

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

TRỊNH THỊ SANG

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG
TRONG NHÓM NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI
THÀNH PHỐ BẮC GIANG TỈNH BẮC GIANG NĂM 2007 - 2010**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2012

BỘ GIÁO DỤC - ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

TRỊNH THỊ SANG

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG
TRONG NHÓM NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI
THÀNH PHỐ BẮC GIANG TỈNH BẮC GIANG NĂM 2007 - 2010**

Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học: PGS. TS. LÊ CỰ LINH

HÀ NỘI - 2012

LỜI CAM ĐOAN

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

Tác giả luận án

Trịnh Thị Sang

LỜI CẢM ƠN

Đầu tiên, với lòng biết ơn sâu sắc tôi xin gửi lời trân trọng cảm ơn thầy hướng dẫn PGS. TS Lê Cự Linh đã dành nhiều công sức hướng dẫn và động viên tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời trân trọng cảm ơn tới Ban giám hiệu nhà trường Đại học y tế công cộng; các cán bộ phòng Sau đại học đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại đây.

Tôi xin trân trọng cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Thu Hà và các thầy trong Hội đồng chấm luận án cấp trường; hội đồng góp ý dự thảo; hội đồng cấp bộ môn đã cho tôi các góp ý quý báu và nhận xét tích cực giúp tôi hoàn thiện luận án này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn GS.TS. Lê Quang Cường, ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, TS. Trần Thị Mai Oanh – Viện trưởng và Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã động viên và tạo điều kiện cho tôi hoàn thành chương trình học tập, động viên, giúp đỡ và chia sẻ các kinh nghiệm nghiên cứu trong suốt quá trình học tập, công tác.

Tôi xin cảm ơn các bạn đồng nghiệp trong Viện, khoa Tổ chức và Nhân lực y tế, những người đã nhiệt tình ủng hộ và hỗ trợ giúp tôi trong quá trình nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Sở Y tế Bắc Giang; UBND thành phố Bắc Giang; nơi tôi tiến hành nghiên cứu; ban giám đốc, tập thể các y bác sỹ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS; cán bộ trạm y tế 11 xã/phường thuộc TP Bắc Giang; các cộng tác viên đã tích cực nhiệt tình tham gia, hưởng ứng các hoạt động can thiệp.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn vô cùng sâu sắc tới bố/mẹ đã sinh thành, nuôi dưỡng và tạo mọi điều kiện tối đa cho tôi trong học tập và công tác, luôn động viên tinh thần và giúp tôi vượt qua mọi khó khăn. Tôi xin cảm ơn bố/mẹ chồng tôi; anh/chị em tôi và những người thân, anh em trong gia đình đã động viên và tạo điều kiện cho tôi trong học tập.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn đặc biệt và biết ơn sâu sắc tới chồng và con gái yêu quý đã luôn hỗ trợ, động viên, chia sẻ, sát cánh bên tôi những lúc khó khăn, luôn dành thời gian cho tôi được tập trung học tập, nghiên cứu và công tác.

Hà Nội, ngày 1 tháng 10 năm 2012

NCS. Trịnh Thị Sang

MỤC LỤC

Lời cam đoan	i
Lời cảm ơn	ii
Mục lục	iii
Danh mục các chữ viết tắt	
Danh mục bảng	
Danh mục biểu đồ	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	6
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	7
1.1. TÌNH HÌNH NHIỄM HIV Ở NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM.....	7
1.2. HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV Ở NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY.....	13
1.2.1. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT trên thế giới	13
1.2.2. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT tại Việt Nam	15
1.3. MỘT SỐ KINH NGHIỆM TRONG VIỆC TRIỂN KHAI MÔ HÌNH TCCĐ	18
1.3.1. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới trong việc triển khai Mô hình TCCĐ	18
1.3.2. Kinh nghiệm của Việt Nam trong việc triển khai Mô hình TCCĐ	22
1.3.3. Mô hình tiếp cận cộng đồng tại tỉnh Bắc Giang	24
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	26
2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	26
2.1.1. Địa điểm nghiên cứu	26
2.1.2. Đối tượng nghiên cứu	26
2.1.3. Thời gian nghiên cứu	26
2.1.4. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu.....	27

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu chung.....	27
2.2.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu định lượng	28
2.2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu định tính	29
2.3. CÁC KHÁI NIỆM, ĐỊNH NGHĨA DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU	30
2.4. XÂY DỰNG VÀ TRIỂN KHAI MÔ HÌNH CAN THIỆP.....	34
2.4.1. Nguyên tắc, tiêu chí xây dựng mô hình can thiệp.....	34
2.4.2. Nội dung can thiệp	35
2.4.3. Đối tượng thụ hưởng từ can thiệp	36
2.4.4 . Quản lý, điều hành can thiệp:	36
2.4.5. Tài liệu can thiệp.....	36
2.4.6. Tổ chức triển khai can thiệp.....	36
2.5. CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP	38
2.6. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU	39
2.6.1. Nghiên cứu định lượng	39
2.6.2. Nghiên cứu định tính.....	40
2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU.....	41
2.7.1. Định lượng	41
2.7.2. Định tính.....	41
2.8. HẠN CHẾ VÀ BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU.....	42
2.8.1. Những yếu tố nhiễu có thể gặp	42
2.8.2. Biện pháp kiểm soát sai số trong thu thập số liệu.....	42
2.9. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	43
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	44
3.1. THỰC TRẠNG HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA	
NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG	44
3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế - xã hội của người NCMT	44
3.1.2. Một số đặc trưng khác.....	46

3.1.3. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV	47
3.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA NGƯỜI NCMT TRƯỚC CAN THIỆP.....	58
3.2.1. Các yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung BKT của người NCMT	58
3.2.2. Các yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình của người NCMT trước can thiệp	65
3.3. HIỆU QUẢ CAN THIỆP TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG.....	70
3.3.1. Đối với cộng đồng người nghiện chích ma túy	70
3.3.2. Đối với người nghiện chích ma túy	71
3.3.3. Chương trình can thiệp tiếp cận cộng đồng đã làm thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT	72
3.3.4. Thực hành làm sạch BKT, sử dụng BCS đúng cách của người NCMT.....	82
3.3.5. Kiến thức, hiểu biết về HIV	83
3.3.6. Đánh giá khả năng nhiễm HIV của bản thân	85
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	94
4.1. THỰC TRẠNG HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA NGƯỜI NCMT..	94
4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của đối tượng nghiên cứu	94
4.1.2. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV	96
4.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV .	101
4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến hành vi dùng chung BKT	101
4.2.2. Một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS trong QHTD.....	103
4.3. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP TCCĐ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH PHÒNG CHỐNG HIV CỦA TỈNH, TÁC ĐỘNG ĐẾN CÁC BAN NGÀNH VÀ CỘNG ĐỒNG NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG	105

4.4. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP ĐỐI VỚI HÀNH VI DÙNG CHUNG BKT	107
4.5. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP ĐỐI VỚI HÀNH VI SỬ DỤNG BAO CAO SU QHTD VỚI CÁC LOẠI BẠN TÌNH.....	112
4.6. KIẾN THỨC, HIỂU BIẾT VỀ HIV	115
4.7. TIẾP CẬN VỚI CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP	115
KẾT LUẬN	120
KHUYẾN NGHỊ	123
DANH MỤC NHỮNG CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người)
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
ĐTV	Điều tra viên
ĐĐV	Đồng đẳng viên
GDVĐĐ	Giáo dục viên đồng đẳng
PNMD	Phụ nữ mại dâm
HIV	Human immunodeficiency virus (Virút gây suy giảm miễn dịch ở người)
NCMT	Nghiện chích ma túy
NMT	Nghiện ma túy
NTLTQĐTD	Nhiễm trùng lây qua đường tình dục
NVTCCĐ	Nhân viên tiếp cận cộng đồng
PVS	Phòng vấn sâu
QHTD	Quan hệ tình dục
STDs	Các bệnh lây truyền qua đường tình dục
TCAT	Tiêm chích an toàn
TCCĐ	Tiếp cận cộng đồng
TDAT	Tình dục an toàn
TLN	Thảo luận nhóm
TVXNTN	Tư vấn xét nghiệm tự nguyện
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS)

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
3.1.	Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế - xã hội của người NCMT	44
3.2.	Một số đặc trưng khác của người NCMT	46
3.3.	Thời gian hút, hít và tiêm chích ma túy	47
3.4.	Đặc điểm hành vi tiêm chích ma túy	48
3.5.	Một số đặc trưng của người NCMT về lịch sử QHTD	52
3.6.	Hành vi sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất với các loại bạn tình	55
3.7.	Lý do người NCMT không sử dụng bao cao su trong QHTD trước can thiệp.....	56
3.8.	Một số yếu tố liên quan tới hành vi dùng chung BKT của người NCMT trước can thiệp.....	58
3.9.	Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi dùng chung BKT của người NCMT.....	62
3.10.	Một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình trong 12 tháng qua.....	65
3.11.	Mô hình hồi qui logistic xác định một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS khi QHTD trong vòng 12 tháng trước can thiệp.....	67
3.12.	Đặc trưng QHTD với bạn tình thường xuyên	78
3.13.	Đặc trưng QHTD với PNMD.....	79
3.14.	Đặc trưng QHTD với bạn tình bất chợt	81
3.15.	Thực hành làm sạch BKT, sử dụng BCS đúng cách.....	82
3.16.	Kiến thức, hiểu biết về HIV/AIDS của người NMCT.....	84
3.17.	Một số đặc trưng của người NCMT với chương trình cai nghiện	86
3.18.	Tỷ lệ người NCMT biết được nơi có thể lấy được BKT	87
3.19.	Thông tin từ phòng VCT	93

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
3.1.	Hành vi dùng chung bơm kim tiêm	72
3.2.	Hành vi dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc của người NCMT	77
3.3.	Tự đánh giá về khả năng nhiễm HIV của bản thân	85
3.4.	Tỷ lệ người NCMT nhận được bơm kim tiêm sạch	88
3.5.	Các nguồn cung cấp BKT sạch cho người NCMT.....	89
3.6.	Nơi người NCMT thường nhận BCS trong 6 tháng qua.....	90
3.7.	Nhận được thông tin về TCAT trong 6 tháng và 1 tháng qua...	91
3.8.	Nguồn cung cấp thông tin về tình dục và tiêm chích an toàn trong 1 tháng qua	92

ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là hiểm họa đe dọa trực tiếp tới chất lượng giống nòi cũng như sự tiến bộ, ổn định xã hội và phát triển bền vững của mỗi quốc gia bởi sự lây truyền HIV là hậu quả đồng thời cũng là nguyên nhân gây nghèo đói. Loài người đã trải qua 3 thập kỷ đối phó với một đại dịch có quy mô lớn, diễn biến phức tạp và là thảm họa chưa từng có trong lịch sử. Đã 30 năm trôi qua kể từ khi các nhà khoa học phát hiện ra HIV, dịch HIV/AIDS cho đến nay vẫn là một đại dịch nguy hiểm vì HIV lây truyền từ người này qua người khác, chưa có thuốc chữa và vắc xin phòng bệnh đặc hiệu. Nghiện chích ma túy (NCMT) và quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn giữ vai trò chính trong lây nhiễm HIV hiện nay thuộc về hành vi của con người nên càng làm cho việc khống chế trở nên khó khăn. Đại dịch gây nên những hậu quả không những cho bản thân cá nhân và gia đình người nhiễm HIV/AIDS mà còn ảnh hưởng nặng nề tới sự phát triển kinh tế, xã hội và an ninh - chính trị của các quốc gia trên thế giới.

Tính đến cuối năm 2010, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố có khoảng 33,3 triệu người nhiễm HIV/AIDS còn sống, 2,6 triệu mới nhiễm trong năm 2009, số người tử vong do AIDS trong năm 2009 là 1,8 triệu người trong đó khu vực Châu Phi cận Sahara chịu ảnh hưởng nặng nề nhất chiếm 68% số người nhiễm HIV còn sống và 72% số tử vong do AIDS trên toàn Thế giới năm 2009.

Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế, tính đến hết ngày 31/12/2010, cả nước có 183.938 người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống được báo cáo, trong đó có 44.022 bệnh nhân AIDS và tổng số người chết

do AIDS là 49.477 người. Trên 74% số xã/phường và 97,8% số quận/huyện trong toàn quốc đã có người nhiễm HIV/AIDS. Nhiều tỉnh thành 100% xã/phường có người nhiễm. Tính riêng trong năm 2010, toàn quốc đã phát hiện được 13.815 người nhiễm HIV, 6.510 bệnh nhân AIDS và 2.556 người tử vong do AIDS. Phần lớn các trường hợp nhiễm HIV ở Việt Nam là người nghiện chích ma túy (NCMT) hoặc có liên quan đến ma túy. Theo chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (2006) tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể người NCMT rất cao (44,4%)[12]. Dùng chung bơm kim tiêm (BKT) trong tiêm chích ma túy (TCMT) là yếu tố nguy cơ chính làm lây nhiễm HIV, ngoài ra việc sử dụng chung dụng cụ tiêm chích và quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn cũng là các hành vi có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Cũng theo Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học, khoảng 1/3 trong số những người NCMT có hành vi sử dụng chung BKT và trên 50% có hành vi tình dục không an toàn với phụ nữ mại dâm[12].

Tính đến 31/12/2010 tỉnh Bắc Giang đã phát hiện 1.818 người nhiễm HIV trong đó: 772 người chuyển sang giai đoạn AIDS và 171 người đã tử vong do AIDS[91]. Qua điều tra nghiên cứu thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan ở người nghiện ma túy tại thành phố (TP) Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang, năm 2006 cho thấy: Tỷ lệ HIV trong nhóm NCMT chiếm 74,7%, cao hơn so với các tỉnh lân cận. Tỷ lệ sử dụng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra chiếm 41,67%, tỷ lệ không sử dụng BCS khi quan hệ tình dục chiếm 72%. Tỷ lệ người NCMT có kiến thức phòng lây nhiễm HIV không đạt yêu cầu chiếm 36,3%. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng chung BKT khi tiêm chích và không thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD là các yếu tố : Người NCMT trẻ tuổi, tình trạng hôn nhân bất ổn, người NCMT không có nghề nghiệp, người NCMT không

nhận được BKT, BCS miễn phí, chưa nhận được các thông tin truyền thông phòng chống HIV/AIDS, ngoài ra còn bị ảnh hưởng bởi trình độ hiểu biết, hoàn cảnh sống, sự ích kỷ của gia đình, cha/mẹ, sự kỳ thị của người thân, bạn bè, làng xóm, sự cấm đoán, bắt bớ của chính quyền địa phương, Công an các cấp làm cho người NCMT phải sống lén lút, khó tiếp cận với các chương trình can thiệp hỗ trợ, phòng chống HIV/AIDS. Đây chính là những nguyên nhân làm cho tỷ lệ người NCMT tại TP Bắc Giang ngày càng tăng, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người NCMT khó kiểm soát[79]. Để hạn chế tình trạng lây nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao và từ họ ra cộng đồng, cần nhanh chóng có các chương trình can thiệp giảm nguy cơ đối với nhóm người NCMT trên địa bàn Bắc Giang.

Tiếp cận cộng đồng (TCCĐ) là một trong những biện pháp giảm tác hại thuộc chương trình dự phòng lây nhiễm HIV, trong đó các thành viên của một nhóm được lựa chọn và đào tạo để tiếp cận, giáo dục và hỗ trợ các thành viên khác nhằm: nâng cao nhận thức; làm thay đổi thái độ, hành vi có hại; thực hiện các hành vi có lợi liên quan đến dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm và từ nhóm ra cộng đồng[84]. ĐĐV nhóm NCMT cũng là những người NCMT¹, được lựa chọn và đào tạo để tiếp cận, giáo dục và hỗ trợ các thành viên có nguy cơ cao trong cộng đồng nhằm giúp họ nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ, chuyển đổi từ hành vi có hại cho sức khỏe sang thực hiện các hành vi có lợi liên quan đến dự phòng lây nhiễm HIV. Nhân viên tiếp cận cộng đồng cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho các nhóm nguy cơ cao như: truyền thông chuyển đổi hành vi, cấp phát BKT, BCS, tài liệu truyền thông, thu gom BKT bẩn, đồng thời ĐĐV còn tìm hiểu nhu cầu của thân chủ người NCMT và giới thiệu chuyển tiếp tới các dịch vụ khác

¹ ĐĐV có thể là cộng tác viên Y tế, phụ nữ, thanh niên...nhưng do đặc điểm riêng của người NCMT, trong nghiên cứu này ĐĐV hoàn toàn là những người cũng NCMT được lựa chọn.

như xét nghiệm HIV tự nguyện, NTLTQĐTD.

Trên phạm vi cả nước, vào thời điểm năm 2006 đã có 30 tỉnh/TP triển khai thí điểm Mô hình TCCĐ. Chương trình này mới chỉ dừng lại ở tuyên truyền, tư vấn cho người NCMT và PNMD đã được quản lý, chưa tiếp cận được người mới NCMT, người mới di chuyển từ nơi khác đến, người NCMT con nhà khá giả và PNMD có NCMT. Nhân viên tiếp cận cộng đồng (ĐĐV) chưa được đào tạo bài bản và chưa đủ kỹ năng thuyết phục người NCMT lâu năm, người có tiền sử vào tù nhiều lần. Đặc biệt Chương trình chỉ dừng lại ở mức tuyên truyền, không cung cấp BKT và BCS cho người NCMT, do đó họ chưa hoàn toàn tin tưởng và thực hiện theo.

Bắc Giang là một trong 30 tỉnh đã triển khai thí điểm Mô hình TCCĐ tại một phường của TP Bắc Giang năm 2005 - 2006. Sau 2 năm triển khai, kết quả thu được từ chương trình chưa được như mong đợi do chưa tìm hiểu rõ nguyên nhân dẫn đến NCMT, nguyên nhân dùng chung BKT trong tiêm chích và không dùng BCS trong QHTD của người NCMT; ĐĐV bỏ cuộc nhiều vì không đủ sức khỏe và không tiếp cận được người NCMT trẻ tuổi mới nghiện hút, đặc biệt là con em trong các gia đình quyền chức; hoạt động của chương trình luôn bị ngắt quãng do việc giám sát không chặt chẽ. Cha/mẹ, gia đình người thân của người NCMT chưa chấp nhận cho con em mình tiếp cận với ĐĐV[92].

Xuất phát từ bối cảnh trên, nhằm giảm số người NCMT mới, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT và từ họ ra cộng đồng trên địa bàn TP Bắc Giang, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả can thiệp tiếp cận cộng đồng trong nhóm người nghiện chích ma túy tại TP Bắc Giang tỉnh Bắc Giang năm 2007 - 2010”, từ đó rút ra bài học kinh

nghiệm trong công tác dự phòng lây nhiễm HIV và đề xuất một số giải pháp khuyến nghị, làm cơ sở cho những hoạt động can thiệp có hiệu quả tiếp theo trong tương lai.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1.1. Mục tiêu chung

Đánh giá hiệu quả can thiệp TCCĐ đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT tại thành phố Bắc Giang tỉnh Bắc Giang, từ đó rút ra bài học kinh nghiệm và đề xuất khuyến nghị, nhằm góp phần hạn chế sự lây truyền HIV trong cộng đồng.

1.2. Mục tiêu cụ thể

1.2.1. Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người nghiện chích ma túy tại thành phố Bắc Giang trước khi triển khai mô hình can thiệp.

1.2.2. Xác định các yếu tố về nhân khẩu học, kinh tế xã hội và hành vi của người nghiện chích ma túy liên quan tới lây truyền HIV.

1.2.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp tiếp cận cộng đồng qua các chỉ số thay đổi về kiến thức, thái độ và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người nghiện chích ma túy tại thành phố Bắc Giang.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TÌNH HÌNH NHIỄM HIV Ở NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

** Tình hình nhiễm HIV ở người nghiện ma túy trên thế giới.*

Mặc dù trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện trong nhóm người đồng tính luyến ái, không phải trong nhóm NCMT, nhưng đến năm 1993 đã có 52 nước trên thế giới công bố có người NCMT nhiễm HIV và đến năm 2010, sự liên quan giữa lây nhiễm HIV với tiêm chích đã được ghi nhận ở 182 nước[110]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng một khi có HIV dương tính trong cộng đồng người nghiện chích ma túy, tỷ lệ nhiễm (xét nghiệm huyết thanh dương tính) sẽ leo thang rất nhanh trừ khi có biện pháp phòng ngừa thích hợp được áp dụng ngay lập tức như chương trình tiếp cận cộng đồng, cung cấp BKT sạch, phân phát BCS.

Thêm vào đó, người NCMT nhiễm HIV lại có những quan hệ tình dục với nhiều người khác làm cho nguy cơ lây lan trong cộng đồng tăng cao. Tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm HIV tăng cao hầu hết là do quan hệ tình dục với đàn ông NCMT nhiễm HIV. Các tụ điểm tiêm chích giữ vai trò rất quan trọng trong tiến trình lây nhiễm[110]. Khảo sát 22 tụ điểm ở Miami cho thấy các nơi này có khoảng 50% số phòng dành cho các hoạt động tình dục. Chương trình trao đổi kim tiêm, ống tiêm tỏ ra rất hiệu quả, giảm rõ rệt số người nhiễm mới. Tuy nhiên, không phải địa phương/quốc gia nào cũng công nhận chương trình này là hợp pháp. Bên cạnh đó, người NCMT thường có nhiều vấn đề tâm lý, xã hội rất phức tạp[105].

Khu vực cận Sahara Châu Phi đang đối mặt với gánh nặng HIV lớn nhất trên toàn cầu. Mặc dù tỷ lệ nhiễm HIV mới đang giảm nhưng số người chung sống với HIV vẫn tiếp tục tăng, chiếm 68% tổng số người nhiễm HIV toàn cầu. Năm 2009 đạt 22,5 triệu người đang sống chung với HIV so với

20,3 triệu người năm 2001. Đặc biệt, tại Nam Phi, năm 2009 có khoảng 11,3 triệu người sống chung với HIV. 34% số người sống chung với HIV và 31% số người nhiễm mới của toàn cầu sống tập trung tại 10 quốc gia của khu vực này. Nhiều nghiên cứu trong các quốc gia này chỉ ra rằng QHTD không an toàn, tình dục đồng giới và sử dụng chung BKT khi NCMT là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến việc lây nhiễm HIV. NCMT là hiện tượng tương đối mới ở khu vực cận Sahara Châu Phi, xuất hiện chủ yếu ở các nước Kenya, Mauritius, Nam Phi, Tanzania. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT tương đối cao tại các nước này: 12% ở Nam Phi, 36% tại Nairobi (Kenia)[107].

Tại vùng biển Caribbean, năm 2009 tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở người trưởng thành (15-49 tuổi) là 1% cao hơn tất cả các khu vực khác (trừ khu vực cận Sahara Châu Phi). Tuy nhiên số người nhiễm HIV tại đây tương đối nhỏ, năm 2009 là 240.000 người và gánh nặng HIV không đồng đều giữa các nước trong khu vực: nước có tỷ lệ thấp như Cu Ba (0,1%) tương phản so với 3,1% ở Bahamas. Tại Puerto Rico, năm 2006 tỷ lệ sử dụng chung BKT trong số nam mới nhiễm HIV là 40%, trong số nữ mới nhiễm HIV là 27% [109].

Năm 2009, Đông Âu và Trung Á có khoảng 1,4 triệu người đang sống chung với HIV, tăng gấp 2 lần so với năm 2001 (760.000 người); khoảng 130.000 người nhiễm mới, giảm gần một nửa so với năm 2001 (240.000 người). Tỷ lệ hiện mắc HIV trong khu vực này là 1% tập trung phần lớn (90%) ở hai quốc gia là Liên bang Nga và Ukraine. Sự tăng nhanh số người nhiễm HIV trong nhóm NCMT là điểm nổi bật của tình hình dịch tại khu vực này, gần hai phần ba (62%) là do TCMT không an toàn và trên một phần ba (37%) là do quan hệ tình dục khác giới không an toàn[106].

Trung Đông và Bắc Phi, năm 2009 có khoảng 460.000 người đang chung sống với HIV, tăng hơn 2 lần so với năm 2001 (180.000 người); số người mới nhiễm HIV năm 2009 là 75.000 người so với 36.000 người mới nhiễm năm 2001. Cộng hòa Hồi giáo Iran có số người NCMT lớn nhất trong khu vực, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT của quốc gia này là 14% (năm 2007). Đặc biệt, trong số tù nhân bị bắt giữ do NCMT tại Tehran, tỷ lệ nhiễm

HIV là 80% cho thấy khả năng lây lan lớn của HIV trong nhóm người này là rất cao; và 45% số tù nhân này có dùng chung BKT khi nghiện chích ma túy tại Algeria, Ai Cập, Lebanon, Tunisia[107].

Số người nhiễm HIV tại Trung và Nam Mỹ là 1,4 triệu người (năm 2009) tăng so với 1,1 triệu người (năm 2001). Một phần ba số này sống tại Brazil. NCMT là con đường lây truyền chủ yếu, khoảng 2 triệu người ở Trung và Nam Mỹ NCMT và khoảng 25% số này có HIV[109].

Tại Canada, tỷ lệ nhiễm HIV ở những người dân bản xứ chiếm 8% số người nhiễm HIV tích lũy chung của quốc gia này. Hai phần ba (66%) số người mới mắc HIV có NCMT. Tỷ lệ người nhiễm HIV trong nhóm NCMT cũng đang giảm dần tại Bắc Mỹ[102].

Châu Mỹ La Tinh, dịch HIV tại Uruguay tập trung chủ yếu tại thủ đô Montevideo và vùng phụ cận (nơi hơn ba phần tư tổng số ca AIDS được báo cáo) và tại các huyện Canelones, Maldonado và Rivera. Tình dục không an toàn khác giới là nguyên nhân gây ra khoảng hai phần ba các ca HIV được báo cáo. Ngoài ra tình dục đồng giới nam không an toàn và việc dùng chung dụng cụ tiêm nhiễm khuẩn gây ra một phần đáng kể các ca nhiễm HIV[105].

Hoa Kỳ là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất thế giới. Dựa vào số liệu của 33 bang và bốn vùng lãnh thổ có hệ thống báo cáo HIV giấu tên dài hạn, trong năm 2005 nam giới chiếm phần lớn số các ca chẩn đoán HIV/AIDS, chiếm 74% ở đối tượng người trưởng thành và vị thành niên tại nước này. 53% tổng số ca chẩn đoán lây nhiễm HIV trong năm 2005 là ở đồng giới nam. Số người bị lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục khác giới với một bạn tình không thường xuyên chiếm khoảng một phần ba các ca chẩn đoán nhiễm HIV mới và bệnh AIDS, trong khi khoảng 18% là ở nhóm Nghiện chích ma túy[102].

Tây và Trung Âu, ước tính số trẻ em và người lớn sống với HIV năm 2009 là 820.000 người[102]. Ở châu Âu, tình hình nhiễm HIV của các đối tượng tiêm chích ma túy đang là một vấn đề rất đáng lo ngại. Nếu tính cả những trường hợp nhiễm HIV do những người NCMT truyền cho bạn tình và

cho trẻ con thì NCMT là nguyên nhân của 44% các trường hợp AIDS.

Châu Á, dịch có xu hướng ổn định. Ước tính năm 2009, Châu Á có khoảng 4,9 triệu người có HIV. Tỷ lệ người lớn nhiễm HIV khoảng 1,3% trong năm 2009, tỷ lệ mắc mới trong nhóm này là 0,1%. Năm 2009, Châu Á có khoảng 360.000 người mới nhiễm HIV (giảm 20% số người mắc mới so với năm 2001 là 450.000 người mới mắc HIV). Tại Campuchia, tỷ lệ người nhiễm HIV giảm 0,5% (từ 1,2% năm 2001 xuống 0,8% năm 2009). Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm HIV có xu hướng gia tăng ở các nước có tỷ lệ thấp trước đó như Bangladesh, Pakistan (nơi NCMT là đường lây nhiễm chính) và Philippines[103]. Tỷ lệ nhiễm HIV trong khu vực tập trung ở một số nước và trong mỗi nước tỷ lệ nhiễm HIV cũng tập trung tại một số ít các tỉnh. Tại Trung Quốc, một nửa (53%) số người nhiễm HIV tập trung tại 5 tỉnh. Tại tỉnh Papua của Indonesia, tỷ lệ nhiễm HIV cao gấp 15 lần so với tỷ lệ nhiễm HIV chung của cả nước.

Dịch HIV tại Châu Á vẫn tập trung phần lớn trong nhóm người Nghiện chích ma túy, PNMD và khách hàng của họ, nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Khoảng 90% người nhiễm mới HIV tại Ấn Độ là do QHTD không an toàn, nhưng tại các vùng phía Đông Bắc của Ấn Độ thì nguyên nhân nhiễm mới là do dùng chung bơm kim tiêm. Theo ước tính có khoảng 4,5 triệu người ở Châu Á Nghiện chích ma túy, hơn một nửa số đó sống tại Trung Quốc. Tại Châu Á, trung bình có khoảng 16% người NCMT đang sống chung với HIV, tỷ lệ này cao hơn ở một số nước như Myanmar (38%); Thái Lan (30%-50%); Indonesia (trên 50%). Ở Trung Quốc, tỷ lệ người sống chung với HIV trong nhóm NCMT là khoảng 7%– 13% thấp hơn so với năm 2002 (18% - 56%)[103].

Tại một số bang của Ấn Độ tỷ lệ nhiễm HIV đang tăng trong nhóm NCMT và tình dục đồng giới nam. Ngoài vùng Đông Bắc Ấn Độ, nơi dùng chung bơm kim tiêm “bẩn” là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất, HIV dường như đang lan tràn chủ yếu qua quan hệ tình dục không an toàn giữa người bán dâm, khách mua dâm và những bạn tình NCMT của họ[13].

Tại Pakistan, tỷ lệ nhiễm HIV đang tăng trong nhóm NCMT. Một nghiên cứu tại Karachi cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT đã tăng từ dưới 1% vào đầu năm 2004 lên 26% vào tháng 3 năm 2005, trong khi một số nghiên cứu khác cho biết tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT đã lên tới 24% tại Quetta dọc theo biên giới với Afghanistan, 12% tại Sargodha, gần 10% tại Faisalabad và 8% tại Larkana[103]. Những yếu tố nguy cơ chủ yếu liên quan đến lây nhiễm HIV bao gồm việc dùng chung dụng cụ tiêm chích “bẩn” và quan hệ tình dục không an toàn với nhiều bạn tình chốc lát hoặc với người hoạt động mại dâm. Ở nhóm NCMT, tỷ lệ hiện nhiễm đã tăng từ 9% năm 1996 lên đến 34% năm 2005. Khi dịch tiến triển, càng có nhiều phụ nữ bị nhiễm HIV từ bạn tình nam, những người trước đó đã bị nhiễm do quan hệ tình dục mại dâm không an toàn và NCMT, điều này được thể hiện qua tỷ lệ nhiễm ngày càng tăng trong phụ nữ có thai đến thăm khám trước sinh tại các cơ sở y tế. Trong năm 2006, ước tính 1/3 số người đang sống với HIV là phụ nữ. Tuy nhiên phần lớn số ca nhiễm HIV vẫn liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp với hoạt động NCMT[103, 109].

In-đô-nê-xi-a là một trong những nước có dịch HIV tăng nhanh nhất châu Á. Phần lớn các ca nhiễm HIV được ước tính là qua dùng chung dụng cụ tiêm chích “bẩn”, quan hệ tình dục không an toàn và ở một mức độ thấp hơn là nam quan hệ tình dục đồng giới không an toàn[103].

Khi được điều tra năm 2005, hơn 40% số người nghiện chích ma túy ở Jakarta và khoảng 13% ở West Java đã có kết quả xét nghiệm HIV dương tính. Ngoài ra, nhiều người NCMT cũng đồng thời là người mua hoặc bán dâm. Trong năm 2005, ước tính 1/4 số người NCMT tại Bandung, Jakarta và Medan cho biết họ từng quan hệ mại dâm không an toàn trong năm trước đó [103].

Con đường lây truyền HIV ở Thái Lan trong thời gian gần đây có nhiều thay đổi, virus lan tràn ngày càng nhiều tới những nhóm dân số vốn được coi là có nguy cơ thấp. Khoảng 43% các ca nhiễm mới trong năm 2005 là ở phụ nữ, phần lớn họ có thể bị nhiễm HIV từ chồng hoặc bạn tình đã bị nhiễm trước đó do quan hệ mại dâm không an toàn hoặc do NCMT. Mặc dù đã đạt

được nhiều thành tựu đáng kể trong việc đẩy lùi dịch HIV ở Thái Lan, tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm NCMT trong vòng 15 năm qua vẫn cao, từ 30% đến 50%[109] [103].

Như vậy có thể nói tỷ lệ HIV dương tính ở người NCMT khá thay đổi theo khu vực. Những nước phát triển ở Châu Âu và ở Châu Mỹ mặc dù việc xuất hiện HIV trên người NCMT được ghi nhận sớm hơn nhưng có tỷ lệ nhiễm thấp hơn và khá ổn định so với các nước đang phát triển ở Châu Á đặc biệt ở các nước Đông Nam Á. Trái lại, HIV xuất hiện trong quần thể người NCMT tại các nước đang phát triển ở Châu Á được ghi nhận chậm hơn nhưng lại có xu hướng gia tăng nhanh hơn[109].

**** Tình hình nhiễm HIV ở người nghiện ma túy tại Việt Nam***

Năm 1993 đánh dấu sự bùng nổ nhiễm HIV mà chủ yếu là trong nhóm người NCMT ở các tỉnh phía Nam, đặc biệt là Thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Khánh Hoà. Theo số liệu của tiểu ban giám sát HIV/AIDS - Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, từ 1994 trở đi mỗi năm có thêm 1.500 đến 2.500 trường hợp có HIV được báo cáo[108].

Những trường hợp nhiễm HIV được phát hiện và báo cáo hàng năm này chủ yếu là những người NCMT. So với các nhóm khác, tỷ lệ nhiễm HIV trên các đối tượng NCMT là rất cao. Xu hướng tăng giảm theo các thời kỳ: từ năm 1994-1996, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này giảm từ 17,3% (năm 1994) xuống 10,9% (năm 1996); sau đó tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT lại tăng lên qua các năm và đạt 23,9% vào năm 2000. Theo kết quả giám sát trọng điểm giai đoạn từ năm 2001 – 2005, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT tăng nhanh và ở mức rất cao, năm 2002 và 2003 là 29,35%; sau đó duy trì ở mức trên 25% trong những năm tiếp theo. Giai đoạn dịch từ năm 2006 – 2010, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT giảm dần: năm 2006 là 23,14%; năm 2007 là 20,23%; năm 2008 là 20,27%; năm 2009 là 18,4%[112]. Theo kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và chỉ số sinh học HIV/AIDS (IBBS) tại Việt Nam năm 2010 tỷ lệ nhiễm HIV là 17,5. Tỷ lệ này còn cao hơn rất nhiều ở các tỉnh như Hà Nội (29,7%), An Giang (30%), Hải Phòng (50,1%), Cần Thơ (55,5%), thành phố Hồ

Chí Minh (70%) và Bắc Giang (62,0%) [9]. Đặc biệt tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người NCMT ở một số tỉnh chiếm tỷ lệ cao như: Hà Nội (12,2%), An Giang (15,8%), Hải Phòng (48%), Cần Thơ (27%), thành phố Hồ Chí Minh (47,8%), Quảng Ninh (55,75) và Yên Bái (36,7%) [9].

Cũng như ở các nơi khác trên thế giới, tình hình dịch HIV trong nhóm NCMT ở Việt Nam lan truyền rất nhanh và vượt qua mọi khoảng cách địa lý khác nhau. Mặc dù tình hình dịch ở các tỉnh có khác nhau nhưng nhìn chung tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT tại Việt Nam cao chủ yếu do việc dùng chung BKT đã qua sử dụng trong khi các dịch vụ dự phòng vẫn còn hạn chế[33].

