dâm. Việc có đầy đủ kiến thức về phòng lây nhiễm HIV/AIDS cũng như có sẵn BCS trong lúc phải đi bán dâm chưa được trang bị đầy đủ là nguyên nhân gây lây nhiễm HIV cho những nhóm đối tượng này.

1.1.5. Dịch tễ học HIV/AIDS tại tỉnh Thanh Hóa

Từ ca nhiễm đầu tiên phát hiện ở Thanh Hóa năm 1995 tại huyện Đông Sơn, tính đến cuối năm 2012, số người nhiễm HIV còn sống của toàn tỉnh là 5.089 người, số bệnh nhân AIDS còn sống là 2.340 và số người tử vong do AIDS là 1.000 người. Trong 10 huyện có số nhiễm HIV cao nhất là Thành phố (1.678), Quan Hóa (593), Thọ Xuân (420), Mường Lát (409), Quảng Xương (313), Bỉm Sơn (236), Tĩnh Gia (222), Bá Thước (204), Sầm Sơn (169), Hà Trung (159), HIV có mặt tại 100% huyện, thị xã, thành phố; 86,8% (551/637) xã, phường. [16], [17]. Trước năm 2005, các ca nhiễm HIV được phát hiện hàng năm chỉ dưới 300 người. Từ năm 2006 đến 2010 số phát hiện mới nhiễm HIV công khai danh tính trên địa bàn toàn tỉnh liên tục tăng theo năm, tăng từ 459 trường hợp năm 2006 đến 771 trường hợp trong năm 2008. Từ năm 2009 số phát hiện mới nhiễm HIV, bệnh nhân AIDS và tử vong có xu hướng giảm dần.

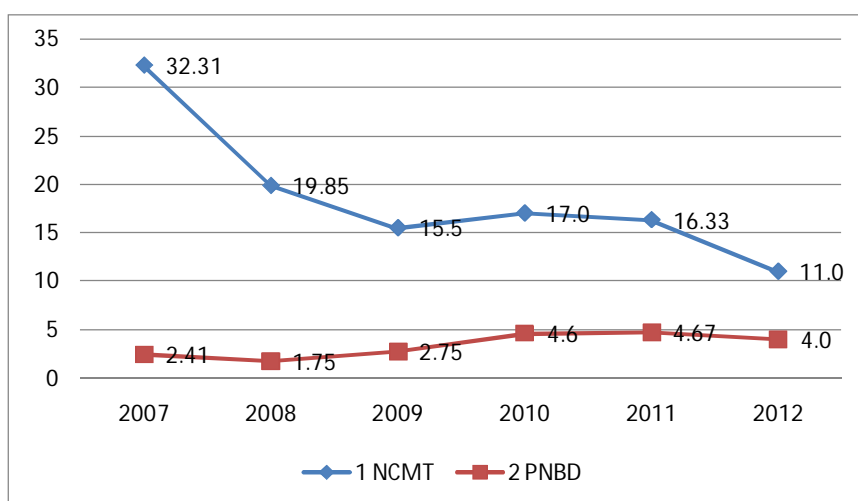
Nhiễm HIV vẫn chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi 20-39 chiếm gần 90% số ca nhiễm HIV.

Tỷ lệ nhiễm HIV phân bố theo đường lây từ năm 2007-2012



Biểu đồ 1.3. Tỷ lệ nhiễm HIV phân bố theo đường lây từ 2007-2012 tại Thanh Hóa

Hình thái lây truyền HIV/AIDS qua đường máu giảm dần từ năm 2007 với 75% số nhiễm là lây nhiễm qua đường máu giảm xuống 46,8% vào năm 2012, ngược lại lây nhiễm HIV/AIDS qua QHTD không an toàn có chiều hướng gia tăng từ 23,8% vào năm 2007 lên tới 51,9% vào năm 2012. Chiều hướng này cũng được làm rõ thêm khi phân tích tỷ lệ nhiễm HIV phân bố theo giới (tỷ lệ nhiễm HIV trong nữ tăng dần từ 19,6% năm 2007 lên tới 28,1% vào năm 2012) và phân tích tỉ lệ giám sát trọng điểm [16], [17].



Biểu đồ 1.4. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT và PNMD qua giám sát trọng điểm

Kết quả giám sát trọng điểm cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNMD giảm chưa rõ nét như tỷ lệ này trong nhóm NCMT giảm mạnh từ 32,2% năm 2007 xuống còn 11% năm 2012.

Tuy nhiên diễn biến của dịch vẫn còn phức tạp: Theo số liệu của Công an tỉnh và Chi cục phòng chống tệ nạn xã hội, số lượng người NCMT toàn tỉnh vẫn tiếp tục tăng: năm 2007 có 2.929 người nghiện ma túy; năm 2010 có 4.044 người và đến tháng 6/2012 có 5.395 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lý. Tệ nạn mại dâm vẫn diễn ra phức tạp làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS.

1.2. CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV CHO NHÓM ĐỒNG BÀO DTTS

Xuất phát từ các đặc điểm sinh bệnh học của người nhiễm HIV/AIDS phức tạp, sự đa dạng về đường lây truyền, các biến đổi liên tục về sinh học, hơn nữa, hiện nay chưa có các biện pháp điều trị dự phòng đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng bệnh vì vậy các biện pháp phòng chống AIDS vẫn chỉ mang tính gián tiếp, nhằm tác động nâng cao kiến thức, hiểu biết, thay đổi hành vi để dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS [4], [65], [89].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, sự bùng nổ đại dịch HIV/AIDS song hành cùng các tệ nạn TCMT và mại dâm. Với nhiều nguyên nhân khác nhau, người NCMT đã dùng chung BKT gây ra tình trạng lây lan nhanh chóng HIV trong nhóm người NCMT. Đồng thời, do QHTD không an toàn khi quan hệ với PNMD, bạn tình cũng là nguyên nhân lây lan nhanh chóng. Ở Việt Nam, nhóm NCMT và PNMD cũng là hai nhóm có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất trong số những người nhiễm HIV [89], [97], [107], [112].

Trước tình hình dịch HIV/AIDS phát triển nhanh chóng và mối liên quan giữa đường lây nhiễm HIV cùng với việc dùng chung BKT để TCMT và QHTD không an toàn, các nước trên thế giới đã khuyến cáo một nhóm giải pháp nhằm giảm bớt sự lây lan của HIV/AIDS với tên gọi: “Giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV/AIDS” [84], [111], [124], [125], [134].

Tại Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS giao đoạn 2005-2010 và tầm nhìn 2020 và nay là Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 đã được Thủ tướng Chính phủ ký ban hành đã định hướng rõ với mục tiêu nhằm ngăn chặn tốc độ gia tăng của đại dịch, làm giảm ảnh hưởng tác động của dịch đến kinh tế, xã hội. Phải căn cứ trên tình hình thực tế của nguy cơ dịch để triển khai ưu tiên các chương trình như: Chương trình Thông tin giáo dục truyền thông (Truyền thông gián tiếp, truyền thông trực tiếp); chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT); chương trình khám và điều trị STI; chương trình can thiệp giảm tác hại (chương trình BKT, chương trình BCS, chương trình điều trị nghiện thay thế bằng các chất dạng thuốc phiện như Methadone); chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; chương trình chăm sóc và điều trị.

Hiện nay chưa có nhiều số liệu về nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống HIV/AIDS cho đồng bào DTTS, tuy nhiên theo báo cáo của một số tỉnh đã cho thấy việc cấp thiết triển khai phòng chống HIV/AIDS vì bốn yếu tố nguy cơ liên

quan đến nhau hiện diện trong hầu hết các khu vực DTTS ở Việt Nam là (1) hành vi nguy cơ như TCMT, mại dâm, những người có nhiều bạn tình QHTD; (2) nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và hoạt động tình dục không được bảo vệ, sử dụng BCS thấp; (3) tiếp cận các dịch vụ y tế thấp, và (4) các yếu tố cấu trúc (như nghèo đói, thất nghiệp của tuổi trẻ, dân trí thấp, di cư lao động, bất bình đẳng giới, phong tục tập quán lạc hậu, phân biệt đối xử). Do đó, về cơ bản, để phòng lây nhiễm HIV cho đồng bào DTTS các tỉnh cũng đã áp dụng theo các nguyên tắc trên, tuy nhiên có điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện sống và môi trường văn hóa và phong tục tập quán để tổ chức triển khai được phù hợp.

Việc triển khai chương trình dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho DTTS gặp rất nhiều khó khăn thách thức về cả khía cạnh kinh tế và xã hội, những người DTTS thường sống tập trung ở khu vực kinh tế khó khăn, nghèo đói, điều kiện cơ sở hạ tầng nghèo nàn, đi lại khó khăn, ngôn ngữ bất đồng khó tiếp cận, nhân lực địa phương không đủ để triển khai hoạt động, do đó một nghiên cứu của Viện Nghiên cứu Sức khỏe quốc gia Mỹ tiến hành nghiên cứu về dự phòng HIV cho người DTTS vùng kinh tế khó khăn đã khuyến nghị các hoạt động dự phòng HIV cho người DTTS nên lồng ghép vào các cơ sở y tế để tăng tiếp cận nhóm người này [86].

1.2.1. Chương trình Thông tin giáo dục truyền thông

Đồng bào DTTS thường sống ở các vùng xa, vùng cao, nên việc tổ chức tuyên truyền, hướng dẫn để họ có những kiến thức về HIV/AIDS và hiểu biết về các biện pháp phòng chống HIV/AIDS là hết sức cần thiết. Ngành y tế đã phối hợp với ngành văn hóa thông tin và các ban ngành đoàn thể, xây dựng các chương trình truyền thông bằng lồng ghép tuyên truyền về HIV/AIDS đến với đồng bào, đầu tư xây dựng các triển lãm nhỏ, tờ rơi, các cụm panô tuyên truyền tại các địa điểm công cộng như chợ phiên, đường giao thông, nhà văn hóa bưu điện xã... để người dân được dễ tiếp cận.

Như đối với đồng bào Khmer, dựa trên đặc tính sinh hoạt tập thể không thể thiếu tại các chùa chiền Khmer, các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long như An Giang, Kiên Giang, Vĩnh Long, Trà Vinh đã phối hợp với các nhà chùa Khmer để tuyên truyền giáo dục thay đổi hành vi cho nhóm người có nguy cơ cao và tuyên truyền giáo dục về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS trong các khóa lễ này. Hay tại một số tỉnh miền núi phía Bắc, do đồng bào thiểu số ở các tỉnh chiếm đa số như Sơn La, Lai Châu, Điện Biên, Yên Bái, Cao Bằng,... dựa trên tín ngưỡng với các già làng, trưởng bản hay việc sinh hoạt cộng đồng thông qua cá phiên chợ mà việc truyền thông cũng được lồng ghép qua các hoạt động này.

Công tác thông tin giáo dục truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với đặc thù về yếu tố văn hóa, bản sắc dân tộc, tập quán của mỗi dân tộc được đánh giá là yếu tố quan trọng trong dự phòng lây truyền HIV/AIDS trong nhóm dân tộc thiểu số, để nói về sự thành công trong dự phòng lây nhiễm HIV của dân tộc thiểu số ở Ấn Độ, người ta đã phỏng vấn 635 nhà lãnh đạo của 8 nhóm bộ tộc của bang Manipur ở biên giới Đông Bắc Ấn Độ, nơi có tỷ lệ nhiễm HIV cao trong nhóm NCMT. Nghiên cứu cho thấy chương trình dự phòng HIV phải phù hợp với các điều kiện kinh tế xã hội khác, tài liệu truyền thông phải được thay đổi phù hợp các dân tộc thiểu số ở Ấn Độ. 76% người tham gia nghiên cứu cho rằng việc giáo dục về HIV/AIDS có thể làm giảm sự lây truyền HIV trong số người dân tộc thiểu số trẻ tuổi [122].

1.2.2. Chương trình tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện là một trong các biện pháp can thiệp dự phòng cơ bản và cũng là điểm khởi đầu cho các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS toàn diện. Với mục đích cung cấp cơ hội cho khách hàng tìm hiểu nguy cơ nhiễm HIV của bản thân và biết được kết quả xét nghiệm HIV, từ đó khuyến khích khách hàng thay đổi hành vi, thực hành các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV.

Hoạt động VCT triển khai cho đồng bào DTTS chủ yếu dựa vào các hoạt động của dự án theo các địa bàn khác nhau của từng tỉnh trên cả nước, các phòng tư vấn xét nghiệm được triển khai tùy theo từng mô hình khác nhau như thành lập các phòng tư vấn xét nghiệm dựa vào các cơ sở y tế sẵn có, mô hình VCT lưu động, mô hình tư vấn xét nghiệm do nhân viên y tế đề xuất. Các mô hình hoạt động tư vấn xét nghiệm được triển khai trên cơ sở hướng dẫn 647/QĐ-BYT ngày 20/2/2007 của Bộ Y tế về Hướng dẫn triển khai tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

Do phần lớn người DTTS sống ở khu vực vùng sâu, vùng xa, miền núi, vùng cao, điều kiện đi lại khó khăn, do đó người DTTS tiếp cận với các phòng VCT còn hạn chế, nghiên cứu trong nhóm người dân tộc Kh'mer 15-49 tuổi tại tỉnh Kiên Giang, An Giang, Hậu Giang năm 2007 cho thấy mức tiếp cận dịch vụ tư vấn xét nghiệm của người Khmer chỉ đạt xấp xỉ 1% [34]. Nghiên cứu trong nhóm đồng bào dân tộc Dao năm 2006, tỷ lệ người dân tộc giao tiếp cận dịch vụ VCT trong vòng 1 năm chỉ đạt 0,2% , tỷ lệ từng làm xét nghiệm HIV chỉ chiếm 2,1% [37], nghiên cứu tương tự trong nhóm người dân tộc H'Mông ở Lai Châu năm 2006 cho thấy tỷ lệ người dân tộc H'Mông tiếp cận dịch vụ tư vấn xét nghiệm trong vòng 1 năm chỉ đạt 0,4% và từng làm xét nghiệm HIV 1,6% [35], nghiên cứu đánh giá ở Lai Châu năm 2012 cho thấy tỉ lệ người dân tộc H'Mông tiếp cận dịch vụ VCT trong vòng 12 tháng qua đã tăng lên từ 0,4% năm 2006 lên 13,7% năm 2012 [40]. Nhìn chung các hoạt động VCT trong những năm trước đây là rất hạn chế. Trong khi đó, WHO và nhiều nước đã áp dụng khuyến khích người có hành vi nguy cơ cao như NCMT, PNMD, MSM nên được xét nghiệm HIV lại sau mỗi 6 tháng và ở Mỹ đã khuyến cáo cho người dân trong độ tuổi trưởng thành nên làm xét nghiệm HIV hàng năm.

Trong những năm gần đây với các hoạt động VCT cùng với các hoạt động can thiệp giảm hại đã được cải thiện tốt hơn. Một số dự án đã triển khai mô hình tư vấn xét nghiệm lưu động, do đó người dân tộc bắt đầu được tiếp cận các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện tốt hơn, việc triển khai chương trình tư vấn cho DTTS vùng điều

kiện kinh tế và cơ sở hạ tầng nghèo nàn lạc hậu là rất khó khăn, kinh nghiệm nghiên cứu ở Ethiopia chỉ ra rằng DTTS có liên quan đáng kể đến điều kiện kinh tế kém phát triển, sống ở khu vực lạc hậu, đi lại khó khăn, họ đã thành công trong việc lồng ghép chương trình kế hoạch hóa gia đình và chương trình VCT, một điểm đáng lưu ý chương trình VCT lại thành công hơn nhiều chương trình kế hoạch hóa gia đình, mặc dù khách hàng VCT cho biết họ quan tâm nhu cầu đặt vòng [85].

1.2.3. Chương trình khám và điều trị STI

Các hoạt động phòng, chống STI ở Việt Nam được triển khai lồng ghép với các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và hoạt động khám chữa bệnh. Bộ Y tế ban hành kế hoạch hành động phòng, chống STI giai đoạn 2005-2010 như là đề án dự phòng lây nhiễm HIV thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, các giải pháp thực hiện chủ yếu tập trung vào các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông như truyền thông, in ấn và phân phát các tài liệu truyền thông về phòng, chống STI cho cán bộ y tế các tuyến từ trung ương đến xã, phường; tập huấn, đào tạo: tổ chức tập huấn cho các bác sỹ chuyên ngành da liễu ở tất cả các tuyến về nội dung khám và điều trị STI bằng tiếp cận hội chứng hay chẩn đoán căn nguyên; thiết lập hệ thống giám sát STI; cung cấp trang thiết bị, sinh phẩm và thuốc điều trị. Công tác khám điều trị STI được triển khai tại tuyến y tế ban đầu. Đối với các dự án, đối tượng đích cho hoạt động khám và điều trị STI là nhóm nguy cơ cao nên thường tổ chức hỗ trợ khám lưu động cho PNMD, hay thông qua các phòng khám nhà nước và tư nhân khám và điều trị cho PNMD mắc STI.

Kết quả triển khai hoạt động khám và điều trị STI liên tục tăng trong nhiều năm qua. Tại các cơ sở y tế nhà nước, có 449.150 bệnh nhân STI được khám và phát hiện trong giai đoạn 1996-2000; có 1.522.937 bệnh nhân STI trong giai đoạn 2001-2005, tăng 3,4 lần so với giai đoạn 1996-2000; có 1.884.388 bệnh nhân STI được khám và phát hiện trong giai đoạn 2006-2009, tăng 1,2 lần so với giai đoạn 2001-2009 và tăng

4,2 lần so với giai đoạn 1996-2000. Tại cơ sở y tế tư nhân, có 22.146 bệnh nhân STI được khám và phát hiện trong giai đoạn 1996-2000; có 81.174 bệnh nhân STI được khám và phát hiện trong giai đoạn 2001-2005, tăng 3,7 lần so với giai đoạn 1996-2000; có 105.333 bệnh nhân STI được khám và phát hiện trong giai đoạn 2006-2009, tăng 1,3 lần so với giai đoạn 2001-2009 và tăng 4,8 lần so với giai đoạn 1996-2000 [3]. Kết quả giám sát trọng điểm HIV cho thấy tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân STI đã giảm từ 2,5% năm 2005 xuống 1,7% năm 2009. Kết quả này phù hợp với kết quả báo cáo về việc tăng nhanh số BCS được phát trong năm 2009 cũng như tỷ lệ PNMD sử dụng BCS với khách của họ khá cao.

1.2.4. Chương trình can thiệp giảm tác hại

Để tiếp cận số lượng NCMT và PNMD ở các tỉnh, thành phố đã khó, lại càng khó khăn hơn đối với các tỉnh có địa bàn đi lại phức tạp như khu vực miền núi nơi có nhiều đồng bào DTTS sinh sống vì vậy việc triển khai các chương trình giảm tác hại như khuyến khích sử dụng BCS, BKT sạch cho nhóm nguy cơ cao ở địa bàn này cũng được áp dụng. Với đặc thù địa bàn miền núi, đi lại khó khăn, địa bàn rộng nên các hoạt động can thiệp cũng được áp dụng đa dạng và linh hoạt hơn như số giáo dục viên đồng đẳng (GDVĐĐ) và Cộng tác viên (CTV) được bổ sung nhiều hơn ở các vùng đồng bằng hay sử dụng các hộp BKT cố định.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh về việc cần thiết đầu tư cho chương trình can thiệp giảm tác hại và chương trình này được coi là hoạt động dự phòng hiệu quả nhất cho nhóm nguy cơ cao. Chi phí 1USD cho chương trình can thiệp giảm tác hại sẽ tiết kiệm 5USD cho chương trình điều trị đã được tính toán tại nghiên cứu A² tiến hành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2005 [75]. Hay tùy thuộc vào lượng BKT và BCS phát ra bao nhiêu cho nhóm nguy cơ cao sẽ ngăn được tỷ lệ nhiễm mới từ 2-56% [12].

Một số nghiên cứu cho thấy mức độ tiếp cận với các dịch vụ phòng của người dân vùng DTTS là hạn chế, nghiên cứu năm 2006 trong nhóm dân tộc H'Mông ở Lai Châu cho thấy trong số người NCMT là DTTS tiếp cận với BKT 2,8% và mức độ tiếp cận chương trình BCS là 15,8%, tỷ lệ thanh niên 15-24 tuổi biết được nơi nhận được BCS chỉ 24,7%, nơi mà họ nhận được BCS chủ yếu là tại cơ sở y tế nhà nước như trạm y tế xã, đơn vị kế hoạch hóa gia đình, hiệu thuốc tư nhân và cộng tác viên [35]. Nghiên cứu trong dân tộc Dao tỉnh Yên Bái cho thấy nhóm thanh niên 15-24 tuổi biết được nơi có thể nhận được BCS là 37%. Nói chung hoạt động can thiệp giảm tác hại cho DTTS vùng sâu, vùng xa đang gặp nhiều khó khăn do đặc thù về địa lý đi lại khó khăn.

Kinh nghiệm triển khai dự án can thiệp cho nhóm người trẻ DTTS vùng Broward, bang Florida, Mỹ, nghiên cứu đã tiến hành được tiến hành năm 2001, 2002, 2003 với nghiên cứu điều tra cắt ngang những người dân tộc tuổi 18-39 đang sống tại 12 khu vực có mã định danh và tỷ lệ mắc mới AIDS cao, kết quả cho thấy nhận thức về HIV tăng lên nhiều trong nhóm nam, nhưng ở nữ không tăng, tăng tỷ lệ sử dụng BCS trong nhóm người có QHTD. Trong số những người cho biết tiếp cận với can thiệp của dự án, tỷ lệ sử dụng BCS tăng từ 53,6% năm 2001 lên 64,7% năm 2002 và 71,6% năm 2003. Nghiên cứu này cũng khuyến cáo chương trình dự phòng lây nhiễm HIV nên cần nhắc đến việc tính toán các yếu tố văn hóa, điều kiện sinh hoạt và các sự khác biệt đáng kể khác [100].

Từ năm 2009, Bộ Y tế đã triển khai thí điểm mô hình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh, đến năm 2012 Chính phủ ban hành Nghị định 96/2012/NĐ-CP về quy định điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, với quy định này hoạt động can thiệp giảm tác hại cho nhóm NCMT được triển khai thống nhất trên toàn quốc, giao trách nhiệm chủ động cho địa phương. Kết quả hoạt động từ 2008 đến nay đã triển khai điều trị cho hơn 12.000 người NCMT tại 20 tỉnh, thành phố với 60 điểm điều trị [7]. Với quy định những huyện có 250 người NCMT phải mở 1 điểm điều trị, hiện nay tỷ lệ người

NCMT trong người DTTS ở các tỉnh miền núi phía bắc là khá cao, do đó các tỉnh sẽ triển khai các điểm điều trị methadone mới ở khu vực này, người DTTS có cơ hội được tiếp cận với dịch vụ này, tuy nhiên do việc dùng thuốc methadone hằng ngày, trong khi điều kiện đi lại khó khăn là thách thức duy trì điều trị methadone của bệnh nhân.

1.2.5. Chương trình chăm sóc điều trị ARV và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Nhằm làm giảm tác động của dịch HIV/AIDS, Chương trình Chăm sóc, Điều trị HIV/AIDS và Chương trình Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được triển khai mạnh mẽ trong những năm qua. Nhiều chính sách quan trọng và ưu việt liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đã được Quốc hội và Chính phủ ban hành; nhiều văn bản hướng dẫn chuyên môn về công tác điều trị, chăm sóc HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng đã được Bộ Y tế và các Bộ, ngành liên quan xây dựng, ban hành đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc. Với những nỗ lực của Chính phủ và hỗ trợ mạnh mẽ từ các tổ chức quốc tế, các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ điều trị bằng thuốc ARV đã được mở rộng tại tất cả các tỉnh, thành phố, xuống đến nhiều quận, huyện. Số người nhiễm HIV/AIDS được điều trị bằng thuốc ARV ngày càng tăng, đặc biệt tăng mạnh từ cuối năm 2005 trở lại đây. Tính đến cuối năm 2012, trên toàn quốc có 318 cơ sở điều trị HIV/AIDS với hơn 72.000 người nhiễm HIV đang được điều trị bằng thuốc ARV, trong đó gần 68.700 người lớn và 3.900 trẻ em [7]. Các can thiệp về Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng đã được triển khai rộng khắp tại 63 tỉnh, thành phố. Các hoạt động chăm sóc điều trị ARV và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ngày càng được mở rộng, tốc độ tăng trưởng bệnh nhân điều trị ARV tăng nhanh và đạt 60% vào năm 2012, số phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt 56% năm 2012.

Các dịch vụ chăm sóc điều trị ARV được triển khai miễn phí, tuy nhiên hiện chỉ có 25% số huyện có cơ sở điều trị ARV, do đó tại những tỉnh miền núi khó khăn, khả

năng phát hiện người nhiễm HIV hạn chế, do đó ít được các dự án mở các điểm điều trị ARV tại khu vực này. Ngoài ra do trình độ dân trí người DTTS ở khu vực miền núi còn thấp, ý thức tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém, do đó phần lớn người nhiễm HIV ở khu vực này đến với các điểm điều trị thường quá muộn ($CD4 < 100$), tình trạng nhiễm trùng cơ hội nặng. Hơn nữa với hệ thống xét nghiệm CD4 ở các huyện miền núi không có, việc vận chuyển mẫu máu mất nhiều thời gian dẫn đến ảnh hưởng việc theo dõi bệnh nhân sau điều trị.

Công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được triển khai tại trạm y tế đã tạo điều kiện tăng độ bao phủ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, tuy nhiên tập tục sinh con tại nhà là rào cản cho người DTTS vùng cao tiếp cận với dịch vụ này.

1.3. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

1.3.1. Các nghiên cứu nước ngoài

Nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về HIV/AIDS của người dân sinh sống ở khu nhà ổ chuột Chennai, thuộc thành phố Bombay, Ấn Độ năm 2006 trên 650 đối tượng (400 nam giới và 250 nữ giới) độ tuổi 15-49 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng biết chữ là 64%, trong đó nam giới là 70% và nữ giới là 60%. Có 20% nam giới và 11% nữ giới không biết gì về AIDS. Chỉ có 67% nam giới và 55% nữ giới biết được HIV có thể lây truyền qua đường tình dục. Có 34% nam và 50% nữ cho rằng AIDS là bệnh di truyền. Đồng thời 45% nam và 62% nữ nghĩ rằng AIDS lây truyền qua không khí, do ký sinh trùng hoặc do muỗi đốt. Chỉ có 30% nam và 22% nữ có biết về các dấu hiệu của AIDS. 30% nam và 45% nữ không biết rằng, dùng chung hoặc dùng lại BKT là một trong những nguy cơ làm lây truyền HIV. 43% nam giới và 78% nữ không biết được việc dùng chung dao cạo râu, cắt tóc... có thể là nguy cơ lây nhiễm HIV và 48% nam, 60% nữ cho rằng họ sẽ không sống chung với bệnh nhân AIDS tại nhà mình [103].

Một nghiên cứu đánh giá của dự án Phòng chống HIV/AIDS cho các nhóm DTTS khu vực thượng nguồn sông Mekong của UNESCO khu vực Châu Á Thái Bình Dương chỉ ra rằng, hoạt động truyền thông dựa vào cộng mang lại nhiều hiệu quả. Truyền thông qua băng đĩa hình không phải là một sản phẩm công nghệ cao nhưng nó mang sức hấp dẫn rất lớn với tất cả dân làng khi xem để giải trí. Truyền thông bằng áp phích cũng được xem là có giá trị, nhưng chỉ trong thời gian ngắn. Các giáo viên được đào tạo về HIV/AIDS, định kỳ họ đi xuống các thôn bản và gia đình tổ chức các buổi tập huấn phòng chống HIV/AIDS cho dân bản, và hoạt động này đã đem lại hiệu quả rất lớn. Điều tra 485 hộ gia đình, kết quả cho thấy 480 gia đình có áp phích trên tường, 447 gia đình đã được tiếp cận bởi các giáo viên trường tiểu học, 88,9% dân làng đã được xem băng đĩa hình, 88,5% người dân có thể liệt kê hai đường lây truyền HIV/AIDS, 88,1% họ biết ít nhất hai cách phòng tránh không lây truyền HIV/AIDS, 86% trong số họ biết làm thế nào để tự bảo vệ mình bằng cách sử dụng BCS trong QHTD nhiều bạn tình [132].

Nghiên cứu đánh giá kiến thức và thái độ về HIV/AIDS tại Mashhad, Iran gồm 960 người ở độ tuổi 13-58 tuổi được tiếp cận trên đường phố và đồng ý tham gia hoàn thành một bảng câu hỏi vô danh. Có những quan niệm sai lầm quan trọng về lây nhiễm HIV chẳng hạn như HIV lây qua ôm, thực phẩm, quần áo, nơi công cộng và côn trùng cắn. Phân tích hồi quy cho thấy rằng phụ nữ có thái độ khoan dung hơn so với nam giới ($p < 0,01$) và người có trình độ học vấn cao thì kiến thức và thái độ đối với HIV/AIDS tốt hơn ($p < 0,001$) [98].

Một NC khác được thực hiện trên quy mô lớn ở Trung Quốc. Hơn 6.000 người tại sáu thành phố lớn bao gồm Bắc Kinh, Thượng Hải, Côn Minh, Thâm Quyển, Vũ Hán, Trịnh Châu được tiến hành bởi Đại học Renmin, UNAIDS và Liên minh doanh nghiệp toàn cầu về HIV/AIDS, lao và sốt rét (GBC). Các nhóm đích và mẫu bao gồm thanh niên tuổi 15 đến 24, lao động di cư tuổi 18 đến 49, công nhân tuổi 18 đến 49, trong đó nam giới (53,1%) và nữ (46,9%). Kết quả nghiên cứu này cho thấy hơn 48%

người được hỏi nghĩ rằng họ có thể bị lây nhiễm HIV từ một vết muỗi cắn, và trên 18% cho rằng HIV có thể lây qua hắt hơi hoặc ho; 26,3% số người được phỏng vấn không biết nơi xét nghiệm HIV; 11,0% không biết nơi nhận được BCS và 29,6% không biết sử dụng BCS đúng; 43,1% chưa bao giờ sử dụng BCS. 30,0% người cho rằng sinh viên/ trẻ em nhiễm HIV không nên học chung với trẻ nhiễm. Gần 48% người được phỏng vấn không muốn ăn chung với người nhiễm HIV, 65% không muốn sống với một người bị nhiễm HIV, 63,4% không sẵn sàng chấp nhận các dịch vụ như làm tóc của một người nhiễm HIV, 41,3% không muốn làm việc với một người bị nhiễm HIV, và 41,8% không muốn chia sẻ công cụ với một người bị nhiễm HIV. Tỷ lệ QHTD ngoài hôn nhân trong 6 tháng qua khá cao, trong đó 42,0% đã không sử dụng BCS trong lần QHTD lần gần nhất [129].

Nghiên cứu điều tra hộ gia đình khu vực cận đô thị của Trường đại học y Quốc tế tại Kualalumpur, Malaysia cũng cho thấy 88,5% người được hỏi đã nghe nói về HIV/AIDS. Chỉ có một vài đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) (2,6%) có thể trả lời một cách chính xác tất cả các câu hỏi. Quan niệm sai lầm về lây truyền HIV là tương đối cao, chẳng hạn như tin HIV/AIDS có thể được truyền từ nước bọt (44,8%), bị muỗi đốt (40,9%) hoặc qua tiếp xúc bình thường (37,1%) [88].

Nghiên cứu về nguy cơ lây nhiễm HIV cao trong số người nghiện ma túy thuộc DTTS Uigur ở vùng tây bắc Trung Quốc, nghiên cứu cho thấy rằng người dân tộc Uigur có nguy cơ lây nhiễm HIV cao và cần có các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV cụ thể tập trung cho nhóm nghiện ma túy và cộng đồng của họ [142].

Nghiên cứu từ 2004-2008 trong số người DTTS từ 15-49 tuổi sống ở khu vực đường cao tốc xuyên Á đi qua Lào nơi tiếp giáp với Thái Lan và Trung Quốc, kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV trong số những người dân tộc về hành vi tình dục không an toàn, có 61,9% người trả lời không sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với bạn tình bất chợt, đặc biệt tỷ lệ này cao trong nhóm phụ nữ và người lớn

tuổi. Do đó nghiên cứu cũng cảnh báo nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm người dân tộc thiểu số sống dọc đường cao tốc xuyên Á [120].

1.3.2. Các nghiên cứu trong nước

Điều tra Đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam năm 2011 của Tổng cục thống kê, UNICEF và UNFPA cho thấy, trong nhóm phụ nữ tuổi từ 15-49, tỷ lệ có hiểu biết toàn diện về phòng tránh HIV là 45,1%; Tỷ lệ phụ nữ hiểu biết HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con 49,6%; Tỷ lệ phụ nữ chấp nhận quan niệm sống chung với người nhiễm HIV 28,9%; Tỷ lệ phụ nữ biết nơi xét nghiệm HIV 61,1%; Tỷ lệ phụ nữ đã từng xét nghiệm HIV và biết kết quả 6,6%; Tỷ lệ phụ nữ có QHTD đã từng xét nghiệm HIV và biết kết quả 7,9%; Tỷ lệ phụ nữ sinh được cung cấp thông tin HIV khi đi khám thai 20,9%, đã xét nghiệm HIV trong khi khám thai và nhận được kết quả xét nghiệm 28,6%. Hầu như tất cả phụ nữ trẻ độ tuổi 15–24 tại Việt Nam (96,5%) đều đã nghe nói về AIDS. Khoảng 81% phụ nữ có hiểu biết đúng đắn về phòng chống lây truyền [65].

Trình độ học vấn của phụ nữ và mức sống của họ cũng ảnh hưởng tới hiểu biết về HIV/AIDS. Tỷ lệ phụ nữ sống ở Tây Nguyên có kiến thức về lây nhiễm HIV thấp nhất, chỉ 46,6%. Phụ nữ sống trong các hộ gia đình có chủ hộ là người DTTS có kiến thức hiểu biết về lây nhiễm HIV (39,5%) thấp hơn so với phụ nữ trong các hộ gia đình có chủ hộ là người Kinh/Hoa (59,6%) [65].

Các chỉ tiêu về thái độ đối với những người nhiễm HIV đo lường dấu hiệu kỳ thị và phân biệt đối xử trong cộng đồng. chỉ 28,9% phụ nữ đã từng nghe về AIDS thể hiện quan điểm chấp nhận đối với cả 4 hoàn cảnh: không giữ bí mật, sẵn lòng chăm sóc cho thành viên gia đình, chấp nhận việc cô giáo nhiễm HIV nhưng không ốm vẫn nên được phép tiếp tục giảng dạy và chấp nhận việc mua rau tươi từ người bán hàng có HIV. Nhìn chung, tỷ lệ này thấp nhất thuộc về nhóm phụ nữ không có bằng cấp, với chỉ 9,5%. Tỷ lệ phụ nữ từng nghe nói về HIV/AIDS sống ở vùng Đồng bằng sông Cửu

Long có quan điểm chấp nhận thấp nhất trong 6 vùng, trong khi tỷ lệ này ở phụ nữ Đồng bằng sông Hồng và Trung du và miền núi phía Bắc có quan điểm chấp nhận cao gấp hai lần (lần lượt là 37,2% và 36,3%) [65].