1.2. HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV Ở NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY

1.2.1. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT trên thế giới

Kết quả nghiên cứu của các chuyên gia y tế từ những năm 1980 đến nay đều chứng minh rằng ở tất cả các nước trên thế giới việc lây nhiễm HIV/AIDS trước tiên xảy ra trong số những người có hành vi nguy cơ cao, người NCMT dùng chung dụng cụ tiêm chích “bẩn”, phụ nữ bán dâm quan hệ với người NCMT nhiễm HIV, từ họ lây sang vợ, chồng con họ và từ đó lây ra cộng đồng[110].

Ước tính đến năm 2007 có khoảng hơn 13,2 triệu người NCMT trên toàn thế giới, trong đó 4,3 triệu người NCMT nhiễm HIV. Tại một số thành phố, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT trong những năm gần đây đã gia tăng từ tỷ lệ thấp lên đến 40% hoặc thậm chí cao hơn chỉ trong thời gian gần một năm. Sự bùng nổ của đại dịch HIV chủ yếu là do sự đan xen giữa lây lan trong nhóm NCMT và quan hệ tình dục khác giới, cụ thể là lây truyền qua TCMT và QHTD không an toàn[101].

Các nhà khoa học đã có chung một quan điểm rằng ở những nơi mà tình hình ma túy phát triển và có quan niệm dễ dãi trong QHTD sẽ làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Lúc đầu số nhiễm HIV sẽ tập trung ở những người NCMT mà chủ yếu là nam giới, sau đó, do quan hệ tình dục của những người này với PNMD không sử dụng BCS dẫn đến nhiễm HIV cho PNMD. Tiếp

đến từ PNMD lây sang các đối tượng là khách làng chơi rồi cuối cùng là lây sang vợ, con của họ. Như vậy từ chỗ ban đầu HIV chỉ tập trung ở các đối tượng NCMT sau đó đã lan rộng khắp trong cộng đồng, đây là mô hình lan truyền qua 4 làn sóng liên tiếp[109].

Kết quả từ công trình nghiên cứu do Tổ chức Đánh giá chỉ số Y tế (2002) thực hiện nhằm đánh giá những nghiên cứu lặp lại về tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm NCMT tại các thành phố có hoặc không triển khai chương trình BKT đã cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này ở 68 thành phố không triển khai chương trình BKT đã tăng trung bình 8,1%, trong khi tỷ lệ này giảm trung bình 18,6% tại 36 thành phố có triển khai chương trình BKT.

Trong nghiên cứu về Chỉ số Y tế Quốc Tế (2002), Drummond và đồng nghiệp thuộc Trung tâm Nghiên cứu lâm sàng và Dịch tễ Quốc gia về HIV thực hiện đã kết luận rằng tại Úc, các chương trình BKT đã dự phòng được khoảng 25.000 trường hợp nhiễm HIV, 21.000 trường hợp nhiễm viêm gan C vào năm 2000. Nghiên cứu này cũng kết luận thêm chương trình BKT còn dự phòng được 45.000 ca tử vong do HIV/AIDS và 90 ca tử vong do viêm gan C vào năm 2010[42]. Sau khi tìm hiểu các lý do dẫn tới việc mượn lại hoặc sử dụng chung BKT, biện pháp cung cấp bơm tiêm sạch thông qua chương trình trao đổi BKT đã trở thành phương thức chủ yếu để làm giảm việc lây nhiễm HIV cho người NCMT ở phần lớn các nước công nghiệp phát triển.

De Jarlais và cộng sự trong một nghiên cứu năm 2006 đã so sánh tỷ lệ mới nhiễm HIV của những người NCMT có tham gia chương trình trao đổi BKT một cách đều đặn và liên tục với những người không tham gia chương trình này. Kết quả là những người không thực hiện trao đổi BKT có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn 3,35 lần[39]. Các tác giả của nghiên cứu này đã kết hợp sử dụng các số liệu của những nghiên cứu khác được tiến hành tại Úc, Đan Mạch, Scotland và khẳng định rằng, sau gần một thập kỷ nghiên cứu về việc công khai cung cấp dụng cụ tiêm chích cho người NCMT, không có một bằng chứng nào chứng tỏ việc cung cấp bơm kim tiêm như vậy lại làm tăng số người sử dụng ma túy bất hợp pháp. Trái lại, chính việc tham gia vào

chương trình này đã giúp họ giảm bớt các hành vi nguy cơ nhiễm HIV khi thực hành NCMT.

Một nghiên cứu công bố tại Philippines năm 2004 đã cho thấy: tỷ lệ có HIV/AIDS trong nhóm nguy cơ NCMT, PNMD, STD ở nước này rất thấp, dưới 1%. Có được kết quả trên là do chính phủ nước này đã tích cực chủ động trong công cuộc phòng chống HIV/AIDS thông qua các hoạt động nâng cao vai trò của các cấp chính quyền địa phương, tranh thủ sự giúp đỡ của các tổ chức phi chính phủ, đưa giáo dục HIV/AIDS vào chương trình giảng dạy phổ thông và ban hành luật pháp cấm đối xử phân biệt với người nhiễm HIV, tích cực phòng lây nhiễm HIV cho các nhóm nguy cơ cao NCMT, PNMD bằng các chương trình giảm tác hại như phân phát BCS, cung cấp BKT, mở rộng các phòng khám, bệnh viện chuyên khoa để khám phát hiện và điều trị kịp thời cho các đối tượng trên.

Hành vi NCMT và QHTD không an toàn thường được thể hiện ở nhiều hình thức khác nhau đang tiếp tục làm cho dịch AIDS thêm nghiêm trọng ở Châu Á. Tâm điểm của nhiều vụ dịch ở Châu Á nằm ở chính sự tương tác giữa ma túy và quan hệ tình dục không an toàn. Nhưng các chiến dịch dự phòng hầu như vẫn chưa phản ánh được thực tế của mối tương tác này. Có nhiều bằng chứng cho thấy rằng HIV chắc chắn phải chịu thua các chương trình can thiệp được xác định rõ ràng và có điều phối thống nhất. Duy trì trong các bối cảnh có hoàn cảnh khác nhau đã giúp làm giảm tỷ lệ mới nhiễm HIV ở nam giới NCMT có quan hệ tình dục với PNMD[75]. Hiện nay, có những bằng chứng mới cho thấy các chương trình dự phòng được thực hiện trước đây đang góp phần làm giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV, nhưng một điều thường xảy ra là các chiến lược dự phòng chưa đủ lớn, chưa đủ mạnh và chưa có tầm nhìn chiến lược. Các nghiên cứu cho thấy các nỗ lực dự phòng có kết quả nhất khi được tăng cường cao độ, nghĩa là toàn diện và lâu dài[103] [112].

1.2.2. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT tại Việt Nam

Ở mức độ quốc gia, tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao nhất là trong nhóm những người NCMT, ở mức 34%. Tỷ lệ hiện nhiễm trong những người

NCMT ở Thành phố Hồ Chí Minh, Quảng Ninh và Hải Phòng còn cao hơn rất nhiều. Phụ nữ bán dâm có tỷ lệ hiện nhiễm HIV đứng cao thứ nhì với 6,5%. Tỷ lệ này còn cao hơn ở các thành phố Hải Phòng, Hồ Chí Minh, Hà Nội và Cần Thơ. Ở một số nơi, nhiều phụ nữ bán dâm cũng NCMT, điều này đã làm gia tăng sự lây nhiễm HIV. Kết quả điều tra cho thấy có khoảng 40% phụ nữ bán dâm ở Hải Phòng cho biết đã từng NCMT, con số này ở Hà Nội và ở thành phố Hồ Chí Minh lần lượt là 17% và 8%[33].

Nguy cơ lây nhiễm HIV tại Việt Nam đến nay chủ yếu là qua con đường máu do sử dụng chung BKT trong NCMT, chiếm trên 70% vào năm 1994, sau đó ổn định ở mức trên 50%, năm 2009 là 55% và tháng 9 năm 2010 là khoảng 50%. Tuy nhiên, phân bố tỷ lệ người nhiễm HIV theo các đường lây giữa các vùng miền qua các năm có sự khác nhau rõ rệt. Năm 2009, tại đa số các tỉnh/thành phố khu vực phía Bắc và Bắc Trung Bộ, nguy cơ lây nhiễm HIV vẫn chủ yếu là từ con đường NCMT (trên 60%). Tuy nhiên, tại các tỉnh khu vực phía Nam, đặc biệt các tỉnh Đồng Bằng Sông Cửu Long, HIV lại lây truyền chủ yếu qua đường tình dục và tỷ lệ này ngày càng tăng (năm 2005 là 35%, năm 2009 lên tới 68%). Tỷ lệ nhiễm HIV do NCMT chỉ chiếm dưới 20% (năm 2009 là 13%) tại các tỉnh này[124].

Kết hợp giữa ma túy và mại dâm là tổ hợp thường gây chết người. Một nghiên cứu đã cho thấy tại thành phố Hồ Chí Minh khoảng một nửa số người bán dâm có NCMT đã bị nhiễm HIV so với con số 8% những người bán dâm không sử dụng chất ma túy nào. Trong số những người bán dâm tham gia vào cuộc điều tra có tới 38% là người NCMT. Hơn nữa theo một nghiên cứu khác, chỉ khoảng một nửa số người bán dâm có dùng ma túy sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình. Những người bán dâm có nguy cơ lây nhiễm HIV cao nhất lại chính là những người ít thường xuyên dùng BCS nhất. Những số liệu này cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV là hết sức nghiêm trọng ở thành phố này[124].

Theo nghiên cứu của Trần Tiến Đạt và cộng sự “Xét nghiệm và tư vấn tự nguyện ở Việt Nam: Kinh nghiệm 3 năm thực hiện chương trình”, chương

trình đã cung cấp các dịch vụ cho tổng cộng 51.698 khách hàng, trong đó nam chiếm 65%, nữ chiếm 35%. 80% khách hàng đã có ít nhất một loại hành vi nguy cơ cao chẳng hạn như NCMT, hoạt động mại dâm. Trong 47.991 khách hàng được xét nghiệm thì 44.070 (92%) người gửi lại kết quả xét nghiệm; 8.080 (17%) người được xét nghiệm dương tính với HIV; 4.802 (59%) khách hàng dương tính được chuyển tuyến đến các dịch vụ chăm sóc và điều trị[45].

Nghiên cứu của Nguyễn Chí Phi và cộng sự về các đặc điểm y xã hội học và y sinh học của các đối tượng NCMT nhiễm HIV tại 5 tỉnh phía Bắc cũng cho thấy người nghiện chích ma túy bị nhiễm HIV là đối tượng khó quản lý do nhiều người trong số họ thường sống lang thang, di chuyển nhiều nơi, có thể đi tù hoặc đi cai nghiện và thường không có được sự hợp tác của đối tượng và gia đình họ. Kết quả nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng mặc dù tỷ lệ đã đi cai nghiện là khá cao trên 80% nhưng hầu hết họ vẫn chưa cai nghiện được. Về khía cạnh xã hội học, tác giả nhận xét rằng sự quan tâm giúp đỡ các đối tượng nghiện chích bị nhiễm HIV của các tổ chức xã hội và chính quyền tại các địa phương chưa cao. Điều này chứng tỏ rằng để có thể đạt tới việc cộng đồng chấp nhận hay thay đổi quan điểm về cư xử với người nghiện cần phải có một quá trình tác động liên tục và lâu dài.

Về yếu tố nguy cơ nhiễm HIV và dùng chung BKT ở người NCMT, trên một mẫu điều tra gồm 1.519 người nghiện chích trong thời gian 1995, 1997, 1998 đã cho thấy đa số người NCMT là thất nghiệp, độc thân, ly dị hay ly thân. Kết quả cũng gợi ý rằng phần đông người NMT thuộc nhóm ngoài lề xã hội, có ít khả năng về xã hội và ít khả năng thay đổi hành vi. Khác với các nghiên cứu về liều đáp ứng về thời gian tiêm chích, trong nghiên cứu này, những người NMT sống ở thành phố đã tiêm chích trong vòng 5 - 10 năm, tiêm chích tại các tụ điểm hay trên đường phố và luôn luôn dùng chung BKT trong quá khứ có nguy cơ lây nhiễm cao hơn những người NMT đã tiêm chích trên 10 năm, tiêm ma túy tại nhà hay tự tiêm lấy. Kết quả điều tra số nghiện chích trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV là 44%. Dựa trên kết quả thu thập được, các tác giả của nghiên cứu này đã có những nhận định rất

đáng chú ý, đó là: chương trình dự phòng cần phải lôi kéo không chỉ người nghiện chích mà cả chủ chích để họ có thể chấp nhận việc làm sạch và sử dụng BKT sạch; cần phải tạo môi trường thuận lợi hỗ trợ cho việc thay đổi hành vi cũng như tăng tính tiếp cận với bơm tiêm sạch; cần chú ý nguy cơ tiềm tàng làm lây truyền HIV từ nhóm người NCMT sang các quần thể khác qua đường tình dục. Vì vậy, các can thiệp dự phòng HIV cho người NCMT cần phải bao gồm cả việc giảm hành vi nguy cơ trong tiêm chích lẫn trong quan hệ tình dục[41].

1.3. MỘT SỐ KINH NGHIỆM TRONG VIỆC TRIỂN KHAI MÔ HÌNH TCCĐ

Mô hình TCCĐ đối với nhóm người NCMT được hình thành dựa trên cơ sở của mô hình giảm thiểu tác hại. Trên thế giới, chương trình giảm thiểu tác hại, phòng lây nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao đã được bắt đầu từ năm 1982 tại Edinbourg và 1983 tại Amsterdam với mục đích dự phòng viêm gan B và viêm gan C cho nhóm NCMT. Hiện nay, Mô hình TCCĐ đã được triển khai ở 40 nước trên thế giới. Các nguồn thông tin về bằng chứng đối với hoạt động TCCĐ bao gồm các báo cáo kinh nghiệm trên địa bàn, tổng hợp các nghiên cứu nhằm đánh giá những ý kiến phân tích khác nhau về những phát hiện liên quan đến hoạt động TCCĐ[11].

1.3.1. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới trong việc triển khai Mô hình TCCĐ

Trong số 138 nước có tình hình dịch HIV tập trung trên nhóm NCMT, rất nhiều nước đã triển khai Mô hình TCCĐ. Bài học kinh nghiệm từ các nước cho thấy, mô hình can thiệp nhằm dự phòng HIV cho nhóm NCMT, tiếp cận cộng đồng được đánh giá là phương pháp có hiệu quả nhất. Thông qua người đồng đẳng, chương trình sẽ tiếp cận được người NCMT, thu hút họ tham gia sử dụng các dịch vụ của chương trình, đồng thời chương trình cũng giúp đỡ họ có được kỹ năng giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.

Các nghiên cứu đã chứng minh một cách thống nhất rằng các nỗ lực hoạt động TCCĐ rất có hiệu quả trong việc can thiệp với các quần thể khó tiếp cận. Gần một nửa số người NCMT được tiếp cận thông qua Mô hình

TCCĐ trước đây chưa từng được điều trị cai nghiện. TCCĐ thường tiếp cận và giới thiệu chuyên tiếp dịch vụ cho những người NCMT có nguy cơ cao, những người dễ có nguy cơ nhiễm HIV và dùng chung BKT hơn là những người NCMT tại các cơ sở khám và chữa bệnh lây truyền qua đường tình dục và các trung tâm tư vấn, xét nghiệm tự nguyện.

Nghiên cứu cũng phát hiện được rằng các ĐĐV chủ yếu tiếp xúc với những người NCMT có nguy cơ cao hơn, bao gồm những người mới bắt đầu hút, hít ma túy và những người thường dùng chung BKT, ít tiếp cận với nhóm đang tham gia điều trị từ các nguồn khác. Tuy nhiên khó có thể xác định được tỷ lệ người NCMT tiếp cận được trong cộng đồng vì thiếu các con số ước tính chính xác về tổng số người NCMT.

Một báo cáo của Coyle và Needle (1998) cho thấy các dịch vụ tiếp cận đã giúp cho người NCMT giảm thiểu được những hành vi nguy cơ của họ. Những thay đổi hành vi được báo cáo bao gồm: ngừng nghiện chích ma túy, giảm số lần tiêm chích, ngừng hoặc giảm việc sử dụng chung BKT, ngừng hoặc giảm sử dụng chung những dụng cụ tiêm chích khác, tăng khả năng khử trùng (làm sạch) BKT, tăng khả năng sử dụng BCS. Tính hiệu quả của các chiến lược dựa vào cộng đồng trong giảm thiểu hút, hít ma túy và thực hành tiêm chích như ngừng sử dụng tại thời điểm nghiên cứu nối tiếp từ 100% số người NCMT giảm còn 24% đến 31% người NCMT ngừng không hút, hít ma túy; giảm tần xuất hút, hít ma túy từ 73 lần trong tháng xuống còn 11 lần đến 62 lần và ngừng sử dụng lại BKT từ 37% sử dụng lại BKT xuống còn 14% đến 23%. Ngoài ra nghiên cứu còn cho thấy các dịch vụ tiếp cận cũng khuyến khích được người NCMT sử dụng các dịch vụ khác như tham gia điều trị cai nghiện, quay lại tiếp tục điều trị và tiếp cận dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện cho người NCMT có nguy cơ cao[128].

Wiebel và cộng sự (1996) cung cấp những bằng chứng mạnh mẽ nhất cho thấy những cá nhân được tiếp cận có thể giảm khả năng phơi nhiễm HIV bằng cách giảm những hành vi nguy cơ của họ. Nghiên cứu tiên cứu của Wiebel đã huy động được sự tham gia của một số dự án can thiệp tiếp cận

trên đường phố có quy mô rộng. Dự án đã sử dụng những người đã cai nghiện ma túy ở Chicago để thực hiện các dịch vụ dự phòng HIV tại các cơ sở trong cộng đồng. Một nhóm đối chứng không tương đương nhóm này không được tiếp cận với các hoạt động của Mô hình TCCĐ[143]. Tác giả đã báo cáo rằng trong những cá nhân tham gia vào dịch vụ của Mô hình TCCĐ, những người hút, hít ma túy không cai nghiện đã giảm được hành vi tiêm chích có nguy cơ từ 54% trong năm thứ nhất xuống còn 14% trong năm thứ sáu. Những hành vi tình dục có nguy cơ cũng giảm mặc dù không có ý nghĩa bằng hành vi hút, hít ma túy. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm có tiếp cận chương trình giảm từ 8,4% xuống còn 2,4% trên 100 người một năm. Trong nhóm đối chứng, tỷ lệ thực hành hành vi tiêm chích có nguy cơ là 50% so với tỷ lệ 14% của nhóm NCMT nhận được can thiệp của Mô hình TCCĐ.

Wiebel và cộng sự cũng cho rằng tỷ lệ nhiễm HIV giảm trong nhóm được tiếp cận là do họ giảm nguy cơ NCMT. Hoạt động TCCĐ đặc biệt có hiệu quả khi được tiếp cận với các dịch vụ khác. Các nghiên cứu về dịch vụ dự phòng cho thấy sự kết hợp giữa TCCĐ với tiếp cận BKT sạch và các hoạt động can thiệp sớm có thể giúp không chế đại dịch và ngăn chặn sự lây lan nhanh chóng của HIV trong nhóm NCMT[143].

Tỷ lệ hiện nhiễm ở nhóm NCMT tại Brazil đã giảm tại một số thành phố nhờ các Mô hình TCCĐ, giảm thiểu tác hại giúp chuyển tiêm chích sang hít thuốc, cũng như làm giảm số ca tử vong ở nhóm hút, hít ma túy do được hỗ trợ các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV của Chính phủ[110].

Tại New York, tỷ lệ hiện nhiễm HIV giảm từ khoảng 50% xuống còn dưới 30% và tỷ lệ nhiễm mới giảm từ 13% xuống còn 1% người/1 năm trong thời gian từ giữa những năm 1980 đến giữa năm 1990. Xu hướng này cho thấy các đại dịch lớn, có tỷ lệ hiện nhiễm cao có thể đối phó bằng cách kết hợp nhiều dịch vụ, trong đó có TCCĐ, tiếp cận BKT, tư vấn xét nghiệm tự nguyện và các dịch vụ điều trị lạm dụng ma túy[109].

Năm kết quả đánh giá do chính phủ Hoa Kỳ tài trợ và Hội nghị của Viện Y học quốc gia Hoa Kỳ về Phát triển Dân số cũng đã đưa ra nhận định

thống nhất rằng các Mô hình TCCĐ có hiệu quả cao trong dự phòng HIV mà không làm gia tăng vấn đề hút, hít ma túy bất hợp pháp[111].

Trong phân tích lồng ghép các nghiên cứu ở Hoa Kỳ về can thiệp dự phòng HIV bằng cách giảm các hành vi lây truyền qua đường tình dục, các tác giả đã đánh giá hiệu quả của 33 nghiên cứu dự phòng HIV nhằm giảm nguy cơ liên quan đến quan hệ tình dục không an toàn và tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su của nam giới. Can thiệp trong những nghiên cứu này là các ĐĐV sẽ chịu trách nhiệm tuyển lựa đối tượng tham gia, cung cấp tài liệu truyền thông giảm tác hại, vật dụng hỗ trợ và giới thiệu khách hàng đến với các dịch vụ. Những hoạt động can thiệp nhằm mục đích giảm nguy cơ liên quan đến quan hệ tình dục và nguy cơ liên quan đến ma túy mà ở đây ĐĐV là người cung cấp dịch vụ. Các công trình phân tích tổng hợp này cho kết quả đồng nhất rằng các hoạt động can thiệp đều có hiệu quả từ mức trung bình đến mức cao trong giảm nguy cơ lây nhiễm qua đường tình dục ở nhóm người hút, hít ma túy. Sau khi nhận được các dịch vụ can thiệp, tỷ lệ sử dụng bao cao su của người hút, hít ma túy tăng lên và nguy cơ lây truyền qua đường tình dục giảm[102].

Đối với những nghiên cứu mô hình can thiệp TCCĐ cho nhóm PNMD có NCMT, số liệu từ Trung tâm Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS, BLTQĐTD của Campuchia cũng cho thấy sau mô hình can thiệp TCCĐ, tỷ lệ người luôn luôn sử dụng bao cao su ở nhóm PNMD tại nhà thổ đã tăng từ 42% năm 1997 lên 70% năm 1999. Tỷ lệ nhiễm HIV giảm từ 43% xuống còn 33% trong nhóm PNMD lớn tuổi và giảm từ 42% xuống còn 22% ở nhóm trẻ hơn. Nghiên cứu cũng đưa ra những hạn chế về số liệu do đặc điểm của PNMD, nhất là người có NCMT thường bị xã hội xa lánh, phải sống lén lút nên các cấp chính quyền không thể có được số liệu thực về những người này. Nghiên cứu đã kết luận can thiệp lây truyền qua đường tình dục là có hiệu quả trong dự phòng HIV cho nhóm NCMT. Tuy nhiên, hiệu quả của những hoạt động can thiệp này còn đang ở mức độ khiêm tốn[103].

Can thiệp xã hội và can thiệp hành vi là những nội dung quan trọng của

biện pháp dự phòng toàn diện để giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm hút, hít ma túy và người bán dâm có NCMT. Đầu tư nguồn lực kinh tế vào hoạt động dự phòng HIV có tính chi phí hiệu quả ở chỗ không chỉ mang lại cơ hội tránh được những chi phí đắt đỏ liên quan đến điều trị HIV mà còn là cơ hội cứu được nhiều người (vì không bị nhiễm).

Hơn ba mươi năm kể từ năm 1983 đến nay, kết quả của những nghiên cứu vẫn còn hạn chế do mới chỉ dựa vào những số liệu chủ yếu từ Hoa Kỳ. Một số ít nghiên cứu từ các nước phát triển và những bài báo cáo kinh nghiệm của các nước đang phát triển cho thấy các số liệu dùng để phân tích so sánh việc thực hiện các chiến lược TCCĐ ở các nước khác vẫn còn hạn chế.

1.3.2. Kinh nghiệm của Việt Nam trong việc triển khai Mô hình TCCĐ

Năm 2001, Việt Nam tiên hành triển khai thí điểm Mô hình can thiệp TCCĐ tại một số tỉnh trọng điểm trong đó thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội là hai tỉnh thực hiện đầu tiên. Mô hình can thiệp TCCĐ này được dựa trên mô hình TCCĐ dành cho người hút, hít ma túy do Tổ chức Y tế thế giới phát triển và được điều chỉnh phù hợp thực tế của Việt Nam[122].

Sau 7 năm hoạt động Mô hình TCCĐ, tại Việt Nam đã có 38 tỉnh thực hiện mô hình này (trong đó có 16 tỉnh miền Bắc và 22 tỉnh miền Nam) với sự tham gia của 148 nhóm TCCĐ. ĐĐV đã tiếp cận được 242.342 lượt khách hàng trong đó 76.822 (chiếm 31,7%) tiếp cận lần đầu; 161.642 (chiếm 66,7%) lượt tiếp cận có trình diễn sử dụng BCS đúng cách; 14.395 (chiếm 59,4%) lượt tiếp cận có làm sạch BKT (không cấp phát BKT); 8.691 (chiếm 31%) thân chủ được giới thiệu đến dịch vụ xét nghiệm tự nguyện; 4.330.656 BCS và 1.040.465 tờ rơi được cấp phát. Hầu hết các báo cáo đều công nhận Mô hình TCCĐ có hiệu quả nhất trong việc làm thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người nghiện ma túy[122].

Kết quả tổng hợp từ báo cáo kinh nghiệm thực hiện can thiệp bằng TCCĐ của các tỉnh cho thấy tại các địa bàn khác nhau thì tình hình NCMT và hoạt động của PNMD là khác nhau. Tình hình ma túy tại các địa phương luôn quyết định phương thức hoạt động của Mô hình TCCĐ tại các địa phương đó.

Tại các tỉnh miền Bắc, mô hình nhân sự bao gồm đồng đảng và cán bộ xã hội hoạt động có hiệu quả do không có sự phân biệt đối xử với người NCMT và người bán dâm, họ không né tránh cộng đồng nên việc tiếp xúc tại nhà rất phổ biến. Nhân viên xã hội thật sự phát huy được vai trò của mình vì sự có mặt của họ gây được lòng tin đối với gia đình và cộng đồng. Trong khi đó ở miền Nam, người NCMT, người bán dâm lẩn tránh cộng đồng do sợ bị bắt vào các trung tâm cai nghiện tập trung hoặc trung tâm giáo dục xã hội (hay còn gọi là trung tâm 05, 06), vì vậy họ chỉ tiếp xúc với đồng đảng mà họ thật sự tin tưởng[10].

Mười hai trên mười sáu báo cáo của các tỉnh miền Nam có kết quả sau can thiệp bằng TCCĐ đã cho thấy số lượng người nhiễm HIV được phát hiện thông qua các dịch vụ y tế chiếm một số lượng đáng kể trong số các trường hợp nhiễm HIV. Điều này cho thấy nhiều người nhiễm HIV từ lâu nhưng không được xét nghiệm phát hiện sớm và đây cũng là nguy cơ tiềm tàng làm lây nhiễm HIV ra cộng đồng dân cư[11].

Hai hai trên hai sáu báo cáo của các tỉnh miền Bắc có kết quả Mô hình can thiệp TCCĐ cho thấy mô hình này đã góp phần làm giảm dần số lượng nhiễm HIV mới và giúp thay đổi hành vi không có lợi trong việc sử dụng dụng cụ tiêm chích và QHTD an toàn. Kết quả đánh giá bước đầu hoạt động Mô hình TCCĐ tại 7 tỉnh của Việt Nam do trường Đại học tổng hợp Boston tiến hành đã kết luận: ĐĐV đã sử dụng tốt phương pháp và kỹ năng tiếp cận khách hàng; khách hàng cho rằng truyền thông do ĐĐV cung cấp là hữu ích; ĐĐV có kỹ năng thích hợp và rất tốt, họ được khách hàng tin cậy và nhất định sẽ khuyến khích bạn bè tiếp xúc với ĐĐV.

Tuy chưa có một nghiên cứu chính thức về kết quả hoạt động Mô hình TCCĐ nào được công bố tại Việt Nam nhưng bài học kinh nghiệm rút ra từ việc triển khai Mô hình TCCĐ của 38 tỉnh, thành đã thống nhất rằng các Mô hình TCCĐ đã tiếp cận được những quần thể khó tiếp cận và dễ phơi nhiễm với HIV. Các chương trình cũng đã cung cấp thông tin về giảm thiểu nguy cơ và phương tiện thay đổi hành vi cho người NCMT nhằm giảm số lần NCMT,

giảm số lần sử dụng BKT của người khác và giảm số lần tiêm chích các loại ma túy khác nhau, đồng thời tăng tỷ lệ sử dụng BCS. TCCĐ là mảng hoạt động quan trọng nhất trong một chương trình dự phòng HIV tổng thể, tiếp cận được với những quần thể khó tiếp cận, những người không muốn tiếp cận các cơ sở dịch vụ hoặc không biết đến các dịch vụ sẵn có, giúp cho người NCMT có thông tin và được giới thiệu đến các dịch vụ khác như điều trị cai nghiện ma túy, các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, các chương trình trao đổi BKT và các chương trình khác[10].

1.3.3. Mô hình tiếp cận cộng đồng tại tỉnh Bắc Giang

Ủy ban Thường trực Phòng chống AIDS Bắc Giang (nay là Trung tâm phòng chống HIV/AIDS) bắt đầu triển khai Mô hình TCCĐ vào năm 2005 và kết thúc năm 2006. Mô hình triển khai thí điểm tại phường Lê Lợi thành phố Bắc Giang. Đội ngũ ĐĐV gồm có 12 người, đối tượng tiếp cận là người NCMT, PNMD và người nhiễm HIV/AIDS. ĐĐV có nhiệm vụ khuyến khích người NCMT đi cai nghiện tại các trung tâm và thúc đẩy hành vi có lợi trong lây truyền HIV/AIDS. ĐĐV cũng cung cấp tài liệu truyền thông, hướng dẫn làm sạch BKT và BCS cho đối tượng đích. ĐĐV còn giới thiệu người NCMT đi làm xét nghiệm HIV và khám các bệnh LTQĐTD. Bước đầu chương trình đã đạt được một số kết quả như: ĐĐV đã được tập huấn đầy đủ, tài liệu truyền thông được cấp phát đến tận tay đối tượng đích, nhân viên có khả năng triển khai chương trình và phối kết hợp với các ban ngành trong tỉnh như Phụ nữ, Thanh niên, Giáo dục. Tuy nhiên chương trình đã gặp phải một số khó khăn[92]:

- ĐĐV chưa được lựa chọn kỹ, có trường hợp không đủ sức khỏe, suy kiệt chết. Một số ĐĐV tái nghiện và làm mất tín nhiệm với những người NCMT mà họ vẫn thường tiếp cận.
- Không phải tất cả các thành viên trong cộng đồng và các ban ngành của tỉnh hiểu được ý nghĩa của Mô hình TCCĐ, do đó họ e ngại và không chấp nhận.
- Không có đủ nguồn lực tài trợ cho các hoạt động của chương trình.

- Một khó khăn lớn nữa là chương trình chỉ hướng dẫn đối tượng đích làm sạch BKT chứ không cấp phát BKT mới, do đó người NCMT không muốn gặp ĐĐV, không tin tưởng vào nội dung tuyên truyền và không thực hiện theo những gì ĐĐV tư vấn. Đây chính là một trong những nguyên nhân chính làm cho Mô hình TCCĐ thực hiện tại thành phố Bắc Giang chưa đạt được kết quả như mong muốn.

Bài học kinh nghiệm rút ra từ chương trình này cho thấy, cần có sự ủng hộ mạnh mẽ hơn nữa của các cấp chính quyền địa phương đối với Mô hình TCCĐ. Cần phải làm nhiều việc hơn nữa để thúc đẩy và quảng bá cho chương trình, trong cộng đồng cần có tài liệu truyền thông nhằm giúp cho cộng đồng hiểu rõ hơn về chương trình này. Cần hỗ trợ, giới thiệu người NCMT có được công ăn việc làm sau khi họ cai nghiện để tái hòa nhập với cộng đồng. Cán bộ quản lý chương trình cần có nhiều kinh nghiệm hơn để xây dựng, thực hiện, đánh giá chương trình. Đối với người NCMT cần hỗ trợ họ có được BKT sạch, BCS, bông, cùn, nước cất khi họ chưa thể cai nghiện được[92].

Các bằng chứng nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy, Mô hình TCCĐ đã đạt được một số kết quả nhất định làm thay đổi nhận thức của người NCMT, góp phần giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng. Việc triển khai chương trình kể cả các nghiên cứu của các nước tiên tiến và các bài học kinh nghiệm của Việt Nam cũng vẫn coi Mô hình TCCĐ là một chương trình đơn lẻ. ĐĐV mới dừng lại ở mức tuyên truyền cho người NCMT, cung cấp tài liệu truyền thông, giới thiệu họ đến các dịch vụ khác như điểm mua BKT, BCS. ĐĐV không cấp phát BKT và BCS do đó chưa đảm bảo tính sẵn có phù hợp với điều kiện của người NCMT.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại thành phố Bắc Giang tỉnh Bắc Giang trong giai đoạn từ năm 2007 đến năm 2010.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng trong nghiên cứu

Là nam giới từ 18 tuổi trở lên, NCMT trong vòng một tháng qua tính từ thời điểm điều tra, hiện đang sống tại cộng đồng của TP Bắc Giang, được thông báo, tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Các đối tượng cộng đồng liên quan đến người NCMT trong can thiệp bao gồm: ĐĐV người nghiện chích ma túy; phụ nữ mại dâm; cha/mẹ và các thành viên trong gia đình của người NCMT; các ban/ngành đoàn thể tại địa phương: Công an, hội Phụ nữ, đoàn Thanh niên; Trưởng trạm y tế xã/phường và các nhân viên trạm y tế (TYT) phường, cộng tác viên y tế tại các tổ dân phố thuộc địa bàn thành phố Bắc Giang.

- Không chọn những đối tượng sau vào nghiên cứu:

Những người đang ở các trại giam, trại tạm giam, các trung tâm Giáo dục - Lao động xã hội. Những người đang điều trị tại các cơ sở Y tế. Những người không đủ minh mẫn để trả lời phỏng vấn.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trong 4 năm từ năm 2007 đến năm 2010 được chia làm 4 giai đoạn

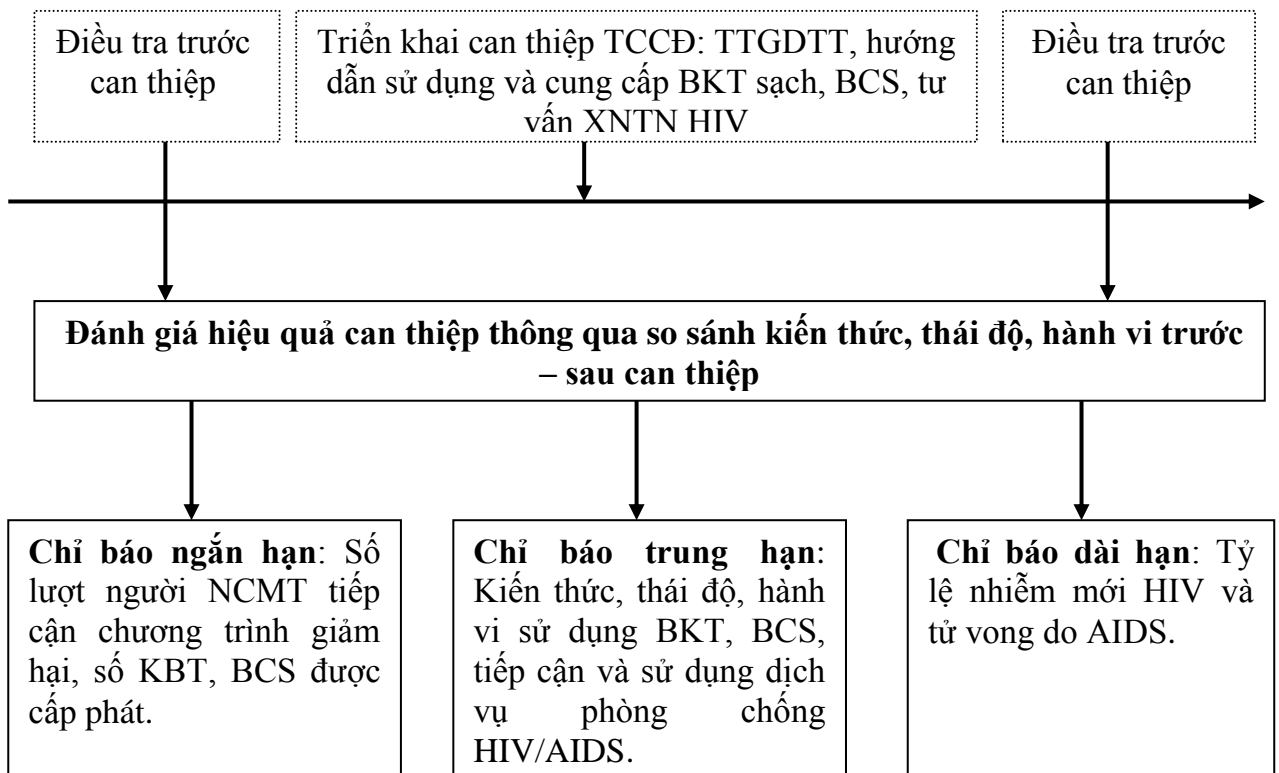
Giai đoạn 1: Điều tra đánh giá thực trạng về kiến thức, thái độ và các yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT tại thành phố Bắc Giang (từ 5/2007 đến 7/2007)

Giai đoạn 2: Xây dựng Mô hình can thiệp phù hợp với địa bàn Bắc Giang (từ 8/2007 đến 9/2007)

Giai đoạn 3: Triển khai nội dung can thiệp (từ 10/2007 đến 9/2010)

Giai đoạn 4: Đánh giá kết quả can thiệp (từ 10/2010 đến 11/2010)

2.1.4. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu



2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu chung

2.2.1.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu so sánh trước - sau can thiệp.

2.2.1.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của mỗi vòng điều tra được tính toán theo từng giai đoạn dựa vào số lượng quần thể người NCMT có trên địa bàn thành phố Bắc Giang để có thể phát hiện sự khác biệt khoảng 15% giữa 2 vòng điều tra về các thái độ, hành vi dùng chung BKT khi TCMT và không dùng dùng BCS khi QHTD.

Nếu thực sự có thay đổi trong tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT và không sử dụng BCS ở mức 15%, với 192 người NCMT được chọn ở vòng một và 320 người NCMT ở vòng hai, nghiên cứu có thể chứng minh được sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê. Cỡ mẫu trên được tính toán theo công thức dưới đây.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng*

Cỡ mẫu được tính theo cỡ mẫu thiết kế nghiên cứu can thiệp (so sánh 2 tỷ lệ):

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu

$p_1 = 41,1\%$ tỷ lệ thường xuyên sử dụng chung BKT ở người NCMT theo kết quả nghiên cứu năm 2006 tại Bắc Giang[79].

$p_2 = 27\%$ ước lượng tỷ lệ thường xuyên sử dụng chung BKT ở người NCMT sau khi đã can thiệp Mô hình TCCĐ

$$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$$

$z_{1-\alpha/2} = 1,96$: Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ (kiểm định 2 phía)

$z_{1-\beta}$: Hiệu lực của kiểm định $(1 - \beta) = 90\%$

Áp dụng công thức trên ta có cỡ mẫu: điều tra trước can thiệp là 192 người (trong 420 người NCMT có danh sách quản lý năm 2006). Cỡ mẫu điều tra sau can thiệp là 320 người NCMT (trong 1200 người NCMT có danh sách quản lý năm 2010).

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu định lượng

Do đối tượng nghiên cứu là nhóm tương đối nhạy cảm và khó tiếp cận nên chúng tôi đã lựa chọn phương pháp chọn mẫu RDS (phương pháp chọn mẫu dây chuyền/chuỗi) có kiểm soát. Đối tượng được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu thông qua sự giới thiệu của chính những người được phỏng vấn.

Tuy nhiên, khác với phương pháp hòn tuyết lăn, phương pháp này cho chúng ta ước tính chính xác hơn về những biến số nghiên cứu quần thể. Quy trình chọn mẫu bắt đầu bằng việc tuyển chọn các cá nhân đầu tiên gọi là “hạt giống”: là những người có đặc điểm khác biệt nhau, ở nhiều địa điểm khác nhau và biết rõ các mạng lưới của quần thể nghiên cứu. Những “hạt giống” do nhóm nghiên cứu lựa chọn trên cơ sở tham khảo ý kiến và sự giới thiệu của các cán bộ, đồng đảng viên tại địa phương. Sau đó mỗi “hạt giống” được tuyển chọn sẽ được phỏng vấn, khi kết thúc phỏng vấn họ được nhận 3 phiếu tuyển chọn (phiếu giới thiệu) nhằm giúp họ tuyển chọn các bạn trong nhóm tham gia vào nghiên cứu. Khi người nhận được phiếu giới thiệu đến tham gia nghiên cứu, họ sẽ được nghiên cứu viên sàng lọc, nếu đủ tiêu chuẩn sẽ được phỏng vấn, khi kết thúc phỏng vấn họ cũng nhận được 3 phiếu giới thiệu. Trong nghiên cứu này đã sử dụng đến 8 đợt tuyển chọn để đạt được cỡ mẫu nghiên cứu 320 người. Phiếu tuyển chọn được mã hóa nhằm liên kết người đi tuyển chọn và người được tuyển chọn, mã của phiếu tuyển chọn được ghi lại trên các bộ câu hỏi.

2.2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu định tính

Trong nghiên cứu này mẫu định tính lấy theo phương pháp chủ định tại địa bàn TP. Bắc Giang gồm:

- Phỏng vấn sâu tiên hành 34 cuộc:

- + Nhóm người NCMT: tiến hành 11 cuộc PVS tại 11 tụ điểm trong 23 tụ điểm nghiện chích ma túy của TP. Bắc Giang bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên. Mỗi tụ điểm PVS một trường hợp. Khi tiến hành PVS điều tra viên phỏng vấn bất kỳ người nào gặp đầu tiên tại tụ điểm đã chọn.

- + Nhóm ĐĐV nghiện chích ma túy: tiến hành 8 cuộc PVS trong 15 ĐĐV bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên.

- + Nhóm PNMD: tiến hành 4 cuộc PVS tại 4 tụ điểm trong 26 tụ điểm PNMD của TP. Bắc Giang. Mỗi tụ điểm PVS một trường hợp. Khi tiến hành PVS điều tra viên phỏng vấn bất kỳ người nào gặp đầu tiên tại tụ điểm đã chọn.

+ Nhóm cha/mẹ, người thân của người NCMT: tiến hành 4 cuộc PVS, một cuộc đối với cha/mẹ người có bốn con NCMT; một cuộc PVS cha/mẹ có hai con NCMT; một cuộc PVS cha/mẹ có một con NCMT và một cuộc PVS cha/ mẹ có con NCMT đã được cai nghiện.

+ Lãnh đạo trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang: 01 cuộc

+ Nhóm cán bộ y tế xã/phường: tiến hành 3 cuộc PVS tại phường: Trần Nguyên Hãn, Ngô Quyền, Lê Lợi và Thọ Xương

+ Nhóm các ban, ngành đoàn thể có liên quan đến công tác phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS: tiến hành 3 cuộc PVS đối với 3 lãnh đạo của bốn cơ quan: phòng Phòng chống tội phạm – ma túy- mại dâm; tỉnh đoàn Thanh niên; sở Thương binh và Xã hội.

- Thảo luận nhóm tiến hành 8 cuộc, mỗi cuộc có từ 8 đến 10 người tham dự:

+ Nhóm người NCMT: tiến hành 3 cuộc TLN tại 03 tụ điểm: sau Tượng đài; cổng Chia ly và đầu cầu Sông Thương.

+ Nhóm ĐĐV người NCMT: tiến hành 02 cuộc TLN

+ Nhóm PNMD: tiến hành 01 cuộc tại quán Cafee Như Quỳnh

+ Nhóm cha/mẹ/người thân của người NCMT: tiến hành 02 cuộc tại phường Hoàng Văn Thụ và phường Trần Nguyên Hãn.

2.3. CÁC KHÁI NIỆM, ĐỊNH NGHĨA DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU

*(Các khái niệm được đánh dấu * là áp dụng theo chương trình Giám sát hành vi quốc gia)*

–**AIDS** là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh (Acquired Immune Deficiency Syndrome) là một hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do HIV gây ra, thường được biểu hiện thông qua các nhiễm trùng cơ hội, các ung thư và có thể dẫn đến tử vong.

–**HIV** là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh (Human Immunodeficiency Virus) là virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người, làm cho cơ thể suy giảm khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh.

– **Hành vi nguy cơ cao** là hành vi dễ làm lây nhiễm HIV như quan hệ tình dục không an toàn, dùng chung bơm kim tiêm và những hành vi khác dễ làm lây nhiễm HIV.

– **Phơi nhiễm với HIV** là nguy cơ bị lây nhiễm HIV do tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc dịch sinh học của cơ thể người nhiễm HIV.

– **Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS** là việc thu thập thông tin định kỳ và hệ thống về các chỉ số dịch tễ học HIV/AIDS của các nhóm đối tượng có nguy cơ khác nhau để biết được chiều hướng và kết quả theo thời gian nhằm cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, dự phòng, không chế và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

– **Giám sát trọng điểm HIV/AIDS** là việc thu thập thông tin thông qua xét nghiệm HIV theo định kỳ và hệ thống trong các nhóm đối tượng được lựa chọn để theo dõi tỷ lệ và chiều hướng nhiễm HIV qua các năm nhằm cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, dự phòng, không chế và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

– **Ma túy:** Trong y học, dùng để chỉ một số chất có khả năng dự phòng hay chữa trị một loại bệnh nào đó hay có khả năng làm tăng cường thể lực và tinh thần. Trong dược học, thuật ngữ thuốc để chỉ bất cứ một chất hóa học nào đó có thể thay thế được các quá trình chuyển hoá hoá học hay sinh học của các mô hay các cơ quan trong cơ thể. Trong phần lớn các ngữ cảnh, thuật ngữ này ám chỉ ma túy, loại thuốc được dùng cho mục đích không để chữa trị mà cho các mục đích khác (ví dụ: giải trí, tìm cảm giác).

– **Những người tiêm chích ma túy** là những người sử dụng ma túy qua đường tiêm chích, nghĩa rộng của thuật ngữ này nhằm chỉ những người đã có tiền sử sử dụng ma túy qua đường tiêm chích hoặc những người thỉnh thoảng tiếp tục tiêm chích cho đến những người lệ thuộc hoàn toàn vào việc tiêm chích vài lần một ngày. Những người tiêm chích có thể sử dụng những loại thuốc hợp pháp hoặc bất hợp pháp, những loại thuốc kích thích (như amphetamines hay cocaine), những thuốc giảm đau (như heroin hay benzodiazepines) hay những loại thuốc khác như steroids. Họ có thể tiêm trực

tiếp vào ven hay vào bắp.

– **Nghiện** là một hội chứng trong đó việc sử dụng một sản phẩm trở nên một nhu cầu mạnh hơn cả nhu cầu của những hành vi khác dù những hành vi sau này có một tầm quan trọng lớn hơn (Theo Tổ chức YTTG đưa ra vào 1981)

– **Chất methadone**: Được dùng như một loại chất thay thế để hỗ trợ những người sử dụng ma túy nói chung (ví dụ heroin) ổn định lại tình hình sử dụng thuốc và chuyển từ hình thức tiêm chích hay các loại sử dụng thuốc nguy hiểm nào đó sang hình thức sử dụng qua đường miệng (phổ biến nhất). Thuốc thay thế này được cung cấp với sự giám sát trong quá trình tiến hành một giải pháp cai nghiện nào đó mà có thể bao gồm cả công tác tư vấn, chăm sóc y tế cơ bản hoặc điều trị HIV và các dịch vụ khác.

– **Sự lệ thuộc (vào một loại thuốc gây nghiện)**: Những người bị lệ thuộc vào một loại thuốc gây nghiện nào đó thường ít có khả năng kiểm soát bản thân đối với những sự dụ dỗ mà loại thuốc đó tạo ra và họ tiếp tục sử dụng loại thuốc đó bất chấp những vấn đề mà nó mang lại. Một số người nghiện ma túy có thể cố gắng bỏ thuốc và có thể có khả năng cai nghiện nếu họ không sử dụng loại thuốc đó trong một thời gian dài.

– **Cai nghiện** là sự chăm sóc dành cho một người nghiện ma túy trong khoảng thời gian để giảm hoặc ngừng sử dụng loại ma túy với mục đích cai nghiện an toàn và hiệu quả. Người nghiện có thể phải trải qua những giai đoạn chuyển đổi khó khăn khi ngừng sử dụng ma túy hoặc giảm liều dùng sau một quá trình sử dụng thuốc kéo dài hoặc lạm dụng thuốc.

– **Liều** là lượng thuốc mà một người dùng trong một khoảng thời gian nhất định.

– **Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV** bao gồm tuyên truyền, vận động, khuyến khích sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV.

– **Chương trình trao đổi bơm tiêm và kim tiêm:** Một giải pháp nhằm phát bơm tiêm, kim tiêm, các vật dụng tiêm chích khác (như bông tẩm cồn để lau rửa chỗ tiêm, nước để trộn ma túy dạng bột) cho người tiêm chích ma túy thông qua các nhóm trao đổi di động, quầy bán thuốc, trạm xá hoặc nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng hay bằng xe buýt hay các máy tự động lắp đặt ngoài đường phố. Phần lớn các chương trình phát bơm tiêm và kim tiêm đều bao gồm dịch vụ thu gom lại các bơm tiêm và kim tiêm đã qua sử dụng. Đối với một vài chương trình, người tiêm chích ma túy bắt buộc phải nộp lại những bơm tiêm và kim tiêm đã sử dụng trước khi nhận BKT mới

– **Làm sạch bơm kim tiêm:** Hút nước sạch vào đầy bơm kim tiêm và phụt ra để làm sạch máu và các chất bẩn còn dính trong bơm tiêm và kim, làm nhiều lần. Hoặc tháo rời vỏ, lõi bơm và kim tiêm, bỏ vào xoong nước sạch, đậy nắp xoong và đun sôi trong 20 phút kể từ khi nước sôi.

– **Sử dụng bao cao su đúng cách*:** Nguyên tắc chung là đảm bảo BCS luôn là màng ngăn cách có hiệu quả giữa hai bộ phận sinh dục, ngăn cản không cho chất dịch âm đạo hay tinh dịch tiếp xúc với bộ phận sinh dục của người kia. Dùng BCS còn chất lượng tốt, tránh bị rách, vỡ trong khi quan hệ. Sử dụng với mọi khách hàng, mọi lần QHTD. Tròng BCS vào dương vật trước khi giao hợp (thâm nhập) và dùng trong suốt cuộc tình.

– **Phụ nữ mại dâm*** là phụ nữ quan hệ tình dục với khách làng chơi để kiếm tiền.

– **Đông đồng viên người nghiện chích ma túy** là những người đã từng tiêm chích ma túy hay những người sống gần với cộng đồng những người sử dụng ma túy đã qua tập huấn để triển khai những hoạt động giáo dục không chính thức hoặc có tổ chức với những chủ đề liên quan đến sức khỏe những người tiêm chích ma túy khác (theo nhóm hoặc tiếp xúc trực tiếp với từng cá nhân).

– **Tụ điểm*** là vị trí người NCMT tụ tập để tiêm chích và hút, hít như công viên, bến xe, đường phố, nhà trọ.

– **Tiếp cận cộng đồng** là một trong những chương trình dự phòng lây

nhiễm HIV, trong đó các thành viên của một nhóm được lựa chọn và đào tạo để tiếp cận, giáo dục và hỗ trợ các thành viên khác nhằm: nâng cao nhận thức; làm thay đổi thái độ, hành vi có hại; thực hiện các hành vi có lợi liên quan đến dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm và từ nhóm ra cộng đồng.

2.4. XÂY DỰNG VÀ TRIỂN KHAI MÔ HÌNH CAN THIỆP

2.4.1. Nguyên tắc, tiêu chí xây dựng mô hình can thiệp

Để đảm bảo tính hiệu quả, khả thi và bền vững của mô hình can thiệp, nội dung và biện pháp can thiệp được xây dựng dựa trên các tiêu chí:

- *Xây dựng mô hình can thiệp dựa trên bằng chứng*: Nghiên cứu ban đầu xác định thực trạng và các yếu tố tác động đến nguy cơ lây nhiễm HIV. Phân tích đối tượng, xem xét nhu cầu cộng đồng, nguồn lực để lựa chọn vấn đề, biện pháp can thiệp phù hợp.

- *Sử dụng hệ thống, tổ chức, nguồn lực sẵn có*: Sử dụng ngay hệ thống mạng lưới sẵn có y tế, dân số, chính quyền địa phương để giảm thiểu chi phí tới mức tối đa.

- *Dựa vào những chính sách, tiêu chuẩn sẵn có*: Nội dung, tài liệu can thiệp đều dựa trên phác đồ hướng dẫn của TCYTTG và Bộ Y tế ban hành.

- *Nội dung dễ tiếp thu và áp dụng vào thực tế*: Nhóm nghiên cứu cùng với đối tượng hưởng thụ trực tiếp xây dựng nội dung can thiệp. Sử dụng hình thức cầm tay chỉ việc, hướng dẫn trực tiếp trên mô hình để thực hành.

- *Hình thức can thiệp đa dạng*: Phối kết hợp giữa cung cấp kiến thức đồng thời hướng dẫn thực hành. Triển khai tại các địa điểm tiếp cận như: tụ điểm; nơi cung cấp BKT; BCS; địa điểm khám sức khỏe; nơi làm xét nghiệm. Giáo dục - truyền thông trong các buổi họp tổ dân phố, nhà văn hoá. Với nhóm cung ứng dịch vụ y tế được tập huấn trong các buổi giao ban giữa giám sát viên, ĐĐV và người NCMT.

- *Huy động sự tham gia của cộng đồng*. Can thiệp được thực hiện ngay tại cộng đồng, sử dụng nguồn lực của cộng đồng và cộng đồng tham gia xây dựng, triển khai tất cả các hoạt động. Bản thân các nhóm đối tượng tự giám

sát và hướng dẫn lại cho nhau những kỹ năng đã học.

- *Dễ nhân rộng mô hình*: Phương pháp TCCĐ đối với người NCMT tuy khó tổ chức và liên kết giữa các chương trình giảm hại song nếu thực hiện đúng từng bước các hoạt động sẽ đem lại hiệu quả rất cao trong dự phòng lây nhiễm HIV và giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trong cộng đồng. Địa bàn can thiệp tại TP. Bắc Giang cũng đặc trưng cho một số thành phố mới hình thành trong khu vực nên dễ nhân rộng ở nhiều nơi có điều kiện tương tự.

2.4.2. Nội dung can thiệp

Nội dung can thiệp được xây dựng nhằm mục đích giúp các đối tượng NCMT có kiến thức, thái độ và hành vi đúng đối với ma túy, từ bỏ ma túy, giảm số lần TCMT, sử dụng BKT sạch, không dùng chung BKT và QHTD an toàn. Nghiên cứu sử dụng mô hình tiếp cận cộng đồng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã được bổ sung và hiệu chỉnh bởi một tập thể cán bộ có kinh nghiệm trong lĩnh vực HIV từ Văn phòng Dự án LIFE-GAP, Văn phòng Thường trực phòng chống AIDS Quốc gia, Ban AIDS Bộ Y tế, Văn phòng CDC Hà Nội, trường đại học Y Hà Nội, viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, làm cơ sở đề tài để xây dựng nội dung TT-GD-TT, thực hành và hướng dẫn giám sát hỗ trợ. Nội dung can thiệp đã tập trung chủ yếu vào các yếu tố có liên quan được đánh giá trước can thiệp như: Yếu tố liên quan đến sử dụng chung BKT của người NCMT tại ba thời điểm, 6 tháng, 1 tháng và lần TCMT gần nhất; Yếu tố liên quan đến không sử dụng BCS trong QHTD của người NCMT trong khoảng thời gian 12 tháng đối với các loại bạn tình khác nhau của người NCMT.

Ngoài hoạt động gặp gỡ, tuyên truyền, tư vấn cho người NCMT, những người ĐĐV còn cấp phát BKT, BCS miễn phí, giới thiệu họ đến các điểm khám BLTQĐTD và làm xét nghiệm HIV tự nguyện.

Hàng năm chương trình đã tập huấn và giám sát hỗ trợ ĐĐV, cán bộ y tế của 11 phường/xã nâng cao kiến thức, thực hành tiếp cận người NCMT, tư vấn chuyển tiếp đến các cơ sở xét nghiệm HIV tự nguyện và điều trị nhiễm HIV/AIDS.

2.4.3. Đối tượng thụ hưởng từ can thiệp

- Người NCMT đang làm việc và sinh sống trên địa bàn thành phố Bắc Giang (có khoảng 1.200 người).

- Đồng đẳng viên: Là những người tuyên truyền phòng lây nhiễm HIV, cung cấp vật dụng hỗ trợ cho người NCMT nhưng chính họ cũng là những người được thụ hưởng từ chương trình.

- Cha/mẹ, anh/chị em, cộng đồng người NCMT trên địa bàn can thiệp.

2.4.4 . Quản lý, điều hành can thiệp:

Nghiên cứu sinh trực tiếp tham gia cùng 03 bác sỹ trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang và 02 sinh viên của trường Đại học Y tế Công cộng.

2.4.5. Tài liệu can thiệp

Bộ Tài liệu tập huấn chương trình tiếp cận cộng đồng dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm sử dụng ma túy, cuốn dành cho học viên đã được nghiên cứu sinh và các nghiên cứu viên lựa chọn, chỉnh sửa cho phù hợp với từng nhóm đối tượng trong địa bàn TP. Bắc Giang.

2.4.6. Tổ chức triển khai can thiệp

- Tổ chức Hội nghị cam kết trách nhiệm giữa các ban ngành: sở Y tế, tỉnh hội Phụ nữ, sở Công an, trung tâm Y tế dự phòng, trung tâm Phòng chống HIV/AIDS.

- Lựa chọn địa bàn và triển khai địa điểm sinh hoạt nhóm: địa bàn triển khai trên toàn bộ 11 xã/phường của TP. Bắc Giang. Địa điểm sinh hoạt tại phòng họp câu lạc bộ Sông Thương phường Lê Lợi.

- Lựa chọn nhân sự: chọn 15 ĐĐV, 3 giám sát viên.

- Tổ chức tập huấn cho ĐĐV và giám sát viên

- Mua sắm áo, mũ, cặp cho nhân viên tiếp cận cộng đồng và bàn, ghế, tủ ... cho địa điểm sinh hoạt nhóm (do hỗ trợ của phường)

- Dịch vụ hỗ trợ: mua sắm BKT, BCS, thuốc sát trùng, thiết kế và in ấn

tài liệu truyền thông, hộp đựng bơm kim tiêm bản, hỗ trợ tiêu huỷ BKT bản thu về.

Nhiệm vụ của từng thành viên:

Đồng đảng viên trực tiếp tìm và tiếp cận người sử dụng ma túy tại 23 tụ điểm của TP. Bắc Giang thông qua các mối quan hệ quen biết. Tiếp cận theo đúng quy trình đã được tập huấn (gồm các bước làm quen, xây dựng lòng tin, lượng giá nguy cơ của thân chủ, giúp thân chủ đưa ra kế hoạch giảm nguy cơ, thực hiện kế hoạch giảm nguy cơ và cấp thẻ đi xét nghiệm, giới thiệu tới các dịch vụ khám và điều trị STD và AIDS). Địa điểm tiếp cận có thể tại nhà thân chủ hoặc nơi cộng đồng miễn là đảm bảo được tính bí mật cho thân chủ. Quá trình tiếp cận không phải một lần mà tiếp cận nhiều lần. Ngoài ra nhân viên tiếp cận cộng đồng còn phải thu gom bơm kim tiêm bản tại cộng đồng và thu thập thông tin phản hồi của người NCMT để báo cáo lại với nhóm trưởng. Mỗi ngày ĐĐV làm việc từ 1 - 2 giờ, mỗi tuần tiếp cận được từ 2-3 thân chủ trong đó có 1-2 thân chủ mới. Cuối tuần ĐĐV phải báo cáo theo quy định (ghi chép sổ nhật ký, phiếu thu thập dữ liệu thân chủ theo mẫu báo cáo tuần) để nộp cho nhóm trưởng và tham dự giao ban tuần, tháng.

Nhóm trưởng làm việc như một ĐĐV, ngoài ra còn giám sát hoạt động chung của nhóm, tổng hợp báo cáo tuần để nộp cho giám sát viên, tham gia giao ban hàng tuần, tháng tại câu lạc bộ. Tiếp nhận, theo dõi và giúp đỡ các thân chủ để liên hệ với các dịch vụ xin việc làm sau khi người NCMT cai nghiện trở lại cộng đồng.

Giám sát viên thực hiện quy trình giám sát như được đào tạo gồm quan sát, phỏng vấn, hỗ trợ ĐĐV khi có khó khăn, chủ trì giao ban tuần, tháng. Tổng hợp, phân tích và báo cáo tháng theo quy định cho nghiên cứu viên, cập nhật và hỗ trợ chuyên tiếp.

Nghiên cứu viên làm việc như giám sát viên, hỗ trợ giám sát và giải quyết những vướng mắc của nhóm trưởng, của giám sát viên.

Đào tạo giám sát viên và đồng đảng viên

Những người đã được lựa chọn tham gia chương trình bao gồm giám sát viên, nhóm trưởng và ĐĐV được tham dự mỗi khóa tập huấn 3 ngày. Nội dung khóa tập huấn bao gồm các kiến thức về phòng chống HIV/AIDS; ma túy; tình dục; các kỹ năng cơ bản như kỹ năng TCAT; kỹ năng làm sạch BKT; kỹ năng sử dụng BCS, sử dụng tài liệu truyền thông; qui trình tiếp cận, cách ứng xử với những khách hàng khó tính. Sau khi tập huấn, 15 ĐĐV được chọn chính thức và được cấp các vật dụng hỗ trợ, các biểu mẫu báo cáo và tiến hành công tác tiếp cận tại cộng đồng.

Mức độ thường xuyên đào tạo, mỗi năm tổ chức 2 lớp đào tạo cho ĐĐV và 2 lớp cho giám sát viên, trong đó 1 lớp đào tạo mới và 1 lớp đào tạo lại vào cuối năm.

Thời gian đào tạo, do trình độ và khả năng tiếp thu kiến thức của học viên hạn chế, thời gian tổ chức lớp học tập huấn 3 ngày/1lớp

Ngoài các lớp tập huấn tổ chức chính thức, các ĐĐV có thể được bổ sung thêm kiến thức, kỹ năng tuyên truyền và kỹ năng thực hành phòng chống HIV/AIDS thông qua các buổi sinh hoạt câu lạc bộ hoặc các buổi nói chuyện chuyên đề.

Trang bị phương tiện và dụng cụ cần thiết cho đồng đảng viên

Các trang bị, phương tiện đã cấp: Quần áo đồng phục 01 bộ/năm; 01 túi sách (như túi thuốc y tế) để đựng BKT, nước cất pha dung dịch, bao cao su, tài liệu truyền thông, phiếu trao đổi và thẻ tuyên truyền viên có dán ảnh của ĐĐV.

2.5. CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP

Nghiên cứu đã sử dụng các chỉ số sau để đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp:

- Tỷ lệ phần trăm những người NCMT xác định được đúng cách phòng ngừa lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm phổ biến về lây nhiễm HIV[8].

- Tỷ lệ phần trăm người NCMT có quan hệ tình dục với bạn tình ngoài hôn nhân, không cùng chung sống trong 12 tháng vừa qua[8].

- Tỷ lệ phần trăm người NCMT có sử dụng chung BKT trong 6 tháng qua.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT có sử dụng chung BKT trong tháng vừa qua
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT có sử dụng chung BKT trong lần gần đây nhất.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD trong vòng 12 tháng qua.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT cho biết có sử dụng BCS khi QHTD trong lần gần đây nhất với các loại bạn tình khác nhau.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT biết được nơi cung cấp/phân phát BCS.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT biết được nơi cung cấp/phân phát BKT sạch.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT nhận được BCS miễn phí.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT được tiếp cận thông tin, truyền thông phòng chống HIV/AIDS.
- Tỷ lệ phần trăm người NCMT được giới thiệu đi xét nghiệm HIV tự nguyện và được tư vấn trước, sau xét nghiệm.

2.6. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU

2.6.1. Nghiên cứu định lượng

Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (có tham khảo mẫu phiếu điều tra hành vi ở nhóm người NCMT của Viện vệ sinh Dịch tễ trung ương và Cục Phòng chống HIV/AIDS) đã được chỉnh sửa cho phù hợp với nghiên cứu trên địa bàn thành phố Bắc Giang (Phụ lục1). Mỗi bộ câu hỏi đều có mã số nghiên cứu riêng biệt, mã hóa cho từng người tham gia nghiên cứu. Bộ câu hỏi được áp dụng cho cả hai lần điều tra trước và sau can thiệp.

Bộ câu hỏi được phỏng vấn thử trên 20 người NCMT để chỉnh cách

dùng từ và ngôn ngữ cho phù hợp với địa phương. Bộ câu hỏi cuối cùng được hoàn chỉnh và thông qua với sự đồng thuận của nhóm nghiên cứu và giáo viên hướng dẫn nghiên cứu sinh.

Lựa chọn cán bộ phỏng vấn và tập huấn điều tra

Lựa chọn 03 bác sỹ tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang, 03 bác sỹ tại Viện Chiến lược và Chính sách y tế để thực hiện các cuộc phỏng vấn cho nghiên cứu này (điều tra viên). Tiêu chuẩn tuyển chọn điều tra viên như sau: Có kinh nghiệm làm việc với quần thể nguy cơ cao như người NCMT, PNMD; Mong muốn và có thể thu xếp đủ thời gian dành cho nghiên cứu; Có kinh nghiệm phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc và cam kết tôn trọng người được phỏng vấn.

Một khóa tập huấn 2 ngày được tổ chức tại thành phố Bắc Giang trước giai đoạn thu thập số liệu. Nội dung tập huấn bao gồm kiến thức, các kỹ năng phỏng vấn, giới thiệu về bộ câu hỏi, kinh nghiệm và hướng dẫn cách tiếp cận các nhóm quần thể nghiên cứu. Quy trình chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát, tuân thủ quy trình nghiên cứu tại các trung tâm nghiên cứu, hoặc theo dõi, giám sát quá trình thu thập số liệu cũng được đưa vào chương trình tập huấn.

- Thu thập kết quả xét nghiệm HIV tại các phòng khám XNTVTN và các điểm khám của chương trình, chỉ lấy kết quả của những trường hợp có thể xét nghiệm đã được tổng hợp riêng theo mã số.

2.6.2. Nghiên cứu định tính

- Công cụ thu thập là bản hướng dẫn PVS, hướng dẫn thảo luận nhóm (Phụ lục 2)

- Kỹ thuật PVS: Ghi chép và thu băng, chụp ảnh các cuộc phỏng vấn (nếu được sự đồng ý của người được PV). Nơi phỏng vấn sâu cũng đảm bảo một số tiêu chuẩn: thuận tiện cho đối tượng, đối tượng tự chọn nơi phỏng vấn để có thể khai thác được các thông tin riêng tư, nhạy cảm.

- Nghiên cứu sinh cùng giám sát viên đảm trách toàn bộ 34 cuộc phỏng

vấn sâu, 8 cuộc thảo luận nhóm, có ghi chép và ghi âm các cuộc phỏng vấn và giải quyết các khó khăn trong quá trình thu thập số liệu.

2.7. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

2.7.1. Định lượng

- Phân tích mô tả cắt ngang về kiến thức, thái độ, hành vi của người NCMT trước can thiệp.

- Phân tích so sánh thay đổi về kiến thức, thái độ, hành vi, khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ HIV/AIDS trước- sau can thiệp, có kiểm chứng sự khác biệt bằng các kỹ thuật thống kê như: tính giá trị p bằng phương pháp Chi-square. Đánh giá hiệu quả của can thiệp bằng cách tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) theo công thức [99], [126]:

$$\text{CSHQ} = \frac{p2 - p1}{p1} \times 100\%$$

Trong đó:
 $p1$ = tỷ lệ trước can thiệp
 $p2$ = tỷ lệ cùng chỉ số đó sau can thiệp

- Phân tích các yếu tố liên quan đến hành vi lây truyền HIV của người NCMT bằng các kỹ thuật phân tích đơn biến và đa biến.

- Phần mềm thống kê: Sử dụng phần mềm EPI-DATA 3.0 để nhập và quản lý số liệu. Phần mềm SPSS 14.0 được sử dụng cho phân tích thống kê mô tả; Phân tích đơn biến để đánh giá mối tương quan giữa các yếu tố xã hội có ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ, thực hành, tiếp cận các chương trình can thiệp với hành vi sử dụng chung BKT khi TCMT và không dùng BCS trong QHTD. Sau khi phân tích đơn biến, các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê được đưa vào phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu tiềm tàng.

2.7.2. Định tính

Ghi chép, mã hóa thông tin, phân tích trích dẫn theo chủ đề. Các ghi chép và băng ghi âm sau khi xử lý số liệu được nghiên cứu sinh lưu giữ một cách an toàn để đảm bảo tính bảo mật thông tin. Các chủ đề phân tích chính

xoay quanh những nội dung sau:

- + Nguyên nhân dẫn đến nghiện ma túy
- + Hành vi và thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV, sự thay đổi nhận thức về HIV sau khi can thiệp bằng TCCĐ.
- + Những khó khăn, rào cản đối với hành vi TCMT và TDAT.
- + Những gợi mở, mối quan tâm của cha/mẹ, người thân trong gia đình và bản thân người NCMT về các vấn đề giảm tác hại trong phòng chống HIV/AIDS.

2.8. HẠN CHẾ VÀ BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU

2.8.1. Những yếu tố nhiễu có thể gặp

- Những yếu tố quy định chuẩn mực của xã hội tác động đến quyết định của người NCMT chưa được xem xét đến.

- Mô hình can thiệp TCCĐ được thực hiện trong thời gian ngắn (4 năm), phạm vi hẹp, không cung cấp trực tiếp một dịch vụ giảm hại như cai nghiện bằng trị liệu thay thế methadone.

- Các phân tích so sánh trước - sau can thiệp không cho phép đánh giá tác động của mô hình giảm hại thông qua các chỉ báo dài hạn như: giảm tỷ lệ nhiễm mới HIV, giảm tỷ lệ tử vong do AIDS trong nhóm quần thể nghiện cứu. Hiệu quả của mô hình TCCĐ chỉ có thể đánh giá thông qua những thay đổi tích cực của các chỉ số ngắn hạn và chỉ số trung hạn.

2.8.2. Biện pháp kiểm soát sai số trong thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi điều tra đã được tham khảo từ bộ câu hỏi của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam có chỉnh sửa cho phù hợp với nghiên cứu tại tỉnh Bắc Giang.

- Trước khi điều tra chính thức, bảng hỏi đã được thử nghiệm trên 20 đối tượng NCMT để thăm dò, kiểm tra chất lượng thông tin và chỉnh sửa bộ câu hỏi cho phù hợp với trình độ văn hóa của người NCMT tại TP Bắc Giang.

- Chọn điều tra viên và Giám sát viên là các nghiên cứu viên của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và một số bác sỹ thuộc Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang, là những người đã có kinh nghiệm điều tra và giám sát trong chương trình phòng chống HIV/AIDS.

- Nghiên cứu viên chính là người trực tiếp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm để giải quyết những vướng mắc xảy ra trong quá trình điều tra.

- Tập huấn kỹ cho điều tra viên và giám sát viên trước khi điều tra thực tế.

2.9. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã được đệ trình xin xét duyệt của Hội Đồng Đạo Đức - trường Đại học Y tế công cộng và chỉ tiến hành sau khi chính thức được phê duyệt cũng như chính thức được sự cho phép của địa phương.

Nghiên cứu viên tôn trọng đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin liên quan đến danh tính cá nhân được ĐTV, nghiên cứu viên hoàn toàn bảo mật. Ảnh chụp, băng ghi âm và ghi chép các cuộc PVS được lưu giữ một cách an toàn cho đối tượng và được hủy sau khi NCV hoàn thành báo cáo cuối cùng.