Điều tra NC hộ gia đình của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự ở hai tỉnh tại Việt Nam và ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể dân cư tại khu vực đô thị và nông thôn năm 2005 cho thấy, ước tính tỷ lệ nhiễm HIV là 0,3% (CI 0.1-0 0,6%) tại Thái Bình và 0,7% (CI 0.3-1 0,3) tại thành phố Hồ Chí Minh. Chỉ có tỷ lệ thấp nam giới mua dâm trong 12 tháng qua (2,4%) và tự báo cáo triệu chứng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (5%). Ở Thái Bình tỷ lệ người đã từng kết hôn và kết hôn trẻ nhiều hơn so với thành phố Hồ Chí Minh, tuy nhiên thái độ đối với HIV/AIDS có ý nghĩa tích cực hơn tại Thái Bình. Kiến thức đúng về các phương pháp phòng chống HIV/AIDS cao ở cả hai địa phương (86% ở Thái Bình và 75,8% tại TP. Hồ Chí Minh), mặc dù chỉ có 24,8% phụ nữ biết việc sử dụng điều trị ARV để ngăn chặn lây nhiễm HIV [110].

Một NC năm 2005 về Dân số Việt Nam và Điều tra các Chỉ số AIDS (VPAIS) được thực hiện bởi Tổng cục Thống kê và Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương với mục đích thu thập thông tin quốc gia và địa phương về các chỉ số kiến thức, thái độ và hành vi tình dục liên quan đến HIV/AIDS chỉ ra rằng một nửa số phụ nữ và nam giới không đi học chưa nghe nói về AIDS. Các biện pháp kiêng cử như một giải pháp ngăn chặn AIDS và họ không biết được rằng bằng cách sử dụng BCS và chung thủy có thể phòng tránh HIV. Gần một phần hai phụ nữ và một phần ba đàn ông không biết AIDS không thể lây truyền qua muỗi. Kiến thức lây nhiễm HIV từ mẹ truyền cho con trong quá trình mang thai là rất cao trong khi kiến thức về thuốc kháng HIV trong thời kỳ mang thai lại thấp. Hầu hết phụ nữ và nam giới cho biết họ sẽ chăm sóc cho một thành viên trong gia đình với HIV tại nhà. Nhiều ý kiến cho rằng người phụ nữ có thể từ chối QHTD hoặc yêu cầu sử dụng BCS nếu cô ấy biết chồng bị STI. Phụ nữ và đàn ông đều cho rằng trẻ em cần được dạy việc sử dụng BCS để tránh HIV/AIDS. Chỉ có hơn 2%

phụ nữ chưa bao giờ kết hôn báo cáo đã từng QHTD và ở nam giới là 8%. Không có phụ nữ nào báo cáo có nhiều hơn một bạn tình trong năm trước đó và ở nam giới là 1%. Chỉ có 0,5% nam giới trong độ tuổi 15-49 QHTD với một PNMD trong năm trước đó. 5% đã từng nhận được xét nghiệm HIV, 5% phụ nữ báo cáo đã mắc STI năm trước đó [96].

Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn và cộng sự, đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS của nam thanh niên 15-24 tuổi, tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh, năm 2005. Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn và lấy máu xét nghiệm HIV cho 637 nam thanh niên 15-24 tuổi tại một phường của thành phố Hạ Long. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ nhiễm HIV của nam thanh niên 15-24 là 0,6%; có 78,9% biết chính xác 3 biện pháp chủ yếu phòng chống HIV/AIDS, 26,6% cho rằng do muỗi đốt, 10,1% cho rằng ăn chung có thể lây HIV [30].

Nghiên cứu can thiệp Cộng đồng phòng chống AIDS tại Điện Biên, Quảng Trị, An Giang, Kiên Giang và Đồng Tháp thực hiện cho nhóm TTN trong độ tuổi 15 - 24 chưa lập gia đình trên 480 người ở 5 tỉnh điều tra trong 2 năm (2002-2004). Dự án có hoạt động can thiệp như truyền thông thay đổi hành vi; phân phối BCS; tư vấn xét nghiệm; khám và điều trị STI; các nhóm hỗ trợ cộng đồng, chăm sóc tại nhà. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhóm TTN hiểu sai về cách phòng chống lây nhiễm HIV giảm từ 33% xuống còn 28% SCT; Phần thái độ phòng chống HIV/AIDS, tỷ lệ TTN cho biết sẵn sàng chăm sóc thành viên trong gia đình bị nhiễm HIV rất cao là 97,1%, có 84,3% trong số họ dám bắt tay người bệnh. Tỷ lệ TTN dùng BCS trong lần QHTD đầu tiên tăng từ 25% lên 38% SCT [10], [14].

Nghiên cứu của Vũ Văn Hoàn đánh giá can thiệp truyền thông bằng phim về sức khỏe sinh sản bằng tiếng Thái cho TTN dân tộc Thái đã được triển khai tại xã Tông Lạnh, huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La năm 2007 trên 465 TTN dân tộc Thái 14 - 24 tuổi chưa lập gia từ tháng 12/2006 đến tháng 7/2007 cho thấy: Thái độ của ĐTNC có

những thay đổi theo chiều hướng tích cực. Tỷ lệ ĐTNC có thái độ không kỳ thị SCT tăng so với TCT: đối với người nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng (64,5% so với 41,3%); đối với người nhà bị nhiễm HIV/AIDS (87,3% so với 58,7%). Đặc biệt, tỷ lệ ĐTNC có thái độ không cần cách ly người nhiễm HIV/AIDS tăng từ 34,9% TCT lên 82,4% SCT [82].

Nghiên cứu của Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ năm 2006 đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi phòng chống HIV/AIDS trên 8.800 người đồng bào dân tộc Thái, Tày, Nùng, Mông, Dao, Sán diu, Raglay, Khmer lứa tuổi 15-49 tại 11 tỉnh DTTS cho thấy ĐTNC có hiểu biết đúng về các phương pháp phòng lây nhiễm HIV là: 13,2% đối với nam và 7,4% đối với nữ; ĐTNC hiểu sai về đường lây truyền HIV là 27,9% ở nam giới và 24,2% ở nữ; biết đã có thuốc điều trị cho người nhiễm HIV là 37,8%; biết đã có thuốc điều trị để giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 23,6%. Tỷ lệ nam giới có thái độ tích cực với một người HIV/AIDS của các ĐTNC còn thấp: 12,3% và nữ giới chỉ là 9,5%; Tỷ lệ những người đã từng QHTD không sử dụng BCS trong lần quan hệ gần đây nhất là 91,4% ở nam và 93,8 ở nữ. Tỷ lệ sử dụng ma túy của đối tượng trong nghiên cứu là 1,63%; trong số những đối tượng đã sử dụng ma túy, tỷ lệ đã tiêm chích ma túy là 20,1% [8], [28].

Kết quả nghiên cứu của Đỗ Mai Hoa và cộng sự về mô hình tư vấn, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng từ tháng 6/2006-6/2008 cho thấy, sau hai năm hoạt động, mô hình "Chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại quận Hải Châu" đã có những thành công trong việc tăng cường nhận thức, mối quan tâm và tham gia của các ban ngành, đoàn thể, và xã hội với việc chăm sóc và hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS, từ đó giảm bớt được sự kỳ thị của cộng đồng và tự kỳ thị của những người nhiễm HIV/AIDS. Mô hình đã tạo ra câu lạc bộ "Nhân ái" là một môi trường thân thiện hỗ trợ, giúp cho những người nhiễm HIV/AIDS nhận được chăm sóc tinh thần, sức khỏe và hỗ trợ về vật chất [23].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính và cộng sự - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh năm 2009 về kiến thức, thái độ, và thực hành về phòng chống HIV/AIDS của TTN có hoàn cảnh đặc biệt tại phường 19 và 22, Bình Thạnh, TP. Hồ Chí Minh cho thấy: Tỷ lệ có kiến thức đúng về các đường lây truyền HIV/AIDS là cao, nhưng vẫn còn 10% đến 30% có kiến thức sai; Có 72% biết sử dụng BCS khi QHTD để phòng ngừa nhiễm HIV/AIDS và còn khoảng 20% có những kiến thức sai như uống thuốc kháng sinh hoặc thuốc ngừa thai trước khi QHTD. Thái độ đồng ý tiếp tục sử dụng BCS hoặc xét nghiệm khi nghi nhiễm là rất cao và có 52% ĐTNC cho rằng người mang theo BCS là người không đáng hoảng. Tỷ lệ có sử dụng BCS trong QHTD là 69%, nhưng tỷ lệ sử dụng đúng cách là rất thấp. Có 6 đối tượng có TCMT và 3 trong số đó có sử dụng chung BKT [52].

CHƯƠNG II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- Người dân tộc Thái, không phân biệt giới tính, trong độ tuổi 15 - 49 sống trên địa bàn huyện Quan Hoá và Lang Chánh tỉnh Thanh Hoá trong thời gian tiến hành nghiên cứu, đồng ý tham gia cuộc nghiên cứu. Đây là đối tượng của nghiên cứu định lượng và can thiệp.
- Một số cán bộ chủ chốt của địa phương bao gồm chính quyền, ban ngành, đoàn thể liên quan đến và tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại địa bàn, đồng ý tham gia nghiên cứu, là đối tượng phỏng vấn sâu (PVS) trong nghiên cứu định tính.

2.2. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thời gian:

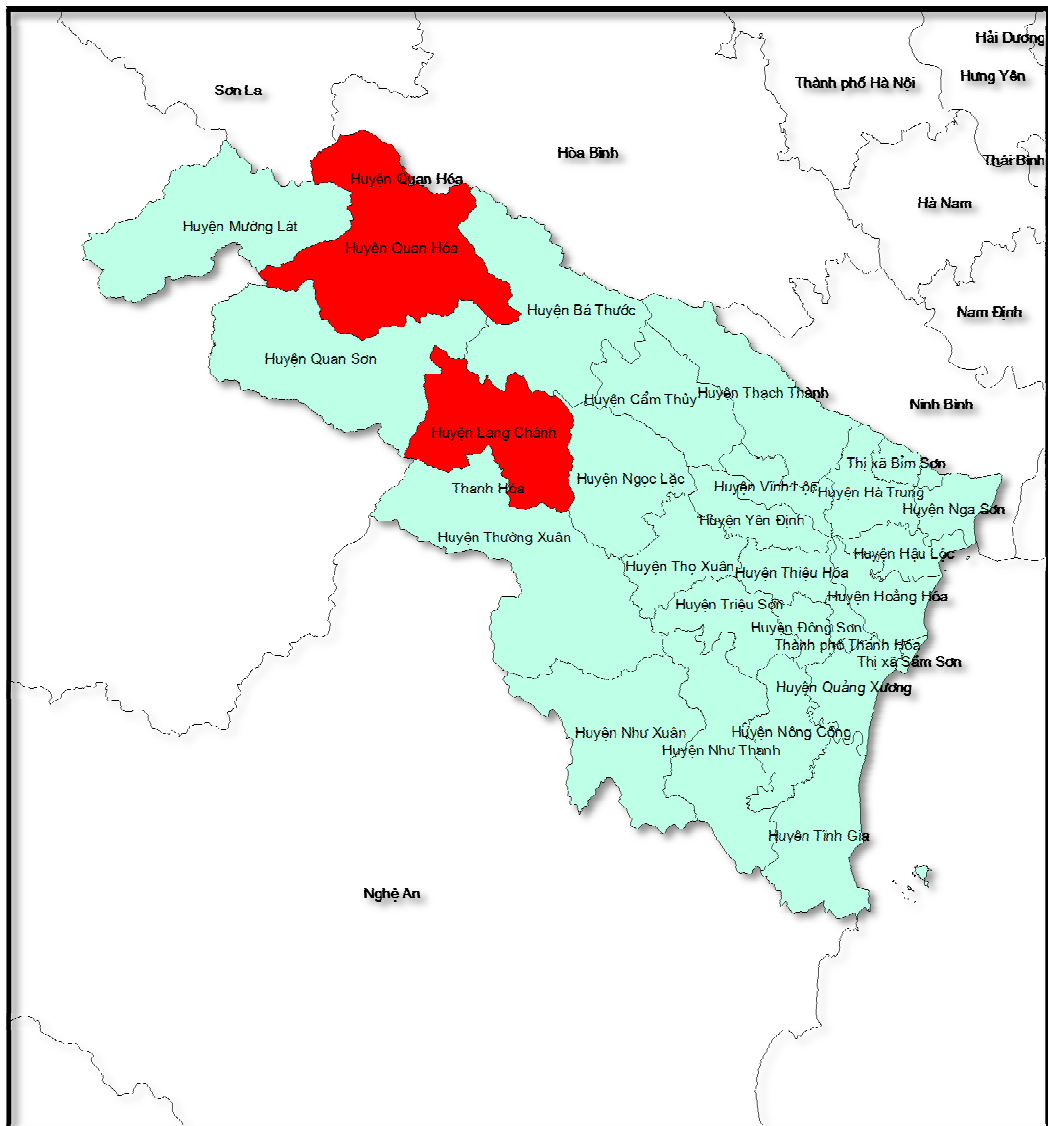
Các hoạt động can thiệp của Dự án cho đồng bào DTTS được triển khai từ 11/2007 - 6/2012 tại hai huyện Quan Hoá và Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả được tiến hành tại 3 thời điểm trước can thiệp (TCT) - năm 2007, giữa kỳ can thiệp (GKCT) - năm 2009 và sau can thiệp (SCT) - năm 2012.

2.2.2. Địa điểm:

Địa bàn nghiên cứu là 2 huyện Quan Hóa và Lang Chánh, là khu vực miền núi phía Tây tỉnh Thanh Hóa nằm trên trục đường từ cửa khẩu Na Mèo-Sâm Nưa (Lào) về Thanh Hóa và giáp ranh tỉnh Hòa Bình. Khu vực này đang là điểm nóng về buôn bán, lạm dụng chất ma túy và giao lưu biên giới, có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao và là vùng có mật độ đông đồng bào DTTS sinh sống, trong đó chủ yếu là dân tộc Thái chiếm hơn 70%. Nghiên cứu chọn mỗi huyện 2 xã (Quan Hóa chọn xã Hội Xuân và Xuân Phú và huyện Lang Chánh chọn xã Tam Văn và Tân Phúc) đại diện cho huyện về địa hình,

môi trường, kinh tế và văn hóa xã hội vùng dân tộc Thái để điều tra. Đồng thời 4 xã này cũng được sử dụng áp dụng mô hình can thiệp tổng hợp phòng chống HIV/AIDS trong đó có những biện pháp can thiệp ưu tiên cho vùng DTTS được triển khai ở cả hai huyện là như nhau.

Hình 2.1. Địa bàn nghiên cứu: huyện Quan Hóa và Lang Chánh



2.3. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Đề tài sử dụng 2 loại thiết kế nghiên cứu chính:

- Thiết kế điều tra cắt ngang, mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và tiếp cận chương trình can thiệp phòng lây nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu, thực hiện TCT năm 2007, GK năm 2009 và SCT năm 2012.
- Thiết kế can thiệp cộng đồng, so sánh kết quả trước sau, áp dụng mô hình can thiệp tổng hợp 9 nhóm biện pháp phòng chống lây nhiễm HIV của đối tượng người Thái 15 – 49 tuổi, thực hiện trong 5 năm từ 2007 tới 2012.

Đề tài cũng sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính kết hợp với nghiên cứu định lượng, thực hiện thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu một số đối tượng có vai trò quan trọng trong chương trình phòng chống HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu.

2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU CAN THIỆP

2.4.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu NC can thiệp được tính theo công thức:

$$N = \frac{[z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

N: cỡ mẫu nghiên cứu nhóm dân tộc Thái từ 15 - 49 tuổi

α : mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$ thì hệ số giới hạn tin cậy $Z_{\alpha/2} = 1,96$; Z_{β} là trị số z của phân phối chuẩn cho xác suất β ($\beta = 0,20$ hay lực mẫu = 0,80, thì $z_{\beta} = 0,842$)

P_1 : Tỷ lệ kiến thức HIV/AIDS đạt yêu cầu của nhóm thanh niên tuổi từ 15-24 tại 5 tỉnh biên giới: Lai Châu, Quảng Trị, An Giang, Kiên Giang và Đồng Tháp năm 2005 (TCT) (theo điều tra của Dự án Cộng đồng hành động phòng chống AIDS); $p_1 = 0,37$

P_2 : Tỷ lệ kiến thức HIV/AIDS mong muốn đạt yêu cầu trên nhóm dân tộc Thái 15-49 tuổi SCT của nghiên cứu này; $p = 0,47$

p : Giá trị trung bình của P_1 và P_2

Theo công thức trên và nhân hệ số ảnh hưởng thiết kế mẫu (DE) lấy bằng 2, cỡ mẫu tính chính xác là 762 người. Tại nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cỡ mẫu là 800 người đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu điều tra định lượng

Điều tra ban đầu năm 2007, chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng theo phương pháp PPS (*probability proportional to size*): Chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể, kết hợp chọn mẫu có chủ đích với chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu. Các cuộc điều tra sau (giữa kỳ, sau can thiệp) sử dụng danh sách hộ gia đình của lần điều tra ban đầu để đảm bảo tính tương đồng quần thể, giảm bớt yếu tố gây nhiễu đối với so sánh hiệu quả can thiệp trong thời gian dài. Cách chọn mẫu như sau:

- Chọn có chủ đích 4 xã nghiên cứu của huyện Quan Hoá (xã Hồi Xuân và Xuân Phú) và huyện Lang Chánh (xã Tam Văn và Tân Phúc). Đây là những xã tập trung người dân tộc Thái cao, có nhiều đặc điểm tương đồng với nhau về các mặt tự nhiên, xã hội, kinh tế và văn hóa.
- Lập khung mẫu toàn bộ số người 15-49 tuổi tại từng xã được chọn.
- Tính được số hộ cần điều tra cho các xã là $800/N_{tb}$
- Số hộ gia đình của từng xã theo thống kê số hộ khẩu là:

Xã	Số hộ gia đình hiện có
Xã 1	N_1
Xã 2	N_2
Xã 3	N_3
Xã 4	N_4
Tổng số xã là X	N_x

- Tại mỗi xã, lấy danh sách toàn bộ hộ gia đình mà xã quản lý và đánh số từ 1 đến hết.
- Tính số hộ cần điều tra cho một xã là $HĐT = (800/Ntb \times N1)/Nx$ (lấy tròn số)
- Tính khoảng cách k cho xã 1 là $k1 = N1/HĐT$ xã 1 (tương tự cho xã 2, 3,...)
- Chọn một số ngẫu nhiên từ 1 đến $K1$ giả sử là R
- Lấy R1 là số hộ đầu tiên cần điều tra trong xã 1, hộ thứ hai là $R2 = R + K1$, hộ thứ 3 là $R3 = R3 + K1$, cứ làm như vậy cho đến hộ thứ HĐT
- Danh sách hộ gia đình điều tra vòng 1 năm 2007 cũng được sử dụng để chọn mẫu cho NC GK (2009) và NC SCT (2012).

2.5. TIẾN HÀNH CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG.

Mô hình can thiệp sử dụng 9 nhóm biện pháp thích hợp với đặc tính của người dân tộc thiểu số, nội dung bao gồm:

- (1) Tăng cường kiến thức cho người DTTS về phòng chống lây nhiễm HIV. Tổ chức truyền thông trực tiếp bằng cách kết hợp với cuộc họp thường xuyên tại các thôn bản. Cộng tác viên và các giáo dục viên đồng đẳng sẽ thực hiện các hoạt động này đến từng thôn bản (1 lần/quý).
- (2) Tăng số lượng cán bộ y tế là người DTTS và lựa chọn họ để đào tạo chuyên nghiệp về phòng chống HIV/AIDS. Các cộng tác viên là y tế xã, y tế thôn bản đã được đào tạo hình thành mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- (3) Thực hiện các hoạt động truyền thông để nâng cao nhận thức về dự phòng HIV. Những hoạt động này được tiến hành thường xuyên thông qua các kênh thích hợp.
- (4) Cải thiện và cung cấp các trang thiết bị, vật liệu truyền thông: tranh ảnh, tờ rơi, áp phích... với các thông điệp dễ hiểu và dễ nhớ, gần gũi với văn hóa và tập quán người dân tộc Thái.

(5) Tăng cường truyền thông bằng lời nói: lựa chọn người trong cộng đồng các thôn bản để đào tạo về HIV/AIDS và truyền thông, sau đó họ đi tuyên truyền thông qua giao tiếp với người dân như già làng, trưởng bản qua các cuộc họp thôn bản.

(6) Tăng cường khả năng tiếp cận với các phương tiện thông tin đại chúng/ chương trình truyền thông liên quan đến HIV: bao gồm việc tuyên truyền và hướng dẫn bà con xem tivi, nghe đài, đọc báo có nội dung liên quan tới HIV/AIDS.

(7) Xây dựng các kênh phân phối bao cao su hợp lý: Để cải thiện các trở ngại trong truyền thông và phân phối, tạo điều kiện cho người Thái tiếp cận với BCS, cách phân phối BCS đã được thực hiện ở cấp thôn bản phối hợp với hai tổ chức xã hội: Hội Phụ nữ và Hội nông dân.

(8) Xây dựng và duy trì mô hình tư vấn xét nghiệm (VCT) lưu động cho các địa bàn vùng sâu vùng xa. Mô hình này được thực hiện tại huyện Quan Hóa. Quy trình hoạt động của đội VCT lưu động gồm các bước chính như sau: (1) Lập kế hoạch (cấp huyện); (2) Tuyên truyền về dịch vụ VCT: trong vòng 1 tuần trước ngày làm việc của đội VCT lưu động tại xã; (3) VCT lưu động đầy đủ: làm đăng ký, tư vấn trước XN, lấy máu, xét nghiệm (test nhanh tại chỗ), trả kết quả và tư vấn cho khách hàng kết quả XN âm tính, và (4) VCT lưu động rút gọn (sau 1 tuần): trả kết quả và tư vấn cho khách hàng có kết quả XN dương tính (bằng test nhanh tại chỗ) được hẹn quay lại nhận kết quả. [18]

(9) Giảm kỳ thị phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS: Các hoạt động truyền thông và hành động để giảm kỳ thị, phân biệt đối xử đã được thực hiện ở các xã nghiên cứu lồng ghép với mô hình “truyền thông dựa vào cộng đồng” phòng chống HIV/AIDS có hiệu quả cao.

Các hoạt động can thiệp phòng chống HIV/AIDS cho đồng bào DTTS ở Việt nam được sử dụng cho đề tài được dựa trên các hướng dẫn chương trình can thiệp quốc gia nhưng điều chỉnh cho phù hợp với đặc tính của người DTTS và địa bàn nghiên cứu là khu vực miền núi, đi lại khó khăn và là vùng kinh tế còn nghèo nàn lạc hậu. Đồng thời, các chương trình không triển khai đơn lẻ mà áp dụng đồng bộ hàng loạt các hoạt động phối hợp các chương trình với nhau, bao gồm:

2.5.1. Thiết lập mạng lưới cộng tác viên phòng chống HIV/AIDS tuyến cơ sở.

Các CTV được mời tham gia chương trình sẽ được đào tạo bài bản hàng năm về các kiến thức cơ bản về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS/STI, tình dục và tiêm chích an toàn, đào tạo về các kỹ năng tiếp cận đối tượng, kỹ năng về truyền thông, kỹ năng về tư vấn phòng lây nhiễm HIV/AIDS và đào tạo về cách tổ chức triển khai truyền thông nhóm nhỏ.

Các CTV tham gia chương trình sẽ được cung cấp đầy đủ các tài liệu truyền thông như tờ rơi, áp phích, và các phương tiện hỗ trợ như BCS, BKT và sổ sách ghi chép.

Mỗi CTV ngoài việc chịu trách nhiệm tổ chức các cuộc truyền thông nhóm nhỏ, còn chịu trách nhiệm quản lý – giám sát hoạt động của nhóm GDVĐĐ.

CTV là Già làng, Trưởng bản: Dựa trên phong tục tập quán của người dân tộc Thái rất tin ngưỡng Già làng, Trưởng bản. Những người này được coi là những người có quyền lực cao nhất trong làng và uy tín nhất. Đánh giá được những phong tục này, nhóm NC đã cùng Trung tâm phòng chống HIV/AIDS mời Già làng, Trưởng bản tham gia vào các hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Họ đóng vai trò quan trọng không chỉ trong công tác truyền thông, mà là những người tổ chức họp để cùng đưa ra những đường lối, chủ trương trước khi triển khai các hoạt động can thiệp như: truyền thông lưu động, tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện lưu động,...

CTV là cán bộ y tế xã, y tế thôn bản: cán bộ y tế là người DTTS được lựa chọn và được đào tạo chuyên nghiệp về phòng chống HIV/AIDS. Các CTV là y tế xã, y tế thôn bản không chỉ thực hiện các chức năng thông thường của một CTV mà còn góp phần hình thành mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu, chăm sóc hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS.

2.5.2. Chương trình truyền thông.

Nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ và hành vi của dân tộc Thái về phòng, chống HIV/AIDS, các giải pháp về truyền thông cũng đã được triển khai như đa dạng hóa hình thức truyền thông phòng chống HIV/AIDS mà từ trước khi triển khai NC chưa được thực hiện, trong đó bên cạnh người dân tộc Thái được quan tâm để truyền thông hiểu biết đầy đủ về các đường lây truyền HIV, truyền thông nhằm giảm kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tạo môi trường thuận lợi để người nhiễm HIV hòa nhập vào cộng đồng, đặc biệt quan trọng là việc thay đổi hành vi cho nhóm có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV.

Để tổ chức và triển khai được các hoạt động đồng bộ, nhóm NC đã phối hợp chặt chẽ với Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa huy động sự vào cuộc và chỉ đạo mạnh mẽ của Ban chỉ đạo phòng chống AIDS huyện của Quan Hóa và Lang Chánh với sự tham gia của Ban DTTS huyện, Trung tâm Y tế huyện và các ban ngành đoàn thể huyện.

2.5.2.1. Truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng

Truyền thông gián tiếp thông qua các phương tiện thông tin đại chúng: các bài, tác phẩm bằng tiếng dân tộc Thái được phát trên Đài truyền thanh, truyền hình huyện, hệ thống loa phát thanh xã, phường, báo địa phương trung bình 4 buổi/tháng và tổ chức các đợt truyền thông lưu động kết hợp vào các phiên chợ là đặc thù của dân tộc Thái trung bình mỗi quý một lần.

Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Thanh Hóa chịu trách nhiệm thử nghiệm và thiết kế, sản xuất nội dung truyền thông, sản xuất tài liệu truyền thông như tờ rơi, áp phích, pano, băng catssett, băng đĩa hình,... có minh họa bằng hình ảnh người dân tộc Thái và lời nói bằng tiếng Thái mang định hướng thay đổi hành vi, hướng dẫn các biện pháp thực hiện hành vi an toàn phòng chống HIV/AIDS phù hợp cho từng nhóm đối tượng. Xây dựng các vở kịch, phóng sự trên truyền hình với các chuyên mục về chống kỳ thị và phân biệt đối xử, về các phương pháp phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

Truyền thanh trên loa đài; trên truyền hình: nhiều băng đĩa hình tiểu phẩm đã được xuất bản như “Về với bản”, “An toàn” và “Hiểu nhầm”... dễ hiểu và dễ nhớ, vì gần gũi với văn hóa và tập quán người dân tộc Thái.

2.5.2.2. Truyền thông trực tiếp

Truyền thông trực tiếp thông qua mạng lưới CTV, tư vấn viên và truyền thông viên. Thành lập mạng lưới CTV tuyến huyện, tuyến xã và đặc biệt đối với đồng bào Thái, việc sinh hoạt văn hoá và tín ngưỡng ở các thôn bản, cộng đồng rất được chú trọng như lễ hội Lòng tòng, lễ hội xuống giống,... khi đó bà con trong thôn bản thường tập trung đông đúc tại một nơi để gặp gỡ, truyện trò vì vậy khác với các chương trình truyền thông khác, CTV truyền thông được mời cùng tham gia can thiệp này.

Truyền thông trực tiếp đặc biệt có vai trò quan trọng trong việc thuyết phục thay đổi hành vi, vì CTV thực hiện nhiệm vụ này bên cạnh việc được đào tạo về các kỹ năng truyền thông, còn là người cung cấp giới thiệu hướng dẫn để sử dụng các vật dụng an toàn như BKT và BCS.

Trung bình hàng năm có 8 CTV tuyến huyện, 24 CTV tuyến xã (16 CTV của Quan Hóa và 8 CTV của Lang Chánh) được đào tạo và đào tạo lại hàng năm để triển khai các hoạt động. Nhóm CTV hoạt động và hàng tháng có giao ban sinh hoạt với

nhóm GDVĐĐ để rút kinh nghiệm tháng vừa qua và thống nhất kế hoạch hoạt động tháng tiếp theo.

2.5.3. Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện

Mô hình VCT là mô hình dự phòng nhằm khuyến khích những người có hành vi nguy cơ cao tiếp cận sớm với xét nghiệm HIV để biết tình trạng bệnh tật nhằm ngăn chặn kịp thời nguy cơ lây nhiễm cho những người khác và được tư vấn sức khỏe để thay đổi hành vi khi có hành vi nguy cơ.

Từ 2007 – 2009: Tại Trung tâm Y tế Quan Hóa và Trung tâm Y tế Lang Chánh là Trung tâm thị trấn có đặt 01 Phòng VCT cố định, giai đoạn này số lượng khách hàng đến thưa thớt chỉ khoảng 10- 20 khách hàng/tháng. Khách hàng được tư vấn trước xét nghiệm, lấy máu làm xét nghiệm HIV và hẹn trả kết quả sau 1-2 tuần.

Từ cuối năm 2009, sau khi nghiên cứu địa bàn phức tạp của hai huyện này, việc đi lại của người dân từ các xã lên thị trấn không có phương tiện công cộng, nhiều người phải đi bộ mất cả ngày đường, vì vậy việc tiếp cận kịp thời với phòng VCT cố định là không khả thi. Nhóm NC đã điều chỉnh và xây dựng mô hình VCT lưu động lần đầu tiên được áp dụng ở Việt Nam. Số lượng khách hàng trong mỗi đợt lưu động tại mỗi xã khoảng 120-130 khách hàng, tương đương với số lượng khách hàng đến phòng VCT cố định trong 6-8 tháng.

2.5.4. Khám chữa bệnh STI

Việc khám và điều trị STI cho đồng bào DTTS tại địa bàn NC chủ yếu chẩn đoán qua tiếp cận hội chúng. Những năm đầu, hoạt động này được kết hợp với các đợt Truyền thông lưu động và gắn kết với các Trạm Y tế. Tuy nhiên, đối tượng đích đến các phòng khám chủ yếu là khám sức khỏe sinh sản. Từ năm 2009: nhóm NC cũng đưa ra biện pháp kết hợp khám STI với VCT lưu động, nhờ vậy mà số lượng khách hàng đến tiếp cận với cả hai dịch vụ này nhiều hơn.

2.5.5. Chương trình can thiệp giảm tác hại.

2.5.5.1. Chương trình BCS:

Xây dựng các kênh phân phối BCS hợp lý: Để cải thiện các trở ngại trong truyền thông và phân phối, tạo điều kiện cho người Thái tiếp cận với BCS, cách phân phối BCS đã được thực hiện ở cấp thôn bản phối hợp với hai tổ chức xã hội: Hội Phụ nữ và Hội nông dân. Sự tham gia của hai tổ chức này là cần thiết vì nó làm cho cả nam giới và phụ nữ cảm thấy thoải mái và ít ngại ngùng hơn khi họ muốn yêu cầu BCS. Mặt khác, quan niệm sai lầm của người dân về BCS được thay đổi dần.

Chương trình khuyến khích sử dụng BCS: Đây là chương trình dự phòng lây nhiễm HIV hiệu quả với chi phí thấp. Người ta tính rằng, nếu 1 triệu BCS được bán và sử dụng trên thị trường thì đã dự phòng cho 30 đến 50 trường hợp lây nhiễm HIV/AIDS. Chương trình BCS không chỉ đơn thuần là việc cung cấp sử dụng BCS mà nó bao gồm nhiều thành tố từ việc nâng cao nhận thức của người dân về chương trình này, phân phối BCS, giáo dục đồng đẳng và khám chữa bệnh STIs.

Chương trình khuyến khích sử dụng BCS được áp dụng cho các đối tượng có hành vi tình dục nguy cơ như PNMD và bạn tình của họ. Chương trình này không chỉ triển khai cho đồng bào dân tộc Thái nói riêng, tuy nhiên tại một số địa bàn nghiên cứu có tình hình hoạt động ma túy, mại dâm phức tạp như các xã của huyện Quan Hoá, các đối tượng ma túy hiện đang sinh sống tại cộng đồng khá đông khoảng trên dưới 700 người, mại dâm thường không hoạt động tại địa bàn mà đi qua khu vực cửa khẩu, sang biên giới nước Lào hoặc đi đến các tỉnh khác nên rất khó kiểm soát

Số lượng BCS cấp cho GDVĐĐ và CTV để phân phát cho PNMD do Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS mua và cấp dựa trên ước tính số lượng PNMD trên địa bàn sử dụng trung bình mỗi ngày 2 BCS.

2.5.5.2. Chương trình BKT:

Chương trình trao đổi BKT: Được thực hiện cho các địa bàn có người NCMT, mục đích làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV do tiêm chích chung

Hàng năm Trung tâm Phòng chống AIDS Thanh Hóa làm đầu mối chung của toàn tỉnh, tìm hiểu nhu cầu và sở thích của người NCMT về loại BKT họ thường dung (1ml, 3ml) để mua và cấp. Số lượng BKT thường được tính và cấp về cho mỗi huyện dựa trên số lượng ước tính nhóm NCMT có trên địa bàn huyện. Thông thường ước tính mỗi người NCMT sử dụng 2 BKT/ngày, qua đó sẽ cấp đủ số lượng BKT cần thiết cho các huyện.

Việc triển khai chương trình trao đổi BKT cũng được thực hiện theo nhiều cách khác nhau như thông qua việc phân phát của GDVĐĐ, hoặc thông qua đội ngũ CTV. Đến năm 2009, ngoài các hình thức trên, BKT được đặt tại một số hộp cố định tại các vùng tụ điểm thuận lợi để người NCMT có thể tự đến lấy bất kể lúc nào trong ngày.

Việc thu nhặt và tiêu hủy BKT bẩn cũng được nhóm NC chú trọng và hướng dẫn, đào tạo cho đội ngũ GDVĐĐ và CTV

2.5.5.3. Chương trình giáo dục viên đồng đẳng

GDVĐĐ là việc tuyển dụng một nhóm người đã từng là PNMD, hay từng NCMT, những người có cùng cảnh ngộ thành một nhóm để giáo dục cho các đối tượng cùng cảnh ngộ về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Nhóm này chịu trách nhiệm tổ chức các buổi nói chuyện, tuyên truyền về phòng chống AIDS, phân phát tài liệu truyền thông và BCS hay BKT...

Theo hướng dẫn quốc gia mỗi GDVĐĐ chịu trách nhiệm tiếp cận và phân phát BKT hoặc BCS cho khoảng 30 PNMD hoặc NCMT, tuy nhiên, với địa bàn khu vực miền núi phức tạp như Quan Hóa và Lang Chánh, 25 PNMD hoặc NCMT cũng

được chấp nhận. Dựa trên nhu cầu về quản lý số lượng PNMD và NCMT tại địa bàn, tại hai huyện đã tuyển chọn được 25 GDVĐĐ.

Chương trình GDVĐĐ và chương trình khuyến khích sử dụng BCS luôn được song song triển khai và áp dụng cho đối tượng có nguy cơ cao. Cũng như chương trình khuyến khích sử dụng BCS, những đồng bào Thái trong địa bàn các huyện, xã can thiệp tỉnh Thanh Hóa sẽ được tham gia chương trình, khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.5.6. Tiến hành đánh giá can thiệp.