Can thiệp TCCĐ chỉ với mục đích là giảm những trường hợp nhiễm HIV mới trong nhóm TCMT và nhóm PNMD thông qua các hành vi TCMT an toàn và QHTD an toàn.

Kết quả nghiên cứu sau khi can thiệp sẽ là bài học kinh nghiệm cho việc tiến hành các chương trình, dự án tiếp theo trong tương lai. Những khuyến nghị được đưa ra nhằm giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế - xã hội của người NCMT

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế - xã hội của người NCMT

Đặc trưng		Tỷ lệ %	
		Trước can thiệp (n=192)	Sau can thiệp (n=320)
<i>Nhóm tuổi</i>	Dưới 20	0	0,9
	20 - 29	53,4	56,3
	30-39	36,6	33,4
	40-49	10	9,4
	Trung bình	28,4	29,3
	Biến thiên	18 – 49 tuổi	18-54
<i>Dân tộc</i>	Kinh	98,4	99,1
	Khác	1,6	0,9
<i>Trình độ học vấn</i>	Mù chữ	4,2	3,1
	Tiểu học	24,0	22,8
	Trung học	38,0	39,7
	Phổ thông trung học	29,2	30,0
	Cao đẳng, đại học	4,6	4,4
<i>Nghề nghiệp</i>	Không nghề nghiệp	87,0	86,3
	Buôn bán nhỏ lẻ	10,9	10,5
	Công nhân, viên chức	0,5	1,9
	Lái xe	1,6	1,3

Gần 90% người NCMT trong độ tuổi từ 20 - 39 tuổi, ở độ tuổi trên 40 và dưới 20 chiếm tỷ lệ thấp khoảng 10%, tuổi trung bình của người NCMT là 28,4 trước can thiệp và 29,3 sau can thiệp. Người NCMT nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và cao tuổi nhất là 49 tuổi trước can thiệp và 54 tuổi sau can thiệp, về độ tuổi không có sự khác nhau nhiều giữa trước và sau can thiệp. Hầu hết người NCMT là dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ trên 98%, các dân tộc khác chiếm tỷ lệ rất thấp khoảng 2%.

Chủ yếu người NCMT có trình độ học vấn thấp từ cấp trung học cơ sở trở xuống chiếm gần 70% trong đó vẫn còn từ 3-4% người NCMT mù chữ hoặc tái mù chữ. Người NCMT có trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm khoảng 30% và chỉ có 4% có trình độ cao đẳng/đại học. Người NCMT có trình độ học vấn thấp sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến việc tiếp cận các thông tin truyền thông bằng chữ như tờ rơi, tờ bướm, áp phích nhưng lại phù hợp với hình thức truyền thông bằng tư vấn trực tiếp hoặc tranh ảnh.

Hầu hết người NCMT không có nghề nghiệp ổn định chiếm trên 86%. Còn lại là buôn bán nhỏ lẻ, công nhân viên chức và lái xe chiếm tỷ lệ trên 13%. Qua PVS cho thấy một số người bị nghiện khi còn trẻ chưa có việc làm, một số khác đã có việc làm ổn định như công nhân nhà máy Đạm Hà Bắc, nhân viên môi trường... nhưng khi bị phát hiện nghiện thì bị mất việc và trở thành thất nghiệp «*Trước kia em làm công nhân nhà máy Đạm, khi Chơi vào họ phát hiện và đuổi*» (NNH_ 27 tuổi). Lý do mất việc làm chủ yếu vì không đủ sức khỏe, bị kỳ thị xa lánh, do tự kỷ hoặc những người xung quanh do sợ bị ảnh hưởng nên tìm cách chuyển họ đi nơi khác và cuối cùng dẫn đến bỏ việc «*Em đã từng làm thủ kho sau chuyển sang bảo vệ không chịu được em đã bỏ việc*» (KAT_29 tuổi) hoặc «*Từ khi Chơi vào mọi người trong cơ quan đều coi thường, không thềm nói chuyện, thậm chí không thềm nhìn, em như người thừa*» (NHH_27 tuổi). Như vậy với nhiều lý do khác nhau, từ một người có công ăn việc làm, khi nghiện hút dần dần đã trở thành thất nghiệp đi lang thang hoặc đi làm những công việc không ổn định như chạy xe ôm, phụ hồ, nhiều khi trộm cắp. Vì không có nghề nghiệp ổn định nên NCMT thường

có thu nhập thấp (khoảng trên dưới 2 triệu đồng/tháng), không đủ nuôi gia đình và bản thân càng làm cho cuộc sống của họ trở nên khó khăn hơn.

3.1.2. Một số đặc trưng khác

Bảng 3.2. Một số đặc trưng khác của người NCMT

Đặc trưng		Tỷ lệ %	
		Trước can thiệp (n=192)	Sau can thiệp (n=320)
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn	35,3	36,2
	Đang có vợ	47,5	49,1
	Đã ly dị, ly thân, góa vợ	17,2	14,7
Hiện sống với ai	Một mình	8,1	7,3
	Cùng vợ/ gia đình	33,4	49,1
	Cùng với bạn bè	53,4	38,8
	Không cố định, lang thang	5,0	4,8

Về tình trạng hôn nhân, không có sự thay đổi lớn khi so sánh trước và sau can thiệp. Có tới trên 35% người NCMT chưa từng kết hôn và trên 17% đang ly dị, ly thân hay góa vợ. Điều này cho thấy có sự bất ổn lớn trong tình trạng hôn nhân của người NCMT, chính sự bất ổn này cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến người NCMT có hành vi TCMT và tình dục không an toàn.

Tuy nhiên khi xét đến yếu tố người NCMT sống với ai thì bức tranh bất ổn trong cuộc sống của người NCMT càng rõ nét hơn, họ chủ yếu sống cùng bạn bè chiếm tới 53,4% trước can thiệp và 38,8% sau can thiệp, trong khi đó tỷ lệ người có vợ là 33,4% trước can thiệp và 49,1% sau can thiệp. Điều này cho thấy tuy người NCMT có vợ có gia đình nhưng phần nhiều họ lại sống cùng bạn bè, lang thang không cố định.

3.1.3. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

3.1.3.1. Đặc điểm hành vi TCMT

Tuổi lần đầu tiên sử dụng, TCMT

Hầu hết người NCMT sử dụng ma túy ở lứa tuổi còn trẻ dưới 20. Người hút, hít ma túy lần đầu tiên khi mới 11 tuổi và người cao tuổi nhất là 37 tuổi. Tuổi trung bình lần đầu hút, hít ma túy là 21,89 tuổi. Người NCMT lần đầu tiên TCMT là 13 tuổi, cao nhất là 40 tuổi. Tuổi trung bình lần đầu TCMT là 23,24 tuổi.

Thời gian sử dụng và TCMT

Bảng 3.3. Thời gian hút, hít và tiêm chích ma túy

Đặc trưng		Tỷ lệ %	
		Trước can thiệp (n=192)	Sau can thiệp (n=320)
<i>Thời gian hút, hít ma túy</i>	< 1 năm	20,1	19,8
	1 – 5 năm	36,6	35,1
	>5 năm	43,3	45,1
<i>Thời gian TCMT</i>	< 1 năm	14,4	12,8
	1 – 5 năm	37,5	36,8
	>5 năm	48,1	50,4

Bảng 3.3 cho thấy trong cả hai vòng điều tra trước và sau can thiệp, hầu hết người NCMT đều có thời gian hút, hít ma túy và TCMT nhiều hơn 1 năm chiếm trên 80%, trong đó tập trung chủ yếu là người NCMT có thời gian hút, hít ma túy trên 5 năm chiếm khoảng 43% và từ 1-5 năm chiếm khoảng 35% còn lại dưới 1 năm chiếm khoảng 20%. Thời gian trung bình của một người hút, hít ma túy là 6,4 năm. Thời gian trung bình từ lần đầu hút, hít ma túy chuyển sang TCMT khoảng 1,3 năm. Kết quả PVS người NCMT cũng cho thấy cách đây 3-4 năm người NCMT thường có một thời gian hút, hít thuốc phiện hoặc Heroin cho đến khi nghiện không còn tiền mới chuyển sang tiêm

chích. Hơn nữa trên thị trường lúc đó chủ yếu chỉ bán thuốc phiện và Heroin, hầu như không có các loại ma túy tổng hợp. Còn hiện nay, người dùng ma túy

Bảng 3.4. Đặc điểm hành vi tiêm chích ma túy

Đặc điểm hành vi TCMT		Tỷ lệ %		Giá trị p
		Trước can thiệp (n=192)	Sau can thiệp (n=320)	
Lý do dẫn đến NCMT	Bạn bè rủ rê	83,4	47,4	0,001
	Chán đời, thất tình	29,3	36,5	0,005
	Do ý thích	14,5	29,7	0,001
	Buôn bán Heroin	3,1	0,4	-
Các loại ma túy mà người NCMT dùng trong 1 tháng qua	Heroin	98,4	94,8	-
	Thuốc phiện	6,5	14,1	-
	Thuốc an thần (Seduxen, Dorlacgan)	1,5	13,0	-
	Đá	-	12,5	-
	Hồng phiến (thuốc lắc)	-	9,8	-
Tần suất TCMT trong ngày	≤1lần/ngày	29,1	75,9	0,001
	2-3lần/ngày	64,2	23,4	-
	>3 lần/ngày	6,7	0,6	-
Địa điểm nơi TCMT	Nhà mình	3,6	17,5	0,001
	Nhà bạn tình	4,7	4,1	-
	Nhà bạn cùng tiêm chích	25,9	12,0	0,001
	Nơi công cộng	25,5	25,6	0,99
	Tại tụ điểm tiêm chích	45,3	26,8	0,001
	Ở chỗ người bán MT	7,8	4,1	0,01
	Ở chỗ gái mại dâm	1,5	0,3	0,07
	Ở chỗ khác	1,04	0,31	0,2

thường tiêm chích ngay từ lần đầu khi tiếp xúc « *Bạn cháu rủ chích cùng khi cháu đi với bạn, nó bảo chơi như thế mới đã còn hút, hít phức tạp và không*

suống» (NVT_21 tuổi). Cũng có trường hợp cho rằng chích thuốc sẽ không bị lãng phí khi toàn bộ số thuốc được đưa vào cơ thể và kinh tế hơn «Lúc đầu em hít nhưng không đủ đô, ngày phải chơi 2-3 lần, bây giờ em chích phê nhanh hơn nhiều» (MDT_24 tuổi)

Lý do dẫn đến nghiện ma túy

Bạn bè rủ rê là lý do chính và chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả hai vòng điều tra. Tuy nhiên trước điều tra tỷ lệ này cao hơn sau can thiệp, trong khi nguyên nhân dẫn đến nghiện do chán đời, thất tình lại tăng hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê. Lý do nghiện do buôn bán Heroin cũng giảm đáng kể từ 3,1% xuống còn 0,4% sau can thiệp. Điều này cho thấy yếu tố gia đình, người thân, bạn bè, môi trường sống là một trong những yếu tố quan trọng tác động đến con đường nghiện hút của người NCMT. Qua PVS và thảo luận nhóm người NCMT cũng cho kết quả tương tự với nhiều lý do dẫn đến NCMT: bố mẹ mắng tự ái rồi bỏ đi, bố mẹ đuổi ra khỏi nhà tức quá cũng bỏ đi lang thang, thất tình cũng đi lang thang, rồi bạn bè cuu mang, rủ rê hút hít dần thành nghiện «*Ba tức quá đuổi ra khỏi nhà, đi lang thang bạn nó cho chơi để quên đi nỗi sầu, dần dần thì nghiện thôi» (NVH_ 18 tuổi). Hoặc do bất lực, tự ti, buồn chán cũng dẫn đến nghiện hút «Thì không đỗ đại học, mẹ chửi bảo là đồ ngu, phí cơm, buồn quá đi lang thang rồi Chơi vào lúc nào không biết» (NVH_19 tuổi). Có ý kiến cho rằng chơi chỉ để biết, một số lượng không nhỏ khi được hỏi đã trả lời «Chơi thử xem sao » hoặc «Thích thì chơi ».*

Có trường hợp nghĩ rất đơn giản khi bị người tình phụ bạc đã dùng ma túy để người tình thương hại mà suy nghĩ lại «*Nó đi yêu người khác, mình bỏ đi, ban đầu chỉ là dọa nó rằng mình chơi để nó thấy mình rất yêu, không thấy hồi âm mình chơi thật, nghĩ lại thấy mình ngu» (TVA_23 tuổi). Cũng có người do buôn bán ma túy, thử thuốc nhiều lần thành nghiện «Đầu tiên mua*

hộ chúng nó, rồi thử xem như thế nào và phụ thuộc vào nó thôi » (KTH_ 19 tuổi). Cũng không ít trường dẫn đến nghiện ma túy bởi sự đan xen nhiều lý do khác nhau như buồn chán học hành, yếu tố gia đình lỏng lẻo, bạn bè rủ rê và nghiện lúc nào không biết.

Như vậy có nhiều cách lý giải khác nhau của người NCMT về lý do họ bước vào con đường nghiện hút. Lúc đầu nghe các nguyên nhân dẫn đến nghiện tưởng như rất đơn giản, như vô tình, như nói ra chỉ để nói thế nhưng đó lại chính là những nguyên nhân chính đưa người ta vào con đường nghiện ngập khó có thể thoát ra được.

Các loại ma túy mà người NCMT thường dùng trong 1 tháng qua

Hêroin là loại ma túy mà người NCMT thường hay sử dụng nhất, chiếm tỷ lệ trên 94% trong cả hai vòng điều tra. Các loại ma túy khác như thuốc phiện, thuốc giảm đau chiếm tỷ lệ thấp khoảng 10%. Một điều đáng lưu ý là trong thời gian gần đây (điều tra sau can thiệp) trên thị trường đã có thêm nhiều loại ma túy tổng hợp khác như Đá, Hồng phiến. Tỷ lệ người NCMT dùng các loại này đã lên đến trên 10%, nhiều trường hợp dùng kết hợp hai hay nhiều loại trong cùng một thời gian ngắn, đặc biệt trong các cuộc vui như sinh nhật, cưới, hỏi *“Bọn em có gì dùng đấy, thường thì dùng Heroin, nhưng cũng có lúc dùng cả Hồng phiến và Heroin luôn, khi bạn bè đồng vui thì cùng nhau dùng Đá” (NVH _ 25 tuổi).*

Tần suất TCMT hàng ngày trong 1 tháng trước điều tra

Tần suất TCMT đã giảm rõ sau can thiệp, cụ thể: tần suất TCMT ≤ 1 lần/ngày là 29,10% trước can thiệp đã tăng lên 75% sau khi can thiệp, trong khi tần suất hút, hút ma túy trên 2 lần/ngày đã giảm từ 70% trước can thiệp xuống còn khoảng 20% sau can thiệp. Điều này cho thấy kết quả của can thiệp TCCĐ đặc biệt công tác tuyên truyền với nhiều nội dung khác nhau

trong đó có tư vấn cho người NCMT “*Nên từ bỏ ma túy, nếu không từ bỏ được thì hãy giảm tần suất hút, hút ma túy...*” đã được người NCMT chấp nhận và thực hiện theo.

Địa điểm tiêm chích ma túy

Địa điểm TCMT không phải là yếu tố trực tiếp dẫn đến làm lây nhiễm HIV, nhưng nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, địa điểm, môi trường nơi TCMT là yếu tố quan trọng có liên quan mật thiết đến tỷ lệ lây nhiễm HIV/AIDS. Do đó, trong nghiên cứu này chúng tôi đề cập đến nơi người TCMT như một yếu tố gián tiếp làm lây nhiễm HIV (cộng hưởng cùng các yếu tố khác như sở thích tiêm với bạn chích, chủ chích, sở thích quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, hoặc do tác động của chất kích thích không làm chủ được bản thân và không dùng BCS, hoặc dùng BCS không đúng cách).

Xét về địa điểm nơi người NCMT thường TCMT trong vòng điều tra trước can thiệp, hầu hết người NCMT tiêm chích tại các tụ điểm, tại nơi công cộng hoặc nhà bạn chích chiếm tỷ lệ từ 25% đến 45%, các địa điểm khác như tại nhà mình, tại nhà bạn tình, tại chỗ PNMD chiếm tỷ lệ thấp khoảng 1-3%. Khi người NCMT tiêm chích tại các tụ điểm sẽ là môi trường dễ dẫn đến dùng chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc mang tính tập thể, đặc biệt lúc thiếu thuốc và khi họ không làm chủ được bản thân.

Khi so sánh tỷ lệ TCMT tại các địa điểm trong hai vòng điều tra trước và sau can thiệp cho thấy, tại các tụ điểm thường TCMT tập trung đã giảm từ 45,3% xuống còn 26,8%; tại nhà bạn cùng TCMT giảm từ 25,9% xuống còn 12%; ở chỗ người bán ma túy giảm từ 7,8% xuống còn 4,1%. Trong khi đó tỷ lệ TCMT tại nhà mình đã tăng lên đáng kể từ 3,6% lên 17,5% với sự khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ người NCMT tiêm chích tại những địa điểm có nhiều bạn chích giảm và tỷ lệ TCMT tại nhà mình tăng

cho thấy dấu hiệu sử dụng chung BKT và dụng cụ pha thuốc sẽ giảm dẫn đến tỷ lệ lây nhiễm HIV qua đường tiêm chích sẽ giảm, đó là mong muốn của chương trình TCCĐ tại Bắc Giang.

3.1.3.2. Hành vi tình dục

Lịch sử QHTD

Bảng 3.5. Một số đặc trưng của người NCMT về lịch sử QHTD

Thông tin	Trước can thiệp (n=192)	Sau can thiệp (n=320)
Đã từng có QHTD		
<i>Có</i>	84,1	83,4
QHTD trong 12 tháng qua		
<i>Có</i>	77,3	78,6
Tuổi lần đầu QHTD		
<i>Tuổi trung bình</i>	19,5 (13-30)	19,1 (13-28)
<i><20 tuổi</i>	49,8	50,2
<i>20-25 tuổi</i>	38,7	37,4
<i>>25 tuổi</i>	2,2	5,5
<i>Không nhớ</i>	9,3	6,9

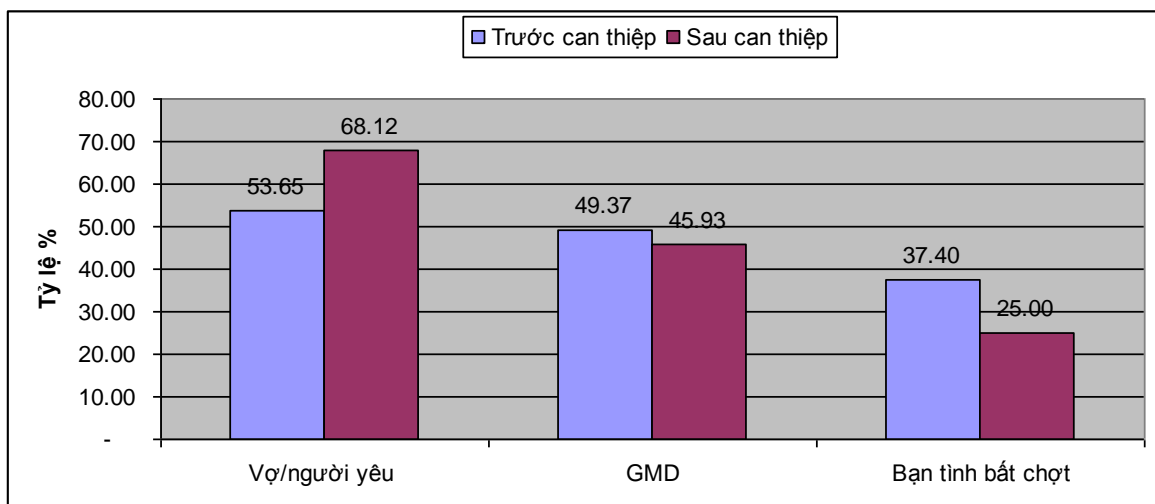
Hầu hết người NCMT đã từng có QHTD chiếm trên 84% trong vòng 12 tháng trước cuộc điều tra và không có sự khác biệt giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp (84,1% và 83,4).

Tuổi trung bình khi QHTD lần đầu tiên sau can thiệp tương đối trẻ là 19,5 tuổi (trung vị = 19), tương đương so với kết quả điều tra trước can thiệp 19,6 tuổi. Người có QHTD lần đầu tiên nhỏ tuổi nhất ở 13 tuổi và cao nhất 30 tuổi. Trong cả hai vòng điều tra, khoảng một nửa số người NCMT có

QHTD lần đầu tiên ở tuổi dưới 20 (49,8%). Tiếp theo là nhóm 20-25 tuổi chiếm tỷ lệ 38,7%. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ người NCMT có tuổi lần đầu QHTD muộn từ 25 tuổi trở lên chiếm 2,2%.

Trong số những người NCMT đã có QHTD, phần lớn có QHTD với bạn tình ngoài hôn nhân. Trung bình số bạn tình trong 12 tháng qua là khoảng 2,6 người, nhiều nhất là 16 người khác nhau. Trong số các loại bạn tình chủ yếu là PNMD, người có QHTD với PNMD trung bình là 1,8 người, nhiều nhất là 16 người khác nhau. Có trường hợp đã QHTD với nhiều loại bạn tình trong cùng khoảng thời gian 12 tháng.

Tỷ lệ người NCMT có quan hệ tình dục với các loại bạn tình trong vòng 12 tháng trước điều tra



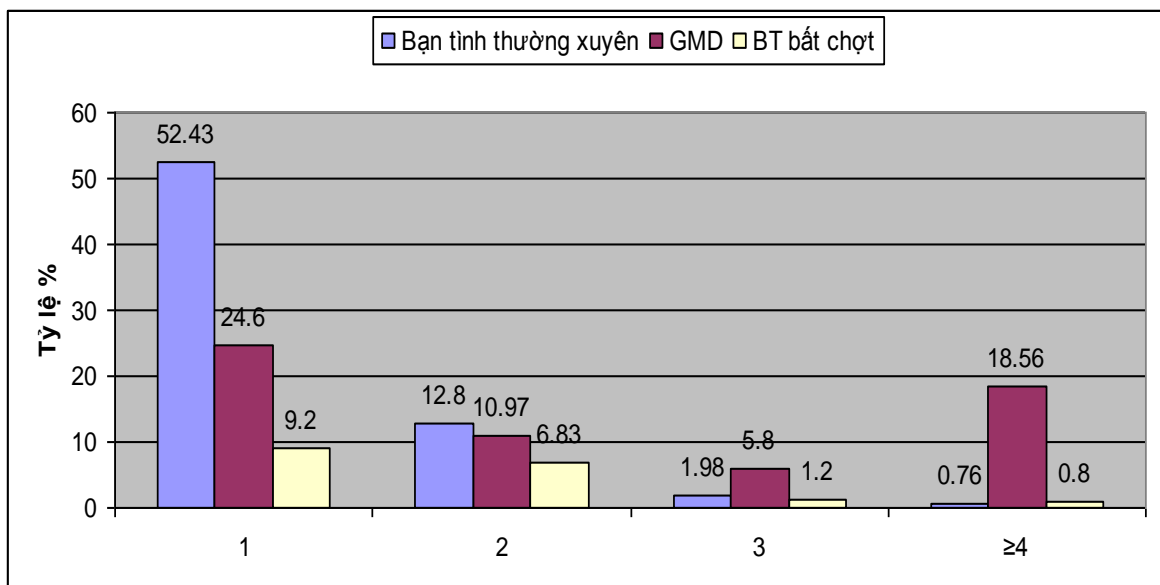
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người NCMT có quan hệ tình dục với các loại bạn tình trong vòng 12 tháng trước điều tra

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào được ghi nhận có QHTD với bạn tình là người đồng tính nam. Nhóm bạn tình thường xuyên (vợ/chồng/người yêu) là nhóm có tỷ lệ QHTD cao nhất trên 68%. Khoảng 1/2 số người NCMT có QHTD với PNMD trong cùng thời gian và 25% người NCMT cho biết có QHTD với bạn tình bất chợt. Điều này cũng phù hợp với

thực tế do người NCMT có cuộc sống gia đình không ổn định, mối quan hệ của họ với bạn gái không lâu bền. Nhiều người NCMT sống lang thang cùng bạn bè hoặc đã ly dị, ly thân, họ thường quan hệ với PNMD hoặc bạn tình bất chợt. Qua PVS cũng cho thấy bối cảnh sống của người NCMT dễ dàng dẫn đến các cuộc QHTD ngoài vợ/người yêu khi họ sống lang thang cùng bạn bè “*Bọn em sống tùm lum, tùm la với nhau tránh sao được chuyện ấy*” (NVN_24 tuổi). Có trường hợp vì không làm chủ được bản thân trước sự cám dỗ vẻ bề ngoài của bạn tình cũng dẫn đến có QHTD “*Nó đẹp và hiền dịu hơn vợ em nhiều*” (NVN_26 tuổi).

Số lượng các loại bạn tình

Hầu hết người NCMT có số lượng các loại bạn tình là từ 1 – 2 người, trong đó tỷ lệ người có 1 bạn tình trong vòng 12 tháng qua là phổ biến nhất và chủ yếu là nhóm bạn tình thường xuyên (52,43%). Tỷ lệ người NCMT có bạn tình bất chợt thấp hơn chiếm dưới 10%. Tuy nhiên có tới trên 18% người NMCT cho biết họ có nhiều hơn 4 bạn tình là PNMD trong 12 tháng qua. Đặc biệt có người đã từng QHTD với 16 người là PNMD khác nhau trong giai đoạn này.



Biểu đồ 3.2. Số lượng bạn tình trong 12 tháng qua

Hành vi sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình

Bảng 3.6. Hành vi sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất với các loại bạn tình

Sử dụng BCS	Trước can thiệp	Sau can thiệp	χ^2, P
<i>Với vợ / người yêu</i>	n=164 28,7%	n=196 37,2%	$\chi^2= 8,5$ p=0,06
<i>Với PNMD</i>	n=130 67,7%	n=132 76,5%	$\chi^2=4,6$ p=0,03
<i>Với bạn tình bất chợt</i>	n=90 52,2%	n=76 71,1%	$\chi^2=17,7$ p= 0,001

So sánh tỷ lệ người NCMT luôn sử dụng BCS với vợ/người yêu trong hai vòng điều tra cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên đối với các loại bạn tình khác, tỷ lệ người NCMT luôn sử dụng BCS khi QHTD đã tăng lên đáng kể khi so sánh trước và sau can thiệp, đặc biệt với bạn tình bất chợt tỷ lệ này đã tăng từ 52,2% lên 71,1%. Điều này cho thấy, sau khi can thiệp bằng TCCĐ, ý thức phòng lây nhiễm HIV qua đường tình dục của người NCMT đã tốt hơn. Tuy nhiên kết quả thảo luận nhóm PNMD cũng cho thấy một tỷ lệ nhất định PNMD luôn luôn dùng BCS khi tiếp khách đặc biệt khi người yêu của họ là người NCMT “*Người yêu em chơi nên em phải dùng BCS cho chắc, biết đâu nó đổ bệnh cho mình, nếu không đi bao em không cho nữa*” (NTH_20 tuổi)

Lý do người NCMT không sử dụng bao cao su

Bảng 3.7. Lý do người NCMT không sử dụng bao cao su trong QHTD trước can thiệp

Lý do	Vợ/người yêu n=83	Gái mại dâm n=27	Bạn tình bất chợt n=22
<i>Không có sẵn BCS</i>	2,8	11,1	40,9
<i>Bạn tình phản đối</i>	25,3	22,2	7,3
<i>Không thích dùng</i>	59,0	45,9	52,1
<i>Không nghĩ về điều đó</i>	14,4	3,7	9,1
<i>Không cho là cần thiết</i>	45,9	3,7	4,8
P=0,001; $\chi^2=930,7$, df =8			

Bảng trên cho thấy với mỗi loại bạn tình khác nhau lý do không thích dùng BCS trong QHTD cũng khác nhau: Đối với bạn tình thường xuyên, trên 50% nói rằng họ không thích dùng, trên 20% do bạn tình phản đối. Trên thực tế với bạn tình thường xuyên hành vi sử dụng BCS với mục đích tránh thai là chủ yếu. Họ cho rằng vì bạn tình của họ đã dùng biện pháp tránh thai khác như đặt vòng hoặc uống thuốc tránh thai, nếu dùng BCS cũng chỉ làm thêm nghi ngờ nhau “*Nếu em có BCS, vợ sẽ hỏi tại sao phải dùng*” (TBC_25 tuổi) hoặc “*Vợ em đặt vòng rồi, nếu dùng Bao nữa nó bảo em điên*”(NNL_23 tuổi). Điều này cũng có nghĩa là trong quan hệ vợ chồng/người yêu họ tin tưởng, thân thiết và không muốn tạo sự nghi ngờ trong mối quan hệ tình cảm riêng tư. Nhiều khi người NCMT cũng không đủ can đảm để nói rõ nguy cơ của họ đối với người thân của mình “*Biết là nếu không dùng Bao sẽ lây bệnh cho Nó nhưng nếu Nó biết thì Nó bỏ em mất*” (VVD_28 tuổi). Cũng có một

số người cho rằng vợ của họ chỉ ở nhà không có QHTD với ai lên không bị lây bệnh cho họ mà người NCMT không nghĩ rằng chính họ lây bệnh cho người thân của mình.

Trong QHTD với PNMD lý do không thích dùng BCS cũng chiếm tỷ lệ rất cao khoảng 45%, bạn tình phản đối cũng là một trong các lý do làm cho người NCMT không thể dùng BCS (22,2%). Lý do không có sẵn BCS chiếm tỷ lệ thấp hơn 11,1% và không cho là cần thiết lại không phải là lý do chính trong việc có hay không sử dụng BCS khi QHTD và chiếm tỷ lệ thấp (3,7%).

Trong QHTD với bạn tình bất chợt, yếu tố không thích dùng BCS đi cùng với không có sẵn BCS là lý do chính dẫn đến người NCMT không thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD (52,1%; 40,9%), các lý do khác chiếm khoảng 10%. Trong thực tế không phải lúc nào người NCMT cũng mang theo BCS trong người, hơn nữa hầu hết người NCMT bị hình thức bề ngoài của bạn tình lôi cuốn, đặc biệt khi họ trong cơn hưng phấn sau khi TCMT “*Khi vui rồi còn nhớ được gì đâu, mình cũng không nhớ có đi Bao không*” (NBN_24 tuổi).

Từ những lý do trên đã gợi mở cho ta thấy đối với từng loại đối tượng khác nhau cách thức tuyên truyền, nội dung tuyên truyền và việc cung cấp dụng cụ hỗ trợ trong QHTD an toàn cho người NCMT cũng khác nhau. Sự quyết định có sử dụng BCS hay không không những chỉ phụ thuộc vào bản thân người NCMT mà còn phụ thuộc vào vợ/người yêu, PNMD hoặc bạn tình của họ. Sự thuyết phục các loại bạn tình dùng BCS trong QHTD cũng là một bước cần thiết trong QHTD với tất cả các loại bạn tình và sự sẵn có BCS cũng quyết định đến việc thường xuyên sử dụng BCS đối với bạn tình bất chợt và với PNMD.

3.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA NGƯỜI NCMT TRƯỚC CAN THIỆP

3.2.1. Các yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung BKT của người NCMT

** Phân tích đơn biến*

Bảng 3.8. Một số yếu tố liên quan tới hành vi dùng chung BKT của người NCMT trước can thiệp (n=189)

Yếu tố liên quan	Dùng chung BKT					
	Trong vòng 6 tháng		Trong vòng 1 tháng		Trong lần TCMT gần nhất	
	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị P	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị P	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị P
Trên 30 tuổi	0,32 (0,23-0,51)	0,08	2,01 (1,35-3,83)	0,001	0,42 (0,26-0,75)	0,50
Trình độ học vấn > lớp 9	0,205 (0,07- 0,53)	0,001	1,86 1,03-3,33	0,001	0,19 (0,1- 0,35)	0,01
Có nghề nghiệp	0,33 (0,17-0,62)	0,07	0,56 (0,31-1,11)	0,06	2,08 1,51-5,26	0,01
Đang sống cùng vợ	4,69 (2,32-9,46)	0,001	2,23 (1,18-4,23)	0,01	2,43 (1,19-4,96)	0,001
Nhận được BKT miễn phí	4,85 (1,86-12,65)	0,001	4,27 (1,61-11,27)	0,003	3,06 (1,91-5,51)	0,001
Nhận được tư vấn về TCAT	5,21 (2,83-9,56)	0,001	4,49 (2,41-8,38)	0,01	3,19 (1,63-6,24)	0,001
Nhận được tư vấn về T DAT	4,81 (2,62-8,84)	0,001	2,98 (1,60-5,57)	0,01	4,31 (2,19-8,50)	0,001
Đạt điểm kiến thức về phòng lây nhiễm HIV	0,48 (0,35-0,91)	0,02	0,17 (0,09-0,53)	0,32	3,21 2,49-6,20	0,04
Thời gian TCMT > 5 năm	0,21 (0,11-0,37)	0,87	2,96 (1,67-6,32)	0,05	0,32 (0,14-0,73)	0,56
Số lần TCMT >2 lần/ngày	0,33 (0,19-0,71)	0,22	2,66 (1,41- 5,0)	0,01	2,23 (1,18-4,23)	0,003
Cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV	1,86 (1,03-3,33)	0,03	5,3 (2,79-9,94)	0,01	2,72 (1,27-5,81)	0,05

Bảng 3.8 mô tả 11 yếu tố liên quan tới hành vi dùng chung BKT trong 13 yếu tố đưa vào phân tích đơn biến. Trong 11 yếu tố có liên quan trên có 5 yếu tố liên quan đến sử dụng chung BKT cả 3 khoảng thời gian 6 tháng, 1 tháng và lần gần đây nhất và 6 yếu tố chỉ có liên quan đến sử dụng chung BKT ở từng thời điểm khác nhau và độ mạnh của mỗi yếu tố liên quan cũng khác nhau:

Đối với hành vi dùng chung BKT trong vòng 6 tháng trước can thiệp

Những người NCMT không sống cùng vợ có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,7 lần so với người NCMT đang sống cùng vợ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 4,69; $p < 0,001$).

Những người không nhận được BKT miễn phí có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,8 lần so với những người NCMT có nhận được BKT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 4,85; $p < 0,001$).

Người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 5,2 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TCAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 5,2; $p < 0,001$).

Người NCMT không nhận được tư vấn về TDAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,8 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TDAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 4,8; $p < 0,001$).

Những người NCMT cho rằng bản thân mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 1,8 lần so với người NCMT cho rằng bản thân có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 1,86; $p < 0,03$).

Đối với hành vi dùng chung BKT trong 1 tháng trước điều tra

Những người NCMT có trình độ học vấn dưới lớp 9 có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 1,8 lần so với người NCMT có trình độ học vấn trên lớp 9, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 1,8; $p < 0,001$).

Những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ sử dụng chung BKT cao

gấp 2 lần so với người NCMT trên 30 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 2; $p<0,001$).

Những người NCMT không sống cùng vợ có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,2 lần so với người NCMT đang sống cùng vợ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 2,2; $p<0,01$).

Những người không nhận được BKT sạch miễn phí có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,2 lần so với những người NCMT có nhận được BKT sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 4,2; $p<0,003$).

Những người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,4 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TCAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 4,4; $p<0,001$).

Người NCMT không nhận được tư vấn về TDAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TDAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 2,9; $p <0,01$).

Người NCMT có thời gian TCMT <5 có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TDAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 3; $p <0,03$).

Người NCMT có tần suất TCMT <2 lần/ngày có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,6 lần so với người NCMT có tần suất TCMT >2 lần/ngày, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 2,6; $p <0,01$).

Những người NCMT cho rằng bản thân mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 5,3 lần so với người NCMT cho rằng bản thân có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 5,3; $p<0,01$).

Đối với hành vi dùng chung BKT trong lần tiêm chích gần đây nhất

Tương tự như hành vi dùng chung BKT trong giai đoạn 6 tháng và 1 tháng trước điều tra, các yếu tố có liên quan đến hành vi dùng chung BKT

trong lần gần đây nhất đều có độ mạnh ở mức gấp 2 lần trở lên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Những người NCMT không có nghề nghiệp có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,1 lần so với người NCMT có nghề nghiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 2,1; $p < 0,01$).

Những người NCMT không sống cùng vợ có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,4 lần so với người NCMT đang sống cùng vợ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 2,4; $p < 0,01$).

Những người không nhận được BKT sạch miễn phí có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3,1 lần so với những người NCMT có nhận được BKT sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 3,1; $p < 0,001$).

Những người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3,2 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TCAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 3,2; $p < 0,001$).

Những người NCMT không nhận được tư vấn về TDAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 4,3 lần so với người NCMT có nhận được tư vấn về TDAT, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 4,3; $p < 0,01$).

Những người NCMT không đạt điểm kiến thức về phòng lây nhiễm HIV có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3,2 lần so với người NCMT đạt điểm kiến thức, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 3,2; $p < 0,04$).

Những người NCMT có tần suất TCMT < 2 lần/ngày có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,2 lần so với người NCMT có tần suất TCMT > 2 lần/ngày, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 2,2; $p < 0,003$).

Những người NCMT cho rằng bản thân mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,7 lần so với người NCMT cho rằng bản thân có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 2,7; $p < 0,05$).

*** Phân tích hồi quy logistic đa biến**

Bảng 3.9. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi dùng chung BKT của người NCMT

Biến độc lập	6 tháng trước		1 tháng trước		Lần gần nhất	
	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)
<i>Nhóm tuổi</i>						
>30 tuổi*	-	1	-	1	-	1
≤ 30 tuổi	0.804	1.123	0.166	0.550	0.041	3.174
<i>Trình độ học vấn</i>						
>lớp 9*	-	1	-	1	-	1
≤ lớp 9	0.033	0.442	0.199	0.622	0.535	0.760
<i>Nghề nghiệp</i>						
Có nghề*	-	1	-	1	-	1
Thất nghiệp	0.108	0.287	0.121	0.302	0.729	1.179
<i>Hôn nhân</i>						
Đang sống cùng vợ *	-	1	-	1	-	1
Không sống cùng vợ	0.006	3.083	0.220	1.616	0.101	2.374
<i>Nhận được BKT miễn phí</i>						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0.065	2.153	0.916	1.048	0.001	18.109
<i>Được tư vấn về TCAT</i>						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0.002	3.159	0.001	4.055	0.096	0.113
<i>Được tư vấn về TDAT</i>						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0.278	1.832	0.203	2.060	0.228	1.867
<i>Kiến thức về HIV</i>						
Đạt*	-	1	-	1	-	1
Không đạt	0.693	0.727	0.524	1.544	0.220	0.502
<i>Thời gian TCMT</i>						
≥ 5 năm*	-	1	-	1	-	1
<5 năm	0.665	1.235	0.374	1.507	0.227	1.789
<i>Số lần TCMT/ngày</i>						
≥ 2 lần/ngày*	-	1	-	1	-	1
<2 lần/ngày	0.173	1.746	0.562	1.274	0.029	2.914
<i>Cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV</i>						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0.167	1.721	0.216	1.614	0.051	3.274

* nhóm so sánh; - = Không áp dụng
(n =189) – Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test: $\chi^2=10.530$; df=8; p=0.230.

Bảng 3.9 mô tả 11 yếu tố có liên quan tới hành vi dùng chung BKT trong phân tích đơn biến đã được đưa vào mô hình hồi quy đa biến. Sau khi phân tích để tìm yếu tố có liên quan và loại trừ các yếu tố nhiễu, có 6 yếu tố có liên quan đến sử dụng chung BKT của người NCMT trong các khoảng thời gian đo lường 6 tháng, 1 tháng và lần gần đây nhất và được trình bày dưới đây.

- Một số yếu tố liên quan tới hành vi dùng chung BKT trong vòng 6 tháng trước can thiệp của người NCMT

Trong 5 yếu tố có liên quan đến sử dụng chung BKT trong mô hình đơn biến, sau khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến đã tìm thấy 3 yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ dùng chung BKT trong vòng 6 tháng qua của người NCMT một cách có ý nghĩa thống kê đó là: tình trạng hôn nhân, nhận được BKT miễn phí và được tư vấn về TCAT, độ mạnh của các mối liên quan như sau:

Những người NCMT không sống cùng vợ có hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT trong vòng 6 tháng trước điều tra cao gấp 3 lần người NCMT đang sống cùng vợ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR=3$; $p<0,006$)

Người NCMT không nhận được tư vấn về tiêm chích an toàn có nguy cơ sử dụng chung BKT trong vòng 6 tháng trước điều tra cao gấp 3,1 lần người NCMT đã từng được tư vấn về tiêm chích an toàn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR=3,1$; $p<0,002$)

- Một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT khi TCMT trong vòng 1 tháng trước can thiệp

Tương tự, kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có 1 biến số có mối liên quan tới việc dùng chung BKT trong 1 tháng trước điều tra một cách có ý nghĩa thống kê đó là: Người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có

nguy cơ sử dụng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra cao gấp 4 lần người NCMT đã từng được tư vấn về tiêm chích an toàn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=4; $p<0,001$)

- Một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT khi TCMT trong lần TCMT gần nhất trước can thiệp

Từ 8 yếu tố có liên quan đến có sử dụng chung BKT của người NCMT trong lần gần đây nhất trong mô hình đơn biến, trong mô hình hồi qui đa biến kết quả cho thấy có 4 yếu tố có liên quan tới việc dùng chung BKT trong lần TCMT gần đây nhất một cách có ý nghĩa thống kê đó là: Tuổi của người NCMT, nhận được BKT miễn phí, số lần TCMT trong ngày và cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV, độ mạnh của mối liên quan có thể tóm tắt như sau:

Những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ sử dụng chung BKT trong lần TCMT gần đây nhất cao gấp 3,1 lần so với người trên 30 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=3,1; $p<0,004$)

Những người NCMT không nhận được BKT miễn phí có nguy cơ sử dụng chung BKT trong lần TCMT gần đây nhất trước điều tra cao gấp 18 lần người NCMT nhận được BKT miễn phí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=18,1; $p<0,001$).

Những người NCMT có tần suất TCMT <2 lần/ngày có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 2,9 lần so với người NCMT có tần suất TCMT >2 lần/ngày, sự khác biệt ý nghĩa thống kê (OR= 2,9; $p <0,02$).

Những người NCMT cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 3,3 lần người cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 3,29; $p<0,05$)

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình của người NCMT trước can thiệp

**** Phân tích đơn biến***

Bảng 3.10. Một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình trong 12 tháng trước can thiệp

Các yếu tố	Vợ/người yêu n = 161		Gái mại dâm n = 129		Bạn tình bất chợt n = 192	
	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p
Trên 30 tuổi	1,22 (0,6-2,4)	0,60	3,581 (1,90-6,72)	0,031	0,25 (0,1 - 0,5)	0,13
Được tư vấn về TDAT	1,51 (0,8-2,8)	0,23	3,44 (1,5-8,1)	0,003	2,36 (1,2-4,8)	0,018
Nhận được BCS miễn phí	1,69 (0,9-3,6)	0,17	2,51 (1,2 - 5,2)	0,012	1,01 (0,1- 1,6)	0,001
Nhận được TLTT	1,82 (1,2-4,8)	0,30	0,46 (0,2-1,3)	0,134	0,55 (0,2 - 1,2)	0,125
Đạt điểm kiến thức về phòng lây nhiễm HIV	0,23 (0,11-0,45)	0,08	2,35 (1,33 - 4,13)	0,001	0,35 (0,18-0,68)	0,50
Cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV	2,78 (1,47-5,29)	0,001	1,22 (0,6 - 2,6)	0,61	1,22 (0,6 - 2,5)	0,59
HIV âm tính	1,77 (0,9-3,4)	0,05	1,01 (0,5-2,1)	0,97	0,95 (0,4-2,1)	0,89

Bảng 3.10 mô tả 7 yếu tố nghi ngờ có mối liên quan với hành vi không sử dụng BCS với các loại bạn tình khác nhau của người NCMT, kết quả cho thấy có 6 yếu tố có liên quan đến hành vi không sử dụng BCS của người NCMT. Độ mạnh của các yếu tố liên quan tùy thuộc vào từng loại bạn tình cụ thể như sau:

Trong QHTD với vợ/người yêu

Những người cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD với vợ/người yêu cao gấp 2,8 lần những người cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=2,78; p=0,001). Còn các yếu tố khác chưa tìm thấy có mối liên quan với hành vi không sử dụng BCS trong QHTD với vợ/người yêu của người NCMT. Tuy nhiên, những người NCMT nhiễm HIV không sử dụng BCS với vợ/người yêu cao gấp 1,8 lần những người NCMT không nhiễm HIV thực sự là điều đáng lo ngại trong việc phòng lây nhiễm HIV cho bạn tình của họ và từ họ ra cộng đồng mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong QHTD với PNMD

Những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD với PNMD cao hơn người trên 30 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=3,6; p <0,03).

Những người NCMT chưa từng nhận được tư vấn về TDAT có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD với PNMD cao gấp 3,4 lần so với người NCMT đã từng nhận được tư vấn một cách có ý nghĩa thống kê (OR = 3,4; p<0,003).

Trong số 129 người trả lời về tiếp cận BCS thì những người NCMT chưa từng nhận được BCS miễn phí có hành vi không sử dụng BCS khi QHTD với PNMD cao gấp 2,5 lần hơn so với người NCMT đã nhận được BCS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 2,5, p<0,01).

Những người NCMT không đạt điểm kiến thức về phòng lây nhiễm HIV có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD với PNMD cao gấp 3,4 lần so với người NCMT đạt điểm về kiến thức phòng lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 3,4; p<0,001).

Trong QHTD với bạn tình bất chợt

Tương tự như trong QHTD với PNMD, có 1 yếu tố có mối liên quan với người sử dụng BCS trong QHTD với bạn tình bất chợt đó là: Những người NCMT không được tư vấn về TDAT có nguy cơ không sử dụng BCS

khi quan hệ tình dục với bạn tình bất chột cao gấp 2,4 lần so với người NCMT đã nhận tư vấn về TDAT có ý nghĩa thống kê (OR= 2,36; p< 0,01).

*** Phân tích hồi qui logistic đa biến**

Bảng 3.11. Mô hình hồi qui logistic xác định một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS khi QHTD trong vòng 12 tháng trước can thiệp

Biến độc lập	Với vợ/người yêu		Với phụ nữ mại dâm		Với bạn tình bất chột	
	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)	Giá trị p	Tỷ suất chênh (KTC 95%)
Nhóm tuổi						
>30 tuổi*	-	1	-	1	-	1
≤ 30 tuổi	0,758	0,875	0,048	1,870	0,691	1,434
Được tư vấn về TDAT						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0,061	1,956	0,071	0,424	0,318	3,079
Nhận được BCS miễn phí						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0,062	0,558	0,001	10,575	0,003	45,052
Kiến thức về HIV						
Đạt*	-	1	-	1	-	1
Không đạt	0,907	0,969	0,016	3,102	0,279	2,669
Cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0,083	0,592	0,076	2,321	0,033	8,056
Nhiễm HIV						
Có*	-	1	-	1	-	1
Không	0,056	0,253	0,083	1,42	0,51	1,056

nhóm so sánh; - = Không áp dụng
(n =192) – Kiểm định tính phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow Test:
 $\chi^2=10.484$; df=8; p=0.210

Khi thực hiện mô hình hồi qui logistic để phân tích các yếu tố nguy cơ của người NCMT trong việc không sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình khác nhau kết quả cho thấy: Đối với mỗi loại bạn tình khác nhau thì yếu tố nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD là khác nhau và độ mạnh của các yếu tố cũng khác nhau cụ thể:

Trong QHTD với PNMD

Những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD cao gấp 1,9 lần những người NCMT trên 30 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (OR= 1,87; $p < 0,05$).

Những người NCMT không được nhận BCS miễn phí có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD cao gấp 10,5 lần so với người NCMT có nhận được BCS miễn phí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=10,5; $p < 0,03$).

Những người NCMT không đạt điểm về kiến thức phòng lây nhiễm HIV có nguy cơ không sử dụng BCS cao gấp 3,1 lần so với người NCMT đạt điểm về kiến thức phòng chống HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=3,1; $p < 0,01$).

Trong QHTD với bạn tình bất chợt: cũng như trong QHTD với PNMD: Những người không nhận được BCS miễn phí có nguy cơ không sử dụng không sử dụng BCS trong QHTD cao gấp 45 lần người NCMT nhận được BCS miễn phí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 45; $p < 0,003$).

Những người NCMT không cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD với bạn tình bất chợt cao gấp 8 lần người NCMT cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 8; $p < 0,03$). Tuy nhiên trong phân tích trên không tìm thấy yếu tố nào có mối liên quan đến nguy cơ không sử dụng BCS của người NCMT trong QHTD với vợ/người yêu.

Tóm lại, từ kết quả nghiên cứu thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV đối với người NCMT tại TP. Bắc Giang năm 2007 cho thấy: Hầu hết người NCMT tại TP. Bắc Giang là người trẻ tuổi, trình độ văn hóa thấp, nghề nghiệp không ổn định, thường có nhiều bất ổn trong đời sống gia đình và rất khó tiếp cận. Tỷ lệ người NCMT có hành vi không an toàn trong TCMT và không an toàn trong QHTD với các loại bạn tình cao so với các nghiên cứu trong khu vực. Sau khi phân tích các số liệu trên mô hình hồi quy logistic đa biến kết quả tìm thấy có 6 yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung BKT của người NCMT đó là: Những người NCMT dưới 30 tuổi; không sống cùng vợ; chưa được tiếp cận tư vấn về TCAT và những người cho rằng mình không có nguy cơ bị nhiễm HIV; đặc biệt những người NCMT không nhận được hỗ trợ BKT sạch miễn phí. Có 4 yếu tố liên quan đến hành vi không dùng BCS trong QHTD với các loại bạn tình của người NCMT đó là: Những người NCMT dưới 30 tuổi; người NCMT chưa nhận được BCS miễn phí; không đạt điểm kiến thức về phòng chống lây nhiễm HIV và cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV. Từ những phát hiện chính trên, nội dung mô hình can thiệp tiếp cận cộng đồng đã được xây dựng và can thiệp trong 4 năm tại TP. Bắc Giang. Ngoài các yếu tố can tác động trong can thiệp như tiếp cận người mới NCMT, người NCMT trẻ tuổi, có những bất ổn trong gia đình và kiến thức hiểu biết về HIV còn hạn chế, đề tư vấn về cách phòng chống HIV, TCAT và TDAT, chương trình đã triển khai cấp phát BKT và BCS miễn phí cho các đối tượng ngay sau khi họ được tư vấn. Rút kinh nghiệm từ thất bại khi thực hiện thí điểm mô hình TCCĐ tại một phường của TP. Bắc Giang trước năm 2006, trong nghiên cứu này chúng tôi dựa trên nguyên tắc và các bước hành động của mô hình TCCĐ đã được thí điểm tại 30 tỉnh thành phố của Việt Nam năm 2004 – 2006. Người cung cấp dịch vụ, đối tượng được hưởng lợi từ chương trình đã thay đổi như trong phần phương pháp nghiên

cứu đã trình bày. Kết quả của can thiệp TCCĐ đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV tại TP. Bắc Giang đã được khẳng định bằng các phân báo cáo dưới đây

3.3. HIỆU QUẢ CAN THIỆP TIẾP CẬN CỘNG ĐỒNG TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG

3.3.1. Đối với cộng đồng người nghiện chích ma túy

Chương trình tiếp cận cộng đồng đã đạt được sự ủng hộ mạnh mẽ của các cấp lãnh đạo ban, ngành chính quyền địa phương nơi triển khai chương trình can thiệp, đặc biệt của ủy ban nhân dân thành phố, lãnh đạo ngành Công an, Y tế, hội Phụ nữ, Thanh niên. Trong Hội nghị tổng kết chương trình can thiệp TCCĐ của tỉnh Bắc Giang, tất cả các ban ngành của tỉnh đều thống nhất một quan điểm chung “Phòng chống ma túy, cai nghiện ma túy là chiến lược lâu dài nhưng trước thực tế hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV rất cao trong nhóm người TCMT và từ đó làm lây lan ra cộng đồng cho nên biện pháp tình thế, trước mắt là chúng ta phải tiếp tục và mở rộng triển khai chương trình giảm hại và cấp phát BKT, BCS miễn phí cho người NCMT”.

Đối với gia đình những người NCMT, họ cũng đã nhận thức được nguy cơ lây nhiễm HIV của con/em họ là rất cao nên cũng đã đồng tình, ủng hộ các hoạt động giảm tác hại của chương trình. Hầu hết họ đều cho rằng việc cấp phát BKT, BCS miễn phí cho con em mình là để tránh lây nhiễm HIV chứ không phải là khuyến khích con em họ sử dụng ma túy. Việc cai nghiện ma túy là mong muốn của toàn xã hội chứ không riêng gì của mỗi gia đình có người NCMT và thực hiện được là rất khó khăn, đòi hỏi phải có quãng thời gian dài, nên sẽ rất bất hạnh khi con, em mình chưa cai nghiện được ma túy mà lại mắc thêm HIV.

Người dân trong cộng đồng cũng đã nhận thức đúng về chương trình

can thiệp TCCĐ và đã chấp nhận các hoạt động của chương trình đang triển khai trên địa bàn của mình. Họ rất hoan nghênh việc các ĐĐV của người NCMT chia sẻ nỗi khổ sở, vật vã khi thêm thuốc và sự can đảm vượt qua để cai nghiện thành công, đặc biệt khi họ hiểu rằng chính những ĐĐV này là những người đã tham gia thu gom BKT bản trên địa bàn thành phố.

3.3.2. Đối với người nghiện chích ma túy

Những người NCMT đã tự tôn trọng mình hơn, tin tưởng vào hoạt động của câu lạc bộ, tin tưởng và làm theo sự tuyên truyền, hướng dẫn của các ĐĐV, từ đó thực hiện hành vi TCAT và TDAT để tự bảo vệ mình và cộng đồng trước nguy cơ lây nhiễm HIV. Tính đến hết tháng 12 năm 2010 chương trình đã tiếp cận được 86.504 lượt người NCMT (khoảng 1.500 người), trong đó có 2.568 người mới, số người NCMT được tiếp cận truyền thông trực tiếp trung bình 513 người/tháng, số tờ rơi cấp phát là 41.600 tờ. Chương trình đã thiết lập được 108 điểm cấp phát BKT miễn phí cố định, tạo điều kiện cho người NCMT luôn luôn có thể nhận được BKT sạch bất cứ khi nào cần. Trong 4 năm can thiệp, tổng số BKT phát ra miễn phí là 877.897 chiếc và đã thu gom, tiêu huỷ 708.374 BKT bản; Chương trình cũng đã cấp phát được 149.660 chiếc BCS cho người có nguy cơ cao, trung bình 200 người/tháng và mỗi năm có khoảng 400 người mới được nhận BCS. Có khoảng 500 người NCMT được giới thiệu đi khám BLTQĐTĐD trong 4 năm và gần 300 người được giới thiệu đến phòng VCT để được tư vấn và làm xét nghiệm HIV.

Những người NCMT đã có địa điểm sinh hoạt tại câu lạc bộ Sông Thương, phường Lê Lợi vào mỗi sáng thứ 7 hàng tuần. Số người tham dự trung bình 34,8 người/lần. Đây là nơi người NCMT có thể học thêm được một số kinh nghiệm phòng chống lây nhiễm HIV trong TCMT và QHTD, được

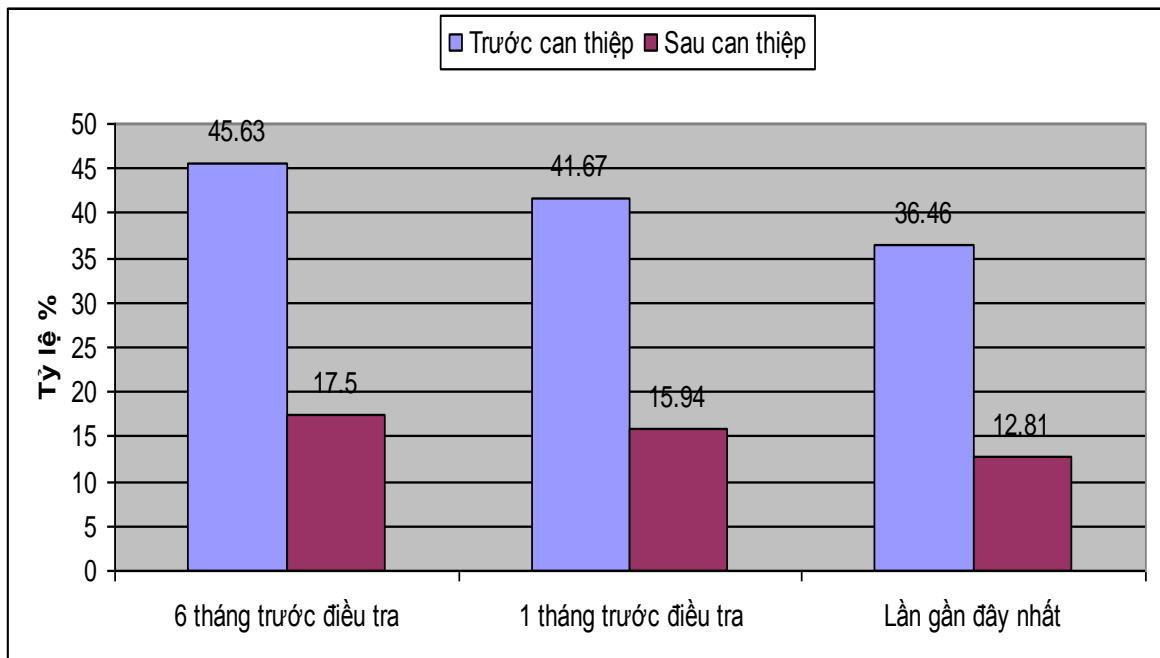
bày tỏ nhu cầu và quan điểm của mình trong cuộc sống cộng đồng.

Chương trình không chỉ tiếp cận được với những người NCMT ở 11 phường/xã thuộc địa bàn của thành phố nơi chương trình triển khai can thiệp mà còn tiếp cận được với những người NCMT cả ở các xã khác thuộc các huyện lân cận của tỉnh Bắc Giang, đã tạo ra một môi trường an toàn, thân thiện cho người NCMT, góp phần đáng kể vào việc giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV.

Một số ĐĐV trước khi tham gia chương trình vẫn còn sử dụng ma túy thì đến nay được các nghiên cứu viên, bác sỹ tư vấn động viên, khuyến khích đã từ bỏ ma túy và cai nghiện thành công.

3.3.3. Chương trình can thiệp tiếp cận cộng đồng đã làm thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT

3.3.3.1. Đối với hành vi dùng chung BKT



Biểu đồ 3.1. Hành vi dùng chung bơm kim tiêm

Hành vi dùng chung BKT trong vòng 6 tháng trước điều tra

Tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT giảm từ 46,63% xuống còn 17,50% trong thời gian 4 năm từ trước can thiệp đến sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, chỉ số hiệu quả (CSHQ) = 56,92%. Nhưng khi được hỏi thì hầu hết người NCMT đều nói rằng họ đã từng có lần dùng chung BKT trước điều tra này, có thể 6 tháng, 1 năm, 2 năm hoặc lâu hơn, đặc biệt thời điểm mới hút, hút ma túy. Khi được hỏi lý do tại sao lúc đó lại dùng chung BKT thì phần lớn nói rằng không biết, không để ý, chỉ gần đây khi được tuyên truyền thì mới biết và hiểu rằng “*Tiêm chích chung BKT và dụng cụ pha thuốc là con đường ngắn nhất dẫn đến lây nhiễm HIV*”. Lúc bình thường người NCMT cũng hiểu được rằng tiêm chích chung BKT rất dễ dẫn đến lây nhiễm HIV nhưng khi lên cơn, khi tụ tập vui vẻ, khi thiếu tiền mua thuốc hoặc chỉ là muốn chứng tỏ mình đang hòa nhập với bạn bè họ lại quên mất mức độ nguy hiểm của nó “*Dùng chung cho vui, chắc phải nhiều lần mới lây, một lần ăn thua gì, nếu lây để thế thì cả xã hội đều bị à*” (LVH_18 tuổi).

Trong số những người sử dụng chung BKT, tỷ lệ người dùng chung BKT với đối tượng khác không thay đổi nhiều trong hai vòng điều tra trước và sau can thiệp. Hầu hết người NCMT dùng chung BKT với bạn chích chiếm 96,43% (trước can thiệp là 97,44%); với người bán ma túy là 26,92% (trước can thiệp 19,64%); với vợ/người yêu là 12,82% (trước can thiệp 8,93%) (phụ lục 3). Tuy nhiên khi được hỏi người NCMT đều trả lời rằng dùng chung BKT với bạn chích rất nguy hiểm vì dễ lây bệnh và họ đều thấy lo sợ sau mỗi lần tiêm chích chung “*Em rất lo sợ, nghĩ rằng chắc mình mắc rồi vì nó có H, em đã chơi chung với nó*” (NVA_22 tuổi) hoặc “*Bây giờ có cách nào chữa không? đã vài lần chơi cùng nhau rồi*” (NVH_19 tuổi). Một số thì cho rằng mình có H rồi chơi chung với người có H cũng chỉ đến thế mà thôi “*Em có H, em cũng chỉ chơi chung với thằng có H thôi*” (HTT_20 tuổi)

Hành vi dùng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra

So sánh tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra cho thấy đã giảm rõ rệt từ 41,67% xuống còn 15,94% trong khoảng thời gian từ trước can thiệp đến sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và CSHQ = 61,74%. Hầu hết những người được hỏi đều cho rằng họ đã hiểu mức độ nguy hiểm của dùng chung BKT và sẽ cố gắng dùng BKT một lần hoặc nếu không có tiền hay không muốn đi mua BKT thì sẽ dùng lại BKT nhưng của chính mình và sẽ làm sạch BKT trước khi sử dụng “Việc dùng riêng BKT không hề khó, mọi người đều biết em chơi rồi, em mang theo BKT đi” (HHN_26 tuổi); Trên thực tế người NCMT cũng rất sợ chết, họ đã thể hiện sự lo lắng khi được nghe tư vấn về nguy cơ lây nhiễm HIV và mong muốn được nhận BKT miễn phí cho đến khi cai được nghiện “Sợ lắm, cháu chỉ mong có thuốc điều trị khỏi thôi, cháu không bao giờ dùng chung Xi nữa” (NDK_19 tuổi).

Khi xét đến vấn đề dùng chung BKT với các đối tượng khác thì kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT với bạn chích đã giảm nhiều so với trước can thiệp (86.25% và 47.06%). Tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT với người bán ma túy cũng giảm nhưng ở mức độ ít hơn (20,0% và 15.69%); với vợ/bạn tình, gái mại dâm vào khoảng 10% (bảng 4 phụ lục). Qua PVS nhóm người NCMT cho thấy tỷ lệ dùng chung BKT với bạn chích giảm là do họ đã hiểu mức độ nguy hiểm của dùng chung BKT với các đối tượng này “Dùng chung với nó cũng sợ vì XN nó mắc rồi, bây giờ của ai người ấy dùng thôi” (NVH_28 tuổi) hoặc “gần đây có BKT phát rồi, bí quá mới dùng chung thôi” (LVL_19 tuổi).

Trong số 15% người NCMT còn sử dụng chung BKT vẫn còn 3% không làm sạch BKT trước khi sử dụng, hơn 12% người NCMT có làm sạch

BKT tuy nhiên chỉ dưới dạng tráng BKT. Động tác làm sạch BKT của người NCMT thường đơn giản và tốn ít thời gian, chủ yếu là súc nước nguội chiếm đến 58%, súc nước nóng chiếm 41% và có 7% súc cồn. Hầu hết những người NCMT đều cho rằng động tác làm sạch BKT không khó song không thể thực hiện được một khi con thêm thuốc đến, họ không đủ kiên nhẫn mất thêm thời gian cho việc rửa sạch BKT theo đúng hướng dẫn.

Hành vi dùng chung BKT trong lần tiêm chích gần nhất

Trong lần TCMT gần đây nhất, tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT sau can thiệp đã giảm từ 36,46% xuống còn 12,81% so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và CSHQ = 64,86%. Qua thảo luận nhóm, phần lớn người NCMT nói rằng dùng chung BKT rất dễ lây nhiễm HIV; người bị nhiễm HIV rồi cũng không muốn bạn, người thân của mình bị lây HIV qua TCMT chung; người chưa từng đi XN rất lo lắng và họ muốn một lúc nào đó họ đi XN có kết quả âm tính bằng cách không dùng chung BKT và không QHTD.

Trong số những người dùng chung BKT trong lần gần đây nhất chủ yếu là những người NCMT chưa bị phát hiện, họ còn đang giấu gia đình, bạn bè, người thân và khi đó họ không có sẵn BKT trong người, đi mua sợ người nhà, bạn bè nghi ngờ mình nghiện "*Đi mua người nhà biết thì chết mất*" (NHH_19 tuổi). Một số người NCMT rất lo sợ khi người nhà, bạn bè phát hiện mình nghiện "*Mọi người không ai biết em nghiện, nếu cứ đi mua Xi mọi người sẽ nghi ngờ ngay, thà chết còn hơn*" (CVA_19 tuổi).

Xét về hành vi dùng chung BKT với người khác cho thấy, trong số 41 người NCMT có sử dụng chung BKT, có 24 người (chiếm 58,54%) thường xuyên dùng chung BKT với bạn chích, 9 người (chiếm 21,95%) thường xuyên dùng chung với người bán ma túy, 5 người (chiếm 2,44%) thường xuyên tiêm chích chung với vợ/người yêu và 1 người thường xuyên dùng

chung với PNMD. Phần lớn người NCMT cho rằng những người họ tiêm chích chung là những người thân thiết như vợ/người yêu, bạn tình, người thân trong gia đình và là những người không mắc bệnh. Hành vi dùng chung bơm kim tiêm được coi là để thể hiện lòng tin đối với nhau. Vì thế, việc từ chối không dùng chung BKT là khó khăn, đặc biệt với những người mà giữa họ đã có mối quan hệ gần gũi, thân thiết. Đối với vợ/người yêu, họ tin rằng nếu một người đã bị nhiễm thì việc người kia cũng bị nhiễm là không thể tránh khỏi.

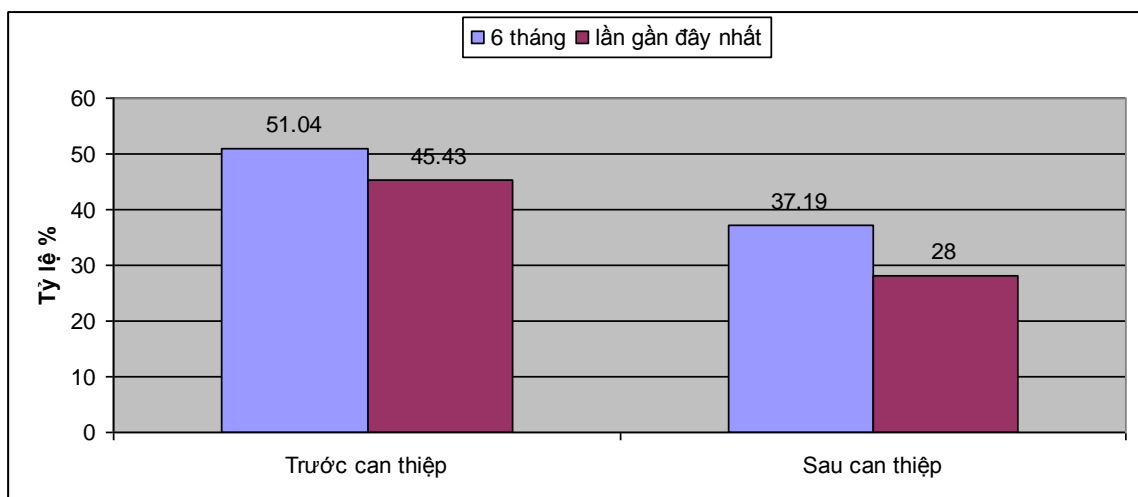
Qua PVS nhóm NCMT với câu hỏi *“Mỗi lần sử dụng chung BKT thường với bao nhiêu người?”* trong số 52 người được hỏi có khoảng 36% người trả lời dùng chung với 1 người; 25% dùng chung với 2 người và 19% trả lời dùng chung với khoảng 4 người, đặc biệt có 1 người trả lời đã có lần dùng chung với một nhóm đông không nhớ rõ số người.

Trong khoảng 12% người NCMT có dùng chung BKT ở lần tiêm chích gần đây nhất vẫn còn 5% không làm sạch BKT trước khi sử dụng. Lý do người NCMT không làm sạch BKT trước khi tiêm chích chủ yếu do không có sẵn nước, còn hay thuốc sát trùng. Một số người lại cho rằng nếu rửa BKT sẽ lãng phí thuốc hoặc sợ xin bạn lại rửa Xi thì bạn sẽ không cho chích cùng *“Đã xin lại còn đòi rửa xi, nó bảo coi thường nó, đũa nào cho nữa”* (NHH _ 24 tuổi), hoặc vì vội quá không có thời gian làm sạch BKT *“Lúc vã rồi còn đâu thời gian mà tráng xi, có dùng đã tốt lắm rồi, nó dùng rồi bớt lại cho mình một ít cũng quý”* (TVY _ 25 tuổi). Khi lên cơn thèm thuốc người NCMT cũng không có thời gian và tâm trí để nghĩ đến làm sạch BKT, họ chỉ tráng qua BKT bằng nước nóng, nước nguội hoặc còn *“Tiện có loại nước gì thì súc BKT bằng loại nước đó thôi”* (NVH _ 30 tuổi). Chính bản thân người NCMT cũng hiểu rằng nếu làm sạch BKT trước khi TCMT sẽ hạn chế lây nhiễm HIV, nhưng họ không thể chuẩn bị trước được *“Khó lắm, nếu có sẵn Xi mới thì chẳng bao giờ lại dùng chung nhau”* (NNL_20 tuổi). Người

NCMT cũng rất lo lắng về hành vi dùng chung BKT của mình và nhiều khi không thể làm chủ được bản thân họ đã phải dùng chung BKT chưa được làm sạch. Vậy để giảm hành vi dùng chung BKT cách tốt nhất vẫn phải duy trì cung cấp BKT miễn phí cho người NCMT khi họ chưa thể cai nghiện được.

Hành vi dùng chung thuốc và dụng cụ pha thuốc của người NCMT

Trong biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ người NCMT dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc (gồm thuốc lấy từ cùng 1 lọ, dụng cụ pha thuốc) trong vòng 6 tháng trước điều tra đã giảm từ 51% từ trước can thiệp xuống còn 37% đến sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ và CSHQ = 100%; Nếu đo lường trong thời điểm gần đây nhất, tỷ lệ sử dụng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc giảm từ 45% xuống 28% sau can thiệp. Kết quả thảo luận nhóm cũng cho thấy, phần lớn người NCMT sau khi được tư vấn cũng hiểu rằng việc sử dụng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc cũng là nguy cơ cao lây nhiễm HIV và nếu có điều kiện họ sẽ sử dụng riêng “Nếu chương trình cấp đủ BKT và nước cất thì chúng em dùng riêng ngay” (NVH _ 23 tuổi).