- Giai đoạn can thiệp nghiên cứu: từ năm 2007 đến năm 2012.
- Thời điểm đánh giá can thiệp 2 lần: năm 2009 (NC GK) và 2012 (NC SCT).
- Cách thu thập số liệu nghiên cứu: trình bày trong mục 2.6 bên dưới.
- Các chỉ số nội dung đánh giá: Theo nhóm các câu hỏi đánh giá về kiến thức, thái độ, hành vi (KAP) có liên quan tới phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng dân cư người Thái ở địa bàn nghiên cứu. Các chỉ số mô tả và phân tích đánh giá, xác định hiệu quả can thiệp xem tại mục 2.7 của Chương II này.

2.6. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

2.6.1. Thu thập số liệu thứ cấp.

Số liệu và báo cáo về kết quả hoạt động can thiệp phòng chống HIV/AIDS nói chung và cho nhóm DTTS nói riêng được thu thập tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa. Tại các huyện nghiên cứu cũng thu thập các số liệu về kết quả hoạt động can thiệp phòng chống HIV/AIDS cho nhóm DTTS thông qua kế hoạch hoạt động hàng năm và các báo cáo chuyên môn định kỳ hàng năm của TTYT huyện.

2.6.2. Nghiên cứu định lượng.

Các bước tiến hành và công cụ thu thập thông tin định lượng:

- Thiết kế Bộ câu hỏi cho phỏng vấn đối tượng trong nghiên cứu định lượng, chú ý tới yếu tố xã hội, văn hóa, phong tục... của người DTTS (xem phụ lục 5).

- Điều tra xã hội học, khảo sát ban đầu tại các xã được chọn trước khi tiến hành NC TCT nhằm tìm hiểu các thông tin về nhân khẩu, mức sống, văn hóa, phong tục, di biến động, tuổi kết hôn, trình độ văn hoá nói chung, ngôn ngữ tiếng Thái riêng, các khái niệm dùng trong bộ câu hỏi có hiểu được không, khái niệm về mốc thời gian, mức độ cởi mở trong QHTD, người dân có sẵn sàng cho phỏng vấn và lấy máu làm xét nghiệm không? tình hình sử dụng BCS trong sinh đẻ có kế hoạch, tình hình sử dụng ma túy trong nhóm dân tộc Thái thế nào? Đồng thời xem xét ai là điều tra viên mà người dân tin tưởng và sẽ nói trung thực về cuộc sống và hành vi của mình nhất...

- Thảo luận cụ thể với người có trách nhiệm trong chính quyền địa phương để lấy giấy phép cho cuộc nghiên cứu điều tra và can thiệp.

- Hiệu chỉnh lại bộ câu hỏi để tiến hành phỏng vấn thông qua các cuộc phỏng vấn thử nghiệm trên thực địa.

- Tiếp cận và tiến hành điều tra:

- + Điều tra viên đến địa điểm điều tra và tự giới thiệu mình và giải thích mục đích, ý nghĩa, quy trình nghiên cứu và sự bảo mật của thông tin phỏng vấn. Lấy ý kiến đồng ý tham gia của các loại đối tượng nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu được phát 1 tờ thông tin về cơ quan tổ chức điều tra để liên lạc khi cần thiết.

- + Tiến hành phỏng vấn về hộ gia đình đối với chủ hộ hoặc người đại diện. Sau đó tất cả các thành viên trong hộ gia đình từ 15 - 49 tuổi nếu đủ điều kiện tham gia đều được phỏng vấn theo bộ câu hỏi cá nhân. Lấy mẫu máu xét nghiệm sàng lọc HIV. Họ được nhận một khoản bồi dưỡng nhỏ cho sự tham gia tình nguyện của mình.

+ Sau khi tiến hành trả lời phỏng vấn và lấy máu xét nghiệm, đối tượng không được nhận kết quả xét nghiệm từ nghiên cứu này. Nếu muốn nhận kết quả xét nghiệm HIV, họ sẽ được hướng dẫn đến phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện của huyện để làm xét nghiệm chuẩn thức.

+ Để tránh trùng lặp người phỏng vấn, điều tra viên hỏi người phỏng vấn đã từng được phỏng vấn trước đây chưa (khoảng thời gian từ khi triển khai điều tra)?

- Lấy máu làm xét nghiệm HIV:

+ Lấy 3ml máu tĩnh mạch bằng BKT theo cách thông thường.

+ Sau khi lấy máu, tuýp đựng máu được bảo quản phích lạnh và chuyển về Trung tâm Y tế huyện để tiến hành ly tâm chất huyết thanh hàng ngày sau khi kết thúc buổi điều tra trên thực địa. Bảo quản huyết thanh ở âm 20°C và chuyển toàn bộ mẫu về cùng làm xét nghiệm tại nơi có phòng xét nghiệm chuẩn thức.

+ Vòng điều tra năm 2007 mẫu máu được xét nghiệm tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Tại các vòng 2 (GK) và 3 (SCT) được tiến hành tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa (do cơ sở xét nghiệm tại tỉnh đã hoàn thiện). Xét nghiệm HIV sẽ được làm theo phương cách xét nghiệm III của Tổ chức Y tế thế giới (Sàng lọc HIV bằng ELISA Genscreen V2; test II dùng ELISA Murex, test III dùng sinh phẩm xét nghiệm ngưng kết hạt bằng SFD).

2.6.3. Nghiên cứu định tính.

Nghiên cứu định tính được tiến hành theo bản hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm để thu thập các số liệu, thông tin phù hợp với mục tiêu (xem phụ lục 3). Thông tin được ghi băng và gõ băng theo các quy trình chuẩn của chương trình. Mọi thông tin đều được giữ bí mật cá nhân và lưu trữ cho thẩm định khi cần thiết.

Đối tượng nghiên cứu định tính là những cán bộ chủ chốt của địa bàn như Ủy ban nhân dân (UBND) huyện, Trung tâm Y tế huyện, Phòng Văn hóa thông tin huyện, Hội

Phụ nữ, Đoàn Thanh niên... trong huyện có tham gia hoặc có liên quan với chương trình phòng chống HIV/AIDS được chọn để phỏng vấn sâu về mức độ tham gia hoạt động, hiệu quả và khó khăn trong quá trình thực hiện cũng như một số yếu tố về kinh tế, văn hóa, xã hội ảnh hưởng đến kết quả hoạt động. Tình hình triển khai các hoạt động can thiệp dự phòng và sự phối kết hợp giữa các cơ quan, ban ngành tại địa phương. Đồng thời có được thông tin cơ bản về kết quả các hoạt động của dự án phòng chống HIV/AIDS và những nhận xét, đánh giá cụ thể, phản hồi về kinh nghiệm, bài học và những khó khăn cản trở trong quá trình thực hiện các chương trình can thiệp.

Các cuộc thảo luận nhóm tại xã với đại diện các ban ngành, đoàn thể, y tế, đối tượng nguy cơ cao tham gia để tìm hiểu những thông tin như tình hình chung về mức sống, phong tục tập quán, tình hình nhiễm HIV/AIDS, NCMT, mại dâm trên địa bàn, quá trình tham gia các hoạt động phòng chống AIDS, các khó khăn cản trở đối với sự tiếp cận dịch vụ y tế...

Nghiên cứu định tính qua phỏng vấn sâu đối tượng nguy cơ cao, người nhiễm HIV tìm hiểu các thông tin bổ sung cho kết quả định lượng bằng cách chọn một số đối tượng nhiệt tình cung cấp thông tin, biết về các mô hình can thiệp phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn và chấp nhận tham gia trả lời phỏng vấn.

Đề tài đã tiến hành 19 cuộc phỏng vấn sâu:

- + Phó chủ tịch UBND huyện phụ trách văn xã của 2 huyện
- + Lãnh đạo TTYT huyện 2 huyện.
- + 01 Cán bộ Phòng Văn hóa-Thông tin huyện của 2 huyện
- + Chủ tịch Hội phụ nữ huyện của 2 huyện
- + 01 Bí thư đoàn thanh niên huyện của 2 huyện
- + 03 cuộc phỏng vấn sâu người NCMT tại địa bàn
- + 03 cuộc phỏng vấn sâu người có HIV tại địa bàn
- + 03 cuộc phỏng vấn PNMD (đối với các huyện có hoạt động MD)

Thảo luận nhóm trọng tâm: 2 cuộc, mỗi cuộc từ 8-10 người. Một cuộc tại 1 xã điều tra tại 2 huyện. Thành phần gồm: 1) Đại diện UBND xã, 2) Đại diện CBYT xã, 3) Đại diện Hội phụ nữ xã, 4) Đại diện Đoàn thanh niên xã, 5) Già làng/trưởng bản của 3 bản, 6) Y tế bản của 3 bản, 7) Người nhiễm HIV, 8) Người NCMT (GDVĐĐ tham gia chương trình). Đối tượng thảo luận nhóm trọng tâm này là ở tuyến xã, không bao gồm đối tượng phỏng vấn sâu.

2.7. CÁC CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU.

Bảng 2.1. Các chỉ số mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và đánh giá can thiệp (dựa trên Bộ chỉ số Chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia) [1]

TT	Chỉ số	Trình bày chỉ số
1. Kiến thức về phòng chống HIV/AIDS		
1	Hiểu biết đúng về biện pháp phòng tránh HIV- Bao gồm cả 3 thành phần	Tỷ lệ phần trăm số người trả lời cho rằng có thể phòng tránh HIV bằng cách luôn sử dụng BCS, QHTD với 1 bạn tình chung thủy và không bị nhiễm bệnh, và không dùng chung BKT/Số người được điều tra có trả lời 3 câu hỏi trên.
2	Không hiểu sai về AIDS - Bao gồm 3 thành phần	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi không hiểu sai về 2 cách lây truyền: HIV không lây truyền qua muỗi đốt; ăn chung với người đang sống chung với HIV/AIDS không lây nhiễm HIV và cho rằng một người khỏe mạnh có thể đã nhiễm HIV/ Số người được điều tra có trả lời 3 câu hỏi trên.

3	Hiểu biết toàn diện về AIDS- Chỉ số dự phòng 20, bộ chỉ số Quốc gia (trả lời đúng 2 biện pháp phòng tránh AIDS và phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS)	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi trả lời đúng 3 phương pháp phòng tránh HIV (luôn sử dụng BCS đúng cách, QHTD chung thủy với một bạn tình mà người đó cũng chung thủy và không bị nhiễm HIV) và phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS (HIV lây truyền qua đường muỗi đốt, ăn chung với người nhiễm HIV/AIDS và cho rằng một người khỏe mạnh có thể đã bị nhiễm HIV)/ Số người được điều tra trả lời 5 ý trên.
4	Hiểu biết toàn diện về AIDS trong nhóm thanh niên từ 15 đến 24 tuổi.	Tỷ lệ % số thanh niên trong độ tuổi từ 15 đến 24 được hỏi trả lời đúng 2 phương pháp phòng tránh HIV và phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS/Số thanh thiếu niên được điều tra trả lời 5 ý trên.
5	Kiến thức về lây truyền từ mẹ sang con	Tỷ lệ phần trăm số người trả lời cho rằng virus HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con ở cả 3 giai đoạn hành vi/ Số người được điều tra có trả lời câu hỏi.
6	Kiến thức về phòng tránh lây truyền mẹ con bằng cách sử dụng thuốc kháng virut trong quá trình mang thai	Tỷ lệ phần trăm số người trả lời cho rằng lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể phòng tránh bằng việc sử dụng thuốc kháng virut trong quá trình mang thai của người mẹ/ Số người được điều tra có trả lời câu hỏi.
7	Hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm số người trả lời biết nơi có thể nhận được BCS, biết nơi có thể nhận được tư vấn xét nghiệm HIV, biết một số

		biểu hiện chính bệnh lây truyền qua đường tình dục, biết có thuốc điều trị AIDS để người nhiễm sống lâu hơn, và biết có thuốc điều trị cho mẹ bị nhiễm HIV làm giảm lây truyền từ mẹ sang con/ Số người được điều tra có trả lời 5 câu hỏi trên.
2.Thái độ phân biệt đối xử đối với người sống chung với HIV/AIDS		
8	Thái độ không kỳ thị đối với người nhiễm HIV/AIDS (không sợ hãi lây nhiễm)	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi có thái độ chấp nhận, sẵn sàng chăm sóc cho thành viên trong gia đình bị ốm do AIDS và sẵn sàng mua rau/thức ăn của người bán hàng bị nhiễm HIV/AIDS/ Số người được điều tra có trả lời 2 câu hỏi trên.
9	Thái độ không kỳ thị đối với người nhiễm HIV (không xấu hổ, đổ lỗi, phán xét)	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi có thái độ chấp nhận đối với nữ giáo viên có HIV dương tính và cho phép được tiếp tục giảng dạy khi chưa bị ốm do AIDS và không cần giữ kín tình trạng nhiễm HIV của thành viên trong gia đình/ Số người được điều tra có trả lời 2 câu hỏi trên.
10	Thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV vì tình trạng của họ	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi trả lời không đồng tình là người nhiễm HIV phải thấy xấu hổ về bản thân mình và có lỗi trong việc mang bệnh tật về cho cộng đồng/Số người được điều tra có trả lời 2 câu hỏi trên.
11	Thái độ tích cực với HIV/AIDS	Số người trong độ tuổi 15-49 đã từng nghe

	(Chỉ số dự phòng 22, bộ CS Quốc gia) – nhóm 15-49 tuổi	nói HIV/AIDS và trả lời có thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV/AIDS đúng cả 4 câu hỏi: sẵn sàng mua rau/thức ăn của người bán hàng bị nhiễm HIV; sẵn sàng chăm sóc cho người trong gia đình bị ốm do AIDS; không cần giữ kín tình trạng nhiễm HIV của thành viên trong gia đình; và chấp nhận đối với nữ giáo viên có HIV được tiếp tục giảng dạy khi đang khỏe mạnh/ Số người được điều tra có trả lời 4 câu hỏi trên.
12	Thái độ tích cực với HIV/AIDS (Chỉ số dự phòng 22, bộ CS Quốc gia) – nhóm 15-24 tuổi	Như trên đối với nhóm TTN
3. Hành vi QHTD nguy cơ lây truyền HIV và sử dụng BCS		
13	Tỷ lệ người dân 15-49 tuổi cho biết có QHTD với bạn tình ngoài hôn nhân trong 12 tháng qua – CS 23, bộ CS Quốc gia	Người dân 15-49 tuổi cho biết có QHTD ngoài hôn nhân (không chung sống) trong 12 tháng qua/ Tổng số người được điều tra
14	Tỷ lệ người có sử dụng BCS trong lần QHTD lần gần nhất với bạn tình ngoài hôn nhân	Người dân 15-49 tuổi cho biết có sử dụng BCS khi QHTD lần gần đây nhất với bạn tình ngoài hôn nhân / Số người có QHTD ngoài hôn nhân trong 12 tháng qua.
15	Tỷ lệ người dân 15-49 tuổi cho biết thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình ngoài hôn nhân trong 12 tháng qua	Số người dân 15-49 tuổi thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình ngoài hôn nhân (không chung sống) trong 12 tháng qua/ Số người có QHTD ngoài hôn nhân trong 12 tháng qua.

16	Tỷ lệ nam giới có QHTD với PNMD trong 12 tháng qua	Số nam giới có QHTD với PNMD trong 12 tháng qua/ Tổng số nam giới được điều tra.
17	Tỷ lệ nam giới có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất với PNMD	Số nam giới có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất với PNMD/ Số nam giới có QHTD với PNMD được điều tra.
18	Tỷ lệ nam giới thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với PNMD trong 12 tháng qua	Số nam giới thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với PNMD trong 12 tháng qua/ Số nam giới có QHTD với PNMD được điều tra.
4. Hành vi sử dụng ma túy		
19	Tỷ lệ người sử dụng ma túy	Số người có sử dụng ma túy/Tổng số người được điều tra
20	Tỷ lệ người có tiêm chích ma túy	- Số người có tiêm chích ma túy/Tổng số người được điều tra - Số người có tiêm chích ma túy/Tổng số người sử dụng ma túy
21	Tỷ lệ người TCMT có sử dụng lại bơm kim tiêm mà người khác đã hoặc vừa dùng xong trong 1 tháng qua	Số người TCMT có dùng chung BKT với người khác trong 1 tháng qua / Số người có tiêm chích ma túy
22	Tỷ lệ người tiêm chích ma túy có đưa bơm kim tiêm mà mình đã hoặc vừa dùng xong trong 1 tháng qua	Số người TCMT có đưa BKT cho người khác trong 1 tháng qua /Tổng số người có tiêm chích ma túy
5. STI và nơi điều trị		
23	Tỷ lệ người có triệu chứng mắc STI trong 12 tháng qua	Số người mắc STI/Tổng số người được điều tra có nghe nói về các bệnh STI

24	Tỷ lệ người đến các cơ sở y tế điều trị STI	Tỷ lệ phần trăm số người có triệu chứng STI trong vòng 12 tháng qua tìm đến các cơ sở y tế để điều trị STIs/ Số người báo cáo có mắc STI.
6. Xét nghiệm HIV		
25	Đã từng xét nghiệm HIV	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi trả lời đã từng làm xét nghiệm HIV/ Tổng số người điều tra.
26	Làm xét nghiệm HIV, nhận kết quả xét nghiệm trong vòng 12 tháng qua.	Tỷ lệ phần trăm người trong độ tuổi từ 15-49 được làm xét nghiệm HIV, nhận được kết quả xét nghiệm trong vòng 12 tháng qua/ Tổng số người được điều tra.
27	Phụ nữ mang thai được tư vấn và xét nghiệm HIV	Tỷ lệ phần trăm số phụ nữ được tư vấn và được đề nghị làm xét nghiệm HIV trong lần khám thai của lần mang thai gần đây nhất, chấp nhận đề nghị, làm xét nghiệm và nhận kết quả xét nghiệm/Tổng số phụ nữ có thai trong 2 năm qua.
7. Nhận được các can thiệp và phòng tránh HIV		
28	Từng tiếp cận thông tin tuyên truyền về HIV/AIDS	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi trả lời đã từng tiếp cận với thông tin về HIV/AIDS/ Tổng số người được điều tra.
29	Nhận được thông tin tuyên truyền về phòng chống HIV/AIDS trong vòng 12 tháng qua	Tỷ lệ phần trăm số người được hỏi trả lời đã từng nhận được thông tin tuyên truyền về phòng chống HIV/AIDS trong vòng 12 tháng qua thông qua mỗi kênh truyền thông/Tổng số người được điều tra.

30	Tỷ lệ hiện nhiễm HIV	Tỷ lệ phần trăm số người xét nghiệm phát hiện HIV dương tính/ Tổng số người được xét nghiệm
----	----------------------	---

2.8. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

2.8.1. Nhập số liệu

Phần mềm EPI-INFO 6.04 được sử dụng để nhập và quản lý số liệu. Số liệu do nhóm chuyên gia của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương và Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam làm sạch số liệu trước khi nhập vào phần mềm. Quy trình làm sạch số liệu như kiểm tra lỗi tùy chọn, mã hoá và chuyển câu sẽ được tạo ra trong phần mềm “check” của EPI-INFO.

2.8.2. Phân tích số liệu

2.8.2.1. Phân tích trong mô tả thực trạng

Đầu tiên, số liệu được mã hoá lại được chỉnh lý đảm bảo tính chính xác, thống nhất và hoàn chỉnh. Trước khi phân tích số liệu, sự phân bố của mỗi biến sẽ được mô tả. Các biến tiếp diễn sẽ được định nhóm lại thành các phân loại dựa trên bậc quartile.

Các biến kết quả bao gồm: mức độ kiến thức, thái độ, hành vi, tỷ lệ nhiễm HIV và các yếu tố liên quan. Các kết quả này được so sánh giữa các vòng NC (TCT, GK, SCT) kiểm định bằng tets χ^2 hai phía. Một số phép so sánh đơn biến, hai biến được thực hiện để tìm hiểu sự liên quan về kiến thức, thái độ đối với HIV với các biến độc lập; mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm HIV và các mức độ của yếu tố nguy cơ. Kiểm định χ^2 , loại bỏ giả thuyết Ho với mức độ ý nghĩa 0,05 sẽ được sử dụng. Phép hồi quy Logistic được áp dụng để ước tính tỷ suất chênh cho kiến thức, thái độ, nhiễm HIV và mỗi yếu tố nguy cơ.

2.8.2.2. Phân tích đa biến

Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để phân tích đa biến. Các biến lựa chọn vào mô hình logistic dựa trên hiểu biết trước và mức độ tỷ suất nguy cơ trong phân tích đơn biến. Multicollarity sẽ được kiểm tra trước khi phân tích đa biến. Đối với các biến tương quan cao, chỉ một biến đại diện sẽ được lựa chọn. Phần mềm thống kê SPSS 17.0, được sử dụng phân tích số liệu.

2.8.2.3. Phân tích Hiệu quả can thiệp (HQCT%) và Chênh lệch hiệu quả (CLHQ%)

Để xác định hiệu quả can thiệp ở các thời điểm giữa kỳ (Năm 2009) và cuối kỳ (năm 2012) các chỉ số so sánh thông qua các công thức sau:

$$HQCT (\%) = \frac{|P2 - P1|}{P1} \times 100$$

Trong đó P1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước can thiệp (TCT) năm 2007; P2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau can thiệp (SCT) năm 2012 hoặc giữa kỳ (GK) năm 2009.

$$CLHQ (\%) = HQCT_{(SCT)} - HQCT_{(GK)}$$

2.8.2.4. Phân tích định tính

Các cuộc phỏng vấn, thảo luận nhóm được ghi âm và “gỡ băng” ghi âm để nhập và phân tích bằng phần mềm N-Vivo trên cơ sở xây dựng tree nodes. Các bản gỡ băng có tên văn bản (file) riêng (được mã hoá hệ thống theo qui định về nhóm đối tượng phỏng vấn, địa chỉ) và được nhập vào phần mềm Nvivo 7 làm nguồn phân tích. Khung chủ đề gồm các chủ đề lớn (theme) và chủ đề nhánh (sub-theme) được định dạng heading từ văn bản word để mã hoá tự động bởi chức năng của phần mềm Nvivo 7.

2.9. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

Nghiên cứu chỉ tiến hành trên phạm vi trong một số xã, thôn bản người dân tộc Thái tỉnh Thanh Hoá nên chưa thể khái quát và đại diện một cách chính xác cho các tỉnh khác trong cả nước và các vùng dân tộc người Thái khác.

Số đối tượng tham gia điều tra trước, giữa kỳ và sau can thiệp không hoàn toàn đồng nhất và tại địa phương còn có một số các hoạt động can thiệp khác diễn ra cùng thời điểm nghiên cứu nên có thể có sai số do nhiễu. Ngoài ra, còn có thể gặp sai số nhớ lại từ phía đối tượng nghiên cứu.

2.10. KHÍA CẠNH ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Lấy ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng. Mọi thông tin liên quan đến danh tính cá nhân được điều tra viên, nghiên cứu viên hoàn toàn bảo mật

Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt đề cương của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng

Nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh trường Đại học Y tế công cộng phê duyệt. Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh học, trường Đại học Y tế công cộng thẩm định và phê duyệt trước khi triển khai thu thập số liệu.

Đề tài này cũng là một nhánh phát triển sâu thêm của đề tài khoa học cấp Bộ đã được nghiệm thu năm 2007.

CHƯƠNG III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu định lượng được tiến hành trước can thiệp năm 2007, đánh giá giữa kỳ 2009 và đánh giá sau can thiệp 2012.

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu tại ba thời điểm đánh giá

Đặc điểm dân số học	Năm 2007		Năm 2009		Năm 2012		p- value	
	n	%	n	%	n	%		
Tuổi								
	15-24	276	33,7	241	31,1	240	30,0	>0,05
	25-34	197	24,0	208	26,8	242	30,3	>0,05
	35-49	347	42,3	327	42,1	318	39,8	>0,05
Giới								
	Nam	383	46,7	379	47,8	402	50,1	>0,05
	Nữ	437	53,3	414	52,2	400	49,9	>0,05
Tình trạng hôn nhân								
	Chưa lập gia đình	15	2,5	40	5,1	147	18,3	>0,05
	Đang sống cùng vợ/chồng	560	94,0	730	92,0	629	78,4	>0,05
	Khác	21	3,5	23	2,9	26	3,2	>0,05
Tôn giáo								
	Có	1	0,1	0	0	3	0,4	>0,05
	Không	792	99,9	793	100	791	99,6	>0,05
Nghề nghiệp								
	Làm ruộng/làm rẫy	629	79,3	674	85,0	697	86,9	>0,05
	Công nhân, nhân viên	20	2,5	25	3,2	28	3,5	>0,05
	Đang đi học	87	11,0	56	7,0	39	4,9	>0,05
	Nghề tự do, buôn bán	22	2,7	18	2,3	20	2,5	>0,05
	Nghề khác	36	4,5	20	2,5	38	8,2	>0,05

Số lượng hộ gia đình điều tra cả 3 vòng là tương đương nhau; tỷ lệ người đồng ý tham gia nghiên cứu thấp nhất ở vòng điều tra ban đầu (nam: 92,1 và nữ 95,4%) và đạt 100% ở điều tra 2012. Tỷ lệ đồng ý cho lấy máu xét nghiệm cũng rất cao ở cả nam (lần lượt 3 vòng là 91,8%; 95,5% và 99,5%) và nữ (95%; 96,2% và 100%). Tỷ lệ nam nữ tham gia nghiên cứu gần tương đương nhau giữa các vòng điều tra (nam: 46,7%; 47,8%; 51,1% và nữ: 53,3%; 52,2%; 49,9%). Tỷ lệ độ tuổi của những người từ 15-49 tuổi trong nhóm ĐTCN nhìn chung khá đồng nhất ở 3 vòng điều tra; Tỷ lệ nhóm tuổi từ 15-24 cũng tương đương nhau (33,7%; 33,0% và 30,0%).

Phần lớn các hộ gia đình có từ 4 nhân khẩu trở lên, tỷ lệ hộ gia đình có từ 5 người lần lượt là 30,8%, 28,7%, và 20,6% qua ba vòng điều tra. Có hơn 96% hộ gia đình đã có điện vào năm 2012. Tỷ lệ hộ gia đình có radio giảm từ 36,5% năm 2007 xuống còn 12,5% năm 2012, trong khi đó, tỷ lệ hộ có tivi tăng từ 62,9% lên 89,9%. Tỷ lệ có điện thoại di động tăng từ 5,7% lên 87% vào năm 2012.

Đa số ĐTNC đã có gia đình (vợ/chồng) hiện đang sống cùng nhau và chiếm tỷ lệ cao ở điều tra TCT so với điều tra giữa kỳ (GK) và SCT (94%; 92% và 78,4%). Tỷ lệ đối tượng hiện đang sống độc thân cao nhất ở điều tra SCT (18,3%). Cũng giống như các vùng DTTS khác trên cả nước, đồng bào Thái ở đây chủ yếu sống bằng nghề nông nghiệp và các công việc liên quan đến rừng, nương rẫy (>80%). Số còn lại chủ yếu là đang đi học hoặc làm các nghề khác như nghề thủ công, buôn bán, tự do.

Ở cả ba vòng điều tra đều có tỷ lệ người dân tộc Thái trên 97%, số còn lại là dân tộc khác không đáng kể.

Bảng 3.2. Đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm xã hội	Năm 2007		Năm 2009		Năm 2012		p - value
	n	%	n	%	n	%	
Khả năng sử dụng tiếng phổ thông							
<i>Biết nói thành thạo</i>	768	98,8	767	96,7	800	99,8	>0,05
<i>Biết đọc thành thạo</i>	685	88,4	702	88,6	758	94,5	>0,05
<i>Biết viết thành thạo</i>	672	86,8	693	87,5	747	93,1	>0,05
Trình độ học vấn							
<i>Chưa bao giờ đi học</i>	15	1,8	26	3,5	17	2,1	>0,05
<i>Tiểu học</i>	262	32,8	221	27,9	176	22,2	>0,05
<i>PTCS</i>	330	39,9	323	40,8	374	46,6	>0,05
<i>PTTH</i>	185	21,9	189	23,9	205	25,5	>0,05
<i>Cao đẳng, đại học</i>	28	3,5	31	3,9	30	3,6	>0,05
Thời gian sinh sống thường trú tại địa bàn							
<i>< 5 năm</i>	29	3,7	27	3,4	38	4,7	>0,05
<i>5-10 năm</i>	40	4,9	34	4,3	14	1,8	>0,05
<i>>10 năm</i>	313	91,4	727	92,3	746	94,5	>0,05
Có đi xa nhà trong 12 tháng qua							
12 tháng qua	104	13,1	102	37,6	106	13,2	>0,05

Người Thái ở đây đều biết nói tiếng dân tộc mình, sử dụng tiếng Thái trong giao tiếp hàng ngày, tuy nhiên người biết đọc và viết tiếng Thái thì ngày càng hiếm vì không được đào tạo. Đây là lý do tại sao chúng ta đã từng khuyến cáo đối với truyền thông cho nhóm đồng bào dân tộc thiểu số không sử dụng tài liệu bằng chữ dân tộc mà chỉ truyền thông bằng lời nói.

Trong nghiên cứu TCT, GK và SCT, hầu hết ĐTNC có trình độ học vấn từ bậc phổ thông trung học trở xuống, số người có trình độ cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ rất thấp. Người có trình độ học vấn tiểu học và trung học cơ sở chiếm tới 74% (NC TCT), 62% (NC GK) và 70% (NC SCT). Tỷ lệ người học lên phổ thông trung học và đại học tuy có tăng nhưng không đáng kể.

Có đến 2,1% ĐTNC chưa từng đi học ở điều tra SCT, và thêm một số đối tượng tái mù (không biết đọc, viết tiếng Việt), do đó vẫn còn hơn 11% ĐTNC mù chữ không biết đọc và viết tiếng phổ thông, họ hầu hết là phụ nữ đã nghỉ học ở cấp tiểu học và gánh vác các công việc kiếm sống hàng ngày ở nhà.

NC GK cho thấy có tới 37,6% người có đi xa nhà trong 12 tháng trước điều tra nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ xuất hiện đặc trưng nhân khẩu về học vấn và di biến động dân cư giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu của các năm 2007, 2009 và 2012.

3.2. THỰC TRẠNG VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VÀ TIẾP CẬN DỊCH VỤ PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM HIV CỦA NHÓM NGƯỜI THÁI 15-49 TUỔI Ở NC TCT NĂM 2007

3.2.1. Thực trạng về kiến thức phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS

Qua kết quả NC TCT năm 2007 cho thấy có trên 90% người dân tộc thiểu số tại 2 huyện Quan Hóa và Lang Chánh đã từng nghe nói về bệnh HIV/AIDS. Tuy nhiên tỷ lệ người có kiến thức tốt và trả lời đúng ở từng nhóm kiến thức về lây nhiễm HIV trong cuộc điều tra ngang tại 4 xã nghiên cứu ở mức thấp hoặc rất thấp, kết quả có ở các bảng dưới đây.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng theo nhóm kiến thức phòng chống HIV/AIDS ở NC TCT

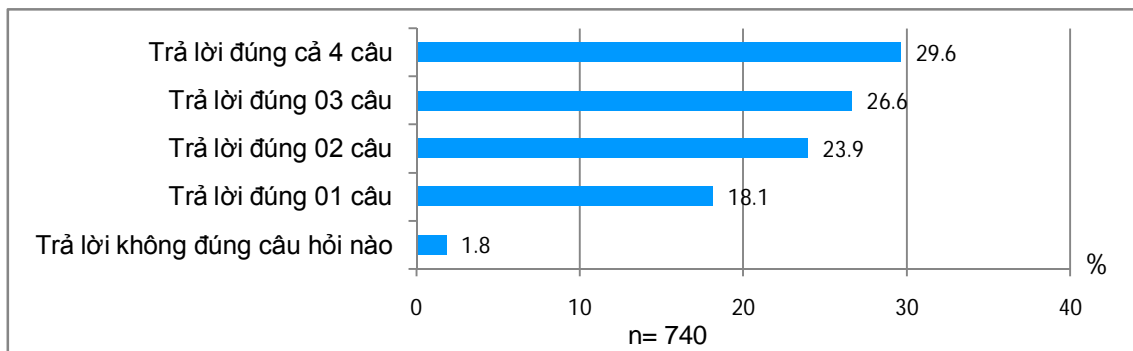
Nhóm kiến thức	Kết quả trả lời đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ %
a) Kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV (n=740)	219	29,6
b) Phản đối quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV (n=741)	268	36,2
c) Hiểu biết về các loại dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV (n=760)	85	11,2
d) Hiểu biết về đường lây truyền HIV từ mẹ sang con (n=820)	444	54,1

Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng của đối tượng theo từng câu hỏi ở NC TCT

Kiến thức phòng chống HIV/AIDS	Kết quả trả lời đúng	
	SL	%
Dùng chung/ dùng lại BKT có thể bị lây nhiễm HIV (n=740)	665	89,9
Sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD có thể phòng HIV (n=740)	445	60,1
Sống chung thủy thì có thể phòng tránh HIV (n=740)	475	64,2
Hoàn toàn không QHTD có thể phòng tránh HIV (n=740)	370	50,0
Muỗi đốt không thể lây truyền HIV (n=741)	426	57,5
Ăn uống chung với người có HIV không lây nhiễm HIV (n=741)	528	71,3
Một người trông khỏe mạnh có thể mang virus HIV (n=740)	431	58,2
HIV có thể lây từ mẹ sang con (biết đủ 3 thời điểm: lúc mang thai, đẻ, khi cho bú) (n=820)	444	54,1
Đã có thuốc điều trị cho mẹ nhiễm HIV để giảm lây truyền HIV sang con (n=760)	161	21,2
Đã có thuốc điều trị HIV để giúp người nhiễm khỏe hơn hoặc sống lâu hơn (n=762)	298	39,1
Biết nơi làm xét nghiệm HIV (n=762)	446	58,5
Biết nơi có thể có BCS (n=762)	621	81,5
Nghe nói về bệnh STI (n=803)	644	80,2

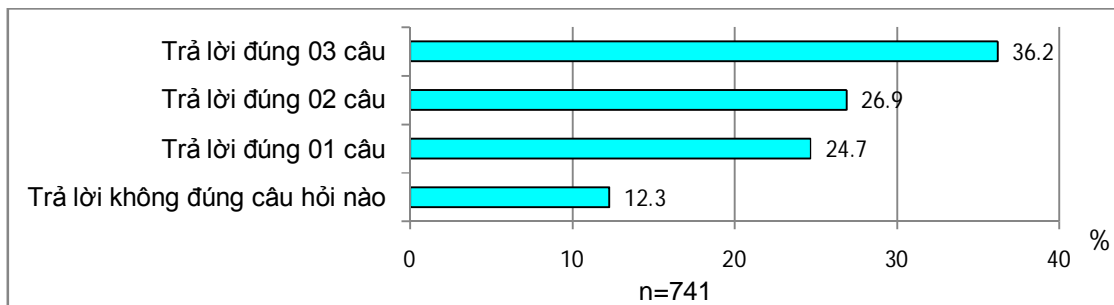
Kết quả cho thấy tỷ lệ trả lời đúng theo từng câu hỏi về kiến thức phòng chống HIV/AIDS nhìn chung còn thấp, dao động ở mức trên dưới 50%. Cá biệt một số câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng cao như dùng chung, dùng lại BKT có thể lây nhiễm HIV (89,9%), ăn uống chung với người nhiễm HIV không lây nhiễm HIV (71,3%), sống chung thủy có thể phòng tránh HIV (64,2%), biết nơi có thể nhận được BCS (81,5%), biết nơi có thể làm xét nghiệm HIV (58,5%) hoặc đã nghe nói về bệnh lây truyền qua đường tình dục (80,2%). Tuy nhiên có những câu tỷ lệ người trả lời đúng rất thấp như đã có thuốc điều trị cho mẹ làm giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con (21,2%), đã có thuốc điều trị cho người nhiễm HIV giúp sống lâu hơn (39,1%) hoặc muỗi đốt không lây nhiễm HIV (57,5%).