Biểu đồ 3.2. Hành vi dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc của người NCMT

3.3.3.2. Hành vi tình dục

Hành vi sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình thường xuyên

Bảng 3.12. Đặc trưng QHTD với bạn tình thường xuyên

Đặc trưng	Trước can thiệp (n = 192)		Sau can thiệp (n = 320)		Giá trị p	CSHQ
	n	%	n	%		
Số lần QHTD trong 1 tháng qua	173	1,43*	201	2,32*		
Có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	179		280			
<i>Có</i>	51	28,49	104	37,14	0,001	30,4
<i>Không</i>	128	71,51	176	62,86		
Người gợi ý dùng BCS	51		104			
<i>Bản thân người NCMT</i>	30	58,82	74	71,15		
<i>Bạn tình thường xuyên</i>	9	30,0	13	12,5		
<i>Cùng quyết định</i>	12	23,53	17	16,35		
Thường xuyên sử dụng BCS trong 12 tháng qua	178		279			
<i>Thường xuyên sử dụng BCS</i>	13	7,30	121	43,37	0,001	494,1
<i>Không thường xuyên</i>	165	92,70	158	56,63		
Nghi bạn tình có nghiện chích ma túy			206			
<i>Có</i>	-	-	19	9,22		

*Ghi chú: * - trung bình*

Bảng 3.12 cho thấy, số lần QHTD trung bình trong 1 tháng qua của người NCMT với bạn tình thường xuyên khoảng 2,3 lần nhiều hơn so với trước can thiệp (1,4lần). Tỷ lệ người NCMT có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất đã tăng từ 28% trước can thiệp lên 37% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, CSHQ = 30,4%. Có tới trên 62% người NCMT sau can thiệp cho biết họ không sử dụng BCS trong lần QHTD này. Trong số những người có sử dụng BCS khi QHTD, tỷ lệ người NCMT quyết định chiếm trên 71%, chỉ có 12% do bạn tình của họ quyết định và khoảng

16% là do cả hai bên cùng quyết định.

Tỷ lệ người NCMT thường xuyên sử dụng BCS trong vòng 12 tháng qua đã tăng từ 7,3% trước can thiệp lên 43% sau can thiệp sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ và CSHQ = 494,1%. Tỷ lệ không thường xuyên sử dụng BCS đã giảm từ 92% xuống còn 56% trong khoảng thời gian từ trước can thiệp đến sau can thiệp, trong đó có gần 10% người NCMT nghi bạn tình của mình có NCMT.

Hành vi sử dụng BCS trong lần QHTD với PNMD

Bảng 3.13. Đặc trưng QHTD với PNMD

Đặc trưng	Trước can thiệp (n = 192)		Sau can thiệp (n = 320)		Giá trị p
	n	%	n	%	
Số lần QHTD trong 1 tháng qua	104	2,93*	134	2,65*	0,01
Có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	101		129		
<i>Có</i>	68	67,33	102	79,07	0,001
<i>Không</i>	33	32,67	27	20,93	
Người gợi ý dùng BCS	68		102		
<i>Bản thân người NCMT</i>	22	32,35	17	16,67	0,01
<i>PNMD</i>	32	47,06	79	77,45	
<i>Cùng quyết định</i>	14	20,59	7	6,86	
Thường xuyên sử dụng BCS trong 12 tháng qua	69		100		
<i>Tất cả các lần</i>	37	53,62	72	72,00	0,01
<i>Không thường xuyên</i>	32	46,38	28	28,00	
Nghi bạn tình có NCMT			140		
<i>Có</i>	-	-	8	5,71	

Ghi chú: * - trung bình

Bảng 3.13 cho thấy, số lần QHTD trung bình của người NCMT với PNMD trong 1 tháng qua là 2,6 lần, không có sự thay đổi nhiều so với trước can thiệp (2,9 lần). Tỷ lệ người NCMT có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với PNMD đã tăng từ 67% lên 79% trong khoảng thời gian từ trước đến sau can thiệp, vẫn còn có tới 20% người NCMT cho biết họ không sử dụng BCS trong những lần QHTD đó.

Khi xét đến yếu tố người quyết định sử dụng BCS trong QHTD với PNMD cho thấy: người chủ động sử dụng BCS không phải người NCMT mà chính là PNMD, tỷ lệ này đã tăng từ 47% lên 77% từ trước can thiệp đến sau can thiệp. Trong khi quyết định của người NCMT lại giảm từ 33,2 xuống còn 16,6. Kết quả thảo luận nhóm PNMD cũng cho thấy một tỷ lệ nhất định PNMD luôn luôn dùng BCS khi tiếp khách, đặc biệt khi người yêu của họ là người NCMT *“Người yêu em Chơi nên em phải dùng BCS cho chắc, biết đâu nó đổ bệnh cho mình, nếu không đi bao em không cho nó nữa”* (NTH_22 tuổi).

Xét về mức độ thường xuyên sử dụng BCS trong vòng 12 tháng qua cho thấy: Tỷ lệ luôn luôn có sử dụng BCS của người NCMT đã tăng từ 53,6% trước can thiệp lên 72% sau can thiệp. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 28% người NCMT cho biết họ không bao giờ sử dụng BCS trong khoảng thời gian này, mặc dù có 5,7% người NCMT nghi bạn tình của họ có NCMT.

Hành vi sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình bất chột

Bảng 3.14.Đặc trưng QHTD với bạn tình bất chột

Đặc trưng	Trước can thiệp (n = 192)		Sau can thiệp (n = 320)		p	CSHQ
	n	%	n	%		
Số lần QHTD trong 1 tháng qua	43	2,5*	77	2,4*	0,05	
Có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất	38		75			
<i>Có</i>	28	73,68	55	73,33	0,8	
<i>Không</i>	10	26,32	20	26,67		
Người gợi ý dùng BCS	37		55			
<i>Bản thân người NCMT</i>	26	70,27	48	87,27	0,01	24,1
<i>Bạn tình bất chột</i>	3	8,11	0	-		
<i>Cùng quyết định</i>	8	21,62	7	12,73		
Thường xuyên sử dụng BCS trong 12 tháng qua	36		52			
<i>Tất cả các lần</i>	24	66,67	39	75,00	0,01	
<i>Không thường xuyên</i>	12	33,33	13	25,00		
Nghi bạn tình có NCMT			33	10,1		
<i>Có</i>	-	-	3	9,09		

Ghi chú: * - trung bình

Kết quả bảng trên cho thấy, trung bình người NCMT có QHTD với bạn tình bất chột là 2,4 lần/tháng và không thay đổi so với trước can thiệp là 2,5 lần/tháng. Tỷ lệ người NCMT sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất không thay đổi trước và sau can thiệp (khoảng 73%), vẫn còn trên 26% người NCMT

cho biết họ không sử dụng BCS trong lần QHTD này. Tuy nhiên, khác với hai nhóm bạn tình ở trên, tỷ lệ người NCMT chủ động gợi ý dùng BCS khi QHTD đối với nhóm này là khá cao chiếm 70,27% trước can thiệp và tăng lên 87% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, CSHQ = 24,1%.

Tỷ lệ người NCMT luôn luôn sử dụng BCS khi QHTD trong 12 tháng qua ở mức 66,6% trước can thiệp và tăng lên 75% sau can thiệp. Trong khi đó, tỷ lệ cho biết không bao giờ sử dụng BCS là 25%, mặc dù có khoảng 9% người NCMT nghi bạn tình của họ có TCMT.

3.3.4. Thực hành làm sạch BKT, sử dụng BCS đúng cách của người NCMT

Bảng 3.15. Thực hành làm sạch BKT, sử dụng BCS đúng cách

Thực hành	Chỉ tiêu	Trước can thiệp	Sau can thiệp	χ^2 p
Sử dụng BKT sạch <i>n= 29</i>	Đúng	n=21 72,41%	n=25 86,21%	$\chi^2=4,7$ p<0,05
	Sai	n=6 20,69%	n=4 13,79%	
	Từ chối thực hành	n=2 6,90%	-	
Thực hành sử dụng BCS <i>n= 63</i>	Đúng	n=22 34,92%	n=52 82,54	$\chi^2=15,31$ p<0,05
	Sai	n=35 55,56%	n=11 17,46	
	Từ chối thực hành	n=6 9,51%	-	

Thực hành làm sạch BKT: Kết quả thực hành làm sạch BKT theo phương pháp $2 \times 2 \times 2^2$ cho thấy hầu hết người NCMT thực hành đúng tăng nhẹ từ 72% trước can thiệp lên 80% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, CSHQ = 19,1%. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 13% người NCMT sau can thiệp thực hành sai một hoặc nhiều động tác như chỉ hút nước và phụt nước ra, bỏ qua bước hút chất sát trùng hoặc chỉ rửa bơm tiêm không rửa kim tiêm hoặc không thực hiện đủ các bước.

Thực hành sử dụng BCS đúng cách: Bằng cách thực hành trên mô hình, tỷ lệ người NCMT thực hành sử dụng BCS hoàn toàn chính xác đã tăng từ 34% trước can thiệp lên trên 80% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,01$, CSHQ = 136,4%. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 17% người NCMT thực hành sử dụng BCS chưa chính xác, sai sót hay gặp nhất là: không kiểm tra hạn dùng, không bóp xẹp núm hơi khi tròng vào mô hình và thường dùng răng cắn để mở lấy BCS ra khỏi vỏ. Điều này thực sự đáng báo động vì cho dù tỷ lệ sử dụng BCS có cao mà thực hành sai thì tác dụng của BCS không còn nữa, do BCS có thể vỡ khi quan hệ. Ngoài những lỗi sai về thao tác còn có những lỗi sai ngay trong quan niệm về sử dụng BCS của PNMD: “*Em thổi thử và túm lại, bóp nếu không xì hơi là còn dùng được*” (NHC_19 tuổi).

3.3.5. Kiến thức, hiểu biết về HIV

Để đánh giá sự thay đổi về kiến thức hiểu biết của người NCMT trong phòng chống lây truyền HIV/AIDS, người NCMT được trả lời 5 câu hỏi dưới đây:

² Gồm 3 bước:

Bước 1: Hút nước sạch qua kim tiêm vào gần đầy bơm tiêm, lắc đều trong 30 giây, sau đó phụt nước ra ngoài qua kim tiêm vào một cốc nước khác, làm như vậy 2 lần.

Bước 2: Từ từ hút chất sát trùng qua kim tiêm vào gần đầy bơm tiêm, lắc đều khoảng từ 3 – 5 phút, tối thiểu là 30 giây. Phụt ra ngoài qua kim tiêm vào một cốc nước khác, làm như vậy 2 lần.

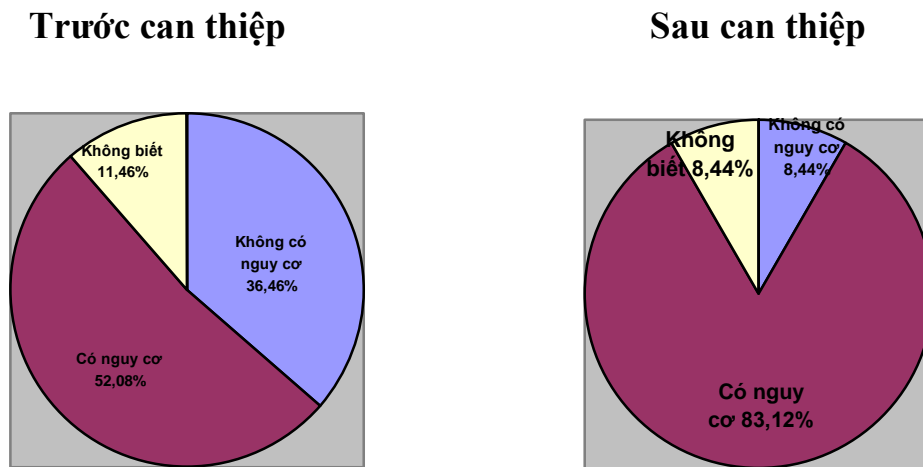
Bước 3: Hút nước sạch qua kim tiêm vào gần đầy bơm tiêm lắc đều và phụt ra ngoài qua kim tiêm vào một cốc nước khác, làm như vậy 2 lần.

Bảng 3.16. Kiến thức, hiểu biết về HIV/AIDS của người NCMT

Câu hỏi	Trước can thiệp n=192		Sau can thiệp n=320	
	Đúng	Sai	Đúng	Sai
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV có làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV hay không?	62,0	38,0	97,5	2,5
Dùng bao cao su có giảm được lây nhiễm HIV hay không?	90,4	9,6	99,7	0,3
Một người nhìn khỏe mạnh có thể bị nhiễm HIV không?	87,8	12,2	89,2	10,8
Muỗi đốt có thể lây truyền HIV hay không?	69,8	30,2	91,1	8,9
Ăn chung với người bị nhiễm HIV có bị lây nhiễm HIV được không?	71,2	28,8	98,6	1,5
Trả lời đúng cả 5 câu hỏi	76,2	23,8	95,2	4,8

Trong bảng 3.17 cho thấy, tỷ lệ người NCMT trả lời đúng cả 5 câu hỏi đã tăng từ 76,2% trước can thiệp lên 95,2% sau can thiệp, đối với từng câu hỏi, tỷ lệ người trả lời đúng cũng tăng rõ rệt. Tuy nhiên quan niệm sai lầm về việc nhìn một người khỏe mạnh mà cho rằng người đó không thể bị nhiễm HIV vẫn còn chiếm 12,2% trước can thiệp và 10,8% sau can thiệp. Tỷ lệ người NCMT có kiến thức đúng về đường lây truyền HIV thông qua muỗi đốt đã tăng từ 69% trước can thiệp lên 91% sau can thiệp.

3.3.6. Đánh giá khả năng nhiễm HIV của bản thân



Biểu đồ 3.3. Tự đánh giá về khả năng nhiễm HIV của bản thân

Biểu đồ 3.3 cho thấy, tỷ lệ người NCMT nhận thức rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV tăng từ 52,08% lên 83,12% trong khoảng thời gian trước và sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, CSHQ = 59,6%. Người NCMT cho rằng mình có nguy cơ vì các hành vi không an toàn của họ như: đã có lần sử dụng chung BKT, QHTD không dùng BCS hoặc dùng BCS không đúng cách. Có 8,44% người NCMT sau can thiệp cho rằng mình không có nguy cơ so với 36,46% trước can thiệp và vẫn còn khoảng 10% trong cả hai vòng điều tra trả lời không biết có nguy cơ hay không vì họ sợ biết kết quả xét nghiệm “*Không dám đi xét nghiệm đâu, nhờ có H thì sao, chắc chết mất*” (MBD_23 tuổi). Một số người sợ biết tình trạng sức khỏe của mình đã không dám đi xét nghiệm và cũng không biết mình có bị HIV hay không. Với câu hỏi “*Em có sợ bị lây nhiễm HIV không*” một người NCMT trả lời “*Em sợ lắm nhưng đã có lần chơi chung xi rồi*” (NNH_20 tuổi).

3.3.7. Tiếp cận với các chương trình can thiệp

- Tiếp cận chương trình cai nghiện

Bảng 3.17. Một số đặc trưng của người NCMT với chương trình cai nghiện

Đặc trưng		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		<i>n=192</i>	%	<i>n=320</i>	%
Chưa từng vào trung tâm cai nghiện		82	42,71	115	35,94
<i>Số lần ở trung tâm cai nghiện</i>	<i>1</i>	57	29,69	167	52,19
	<i>2</i>	34	17,71	35	10,94
	<i>≥3</i>	19	9,90	3	0,94

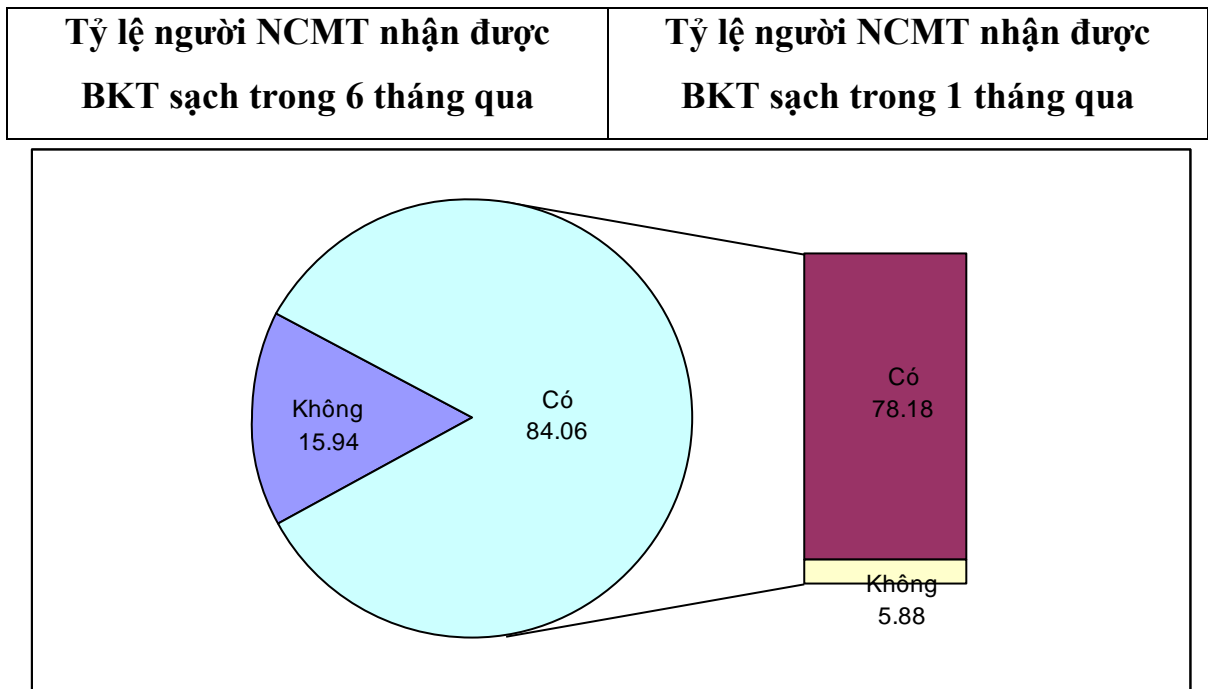
Bảng trên thể hiện các thông tin của người NCMT với chương trình cai nghiện ma túy. Tỷ lệ người NCMT trong nghiên cứu sau can thiệp cho biết đã từng ở trung tâm cai nghiện chiếm 64%, cao hơn không đáng kể so với trước can thiệp 57%. Trong số những người đã từng vào trung tâm cai nghiện ở nghiên cứu vòng hai, chủ yếu là những người đã đi cai 1 lần (52,19%), tỷ lệ này cao gấp gần hai lần so với nghiên cứu trước can thiệp (29,69%). Trong khi đó, tỷ lệ những người đi cai nghiện từ hai lần trở lên lại giảm. Kết quả PVS và thảo luận nhóm người NCMT cho thấy, lý do chính của việc người NCMT không đi cai nghiện phụ thuộc rất nhiều vào khả năng kinh tế của mỗi người. Với số tiền khoảng 5 triệu cho 1 lần đi cai nghiện họ khó có thể thực hiện được hoặc chỉ có thể đi cai nghiện được một lần “*Em tái nghiện, rất muốn đi cai tiếp nhưng không có tiền, lấy đâu ra vài triệu để đi cai*” (LVH_26 tuổi). Còn muốn đi cai nghiện không mất tiền, có người đã nghĩ ra cách “*Muốn đi cai không mất tiền chỉ có cách đi Trôm và nếu bị bắt vào trại sẽ không phải trả phí*”(NVT_26 tuổi).

- Tiếp cận chương trình trao đổi BKT

Bảng 3.18. Tỷ lệ người NCMT biết được nơi có thể lấy được BKT

Thông tin		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		n	%	n	%	
<i>Có thể lấy được BKT bất cứ khi nào cần</i>		156	81,25	275	93,5	0,001
<i>Tỷ lệ người NCMT biết được nơi có thể lấy được BKT</i>	<i>Hiệu thuốc</i>	122	63,54	263	82,19	
	<i>ĐĐV</i>	45	23,44	298	93,12	
	<i>Cơ sở y tế</i>	54	28,13	233	72,81	
	<i>Bạn chích</i>	59	30,73	129	40,31	
	<i>Người bán ma túy</i>	18	9,38	81	25,31	

Trên 93% người NCMT sau can thiệp TCCĐ đã biết được nơi nhận BKT mới (trước can thiệp 81,25). So với trước can thiệp, người NCMT biết được nơi có thể lấy được BKT từ các nguồn đã đa dạng hơn, đặc biệt từ nguồn ĐĐV đã tăng từ 23,44% lên 93,12%; nguồn từ hiệu thuốc tăng từ 63,54% lên 82,19 và từ cán bộ y tế tại các cơ sở y tế tăng từ 28,13% lên 72,81%. Sự khác biệt đáng kể nữa là bạn chích và người bán ma túy cũng tham gia vào cung cấp BKT sạch góp phần tăng tính sẵn có của BKT đối với người NCMT. Nguồn cung cấp BKT đa dạng sẽ tạo điều kiện cho người NCMT có cơ hội được sử dụng BKT mới, bỏ dần thói quen sử dụng chung BKT. Qua thảo luận nhóm người NCMT cũng cho thấy, số lượng BKT phát ra như hiện nay có thể đủ cho người NCMT không phải dùng chung BKT “Mọi người thường nhận BKT từ ĐĐV, cũng tương đối đủ không phải dùng chung nữa” (HHT_24 tuổi).

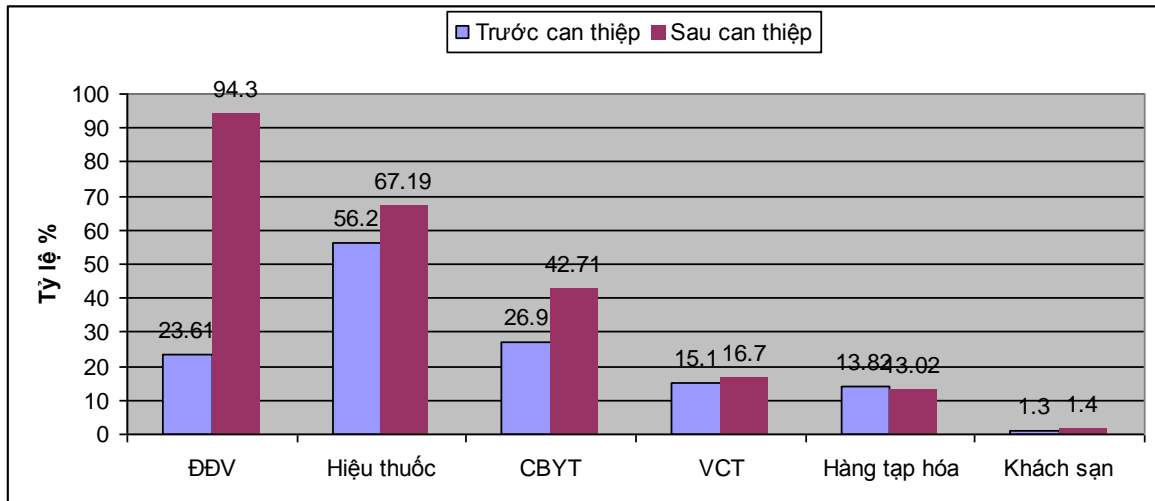


Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ người NCMT nhận được bom kim tiêm sạch

Biểu đồ trên thể hiện tỷ lệ người NCMT sau can thiệp nhận được BKT sạch từ chương trình cấp phát BKT miễn phí. Hầu hết người NCMT tại thành phố đều nhận được BKT từ chương trình chiếm trên 84% trong vòng 6 tháng trước điều tra, trong đó tỷ lệ người NCMT nhận được BKT trong 1 tháng trước điều tra là 78,18%. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 5% người NCMT chưa nhận được BKT miễn phí trong khoảng thời gian này và thường là những người mới NCMT, họ còn giấu và chưa tham gia sinh hoạt câu lạc bộ.

Kết quả điều tra cũng cho thấy trung bình số lần nhận được BKT sạch là 4,05 lần/tháng và trung bình mỗi lần người NCMT nhận được 15,5 chiếc BKT sạch. Với người NCMT có tần suất TCMT khoảng 2 -3 lần/ngày thì số lượng BKT được cấp như trên là đủ còn những người có tần suất TCMT trên 3 lần/ngày thì họ phải mua thêm hoặc họ phải dùng lại BKT đã qua sử dụng. Một số khác cho rằng cấp như vậy sẽ thiếu vì ĐĐV cấp BKT theo tuần (khoảng 10 BKT mới) và người NCMT đã bán số BKT đó lấy tiền mua thuốc. Đây cũng là bài học cho những nhà quản lý chương trình, giám sát viên và cho ĐĐV. Với mục đích cấp phát BKT miễn phí để người NCMT không sử

dụng chung BKT thì phải cấp phát BKT theo từng ngày, ngoài việc cấp phát BKT còn tư vấn cho người NCMT về TCAT, TDAT và giới thiệu họ đến các dịch vụ khác như đi cai nghiện, XNTN hoặc điều trị bệnh LTQĐTD.

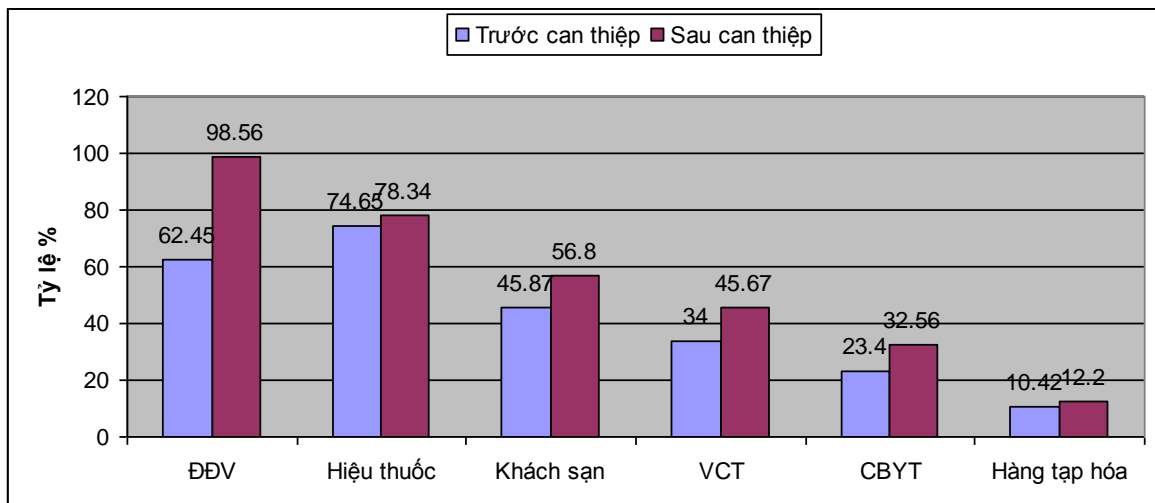


Biểu đồ 3.5. Các nguồn cung cấp BKT sạch cho người NCMT

Biểu đồ trên thể hiện nguồn BKT sạch miễn phí mà người NCMT nhận được trong vòng 6 tháng trước điều tra. Có đến trên 90% người NCMT nhận BKT sạch từ ĐĐV trong khi trước can thiệp chỉ chiếm 23%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$, CSHQ = 299,4%. Đối với từ các nguồn khác, tỷ lệ nhận hoặc mua sau can thiệp cũng tăng hơn so với trước can thiệp nhưng mức tăng thấp hơn nhiều so với nguồn từ ĐĐV: từ hiệu thuốc tăng từ 56% lên 67%; từ cán bộ y tế tăng từ 26% lên 42%; từ các nguồn khác như phòng VCT, cửa hàng tạp hóa, khách sạn không thay đổi chiếm khoảng 10%. Qua thảo luận nhóm người NCMT, họ thích nhận BKT từ ĐĐV hơn các nguồn khác vì ĐĐV là người có thể tin tưởng được, cùng sinh hoạt với nhau, nhiều khi cùng tiêm chích và nhận BKT từ ĐĐV không mất tiền “*Em xin Xi của ĐĐV dễ dàng, không mất tiền và kín đáo*” (HHT_20 tuổi); “*Nếu đi mua nhiều lần trước sau sẽ lộ*” (NVR_23 tuổi). Nếu so sánh giữa các kênh cấp phát BKT cho người NCMT thì kênh qua đường ĐĐV hiện nay vẫn là ưu điểm hơn cả vì việc tiếp cận với người NCMT dễ dàng hơn, đặc biệt những người mới tiêm chích, người chưa bị lộ, những người không có tiền mua BKT. Hơn nữa họ còn được

tư vấn về TCAT và TDAT. Các kênh khác có vẻ kém hiệu quả hơn bởi sự quen biết, kém kín đáo và tốn tiền. Qua PVS nhóm ĐĐV cũng cho thấy rõ điều đó “*Chúng em cấp phát BKT và BCS theo ngày, trước khi cấp chúng em đều khuyên các bạn không dùng chung BKT nữa vì có thể sẽ lây H từ người khác sang mình hoặc từ mình lây cho bạn*” (NVH_23 tuổi). Số lượng người NCMT chủ động đến nhận BKT qua ĐĐV cũng ngày một tăng “*Mỗi ngày em tiếp cận và cấp phát BKT cho khoảng 7-10 đứa, gần đây không phải đi tìm gặp chúng nó nữa mà chúng tìm em nhiều hơn*” (VVD_19 tuổi).

- *Tiếp cận chương trình cung cấp BCS*

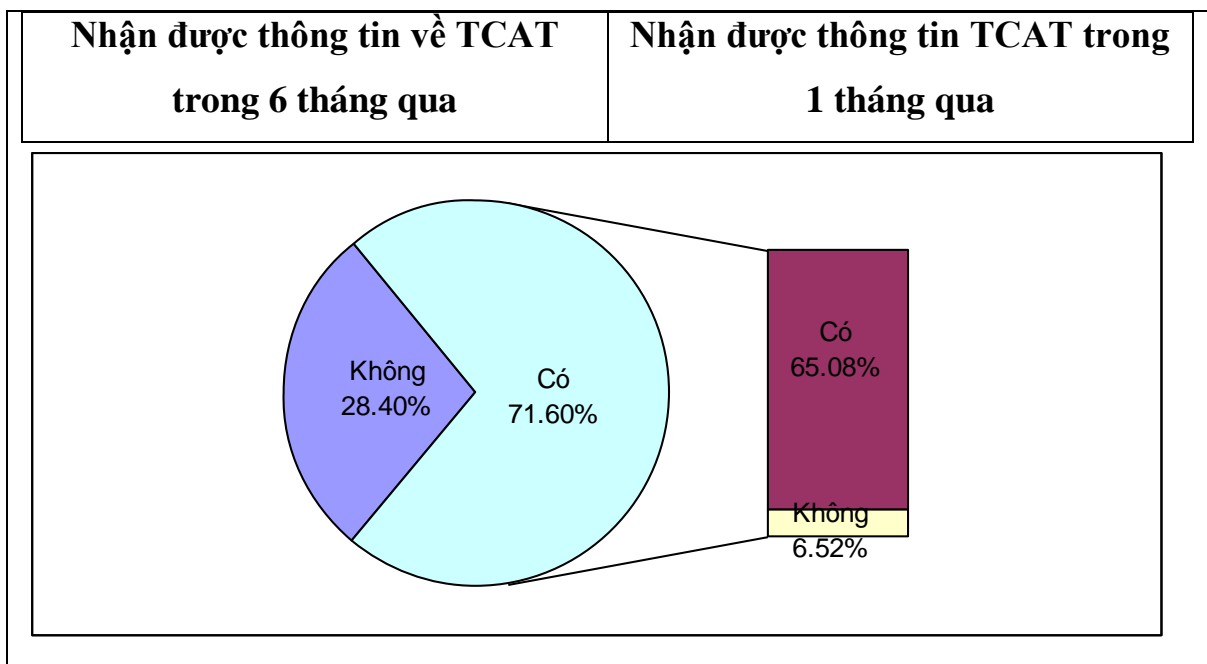


Biểu đồ 3.6. Nơi người NCMT thường nhận BCS trong 6 tháng qua

Tương tự như các nguồn nhận BKT mới, người NCMT nhận BCS chủ yếu từ ĐĐV tăng từ khoảng 62% từ trước đến lên trên 98% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$, CSHQ = 57,82%. Các nguồn cung cấp BCS khác cũng tăng nhưng mức độ tăng không nhiều: Nguồn từ hiệu thuốc tăng từ 74% lên 78%; nguồn từ khách sạn tăng từ 45% lên 56%; nguồn từ phòng VCT, từ cán bộ y tế và của hàng tạp hóa chiếm tỷ lệ thấp dưới 40%. Rõ ràng, chương trình TCCĐ đã tạo cơ hội cho người NCMT có thể nhận BCS một cách dễ dàng tại nhiều nguồn khác nhau, họ có thể nhận miễn phí từ ĐĐV, tại câu lạc bộ, từ nhân viên y tế hoặc mua tại hiệu thuốc, cửa hàng tạp hóa. Vấn đề chỉ còn lại là người NCMT có chủ động sử dụng BCS trong

QHTD hay không? Kết quả thảo luận nhóm người NCMT cũng cho thấy rõ vấn đề này, “BCS bây giờ không phải là vấn đề to tát nữa, dễ kiếm hơn, cần là có ngay nhưng nhiều khi không muốn dùng” (NVN_26 tuổi). Cũng có một số ý kiến cho rằng dùng BCS không quen hoặc tùy loại bạn tình mới phải dùng BCS “BCS thì có được phát đấy nhưng dùng không quen, vướng lắm...” hoặc “...Chỉ dùng BCS với gái thôi, còn vợ thì cần gì phải dùng...” (TGH_28 tuổi). Đó là lý do mà người NCMT không thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình. Từ những vấn đề này, chương trình sẽ cần phải tiếp tục cân nhắc để có cách tuyên truyền cho phù hợp với từng đối tượng hiểu và thay đổi hành vi trong phòng tránh lây nhiễm HIV.

- Tiếp cận chương trình thông tin, truyền thông

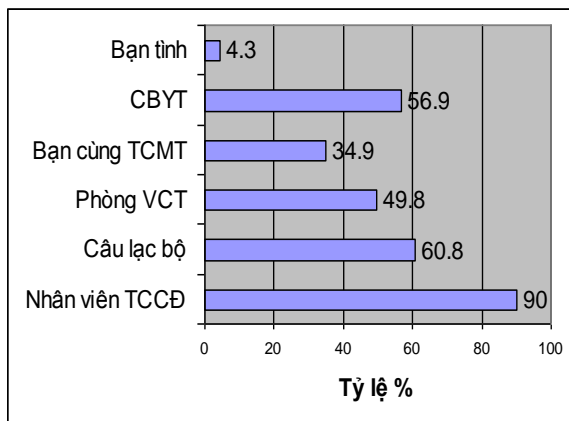


Biểu đồ 3.7. Nhận được thông tin về TCAT trong 6 tháng và 1 tháng qua

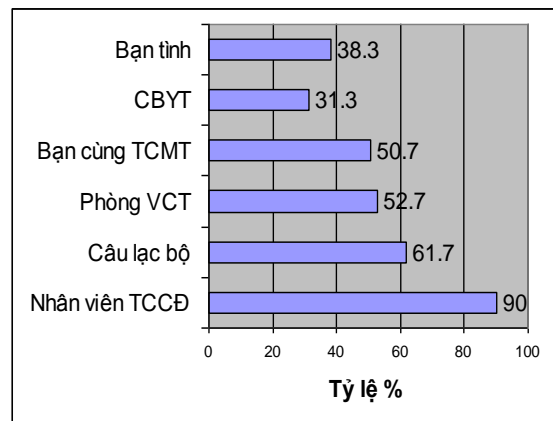
Hầu hết người NCMT nhận được thông tin về TCAT trong vòng 6 tháng qua với tỷ lệ khoảng 70% trong đó tỷ lệ người NCMT nhận được thông tin trong vòng 1 tháng trước điều tra khoảng 65%. Trung bình mỗi người NCMT nhận được thông tin về TDAT khoảng 12,3 lần/tháng. Nếu so với tỷ lệ

người NCMT nhận được BKT mới và BCS trong vòng 6 tháng và 1 tháng trước điều tra (trên 80%) có thể thấy một số người NCMT không nhận được thông tin về TCAT và TDAT mặc dù họ vẫn nhận được BKT và BCS. Từ kết quả TLN cho thấy người NCMT khi nhận BKT và BCS từ ĐĐV họ sẽ nhận được tư vấn còn khi nhận BKT và BCS từ cơ sở y tế thì rất hiếm khi nhận được tư vấn “*Thường thì cán bộ y tế họ rất bận không có thời gian tư vấn mà chỉ cho BKT hoặc BCS thôi*” (NMH_25 tuổi) hoặc “*ĐĐV hay chia sẻ với chúng em về cách phòng lây nhiễm HIV*” (HBD_23 tuổi). Trong thực tế cán bộ y tế, người bán dược tại quầy thuốc không có đủ thời gian để tư vấn về TDAT và TCAT cho tất cả mọi người trong đó có cả người NCMT.

Nguồn thông tin về TCAT trong 1 tháng qua



Nguồn thông tin về TDAT trong 1 tháng qua



Biểu đồ 3.8. Nguồn cung cấp thông tin về tình dục và tiêm chích an toàn trong 1 tháng qua

Biểu 3.8 cho thấy nguồn cung cấp thông tin về TCAT và TDAT cả trước và sau can thiệp chủ yếu từ kênh ĐĐV, câu lạc bộ/điểm giáo dục, cán bộ phòng VCT không thay đổi, lần lượt là 90,0%; 61% và khoảng 50%. Tỷ lệ tiếp nhận thông tin về TDAT và TCAT giữa những người bạn cùng TCMT cũng tăng từ 35% trước can thiệp và lên 50% sau can thiệp.

Tiếp cận chương trình tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT)

Bảng 3.19. Thông tin từ phòng VCT

Xét nghiệm	Chỉ tiêu	Trước can thiệp (n = 192)		Sau can thiệp (n = 320)		P
		n	%	n	%	
Xét nghiệm HIV	Đã XN	90	46,88	292	91,25	<0,01
	Chưa XN	100	52,08	24	7,5	
	Không trả lời	2	1,04	4	1,25	
Kết quả xét nghiệm HIV	HIV (+)	25	27,7	66	22,61	<0,05
	HIV (-)	65	72,3	226	77,39	
Hình thức	Tự nguyện	66	73,33	266	91,10	<0,01
	Được yêu cầu	24	26,67	26	8,90	
Được tư vấn trước XN	Có	75	83,33	165	90,66	<0,01
	Không	15	16,67	17	9,34	

Tỷ lệ người NCMT đã từng xét nghiệm HIV tăng từ 46,8% trước can thiệp lên 91,2% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$, CSHQ = 94,6%. Trong số những người NCMT đã đi làm xét nghiệm HIV, hầu hết là tự nguyện chiếm trên 90% sau can thiệp và đều được tư vấn trước xét nghiệm chiếm trên 90%. Tuy nhiên vẫn còn khoảng 7% người NCMT chưa mạnh dạn đi làm XN và còn 1,25% người NCMT không trả lời. Lý do mà người NCMT chưa đi xét nghiệm HIV là do sợ biết kết quả xét nghiệm, sợ lộ về tình trạng bản thân, sợ bị kỳ thị, chỉ có một số ít chiếm khoảng 1% người trả lời không biết địa điểm xét nghiệm “...*Em không dám đi XN, em sợ...*” (NNH_20 tuổi). Kết quả trên cho thấy, chính bản thân người NCMT cũng có sự tự kỳ thị và chính điều đó là rào cản trong việc tiếp cận với các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV của người NCMT.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. THỰC TRẠNG HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV CỦA NGƯỜI NCMT

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu - xã hội của đối tượng nghiên cứu

Phân bố người NCMT theo nhóm tuổi

Hầu hết người NCMT tại thành phố Bắc Giang còn rất trẻ, hơn 56% người NCMT dưới 30 tuổi, cao hơn các tỉnh Hải Phòng, Đà Nẵng, TP. Hồ Chí Minh và tương đương các tỉnh Hà Nội, Quảng Ninh, Cần Thơ, An Giang[60]. Trên 90% người NCMT dưới 40 tuổi, là người trẻ trong độ tuổi lao động và là trụ cột trong gia đình nhưng họ đã lệ thuộc vào ma túy và đẩy gia đình vào tình trạng khánh kiệt tài sản. Hơn thế nữa chính người NCMT đã mất dần khả năng lao động do yếu sức và nhiễm một số bệnh như Lao, HIV. Dần dần họ không còn khả năng làm việc nuôi sống bản thân và gia đình.

Tuổi trung bình lần đầu tiên hút, hút ma túy trong nghiên cứu này là 21 tuổi, đặc biệt người nhỏ tuổi nhất lần đầu tiên hút, hút ma túy khi mới 11 tuổi, đây là độ tuổi của trẻ còn đang học tiểu học, dường như chưa thể hiểu biết gì cuộc sống cũng như hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV.

Phần lớn người NCMT có trình độ học vấn thấp, 2/3 số người NCMT có trình độ dưới cấp trung học cơ sở, trong đó mù chữ chiếm khoảng gần 5%, người có trình độ cao đẳng đại học chỉ chiếm 4,7%. Trong khi đó trình độ học vấn của người NCMT tại vùng nông thôn tỉnh Bắc Giang đánh giá cùng kỳ cao hơn người NCMT của TP. Bắc Giang [63]. Có thể sự phát triển của kinh tế xã hội tại một thành phố mới thành lập đã làm cho một số người trẻ tuổi khi chưa có đủ nhận thức trong cuộc sống bị lôi kéo, đua đòi và sa ngã vào tệ nạn ma túy.

Tỷ lệ người NCMT bắt đầu tiêm chích trong vòng 12 tháng trước điều tra là 19% tại tỉnh Bắc Giang cũng cao hơn so với các tỉnh Hải Phòng, Quảng Ninh, Cần Thơ [60]. Với số liệu về những người NCMT trẻ, trình độ học vấn thấp và mới tiêm chích có thể thấy chương trình can thiệp TCCĐ là hết sức cần thiết, trong đó chú trọng truyền thông trực tiếp vì người NCMT không biết đọc, biết viết sẽ gặp rất nhiều khó khăn trong việc tiếp thu những thông

điệp truyền thông bằng chữ. Một lần nữa cho thấy hình thức truyền thông trực tiếp như gặp gỡ, tư vấn sẽ phù hợp hơn. Các thông điệp truyền thông qua hình thức tờ rơi, tờ bướm sẽ ít có ý nghĩa với những người không biết chữ.

Về yếu tố nghề nghiệp của người NCMT

Chủ yếu người NCMT không có hoặc có việc làm không ổn định, chiếm gần 90%. Hầu hết người NCMT của Bắc Giang trẻ tuổi đang trong độ tuổi lao động trong khi họ không có việc làm sẽ là một trở ngại đối với xã hội. Đối với người đàn ông, với vai trò trụ cột, là người kiếm tiền chính của gia đình trước đây cũng như hiện tại và là người đưa ra các quyết định đối với các việc quan trọng của gia đình, nhưng khi nghiện rồi vai trò này của người đàn ông trong gia đình hầu như không còn nữa. Tình trạng không việc làm đẩy họ lang thang kiếm sống hoặc sống buông thả dẫn họ đến con đường tội lỗi. Khi đã nghiện, không có tiền mua thuốc và để thỏa mãn cơn thèm họ sẵn sàng làm bất cứ việc gì kể cả ăn cắp, cướp giật thậm chí giết người. Theo thống kê của Phòng phòng chống tội phạm, Công an tỉnh Bắc Giang « *số vụ tội phạm, trọng án trong những năm gần đây đã tăng cao so với một số tỉnh và trên 90% tội phạm là đối tượng NCMT không nghề nghiệp sống lang thang* » [30] [31]. Vấn đề việc làm cho người NCMT đặc biệt những người sau khi ra tù hoặc những người sau cai nghiện là vấn đề khó khăn trong khi vẫn còn nhiều người mặc cảm và kỳ thị đối với người NCMT. Chương trình TCCĐ cần tuyên truyền tư vấn và tranh thủ sự ủng hộ của các ban, ngành trong tỉnh, sự thông cảm của các bậc cha/mẹ, người thân, bạn bè người NCMT để tạo cơ hội và hỗ trợ người NCMT tái hòa nhập với cộng đồng.

Về hoàn cảnh sống của người NCMT

Tình trạng hôn nhân

Hoàn cảnh sống của người NCMT cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến NCMT, đặc biệt những người có cuộc sống gia đình không hòa thuận như ly dị, ly thân hoặc góa vợ. Có tới 17% số người NCMT trong nghiên cứu này có sự bất ổn trong cuộc sống gia đình, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu cùng kỳ tại các huyện nông thôn tại Bắc Giang năm 2010 [63]. Có khoảng 35% người NCMT chưa từng lập gia đình và 47% đang có vợ, trong

đó tỷ lệ người NCMT đang sống cùng vợ/gia đình/người thân chiếm 33% còn lại 67% sống một mình, cùng bạn hoặc không cố định/lang thang. Tỷ lệ ly dị, ly thân hoặc góa vợ, sống không gia đình cao giải thích cho các bất ổn trong cuộc sống khiến người NCMT lang thang đưa họ vào con đường nghiện ngập. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng: việc sống chung với gia đình, vợ/người yêu là một trong những yếu tố bảo vệ người NCMT trước sự lây truyền HIV. Những người thân trong gia đình của người NCMT có thể là những sợi dây ràng buộc, giúp họ không bị sa vào con đường tội lỗi và khi người thân của họ là người hiểu biết sẽ trở thành những tuyên truyền viên tích cực trong phòng chống HIV/AIDS.

4.1.2. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

4.1.2.1. Hành vi sử dụng ma túy

Tuổi lần đầu hút, hít và TCMT: Tuổi lần đầu tiên sử dụng ma túy càng nhỏ thì khả năng cai nghiện càng khó và nguy cơ lây nhiễm HIV càng cao. Trong nghiên cứu này đã có trẻ hút, hít ma túy khi chưa đến tuổi vị thành niên (11 tuổi) và tuổi lần đầu tiên TCMT khi mới 13 tuổi. Tuổi trung bình lần đầu hút, hít ma túy là 21,89 tuổi, tuổi trung bình lần đầu TCMT là 23,24 tuổi và không có sự khác nhau nhiều trong hai vòng điều tra trước và sau can thiệp. Thời gian trung bình từ lần đầu hút, hít ma túy chuyển sang TCMT là khoảng 1,3 năm. Tuổi lần đầu hút, hít ma túy và TCMT trong nghiên cứu này đều thấp hơn so với nghiên cứu cùng kỳ tại vùng nông thôn miền núi trong tỉnh Bắc Giang[63]. Thành phố Bắc Giang là một trong những thành phố trẻ, đã có sự phát triển mạnh mẽ về quy mô đô thị, một loạt khu công nghiệp đã ra đời và đi vào hoạt động, dân số di biến động nhiều. Hàng năm có hàng nghìn người từ nông thôn chuyển ra thành phố. Sự phát triển về kinh tế xã hội của thành phố cũng kèm theo sự gia tăng các tệ nạn ma túy mại dâm trong tất cả các tầng lớp, đặc biệt trong giới thanh niên, nhiều cháu còn đang theo học phổ thông. Trong nghiên cứu này có người NCMT khi tiêm chích lần đầu mới 13 tuổi, độ tuổi còn quá nhỏ để hiểu về mức độ nguy hiểm và cách phòng tránh HIV/AIDS cho bản thân và cộng đồng. Đây thực sự là vấn đề cấp thiết trong việc giáo dục các cháu khi còn ngồi trên ghế nhà trường, trong mỗi gia đình và sự kết hợp giữa gia đình, nhà trường với cộng đồng xung quanh.

Thời gian hút, hít và tiêm chích ma túy

Thời gian hút, hít và TCMT cũng quyết định đến việc cai nghiện dễ hay khó. Nếu một người có thời gian hút, hít hoặc TCMT ngắn sẽ cai nghiện dễ hơn so với người đã nghiện chích lâu năm. Đối với tỉnh Bắc Giang tỷ lệ người NCMT hầu hết có thời gian NCMT trên 1 năm chiếm trên 80% trong đó có đến 50% số người NCMT có thời gian hút, hít và TCMT trên 5 năm. Tỷ lệ cao những người NCMT có thời gian trên 5 năm đã lý giải cho việc tại sao hầu hết những người NCMT tại Bắc Giang đã đi cai nghiện nhiều lần nhưng lại tái nghiện, chứng tỏ họ đã bị lệ thuộc vào ma túy rất nhiều, khả năng cai nghiện thành công là khó. Thời gian hút, hít ma túy và TCMT lâu năm dẫn đến khó cai nghiện cũng đã được nói đến trong nhiều nghiên cứu hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên thế giới cũng như Việt Nam[28], [41], [55]. Chính vì vậy trong thời gian tiếp theo vẫn cần phải có những can thiệp để chuyển đổi hành vi an toàn cho người NCMT trong khi họ chưa thể từ bỏ được ma túy.

Tính trung bình thời gian từ lần đầu hút, hít ma túy chuyển sang TCMT là khoảng trên 1 năm trong cả hai vòng điều tra, tuy nhiên trong thực tế đặc biệt trong thời gian gần đây, hầu hết người NCMT sử dụng ma túy bằng con đường tiêm chích ngay từ lần đầu tiên và trong điều tra về hành vi dùng chung BKT khi tiêm chích cũng cho thấy hầu hết người TCMT lần đầu đã dùng chung BKT. Như vậy nếu chương trình can thiệp chỉ tuyên truyền đối với người NCMT thì đã bỏ qua những đối tượng rất cần được tuyên truyền trong phòng tránh HIV/AIDS đó là lớp thanh niên trẻ còn đang đi học, bạn bè, người thân trong gia đình và cộng đồng của người NCMT. Trong nội dung tuyên truyền cũng cần cải tiến cho phù hợp với những đối tượng này, với mục đích cho mọi người hiểu, có hành vi đúng mức với tệ nạn ma túy, mại dâm tạo môi trường trong sạch và hiểu biết đối với tất cả mọi người.

Lý do dẫn đến NCMT

Đối với mỗi căn bệnh, để điều trị được tận gốc cần phải tìm được nguyên nhân dẫn đến căn bệnh đó, tuy nhiên trong thực tế có nhiều căn bệnh không tìm thấy nguyên nhân và đối với người NCMT cũng vậy. Lý do dẫn đến nghiện mà trong các nghiên cứu vẫn đưa ra như chán đời, thất tình, bạn

bè rủ rê là lý do chính. Nhưng rất khó can thiệp các nguyên nhân dẫn dắt đến các lý do này vì chúng phụ thuộc vào từng hoàn cảnh của mỗi con người, mỗi gia đình, phụ thuộc vào mối quan hệ của họ trong xã hội, nhiều khi là sự đan xen và hội tụ của nhiều yếu tố với nhau. Trong nghiên cứu này tỷ lệ NCMT do bạn bè rủ rê chiếm trên 80% trước can thiệp và sau can thiệp khoảng 40%. Tuy lý do bạn bè rủ rê giảm hơn sau khi can thiệp nhưng tỷ lệ nguyên nhân do chán đời, thất tình lại tăng từ 29% lên 36% sau can thiệp, thêm vào đó là lý do ý thích hút hít của người NCMT (14% và 29%). Đây là điều đáng báo động về lối sống, lý tưởng sống của tuổi trẻ hiện nay. Để giải quyết vấn đề này đòi hỏi sự vào cuộc của cả gia đình, nhà trường và các đoàn thể xã hội, đặc biệt là đoàn thanh niên trong việc giáo dục đạo đức, lối sống, định hướng giá trị cho học sinh, sinh viên khi còn ngồi trong ghế nhà trường. Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy có nhiều lý do dẫn đến NCMT mà trong đó yếu tố gia đình đóng vai trò quan trọng. Cuộc sống diễn ra hàng ngày tưởng chừng bình thường nhưng trong đó chứa đựng bao nguy cơ tiềm ẩn mà con em mình chính là nạn nhân. Chỉ từ những việc bố/mẹ chửi mắng khi con đi chơi về muộn, đuổi con ra khỏi nhà khi con mắc lỗi, gia đình quá kỳ vọng ở con đã tạo nên sự thất vọng, buồn chán và bỏ nhà ra đi theo bạn bè. Nhưng chúng không biết rằng ngoài xã hội có bao nhiêu kẻ xấu đang chờ đón dẫn dắt chúng vào con đường tội lỗi. Trong thực tế nhiều bậc cha mẹ không hiểu được tâm lý của trẻ, chưa có cách ứng xử hợp lý do đó nhiều khi đã đặt chúng vào thế đối lập, mất khả năng chia sẻ thì sẽ ngày càng đẩy chúng xa rời sự giáo dục của gia đình. Cũng không ít gia đình giàu có, quan hệ cha mẹ lỏng lẻo, mãi mê công việc đã bỏ mặc con hoặc quá quan tâm theo sát chúng đã làm cho cuộc sống của chúng trở lên nhạt nhẽo, bị kìm hãm, không có lối thoát đây cũng chính là một trong những nguyên nhân tìm đến với nhóm bạn có cùng hoàn cảnh để chia sẻ. Có thể nói đây chính là bối cảnh chung dẫn đến việc nghiện ma túy. Điều này cho thấy yếu tố gia đình, bạn bè, người thân, môi trường sống là một trong những yếu tố quan trọng tác động đến con đường nghiện hút của người NCMT.

Các loại ma túy mà người NCMT dùng trong 1 tháng qua: Heroin vẫn là loại ma túy chủ yếu được người NCMT sử dụng nhiều nhất chiếm trên

98%, tỷ lệ này cũng tương đương với một số nghiên cứu trong năm 2010 trong toàn quốc của Lưu Thị Minh Châu[26] và thấp hơn của Lạng Sơn[61]. Tính sẵn có và giá cả của Heroin trên thị trường Bắc Giang đã quyết định đến việc người NCMT sử dụng loại ma túy này. Trong kết quả nghiên cứu trước can thiệp, ngoài Heroin người NCMT còn sử dụng Morphin, Dolargan và thuốc phiện nhưng sau can thiệp người NCMT còn có thêm một số ma túy tổng hợp như Đá và Hồng phiến. Đối với các loại ma túy tổng hợp thì khó tìm và đắt tiền hơn so với các loại thông thường, chúng được cung cấp chủ yếu ở các tỉnh/thành lớn như TP Hà Nội, TP Hồ Chí Minh. Tuy nhiên trên địa bàn TP. Bắc Giang cũng xuất hiện người hút, hít ma túy tổng hợp với tỷ lệ thấp hơn khoảng 20%. Hầu hết người NCMT chỉ dùng 1 loại Heroin để tiêm chích song cũng có trường hợp vừa tiêm chích Heroin vừa sử dụng ma túy tổng hợp Đá hoặc Hồng phiến. Khi người NCMT dùng đa dạng các loại ma túy sẽ làm cho việc cai nghiện càng trở lên khó khăn hơn và cũng chính là thách thức đối với công tác đẩy lùi ma túy và phòng lây nhiễm HIV của tỉnh Bắc Giang.

Tần suất tiêm chích ma túy: Hầu hết người NCMT có tần suất tiêm chích từ 2-3 lần/ngày chiếm trên 60% trước can thiệp và đã giảm xuống còn khoảng 23% sau can thiệp. Trong khi đó, tần suất TCMT dưới một lần trong ngày đã tăng từ 29% lên 75% giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp. Tần suất TCMT này vẫn thấp hơn so với một số tỉnh như Lai Châu (91,3%) và cao hơn một số tỉnh khác như Kiên Giang (60,2%), An Giang (52,1%), Lạng Sơn (39,1%) và Đồng Tháp (13,7%)[61]. Tần suất TCMT trong ngày không những phụ thuộc vào mức độ nghiện nặng hay nhẹ, thâm niên NCMT mà còn phụ thuộc vào khả năng kinh tế của người NCMT. Tần suất TCMT trong ngày càng nhiều đồng nghĩa với việc gia tăng các tệ nạn xã hội càng nhiều. Tần suất TCMT trong ngày không phải nguyên nhân chính gây ra lây nhiễm HIV nhưng nó lại là một trong những nguyên nhân thúc đẩy khả năng lây nhiễm HIV cao vì tần suất TCMT càng cao thì khả năng tiêm chích chung BKT và dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc cao dẫn đến mức độ lây nhiễm HIV càng cao. Điều này đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong những năm vừa qua.

4.1.2.2. Hành vi tình dục của người nghiện chích ma túy

Lịch sử QHTD và số lượng các loại bạn tình

Xét về yếu tố lây nhiễm HIV của người NCMT cho thấy hành vi dùng chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc không phải là những hành vi nguy cơ duy nhất, hành vi tình dục của họ cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ cao. Khoảng trên 84% trước can thiệp và 83% sau can thiệp người NCMT có QHTD với các loại bạn tình trong đó có cả bạn tình bất chợt và PNMD trong 12 tháng trước cuộc điều tra. Nếu so sánh với tình trạng hôn nhân thì nhiều người NCMT có quan hệ tình dục khi chưa từng kết hôn và thường có QHTD khi tuổi còn trẻ. Trung bình lần đầu tiên QHTD ở độ tuổi 19 không có sự khác biệt giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp. Có khoảng 50% người NCMT có QHTD lần đầu ở nhóm tuổi trẻ dưới 20, đặc biệt có người QHTD khi mới 13 tuổi. Khi người NCMT có QHTD chưa từng kết hôn và ở trong độ tuổi vị thành niên, họ sẽ không có kinh nghiệm và chưa biết cách phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong đó có HIV. Trong điều kiện xã hội phát triển, thông tin bùng nổ, khả năng QHTD sớm là điều không thể tránh khỏi đối với tuổi vị thành niên song nếu họ không được trang bị kiến thức về TDAT thì đây cũng sẽ là một trong những nguyên nhân dẫn đến tăng tỷ lệ lây nhiễm HIV, đặc biệt trong nhóm người NCMT. Việc sớm phải đưa các thông điệp truyền thông về TDAT vào trong nhà trường và trên thông tin đại chúng là điều cần phải làm càng sớm càng tốt.

Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào báo cáo có QHTD đồng giới, tuy nhiên có khoảng 1/2 số người NCMT được hỏi đã từng có lần QHTD với PNMD hoặc bạn tình bất chợt trong vòng 12 tháng trước điều tra. Số lần QHTD tùy thuộc vào từng đối tượng bạn tình vào khoảng 1,8 đến 2 lần đối với PNMD và 0,2 đến 0,6 lần đối với bạn tình bất chợt. Số lượng bạn tình trong vòng 12 tháng trước điều tra được báo cáo cao hơn so với các huyện trong tỉnh Bắc Giang[63] khoảng 50% người NCMT có 1 bạn tình thường xuyên, 24% có 1 bạn tình là PNMD và khoảng 9% có 1 bạn tình bất chợt. Trong số người NCMT có nhiều hơn 1 bạn tình, có tới 18,6% báo cáo có từ 4 bạn tình trở lên là PNMD và đặc biệt có trường hợp có 16 bạn tình trong thời gian này. Sự bất ổn trong gia đình, tỷ lệ ly thân, ly dị cao, việc làm không ổn định, sống lang thang đã đưa đẩy người NCMT đến với các QHTD ngoài hôn nhân. Không phải họ chỉ

QHTD với 1 người mà còn QHTD với nhiều người khác nhau trong cùng một thời điểm, thậm chí không nhớ rõ đã QHTD với bao nhiêu người. Với đặc điểm của người NCMT, chương trình can thiệp TCCĐ ngoài việc tuyên truyền cho họ nên chung thủy với một bạn tình còn phải tuyên truyền cho họ biết cách QHTD an toàn, thường xuyên đi khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục và cấp phát BCS miễn phí.

4.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI HÀNH VI NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV

4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến hành vi dùng chung BKT

Trong vòng 6 tháng trước điều tra, về mối liên quan giữa các yếu tố xã hội và các hành vi liên quan đến dùng chung BKT trong vòng 6 tháng trước điều tra, kết quả phân tích hồi quy đa biến của nghiên cứu cho thấy: yếu tố gia đình có mối liên quan chặt chẽ đến việc sử dụng chung BKT khi TCMT. Những người NCMT không sống cùng vợ có nguy cơ sử dụng chung BKT trong thời gian 6 tháng trước điều tra cao gấp 3 lần so với người NCMT đang sống cùng vợ một cách có ý nghĩa thống kê (OR= 3,08; $p < 0,01$). Hầu hết những người NCMT có bất ổn trong gia đình là những người trẻ tuổi, mới NCMT, còn sợ bị lộ và chưa được tiếp xúc với chương trình hỗ trợ phòng lây nhiễm HIV trên địa bàn. Người NCMT không sống cùng gia đình, vợ con không hiểu hết được trách nhiệm của bản thân đối với gia đình và người thân của họ.

Khi xem xét mối liên quan giữa khả năng tiếp cận của người NCMT với chương trình truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống lây nhiễm HIV, những người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT cao hơn gấp 3,2 lần những người nhận được tư vấn về TCAT. Trên địa bàn Bắc Giang vào thời điểm trước năm 2007 chưa có một can thiệp truyền thông nào trên đối tượng người NCMT, họ chỉ được nghe và biết trên thông tin đại chúng, một số được biết qua tờ rơi, Pano, áp phích, không được tuyên truyền trực tiếp về TCAT do đó họ không biết nguy cơ lây truyền HIV từ việc sử dụng chung BKT. Để thực hiện đúng và đầy đủ các bước của kỹ thuật TCAT là một việc làm khó đối với người NCMT, họ thường thiếu dụng cụ tiêm chích, thiếu thời gian hoặc thiếu kiến thức. Chính vì vậy chương trình can thiệp này đã gắn kết hoạt động tiếp cận, tư vấn về TDAT và TCAT với việc cấp phát BKT và BCS miễn phí cho người NCMT và coi đó như việc vừa tư vấn vừa

thực hành về TCAT và TDAT cho những người có nguy cơ cao.

Các yếu tố liên quan đến sử dụng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra, những người NCMT không nhận được tư vấn về TCAT có nguy cơ sử dụng chung BKT cao hơn so với những người NCMT đã từng được tư vấn về TCAT. Điều này một lần nữa khẳng định rằng mặc dù ở các khoảng thời gian khác nhau thì những người NCMT nếu chưa được tiếp cận chương trình can thiệp giảm hại, chưa được tư vấn phòng chống lây nhiễm HIV thì vẫn chưa cso được hành vi an toàn trong TCMT.

Các yếu tố liên quan đến sử dụng chung BKT trong lần tiêm chích gần nhất, có đến gần một nửa các yếu tố có liên quan đến hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT trong lần TCMT gần đây nhất. Những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ sử dụng chung BKT trong lần này cao gấp hơn 3 lần so với những người trên 30 tuổi. Những người NCMT không nhận được BKT miễn phí có nguy cơ sử dụng chung BKT cao gấp 18 lần những người NCMT nhận được BKT miễn phí. Người NCMT không biết nơi nhận BKT mới chắc chắn là chưa được tiếp cận với các hoạt động can thiệp phòng chống HIV/AIDS tại Bắc Giang. Đối với những người NCMT không thể hoặc không từ bỏ được ma túy thì tiếp cận BKT sạch vẫn là biện pháp tốt nhất làm hạn chế lây truyền HIV thông qua hành vi sử dụng chung BKT của họ. Khó tiếp cận với BKT sạch khi cần, đặc biệt là vào đêm khuya được nhiều người NCMT đề cập là một trở ngại chủ yếu đối với hành vi tiêm chích an toàn. Hiện nay, ngoài chương trình TCCĐ được triển khai trên địa bàn Bắc Giang, việc bán và phân phối bơm kim tiêm chủ yếu là qua các kênh như: hiệu thuốc, phòng khám, phòng VCT hay bệnh viện, các kênh này chủ yếu bán hàng ban ngày, đây cũng là một trong những trở ngại đối với những người NCMT có được hành vi TCAT. Qua các cuộc PVS người NCMT cũng cho thấy nếu họ biết được nơi nhận BKT sạch miễn phí thì sẽ hạn chế được rất nhiều việc dùng chung BKT do không mất tiền mua, không mất nhiều thời gian tìm kiếm và không sợ mọi người biết mình nghiện. Người NCMT cũng nói rằng khi lên cơn họ không còn nhớ phải dùng riêng BKT, họ sẵn sàng tìm mọi cách để thỏa mãn cơn thèm thuốc và cũng sẵn sàng dùng lại BKT của người khác vừa dùng xong nếu không có sẵn BKT trong người.

Tần suất TCMT cũng có ảnh hưởng đến hành vi sử dụng chung BKT trong lần tiêm chích gần đây nhất. Những người có tần suất TCMT thấp (dưới 2 lần/ngày) có nguy cơ sử dụng chung BKT cao hơn những người có tần suất TCMT trên 2 lần/ngày. Trong thực tế những người mới nghiện thường có tần suất tiêm chích ít hơn những người nghiện lâu năm. Đặc biệt trong những năm gần đây người NCMT bắt đầu hút, hít ma túy bằng con đường tiêm chích ngay từ lần đầu tiên, họ không có khoảng thời gian hút hít sau dần dần mới chuyển sang tiêm chích như trước kia mà phần lớn họ sử dụng ma túy bằng con đường chích ngay từ lần đầu. Những người mới NCMT thường không muốn người khác biết mình nghiện, không muốn tiếp cận chương trình giảm hại, không muốn đi mua BKT sợ mọi người biết và họ thường tiêm chích tụ tập thành nhóm để tiêm chích cho nhau và điều kiện để họ sử dụng chung BKT là rất cao.

Xét về yếu tố nhận thức của người NCMT đối với hành vi dùng chung BKT trong lần tiêm chích gần đây nhất cho thấy, những người NCMT cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV có hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT nhiều hơn những người cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV. Đối với một số người NCMT chưa nhận thức được hành vi không an toàn của họ như: đã từng dùng chung BKT, đã từng có QHTD với nhiều loại bạn tình khác nhau không được bảo vệ do đó họ nghĩ họ không có nguy cơ lây nhiễm HIV và như vậy hành vi sử dụng chung BKT vẫn được thực hiện. Trong thực tế vẫn còn một số người cho rằng dùng chung BKT hay dụng cụ tiêm chích một vài lần chưa thể lây nhiễm, có người nghĩ rằng bạn cùng tiêm chích với họ không bị HIV. Chính vì những hiểu biết như vậy đã tạo cho họ có niềm tin trong tiêm chích và sử dụng chung BKT vẫn diễn ra. Điều này cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT và từ họ ra cộng đồng vẫn đang tồn tại ở người NCMT tại tỉnh Bắc Giang. Duy trì bền vững can thiệp TCCĐ trong nhóm người có nguy cơ cao trong tỉnh Bắc Giang và các vùng lân cận là điều cần làm sau khi chương trình này kết thúc. Chỉ khi người NCMT thay đổi được nhận thức thì họ sẽ có thái độ đúng và hành vi TCAT trong phòng chống HIV mới được thực hiện.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan tới hành vi không sử dụng BCS trong QHTD

Từ nhiều yếu tố tương chừng có mối liên hệ với hành vi sử dụng BCS

khi QHTD với các loại bạn tình trong phân tích đơn biến, song khi loại trừ yếu tố nhiều trong phân tích đa biến các yếu tố như tuổi của người NCMT, không nhận được BCS miễn phí, người NCMT có điểm kiến thức phòng chống lây nhiễm HIV không đạt, không cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV là những nguyên nhân dẫn đến QHTD không an toàn của người NCMT.

Trong QHTD với PNMD, những người NCMT dưới 30 tuổi có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD cao hơn gấp 2 lần những người NCMT trên 30 tuổi. Những người NCMT không nhận được BCS miễn phí có nguy cơ không sử dụng BCS cao hơn những người NCMT có nhận được hỗ trợ BCS của chương trình. Những người NCMT không đạt về kiến thức phòng tránh lây nhiễm HIV có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD cao gấp 3 lần những người NCMT đạt về kiến thức. Những người NCMT ít được tiếp cận với chương trình hỗ trợ phòng chống HIV/AIDS sẽ ít có cơ hội tiếp nhận được các thông tin truyền thông, do đó kiến thức về HIV sẽ bị hạn chế. Một khi họ không hiểu được mức độ nguy hiểm của việc lây truyền HIV thì họ sẽ có những hành vi không an toàn trong QHTD. Những người NCMT không nhận được BCS miễn phí có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD với PNMD cao hơn người NCMT có nhận được hỗ trợ.

Đối với bạn tình bất chợt, một trong những lý do chính để người NCMT không sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình bất chợt là không có sẵn BCS. Tại Bắc Giang trong thời gian này chỉ cấp miễn phí BCS trong kế hoạch hóa gia đình, không có chương trình cấp BCS miễn phí cho người NCMT hay PNMD, nếu ai có nhu cầu đều phải mua. Việc tìm kiếm mua BCS không khó song lại bất cập đối với người NCMT đặc biệt vào ban đêm. Trong thực tế cũng cho thấy rằng những người không nhận được tư vấn về TDAT có nguy cơ không sử dụng BCS trong QHTD cao gấp nhiều lần những người NCMT có nhận được hỗ trợ về tư vấn TDAT. Khả năng tiếp cận chương trình truyền thông phòng chống HIV/AIDS tại Bắc Giang chưa tốt đặc biệt đối với người NCMT chưa có chương trình tư vấn giảm nguy cơ trong cộng đồng. Những người NCMT cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV đã chủ quan không dùng BCS trong QHTD với bạn tình bất chợt, họ cũng không hiểu rằng chính bạn tình của họ cũng có nguy cao lây nhiễm HIV.

Trong QHTD với vợ/người yêu, chưa tìm thấy mối liên quan nào ảnh hưởng đến nguy cơ không sử dụng BCS của người NCMT.

Từ kết quả phân tích ở trên đã cho thấy khá rõ nét về sự ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế, xã hội tác động đến sự hiểu biết, thực hành dẫn đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT. Các yếu tố tác động mạnh nhất đến hành vi của người NCMT là những người trẻ tuổi, không có việc làm, hoàn cảnh gia đình bất ổn, chưa được tiếp cận các chương trình can thiệp giảm nguy cơ, sự hiểu biết về HIV kém đặc biệt những người không được nhận BCS và BKT miễn phí có ảnh hưởng quyết định đến hành vi sử dụng chung BKT và không sử dụng BCS trong QHTD của người NCMT. Điều này cũng phù hợp với những phát hiện trong nghiên cứu định tính, những yếu tố thuận lợi, tiềm ẩn cho những hành vi nguy cơ cao của người mới NCMT, người chưa được tiếp cận với các tư vấn về TDAT và TCAT mà trong đó yếu tố gia đình, bạn bè, người thân của người NCMT đã vô tình góp phần làm lên nguyên nhân đưa con/cháu họ vào con đường nghiện hút (đuổi con ra khỏi nhà, sự miệt thị và so sánh quá mức, muốn con mình là thiên tài trong khi chúng không có khả năng...). Nhưng đồng thời yếu tố gia đình, người thân cũng là chỗ chia sẻ, cứu vớt những con người lầm lỗi thoát được cảnh nghiện ngập nhờ vào sự hiểu biết và nhận thức khi được tuyên truyền qua các chương trình can thiệp.

4.3. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP TCCĐ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH PHÒNG CHỐNG HIV CỦA TỈNH, TÁC ĐỘNG ĐẾN CÁC BAN NGÀNH VÀ CỘNG ĐỒNG NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ BẮC GIANG

Sau hai năm (2005 – 2006) khi thực hiện mô hình TCCĐ thí điểm tại một phường của TP Bắc Giang không đem lại kết quả như mong muốn. Trong đó nguyên nhân ban đầu chính là chương trình không được sự ủng hộ của các ban ngành, đoàn thể, cộng đồng và người thân trong gia đình của người NCMT vì chương trình không có sự tuyên truyền vận động và cam kết trách nhiệm giữa các ban ngành thành viên trong tỉnh như Công an, Y tế, Phụ nữ, Thanh Niên. Trước khi áp dụng mô hình thí điểm không có đánh giá thực trạng ban đầu về kiến thức, thái độ, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT tại thành

phố Bắc Giang, do đó đã không xác định được yếu tố chính nào cần can thiệp. Một điều quan trọng nữa là mô hình thí điểm chỉ tiếp cận tuyên truyền cho người NCMT mà không cung cấp vật dụng hỗ trợ như BKT, BCS miễn phí đã làm cho người NCMT chưa tin tưởng chương trình, họ không muốn gặp gỡ nhân viên TCCĐ của chương trình. Trong khi tỷ lệ người NCMT ngày một tăng và sự lan tràn dịch HIV không thể kiểm soát được, đặc biệt tại TP Bắc Giang. Được sự ủng hộ của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang và sự tham mưu của sở Y tế Bắc Giang, Ủy ban nhân dân tỉnh đã đồng ý cho nghiên cứu can thiệp TCCĐ trong nhóm người NCMT, trong 4 năm đầu sẽ triển khai trên địa bàn TP Bắc Giang. Đây cũng là nghiên cứu can thiệp TCCĐ trong nhóm người có nguy cơ cao được áp dụng đầu tiên tại tỉnh. Đồng thời việc chuẩn bị triển khai chương trình, tỉnh uỷ Bắc Giang đã ban hành Công văn số 105-CV/TU ngày 23/5/2006 chỉ đạo các cấp uỷ Đảng, chính quyền tăng cường vai trò lãnh đạo, triển khai thực hiện công tác phòng, chống HIV/AIDS với chủ trương đưa công tác phòng chống HIV/AIDS là một trong những nhiệm vụ ưu tiên trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của địa phương. Đồng thời Ủy ban nhân dân tỉnh Bắc Giang cũng xây dựng một số văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến chương trình phòng chống AIDS như Chương trình hành động thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2006 - 2010 (*kèm theo Quyết định số 18/2006/QĐ-UBND ngày 20/3/2006 của UBND tỉnh Bắc Giang*) với mục tiêu “khống chế tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư dưới 0,25% vào năm 2010 và không tăng sau 2010; giảm tác hại của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh; tổ chức kiện toàn Ban chỉ đạo phòng chống AIDS mà thành viên BCD là đại diện các ban, ngành, đoàn thể, trong đó ngành Y tế các tuyến đóng vai trò thường trực về phòng, chống HIV/AIDS.