Nhóm kiến thức dự phòng HIV năm 2007



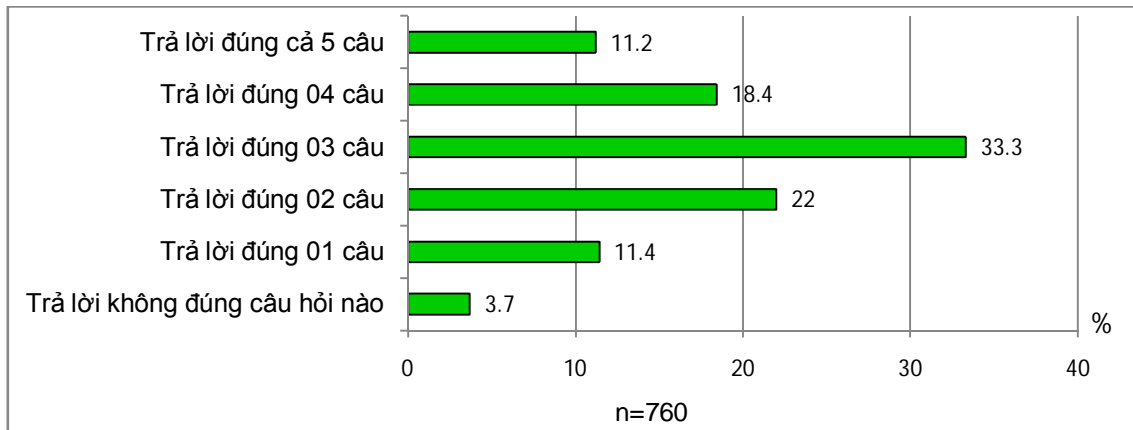
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng các câu hỏi nhóm kiến thức dự phòng 2007

Nhóm kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS năm 2007



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng các câu hỏi quan niệm sai lầm 2007

Nhóm kiến thức hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS năm 2007



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ ĐTNC trả lời đúng về dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV 2007

Mức độ trả lời đúng đối với các câu hỏi phụ thuộc sự quan tâm của người dân đối với đường lây nhiễm HIV hay nói rõ hơn là tình hình nguy cơ lây nhiễm đang diễn ra tại nơi họ sống, như TCMT và dùng chung BKT (89,9%). Tỷ lệ người trả lời không đúng câu hỏi nào, hoặc đúng chỉ 1 câu là rất thấp như biểu đồ trên.

3.2.2. Thực trạng thái độ của đối tượng về phòng chống lây nhiễm HIV

Bảng 3.5. Tỷ lệ trả lời đúng theo nhóm thái độ đối với lây nhiễm HIV ở NC TCT

Nhóm thái độ về lây nhiễm HIV	Kết quả trả lời đúng	
	SL	%
a) Không kỳ thị (không sợ bị lây nhiễm HIV) (n=760)	289	38,0
b) Không kỳ thị đổ lỗi phán xét người nhiễm HIV (n=745)	254	34,1
c) Không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS (n=732)	105	14,3

Khi phân tích câu trả lời đúng theo các nhóm thái độ cho thấy kết quả tỷ lệ câu trả lời đúng của đối tượng là khá thấp, chỉ đạt 38% người trả lời đúng các câu hỏi về thái độ không kỳ thị, 34,1% người trả lời đúng các câu hỏi không kỳ thị đổ lỗi phán xét và đặc biệt thấp với 14,3% người trả lời đúng về không phân biệt đối xử với người nhiễm.

Bảng 3.6. Tỷ lệ trả lời đúng theo tình huống cụ thể liên quan tới lây nhiễm HIV ở NC TCT

Thái độ đối với lây nhiễm HIV	Kết quả trả lời đúng	
	SL	%
Có thể ăn hoặc mua thức ăn của người bán hàng bị nhiễm HIV (n=762)	297	39,0
Sẵn sàng chăm sóc người thân nhiễm HIV tại nhà (n=760)	675	88,8
Không giữ bí mật nếu có người trong gia đình bị nhiễm HIV (n=754)	452	59,9
Nên cho giáo viên nhiễm HIV còn khỏe tiếp tục giảng dạy (n=752)	473	62,9
Không đồng ý rằng người nhiễm HIV phải thấy xấu hổ về bản thân mình (n=732)	167	22,8
Không đồng ý rằng người nhiễm HIV là có lỗi vì mang bệnh tật về cho cộng đồng (n=732)	148	20,2

Kết quả trên cho thấy: Trừ thái độ sẵn sàng chăm sóc người thân nhiễm HIV tại nhà (đạt 88,8%), còn hầu hết câu trả lời của đối tượng với những câu hỏi liên quan tới thái độ khác phòng lây nhiễm hoặc đối xử với người nhiễm HIV đều với tỷ lệ thấp hoặc rất thấp so với yêu cầu của chương trình phòng chống HIV/AIDS hiện nay.

3.2.3. Thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT.

3.2.3.1. Sử dụng BCS trong QHTD

Bảng 3.7. Tỷ lệ trả lời đúng về hành vi sử dụng BCS trong QHTD ở NC TCT

Hành vi QHTD và sử dụng BCS	Kết quả điều tra 2007	
	SL	%
Đối tượng NC đã từng QHTD (n=820)	623	76,0
Sử dụng BCS khi QHTD với vợ/chồng/ người yêu lần gần nhất	48	7,9
Sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình lần gần nhất.	50	8,0

Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã từng có QHTD khá cao, trên 76%, thì tỷ lệ người có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất rất thấp chỉ có 7,9% với vợ, chồng hay người yêu (bạn tình quen thuộc) và 8% với mọi loại bạn tình (bạn tình bất chợt không quen thuộc, PNMD).

Đồng bào dân tộc Thái ở địa bàn 2 huyện nghiên cứu đều sống rất thuần túy, ít có các mối quan hệ phức tạp tình dục ngoài hôn nhân, hầu hết họ đều tuân thủ các phong tục truyền thống về quan hệ vợ chồng của làng bản người dân tộc. Có thể có các cô gái thôn bản đi làm tiếp thị các dịch vụ vui chơi giải trí hoặc mại dâm ở các thành phố, đô thị khác. Điều kiện kinh tế nghèo khó cũng hạn chế nam thanh niên thôn bản đi tìm và QHTD với PNMD. Ý kiến của phó Chủ tịch huyện Quan Hóa cho rằng “*Phải khẳng định hiện tại tại Quan Hóa là không có tụ điểm, không có ổ mại dâm. Có thể có PNMD đi hoạt động nơi khác thì mình không kiểm soát được. Thực sự mà nói, bây giờ văn hóa du nhập vào trong địa bàn này do đó quan hệ trước hôn nhân hoặc là tảo hôn thì ở đây vẫn có. Quan hệ trước hôn nhân không may có vấn đề gì xảy ra không an toàn thì họ cũng lấy nhau. Tuy nhiên không có liên quan đến chuyện quan hệ nhiều bạn*

tình hoặc hoạt động mại dâm ở địa bàn”. Kết quả TLN tại các xã điều tra: “Chương trình cấp BCS, BKT...lúc đầu chưa nhận được sự ủng hộ của người dân, vì họ ngại bị hiểu lầm...”.

3.2.3.2. Nghiên cứu ma túy ở NC TCT

Điều tra trong năm 2007 tại địa bàn 4 xã nghiên cứu thuộc 2 huyện Quan Hóa, Lang Chánh số đối tượng tự báo cáo có NCMT là 15 người, chiếm tỷ lệ 1,9% tổng số người điều tra. Tuy nhiên số liệu điều tra thực tế thì số NCMT tại địa bàn 4 xã NC là 73 người, chiếm gần 10% số đối tượng.

Theo số liệu lập bản đồ của TTYT huyện Quan Hóa năm 2007 vào thời điểm cao điểm nhất có tới 676 người NCMT. Phó Chủ tịch huyện Quan Hóa: *“Tình hình NCMT tại địa bàn huyện Quan Hóa theo số liệu thống kê chưa đầy đủ của Ban chỉ đạo phòng chống HIV/AIDS của huyện hiện nay khoảng trên 500 người. Số người nghiện đa phần là nam giới, có người nghiện chích cách đây hơn 10 năm và số này rơi vào nam thanh niên tầm khoảng 18 đến dưới 30 tuổi”.* Ý kiến của Giám đốc TTYT huyện: *“Con số có hồ sơ khoảng 200-300 nhưng có một số người nghiện mà huyện vẫn chưa đưa vào hồ sơ hoặc chỉ theo dõi khoảng tầm 400-500 NCMT sống tại địa bàn thôi, còn số lưu động số vắng lai thì khá là nhiều. Bởi vì tập trung ở Bá Thước lên đây, rồi Mai Châu-Hòa Bình, thậm chí cả Quan Sơn, Mường Lát cũng xuống đây - vì đây là nơi trung chuyển ma túy qua biên giới”.*

Vẫn còn một số điểm hạn chế của chương trình, đó là các GDVĐĐ có học vấn thấp, một số còn sử dụng ma túy và tính ổn định không cao do bị bắt, hoặc vào trung tâm cai nghiện hoặc bị chết. Do đó khi mở các lớp tập huấn cho GDVĐĐ về kiến thức HIV/AIDS và kỹ năng tiếp cận đối tượng đích hàng năm, Trung tâm y tế huyện vẫn mời thêm một số người NCMT tại địa bàn các xã tham dự để sẵn sàng thay thế GDVĐĐ mới khi cần.

3.2.4. Thực trạng tiếp cận với một số biện pháp can thiệp phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT năm 2007

3.2.4.1. Tiếp cận với dịch vụ thông tin, truyền thông

Bảng 3.8. Kết quả tiếp cận hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS TCT

Nội dung hoạt động	Kết quả tiếp cận hoạt động
Truyền thông đại chúng đài truyền thanh truyền hình huyện:	
- Số bài phát	38
- Số buổi phát	113
Phát thanh trên hệ thống loa đài xã bằng tiếng Thái:	
- Số bài phát	83
- Số buổi phát	635
Đội truyền thông lưu động, chiếu video tiếng Thái tại thôn bản:	
- Số buổi	Trung bình mỗi quý/đợt/xã (3-4 bản)
- Ước tính số lượt người tham dự	Không thống kê
Truyền thông nhóm nhỏ tại cộng đồng, tại các cuộc họp bản:	
- Số cuộc	802
- Ước tính số lượt người tham dự	57.993

Trước năm 2007 tại địa bàn 2 huyện Quan Hóa và Lang Chánh không có dự án nào về phòng chống HIV/AIDS ngoài chương trình Quốc gia. Tại huyện Quan Hóa cũng có một số dự án nhỏ về phòng chống ma túy của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội và Bộ Công an thực hiện. Tới thời điểm hiện nay, chỉ có duy nhất Dự án phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới (WB) và Bộ phát triển Quốc tế Vương quốc Anh (DFID) tài trợ.

Với địa bàn huyện thuộc vùng núi cao, vùng sâu vùng xa có những khó khăn: “Đối với đài truyền thanh, truyền hình huyện ước tính độ bao phủ từ 30-35% cộng đồng nhận được thông tin” (Lãnh đạo Phòng Văn hóa thông tin huyện).

Tuy vậy thông tin về phòng chống HIV/AIDS nhận được từ loa phát thanh xã cũng không hoàn toàn như mong đợi của chương trình. Vì lý do loa phát thanh tại xã cũng chỉ bao phủ được khu vực trung tâm, và hơn nữa là do bận công việc đồng áng, nương rẫy và việc bận rộn kiếm ăn hàng ngày nên ít người để ý nghe trọn buổi phát thanh truyền thông. Tiến hành PVS 8 người dân cộng đồng, có đến 5/8 (60%) không nhận được thông tin từ loa truyền thanh xã.

Đối với những người NCMT và người nhiễm HIV ở các xã: *“Thông tin trên loa đài rất cần thiết, tuy nhiên thời gian phát chưa thích hợp, hệ thống loa truyền thanh xã không bao phủ được các thôn bản nên nhiều thôn bản không nhận được thông tin...”* (Thảo luận nhóm cộng đồng tại xã điều tra). Hầu hết các các thôn bản ở xa trung tâm không có hệ thống loa. Kết quả PVS nhóm NCMT, chỉ có 4/8 người (50%) nhận được thông tin về HIV/AIDS từ loa truyền thanh xã.

Đội truyền thông lưu động do Trung tâm y tế phối hợp với Văn hóa-Thông tin huyện tổ chức hàng quý đi các xã để chiếu phim kết hợp truyền thông và chiếu video các tiểu phẩm văn nghệ truyền thông do Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Thanh Hóa đặt sản xuất bằng tiếng Kinh và tiếng Thái như “Về với bản”, “An toàn”, và “Hiểu nhầm”. *“Khó phục vụ được các bản ở xa, không có đường xá đi lại và mùa mưa thì không thể hoạt động được...”* (Lãnh đạo phòng Văn hóa thông tin huyện Quan Hóa)

Hoạt động truyền thông nhóm nhỏ cộng đồng.

Trong năm 2007 hoạt động truyền thông nhóm nhỏ cộng đồng chỉ được tiến hành tại một số xã huyện Quan Hóa và Lang Chánh thông qua các buổi tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS riêng hoặc lồng ghép vào các buổi họp thôn bản. Tuyên truyền viên (TTV) là các CTV xã, y tế thôn bản, các trưởng bản, phụ nữ, thanh niên và đôi khi là GDVĐĐ nhóm ma túy. Rào cản lớn nhất của đồng bào DTTS, trong đó có người Thái, là ngôn ngữ, tập quán văn hóa. Lãnh đạo UBND huyện Quan Hóa: *“... ở*

đây vùng sâu vùng xa và bất đồng ngôn ngữ rất nhiều... Do vậy ngoài việc tham gia truyền thông của già làng, trưởng bản, người có uy tín hoặc là các Hội, tôi thấy việc bồi dưỡng hoặc tập huấn cho những người tại thôn bản bằng tiếng địa phương, sau đó người ta đi người ta tuyên truyền lại cho những bà con trong bản thì sẽ còn có hiệu quả nhiều hơn. Biện pháp tốt nhất và dễ tiếp thu nhất là “bà con nói cho bà con nghe”, nhất là lồng ghép các thông điệp truyền thông vào các kịch bản văn nghệ đơn giản”.

Độ bao phủ của chương trình truyền thông

Hoạt động truyền thông phòng lây nhiễm HIV/AIDS qua truyền thông đại chúng được các huyện chú trọng kể từ năm 2007, tuy nhiên độ bao phủ không đạt được như kỳ vọng của chương trình là 80-85% cộng đồng nhận được thông tin phòng chống HIV/AIDS qua loa đài truyền thanh.

Bảng 3.9. Tiếp cận với các kênh thông tin phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT

Kênh thông tin phòng chống HIV/AIDS	Kết quả tiếp cận (N=792)		
	SL	%	
Đọc báo:	<i>Hàng ngày</i>	103	13,0
	<i>Ít nhất 1 lần/tuần</i>	290	36,6
	<i>Hoàn toàn không đọc</i>	399	50,4
Nghe đài:	<i>Hàng ngày</i>	268	33,9
	<i>Ít nhất 1 lần/tuần</i>	197	24,9
	<i>Hoàn toàn không nghe</i>	326	41,2
Xem tivi:	<i>Hàng ngày</i>	549	69,2
	<i>Ít nhất 1 lần/tuần</i>	161	20,3
	<i>Hoàn toàn không xem</i>	83	10,5

Bảng 3.9 cho thấy vật dụng sinh hoạt phổ biến nhất trong các hộ gia đình người Thái ở 2 huyện này là tivi, do vậy tỷ lệ tiếp cận với các thông tin qua tivi của các thành viên trong hộ gia đình là cao nhất trong số các kênh cung cấp thông tin (hàng ngày có xem tivi 69,2% so với 33,9% nghe đài và 13,0% đọc báo).

Bảng 3.10. Tiếp cận với các nguồn thông tin phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS trong 12 tháng qua ở NC TCT

Nguồn thông tin	Kết quả tiếp cận (N=735)	
	SL	%
Nguồn thông tin nhận được từ:		
<i>Ti vi</i>	698	95,2
<i>Radio</i>	513	69,7
<i>Sách báo</i>	473	64,2
<i>Loa truyền thanh</i>	372	50,8
<i>Tờ rơi, tờ bướm</i>	408	55,4
<i>Cuộc họp thôn bản, họp hội nông dân, phụ nữ</i>	193	26,2
<i>Cán bộ y tế</i>	519	70,4
<i>CTV, tuyên truyền viên</i>	96	13,0

Truyền thông thông qua nói chuyện nhóm nhỏ, qua các buổi họp thôn bản khi bắt đầu triển khai dự án năm 2007 chỉ bao phủ được khoảng 40%, thu hút sự tham gia của bà con DTTS, nhất là TTN. Các biện pháp truyền thông đa dạng hơn, mạng lưới truyền thông cũng được bổ sung như CTV y tế thôn bản, các già làng trưởng bản, sự tham gia của các hội như phụ nữ, nông dân hoặc thanh niên tại các xã dự án.

Kết quả NC định lượng cũng phù hợp với các ý kiến trả lời PVS của cán bộ tham gia chương trình, người dân, người NCMT và người nhiễm HIV tại cộng đồng:

“Trước đây (2006) NCMT không dám lộ diện, nhưng hiện nay dễ dàng nhận tài liệu truyền thông, BKT và BCS.”; “Các CTV đến tận các thôn bản để truyền thông, nhưng để tập trung được các NCMT lại là khó khăn do họ không thích hoặc họ sợ bị công an bắt...” (PVS người NCMT tại xã). “Các CTV đã đến tận thôn bản để truyền thông, nói chuyện và giúp đỡ. Được y tế xã, bản động viên, chúng tôi được tham gia các buổi truyền thông nên dần dần bớt mặc cảm với cộng đồng. Có nhiều người nhiễm HIV đã tham gia đi tuyên truyền cùng với CTV...” (PVS người nhiễm HIV/AIDS tại xã).

Ý kiến của phó Chủ tịch huyện Quan Hóa: “Năm 2006 trở về trước mà nói đến người bị nhiễm HIV, bị bệnh AIDS thì phản ứng của người dân sợ lắm vì người dân chưa được trang bị kiến thức để hiểu được là HIV nhiễm bằng con đường nào...”. Một số đối tượng NCMT tại xã Xuân Phú, huyện Quan Hóa nói rằng “Chúng tôi nhận sách nhỏ, tờ rơi, BKT, BCS qua các GDVĐĐ đi phát ở các bản. Những ai ở gần trung tâm xã và gần trạm y tế xã thì có thể nhận của CTV hoặc lấy tại điểm phát BKT ở TYT. Các NCMT tại các bản xa muốn nhận BKT, BCS gặp nhiều khó khăn do không sẵn có và GDVĐĐ ít khi tới mà phải có người ra lấy mang về cho...”.

Tuy độ bao phủ và mức độ tiếp cận với truyền thông phòng chống HIV/AIDS trong năm 2007 có rộng và cao hơn trước đây, nhưng cơ bản vẫn chưa đáp ứng với yêu cầu của chương trình cũng như nhu cầu chăm sóc, bảo vệ sức khỏe của bà con dân tộc Thái ở địa bàn nghiên cứu.

3.2.4.2. Kết quả tiếp cận các dịch vụ can thiệp dựa vào cộng đồng ở NC TCT

Bắt đầu từ năm 2007, các phòng VCT cố định được thành lập tại 2 huyện. Trong năm 2007 có trung bình 11 người đến tư vấn/tháng/phòng, sau đó con số này bắt đầu tăng lên hàng năm. Tỷ lệ khách hàng quay lại nhận kết quả xét nghiệm và được tư vấn sau xét nghiệm là 54,6% năm 2007. Công tác chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS chủ yếu là quản lý và chăm sóc tại y tế cơ sở và tại gia đình.

Kết quả phỏng vấn sâu một trưởng trạm y tế thuộc huyện Lang Chánh: “*TYT phối hợp cùng TTYT huyện để quản lý người nhiễm HIV/AIDS... Khi biết có đối tượng bị nhiễm HIV/AIDS do huyện cung cấp, CTV và cán bộ y tế trạm sẽ tiếp cận tại gia đình để truyền thông và hỗ trợ giúp họ*”. Người nhiễm HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu nói rằng: “*Cán bộ y tế đã đến từng gia đình người có HIV/AIDS để tư vấn và vận động đến với các dịch vụ y tế tại trạm y tế xã hay lên phòng tư vấn xét nghiệm ở huyện*” (PVS người nhiễm HIV/AIDS).

3.2.4.3. Thực trạng dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện lưu động

Trong năm 2007 không có dịch vụ Tư vấn xét nghiệm tự nguyện lưu động được thực hiện tại 4 xã nghiên cứu của huyện Quan Hóa và Lang Chánh.

3.2.4.5. Thực trạng nhận được các can thiệp phòng chống HIV/AIDS.

Thực trạng tiếp cận các chương trình hỗ trợ trực tiếp về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS của các xã nghiên cứu thuộc 2 huyện Quan Hóa và Lang Chánh trong năm 2007 là thấp hoặc rất thấp. Tỷ lệ tiếp cận BCS do được cấp phát là 21,9% và khám chữa bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) là trên 12%. Tỷ lệ phát BKT cho người NCMT là 8,4% và đối tượng tự nguyện xét nghiệm HIV chỉ có 1,4%. Đây chính là lý do cho việc đầu tư chương trình can thiệp nâng cao chất lượng phòng lây nhiễm HIV cho đồng bào các dân tộc thiểu số ở địa bàn này.

Bảng 3.11. Tiếp cận các hỗ trợ về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS ở NC TCT

Nội dung can thiệp hỗ trợ	Kết quả tiếp cận (N=792)	
	SL	Tỷ lệ %
Phát BKT	67	8,4
Phát BCS	173	21,9
Khám chữa bệnh STI	96	12,1
Xét nghiệm HIV	11	1,4

3.2.5. Thực trạng nhiễm HIV ở NC TCT năm 2007

Bảng 3.12. Tình trạng hiện nhiễm HIV của đối tượng TCT.

Tình trạng nhiễm HIV	Kết quả điều tra hiện nhiễm	
	SL	Tỷ lệ (%)
Tỉ lệ nhiễm chung (n= 742)		
<i>Xét nghiệm HIV dương tính</i>	27	3,64
Phân bố tình trạng nhiễm HIV:		
Phân bố theo giới tính (n=27)		
<i>Nam</i>	23	85,2
<i>Nữ</i>	4	14,8
Phân bố theo lứa tuổi (n=27)		
<i>15-24t</i>	16	59,2
<i>25-49t</i>	11	40,3
Phân bố theo trình độ học vấn (n=27)		
\leq PTCS (<i>Cấp II</i>)	4	14,8
$>$ PTCS (<i>Cấp II</i>)	23	85,2

Kết quả xét nghiệm 742 mẫu huyết thanh của đối tượng nghiên cứu từ 4 xã thuộc huyện Quan Hóa và Lang Chánh năm 2007 cho thấy tỷ lệ dương tính là 3,64%. Đây là một tỷ lệ nhiễm khá cao đối với đồng bào dân tộc tại khu vực miền núi cao. Số nhiễm chủ yếu là nam giới (chiếm 85%), lứa tuổi 25-49 cao hơn lứa tuổi trẻ hơn (59,9% so với 40,1%) và thường gặp ở những người có trình độ học vấn thấp hơn (chiếm trên 85%). Chúng tôi không có được số liệu của bệnh nhân AIDS trong số người hiện nhiễm HIV.

Bảng 3.13. Liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng HIV⁽⁺⁾ ở NC TCT.

Yếu tố	Xét nghiệm HIV (n=800)				OR	p
		(+)	(-)			
		(n; %)	(n; %)			
Giới tính	<i>Nam</i>	23 (85,2)	327 (45,7)	6,82	0,000	
	<i>Nữ</i>	4 (14,8)	388 (54,3)			
Tuổi	<i>15-24</i>	16 (59,3)	247 (34,5)	2,75	0,008	
	<i>25-49</i>	11 (40,7)	468 (65,5)			
Học vấn	\leq PTCS	4 (14,8)	240 (33,6)	2,90	0,042	
	$>$ PTCS	23 (85,2)	475 (66,4)			
Tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV	<i>Có</i>	7 (28,0)	56 (8,9)	4,00	<0,01	
	<i>Không</i>	18 (72,0)	572 (91,1)			
Đã từng NCMT	<i>Có</i>	13 (48,1)	2 (0,3)	331,03	<0,001	
	<i>Không</i>	14 (51,9)	713 (99,7)			
Đã từng TCMT	<i>Có</i>	12 (92,3)	2 (100)	-	-	
	<i>Không</i>	1 (7,7)	0 (0,0)			
Đã từng nhận BKT	<i>Có</i>	10 (37,0)	50 (7,5)	7,25	<0,001	
	<i>Không</i>	17 (63,0)	616 (92,5)			
Có QHTD ngoài hôn nhân	<i>Có</i>	1 (3,7)	1 (0,1)	27,46	<0,001	
	<i>Không</i>	26 (96,3)	714 (99,9)			
Sử dụng BCS khi QHTD ngoài hôn nhân lần gần nhất	<i>Có</i>	1 (3,7)	0 (0,0)	-	-	
	<i>Không</i>	26 (96,3)	715 (100)			
Kiến thức dự phòng HIV	<i>Đạt</i>	6 (22,2)	195 (30,1)	0,66	0,378	
	<i>Không</i>	21 (77,8)	452 (69,9)			
Hiểu biết dịch vụ PC	<i>Đạt</i>	4 (14,8)	74 (11,1)	1,39	0,551	
	<i>Không</i>	23 (85,2)	592 (88,9)			
Thái độ tích cực với HIV/AIDS	<i>Đạt</i>	5 (18,5)	104 (15,6)	1,23	0,685	
	<i>Không</i>	22 (81,5)	562 (84,4)			
Thái độ không phân biệt đối xử	<i>Đạt</i>	3 (11,1)	95 (14,2)	0,75	0,647	
	<i>Không</i>	24 (88,9)	572 (85,8)			

Bảng 3.14. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới lây nhiễm HIV ở NC TCT qua mô hình phân tích hồi quy logistic

Yếu tố phân tích		OR	Khoảng tin cậy (95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)
Giới	Nam ^a	2,29	0,68-7,66	0,83	0,62	0,180
	Nữ					
Tuổi	15-24 ^a	2,53	0,82-7,86	0,93	0,58	0,108
	25-49					
Học vấn	>PTCS ^a	1,98	0,34-11,66	0,68	0,90	0,449
	≤PTCS					
Tự đánh giá nguy cơ	Có ^a	0,22	0,02-2,71	-1,49	1,27	0,240
	Không					
NCMT	Có ^a	510,13	44,38- 5862,82	6,23	1,25	0,000
	Không					
Đã từng nhận BKT	Có ^a	2,32	0,40-13,50	0,84	0,90	0,348
	Không					
Kiến thức dự phòng HIV	Có ^a	0,71	0,19-2,68	-0,34	0,68	0,614
	Không					
Kiến thức dịch vụ PC HIV	Có ^a	3,44	0,95-12,49	1,23	0,66	0,060
	Không					
Thái độ tích cực đối với HIV	Có ^a	2,02	0,59-6,88	0,70	0,63	0,262
	Không					
Thái độ phân biệt đối xử	Không ^a	0,27	0,04-1,83	-1,29	0,97	0,181
	Có					
Hằng số (Constant)		0,00		-11,14	3,25	0,001

Kết quả bảng hồi quy logistic trên cho thấy, chỉ có yếu tố NCMT là có liên quan tới nhiễm HIV ở NC 2007. Do chưa được can thiệp phòng chống tích cực nên các yếu tố như đã từng nhận được BKT, kiến thức dự phòng HIV, kiến thức dịch vụ PC HIV, thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV, thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đều không tương quan đối với nhiễm HIV/AIDS ở thời điểm này.

3.3. HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHÒNG LÂY NHIỄM HIV/AIDS 2007-2012.

3.3.1. Hiệu quả thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống HIV/AIDS.

3.3.1.1. Hiệu quả thay đổi về kiến thức phòng lây nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3.15. Thay đổi trong nhóm kiến thức về lây nhiễm HIV của đối tượng

Nhóm kiến thức		NC TCT		NC GK		NC SCT		p	HQCT (%)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV	<i>Có*</i>	219	29,6	386	50,2	464	58,1	<0,01	70**
	<i>Không</i>	521	70,4	383	49,8	331	41,9		96***
Phản đối các quan niệm sai lầm về HIV	<i>Có*</i>	268	36,2	232	41,9	645	80,8	<0,01	16**
	<i>Không</i>	473	63,8	448	58,1	153	19,2		123***
Hiểu biết về các dịch vụ phòng lây nhiễm HIV	<i>Có*</i>	85	12,4	207	27,5	399	50,3	<0,01	122**
	<i>Không</i>	675	88,8	564	72,5	395	49,7		306***
Kiến thức lây truyền HIV từ mẹ sang con	<i>Có*</i>	444	54,1	514	67,7	692	86,6	<0,01	25**
	<i>Không</i>	376	45,9	245	32,3	107	13,4		60***

*: Nhóm so sánh; **: Hiệu quả can thiệp giữa kỳ (HQCTGK);

***: Hiệu quả sau can thiệp (HQSCT)

Có thể thấy đã có sự thay đổi rõ rệt trong tỷ lệ hiểu biết ở cả 4 nhóm kiến thức liên quan tới phòng chống lây nhiễm HIV trên nhóm đối tượng người Thái 15-49 tuổi. Chỉ số hiệu quả can thiệp (HQCT) tăng từ 25% tới 127% trong giai đoạn 2007-2009. Sau khi kết thúc can thiệp vào 2012 chỉ số HQCT giai đoạn 2007-2012 đã đạt tới mức cao hơn rất nhiều 60% tới trên 450%. Ở giai đoạn kết thúc can thiệp 2012, nhóm kiến thức hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV tăng nhanh nhất, tiếp đến là nhóm kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm. Nhóm kiến thức biện pháp phòng chống HIV cũng tăng đều đặn nhưng không cao bằng 2 nhóm trên.

Tiếp tục phân tích chênh lệch hiệu quả can thiệp (CLHQ) so sánh hai giai đoạn hiệu quả sau can thiệp (2007- 2012) so với giai đoạn đầu can thiệp hay giữa kỳ (2007-2009) có kết quả như sau:

- Nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm: **CLHQ=26%; HQSCT=96%**
- Nhóm phản đối các quan niệm sai lầm về HIV: **CLHQ=107%; HQSCT=123%**
- Nhóm hiểu biết về các dịch vụ phòng lây nhiễm: **CLHQ=184%; HQSCT=306%**
- Nhóm kiến thức lây truyền mẹ-con: **CLHQ = 35%; HQSCT=60%**

Như vậy, việc tiếp tục đầu tư can thiệp trong giai đoạn 2 là hết sức cần thiết.

Khi phân tích kết quả thay đổi kiến thức của đối tượng người Thái qua từng câu hỏi trong bộ phiếu chuẩn của Chương trình can thiệp, so sánh ở 2 thời điểm đầu (2007) và cuối can thiệp (2012), thu được kết quả sau.

Bảng 3.16. Thay đổi trong các câu hỏi về lây nhiễm HIV của đối tượng

Kiến thức HIV	NC TCT		NC SCT		p-value	HQSCT (%)
	n	%	n	%		
Dùng chung/ dùng lại BKT có thể bị lây nhiễm HIV	665	89,9	770	96,5	<0,05	8
Sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD có thể phòng HIV	445	60,1	703	88,1	<0,01	47
Sống chung thủy thì có thể phòng tránh HIV	475	64,2	747	93,6	<0,01	46
Hoàn toàn không QHTD có thể phòng tránh HIV	370	50,0	497	62,3	<0,05	25
Muỗi đốt không thể lây truyền HIV	426	57,5	760	95,2	<0,01	66
Ăn uống chung với người có HIV không lây nhiễm HIV	528	71,3	744	93,2	<0,01	31
Một người trông khỏe mạnh có thể mang virus HIV	431	58,2	705	88,3	<0,01	52
HIV có thể lây từ mẹ sang con (biết đủ 3 thời điểm: lúc mang thai, đẻ, khi cho bú)	444	54,1	692	86,6	<0,01	60
Đã có thuốc điều trị cho mẹ nhiễm HIV để giảm lây truyền HIV sang con	161	21,2	645	81,4	<0,01	284
Đã có thuốc điều trị HIV để giúp người nhiễm khỏe hơn hoặc sống lâu hơn	298	39,1	704	88,2	<0,01	126
Biết nơi làm xét nghiệm HIV	446	58,5	522	88,6	<0,01	51
Biết nơi có thể có BCS	621	81,5	768	96,4	<0,05	19
Nghe nói về bệnh STI	644	80,2	769	96,0	<0,05	20

Bảng phân tích trên cho thấy tất cả các câu trả lời đúng về lây nhiễm HIV của các đối tượng đều tăng có ý nghĩa thống kê (với p-value đều nhỏ hơn 0,05) vào giai đoạn sau can thiệp và càng những câu trả lời đúng thấp ở vòng điều tra 2007 thì HQCT càng cao ở sau can thiệp 2012 như câu trả lời đúng về “đã có thuốc điều trị cho mẹ nhiễm HIV để giảm lây truyền HIV sang con” giai đoạn 2007 trả lời đúng chỉ 21,2% đến 2012 đạt 81,4% với HQCT là 284%.

3.3.1.2. Hiệu quả thay đổi về thái độ phòng lây nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3.17. Thay đổi về thái độ đối với HIV/AIDS của đối tượng

Nhóm thái độ của đối tượng		NC TCT		NC GK		NC SCT		p value	HQCT (%)
		n	%	n	%	n	%		
Kỳ thị sợ bị lây nhiễm HIV	Không*	289	38,0	522	67,8	697	87,6	<0,01	78**
	Có	471	60,0	248	32,2	99	12,4		131***
Kỳ thị đổ lỗi phán xét người nhiễm HIV	Không*	254	34,1	389	50,8	445	55,9	<0,01	49**
	Có	491	65,9	377	49,2	351	44,1		64***
Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV	Không*	105	14,3	263	34,2	666	84,5	<0,01	139**
	Có	627	85,7	507	65,8	122	15,5		490***

*: Nhóm so sánh; **: HQCT GK; ***: HQ SCT

Đã có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (với p-value luôn nhỏ hơn 0,01 khi so sánh 3 thời điểm điều tra) trong tỷ lệ hiểu biết ở cả 3 nhóm thái độ liên quan tới người nhiễm HIV và tình trạng sợ lây nhiễm không đúng đắn. Chỉ số hiệu quả can thiệp tăng từ 49% tới 139% trong giai đoạn 2007-2009. Sau khi kết thúc can thiệp vào 2012 chỉ số HQCT đã đạt tới mức cao hơn, từ 64% tới trên 490%. Ở giai đoạn 2 từ 2009-2012,

nhóm thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tăng nhanh nhất (từ 34,2% lên 84,5%), tiếp đến là nhóm thái độ không sợ kỳ thị bị lây nhiễm.

Tiếp tục phân tích chênh lệch hiệu quả can thiệp (CLHQ) so sánh hai thời điểm đầu can thiệp (2007-2009) và cuối can thiệp (2007-2012) có kết quả như sau:

- Nhóm thái độ không kỳ thị sợ bị lây nhiễm: **CLHQ = 53%; HQSCT=131%**
- Nhóm thái độ không kỳ thị đổ lỗi người nhiễm: **CLHQ = 15%; HQSCT=64%**
- Nhóm thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm: **CLHQ=351%; HQSCT=490%**

3.3.1.3. Hiệu quả thay đổi một số hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3.18. Hiệu quả thay đổi về hành vi QHTD

Hành vi QHTD	NC TCT		NC GK		NC SCT		p value	HQCT (%)
	n	%	n	%	n	%		
Đã từng QHTD	623	76	655	82,7	710	88,5	-	-
Sử dụng BCS khi QHTD với vợ/chồng/ người yêu lần gần nhất	48	7,9	77	12,4	160	23,5	<0,001	57* 197**
Sử dụng BCS khi QHTD lần gần đây nhất với mọi loại bạn tình	50	8,0	87	13,3	166	23,4	<0,001	66* 192**

*: HQCT GK; **: HQ SCT

Kết quả bảng trên cho thấy đã có sự thay đổi khá rõ ràng trong hành vi có sử dụng BCS khi QHTD của đối tượng người Thái 15-49 tuổi ở 4 xã nghiên cứu. Trong giai đoạn đầu (2007-2009) chỉ số HQCT tăng từ 57% tới 66%. Sau khi kết thúc can thiệp vào 2012 chỉ số HQCT đã đạt tới mức từ 192% tới trên 197%. Tuy nhiên nhìn chung thì tỷ lệ người Thái (15-49 tuổi) sử dụng BCS thường xuyên trong mọi lần QHTD còn ở mức rất thấp, kể cả sau khi được can thiệp, chỉ khoảng 23% với bạn tình quen thuộc cũng như với mọi loại bạn tình.

Tiếp tục phân tích chênh lệch hiệu quả can thiệp (CLHQ) so sánh hai thời điểm hiệu quả sau can thiệp (2012-2007) với giai đoạn đầu can thiệp (2009-2007) có kết quả như sau:

- Nhóm sử dụng BCS khi QHTD với vợ/chồng/người yêu: **CLHQ=140%;**
HQSCT=197%
- Nhóm sử dụng BCS khi QHTD với mọi loại bạn tình: **CLHQ=126%;**
HQSCT=192%

3.3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống lây nhiễm HIV của đối tượng.

3.3.2.1. Các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả thay đổi kiến thức

Phân tích mối liên quan giữa việc có tiếp cận với các nguồn thông tin về phòng lây nhiễm HIV của chương trình can thiệp với các nhóm kiến thức về lây nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu, thu được kết quả ở 3 bảng dưới đây.

Bảng 3.19. Ảnh hưởng của chương trình truyền thông tới nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV ở NC SCT

Tiếp cận can thiệp truyền thông	Thay đổi hiểu biết dự phòng (n=796)					
		n	%	OR	95% CI	p
Các nguồn thông tin đại chúng	Có	437	94,4	0,91	0,48-1,71	0,776
	Không	26	5,6			
Nhận được tài liệu truyền thông	Có	176	38,0	0,75	0,56-1,00	0,057
	Không	287	62,0			
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	Có	432	93,3	3,70	2,35-5,80	<0,001
	Không	31	6,7			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	Có	392	84,5	2,12	1,49-3,00	<0,001
	Không	72	15,5			
Tiếp cận thông tin từ Cộng tác viên, Giáo dục viên đồng đẳng (CTV/GDVĐĐ)	Có	368	79,5	1,82	1,31-2,51	<0,001
	Không	95	20,5			

Kết quả trên cho thấy khả năng tăng kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV của đối tượng liên quan với các cuộc họp tại thôn bản (OR=3,7), với cán bộ y tế (OR=2,1) và với TTV/GDVĐĐ (OR=1,8).

Bảng 3.20. Ảnh hưởng của tiếp cận truyền thông tới nhóm kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về HIV/AIDS ở NC SCT

Tiếp cận can thiệp truyền thông	Kiến thức phản đối quan niệm sai lầm (n=774)					
		n	%	OR	95% CI	p
Các nguồn thông tin đại chúng	<i>Có</i>	662	96,9	5,59	2,98-10,48	<0,001
	<i>Không</i>	20	2,1			
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	<i>Có</i>	284	44,2	2,14	1,45-3,16	<0,001
	<i>Không</i>	359	55,8			
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	<i>Có</i>	554	86,4	0,60	0,32-1,10	0,099
	<i>Không</i>	87	13,6			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	<i>Có</i>	528	82,1	2,23	1,50-3,30	<0,001
	<i>Không</i>	115	17,9			
Tiếp cận thông tin từ CTV/GDVĐĐ	<i>Có</i>	519	81,0	0,30	0,15-0,59	0,000
	<i>Không</i>	122	19,0			

Khả năng thay đổi kiến thức hiểu đúng và phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS của ĐTNCL liên quan với các nguồn thông tin đại chúng (OR=5,6), tờ rơi tuyên truyền (OR=2,1) và với cán bộ y tế (OR=2,2).

Bảng 3.21. Ảnh hưởng của tiếp cận truyền thông tới nhóm kiến thức về các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS ở NC SCT

Tiếp cận can thiệp truyền thông	Hiểu biết về dịch vụ phòng chống (n=566)					
		n	%	OR	95% CI	p
Các nguồn thông tin đại chúng	Có	386	97,5	5,79	2,70-12,38	<0,001
	Không	10	2,5			
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	Có	171	43,0	5,02	3,13-8,06	<0,001
	Không	227	57,0			
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	Có	335	84,6	0,35	0,18-0,68	0,001
	Không	61	15,4			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	Có	293	73,6	0,57	0,37-0,88	0,01
	Không	105	26,4			
Tiếp cận thông tin từ CTV/GDVĐĐ	Có	324	81,8	0,20	0,09-0,43	0,000
	Không	72	18,2			

Đa số ĐTNC biết nơi có thể tiếp cận các dịch vụ y tế phòng chống HIV qua thông tin từ các kênh đại chúng (OR=5,8), qua tờ rơi tuyên truyền (OR=5).

Kết quả từ 3 bảng trên cho thấy hoạt động can thiệp cung cấp dịch vụ truyền thông và đối tượng nhận được thông tin từ các hình thức và các nguồn khác nhau có liên quan khá chặt chẽ với kết quả thay đổi tỷ lệ tăng thêm kiến thức và hiểu biết về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng người Thái.

Tiếp tục phân tích mối liên quan giữa các yếu tố dân số học với sự thay đổi trong 3 nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS, có kết quả bảng dưới:

Bảng 3.22. Ảnh hưởng của một số yếu tố dân số học tới 3 nhóm kiến thức ở NC SCT

Các nhóm kiến thức	Kết quả thay đổi kiến thức HIV/AIDS						
	n	%	OR	95% CI	χ^2	p	
1. Kiến thức dự phòng HIV							
Giới tính	Nam	245	52,8	1,27	0,96-1,69	2,65	0,09
	Nữ	219	47,2				
Lứa tuổi	15-24 t	154	33,3	1,43	1,05-1,95	4,74	<0,05
	25-49 t	309	66,7				
Học vấn	< PTCS	109	23,5	0,96	0,69-1,33	0,02	0,80
	≥ PTCS	355	76,5				
2. Phản đối thái độ sai lầm về lây nhiễm HIV							
Giới tính	Nam	319	49,5	0,85	0,59-1,20	0,70	0,37
	Nữ	326	50,5				
Lứa tuổi	15-24 t	196	30,5	1,08	0,73-1,60	0,10	0,69
	25-49 t	447	69,5				
Học vấn	< PTCS	145	22,5	0,69	0,45-1,03	2,90	0,07
	≥ PTCS	500	77,5				
3. Hiểu biết các dịch vụ y tế							
Giới tính	Nam	217	54,4	1,90	1,33-2,71	11,95	<0,001
	Nữ	182	45,6				
Lứa tuổi	15-24 t	117	29,4	1,25	0,84-1,86	0,99	0,32
	25-49 t	281	70,6				
Học vấn	< PTCS	100	25,1	0,76	0,52-1,13	1,59	0,19
	≥ PTCS	299	74,9				

Bảng trên cho thấy sự thay đổi các nhóm kiến thức phòng chống HIV/AIDS của người Thái tại địa bàn nghiên cứu không bị ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố như giới tính, lứa tuổi và trình độ học vấn.

Bảng 3.23. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới kiến thức dự phòng HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT

Yếu tố phân tích		OR	Khoảng tin cậy (95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)
Tuổi	15-24 ^a 25-49	1,52	1,07-2,15	0,42	0,18	<0,05
Giới	Nam ^a Nữ	1,53	1,13-2,09	0,43	0,16	<0,01
Học vấn	≥ PTCS ^a < PTCS	0,94	0,65-1,36	-0,06	0,19	0,739
Nhận được truyền thông đại chúng	Có ^a Không	1,15	0,59-2,34	0,14	0,34	0,688
Nhận được tài liệu TT	Có ^a Không	0,59	0,42-0,84	-0,52	0,17	0,003
Hội họp thôn bản	Có ^a Không	4,61	2,85-7,46	1,53	0,24	<0,001
Nhận truyền thông từ cán bộ y tế	Có ^a Không	2,05	1,40-2,98	0,71	0,19	<0,001
Nhận truyền thông từ CTV/GDVĐĐ	Có ^a Không	1,87	1,29-2,71	0,63	0,19	0,001
Hằng số (Constant)		0,06		-5,19	0,80	0,001

Kết quả là lứa tuổi, giới tính, người được truyền thông trực tiếp từ cán bộ y tế, từ các cuộc họp tại thôn bản và từ TTV/GDVĐĐ là các yếu tố ảnh hưởng rõ rệt tới sự thay đổi kiến thức dự phòng HIV.

Bảng 3.24. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới hiểu biết dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT

Yếu tố phân tích		OR	Khoảng tin cậy(95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)
Tuổi	15-24 ^a 25-49	1,47	0,92-2,33	0,38	0,24	0,105
Giới	Nam ^a Nữ	2,19	1,47- 3,29	0,79	0,20	<0,001
Học vấn	≥ PTCS ^a < PTCS	1,02	0,64-1,63	0,02	0,24	0,921
Nhận được truyền thông đại chúng	Có ^a Không	4,10	1,81-9,26	1,41	0,42	0,001
Nhận được tài liệu TT	Có ^a Không	3,40	2,02-5,72	1,22	0,26	0,000
Hội họp thôn bản	Có ^a Không	0,29	0,15-0,60	-1,21	0,36	0,001
Nhận TT từ cán bộ y tế	Có ^a Không	0,53	0,32-0,87	-0,64	0,25	0,012
Nhận TT từ CTV/GDVĐĐ	Có ^a Không	0,27	0,12-0,61	-1,31	0,42	0,002
Hằng số (Constant)		0,06		-2,73	1,18	0,021

Kết quả bảng trên cho thấy: giới tính, người nhận được truyền thông đại chúng và nhận được tài liệu truyền thông là các yếu tố ảnh hưởng, làm tăng hiểu biết dịch vụ y tế phòng chống HIV.

Bảng 3.25. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT

Yếu tố phân tích		OR	Khoảng tin cậy (95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)
Tuổi	15-24 ^a 25-49	0,87	0,56-1,34	-0,14	0,22	0,523
Giới	Nam ^a Nữ	0,83	0,56-1,21	-0,19	0,19	0,333
Học vấn	≥ PTCS ^a < PTCS	1,57	1,00-2,45	0,45	0,23	<0,05
Nhận được truyền thông đại chúng	Có ^a Không	4,65	2,39-9,07	1,54	0,34	<0,001
Nhận được tài liệu TT	Có ^a Không	1,78	1,15-2,77	0,58	0,22	<0,01
Hội họp thôn bản	Có ^a Không	0,62	0,33-1,17	-0,48	0,32	0,139
Nhận truyền thông từ cán bộ y tế	Có ^a Không	2,38	1,54-3,68	0,87	0,22	<0,001
Nhận truyền thông từ CTV/GDVĐĐ	Có ^a Không	0,56	0,27-1,16	-0,58	0,37	0,119
Hằng số (Constant)		0,02		-4,00	1,06	0,000

Kết quả là trình độ học vấn, người được truyền thông trực tiếp từ thông tin đại chúng, từ tài liệu trực tiếp, từ cán bộ y tế là các yếu tố ảnh hưởng rõ rệt tới sự thay đổi kiến thức dự phòng HIV.

3.3.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thay đổi thái độ phòng lây nhiễm HIV

Bảng 3.26. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ kỳ thị sợ lây nhiễm của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT

Yếu tố phân tích	Không kỳ thị sợ lây nhiễm (n=796)					
		n	%	OR	95% CI	p
Nhận được truyền thông từ các kênh đại chúng	Có	665	96,1	4,75	2,45-9,18	<0,001
	Không	27	3,9			
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	Có	302	43,5	2,70	1,64-4,43	<0,001
	Không	392	56,6			
Nhận được thông tin từ cuộc họp thôn bản	Có	601	86,8	0,66	0,32-1,36	0,256
	Không	91	13,2			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	Có	556	81,2	2,29	1,45-3,62	<0,001
	Không	131	18,8			
Nhận được thông tin từ CTV/GDVĐĐ	Có	563	81,4	0,14	0,04-0,44	0,000
	Không	129	18,6			
Kiến thức dự phòng HIV	Đạt	415	59,5	1,60	1,05-2,43	<0,05
	Không	282	40,5			
Hiểu biết dịch vụ phòng chống HIV/AIDS	Đạt	376	53,9	3,82	2,34-6,24	<0,001
	Không	321	46,1			
Kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV	Đạt	585	83,9	3,63	2,32-5,67	<0,001
	Không	112	16,1			

Kết quả cho thấy các yếu tố nhận được thông tin từ kênh đại chúng, tờ rơi tờ bướm, từ cuộc họp thôn bản là các yếu tố liên quan, làm thay đổi thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm từ người nhiễm HIV. Ngoài ra các yếu tố có thay đổi về kiến thức, nhận thức trong phòng lây nhiễm HIV của đối tượng cũng ảnh hưởng rõ rệt tới sự thay đổi về thái độ của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.27. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ không đổ lỗi phán xét của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT

Yếu tố phân tích	Không kỳ thị đổ lỗi phán xét (n=796)					
		n	%	OR	95% CI	p
Nhận được truyền thông từ các kênh đại chúng	<i>Có</i>	420	95,5	1,47	0,79-2,73	0,216
	<i>Không</i>	20	4,5			
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	<i>Có</i>	179	40,5	0,97	0,73-1,28	0,828
	<i>Không</i>	263	59,5			
Nhận được thông tin từ cuộc họp thôn bản	<i>Có</i>	360	82,0	0,29	0,17-0,48	0,000
	<i>Không</i>	79	18,0			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	<i>Có</i>	331	74,7	0,53	0,36-0,75	0,000
	<i>Không</i>	112	15,3			
Nhận được thông tin từ CTV/GDVĐĐ	<i>Có</i>	399	90,9	3,54	2,37-5,30	<0,001
	<i>Không</i>	40	9,1			
Kiến thức dự phòng HIV	<i>Đạt</i>	185	41,6	0,19	0,14-0,26	0,000
	<i>Không</i>	260	58,4			
Hiểu biết dịch vụ phòng chống HIV/AIDS	<i>Đạt</i>	225	50,7	1,05	0,79-1,38	0,757
	<i>Không</i>	219	49,3			
Kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV	<i>Đạt</i>	367	82,5	1,28	0,89-1,82	0,176
	<i>Không</i>	78	17,5			

Bảng trên cho thấy các yếu tố nhận được thông tin từ cộng tác viên/tuyên truyền viên, có hiểu biết về dịch vụ phòng chống HIV/AIDS là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi thái độ không đổ lỗi phán xét người nhiễm HIV.

Bảng 3.28. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ phân biệt đối xử của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT

Yếu tố phân tích	Thái độ không phân biệt đối xử (n=788)					
	SL	%	OR	95% CI	p	
Nhận được truyền thông từ các kênh đại chúng	<i>Có</i>	641	97,0	6,82	3,62-12,85	<0,001
	<i>Không</i>	20	3,0			
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	<i>Có</i>	304	45,9	4,70	2,85-7,75	<0,001
	<i>Không</i>	359	54,1			
Nhận được thông tin từ cuộc họp thôn bản	<i>Có</i>	573	86,8	0,73	0,39-1,34	0,305
	<i>Không</i>	87	13,2			
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	<i>Có</i>	534	80,4	1,50	0,97-2,30	0,066
	<i>Không</i>	130	19,6			
Nhận được thông tin từ CTV/GDVĐĐ	<i>Có</i>	530	80,3	0,07	0,02-0,28	0,000
	<i>Không</i>	130	19,7			
Kiến thức phòng chống HIV đạt	<i>Đạt</i>	381	57,2	0,80	0,54-1,17	0,253
	<i>Không</i>	285	42,8			
Hiểu biết dịch vụ phòng chống HIV/AIDS	<i>Đạt</i>	360	54,1	2,75	1,84-4,13	<0,001
	<i>Không</i>	305	45,9			
Kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm	<i>Đạt</i>	571	85,7	4,78	3,17-7,18	<0,001
	<i>Không</i>	95	14,3			

Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố nhận được thông tin từ các kênh thông tin đại chúng, từ tờ rơi tờ bướm, có hiểu biết về dịch vụ phòng chống HIV/AIDS và có kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về lây nhiễm là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.

Bảng 3.29. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm qua mô hình hồi quy logistic ở NC SCT

Yếu tố phân tích	OR	Khoảng tin cậy (95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	
Tuổi	15-24 ^a 25-49 ^t	2,37	1,13-4,99	0,86	0,38	<0,05
Giới	Nam ^a Nữ	1,58	0,87-2,85	0,45	0,30	0,131
Học vấn	≥PTCS ^a <PTCS	0,74	0,38-1,42	-0,30	0,33	0,361
Nhận được truyền thông từ các kênh đại chúng	Có ^a Không	1,71	0,69-4,22	0,54	0,46	0,246
Nhận được tài liệu truyền thông	Có ^a Không	1,72	0,81-3,65	0,54	0,38	0,158
Hội họp thôn bản	Có ^a Không	0,35	0,10-1,22	-1,06	0,64	0,099
Nhận truyền thông từ cán bộ y tế	Có ^a Không	1,99	1,05-3,76	0,69	0,32	<0,05
Nhận truyền thông từ CTV/GDVĐĐ	Có ^a Không	0,22	0,03-1,74	-1,50	1,05	0,152
Kiến thức dự phòng	Có ^a Không	2,16	1,21-3,83	0,77	0,29	<0,01
Hiểu biết dịch vụ y tế PC HIV	Có ^a Không	2,54	1,40-4,61	0,93	0,30	<0,01
Phản đối quan niệm sai lầm về HIV	Có ^a Không	4,78	2,53-9,02	1,56	0,32	<0,001
Hằng số (Constant)		0,00		-8,11	2,11	<0,001

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố tuổi, nhận được thông tin từ cán bộ y tế, có kiến thức dự phòng HIV/AIDS, có hiểu biết về dịch vụ phòng chống

HIV/AIDS và có kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm với người nhiễm HIV.

Bảng 3.30. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới thái độ phân biệt đối xử qua mô hình phân tích hồi quy logistic ở NC SCT

Yếu tố phân tích		OR	Khoảng tin cậy (95%)	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)
Nhận được truyền thông từ các kênh đại chúng	<i>Có^a</i>	3,45	1,48-8,04	1,24	0,43	0,004
	<i>Không</i>					
Nhận được tài liệu truyền thông	<i>Có^a</i>	1,42	0,73-2,76	0,35	0,34	0,300
	<i>Không</i>					
Hội họp thôn bản	<i>Có^a</i>	0,47	0,17-1,31	-0,74	0,52	0,151
	<i>Không</i>					
Nhận truyền thông từ cán bộ y tế	<i>Có^a</i>	1,47	0,81-2,66	0,38	0,30	0,205
	<i>Không</i>					
Nhận truyền thông từ CTV/GDVĐĐ	<i>Có^a</i>	0,12	0,02-0,96	-2,08	1,04	0,045
	<i>Không</i>					
Kiến thức dự phòng	<i>Có^a</i>	1,01	0,59-1,70	0,01	0,27	0,982
	<i>Không</i>					
Hiểu biết dịch vụ y tế PC HIV	<i>Có^a</i>	2,81	1,64-4,82	1,03	0,27	<0,001
	<i>Không</i>					
Phản đối quan niệm sai lầm về HIV	<i>Có^a</i>	3,54	2,06-6,10	1,26	0,28	<0,001
	<i>Không</i>					
Hằng số (Constant)		0,005		-5,33	1,87	<0,05

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố nhận được thông tin từ các kênh truyền thông đại chúng, có hiểu biết về dịch vụ phòng chống HIV/AIDS và có kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm với người nhiễm HIV.

3.3.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sử dụng ma túy

Bảng 3.31. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới hành vi sử dụng ma túy của đối tượng nghiên cứu ở NC SCT

Yếu tố phân tích	Hành vi sử dụng ma túy (n=8)	
	OR	95% CI
Kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV	5,10	0,62-41,65
Kiến thức phân đôi quan niệm sai lầm	1,67	0,20-13,65
Hiểu biết các dịch vụ y tế	-	-
Tiếp cận DV cung cấp BKT	53,07	10,39-270,93
Tiếp cận DV cung cấp BCS	1,31	0,31-5,54
Tư vấn-xét nghiệm HIV	7,34	1,80-29,84

Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố được tiếp cận với dịch vụ cung cấp BKT (OR=53,1) và được tư vấn – xét nghiệm HIV thường xuyên (OR=7,34) là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi hành vi nguy cơ cao trong nhóm người NCMT tại cộng đồng người Thái tại 4 xã nghiên cứu.

Hành vi NCMT của người Thái ở 2 huyện nghiên cứu có vai trò rất quan trọng trong việc làm lây nhiễm HIV ở địa bàn này. “Quan Hóa gần biên giới Lào, giáp Sơn La, Hòa Bình. Do vậy sự giao lưu giữa các dân tộc trong và ngoài tỉnh là thường xuyên, dẫn đến giao lưu buôn bán ma túy.. việc TCMT rất nhiều... nhiễm HIV phát hiện ở Quan Hóa cụ thể là năm 2004 mới phát hiện ra 21 trường hợp nhiễm HIV và đến 2009 đã lên 450 người, và năm 2012 đã có tổng số 587 người, chủ yếu do TCMT” (Phó Chủ tịch huyện).

Bảng 3.32. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sử dụng BCS của đối tượng ở NC SCT

Yếu tố phân tích	Hành vi sử dụng BCS (n=796)				
	SL	%	OR	95% CI	p
Giới tính					
<i>Nam*</i>	101	61,6	1,79	1,26-2,55	<0,001
<i>Nữ</i>					
Tuổi					
15-24t*	48	29,4	0,97	0,66-1,41	0,863
25-49t					
Học vấn					
≤ <i>Cấp I</i>	127	77,4	1,11	0,74-1,67	0,613
> <i>Cấp I</i>					
Các nguồn thông tin đại chúng	157	98,1	3,53	1,08-11,56	<0,05
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	75	46,3	1,32	0,93-1,87	0,116
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	115	71,9	0,24	0,16-0,38	0,000
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	125	76,7	0,83	0,55-1,25	0,361
Nhận được thông tin từ CTV/GDVĐĐ	130	81,2	0,83	0,53-1,31	0,429
Có kiến thức đúng về dự phòng HIV	81	51,2	1,43	1,10-2,00	<0,05

(*: nhóm so sánh)

Kết quả phân tích thống kê cho thấy các yếu tố giới nam (OR=1,79), có tiếp cận với các nguồn thông tin đại chúng (OR= 3,53) và có kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HIV (OR = 1,43) là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi hành vi sử dụng BCS của đối tượng nghiên cứu.

3.3.3. Hiệu quả thay đổi tình trạng nhiễm HIV trên đối tượng nghiên cứu

3.3.3.1. Thay đổi về tỷ lệ hiện nhiễm

Bảng 3.33. Thay đổi tình trạng hiện nhiễm HIV của đối tượng.

Tỷ lệ nhiễm HIV	NC TCT	NC GK	NC SCT	Giá trị p
	n=742	n=777	n=800	
	SL; (%)	SL; (%)	SL; (%)	
<i>HIV dương tính</i>	27 (3,6)	17 (2,2)	8 (1,0)	<0,001

Kết quả sau 5 năm can thiệp, với 3 lần điều tra cắt ngang về tỷ lệ hiện nhiễm HIV của cộng đồng người Thái 15 – 49 tuổi tại 4 xã nghiên cứu có thể thấy chiều hướng giảm đi của tỷ lệ hiện nhiễm HIV, từ 3,6% năm 2007 xuống còn 2,2% năm 2009 và sau can thiệp còn 1,0% (năm 2012). Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Sự thay đổi theo chiều hướng giảm đi cũng thấy qua đặc điểm phân bố tỷ lệ nhiễm. Nhóm nam giới, nhóm trẻ tuổi (15-24 tuổi) và nhóm người có trình độ học vấn cao hơn có tỷ lệ giảm rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

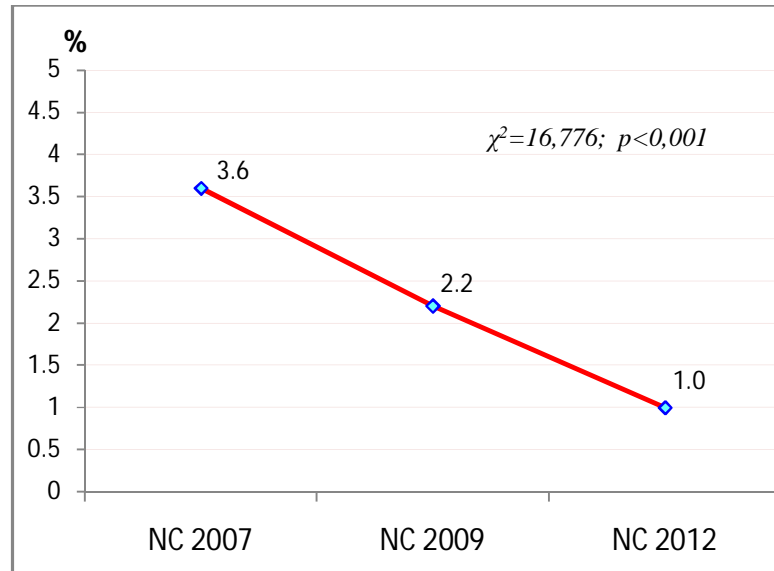
3.3.3.2. Yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả thay đổi tình trạng nhiễm HIV

Bảng 3.34. Ảnh hưởng của một số yếu tố tới tình trạng hiện nhiễm HIV 2012

Yếu tố phân tích	Kết quả xét nghiệm		OR	Giá trị p	
	(n=800)				
	HIV(+)	HIV(-)			
	(n; %)	(n; %)			
Giới tính	<i>Nam</i>	5 (62,5)	397 (50,0)	1,67	0,725
	<i>Nữ</i>	3 (37,5)	397 (50,0)		
Tuổi	<i>15-24</i>	1 (12,5)	239 (30,2)	0,33	0,447
	<i>25-49</i>	7 (87,5)	553 (69,8)		
Học vấn	<i>≤PTCS</i>	1 (12,5)	175 (22,5)	0,49	0,691
	<i>>PTCS</i>	7 (87,5)	602 (77,5)		
Tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV	<i>Có</i>	7 (87,5)	63 (8,3)	77,44	<0,001
	<i>Không</i>	1 (12,5)	697 (81,7)		
Đã từng NCMT	<i>Có</i>	5 (62,5)	3 (0,4)	439,44	<0,001
	<i>Không</i>	3 (37,5)	791 (99,6)		
Đã từng TCMT	<i>Có</i>	5 (100)	2 (66,7)	-	-
	<i>Không</i>	0 (0,0)	1 (33,3)		
Đã từng nhận BKT	<i>Có</i>	5 (62,5)	43 (5,5)	28,76	<0,001
	<i>Không</i>	3 (37,5)	742 (94,5)		
Kiến thức dự phòng HIV	<i>Đạt</i>	5 (62,5)	459 (58,1)	1,20	1,000
	<i>Không</i>	3 (37,5)	331 (41,9)		

Kết quả phân tích thống kê cho thấy các yếu tố tự đánh giá có nguy cơ lây nhiễm (OR= 77,44), đã từng nghiện chích ma túy (OR= 439,4) và đã từng nhận BKT (OR = 28,76) là các yếu tố ảnh hưởng, làm thay đổi tình trạng hiện nhiễm HIV của đối

tượng nghiên cứu. Các yếu tố về dân số học và một số yếu tố khác không ảnh hưởng đáng kể tới tỷ lệ nhiễm HIV.



Biểu đồ 3.4. Thay đổi tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở 3 vòng điều tra.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở năm 2012 thấp hơn so với năm 2009 và thấp hơn năm 2007 thể hiện xu hướng giảm các ca nhiễm HIV qua các giai đoạn trong nhóm ĐTNC ở 2 huyện. Giảm các trường hợp mắc mới HIV chủ yếu ở huyện Quan Hóa, từ 24 trường hợp năm 2007 xuống còn 16 trường hợp năm 2009 và 04 trường hợp năm 2012.

Số liệu thống kê của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở huyện Quan Hóa giảm rõ rệt từ năm 2010 -2012. Riêng huyện Lang Chánh có số mắc HIV thấp và vẫn dao động trên dưới 10 trường hợp phát hiện mới hàng năm. “*Những năm đầu do triển khai mạnh mẽ các can thiệp giúp phát hiện thêm nhiều trường hợp nhiễm HIV, người DTTS cũng tự tin hơn đến với dịch vụ VCT cố định, và đặc biệt là VCT lưu động ở huyện Quan Hóa, do đó số phát hiện mới tăng cao từ 2007-2009. Đến 2010 thì các ca phát hiện mới hàng năm bắt đầu giảm dần*” (Giám đốc Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa).

CHƯƠNG IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy kết quả quá trình can thiệp tại địa bàn các huyện vùng DTTS (người Thái) tại Thanh Hóa bao gồm tác động giảm tỷ lệ nhiễm HIV, kiến thức phòng chống HIV và thái độ đối với HIV/AIDS của ĐTNC tăng lên rõ rệt. Trong đó, những yếu tố ảnh hưởng đến việc thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống HIV/AIDS của ĐTNC cũng đã được phân tích qua các vòng điều tra. Các kết quả nghiên cứu định tính và định lượng đã bổ sung cho nhau trong nghiên cứu này cả về ý nghĩa thống kê và ý nghĩa về mặt y tế công cộng.

Các đội điều tra đều được lựa chọn cán bộ có năng lực và kỹ năng, có kinh nghiệm làm việc với đồng bào DTTS và sử dụng được ngôn ngữ tiếng Thái; có các cán bộ xã, thôn bản tham gia điều tra nên hiểu được phong tục tập quán của người Thái, không xảy ra tình trạng “bất đồng ngôn ngữ”, dễ tiếp cận. Rất ít có đối tượng từ chối tham gia, kể cả lấy máu xét nghiệm sau khi họ được giải thích, tuy nhiên còn có thể xảy ra hiện tượng các đối tượng nguy cơ cao tránh mặt từ trước khi cán bộ điều tra đến. Cán bộ điều tra đã cố gắng tối đa về tiếp cận, kỹ năng... để khai thác các thông tin nhạy cảm, tuy nhiên sự e lệ hay ngại ngùng ở một số ĐTNC vẫn có thể xảy ra dẫn đến sai số. Để khắc phục điều này NC đã thiết kế cỡ mẫu đủ lớn và phù hợp cho một điều tra cộng đồng, thể hiện ở tính lô-gic của số liệu và kết quả NC đã thu được.

Số hộ gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu ở cả 3 vòng điều tra là tương đương nhau, tỷ lệ đồng ý trả lời phỏng vấn và cho lấy máu xét nghiệm cũng rất cao ở cả nam và nữ (>91%). Kết quả này cho thấy đồng bào DTTS rất tin tưởng cán bộ y tế và các chương trình y tế miền núi và tích cực tham gia khi hiểu được lợi ích của các dịch vụ y tế đến với nhân dân. Đặc biệt có sự tham gia tích cực của chính quyền và y tế cơ sở,

thông báo trước cho bà con hiểu về mục đích cuộc điều tra nên mọi người đều nhiệt tình tham gia.

Nghiên cứu đã phản ánh một số nét quan trọng về đời sống, kinh tế-xã hội của đồng bào DTTS tại các địa bàn. Quy mô hộ gia đình dân tộc Thái trung bình $4,3 \pm 1,56$ người năm 2012 và như vậy số người trong một hộ gia đình người Thái vẫn lớn hơn so với trung bình một hộ của Việt Nam (3,8 người) vào năm 2009 [73], [78]. Tốc độ gia tăng dân số tại các vùng núi cao hơn so với tốc độ phát triển dân số trung bình của cả nước (2,03). Người Thái có tổng tỷ suất sinh cao hơn mức trung bình cả nước (2,19% năm 2009) và xếp thứ 2 sau người Mông, trong khi điều kiện kinh tế khó khăn hơn ảnh hưởng đến việc học hành và chăm sóc sức khỏe; cùng với điều kiện địa hình phức tạp, ảnh hưởng đến việc tiếp cận các dịch vụ y tế.

Về tình trạng kinh tế hộ gia đình, tỷ lệ hộ gia đình có điện, có tivi tăng rõ rệt ở địa bàn NC; và số hộ gia đình dân tộc Thái có điện tăng từ 88% năm 2007 lên 96,3% năm 2012. Đặc biệt hộ có tivi tăng từ 62,9% năm 2007 lên 90% năm 2012 và người sử dụng điện thoại di động từ 5,7% năm 2007 tăng lên 87% năm 2012. Tuy nhiên tình hình chung về kinh tế ở địa bàn NC còn khá nghèo, theo báo cáo của UBND các xã NC, có tới hơn 43% hộ nghèo theo tiêu chuẩn mới của Chính phủ (thu nhập dưới 562.500 đồng/tháng).

Phân bố các đối tượng điều tra là khá đồng đều giữa các nhóm tuổi ở 3 vòng điều tra. Trình độ học vấn nhìn chung không có sự thay đổi lớn ở NC 2012 so với NC 2007, tỷ lệ người chưa từng đi học không thay đổi nhiều và dao động ở mức 1,9-2,1%, tỷ lệ người có trình độ tiểu học vẫn chiếm gần 1/3 tổng số ĐTCN.

Điều kiện sống tăng, sự phổ biến hơn các phương tiện truyền thông trong mỗi hộ gia đình là yếu tố rất thuận lợi trong việc giúp người dân tiếp cận được với nhiều loại thông tin trong đó đặc biệt liên quan đến HIV/AIDS. Thói quen xem tivi của đồng

bào Thái ngày càng tăng và thay dần cho việc nghe đài như trước đây và là kênh thông tin có tỷ lệ người tiếp cận thường xuyên cao nhất (tỷ lệ người xem tivi ít nhất 1 lần/tuần trở lên là 98,4%). Đây là một thuận lợi để duy trì và tăng cường truyền thông phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Hiện nay đài là phương tiện ít người DTTS sử dụng, và loa truyền thanh xã cũng chỉ bao phủ được khu vực trung tâm xã. Không giống như một NC ở Ethiopia, tính khả thi thấp đối với vùng sâu vùng xa ở Việt Nam khi sử dụng phương tiện này [94]. So sánh kết quả của tác giả Lý Thị Hoa [27] có tới 97,7% hành khách đi tàu Bắc - Nam đã nghe thông tin cơ bản về HIV/AIDS qua các phương tiện thông tin như đài, các loại báo, và chủ yếu là vô tuyến truyền hình.

4.1. Thực trạng về kiến thức, thái độ, hành vi phòng lây nhiễm HIV của nhóm người Thái 15-49 tuổi năm 2007.

4.1.1. Về kiến thức HIV/AIDS.

Kiến thức đúng về HIV/AIDS hiện nay không chỉ bó hẹp trong việc người được phỏng vấn nêu được các đường lây truyền HIV và cách phòng chống HIV mà còn được mở rộng hơn ở việc hướng tới cá nhân đó phải có kiến thức đúng và không hiểu sai về các đường lây truyền HIV, phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS (Chỉ số dự phòng 20, bộ chỉ số Quốc gia) [1].

Tại địa bàn NC, trước đó đã có một số hoạt động truyền thông và can thiệp giảm tác hại thuộc Chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia được thực hiện, chủ yếu là truyền thông đại chúng. NC năm 2007 cho kết quả: kiến thức dự phòng HIV là 29,6%, Kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS 36,2%, hiểu biết các dịch vụ y tế phòng chống HIV 11,2% và kiến thức lây truyền HIV từ mẹ sang con là 54%. Như vậy tuy đã có một số hiểu biết nhất định về HIV/AIDS và cách phòng chống với tỷ lệ thấp, và người DTTS tại địa bàn NC chưa biết nhiều về các dịch vụ hỗ trợ phòng chống tại địa phương mình.

Mức độ kiến thức đầy đủ về dự phòng HIV/AIDS như trên của người Thái là khá cao so với một số NC khác cùng thời gian ở một số nhóm DTTS khác tuổi 15-49 gồm cả nam và nữ [8], [28], [55], [56]. Nhóm người Tày/Nùng ở Cao Bằng (5,3%), nhóm Tày/Nùng ở Bắc Giang (8,8%), nhóm người Sán chày/Sán diu ở Thái Nguyên (27%) [33], [42], nhóm người Mông Lai Châu (1,5%) [32], [35], nhóm người Dao Yên Bái (11%) [37], nhóm người Raglay Khánh Hòa (4,5%), nhóm người Hoa Đồng Nai (10,1%), và nhóm người Khmer An Giang (9,9%) [36], Kiên Giang (4,5%) [31], Hậu Giang (6%) [34]. NC của tác giả Tô Duy Hợp [64] phụ nữ nông thôn có chồng làm ăn ở đô thị về HIV/AIDS có hiểu biết chính xác đầy đủ về HIV/AIDS chỉ 8,7%.

Kết quả NC ban đầu 2007 cũng tương đương với một số kết quả của các NC khác, thậm chí không phải ở nhóm DTTS mà ở nhóm TTN thành thị ở một số phường tỉnh Quảng Ninh: 39,7% nam thanh niên 15-24 tuổi có kiến thức đầy đủ và toàn diện về HIV/AIDS, vẫn còn 19,6% cho rằng muỗi đốt, 17,8% cho rằng ăn chung với người nhiễm HIV có thể làm lây truyền HIV [30].

Kết quả điều tra 2007 của NC này cũng tương đương kết quả một số NC khác như NC KAB/P năm 2007 tại 6 thành phố lớn của Trung Quốc (Bắc Kinh, Thượng Hải, Côn Minh, Thẩm Quyển, Vũ Hán, Trịnh Châu) trong nhóm thanh niên, lao động di cư và công nhân từ 15-49 tuổi: hơn 48% người được phỏng vấn nghĩ rằng họ có thể bị lây nhiễm HIV từ muỗi cắn, trên 18% cho rằng hắt hơi hoặc ho có thể lây truyền HIV, 34% nghĩ rằng họ có thể bị lây nhiễm HIV bằng cách ăn uống với người bị nhiễm HIV/AIDS, 35% cho rằng sử dụng chung một nhà vệ sinh, 20% sẽ không chạm vào một thành viên trong gia đình hoặc người thân nhiễm bị HIV [129]. Hoặc một NC cắt ngang về KAP trong nhóm cộng đồng dân cư cận đô thị năm 2009 của Trường đại học y quốc tế Malaysia [88]: hầu hết người được hỏi (88,5%) đã nghe nói về HIV/AIDS, tuy nhiên chỉ có một vài ĐTNC (2,6%) hiểu một cách chính xác và trả lời đúng tất cả các câu hỏi. Quan niệm sai lầm về sự lây truyền HIV đã được tìm thấy trong số những

người tham gia NC, chẳng hạn như tin rằng HIV có thể được lây truyền từ nước bọt (44,8%), muỗi cắn (40,9%) hoặc va chạm ngẫu nhiên (37,1%) [88]. Hoặc NC về kiến thức, thái độ phòng chống HIV/AIDS trong các thanh thiếu niên tại Nigeria năm 2003: Mặc dù 93% số người trả lời đã nghe nói về HIV/AIDS, nhưng một phần ba tới một nửa số người được hỏi tin rằng một người có thể bị lây nhiễm HIV qua muỗi đốt, cho rằng một giáo viên hoặc học sinh bị nhiễm bệnh không nên được phép tiếp tục giảng dạy hoặc đi học [83].

Kết quả NC năm 2005 về Dân số Việt Nam và Điều tra các Chỉ số AIDS (VPAIS) được thực hiện bởi Tổng cục Thống kê (GSO) và Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương (NIHE) về các chỉ số kiến thức, thái độ và hành vi tình dục liên quan đến HIV/AIDS chỉ ra rằng một nửa số phụ nữ và nam giới không đi học chưa nghe nói về AIDS. Gần 1/2 số phụ nữ và 1/3 số đàn ông không biết rằng AIDS không thể lây truyền qua muỗi. Kiến thức lây nhiễm HIV từ mẹ truyền sang con trong quá trình mang thai là rất cao trong khi kiến thức về sự tồn tại của thuốc kháng HIV trong thời kỳ mang thai là thấp [96].

Kiến thức của người dân tộc Thái tại địa bàn NC năm 2007 thấp hơn so với một số NC cắt ngang khác, như tại Khánh Hòa tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS của người dân rất cao: 88,2% biết đúng cả 3 đường lây truyền HIV; 83,6% biết đúng 3 cách phòng lây nhiễm HIV [70]. Tỷ lệ nhóm người dân tộc khác (ngoài người Kinh) ở tỉnh có kiến thức về HIV/AIDS rất tốt: 96,8% đã được nghe, biết về HIV/AIDS; 93,3% đã nhận thông tin qua đài phát thanh, radio; 76,7% nhận được thông tin về HIV/AIDS qua cán bộ y tế và có đến 96,7% biết đúng về cả 03 đường lây truyền HIV/AIDS; 96,7% ĐTNC người dân tộc khác cho rằng có khả năng HIV lây truyền từ mẹ bị nhiễm sang con, tuy nhiên vẫn còn 53,3% đối tượng NC cho rằng muỗi đốt có thể lây truyền HIV [70]. Hoặc NC hộ gia đình của Nguyễn Anh Tuấn, David Wilson ở Thái Bình, thành phố Hồ Chí Minh năm 2006 cho thấy kiến thức đúng về các phương pháp phòng chống

HIV/AIDS cao ở cả hai địa phương (86% ở Thái Bình và 75,8% tại TP. Hồ Chí Minh) [109]. NC tại huyện Hoa Lư và thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình năm 2009 cho thấy trên 95% người dân ở cả hai khu vực hiểu rất rõ về đường lây truyền HIV, có 68,2% dân thành thị và khoảng 68,5% dân nông thôn kể được từ 2 biện pháp dự phòng trở lên. Khi đánh giá kiến thức cơ bản toàn diện về HIV/AIDS của người dân ở hai khu vực (trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức trong phiếu điều tra), tỷ lệ này lần lượt là 51,84% ở thành phố và 50,28% ở nông thôn [25]. Khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi về HIV/AIDS của nam ngư dân bắt cá xa bờ tại tỉnh Bình Định (2006) cũng có kết quả khá cao [43]: Có 82,6% người cho rằng chung thủy một bạn tình duy nhất mà không bị nhiễm HIV sẽ không bị lây qua đường tình dục; 91,1% người đồng ý rằng có thể bảo vệ mình khỏi nhiễm HIV qua đường tình dục bằng việc dùng BCS đúng cách mỗi khi QHTD; 88,8% người cho rằng dùng BKT chung lây HIV; 86,3% người cho rằng mẹ nhiễm HIV có thể lây cho con khi mang thai, và 66,1% người cho rằng HIV lây qua do bú sữa mẹ. Có 82,4% người hiểu đúng muỗi đốt không lây nhiễm HIV, 83,5% người hiểu đúng ăn chung với người nhiễm không bị nhiễm HIV và 93,3% hiểu đúng bắt tay, nói chuyện với người nhiễm HIV thì không bị lây HIV. Kết quả NC 2007 cũng thấp hơn so với kết quả của tác giả Vũ Thị Minh Hạnh [81], số người hiểu đúng về các đường lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao trên 80%, hiểu đúng lây truyền HIV từ mẹ sang con khi mang thai là rất cao 92,1%. Kết quả NC của tác giả Đặng Cảnh Khanh [21] còn khoảng 26 đến 35% thanh niên nông thôn ra các thành phố lớn kiếm sống theo thời vụ nhận thức chưa rõ hoặc hiểu nhầm về đường lây nhiễm HIV. Tác giả Nguyễn Thị Hiệu (2009) cho thấy kiến thức về HIV/AIDS của cán bộ chuyên trách, cán bộ thống kê báo cáo tuyến xã, phường trong tỉnh Phú Yên năm 2009 rất cao [45]: 92% biết được HIV là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người, 85% nêu đúng được 3 đường lây truyền HIV. Đặc biệt là 100% nhận biết được 3 hành vi không lây truyền HIV, 90% biết được giai đoạn cửa sổ của HIV.

Đoàn Chí Hiền, Trần Thị Ngọc (2009) cũng cho thấy có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm kiến thức của nhóm khách hàng đến phòng VCT tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Thừa Thiên-Huế. Họ hiểu đúng các đường lây nhiễm HIV rất cao (97,3%), biết sử dụng BCS là biện pháp phòng lây nhiễm HIV qua QHTD (95,5%). Tuy nhiên khách hàng cho rằng muỗi, ong, đĩa cắn có thể làm lây truyền HIV (76,8%); ăn uống, sinh hoạt chung với người nhiễm dễ lây nhiễm HIV (77,9%) [22].

NC TCT cũng cho thấy, do tính chất chung chung của các hình ảnh và thông điệp truyền thông chưa phù hợp, các vấn đề tại địa phương cụ thể (như sử dụng heroin, mại dâm, HIV/AIDS) được người DTTS coi là đáng sợ và của vùng thành thị chứ không phải là của họ, ví dụ như là HIV lây lan từ môi trường xung quanh của một tụ điểm mại dâm chứ không phải là sử dụng hoặc không sử dụng BCS, và người NCMT càng bị kỳ thị phân biệt đối xử hơn, giống như kết quả NC về phòng chống HIV/AIDS của người DTTS khu vực thượng nguồn sông Mê công [132], [133].

4.1.2. Về Thái độ đối với HIV/AIDS.

Theo định nghĩa về kỳ thị và phân biệt đối xử của UNAIDS [72] và Chỉ số 21, bộ Chỉ số Chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia, kết quả NC năm 2007 cho kết quả về thái độ đối với HIV/AIDS: Thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm HIV là 38%, thái độ không kỳ thị đổ lỗi, phán xét là 34% và thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV là 14,3%. Tại cuộc khảo sát về xã hội học chuẩn bị cho nghiên cứu ở 2 huyện này năm 2006, đa số người DTTS tại địa bàn một xã thuộc huyện Quan Hóa cho rằng “*cách phòng lây nhiễm HIV tốt nhất là không bắt tay và không dùng chung bát đũa với người nhiễm HIV...*”.

Điều tra Đánh giá Các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam (MICS) năm 2011 của Tổng cục thống kê, UNICEF và UNFPA cho thấy, trong nhóm phụ nữ tuổi từ 15-49, tỷ lệ người chấp nhận quan niệm sống chung với người nhiễm HIV chỉ có 28,9%; 51% phụ nữ sẽ không giữ bí mật nếu một thành viên trong gia đình bị ốm do AIDS; 94%

phụ nữ cho biết họ sẽ sẵn lòng chăm sóc người thân bị nhiễm HIV. Khoảng 67% phụ nữ cho rằng một cô giáo có HIV nhưng không ốm vẫn nên được phép tiếp tục giảng dạy, và 64,3% phụ nữ thể hiện quan điểm chấp nhận đối với việc sẽ mua rau tươi từ người bán hàng có HIV. Nhìn chung, chỉ 28,9% phụ nữ đã từng nghe về AIDS thể hiện quan điểm chấp nhận đối với cả 4 hoàn cảnh được đề cập. Tỷ lệ này thấp nhất thuộc về nhóm phụ nữ không có bằng cấp, với chỉ 9,5% [65]. Như vậy thái độ đối với HIV/AIDS của người dân tộc Thái ở đây (NC 2007) thấp hơn so với nhóm phụ nữ trong điều tra MICS.

Kết quả điều tra 2007 của NC này thấp hơn so với kết quả đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi về phòng chống HIV/AIDS trên người dân 15-49 tuổi tại Khánh Hòa: chỉ có 10,0% người dân tộc khác (ngoài nhóm người Kinh) cho rằng không sống chung với người nhiễm HIV/AIDS thì có thể phòng lây truyền HIV, và 51,6% người DTTS cho rằng chỉ cần nhìn bên ngoài có thể biết được người đó có bị nhiễm HIV hay không [69], [70]. Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử của người dân tộc Thái tại địa bàn NC TCT này cũng thấp hơn so với thái độ của người dân ở huyện Hoa Lư và thành phố Ninh Bình tỉnh Ninh Bình trong đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của người dân từ 15-49 tuổi năm 2009 [25]: 18% và 10% lần lượt người dân ở thành phố và nông thôn cho rằng người nhiễm HIV nên sống tại một nơi riêng biệt. Có khoảng 58,78% người dân ở thành thị và 69,89% ở nông thôn cho rằng người nhiễm HIV không nên kết hôn. Nguyễn Thanh Truyền (2006) cũng cho thấy sự không nhất quán trong suy nghĩ của đối tượng, thái độ kỳ thị phân biệt đối xử với người bị nhiễm HIV/AIDS còn khá rõ ràng của nam ngư dân bắt cá xa bờ tại tỉnh Bình Định [43]. Có 65,0% người sẵn lòng ăn chung với người nhiễm HIV, 60,4% người sẵn lòng chăm sóc người thân nhiễm HIV tại nhà, 69,5% người cho rằng một giáo viên bị nhiễm HIV nếu không ốm vẫn nên được tiếp tục giảng dạy, 47,9% người chấp nhận mua đồ ăn hay hàng hóa mà người nhiễm HIV bán, 47,5% người muốn giữ bí mật nếu trong

gia đình có người nhiễm HIV, 51,9% người cho rằng nếu một người đi làm cùng tàu bị nhiễm HIV nhưng chưa bị ốm thì vẫn tiếp tục đi làm.

Giống như kết quả NC tại 6 thành phố lớn của Trung Quốc cũng cho thấy vấn đề kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV còn khá nặng nề: 30,0% người được phỏng vấn cho rằng sinh viên/ trẻ em nhiễm HIV không nên được phép theo học tại trường học cùng với trẻ em/ học sinh không bị nhiễm bệnh; nhóm công nhân di cư cho thấy họ rất không đồng ý với 48,7% nói rằng không được phép học cùng; gần 48% người được phỏng vấn không muốn ăn với một người bị nhiễm HIV; 65% không muốn sống cùng với một người bị nhiễm HIV; và 63,4% không sẵn sàng chấp nhận các dịch vụ như làm tóc của một người nhiễm HIV. Mức độ cao của sự kỳ thị và phân biệt đối xử có liên quan với làm việc cùng nhau: 41,3% không muốn làm việc với một người bị nhiễm HIV, và 41,8% sẽ không muốn chia sẻ công cụ lao động với một người bị nhiễm HIV [129]. Hoặc NC tại khu vực cận đô thị của Malaysia cũng cho kết quả về kỳ thị, phân biệt đối xử khá cao: Tỷ lệ người sẵn sàng bắt tay với những người sống với HIV là 69,8%; chỉ có 27,6% sẵn sàng chia sẻ thức ăn/ thức uống; 62,9% sẵn sàng sử dụng/ làm việc cùng với những người sống chung với HIV; Sẵn sàng ở lại trong cùng một ngôi nhà (46,1%); và thấp nhất là tỷ lệ người sẵn sàng chăm sóc cho một người nhà bị nhiễm HIV (4,7%) [88].

Kết quả NC 2007 của NC này thấp hơn nhiều so với kết quả một NC khác ở California năm 2000 về kiến thức, thái độ, niềm tin và hành vi phòng chống HIV/AIDS: người dân có thái độ đúng đắn với HIV/AIDS rất cao: 88% người lớn ở California ủng hộ việc cho phép học sinh có HIV để đi học nếu sức khỏe bình thường; 59% người lớn sẽ không quan tâm về việc mua đồ ăn nếu có người nhiễm HIV làm việc trong các bộ phận sản xuất [75].

Nghiên cứu của Khát Thu Hồng và Nguyễn Thị Vân Anh tại Hải Phòng và Cần Thơ năm 2002-2004 [26] về kỳ thị và phân biệt đối xử cũng cho thấy, những người

trong cộng đồng nói chung hiểu những cách mà HIV được lây truyền nhưng đôi khi do hiểu mơ hồ dẫn đến những lo ngại về nhiễm HIV tình cờ thông qua tiếp xúc hàng ngày với những người bị nhiễm bệnh mà bản thân không biết. Điều này làm cho người ta thường kỳ thị, và vì vậy họ có những hành động (mà họ cảm nhận được) để ngăn chặn lây truyền của bệnh. Một nguyên nhân quan trọng thứ hai của sự kỳ thị HIV liên quan đến thực tế rằng trong tâm trí của các thành viên cộng đồng, lãnh đạo và nhân viên y tế, HIV/AIDS được gắn bó chặt chẽ với việc sử dụng ma túy và mại dâm được coi là "tệ nạn xã hội". Bản thân 2 nhóm này đã bị kỳ thị và liên quan giữa các nhóm nguy cơ cao và HIV/AIDS lại làm tăng thêm kỳ thị, phân biệt đối xử. Như vậy, bản án là được thông qua đối với những người sống chung với HIV khi mọi người suy nghĩ sự lây nhiễm liên quan đến hành vi được coi là thiếu đạo đức, có hại cho cả gia đình và xã hội [26]. Mặc dầu vậy, NC này đã cho thấy người DTTS nói chung và người Thái nói riêng ở vùng nông thôn miền núi cũng có thái độ vị tha, không quan tâm đổ lỗi phán xét nhiều đối với người NCMT và người nhiễm HIV/AIDS.

4.1.3. Về hành vi nguy cơ và thực hành phòng chống HIV/AIDS.

Quan hệ tình dục và sử dụng BCS

Trung vị tuổi QHTD lần đầu là 20 tuổi (10-38) ở NC này. Tuổi QHTD sớm hay tuổi kết hôn sớm ảnh hưởng tới vấn đề an toàn tình dục vì họ còn chưa nhận biết hoặc hiểu thấu đáo nguy cơ lây nhiễm bệnh hoặc sức khỏe sinh sản. Một thống kê của Viện dân tộc cũng cho thấy: tỷ lệ đang/đã có vợ chồng dưới tuổi kết hôn theo quy định (nam dưới 20 tuổi, nữ dưới 18 tuổi) của người dân tộc Thái là 9,5% cao hơn tỷ lệ chung của các nhóm DTTS (8,4) cao hơn hẳn nhóm người Kinh (1,4%). Đặc biệt tỷ lệ kết hôn dưới 16 tuổi của nữ dân tộc Thái là 4,7% và nam DTTS là 1,4%. [78].

NC 2007 cho thấy chỉ có 0,2% ĐTNC có QHTD ngoài hôn nhân. 8% ĐTNC đã từng QHTD có sử dụng BCS trong QHTD lần gần nhất (bao gồm cả QHTD vợ/chồng/người yêu và QHTD ngoài hôn nhân). Nhìn chung, đối với người dân tộc

Thái tại địa bàn NC ít có QHTD ngoài hôn nhân. Tỷ lệ người đã từng QHTD ngoài hôn nhân của người Thái ở địa bàn NC thấp hơn kết quả một số NC của tác giả Nguyễn Thanh Long và cộng sự trong các NC về kiến thức, thái độ và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong một số nhóm DTTS: tỷ lệ QHTD ngoài hôn nhân ở các nhóm dân tộc Dao, Mông tại Yên Bái và Lai Châu [34], [35], [36], [37], [55], [56]. Các tập quán như “chọc sần”, “ngủ thăm” ở người Thái ngày nay ít dần ở 2 huyện NC mà chỉ còn ở một số vùng khác. Các ý kiến tại các cuộc TLN dân cư người Thái ở xã Lóng Sập hay người Dao, Mông xã Vân Hồ, huyện Mộc Châu, Sơn La năm 2009 đều thể hiện *“Quan hệ tình dục trước hôn nhân không cấm kỵ, hiện tượng tảo hôn còn nhiều: nam 17- 18, nữ 15-17, ở người Mông còn sớm hơn “lớn lên đến tuổi biết thích” là lấy nhau về làm chồng làm vợ và bắt đầu có con”*. Hiện tượng hôn nhân trục hệ cũng còn phổ biến ở người Mông, người Dao [15].

Một tỷ lệ không nhỏ người trả lời (6/8 người) ở TLN tại 2 xã NC tại huyện Quan Hóa năm 2009 vẫn chưa nhận thức được tác dụng của BCS trong việc phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS. Họ cho rằng *“Nam giới trong quan hệ tình dục với vợ hoặc người tình thường không thích dùng BCS do quan niệm dùng BCS là xấu, chỉ dùng khi có quan hệ với gái mại dâm, và cũng do sợ làm giảm khoái cảm. Quyết định dùng BCS hay không vẫn thuộc về nam giới.”*

Ý kiến trong PVS phó Chủ tịch huyện Quan Hóa cho rằng *“...hoạt động mại dâm tại Quan Hóa phải khẳng định hiện tại là không có tụ điểm, không có ổ mại dâm. Do vậy riêng Quan Hóa có thể có PNMD đi hoạt động nơi khác thì mình không kiểm soát được... Thực sự mà nói, bây giờ văn hóa du nhập vào trong địa bàn này rất là nhiều, kèm theo ở đây còn có tục là quan hệ trước hôn nhân, nhận thức của các cháu cũng như là gia đình chưa được hiểu rõ lắm về luật hôn nhân gia đình do đó quan hệ trước hôn nhân hoặc là tảo hôn thì ở đây vẫn có”*. Tỷ lệ nam giới báo cáo có QHTD với PNMD cũng rất thấp, có thể là do tại các địa bàn này dịch vụ mại dâm không sẵn

có hay do mức thu nhập thấp, nghèo nên không đủ tiền đi mua dâm. Hầu hết PNMD ở các thôn bản DTTS đều đi làm ăn ở nơi khác xa nhà, vùng thành thị và tỉnh thành mới về thăm gia đình và do đó điều tra không tiếp cận được. Đây là nghiên cứu cắt ngang trên quần thể dân cư bình thường sống ở địa bàn kinh tế khó khăn, do đó việc tiếp cận được các đối tượng nữ thanh niên đi đến các vùng thành thị khác liên quan đến thương mại tình dục để tìm hiểu nguy cơ là hết sức khó khăn. Phóng sự điều tra của Báo Nông nghiệp Việt Nam, (*Son nữ và cạm bẫy*, 2/11/2012) cho thấy: *“Nghèo đói, lạc hậu nên phần lớn thiếu nữ ở vùng cao Quế Phong (Nghệ An) cứ lớn lên là bỏ làng, bỏ bản mà đi. Ông Bí thư Đảng ủy xã chia sẻ: các cô gái bản đi xuống các thành phố thì phần lớn làm gái mại dâm. 13 thôn bản trong xã đều có thiếu nữ bỏ làng đi, ít hay nhiều mà thôi”*. Chị Phó chủ tịch Hội Phụ nữ xã Châu Thôn, Quế Phong, Nghệ An nói: *“Na Tỳ là nơi có nhiều thiếu nữ bỏ bản làng, độ khoảng hai ba chục cô. Ngoại trừ những em còn đang trong độ tuổi đi học, thì Na Tỳ hầu như không có thiếu nữ ở nhà”*.

So với kết quả một số NC ở nhóm dân cư khác thì tỷ lệ sử dụng BCS của người Thái trong NC 2007 còn rất thấp: NC của Nguyễn Thanh Truyền (2006) về kiến thức thái độ và hành vi thực hành phòng chống HIV/AIDS của nam ngư dân bắt cá xa bờ tại tỉnh Bình Định [43] cho thấy: 70,6% có QHTD với bạn tình thường xuyên trong 12 tháng qua, trong đó 38,5% có dùng BCS lần gần nhất. Có 18,9% người có QHTD với PNMD trong 12 tháng qua, trong đó 86,8 có sử dụng BCS trong QHTD lần gần nhất (13,2% không sử dụng BCS). Có 6,3% người có QHTD với bạn tình ngẫu nhiên trong 12 tháng qua, trong đó 20,8% không sử dụng BCS trong QHTD lần gần nhất. Và 89,6% người biết nơi có thể nhận được BCS. NC của tác giả Hà Thị Lãm [24] cho thấy thủy thủ ở các cơ sở vận tải và đánh bắt cá tại Thái Bình vừa QHTD với PNMD và QHTD với vợ hay người yêu mà không dùng BCS thường xuyên (64%). Như vậy nếu đối tượng bị lây nhiễm HIV sẽ có nguy cơ lây cho vợ và vợ mang thai lây cho con.

Sử dụng ma túy

Cũng giống như tình hình dịch tễ học HIV/AIDS trên toàn quốc, sử dụng và TCMT là nguyên nhân chủ yếu làm lan truyền HIV tại địa bàn NC. Báo cáo của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thanh Hóa, số liệu lập bản đồ nhóm NCMT ước tính có khoảng 500 người ở huyện Quan Hóa, đứng thứ 3 toàn tỉnh [16], [17]. Tuy nhiên tại 4 xã điều tra, số ĐTNC báo cáo có NCMT là 15 người (NC 2007), có thể có một số đối tượng NCMT đã đi tập trung cai nghiện hoặc vì lý do nào đấy nên họ tránh mặt không tham gia phỏng vấn hoặc ngại không thừa nhận.

4.1.4. Về tỷ lệ nhiễm HIV.

Nghiên cứu năm 2007 phát hiện 27/742 trường hợp nhiễm HIV (3,6%), trong đó huyện Quan Hóa chiếm tới 88,8%. Nam giới nhiễm HIV chiếm 85,2% và nữ giới 14,8%, lứa tuổi 15-24 chiếm 59,26%. Theo Tổ chức Y tế thế giới và UNAIDS thì tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong cộng đồng cao hơn 1% được coi là dịch toàn thể đòi hỏi những phó tích cực, can thiệp rộng khó, giải pháp đồng bộ mới ngăn chặn kịp thời nguy cơ lây nhiễm.

Phân tích đa biến cho thấy, nhiễm HIV trong NC 2007 có liên quan chặt chẽ tới NCMT, tỷ lệ người có HIV(+) có NCMT là 48,1%, và không NCMT là 51,9%, chỉ có 02 trường hợp (0,3%) khai báo có NCMT nhưng không nhiễm HIV ($\chi^2=367,25$; $p<0,0001$).

Số liệu phân tích trên cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm đồng bào Thái tại địa bàn NC cao tương đương với một số nhóm nguy cơ cao như nhóm PNMD hay NCMT tại một số tỉnh, thành phố. Nguy cơ HIV đã lây lan sang vợ con người NCMT và đây là một báo động ở cả một số nhóm DTTS khác như NC của tác giả Nguyễn Thanh Long 2006 đã cảnh báo [32], [33], [41], [55].

4.2. Hiệu quả can thiệp phòng lây nhiễm HIV cho nhóm đồng bào dân tộc Thái tại địa bàn NC giai đoạn 2007-2009-2012

4.2.1. Độ bao phủ chương trình truyền thông và tiếp cận các kênh thông tin

Các ý kiến của các cán bộ chủ chốt liên quan đến hoạt động của chương trình truyền thông thu được qua các cuộc PVS đều cung cấp các thông tin rất tốt về số lượng, chất lượng các hoạt động và sự đa dạng hóa hoạt động truyền thông, cũng như các cố gắng trong việc tìm kiếm những mô hình can thiệp thích hợp cho đồng bào DTTS ở địa bàn NC. Sự chỉ đạo của chính quyền, phối hợp hoạt động giữa các ban ngành, đoàn thể ở các huyện điều tra là tương đối đầy đủ, đồng bộ và đa dạng, tuy nhiên độ bao phủ là chưa nhiều do ảnh hưởng của nhiều yếu tố đặc thù vùng sâu vùng xa như dân trí và khả năng tiếp cận. Hầu hết ý kiến trong PVS cho rằng truyền thông phòng chống HIV/AIDS cho đồng bào DTTS là việc khó và hiệu quả các hoạt động đó chưa cao. Do vậy, mặc dù tỷ lệ người nhận được thông tin truyền thông về HIV/AIDS qua tivi, hệ thống loa truyền thanh xã, tờ rơi và các kênh trực tiếp khác... rất cao nhưng tỷ lệ người có kiến thức cần thiết để phòng tránh HIV, thái độ và hành vi đúng đối với HIV/AIDS cũng chưa như mong đợi vì có thể cách bố trí thông điệp truyền thông chưa phù hợp.

Sau 3 năm can thiệp truyền thông và dựa trên kết quả đánh giá giữa kỳ năm 2009, một số hoạt động đã được thay đổi hoặc bổ sung để phù hợp với đặc thù vùng DTTS và tình hình dịch tễ của mỗi huyện NC. Hoạt động truyền thông đại chúng vẫn được 2 huyện triển khai như giai đoạn trước. Do khả năng tiếp cận truyền thông đại chúng thấp hơn nên NC *tăng cường truyền thông trực tiếp* thông qua mạng lưới y tế thôn bản, các già làng trưởng bản, CTV, GDVĐĐ và với mô hình *truyền thông dựa vào cộng đồng*. Các đội truyền thông lưu động đến các xã, thôn bản xa chiếu phim, video tiểu phẩm truyền thông. Nhằm đối phó với tình hình dịch HIV tăng nhanh ở Quan Hóa, mô hình VCT/STI lưu động được thành lập và hàng quý đi các xã để tư vấn, xét nghiệm HIV và

khám STI. Mô hình này được đánh giá có kết quả rất cao, gần 100% ý kiến cộng đồng hài lòng với dịch vụ, giảm chi phí so với phòng VCT cố định, giảm chi phí đi lại cho khách hàng và tiếp cận hầu hết các đối tượng NCMT cũng như vợ con họ trong cộng đồng. Để đáp ứng đủ BKT, BCS cho số lượng lớn (hơn 500 người) NCMT tại Quan Hóa, các hộp/bốt BKT tự động được đặt khắp các thôn bản, tại nhà y tế bản và tại cả các nhà nương rẫy xa bản làng. Đây chính là sự khác biệt về can thiệp ở 2 huyện sau giai đoạn một.

Tại NC năm 2012, nguồn thông tin phòng chống HIV/AIDS người dân nhận được chủ yếu qua tivi (92,6%), các cuộc họp ở thôn bản (63,4%), CTV/TTV (83,3%), y tế xã/ thôn bản (78%). Nhân viên văn hóa xã Hồi Xuân, Quan Hóa cho biết: *“Tôi được giao nhiệm vụ tuyên truyền để bà con hiểu rõ tác hại của ma túy và HIV/AIDS. Việc tuyên truyền và giải thích được thực hiện thông qua các buổi họp bản; cả những khi nói chuyện lúc đi làm nương, làm ruộng...”*. Kết quả NC vùng DTTS thượng nguồn sông Mekong (báo cáo của Ngân hàng phát triển Châu Á - ADB) cũng cho thấy hiệu quả mỗi loại vật liệu cũng mang lại lợi ích rõ ràng và giá trị khác nhau. Một phần lớn người dân (>70%) cảm thấy áp phích, tranh lật, tài liệu quảng cáo, tờ rơi và băng video thú vị, rõ ràng và phù hợp; tuy nhiên những thông điệp liên quan đến ngôn ngữ địa phương đôi khi không chính xác với gần 30%. Trong khi đó, các tình nguyện viên thôn bản, các nhà lãnh đạo cộng đồng và giáo viên tham gia truyền thông trực tiếp đã mang lại tỷ lệ rất tích cực [131], [132]. NC này cũng cho thấy người DTTS nhận được thông điệp truyền thông rất cao từ các CTV thôn bản như già làng, trưởng bản, y tế thôn bản, y tế xã.

Tỷ lệ ĐTNC nhận được thông tin tuyên truyền về HIV/AIDS đều tăng hàng năm qua các kênh: truyền thông qua tivi được người dân ưa chuộng nhất và đều dao động ở mức cao trên 90%; truyền thông qua hệ thống loa đài xã thì chủ yếu các đối tượng ở gần trung tâm xã nhận được và cũng dao động ở mức khoảng 50%; truyền thông qua tờ rơi, tờ bướm cũng tương tự như vậy nhưng đối tượng không biết chữ hoặc tái mù

không tiếp cận được. Một số mô hình truyền thông dựa vào cộng đồng như truyền thông qua các cuộc họp thôn bản (trưởng bản, y tế bản, hội phụ nữ, hội nông dân, đoàn thanh niên tham gia) hoặc cộng tác viên truyền thông, giáo dục viên đồng đảng nhóm NCMT, y tế xã, thôn bản hoặc cán bộ thôn bản (những người được bà con tín nhiệm) thì có tỷ lệ tiếp cận cao và tăng rõ rệt qua các năm, ví dụ số người nhận được truyền thông từ tuyên truyền viên thôn bản tăng từ 13% năm 2007 lên 83,3% năm 2012.

4.2.2. Kết quả chương trình can thiệp giảm hại và tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ.

Theo kết quả thu thập số liệu thứ cấp tại 2 huyện NC, số người NCMT được tiếp cận truyền thông trực tiếp và phân phát BKT, BCS hàng năm đạt trung bình 500 người (>80%), bao phủ hầu hết số đối tượng NCMT trên địa bàn, trung bình mỗi NCMT được GDVĐĐ tiếp cận hàng tháng từ 16-20 lần. Các kênh phân phát BKT, BCS là CTV (y tế xã/thôn bản), GDVĐĐ, các điểm cấp phát BKT tự động (nhà y tế bản, trưởng bản và một số bản xa có điểm BKT tại nhà nương rẫy). Vì vậy số người nhận được BKT sạch trung bình 60 cái/tháng. Số người NCMT được tư vấn xét nghiệm HIV dao động hàng năm từ 100-300 người. Tại 2 huyện không có tụ điểm mại dâm, tuy nhiên số đi làm mại dâm từ nơi khác về cũng được tiếp cận phát tài liệu truyền thông, BCS, khoảng 10-20 người/năm.

Số người được tiếp cận VCT cũng tăng lên đáng kể, từ không có người nào năm 2007 tăng lên 256 người năm 2009 và đều đặn tăng lên 1.413 người năm 2012 và tại huyện Quan Hóa đã thí điểm mô hình VCT lưu động. Kết quả mô hình này đã được Dự án, Cục Phòng chống HIV/AIDS và Trường đại học Y tế công cộng đánh giá là rất hiệu quả về mặt chuyên môn, chủ động tiếp cận cộng đồng cũng như đáp ứng được nhu cầu của nhân dân vùng sâu vùng xa với hơn 90% người dân đã sử dụng dịch vụ hài lòng, tiết kiệm chi phí [18]. Vì vậy tỷ lệ người từng xét nghiệm HIV trong cộng đồng người Thái tại địa bàn NC tăng từ 3% năm 2007 lên 22,8% năm 2012. Đặc biệt số phụ nữ đi khám thai được xét nghiệm HIV tăng từ 5% năm 2007 lên 69,1% năm 2012.

Kết quả NC 2012 của NC này cao hơn so với kết quả Điều tra Đánh giá Các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam năm 2011 của Tổng cục thống kê, UNICEF và UNFPA: trong nhóm phụ nữ tuổi từ 15-49, tỷ lệ phụ nữ biết nơi xét nghiệm HIV 61,1%; Tỷ lệ phụ nữ đã từng xét nghiệm HIV và biết kết quả chỉ là 6,6%;

Kết quả 3 vòng điều tra định lượng cho thấy, số ĐTNC nhận được các hỗ trợ can thiệp tăng dần qua các năm, tỷ lệ người DTTS nhận được BCS tăng từ 21,9% năm 2007 lên 49,8% năm 2012; được khám chữa bệnh STI tăng từ 12% năm 2007 lên 30,4% năm 2012.

4.2.3. Kiến thức HIV/AIDS của nhóm đồng bào Thái ở NC SCT năm 2012 so với NC 2009 và NC 2007

Kết quả NC SCT năm 2012 cho thấy, ĐTNC trả lời đúng từng câu hỏi riêng lẻ về kiến thức HIV/AIDS rất cao, tuy nhiên khi phân tích gộp các nhóm kiến thức thì số người hiểu đúng từng nhóm kiến thức vẫn thấp hơn cho thấy sự không nhất quán trong hiểu biết của đối tượng, và đây chính là lý do một trong những khó khăn khi can thiệp cho đồng bào DTTS với mặt bằng dân trí thấp. Kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HIV 2012 đạt 58,1% - hiệu quả tăng bình quân từ 2007-2012 là 42,8% ($p < 0,001$); kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS đạt 80,8% - hiệu quả tăng bình quân từ 2007-2012 là 54,5% ($p < 0,001$); hiểu biết các dịch vụ phòng chống AIDS đạt 68,4% - hiệu quả tăng bình quân từ 2007-2012 là 102% ($p < 0,001$); và kiến thức lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt 86,6% - hiệu quả tăng bình quân từ 2007-2012 là 26,5% ($p < 0,001$).

Kết quả NC này cho thấy kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của người Thái SCT cao hơn kết quả NC của tác giả Trương Trọng Hoàng [76] trong “Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai (PNMT) và phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ (PNTSD) tại TP. Hồ Chí Minh năm 2009”: khoảng 42% PNMT TCT cho rằng có thể dự phòng làm

giảm tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con vào thời điểm TCT và tỉ lệ này tăng lên 72,3% SCT ($p < 0,05$). Tỉ lệ này ở PNTSD tương ứng là 49 và 67% ($p < 0,05$).

Kiến thức đúng về dự phòng HIV và hiểu biết về dịch vụ phòng chống HIV của đồng bào dân tộc Thái tại địa bàn NC SCT 2012 này cao hơn so với kết quả Điều tra đánh giá Các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam (MICS) năm 2011 của Tổng cục thống kê, UNICEF và UNFPA: trong nhóm phụ nữ tuổi từ 15-49, tỷ lệ có hiểu biết toàn diện về phòng tránh HIV là 45,1%; tỷ lệ phụ nữ hiểu biết HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con 49,6% [65]. So với kết quả NC về phòng chống HIV/AIDS thượng nguồn sông Mê-kông năm 2002 cũng vậy, kiến thức HIV/AIDS được cải thiện ít nhất 0,64%, cao nhất 26,78% và trung bình 7,69% tùy từng nhóm đối tượng và từng khu vực tại vùng DTTS ở Thái Lan (trong thời gian can thiệp 3 năm) [132].

Kiến thức dự phòng HIV của người Thái tại địa bàn NC SCT còn thấp hơn so với một NC về Kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến HIV/AIDS của người NCMT tại 7 tỉnh/thành phố Việt Nam sau 5 năm triển khai hoạt động can thiệp [39] của tác giả Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Huỳnh và cộng sự: 97,7% số đối tượng biết việc không dùng chung BKT là biện pháp cần thiết để phòng lây nhiễm HIV; 98,4% số đối tượng biết cần phải luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD để phòng lây nhiễm HIV.

Tỷ lệ người Thái có kiến thức HIV/AIDS đạt ở NC SCT năm 2012 thấp hơn so với kết quả NC về kiến thức HIV/AIDS của sinh viên trường cao đẳng sư phạm ở Yên Bái năm 2012: đa số 97,2% sinh viên có kiến thức đạt chung về phòng chống HIV/AIDS; 97% biết cả 3 đường lây nhiễm HIV [29].

Đặc biệt kiến thức HIV tăng và có tốc độ tăng nhanh hơn ở nhóm TTN 15-24 tuổi. Kết quả này tương đương so với kết quả một nghiên cứu trên nhóm các thanh thiếu niên có hoàn cảnh đặc biệt tại quận Bình Thạnh, TP. Hồ Chí Minh năm 2009 cho thấy vẫn còn 10% đến 30% có kiến thức sai. Đây là nhóm TTN đã được can thiệp bởi

dự án “Vì sự sống còn trẻ em tại các tỉnh phía Nam Việt Nam” do Hội Bảo Trợ Trẻ Em thành phố Hồ Chí Minh cùng Hội Hữu nghị Đan Mạch–Việt Nam đã thực hiện [52].

Kiến thức về HIV/AIDS được cải thiện rõ nhất thể hiện trong một số trường hợp người dân thôn bản bắt đầu với một mức độ rất thấp (chưa biết gì về bệnh HIV/AIDS) và được cải thiện tốt nhờ các tác động của chương trình can thiệp. Như vậy, có thể nói kiến thức của người dân tộc Thái trên địa bàn điều tra đã có những chuyển biến tích cực SCT, tuy nhiên cũng có một số ảnh hưởng nhỏ tới việc chuyển biến kiến thức và cùng với việc mức sống được nâng lên thì cơ hội thu nhận được thông tin về phòng chống HIV/AIDS từ các nguồn khác nhau là hoàn toàn có thể. Phân tích mối liên quan đa biến giữa kiến thức HIV (biến phụ thuộc) và một số yếu tố khác như tuổi, giới, học vấn ở 3 vòng điều tra cho thấy kiến thức HIV/AIDS của ĐTNC cũng ít nhiều phụ thuộc vào giới, lứa tuổi và học vấn đối với khu vực mà tình hình chung về kinh tế và mức sống của người dân là nghèo nàn.

NC trong SAVY cho chúng ta một kết quả trong nhóm tuổi từ 15-24 tuổi trên toàn quốc ở 2 vòng điều tra, là sự hiểu biết về các bệnh LTQĐTD không thay đổi sau 2 lần điều tra. NC này không đánh giá kết quả can thiệp, và cũng chưa chỉ rõ các ảnh hưởng của các yếu tố môi trường-xã hội... [9].

Tỷ lệ người dân có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng tăng đáng kể (87% vào năm 2012). Tỷ lệ này cao hơn trong Điều tra đánh giá Các Mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam năm 2011 của Tổng cục thống kê, UNICEF và UNFPA, tỷ lệ phụ nữ hiểu biết HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con là 49,6% [65].

Tuy thông tin về chương trình điều trị cho người nhiễm HIV cho người dân vẫn còn hạn chế, tỷ lệ người Thái biết thông tin về thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng khá cao. Tỷ lệ người biết có thuốc điều trị để giảm lây truyền mẹ sang con tăng từ 22,6% năm 2007 lên 86,6% năm 2012 và tỷ lệ người dân tộc Thái biết có thuốc điều trị cho bệnh nhân AIDS để kéo dài thời gian sống tăng từ 39% năm 2007

lên 88,2% vào năm 2012. Kết quả này cao hơn so với kết quả điều tra NC hộ gia đình của Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Trần Hiền, ở Thái Bình và thành phố Hồ Chí Minh, chỉ có 24,8% phụ nữ biết việc sử dụng điều trị ARV để ngăn chặn lây nhiễm HIV từ mẹ sang con [110].

Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của ĐTNC

Tác động tích cực của chương trình can thiệp truyền thông đến kiến thức của người dân tộc Thái tại địa bàn NC là rất rõ ràng, đặc biệt từ các mô hình truyền thông trực tiếp. Kiến thức dự phòng HIV của ĐTNC chủ yếu nhận được từ nguồn thông tin trực tiếp như các cuộc họp thôn bản (3,7 lần) và cán bộ y tế cơ sở (2,1 lần). Kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS chủ yếu nhận được từ nguồn trực tiếp là cán bộ y tế (2,2 lần) và nguồn thông tin đại chúng (5,6 lần), tờ rơi (2,1 lần). ĐTNC biết nơi có thể tiếp cận các dịch vụ y tế phòng chống HIV qua kênh đại chúng (5,8 lần), qua tờ rơi (5 lần). Tỷ lệ những người có kiến thức đầy đủ về HIV có khác nhau so với cách tiếp cận các biện pháp can thiệp truyền thông khác nhau. NC cho thấy *vai trò quan trọng của các biện pháp truyền thông trực tiếp đối với đồng bào DTTS trong đó nòng cốt là y tế cơ sở*. Hiệu quả hoạt động của các mô hình truyền thông dựa vào cộng đồng như các cuộc họp tại thôn bản, lồng ghép văn nghệ tại thôn bản, hoạt động của cộng tác viên, tuyên truyền viên thôn bản, và quan trọng nữa là các vật liệu truyền thông trực quan phù hợp đã nâng cao kiến thức HIV/AIDS của người DTTS. Từ kết quả này ta thấy rõ ràng rằng kiến thức HIV/AIDS của người dân phụ thuộc rất nhiều vào trình độ, năng lực và kỹ năng của các tuyên truyền viên tại thôn bản và cách bố trí nội dung các thông điệp đối với mỗi hình thức truyền thông trực tiếp, truyền thông cho từng nhóm đối tượng như cộng đồng dân cư, nhóm NCMT, PNMD...

Kết quả NC cũng cho thấy kiến thức HIV/AIDS của ĐTNC có một phần ảnh hưởng của giới tính, lứa tuổi và học vấn. Nam giới do ít bận công việc nội trợ gia đình

và có cơ hội tiếp cận bên ngoài xã hội nhiều hơn nữ, nhóm TTN, học vấn cao hơn (cấp II trở lên) có kiến thức HIV/AIDS tốt hơn.

NC MICS 2011 cho thấy, có sự chênh lệch lớn nhất xảy ra giữa các nhóm trình độ học vấn, với chỉ khoảng 23% phụ nữ không có bằng cấp có kiến thức về HIV, 56,8% phụ nữ trẻ bác bỏ hai quan niệm sai phổ biến nhất về lây nhiễm HIV. Trình độ học vấn của phụ nữ và mức sống của hộ cũng ảnh hưởng tới hiểu biết về HIV/AIDS, tỷ lệ phụ nữ sống ở Tây Nguyên có kiến thức về lây nhiễm HIV thấp nhất, chỉ 46,6%. Phụ nữ sống trong các hộ gia đình có chủ hộ là người dân tộc thiểu số có kiến thức hiểu biết về lây nhiễm HIV (39,5%) thấp hơn so với phụ nữ trong các hộ gia đình có chủ hộ là người Kinh/Hoa (59,6%). Mức sống của hộ có liên quan trực tiếp đến hiểu biết về dịch vụ phòng chống, 37,7% phụ nữ trong nhóm hộ nghèo nhất biết được nơi xét nghiệm [65].

NC của R. fakolade, S. B. Adebayo, J. anyanti and A. Ankomah (2007) về tác động của chiến dịch truyền thông đại chúng và hỗ trợ xã hội làm thay đổi chiều hướng dịch HIV. Tiếp xúc với phương tiện truyền thông đại chúng về các vấn đề phòng chống HIV/AIDS và hỗ trợ xã hội có liên quan đáng kể đến sự kỳ thị và giảm phân biệt đối xử người nhiễm ($p < 0,0001$) [92]. Một NC khác của Farr AC, Witte K, Jarato K, Menard T. ở Ethiopia cũng có kết quả tương tự khi truyền thông thông qua chiến dịch trên đài phát thanh kết hợp văn nghệ, câu chuyện giải trí [93]. Tuy nhiên đó là đối với khu vực có thể thực hiện truyền thông đại chúng, khác với thực trạng cơ sở vật chất và địa hình ở khu vực đồng bào DTTS ở NC này.

Một phương pháp nữa là đưa giáo dục phòng chống HIV/AIDS vào nhà trường, NC của Cheng Y, Lou CH, Mueller LM và cộng sự về giáo dục phòng chống HIV/AIDS dựa vào nhà trường cho học sinh vùng nông thôn tại các khu vực điểm nóng về HIV ở Trung Quốc cho thấy chương trình đào tạo sử dụng phương pháp có sự tham gia của học sinh trung học phổ thông nông thôn nâng cao kiến thức HIV/AIDS

của họ một cách đáng kể, thay đổi thái độ một cách tích cực, cải thiện và bảo vệ họ hiệu quả. Sự can thiệp cũng được cải thiện đáng kể đối với giáo viên và các đồng nghiệp về các vấn đề phòng chống HIV/AIDS ($p < 0,0001$) [87].

Tác giả Ergene T, Cok F, Tümer A, Unal S. Cho rằng tác động của giáo dục đồng đẳng với hoạt động giáo dục thuyết trình về HIV/AIDS tại trường đại học làm thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi trong các sinh viên đại học tại hai trường đại học tại Ankara, Thổ Nhĩ Kỳ. Sinh viên cả nam và nữ ở nhóm NC có điểm thái độ cao hơn so với tất cả sinh viên trong nhóm đối chứng [91]

Donald E. Morisky, Chrystene Nguyen, Alfonso Ang [90] trong đánh giá hiệu quả hoạt động của giáo dục viên đồng đẳng đối với lái xe taxi và lái xe ba bánh tại Philippines cho thấy một sự thay đổi đáng kể kiến thức về HIV/AIDS ($F=449,27$, $df=2$, $p<0,001$), thay đổi về thái độ đối với việc sử dụng BCS ($F=425,19$, $df=2$, $p=0.001$), và ảnh hưởng đáng kể đối với hành vi sử dụng BCS với PNMD ($F = 428,31$, $df = 2$, $p = 0,001$).

Tuy nhiên trong quá trình can thiệp truyền thông cần chú ý các yếu tố ảnh hưởng như sắc tộc, tín ngưỡng, chủng tộc, giới tính và vai trò quan trọng của các nhà lãnh đạo cộng đồng [138].

4.2.4. Thái độ đối với HIV/AIDS.

Cùng với sự thay đổi về kiến thức HIV, thái độ của người dân cũng đã có những thay đổi tích cực có ý nghĩa thống kê: Tỷ lệ người không kỳ thị sợ lây nhiễm HIV đạt 87,6% và tăng bình quân từ năm 2007-2012 là 53,5% ($p<0,001$) (*nhóm 1*); Tỷ lệ người không kỳ thị đổ lỗi phán xét đạt 56% và tăng bình quân từ năm 2007-2012 là 29,5% ($p<0,001$) (*nhóm 2*); Thái độ không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS đạt 84,5% và tăng bình quân từ năm 2007-2012 là 143% ($p<0,001$). Các chỉ số trên đã cho thấy sau quá trình can thiệp, sự kỳ thị phân biệt đối xử cũng đã giảm đáng kể. Theo chỉ số 22, Bộ Chỉ số Chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia, thái độ tích cực đối

với HIV/AIDS (*gồm nhóm 1 và 2 trên*) của người dân tộc Thái tại địa bàn NC đã tăng từ 16,8% năm 2007 lên 41,9% năm 2009 và lên 49,9% năm 2012 với $\chi^2=195,03$; $p<0,001$ và tốc độ tăng bình quân 84,2% trong giai đoạn 2007-2009-2012.

Các yếu tố ảnh hưởng đến thái độ HIV/AIDS.

Thái độ không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV của nhóm ĐTNC chịu tác động từ nhiều nguồn thông tin truyền thông (gián tiếp, trực tiếp) và ảnh hưởng bởi vốn kiến thức về HIV/AIDS của họ. Thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm chịu tác động tích cực từ nguồn thông tin đại chúng (OR=4,7), qua tờ rơi (OR=2,7), qua các cuộc hội họp thôn bản (OR=5,4) và qua cán bộ y tế (OR=2,3). Đặc biệt người có kiến thức đúng về dự phòng lây nhiễm HIV (OR=1,6), người có kiến thức phản đối quan niệm sai lầm về HIV/AIDS (OR=3,7) và người có hiểu biết các dịch vụ y tế phòng chống HIV (OR=6,7). Thái độ không kỳ thị đồ lỗi phán xét chịu tác động tích cực từ nguồn thông tin đại chúng (OR=1,5), cuộc họp thôn bản (OR=1,3) và đặc biệt là truyền thông trực tiếp của cộng tác viên, tuyên truyền viên thôn bản (OR=3,5). Người có kiến thức đúng về HIV cũng có thái độ không đồ lỗi, phán xét. Thái độ không phân biệt đối xử do tác động tích cực nhiều từ các nguồn thông tin đại chúng (OR=7,0), người xem tờ rơi (OR=4,3); và người có kiến thức đúng về HIV cũng không phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV (OR=4,3 đến 5,7). Nhìn chung các biện pháp truyền thông đa dạng cũng tạo điều kiện tối đa cho việc tiếp cận của người DTTS trong hoàn cảnh khó khăn. Dầu vậy biện pháp truyền thông trực tiếp vẫn là yếu tố nổi trội và có hiệu quả rất cao tại các địa bàn này. Các yếu tố như tuổi, giới hay học vấn không có ảnh hưởng rõ rệt đến thái độ đối với HIV/AIDS của người dân tộc Thái tại địa bàn trong NC này.

Khác với kết quả NC của tác giả R. fakolade, S. B. Adebayo, J. anyanti and A. Ankomah (2007) về tác động của chiến dịch truyền thông đại chúng và hỗ trợ xã hội đối với dịch HIV: Tiếp xúc với phương tiện truyền thông đại chúng về các vấn đề phòng chống HIV/AIDS và hỗ trợ xã hội có liên quan đáng kể đến sự kỳ thị và giảm

phân biệt đối xử người nhiễm ($p < 0,001$) [92] (đối với khu vực có điều kiện thực hiện truyền thông đại chúng).

4.2.5. Hành vi nguy cơ của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Qua quá trình can thiệp, tỷ lệ người biết nơi có thể nhận được BCS rất cao. Tỷ lệ người dân tộc Thái sử dụng BCS khi QHTD với vợ/chồng/người yêu và bạn tình ngoài hôn nhân lần gần đây nhất tăng từ 8,0% năm 2007 lên 13,3% năm 2009 và đạt 23,4% năm 2012, tốc độ tăng bình quân cả giai đoạn 2007-2012 là 71%. Tuy tỷ lệ đạt còn thấp so với mong muốn nhưng tốc độ tăng khá cao, có ý nghĩa lớn về mặt y tế công cộng đối với đồng bào DTTS ở vùng có nguy cơ cao về HIV/STIs. Các yếu tố liên quan chặt chẽ với việc sử dụng BCS của ĐTNC gồm: nam giới cao hơn nữ ($OR=1,8$; $p < 0,001$), người nhận được thông tin truyền thông đại chúng ($OR=3,5$; $p < 0,05$) và người có kiến thức đúng về dự phòng HIV ($OR=1,4$; $p < 0,05$).

Tỷ lệ tăng sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất của người dân tộc Thái trong NC này cao hơn so với NC của tác giả Nguyễn Thị Thiêng, Lưu Bích Ngọc về Kiến thức và hành vi liên quan tới phòng tránh HIV/AIDS và STI của thanh niên Việt Nam-hiệu quả từ chương trình can thiệp RHIYA: tỷ lệ thanh niên sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục lần gần nhất tăng 13,1%. Nam giới thông báo đã sử dụng BCS trong lần quan hệ tình dục lần gần nhất cao gấp 4 lần so với nữ. Rất ý nghĩa là mức chuyển đổi hành vi này ở thanh niên nông thôn mạnh hơn, tích cực hơn nhiều so với thanh niên ở thành thị (22,7% so với 4,2%) [47].

Kết quả NC năm 2012 cho thấy người NCMT đều có kiến thức về đường lây và phòng lây nhiễm HIV cao, và tương đồng với kết quả các hoạt động can thiệp giảm hại mà chương trình mang lại, người NCMT tại địa bàn tiếp cận dịch vụ phân phát BKT rất cao (>53 lần), được phát tờ rơi, tờ bướm hay sách nhỏ truyền thông (>10 lần) và được tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV (>7 lần).

NC đã xây dựng một mạng lưới cộng tác viên và giáo dục viên đồng đẳng khắp các bản làng của các huyện NC. Ngoài hình thức cấp phát BKT qua giáo dục viên đồng đẳng, ở các thôn bản của huyện Quan Hóa còn có hộp BKT tự động đặt tại nhà y tế bản hoặc các nhà nương rẫy, phù hợp cho vùng sâu vùng xa đi lại khó khăn. Chính vì vậy số người NCMT được giáo dục viên đồng đẳng tiếp cận hàng tháng khá cao, dao động từ 66% đến 87%. Số NCMT nhận được BKT rất cao, dao động từ 30 - 60 chiếc BKT/tháng.

4.2.6. Giảm tỷ lệ nhiễm HIV.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm dân tộc Thái tại 2 huyện NC đã giảm xuống có ý nghĩa thống kê (NC năm 2007 là 3,6% giảm xuống còn 2,2% vào năm 2009 và 1,0% vào năm 2012). Phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ mắc HIV và yếu tố nguy cơ cao cho thấy có mối liên quan chặt chẽ đối với nhóm NCMT ($p < 0,001$). Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm HIV không có sự khác biệt giữa nam và nữ giới, không có sự khác biệt về lứa tuổi hay học vấn. Điều này khác với năm 2007 nên cho thấy có thể là dấu hiệu HIV lây lan sang vợ con người NCMT từ những năm trước.

Theo báo cáo Ước tính và Dự báo nhiễm HIV tại Việt Nam năm 2007 – 2012, ước tính tỷ lệ nhiễm HIV trên toàn quốc sẽ là 0,47% vào năm 2012. Tỷ lệ nhiễm HIV của NC này cao hơn so ước tính và dự báo 2012 và cao hơn so với với mục tiêu khống chế tỷ lệ nhiễm HIV dưới 0,3% vào năm 2020 của Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn năm 2030 [11].

Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái tại Thanh Hóa giảm cho thấy các thông tin của NC năm 2007 đã thật sự rất có giá trị trong việc lập kế hoạch dựa trên bằng chứng và triển khai các hoạt động can thiệp cho nhóm DTTS trong những năm qua. Đồng thời NC 2009 cũng là cơ sở để bổ sung và thay đổi một số hoạt động hay mô hình can thiệp hiệu quả như đã nêu ở phần kết quả các hoạt động can thiệp. Tuy nhiên so với tỷ lệ nhiễm chung trên cả nước thì tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm

dân tộc Thái ở Quan Hóa, Thanh Hóa vẫn ở mức cao. Điều này đòi hỏi cần phải tiếp tục duy trì và mở rộng các hoạt động can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm DTTS trong những năm tiếp theo. Ngoài ra, một số vùng lân cận khác như huyện Mường Lát cũng có tình hình HIV/AIDS rất nghiêm trọng: *“Những bản làng biên giới xứ Thanh vốn rất yên bình thì giờ đây phải gồng mình chống chọi với cái án “tử” mà bão “ét” gây ra”* (Báo Công lý, *Ám đạm làng “ét” ở vùng biên xứ Thanh*, ngày 15 tháng 12 năm 2012).

4.3. Một số trở ngại và khó khăn ảnh hưởng đến các hoạt động can thiệp.

Việc triển khai hoạt động can thiệp tại cộng đồng của đồng bào dân tộc thiểu số là công việc khó khăn, phải thực hiện tốt từ việc vận động được sự ủng hộ của chính quyền từ cấp huyện đến cấp xã, và cả những người có uy tín tại địa phương như già làng trưởng bản đến việc tổ chức và vận động được đối tượng đích tham gia vào các hoạt động can thiệp giảm hại.

Hoạt động can thiệp giảm hại còn gặp khó khăn như Giáo dục viên đồng đẳng người DTTS trình độ thấp, điều kiện địa hình khó khăn, thường xuyên biến động và hầu hết vẫn còn sử dụng ma túy. Các Giáo dục viên đồng đẳng thường xuyên được tập huấn, nhưng do trình độ thấp và hay thay đổi nên hiệu quả của chương trình can thiệp chưa cao.

Kỳ thị và phân biệt đối xử với HIV/AIDS tuy đã được cải thiện, nhưng vẫn còn nặng nề. Nhiều gia đình vẫn giấu và không công nhận tình trạng nghiện ma túy và nhiễm HIV/AIDS của con em mình.

Hình thức truyền thông hiệu quả ở khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa, vùng DTTS là truyền thông dựa vào cộng đồng, tuy nhiên năng lực và kỹ năng của các cộng tác viên/tuyên truyền viên, y tế xã/thôn bản còn yếu, đào tạo và tập huấn cho mạng lưới này là một quá trình kiên trì.

Tài liệu truyền thông như tờ rơi hay tranh ảnh cho đồng bào Thái cũng đã thử nghiệm trên cộng đồng để chọn ra bản thích hợp nhất, tuy nhiên các hình ảnh trực quan vẫn còn một số thiếu sót và NC cũng chưa kiểm tra sự “tồn lưu” các tài liệu truyền thông trong các hộ gia đình.

NC cũng cho thấy chỉ sử dụng ngôn ngữ DTTS khi truyền thông trực tiếp, tại các buổi họp dân bản và các hình thức truyền thông thông qua phim ảnh, kịch có thể sử dụng cả 2 thứ tiếng. Còn đối với tranh ảnh trực quan, bắt buộc phải là hình ảnh người DTTS ở vùng đó. Tuy nhiên để tránh hiểu nhầm, cần vừa diễn đạt đúng các nội dung một cách khoa học, vừa phù hợp về văn hoá của cộng đồng, đơn giản, dễ hiểu, dễ nhớ và dễ thực hiện. Qua nghiên cứu định tính PVS tại huyện NC, mô hình truyền thông dựa vào cộng đồng được bà con ưa thích và chấp nhận nhất.

Như vậy theo thời gian, sự giao lưu văn hóa, kinh tế, sự phát triển của xã hội nói chung và cộng đồng dân tộc thiểu số nói riêng ít nhiều có ảnh hưởng đến phòng chống HIV/AIDS. Đã và đang có sự thay đổi về sinh kế, về những quan niệm, gia tăng các mối quan hệ nguy cơ và biến đổi văn hóa truyền thống [74].

Là khu vực miền núi, biên giới địa hình phức tạp, giao thông và kinh tế khó khăn, dân cư thưa, dân trí thấp, có nhiều dân tộc sinh sống, nhiều phong tục còn lạc hậu, giao lưu khu vực biên giới luôn xảy ra và dễ phát sinh các tệ nạn xã hội. Hầu hết các gia đình người Thái tại địa bàn NC còn nghèo hoặc cận nghèo, tỷ lệ nghèo theo tiêu chuẩn mới của Chính phủ là 43%. Do đó vì bận làm việc nương rẫy kiếm ăn hàng ngày nên hạn chế việc tiếp cận các can thiệp phòng chống cũng như các dịch vụ y tế. *“Phần lớn phụ nữ dân tộc Thái ở đây ít tham gia và tiếp cận các hoạt động xã hội, vì vậy họ thường thụ động trong việc áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV, đặc biệt việc sử dụng BCS trong QHTD, phần nào làm ảnh hưởng và làm gia tăng lây nhiễm HIV”* (ý kiến PVS huyện Đoàn thanh niên và Phụ nữ huyện).

4.4. Hạn chế của nghiên cứu.

Nghiên cứu còn một số hạn chế về chọn mẫu và tính đại diện cho cộng đồng tại khu vực miền núi tỉnh Thanh Hóa. Vì vậy số liệu thu thập được chưa đại diện cho cả nhóm DTTS đó và cũng không đại diện cho vùng hay khu vực có người DTTS sinh sống. NC chưa tiếp cận được nhiều đối tượng nguy cơ cao tại địa bàn (NCMT, PNMD) và một số người dân e ngại cung cấp thông tin nên có thể ảnh hưởng đến sai số. Hơn nữa NC chỉ sử dụng phương pháp so sánh theo thời gian bằng các cuộc điều tra mô tả cắt ngang trên quần thể tương đồng về hộ gia đình, không theo dõi thuần tập được từng ĐTNK trong suốt thời gian; khoảng cách về thời điểm giữa các vòng điều tra là khá xa nhau, có sự biến đổi của nhiều yếu tố, do đó đánh giá sự thay đổi các chỉ số do can thiệp của dự án có thể bị ảnh hưởng do nhiều yếu tố tác động. Thiết kế NC chưa có những công cụ thích hợp đủ để thu thập và đánh giá sự thay đổi các yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội, cũng như mức sống của người dân và những nguyện vọng của họ đối với các chương trình y tế nói chung và phòng chống HIV/AIDS nói riêng cho vùng DTTS.

CHƯƠNG V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng về kiến thức, thái độ, hành vi và tiếp cận dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV của nhóm người Thái 15-49 tuổi năm 2007 còn yếu và nhiều bất cập.

Tỷ lệ đối tượng có hiểu biết đúng về 4 nhóm kiến thức HIV/AIDS ở mức thấp hoặc rất thấp, lần lượt là 29,6% cho nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm, 36,2% cho nhóm phản đối quan niệm sai lầm về HIV, 11,2% cho nhóm hiểu biết về các dịch vụ phòng chống HIV, 54,1% cho nhóm hiểu biết đường lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng theo 3 nhóm thái độ đối với người nhiễm HIV khá thấp, lần lượt là 38,0% cho nhóm không kỳ thị sợ lây nhiễm, 34,1% cho nhóm không kỳ thị đổ lỗi phán xét, 14,3% cho nhóm không phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.

Tỷ lệ đối tượng có hành vi sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục lần gần nhất với mọi loại bạn tình rất thấp, chỉ có 8%.

Tỷ lệ đối tượng được tiếp cận với các hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS còn thấp, phương tiện thiếu, nội dung thông điệp đơn điệu và nghèo nàn.

Dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện lưu động chưa có. Dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện cố định mới được triển khai năm 2007 với số khách hàng trung bình 11 người/tháng. Tỷ lệ tiếp cận bao cao su 21,9% và bơm kim tiêm cho người nghiện chích ma túy là 8,4%, tỷ lệ đối tượng tự nguyện xét nghiệm HIV chỉ có 1,4%

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 3,64% chủ yếu là nam giới (chiếm 85%), thường gặp ở lứa tuổi 15-24 tuổi. Phân tích hồi quy logistic cho thấy lây nhiễm HIV có liên quan đến hành vi nghiện chích ma túy ở nghiên cứu 2007.

5.2. Hiệu quả áp dụng mô hình can thiệp phòng chống HIV/AIDS ở nhóm người Thái tại 2 huyện của Thanh Hóa, giai đoạn 2007-2012.

Thay đổi có ý nghĩa thống kê tỷ lệ ở cả 4 nhóm kiến thức liên quan tới phòng lây nhiễm HIV/AIDS trên nhóm đối tượng: Chỉ số hiệu quả can thiệp ở nhóm kiến thức dự phòng lây nhiễm: 96%; ở nhóm phản đối các quan niệm sai lầm về HIV: 123%; ở

nhóm hiểu biết về các dịch vụ phòng chống: 306%; và ở nhóm kiến thức lây truyền mẹ-con: 60%

Tỷ lệ chuyển biến thái độ đối với HIV/AIDS của đối tượng tại cộng đồng người Thái là rõ rệt: Chỉ số hiệu quả can thiệp ở nhóm thái độ không kỳ thị sợ bị lây nhiễm: 131%; ở nhóm không kỳ thị đổ lỗi phán xét người nhiễm: 64%; và ở nhóm không phân biệt đối xử với người nhiễm: 490%

Tỷ lệ thay đổi hành vi có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục của đối tượng nghiên cứu thể hiện rất rõ ràng: Chỉ số hiệu quả can thiệp ở nhóm sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với mọi loại bạn tình: 192%

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV của cộng đồng người Thái 15-49 tuổi có xu hướng giảm, từ 3,6% năm 2007 xuống còn 2,2% năm 2009 và sau can thiệp còn 1,0% (năm 2012), với $p < 0,01$. Nhóm nam giới, nhóm trẻ tuổi (15-24 tuổi) có tỷ lệ giảm rõ rệt hơn với $p < 0,01$.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống HIV của nhóm đối tượng nghiên cứu. Những yếu tố quan trọng bao gồm: nam giới, người có học vấn cao hơn; người nhận được thông tin trực tiếp từ các cuộc họp thôn bản, từ nhân viên y tế và cộng tác viên địa phương.

Những yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu gồm tự đánh giá có nguy cơ, đã từng nghiện chích ma túy và đã từng nhận bơm kim tiêm của chương trình.

Hàng loạt các chỉ số chênh lệch hiệu quả giữa hai giai đoạn can thiệp 2012 (sau can thiệp 5 năm) cao và tốt hơn hẳn với giai đoạn giữa kỳ 2009 (sau 2 năm can thiệp). Điều này cho thấy giá trị của tổ chức can thiệp trong thời gian dài và sự cần thiết điều chỉnh chương trình can thiệp phù hợp kịp thời.

CHƯƠNG VI. KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên những kết quả nghiên cứu, đồng thời xem xét một số kết quả đạt được hoặc chưa đạt được trong quá trình can thiệp so với những khuyến nghị trong vòng điều tra ban đầu năm 2007, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau:

1. Cần sử dụng mô hình can thiệp truyền thông dựa vào cộng đồng cho các địa phương khác, nhất là các xã vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số.
2. Nhân rộng mô hình tư vấn xét nghiệm HIV lưu động kết hợp khám điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho đồng bào vùng sâu vùng xa.
3. Củng cố mạng lưới y tế cơ sở, mạng lưới cộng tác viên, tuyên truyền viên, giáo dục viên đồng đẳng vùng dân tộc thiểu số để đảm bảo tính bền vững của chương trình can thiệp phòng chống HIV/AIDS.
4. Cần có các nghiên cứu tiếp theo về một số mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng cho dân tộc thiểu số và theo dõi thuần tập trong thời gian can thiệp để chứng minh rõ hiệu quả và tính bền vững của can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS (2007), *Khung theo dõi và đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 69-75.
2. Bộ Y tế (2005), Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2000 – 2005. Hà Nội, tr.528, 529.
3. Bộ Y tế (2010), *Báo cáo 20 năm hoạt động phòng, chống HIV/AIDS*, tr. 107-108.
4. Bộ Y tế (2010), Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2006 - 2010. Hà Nội, tr.742, 743.
5. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm và trọng tâm kế hoạch 6 tháng cuối năm 2012*, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2012), *Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 (kèm theo Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25 tháng 5 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ)*.
7. Bộ Y tế (2013), *Báo cáo kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2012 và định hướng kế hoạch năm 2013*, Hà Nội.
8. Bộ Y tế, Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ (2007), *Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên nhóm đồng bào dân tộc thiểu số tại Việt Nam*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, UNICEF, WHO (2005), *Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam, (SAVY)*, Hà Nội.
10. Bộ Y tế, UBDSGĐTE (2005), *Báo cáo đánh giá hiệu quả dự án “Cộng đồng hành động phòng chống HIV/AIDS”*, Hà Nội.
11. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2009), *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2007 - 2012*, Hà Nội, tr. 6-29.
12. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, UNAIDS, Ngân hàng Thế giới, Đại học New South Wales (2011), *Đánh giá tác động dịch tễ của các chương trình giảm hại về HIV tại Việt Nam*, tr. 88.

13. Cục Y tế Dự phòng và Phòng chống HIV/AIDS (2005), *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam 2005-2010*, Hà Nội.
14. Dự án cộng đồng hành động phòng chống AIDS (2005), *Đánh giá hiệu quả dự án cộng đồng hành động phòng chống AIDS tại Điện Biên, Quảng Trị, Kiên Giang và Đồng Tháp*.
15. Dự án phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam (2007), *Tài liệu "Khung chính sách dân tộc thiểu số về phòng chống HIV/AIDS"*, Hà Nội.
16. Dự án phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ tỉnh Thanh Hóa (2009), *Báo cáo tổng kết 4 năm thực hiện dự án giai đoạn 2006 – 2009 và định hướng triển khai kế hoạch giai đoạn 2010 - 2012*, Thanh Hóa.
17. Dự án phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ tỉnh Thanh Hóa (2011), *Báo cáo Hội nghị tổng kết dự án giai đoạn 2010 – 2012*, Thanh Hóa.
18. Dự án phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam, Trường đại học Y tế công cộng (2012), *Báo cáo đánh giá mô hình thí điểm tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện lưu động tại huyện Quan hóa và Mường lát tỉnh Thanh Hóa từ 2009-2012*, Hà Nội.
19. Đàm Viết Cương, Vũ Thị Minh Hạnh (2006), *Đánh giá sau can thiệp dự án nâng cao nhận thức và vai trò của hệ thống khoa giáo các cấp đối với công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản và phòng chống HIV/AIDS*, truy cập từ <http://www.hsipi.org.vn/vcl/vn/home/...>
20. Đảng cộng sản Việt Nam (2006), *Chùa Khmer - hạt nhân xây dựng đời sống văn hoá mới vùng đồng bào dân tộc*, truy cập từ <http://www.cpv.org.vn/details.asp?topic=6&subtopic=20&idBT2860531514>
21. Đặng Cảnh Khanh, Lê Xuân Hoàng (2000), “Nhận thức và hành vi của nhóm thanh niên nông thôn ra các thành phố lớn kiếm sống theo thời vụ về nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS”, *Tạp chí Y học thực hành. Kỷ yếu Công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS 1997-1999*, Hà Nội, tr: 228-233
22. Đoàn Chí Hiền, Trần Thị Ngọc, Nguyễn Lê Tâm (2009), *Nghiên cứu kiến thức và một số yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV ở khách hàng đến phòng tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS Thừa Thiên-Huế năm 2009*.

23. Đỗ Mai Hoa & Lê Bảo Châu (2007), *Đánh giá mô hình chăm sóc và hỗ trợ cho những người nhiễm HIV/AIDS tại quận Hải Châu thành phố Đà Nẵng*, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
24. Hà Thị Lãm, Nguyễn Đình Đáng, Phạm Gia Lai, Đỗ Huy Giang và cộng sự (2005), *Nghiên cứu một số hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS/STDs đối với thủy thủ các cơ sở vận tải và đánh cá tại Thái Bình*, Hội nghị khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ III, Thành phố Hồ Chí Minh 11/2005.
25. Hoàng Huy Phương, Lê Hoàng Nam, Tạ Thị Lan Hương (2009), *Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của người dân từ 15 – 49 tuổi ở huyện Hoa Lư và thành phố Ninh Ninh*, Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS, Bộ Y tế xuất bản năm 2010.
26. Khuất Thu Hồng & Nguyễn Thị Vân Anh (2004), *Tìm hiểu sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan tới HIV/AIDS ở Việt Nam*, Hà Nội.
27. Lý Thị Hoa (2000), “Kết quả điều tra xã hội học về nhận thức, thái độ, thực hành trong phòng chống HIV/AIDS của hành khách đi tàu Bắc-Nam”, *Tạp chí Y học thực hành, Kỷ yếu Công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS 1997-1999*, tr. 212-214
28. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thị Thanh Hà, Bùi Đức Thắng và cộng sự (2010), “Tỷ lệ nhiễm HIV, Giang mai và các yếu tố hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc ít người tại Việt Nam”, *Tạp chí y học thực hành*, (742+743), tr. 29-39.
29. Nguyễn Đức Thành và Nguyễn Linh Chi (2010), “Kiến thức, Thái độ và thực hành phòng chống HIV/AIDS của sinh viên Trường Cao đẳng sư phạm Yên Bái”, *Tạp chí Y học thực hành*.
30. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Trần Hiền, Trần Việt Anh (2008), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS của nam thanh niên 15-24 tuổi tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh", *Tạp chí Y học thực hành*, 709 (3), tr. 5-7.
31. Nguyễn Thanh Long (2007), “Nghiên cứu hành vi nguy cơ và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm ngư phủ, thủy thủ tại Kiên Giang năm 2007”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 58(5), tr. 94-98.
32. Nguyễn Thanh Long (2008), “Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và các yếu tố hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại một số huyện tỉnh Lai Châu năm 2007”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 4(96), tr. 80-87.

33. Nguyễn Thanh Long (2009), “Hành vi và các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tỉnh Thái Nguyên năm 2008”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 61, tr. 94- 100.
34. Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2007), “Nghiên cứu kiến thức, thái độ hành vi và tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm đồng bào Kh’me tại Kiên Giang, An Giang và Hậu Giang năm 2007”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*,(59), tr. 75-80.
35. Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2008), “Hành vi nguy cơ và tỷ lệ nhiễm HIV, Giang mai trong nhóm đồng bào H’ mông tại Lai Châu”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (349), tr. 42-48.
36. Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2008), “Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV/STI và hành vi dự phòng lây nhiễm HIV/STI trong nhóm nông dân tại huyện Phú Tân tỉnh An Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*,(348), tr. 20- 26.
37. Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2008), “Nguyên cứu hành vi nguy cơ và Tỷ lệ nhiễm HIV và Giang mai trong nhóm đồng bào dân tộc Dao tại Yên Bái”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (348), tr. 42-48.
38. Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Đức Huy (2008), “Nghiên cứu kiến thức thái độ hành vi và xác định một số yếu tố liên quan đến lây nhiễm HIV trong nhóm xe ôm quận Cầu Giấy năm 2007”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 4 (96), tr. 88-96.
39. Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Huỳnh, Trịnh Hữu Vách và cộng sự, *Kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến HIV/AIDS của người NCMT tại 7 tỉnh/thành phố Việt Nam sau 5 năm triển khai hoạt động can thiệp*.
40. Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Văn Kỳ (2013), “Kiến thức, thái độ và hành vi phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm đồng bào dân tộc H’Mông ở Lai Châu (2006-2012)”, *Tạp chí Y học Thực hành 2013*, 3 (858).
41. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức và cộng sự (2010), “Nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm vợ, bạn tình người NCMT tại Lai Châu năm 2010”. *Tạp chí y học thực hành*, (742+743), tr. 203-207.
42. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Văn Kỳ và cộng sự (2010), “Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT tại khu vực nông thôn, miền núi tỉnh Bắc Giang năm 2010”, *Tạp chí y học thực hành*, (742+743), tr.197-199.

43. Nguyễn Thanh Truyền (2006), *Khảo sát kiến thức thái độ và hành vi thực hành về HIV/AIDS của nam ngư dân bắt cá xa bờ tại tỉnh Bình Định.*
44. Nguyễn Thị Bích Hằng, (2000), *Nghiên cứu sự hiểu biết một số kiến thức về sức khoẻ sinh sản VTN của học sinh dân tộc một số trường nội trú tỉnh Sơn La*, Luận văn Thạc sỹ sinh học, Đại học Sư phạm Hà Nội;
45. Nguyễn Thị Hiệu (2009), *Đánh giá kiến thức về HIV/AIDS của cán bộ chuyên trách, cán bộ thống kê báo cáo tuyến xã, phường trong tỉnh Phú Yên năm 2009.*
46. Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Đức Hồng, Nguyễn Đức Thanh và cộng sự (2009), *Kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến HIV/AIDS của phụ nữ mại dâm tại 7 tỉnh/thành phố Việt Nam.*
47. Nguyễn Thị Thiêng, Lưu Bích Ngọc, *Kiến thức và hành vi liên quan tới phòng tránh HIV/AIDS và các BLTQĐT của thanh niên Việt Nam: hiệu quả từ chương trình can thiệp RHIYA.*
48. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh và cộng sự (2005), “Nhận thức và thái độ của Lãnh đạo cộng đồng về chương trình giảm tác hại dự phòng HIV/AIDS tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528+529), tr. 342-346.
49. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh và cộng sự (2005), “Lượng giá nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở nhóm thanh niên 15-24 tuổi tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528+529), tr. 347-351.
50. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh và cộng sự (2005), “Lượng giá nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm gái mại dâm tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Dương, Bình Phước, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528+529), tr.358-363.
51. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, và cộng sự (2005), “Lượng giá nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở quần thể tiêm chích ma túy tại 7 tỉnh Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528+529), tr. 333-337.
52. Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Văn Lợi, Nguyễn Đỗ Nguyên (2009), *Kiến thức, thái độ, và thực hành về phòng chống HIV/AIDS của thanh thiếu niên có hoàn*

- cánh đặc biệt tại phường 19 và 22, Bình Thạnh, TP. Hồ Chí Minh, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược TP. HCM.*
53. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2002), *Kết quả điều tra STI/HIV ở phụ nữ mại dâm thuộc 5 tỉnh biên giới Việt nam*, NXB Y học, Hà Nội.
 54. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Thanh Long, Khừu Văn Nghĩa và cộng sự (2005), “STI/HIV ở Phụ nữ mại dâm trước và sau khi triển khai dự án can thiệp “Cộng đồng hành động phòng chống HIV/AIDS” 5 tỉnh biên giới Việt Nam, 2002-2004”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528+529), tr. 67- 71.
 55. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2010), “Một số đặc điểm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT người dân tộc thiểu số huyện Quan Hóa”, *Tạp chí y học thực hành*, (742+743), tr. 266-270.
 56. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Bá Cẩn (2010), “Tỷ lệ nhiễm HIV, Giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái tỉnh Thanh Hóa”, *Tạp chí y học thực hành*,(742+743), tr. 271-276.
 57. Quốc Hội (2007), *Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (HIV/AIDS)*, NXB Lao Động, Hà Nội, tr. 3-31.
 58. Sở Y tế An Giang (2011), *Báo cáo số liệu giám sát trọng điểm qua các năm, An Giang*.
 59. Sở Y tế Kiên Giang (2012); *Kế hoạch năm 2012, Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ*.
 60. Sở Y tế Sơn La – Ban quản lý dự án (2006), *Kiến thức, thái độ, hành vi và các hoạt động hỗ trợ tư vấn phòng chống HIV/AIDS/STIs trong nhóm nguy cơ cao tỉnh Sơn La năm 2006*, báo cáo nghiên cứu, Sơn La.
 61. Sở Y tế Sơn La (2012), *Kế hoạch năm 2012, Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ*.
 62. Sở Y tế Thanh Hóa (2013), *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2007-2012*.
 63. Sở Y tế Yên Bái (2012), *Kế hoạch năm 2012, Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ*.
 64. Tô Duy Hợp, Trần Quý Sửu (2000), “Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi của phụ nữ nông thôn có chồng làm ăn tại đô thị với HIV/AIDS”, *Tạp chí Y*

- học thực hành. Kỹ yếu Công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS 1997-1999*, Bộ Y tế XB, Hà Nội, tr. 234-237.
65. Tổng cục thống kê, UNICEF, UNFPA (2011), *MICS Việt Nam (Điều tra đánh giá Các mục tiêu trẻ em và phụ nữ*, Hà Nội.
 66. Trần Chí Liêm, Nguyễn Thanh Long (2009), “Nghiên cứu hành vi lây nhiễm HIV trong nhóm công nhân xây dựng ngoại tỉnh từ 15-49 tuổi tại tỉnh Lai Châu”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, (358), tr. 1- 5.
 67. Trung tâm y tế huyện Quan Hóa (2009), *Báo cáo kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của huyện Quan Hóa, giai đoạn 2006 - 2009*, Thanh Hóa.
 68. Trung tâm y tế huyện Quan Hóa (2012), *Báo cáo kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của huyện Quan Hóa, giai đoạn 2009 - 2012*, Thanh Hóa.
 69. Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình và cộng sự (2008), *Điều tra kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống HIV/AIDS và đánh giá tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm gái mại dâm tại Khánh Hòa*.
 70. Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình, (2008), *Đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi về phòng chống HIV/AIDS trên người dân 15-49 tuổi tại Khánh Hòa*, Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS, Bộ y tế xuất bản năm 2010.
 71. Trương Trọng Hoàng, Lê Thị Kim Phượng, Phạm Thị Hải Ly (2009), *Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai và phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ tại TP. Hồ Chí Minh năm 2009*.
 72. UNAIDS tại Việt Nam, (2004), *Giảm thiểu kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS tại nơi làm việc ở Việt Nam*, tr. 10-11.
 73. UNFPA Vietnam (2011), *CÁC DÂN TỘC VIỆT NAM: Phân tích các chỉ tiêu chính từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*.
 74. Ủy ban dân tộc, *Số lượng đồng bào thiểu số và phân chia vùng miền*, truy cập từ <http://www.cema.gov.vn/>
 75. Ủy ban Phòng, chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh, Tổ chức Sức khỏe gia đình thế giới (FHI) (2006), *Kết hợp phân tích dịch tễ học HIV/AIDS và Tài chính để Đề xuất Đáp ứng dịch HIV tại Hồ Chí Minh*, tr. 48.

76. Ủy ban quốc gia phòng chống HIV/AIDS và Phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm (2004), *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 23-71.
77. Ủy ban về AIDS ở Châu Á (2008), *Nhận định lại về tình hình dịch AIDS ở Châu Á, phác thảo cách ứng phó hiệu quả*.
78. Viện dân tộc, Ủy ban dân tộc Việt Nam (2010), *Số liệu thống kê 2010*, Truy cập từ <http://viendantoc.org.vn/>.
79. Viện nghiên cứu quyền con người & CARE Quốc tế tại Việt Nam (2008), *HIV/AIDS và quyền con người*, NXB Hà Nội, Hà Nội, tr. 12-27.
80. Việt Nam, UNFPA (2011), *Các dân tộc Việt Nam: Phân tích các chỉ tiêu chính từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*.
81. Vũ thị Minh Hạnh và cộng sự (2000), “Nhận thức, thái độ, lòng tin và thực hành của các nhóm dân cư tại 3 tỉnh: Quảng Ninh, Bình Định, Cần thơ đối với việc phòng chống AIDS”, *Tạp chí Y học thực hành. Kỷ yếu Công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS 1997-1999*. Bộ Y tế XB, Hà Nội, tr. 218-222.
82. Vũ Văn Hoàn, Lê Lan Hương (2006), *Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống STIs và HIV/AIDS của thanh thiếu niên dân tộc Thái 15-24 tuổi tại xã Tông Lạnh, Thuận Châu, Sơn La năm 2006*, Hà Nội.

Tiếng Anh

83. Ben E. Wodi, Ph.D., M.S.E.H, (2005), *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Opinions Among Adolescents In The River States of Nigeria*, State University of New York – College at Cortland, P.O. Box 2000, Cortland, NY, USA.
84. Bengtsson, L., et al. (2013), “Sexual relationships among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam: a qualitative interview study”, *BMC Public Health* 13, pp. 108.

85. Bradley, H., et al. (2010), "HIV infection and contraceptive need among female Ethiopian voluntary HIV counseling and testing clients", *AIDS Care* 22(10), pp. 1295-304.
86. Cargill, V.A. and Stone V.E. (2005), "HIV/AIDS: a minority health issue", *Med Clin North Am* 89(4), pp. 895-912.Fdfd
87. Cheng Y, Lou CH, Mueller LM, Zhao SL, Yang JH, Tu XW, Gao ES. (2003), *Effectiveness of a school-based AIDS education program among rural students in HIV high epidemic area of China*, The Department of Epidemiology and Social Science on Reproductive Health, Shanghai Institute of Planned Parenthood Research, Fudan University, Shanghai, People's Republic of China.
88. Cho M Naing, Mohd Hakim, Daniel Ang Tze Yee, (2009), *HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and perceptions: a cross-sectional household survey*. International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia.
89. Do, K., Minichiello V., and Hussain R. (2012), "HIV risks among injecting drug users in Vietnam: a review of the research evidence". *Curr HIV Res*, 10(6), pp. 479-86.
90. Donald E. Morisky, ScD, ScM, MSPH, Chrystene Nguyen, MPH, Alfonso Ang, PhD, and Teodora V. Tiglaio, EdD, MPH. (2005), "HIV/AIDS Prevention Among the Male Population: Results of a Peer Education Program for Taxicab and Tricycle Drivers in the Philippines". *Health Educ Behav*, 32(1), pp. 57-68.
91. Ergene T, Cok F, Tümer A, Unal S. (2005), *A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey*, Department of Educational Sciences, Program of Counseling and Guidance, Faculty of Education, Hacettepe University, *Contemp Clin Trials*, 26(4), pp. 430-42.
92. Fakolade, R., Adebayo, S. B., Anyanti, J. and Ankomah, A. (2007), *The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of hiv-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective hiv prevention programmes*.

93. Farr A. C., Witte K., Jarato K., Menard T. (2005), "The effectiveness of media use in health education: evaluation of an HIV/AIDS radio campaign in Ethiopia", *J Health Commun*, 10(7), pp. 679.
94. Farr, A. C., Witte, K., Jarato, K., & Menard, T., The Effectiveness of Media Use in Health Education: Evaluation of an HIV/AIDS Radio Campaign in Ethiopia, <http://www.tandfonline.com/loi/uhcm20>.
95. FHI, Impact, USAID, ANAIDS, WHO, UNDCP (2006), *Estimating the size of populations at risk for HIV*.
96. General Statistical Office (GSO), National Institute of Hygiene and Epidemiology (NIHE) [Vietnam] and ORC Macro, (2006), *Vietnam Population and AIDS Indicator Survey (AIS) 2005*, Calverton, Maryland, USA: GSO, NIHE, and ORC Macro.
97. Hammett, T.M., et al. (2012), "Controlling HIV epidemics among injection drug users: eight years of Cross-Border HIV prevention interventions in Vietnam and China", *PLoS One*, 7(8), pp. e43141.
98. Hedayati-Moghaddam, M. R., Marjaneh, M. M., Mashhadi, I. E., (2012), *Knowledge and attitudes of physicians in private practice towards HIV/AIDS in Mashhad*, Research Center for HIV/AIDS, HTLV and Viral Hepatitis, Iranian Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Mashhad Branch, Mashhad, Iran.
99. Hien, N. T. and Ushijima, H. (2005), "Frequency of prenatal care visits by ethnic minority mothers and association with infant birthweight in Bac Kan Province, Vietnam", *Trop Doct.* 35(2), pp. 103-4.
100. Hlaing, W. M. and Darrow, W. W. (2006), "HIV risk reduction among young minority adults in Broward County", *J Health Care Poor Underserved*, 17(2 Suppl), pp. 159-73.
101. Hung, L. Q., et al. (2005), "Nutritional status following malaria control in a Vietnamese ethnic minority commune", *Eur J Clin Nutr*, 59(8), pp. 891-9.
102. Jardine, M., et al. (2012), "Harm reduction and law enforcement in Vietnam: influences on street policing", *Harm Reduct J*, 9(1), pp. 27.

103. Kalasagar, M., Sivapathasundharam, B., Bertin, T., Einstein, A. (2007), *AIDS awareness in an Indian metropolitan slum dweller: A KAP study*, Department of Oral and Maxillo Facial Pathology, Meenakshi Ammal Dental College and Hospital, Alapakkam main Road, Maduravoyal, Chennai 600 095, Tamilnadu, India.
104. Ko, N. Y., Hsu, S. T., Chen, C. H., Tsai, C. Y., Chu, P. J., Huang, C. J., Yen, C. F. (2008), "A pilot study of HIV education on readiness to change on substance use, AIDS knowledge, self-efficacy for risk reduction among male drug-dependent inmates", *J Adolesc Health*, 42(2), pp. 184-91
105. Malqvist, M., et al. (2013), "Ethnic minority health in Vietnam: a review exposing horizontal inequity", *Glob Health Action*. 6, pp. 1-19.
106. Messersmith, L. J., et al. (2012), "Women living with HIV in Vietnam: desire for children, use of sexual and reproductive health services, and advice from providers", *Reprod Health Matters*, 20(39 Suppl), pp. 27-38.
107. Messersmith, L. J., et al. (2012), "'Many people know the law, but also many people violate it': Discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in Vietnam - Results of a national study", *Glob Public Health*.
108. Moskowitz, J. M., Henneman, T. A., Holt, B. Y. (2002), *California 2000 HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors (KABB) Survey: Methods and Results*, California Department of Health Services, Office of AIDS HIV/AIDS Epidemiology Branch.
109. Nguyen, A. T., Nguyen, T. H., Nguyen, T. L., Phan, T. T. H. (2006), *A Household Survey in Two Provinces in Viet Nam Estimates HIV Prevalence in an Urban and a Rural*.
110. Nguyen, A. T., Nguyen, T. H., Trinh, Q. H., Nguyen, T. L. (2005), "Effectiveness of the Project "Community action for preventing HIV/AIDS" in group commercial sex worker", *Tạp chí Y học thực hành (Journal of practical medicine)*, (528+529), pp. 220-225.
111. Nguyen, D. B., et al. (2013), "Outcomes of antiretroviral therapy in Vietnam: results from a national evaluation", *PLoS One*, 8(2), pp. e55750.

112. Nguyen, H. V., et al. (2012), "The effect of participatory community communication on HIV preventive behaviors among ethnic minority youth in central Vietnam", *BMC Public Health*, 12, pp. 170.
113. Nguyen, T. T., Gammeltoft, T., and Rasch, V. (2011), "Early uptake of HIV counseling and testing among pregnant women at different levels of health facilities--experiences from a community-based study in Northern Vietnam", *BMC Health Serv Res*, 11, pp. 29.
114. Nguyen, V. H., Dunne, M. P., and Debattista, J. (2013), "Risks for HIV Infection Among Male Street Laborers in Urban Vietnam", *J Community Health*.
115. Parker, R., Aggleton, P. (2003), "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", *Social Science & Medicine*, 57(1), pp. 13-24.
116. Pramanik, S., Chartier, M. and Koopman, C. (2006), *HIV/AIDS Stigma and Knowledge among Predominantly Middle-Class High School Students in New Delhi, India*.
117. Reid, G. and Higgs, P. (2011), "Vietnam moves forward with harm reduction: an assessment of progress", *Glob Public Health*, 6(2), pp. 168-80.
118. Rheinlander, T., et al. (2011), "Perspectives on child diarrhoea management and health service use among ethnic minority caregivers in Vietnam", *BMC Public Health*, 11, pp. 690.
119. Rheinlander, T., et al. (2012), "Hygiene and sanitation promotion strategies among ethnic minority communities in northern Vietnam: a stakeholder analysis", *Health Policy Plan*, 27(7), pp. 600-12.
120. Slesak, G., et al. (2012), "High HIV vulnerability of ethnic minorities after a trans-Asian highway construction in remote northern Laos", *Int J STD AIDS*, 23(8), pp. 570-5.
121. Sood, S., Nambiar, D., *Comparative cost-effectiveness of the components of a behavior change communication campaign on HIV/AIDS in North India*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs (JHU/CCP), Baltimore, Maryland 21202, USA .

122. Thomas, J. and Bandyopadhyay, M. (1999), "Ethnic minorities and their vulnerability to AIDS in a border state of India", *AIDS Care*, 11(1), pp. 45-60.
123. Tran, B. X., et al. (2013), "Financial burden of health care for HIV/AIDS patients in Vietnam", *Trop Med Int Health*, 18(2), pp. 212-8.
124. Tran, B. X., et al. (2013), "Prevalence and correlates of alcohol use disorders during antiretroviral treatment in injection-driven HIV epidemics in Vietnam", *Drug Alcohol Depend*, 127(1-3), pp. 39-44.
125. Tran, D. A., et al. (2013), "Determinants of antiretroviral therapy initiation and treatment outcomes for people living with HIV in Vietnam", *HIV Clin Trials*, 14(1), pp. 21-33.
126. UNAIDS & WHO (2009), *AIDS epidemic update*, pp. 6-13
127. UNAIDS (2001), *Reaching regional on improved behavioral and sero surveillance for HIV*, Regional conference in East Africa, UNAIDS Best Practice Collection.
128. UNAIDS Report on Global AIDS epidemic 2012 (2012), http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
129. UNAIDS, GBC & CHAMP (2008), *AIDS-Related Knowledge, Attitudes, Behavior, and Practices: A Survey of 6 Chinese Cities*.
130. UNAIDS, UNICEF (2000), *Sexual Perception and Behaviour of Viet Nam's Ethnic Minority Groups*.
131. UNDP, ADB (2000), *Mobility and HIV/AIDS in the Greater Mekong Sub-region*.
132. UNESCO Asia Pacific Regional Bureau for Education (2002), *Prevention of HIV/AIDS among Ethnic Minorities of the Upper Mekong Region through Community-based Non-Formal and Formal Education*, Bangkok, Thailand
133. UNESCO, ADB (2008), *HIV/AIDS Vulnerability and Risk Reduction among Ethnic Minority groups Through Communication Strategies in the Greater Mekong Sub-region*, Bangkok, Thailand.

134. Vuong, T., et al. (2012), "Drug policy in Vietnam: a decade of change?" *Int J Drug Policy*, 23(4), pp. 319-26.
135. White, J., Oosterhoff, P., and Huong, N. T. (2012), "Deconstructing 'barriers' to access: minority ethnic women and medicalised maternal health services in Vietnam", *Glob Public Health*. 7(8), pp. 869-81.
136. WHO (2003), *Health and Ethnic minorities in Vietnam*.
137. WHO (2011), *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response*.
138. Williams, P. B., Ekundayo, O., Udezulu, I. E., Omishakin, A. M., *An ethnically sensitive and gender-specific HIV/AIDS assessment of African American women: a comparative study of urban and rural American communities*. The Graduate Public Health Program, Morgan State University, Baltimore, Md, USA.
139. World Bank regional strategy, (2005), *Preventing HIV/AIDS in the Middle East and North Africa*, Washington, DC 20433.
140. World vision Australia and Macfarlane Burnet Centre (2001), *Toolkit for HIV prevention among mobile populations in the Greater Mekong Sub-region*.
141. Xiaodong Tan, Jingju Pan, Dong Zhou, Chunhong Wang, and Chaojun Xie, (2007), *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviors Assessment of Chinese Students: A Questionnaire Study*, School of Public Health, Wuhan University, China.
142. Zhang, L., et al. (2008), "High HIV risk among Uigur minority ethnic drug users in northwestern China", *Trop Med Int Health*, 13(6), pp. 814-817.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU VÀ THAM GIA NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Quang Bảo, Phạm Duy Quang, Hoàng Quốc Cường, Khuru Văn Nghĩa, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Duy Phúc, Mai Hoàng Anh, Trần Thọ Anh, Trần Ngọc Hữu, Nguyễn Vũ Thượng (2011), “HIV và các yếu tố ảnh hưởng đến việc dùng bao cao su trong quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tại An Giang”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXI, số 6 (124), tr. 32-37.
2. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, Nguyễn Thanh Tuấn, Đào Ngọc Phong, Khương Văn Duy, Vũ Diễm, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Minh Hải, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức (2005), “Kiến thức về tư vấn xét nghiệm, chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS của cán bộ y tế tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 325-329.
3. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, Nguyễn Thanh Tuấn, Đào Ngọc Phong, Khương Văn Duy, Vũ Diễm, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Minh Hải, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức (2005), “Lượng giá nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở quần thể tiêm chích ma túy tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 333-337.
4. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, Nguyễn Thanh Tuấn, Đào Ngọc Phong, Khương Văn Duy, Vũ Diễm, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Minh Hải, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức (2005), “Nhận thức và thái độ của lãnh đạo cộng đồng về chương trình giảm tác hại dự phòng

HIV/AIDS tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 342-346.

5. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, Nguyễn Thanh Tuấn, Đào Ngọc Phong, Khương Văn Duy, Vũ Diễm, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Minh Hải, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức (2005), “Lượng giá nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở nhóm thanh niên 15-24 tuổi tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 347-351.

6. Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thu Anh, Trần Việt Anh, Nguyễn Thanh Tuấn, Đào Ngọc Phong, Khương Văn Duy, Vũ Diễm, Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Trần Minh Hải, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức (2005), “Lượng giá nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở quần thể gái mại dâm tại 7 tỉnh: Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An, Sóc Trăng”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 358-363.

7. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long và cộng sự (2010), “Một số đặc điểm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy người dân tộc thiểu số ở huyện Quan Hóa, Thanh Hóa”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 266-271.

8. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Bá Cẩn và cộng sự (2010), “Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái ở Thanh Hóa”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 271-277.

9. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Văn Kỳ, Bùi Hoàng Đức, Nguyễn Thị Bản và cộng sự (2010), “Hành vi nguy cơ lây nhiễm và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại khu vực nông thôn miền núi tỉnh Bắc Giang, năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 197-200.

10. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Hồ Doãn Phước, Bùi Hoàng Đức và cộng sự (2010), “Đánh giá hành vi và xác định tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy trên địa bàn triển khai dự án phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Cao Bằng do Ngân hàng Thế giới tài trợ, năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 200-203.
11. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức, Nguyễn Văn Kỳ, Nguyễn Văn Đồi (2010), “Nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm vợ, bạn tình người nghiện chích ma túy tại Lai Châu - năm 2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 203-207.
12. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Phạm Đức Mạnh, Hoàng Đình Cảnh và cộng sự (2010), “Đánh giá thực trạng và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao năng lực Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 568-571.
13. Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Vũ Thượng, Phạm Duy Quang, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Duy Phúc, Nguyễn Quang Bảo, Trần Văn Út, Lê Văn Việt, Trần Ngọc Hữu (2010), “Tác động của các yếu tố môi trường đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người nghiện chích ma túy tại tỉnh Vĩnh Long, 2007”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 245.
14. Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Vũ Thượng, Phạm Duy Quang, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Long, Bùi Hoàng Đức, Nguyễn Duy Phúc, Nguyễn Quang Bảo, Trần Văn Út, Lê Văn Việt, Trần Ngọc Hữu (2011), “Các yếu tố tương quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người nghiện chích ma túy tại Vĩnh Long, 2007”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập XXI, số 6 (124), tr. 21-27.
15. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Trần Hiền, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Thanh Hà, Vũ Thị Bích Diệp, Nguyễn Lê Hải, Bùi Đức Thắng, Phan Thị Thu Hương, Phạm Hồng Thắng, Hoàng Thanh Hà, Lâm Thanh Thủy (2005), “Tỷ lệ

nhiễm HIV và các chỉ số AIDS trong nhóm quần thể dân cư bình thường 15-49 tuổi ở vùng thành thị và nông thôn Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 319-324.

16. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Thị Thanh Hà, Bùi Đức Thắng, Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Lê Hải, Doãn Hồng Anh, Trần Đại Quang, Trần Hồng Trâm, Nguyễn Vị Thủy, Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức, Nguyễn Trần Hiền (2010), “Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ gây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc ít người tại Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 29-39.

17. Dương Công Thành, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Thắng, Phạm Hồng Thắng, Hoàng Thị Thanh Hà, Nguyễn Quốc Trung, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thị Thanh Hà, Trần Đại Quang, Phạm Thị Vân Anh, Trần Thị Hồng Trâm, Bùi Hoàng Đức, Võ Hải Sơn, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Trần Hiền (2012), “Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép câu hỏi hành vi: Kết quả thử nghiệm bước tiếp cận mới của hệ thống giám sát HIV ở Việt Nam”, *Tạp chí Y học dự phòng Việt Nam*.

18. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Thanh Long, Khuru Văn Nghĩa, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thị Kim Tiến, Cao Thị Bảo Vân, Lương Thu Trâm, Võ Thị Tuyết Nhung, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức, Nigel O’Farrell (2005), “STI/HIV ở phụ nữ mại dâm trước và sau khi triển khai dự án can thiệp “Cộng đồng hành động phòng, chống HIV/AIDS”, 5 tỉnh biên giới Việt Nam, 2002-2004”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 258+259, tr. 67-73.

TIẾNG ANH

19. Phan Thi Thu Huong, Nguyen Thuy Duong, Vo Hai Son at all (2010), “Impacts of mass media exposure and language barrier on comprehensive HIV/AIDS knowledge among “Dzao” ethnic minority in Yen Bai province, Vietnam”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, pp. 337-341.

20. Vo Hai Son, Phan Thi Thu Huong, Nguyen Van Ky, Bui Hoang Duc, Nguyen Ba Can, Duong Thuy Anh, Nguyen Viet Nga (2010), "Risk behaviors among injecting drug users (IDUs) in Thanh Hoa province, Vietnam", *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 318-325.
21. Tuan NA, Ha NT, Diep VT, Thang PH, Long NT, Huong PT, Duc BH, Wilson D, Oelrichs R, Hien NT (2008), "Household Survey in Two Provinces in Viet Nam Estimates HIV Prevalence in an Urban and a Rural Population", *AIDS Res Hum Retroviruses*, 2008 Aug, 24(8), pp 1017-1026.
22. Duong Cong Thanh, Nguyen Anh Tuan, Nguyen Tran Hien, Bui Duc Thang, Le Anh Tuan, Tran Dai Quang, Nguyen Thi Thanh Ha, Pham Van Anh, Phan Thu Huong, Hoang Dinh Canh, Vo Hai Son, Bui Hoang Duc, David Jacka, Keith Sabin (2012), "HIV prevention coverage among injecting and non-injecting female sex workers in some sentinel provinces in Viet Nam in 2010 and 2011", *19th International AIDS Conference, July 22-27, 2012, Washington DC, USA, Abstract no. THPE204*, <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200747004.aspx>
23. Duong Cong Thanh, Nguyen Anh Tuan, Nguyen Tran Hien, Bui Duc Thang, Le Anh Tuan, Tran Dai Quang, Nguyen Thi Thanh Ha, Pham Van Anh, Phan Thu Huong, Hoang Dinh Canh, Vo Hai Son, Bui Hoang Duc, David Jacka, Keith Sabin (2012), "Estimating HIV incidence using behavioral proxies among key populations in 7 sentinel provinces in Viet Nam in 2010 and 2011", *19th International AIDS Conference, July 22-27, 2012, Washington DC, USA. Abstract no. TUPE208*, <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200746693.aspx>.
24. Bui Thu Trang, Phan Thi Thu Huong, Nguyen Van Ky, Bui Hoang Duc, Nguyen Viet Nga (2010), "HIV/AIDS related risk behaviors among male injecting drug users (IDUs) in Son La province, Vietnam", *Tạp chí Y học thực hành*, số 742+743, tr. 313-317.

25. Quang Duy Pham, Thuong Vu Nguyen, Cuong Quoc Hoang, Van Cao, Nghia Van Khuu, Huong Thu Thi Phan, Anh Hoang Mai, Huu Ngoc Tran, David Peter Wilson, Lei Zhang (2012), "Prevalence of HIV/STIs and Associated Factors among Men Who Have Sex with Men in An Giang, Vietnam", *Sexually Transmitted Diseases*, Volume 39, Number 10, October 2012, pp. 799-806.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH NGHIÊN CỨU TẠI THỰC ĐỊA



Tại phòng VCT huyện Quan Hóa tháng 12 năm 2008



Tại Trung tâm y tế huyện Quan Hóa năm 2009



Thăm hộ gia đình tại xã nghiên cứu



Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu



Thảo luận nhóm NCMT cộng đồng tại xã NC



BKT sau khi sử dụng tại một tụ điểm được người NCMT cắm lên cây

PHỤ LỤC