Từ những bằng chứng ban đầu thu được trong nghiên cứu về thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT tại TP Bắc Giang, việc tiến hành can thiệp TCCĐ trên đối tượng NCMT trong giai đoạn 2007 – 2010 là đúng đắn. Mô hình can thiệp đã giải quyết tốt những vấn đề tưởng như không thực hiện được trong bối cảnh của người NCMT tại tỉnh Bắc Giang. Mô hình TCCĐ thí điểm không được sự ủng hộ của các ban ngành, cộng đồng và

người thân trong gia đình của người NCMT thì trong nghiên cứu của chúng tôi chính đại diện các ban ngành là thành viên của ban chỉ đạo phòng chống tệ nạn xã hội, ma túy, mại dâm lại ủng hộ Chương trình. Việc ủng hộ của các ban ngành đã góp phần thành công ban đầu trong hoạt động của chương trình TCCĐ tại tỉnh Bắc Giang. Trong nghiên cứu chúng tôi đã kết hợp tuyên truyền tư vấn và cấp phát BKT sạch cho đối tượng, đây là hoạt động phòng tránh lây nhiễm HIV thông qua hành vi sử dụng BKT sạch khi người NCMT chưa thể từ bỏ được ma túy và hoạt động này đã nhận được sự đồng tình của các ban ngành đoàn thể trong đó có ngành Công an. Không bắt người NCMT mang BKT, BCS trong người chính là đã gỡ bỏ được một phần rào cản đối với việc thực hiện hành vi TCAT và TDAT của người NCMT. Khi bạn bè người thân trong gia đình bớt kỳ thị, bản thân người NCMT không tự kỷ đã giúp họ tiếp cận chương trình can thiệp tốt hơn.

4.4. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP ĐỐI VỚI HÀNH VI DÙNG CHUNG BKT

Tỷ lệ cho biết đã từng sử dụng chung BKT trong vòng 6 tháng trước can thiệp chiếm khoảng 46% sau đó giảm mạnh xuống còn 17,5% sau can thiệp, CSHQ đạt 56,9%. Tỷ lệ người NCMT sử dụng chung BKT sau can thiệp đã giảm thấp hơn rất nhiều so với điều tra nghiên cứu cùng thời điểm năm 2010 tại các huyện của tỉnh Bắc Giang (25,5%)[63] và thấp hơn một số tỉnh như Đà Nẵng (37%), TP Hà Nội, Quảng Ninh, Nghệ An, Yên Bái, Đồng Nai khoảng (20%)[60]. Trong số những người cho biết đã từng dùng chung BKT trong vòng 6 tháng qua, tỷ lệ đã từng dùng chung BKT trong vòng 1 tháng vào khoảng 40% và giảm còn 15% sau can thiệp, CSHQ = 61,74%. Tương tự như vậy, tỷ lệ sử dụng chung BKT trong lần gần đây nhất cũng giảm từ 36% trước can thiệp xuống 12% sau can thiệp và CSHQ đạt 60%.

Việc triển khai chương trình TCCĐ làm tăng nhận thức đúng về nguy cơ lây nhiễm HIV, kết hợp với việc cấp phát BKT làm tăng khả năng tiếp cận BKT miễn phí của người NCMT đã phần nào giải thích tỷ lệ nhiễm HIV giảm xuống trong nhóm đối tượng nghiên cứu sau can thiệp. Trong nghiên cứu định tính, khi được hỏi thì hầu như tất cả người NCMT đều nói rằng họ đã từng có lần dùng chung BKT trước thời điểm điều tra có thể là 6 tháng, 1

năm, 2 năm hay nhiều hơn nữa, đặc biệt khi họ mới sử dụng thuốc. Nhưng đến nay hầu hết mọi người đều hiểu và cố gắng phòng lây nhiễm HIV một cách tích cực nhất khi có thể. Hành vi dùng chung BKT có xu hướng giảm theo thời gian sau 4 năm can thiệp bằng TCCĐ và giảm ngay trong khoảng 6 tháng đến lần tiêm chích gần đây nhất từ 17,5 xuống 15,94% sau đó xuống còn 12,81%. Nếu so sánh tỷ lệ người NCMT trong khoảng thời gian 4 năm trước và sau can thiệp thì tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT giảm rõ rệt. Điều này cho thấy can thiệp TCCĐ đã có tác động khá hiệu quả đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm người NCMT. Can thiệp TCCĐ không chỉ nâng cao nhận thức của họ về phòng chống HIV mà đã làm thay đổi hành vi TCMT của họ. Nhưng khi so sánh tỷ lệ sử dụng chung BKT tại thời điểm 6 tháng, 1 tháng và lần gần đây nhất của người NCMT với nghiên cứu tại 5 tỉnh thành phố của Việt Nam của Nguyễn Thanh Long[61], thì tỷ lệ sử dụng chung BKT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Lý do chủ yếu là thời gian can thiệp của chúng tôi còn ngắn, khả năng bao phủ, đáp ứng của chương trình can thiệp tại thành phố Bắc Giang chưa bằng một số tỉnh khác. Trước khi thực hiện nghiên cứu này, tỉnh Bắc Giang có rất ít chương trình can thiệp giảm hại và chỉ là những chương trình đơn lẻ, do đó người NCMT chưa được hưởng lợi nhiều và không thể một lúc có thể thay đổi hành vi ngay được. Tỷ lệ sử dụng chung BKT của người NCMT tại thành phố Bắc Giang cao hơn một số tỉnh sẽ là một dấu hiệu cảnh báo sớm sự gia tăng tỷ lệ hiện nhiễm trong thời gian tới của tỉnh Bắc Giang nếu không có biện pháp dự phòng HIV sớm.

Trong số những người có sử dụng chung BKT, chủ yếu là dùng chung với bạn chích chiếm khoảng trên 90% trong khoảng thời gian 6 tháng trước điều tra, trong đó có khoảng 50% dùng chung với bạn chích trong thời gian 1 tháng. Có khoảng 20% dùng chung với người bán ma túy và một tỷ lệ không nhỏ khoảng 10% dùng chung với vợ/người yêu. Kết quả điều tra định tính cũng cho thấy, có nhiều lý do để người NCMT dùng chung BKT với người khác, chủ yếu là không đủ tiền để chích một mình (31%), bạn NCMT khác thích dùng chung chiếm 26,8%. Đáng lưu ý là có tới 24,4% bản thân người NCMT thích dùng chung BKT với bạn chích và 14,6% người NCMT không tự chích cho bản thân được mà phải rủ bạn cùng tiêm chích. Không có trường

hợp nào trả lời do BKT quá đắt hoặc không có đủ BKT. Điều này cho thấy một số người NCMT không thể chủ động được trong các lần TCMT, họ chưa có kinh nghiệm để thuyết phục bạn chích của mình dùng BKT riêng và một phần nữa là chính bản thân người NCMT cũng thích sử dụng chung BKT. Vậy nếu chương trình TCCĐ có cung cấp đủ BKT sạch nhưng người NCMT chưa hiểu hết được mức độ nguy hiểm của việc lây truyền HIV, chưa nhận được tuyên truyền, tư vấn về TCAT thì coi như chương trình chưa có hiệu quả. Công tác tuyên truyền, tư vấn cho người NCMT hiểu và thực hành đúng cách sử dụng BKT sạch, biết cách từ chối sử dụng chung BKT, có kiến thức thuyết phục bạn chích sử dụng riêng BKT là việc cần thiết trong nội dung và hành động của chương trình can thiệp TCCĐ trong nhóm người NCMT trên địa bàn trong thời gian tiếp theo.

Hành vi dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc trong vòng 6 tháng và 1 tháng qua:

Với mốc thời gian 6 tháng trước điều tra, tỷ lệ người NCMT dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc đã giảm từ 51,04% xuống còn 37,19% trong khoảng thời gian từ trước can thiệp đến sau can thiệp, CSHQ = 100%. Với mốc thời gian trong vòng 1 tháng trước điều tra, tỷ lệ người NCMT dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc giảm từ 43,6% xuống còn 16,3% trong khoảng thời gian trước và sau can thiệp, CSHQ = 62,6%. Kết quả này tương đương với kết quả tại tỉnh Cần Thơ (35% và 32%) năm 2006- 2007 của Lại Kim Anh[2], đồng thời cũng tương đương với kết quả tại 1 số tỉnh thuộc nghiên cứu của dự án Ngân hàng Châu Á ở 5 tỉnh đồng bằng sông Cửu long năm 2004 và 7 tỉnh biên giới năm 2003 (18,7% - 37,6%). Tỷ lệ người NCMT dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc giảm cho thấy hiệu quả của can thiệp bằng TCCĐ đã làm thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT.

Tuy nhiên vẫn còn khoảng 37% số trường hợp sử dụng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc, vì vậy mức độ lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT, mại dâm và từ họ ra cộng đồng chưa thể đánh giá được. Kết quả điều tra định tính cũng cho thấy lý do họ dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc là bắt buộc, mặc dù sợ chết nhưng họ vẫn không thể làm khác được. Hầu hết các trường

hợp được hỏi đều cho rằng họ thấy sợ khi dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc như dùng chung BKT nhưng vì thiếu tiền mua thuốc cho riêng mình nên bắt buộc họ phải dùng chung cùng bạn bè, người thân. Để giải quyết tình trạng này, chương trình can thiệp sẽ phải tuyên truyền cho người NCMT từ bỏ ma túy hoặc giảm tần suất tiêm chích ma túy trong ngày.

Khi xét về hành vi dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc với đối tượng khác, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ này đã giảm với tất cả các đối tượng tiêm chích chung. Tỷ lệ người NCMT dùng chung với bạn chích giảm từ 46% xuống còn 34%; với người bán ma túy giảm từ 23% xuống còn 4%, với gái mại dâm giảm từ 13% xuống còn 3%, với vợ /bạn tình tỷ lệ này cũng giảm từ 4% xuống còn 0,31% sau 4 năm can thiệp.

Số người cùng tiêm chích chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc trong một lần tiêm chích chung:

Có đến 3/4 số người NCMT dùng chung BKT với nhóm từ 2 người trở lên trong đó có 1/3 dùng chung với nhóm trên 4 người. Số người cùng tiêm chích chung BKT cũng nói lên mức độ nguy hiểm của dịch, càng nhiều người tiêm chích chung BKT trong một lần thì mức độ lây lan dịch càng mạnh. Trong khi đó, hầu hết những người mới NCMT chưa có kinh nghiệm phòng lây nhiễm HIV hoặc những người tiêm chích tại nơi công cộng, tụ điểm, nơi vui chơi giải trí là điều kiện để họ sử dụng chung BKT. Vậy ĐĐV người NCMT cần chú ý tiếp cận đến các đối tượng này, đặc biệt những người mới NCMT, người chưa được tiếp cận với chương trình để giúp đỡ họ hiểu biết về TCAT, khuyến khích người NCMT sử dụng BKT sạch khi tiêm chích và sử dụng BCS khi QHTD.

Làm sạch BKT trước khi dùng:

Việc làm sạch BKT trước khi dùng bằng phương pháp lược BKT sôi trong vòng 20 phút theo lý thuyết cho đến nay không còn hợp lý vì hiện nay chủ yếu người NCMT sử dụng BKT nhựa không dùng BKT thủy tinh như trước kia. Việc người NCMT làm sạch BKT chỉ là giải quyết tình thế khi người NCMT lên cơn nghiện mà không có BKT mới. Chương trình TCCĐ ngoài việc tuyên truyền người NCMT không dùng chung BKT còn hướng dẫn

họ làm sạch BKT bằng cách rửa BKT nhiều lần bằng cồn, nước nóng thậm chí nếu không có cồn hay nước nóng có thể dùng nước nguội. Trong số những người dùng chung BKT, tỷ lệ làm sạch BKT đã tăng từ 36% lên 80% trong khoảng thời gian từ trước can thiệp đến sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$, CSHQ = 121,6%. Vẫn còn 19,61% người NCMT sau can thiệp không làm sạch BKT trước khi tiêm chích. Có nhiều lý do khiến người NCMT không tuân thủ theo cách làm sạch BKT trước khi sử dụng. Đó là khi con thêm thuốc, người NCMT toàn thân đau đớn, bứt rứt không chịu được, họ rất sợ chết và muốn được giải tỏa ngay cơn nghiện do đó không còn đủ thời gian để làm sạch BKT. Cũng có trường hợp cho rằng những động tác đó sẽ làm cho bạn cùng tiêm chích không vừa lòng hoặc quá rườm rà không thể thực hiện được. Với quan điểm của chương trình là “*cố gắng làm được gì đó còn hơn không làm*” do đó song song với việc hướng dẫn người NCMT phương pháp làm sạch BKT, việc cấp phát BKT miễn phí đến cho người NCMT vẫn là cách tốt nhất để phòng tránh lây nhiễm HIV cho những người chưa có thuốc uống thay thế và chưa thể cai nghiện được.

Địa điểm người NCMT thường tiêm chích ma túy:

Tỷ lệ người NCMT tiêm chích tại các tụ điểm, tại nhà bạn chích và ở những nơi công cộng chiếm tới 75%. Đây là môi trường dễ dẫn đến việc người NCMT dùng chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc mang tính tập thể, đặc biệt khi thiếu thuốc và khi họ không làm chủ được bản thân. Tỷ lệ người NCMT tiêm chích tại nhà đã tăng gấp 4,8 lần; tại nhà bạn cùng tiêm chích tăng gấp 2,8 lần; tại tụ điểm tiêm chích giảm 1,68 lần, tại chỗ người bán ma túy giảm 1,92 lần so với trước can thiệp. Lý do khiến tỷ lệ người NCMT tiêm chích tại nhà tăng lên đã được người NCMT khẳng định là do mối quan hệ giữa họ và người thân đã được cải thiện. Sự kỳ thị vẫn còn nhưng không gay gắt như trước. Một số gia đình đã hiểu được mức độ nguy hiểm của dùng chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc nên đã chấp nhận con em mình tiêm chích tại nhà khi chưa thể cai nghiện được. Địa điểm TCMT không phải là yếu tố trực tiếp dẫn đến lây nhiễm HIV, nhưng nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, địa điểm, môi trường nơi TCMT là yếu tố quan trọng có liên quan mật thiết đến tỷ lệ lây nhiễm HIV/AIDS.

4.5. HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP ĐỐI VỚI HÀNH VI SỬ DỤNG BAO CAO SU QHTD VỚI CÁC LOẠI BẠN TÌNH

Tỷ lệ người NCMT sử dụng BCS khi QHTD với vợ/người yêu

Xét về hành vi có sử dụng BCS khi QHTD với vợ/người yêu trong lần gần đây nhất cho thấy có khoảng 37% số người NCMT có sử dụng BCS tuy đã tăng hơn trước can thiệp 28% và CSHQ đạt 30,4%, nhưng tỷ lệ này vẫn khá khiêm tốn đối với tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm người nguy cơ cao. Mặc dù vậy kết quả của nghiên cứu có chiều hướng trái ngược với kết quả nghiên cứu tại vùng nông thôn tỉnh Bắc Giang trong cùng kỳ của Nguyễn Thanh Long[63], (tỷ lệ người sử dụng BCS có xu hướng giảm đi trong khoảng thời gian năm 2008 – 2010 là từ 55,9% xuống còn 33,6%). Xét về hành vi có sử dụng BCS trong QHTD với vợ/người yêu trong vòng 12 tháng đã tăng rõ rệt từ 7,3% trước can thiệp lên đến 40% sau can thiệp và CSHQ = 494,1%. Trong thực tế quyết định có sử dụng BCS trong QHTD với vợ/người yêu là điều khó khăn với nhiều người vì yếu tố tình cảm, tin tưởng nhau nhiều khi không thắng được ý chí của họ. Trong khi hành vi không an toàn trong QHTD với vợ/người yêu của người NCMT lại chứa đựng nhiều nguy cơ làm lây truyền HIV với bạn tình của họ do không sử dụng BCS. Hôn nhân gia đình, QHTD không sử dụng BCS, NCMT là một vòng xoáy làm cho người NCMT không thể thoát ra được. Trong khoảng thời gian này tỷ lệ nhiễm HIV chiếm 60% trong số những người NCMT, vì vậy nguy cơ lây nhiễm HIV cho vợ, con của họ và từ họ ra cộng đồng qua QHTD không an toàn là không thể tránh khỏi. Ngoài nội dung cấp BCS miễn phí cho người NCMT, vấn đề tuyên truyền, hướng dẫn cho họ biết cách sử dụng BCS, biết cách thuyết phục bạn tình sử dụng BCS trong QHTD là phần nội dung không thể coi nhẹ trong chương trình can thiệp TCCĐ.

+ Tỷ lệ người NCMT sử dụng BCS khi QHTD với PNMD

Đa số người NCMT đã sử dụng BCS trong QHTD với PNMD trong thời gian 12 tháng trước điều tra (72%) và tỷ lệ này tăng lên trong 1 tháng qua (79), đặc biệt tăng hơn hẳn so với trước can thiệp (53% và 67%). Người quyết định sử dụng BCS trong các cuộc QHTD này chủ yếu là PNMD chiếm đến 77% trong khi đó chỉ có 16% do người NCMT quyết định và 6,8% do cả hai quyết định. Tuy nhiên vẫn còn nhiều người không hề sử dụng BCS khi QHTD

với PNMD trong khoảng thời gian này (20%), thậm chí có người không nhớ có sử dụng hay không. Trong QHTD với PNMD, hành vi sử dụng BCS có ý nghĩa rất lớn trong công tác phòng lây nhiễm HIV vì một người NCMT bị HIV có QHTD với PNMD không sử dụng BCS thì khả năng lây nhiễm HIV không chỉ cho 1 người mà có thể sẽ lây ra nhiều người qua hành vi QHTD không an toàn của họ.

Tỷ lệ người NCMT sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình bất chột

Có khoảng trên 70% người NCMT sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với bạn tình bất chột và không thay đổi giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp (73,6% và 73,3%). Tỷ lệ người sử dụng BCS trong QHTD với bạn tình bất chột trong 12 tháng qua tương đương với hai nhóm bạn tình trên và ở mức cao (75%). Vẫn còn khoảng 26% người NCMT cho biết họ không sử dụng BCS trong những lần QHTD đó, mặc dù số người NCMT nghi ngờ rằng bạn tình của họ bị nhiễm HIV chiếm đến 10%. Tuy nhiên, khác với hai nhóm bạn tình ở trên, tỷ lệ người NCMT chủ động gợi ý dùng BCS khi QHTD đối với nhóm này là khá cao chiếm trên 87% và cao hơn 70% trước can thiệp.

Xét về mức độ thường xuyên sử dụng BCS trong 12 tháng qua cho thấy có sự khác nhau đối với các loại bạn tình, thấp nhất là với vợ/người yêu, tiếp đến là PNMD và cao nhất ở bạn tình bất chột và xu hướng thường xuyên có sử dụng BCS tăng lên giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp. Tỷ lệ thường xuyên sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình trong nghiên cứu này trái ngược với tỷ lệ giảm trong nghiên cứu tại vùng nông thôn miền núi tỉnh Bắc Giang[63]. Có thể lý giải rằng do vị trí địa lý, điều kiện khác biệt giữa vùng nông thôn và thành phố, đặc biệt sự can thiệp của chương trình TCCĐ tại thành phố Bắc Giang đã có hiệu quả làm tăng khả năng tiếp cận với BCS của người NCMT cũng như nhận thức của họ trong QHTD với các loại bạn tình.

Lý do người NCMT không sử dụng bao cao su

Có nhiều lý do mà người NCMT không sử dụng BCS trong QHTD đối với các loại bạn tình của họ. Không thích dùng BCS là lý do phổ biến nhất đối với bạn tình thường xuyên chiếm tỷ lệ gần 60%, với bạn tình bất chột chiếm tỷ lệ 41%, trong khi đó với PNMD lý do này chỉ chiếm 26%. Không sử dụng

BCS do bạn tình phản đối không có sự khác biệt giữa bạn tình thường xuyên và PNMD chiếm khoảng 22% – 25%. Ở đây tình cảm và lý trí đã tham gia vào việc quyết định không dùng BCS với các loại bạn tình trong QHTD. Với vợ/người yêu, tỷ lệ không sử dụng BCS cao là do tin tưởng nhau, yêu thương nhau, người ta bị bệnh cũng như mình bị bệnh, có dùng cũng chỉ làm nghi ngờ nhau. Còn với bạn tình bất chợt chính sự hấp dẫn bề ngoài đã làm cho lý trí không thắng nổi ham muốn và sự ích kỷ của bản thân đã làm cho người NCMT không thể dùng BCS khi QHTD.

Thực hành sử dụng BCS đúng cách:

Kết quả nghiên cứu về thực hành sử dụng BCS trên mô hình cho thấy, tỷ lệ người NCMT thực hành đúng tăng từ 34,9% lên 82,2% trong khoảng thời gian từ trước can thiệp và sau can thiệp, CSHQ = 135,5%. Kết quả của nhiều nghiên cứu hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS cũng đã khẳng định, nếu có sẵn BCS mà sử dụng BCS không đúng cách thì hiệu quả cũng không có. Đối với chương trình can thiệp TCCĐ ngoài nội dung cấp phát BCS miễn phí, ĐĐV còn hướng dẫn cách sử dụng BCS cho người NCMT và hiệu quả đạt được sau 4 năm can thiệp là khá cao. Tuy nhiên vẫn còn 17,4% người thực hành sai. Những lỗi sai hay gặp nhất là: không kiểm tra hạn dùng, không bóp xẹp núm hơi khi trồng vào mô hình, dùng răng cắn để lấy BCS ra khỏi vỏ, đi ngược BCS. Điều này cho thấy, cho dù tỷ lệ sử dụng BCS có cao mà thực hành sai thì tác dụng của BCS cũng không còn do BCS có thể vỡ khi quan hệ, tuột BCS trong âm đạo. Ngoài những lỗi sai về thao tác còn có những lỗi sai ngay trong kiến thức của người NCMT như đi ngược BCS khiến cho không thể đi BCS được, nếu cố đi sẽ rách bao. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy có rất nhiều trường hợp bị tuột BCS mà họ cũng không biết lý do tại sao. Khi gặp tình huống này, họ cũng không dám hỏi ai vì xấu hổ, có người lại cho rằng bị tuột BCS là bình thường và họ thường xuyên bị thế. Một lỗi sai nữa là BCS đã không được sử dụng ngay từ đầu khi QHTD, thường gặp ở những người NCMT đã có vợ, họ sử dụng BCS để tránh thai không phải để phòng lây nhiễm HIV. Chương trình TCCĐ cấp phát BCS cần phải tuyên truyền sâu rộng hơn nữa để người NCMT hiểu rõ mục đích và cách sử dụng BCS khi QHTD để phòng lây nhiễm HIV cho chính bản thân mình và

cho bạn tình của họ.

4.6. KIẾN THỨC, HIỂU BIẾT VỀ HIV

Kiến thức phòng lây nhiễm HIV

Mục đích của phần đánh giá kiến thức phòng lây nhiễm HIV để đánh giá hiệu quả việc thực hiện chương trình nâng cao kiến thức cần thiết về lây truyền HIV ở nhóm quần thể nguy cơ cao. Bảng 5 câu hỏi về cách phòng tránh lây nhiễm HIV và phản đối các quan niệm sai lầm phổ biến về HIV, kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết người NCMT có kiến thức khá tốt về cách phòng lây nhiễm HIV và có sự khác nhau rõ rệt trước và sau can thiệp. Điều này chứng tỏ người NCMT đã được tiếp cận tốt truyền thông phòng chống HIV/AIDS của chương trình TCCĐ. Cùng với việc nhận được BKT sạch, BCS từ ĐĐV, họ còn nhận được tài liệu truyền thông, được tư vấn trực tiếp về TCAT và TDAT. Khi người NCMT có kiến thức phòng lây nhiễm HIV thì ý thức phòng bệnh được nâng lên, sự kỳ thị và tự kỳ thị cũng giảm bớt. Khi được tiếp cận với chương trình phòng chống HIV họ sẽ biết được nơi có thể nhận được BKT sạch, BCS miễn phí khi có nhu cầu, chính điều này đã tạo điều kiện cho nhóm người NCMT thực hiện được hành vi an toàn trong phòng chống HIV/AIDS.

Tự nhận thức về khả năng nhiễm HIV của bản thân

Hầu hết người NCMT sau can thiệp tự nhận thấy mình có nguy cơ lây nhiễm HIV tăng đáng kể so với trước can thiệp (83,12% so với 52,08%) bởi các lý do mà họ đã từng trải qua như sử dụng chung BKT, không sử dụng BCS trong QHTD với các loại bạn tình. Một khi người NCMT hiểu biết kiến thức phòng lây nhiễm HIV họ sẽ tự thấy mức độ nguy hiểm của bệnh và tự biết cách phòng tránh bệnh.

4.7. TIẾP CẬN VỚI CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP

Tiếp cận chương trình cai nghiện ma túy

Trên 64% người NCMT sau can thiệp đã từng đi cai nghiện, trong đó chủ yếu đi cai nghiện 1 lần và tăng không đáng kể so với trước can thiệp (57%). Trong khi đó tỷ lệ người NCMT đi cai nghiện hai lần trở lên thấp hơn so với điều tra cách đây 4 năm (11% và 26%). Sự khác biệt về số lần đi cai

nghiện chủ yếu phụ thuộc vào lý do kinh tế của mỗi gia đình người NCMT và sự ép buộc của chính quyền địa phương. Hầu hết người NCMT đều muốn từ bỏ ma túy và được đi cai nghiện song không phải người nào cũng có thể đi cai được, vì nếu xin đi cai họ sẽ phải trả khoảng 5-6 triệu/1 lần cai nghiện còn nếu chính quyền bắt đi cai thì sẽ được miễn số tiền trên. Do đó người NCMT phải tìm cách để đi cai không mất tiền hoặc phải chờ đợt truy quét của phòng chống tội phạm mới có cơ hội đi cai được. Như vậy, chương trình TCCĐ không chỉ tư vấn cho người NCMT đi cai nghiện mà đồng thời phải tranh thủ sự hỗ trợ của chính quyền địa phương để người NCMT có cơ hội được đi cai nghiện miễn phí vì hoàn cảnh gia đình của người NCMT thường rất khó khăn. Có thể chính quyền địa phương hỗ trợ tiền đi lại hoặc tiền ăn ở trong thời gian cai nghiện để người NCMT không phải làm các việc phi pháp mới có cơ hội được đi cai nghiện miễn phí.

Tiếp cận bơm kim tiêm sạch

Tiếp cận BKT là một trong những hoạt động chính của chương trình can thiệp TCCĐ trong nghiên cứu của chúng tôi. Tiếp cận BKT bao gồm tiếp cận BKT sạch cũng như dịch vụ hủy BKT đã sử dụng, ngoài ra còn cung cấp các thông tin tư vấn về TCAT và giới thiệu đến các cơ sở cai nghiện, phòng tư vấn xét nghiệm, khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Hầu hết người NCMT đã biết được nơi nhận/mua BKT bất cứ khi nào họ cần đạt mức 93,5% sau can thiệp và tăng hơn so với trước can thiệp (81%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tại các tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu, Hà Tĩnh, Lạng Sơn, Cần Thơ theo thứ tự (78%; 26%; 38%; 42%)[61]. So với trước can thiệp, tỷ lệ người NCMT biết được nơi có thể nhận/mua được BKT từ các nguồn đã đa dạng hơn, đặc biệt từ nguồn ĐĐV đã tăng từ 23% lên trên 93%; tại cơ sở y tế cũng tăng từ 28% lên 72%. Kể cả người bán ma túy, bạn chích cũng tham gia vào việc cung cấp BKT sạch. Tỷ lệ người NCMT được tiếp cận với BKT mới từ nhiều nguồn khác nhau đã cho thấy hiệu quả của chương trình can thiệp TCCĐ trong đó hoạt động tư vấn nơi cung cấp BKT sạch cho người NCMT đã được phát huy có hiệu quả. Hoạt động của chương trình đã tác động tốt đến nhóm người NCMT, nâng cao nhận thức của họ về phòng lây nhiễm HIV, làm thay đổi nhận thức, thái độ

và hành vi của họ đối với vấn đề này.

Hoạt động cấp phát BKT miễn phí của chương trình cũng mang lại hiệu quả đáng kể, hầu hết người NCMT đã nhận được BKT miễn phí của chương trình trong vòng 6 tháng trước điều tra chiếm 84%, trong đó tỷ lệ người nhận được BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra là 78%. Nguồn cung cấp BKT miễn phí rất đa dạng và sự lựa chọn ưu tiên của người NCMT là thông qua ĐĐV đã tăng từ 23% lên trên 94% trong thời gian từ trước can thiệp đến sau can thiệp và CSHQ đạt 299,4%. Nguồn cung cấp BKT từ câu lạc bộ là 66%, từ bạn chích là 40%, từ cán bộ y tế là 25%, còn lại từ các nguồn khác như trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện (18%) và tại nơi người bán ma túy khoảng 1%. Trung bình số lần nhận được BKT sạch là 4 lần/tháng và trung bình mỗi lần nhận được 15 chiếc. Qua báo cáo của người NCMT cho thấy rằng với tần suất TCMT khoảng 2 -3 lần/ngày thì số lượng BKT được cấp như trên là đủ. Tuy nhiên những người có tần suất TCMT trên 3 lần/ngày thì họ phải mua thêm hoặc họ phải dùng lại BKT đã qua sử dụng. Điều này cũng phù hợp với thực tế vì việc cung cấp BKT của chương trình vẫn còn trong giới hạn và mục đích của chương trình là giảm mức độ sử dụng chung BKT đồng thời cũng tư vấn để người NCMT giảm tần suất TCMT dần dần đến từ bỏ ma túy.

Từ kết quả trên đây cho thấy chương trình can thiệp TCCĐ sử dụng ĐĐV người NCMT để tiếp cận, tư vấn và cung cấp BKT cho người NCMT là đúng vì ĐĐV cũng là những người NCMT đang sống cùng trong cộng đồng với người NCMT, họ có thể gặp gỡ và chia sẻ cùng nhau. Người NCMT cũng công nhận rằng nhận BKT từ ĐĐV không mất tiền, kín đáo, tiện lợi, ngoài ra còn được tư vấn về TCAT và TDAT, được ĐĐV giới thiệu đến nơi khám bệnh và cơ sở xét nghiệm không mất tiền. Còn nếu mua BKT tại hiệu thuốc thì không được trao đổi tư vấn về bệnh tật, không phù hợp đối với thời gian ban đêm và rất dễ lộ.

Tiếp cận bao cao su

Hầu hết người NCMT đều biết nơi có thể nhận/mua BCS mỗi khi cần và nguồn cung cấp miễn phí hữu hiệu nhất vẫn là qua ĐĐV, với tỷ lệ trên 98% người NCMT đã từng nhận được BCS trong vòng 6 tháng qua trong đó tỷ lệ người nhận được BCS trong vòng 1 tháng là 89%. Tính trung bình mỗi

người nhận được 4 lần BCS trong vòng một tháng và số BCS trung bình nhận được mỗi lần là 18 chiếc. Theo báo cáo của người NCMT thì số lượng BCS họ nhận được là đủ dùng, tuy nhiên nếu đối chiếu với kết quả điều tra về tỷ lệ không sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình thì có khoảng gần 30% người NCMT không thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình trong vòng 12 tháng trước điều tra. Từ kết quả này cho thấy chương trình TCCĐ ngoài hoạt động cung cấp BCS miễn phí thì đồng thời cũng phải tư vấn cho người NCMT biết cách sử dụng, thuyết phục và tạo được thói quen có sử dụng BCS trong QHTD.

Tiếp cận thông tin, truyền thông

Có khoảng 2/3 số người NCMT tiếp cận được thông tin về TCAT và TDAT trong vòng 6 tháng trước điều tra, trong đó có khoảng 65% người NCMT nhận được thông tin trong vòng 1 tháng gần đây. Trung bình mỗi người NCMT nhận 12 lần trong 1 tháng. Nếu so với tỷ lệ người NCMT nhận được BKT mới và BCS trong vòng 6 tháng và 1 tháng trước điều tra (trên 80%), số liệu trên cho thấy còn một số người NCMT không nhận được thông tin về TCAT và TDAT từ người cung cấp BKT và BCS.

Tiếp cận tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện

Đa số những người NCMT được tiếp cận chương trình TCCĐ đều được giới thiệu đến phòng xét nghiệm tự nguyện và có thể xét nghiệm HIV. Tỷ lệ người NCMT đã từng xét nghiệm HIV sau can thiệp đạt mức trên 90% tăng hơn trước can thiệp 46%. Trong số những người đã từng đi xét nghiệm HIV có khoảng 90% trả lời có được tư vấn trước xét nghiệm. Tuy nhiên vẫn còn 7,5% người NCMT không muốn đi làm xét nghiệm với lý do sợ biết kết quả, sợ bị phát hiện, sợ bị kỳ thị và một tỷ lệ rất nhỏ trả lời nơi xét nghiệm quá xa. Nếu ngay trong bản thân người NCMT đã có sự tự kỳ thị thì đây cũng là một trong những lý do dẫn đến hạn chế việc tiếp cận với các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV. Chương trình đã thực hiện xét nghiệm giấu tên và bảo mật thông tin tại các phòng khám, phòng tư vấn tự nguyện là đúng và cần thiết để đảm bảo lòng tin của những người NCMT.

Theo báo cáo của phòng VCT cho thấy tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV trong

nhóm người NCMT đã giảm, năm 2007 phát hiện được 478 trường hợp nhưng đến năm 2010 đã giảm xuống còn 181 trường hợp. Đây chỉ là số trường hợp đến làm xét nghiệm và quản lý được, trong thực tế số người nhiễm có lẽ còn cao hơn nhiều. Trong nghiên cứu này vì thời gian can thiệp có hạn do đó việc đánh giá các chỉ số dài hạn như tỷ lệ nhiễm mới HIV và tỷ lệ tử vong do AIDS còn rất hạn chế, cần có những can thiệp tiếp theo để theo dõi và đánh giá các chỉ số này.

Nghiên cứu cũng không tránh khỏi một số sai sót có thể xảy ra. Để tránh và hạn chế những sai sót một cách tối đa, trong nghiên cứu này chúng tôi đã sử dụng ĐĐV người NCMT để tiếp cận, tuyên truyền, tư vấn cho những người cùng cảnh ngộ có hành vi TCAT và TDAT; Chính những người ĐĐV này đã làm cho gia đình, người thân, bạn bè của người NCMT hiểu và thông cảm, tạo điều kiện cho người NCMT được tái hòa nhập với cộng đồng; tạo cho họ có được niềm tin vào cuộc sống bởi chỉ khi họ muốn sống thì họ mới bảo vệ người xung quanh và ngược lại. Ngoài ra chúng tôi còn áp dụng một số biện pháp như khi tiến hành phỏng vấn không hỏi và ghi tên người NCMT. Điều tra viên là các bác sỹ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế và Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang đã được tập huấn kỹ. Thông qua việc phân tích số liệu về thực trạng và các yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT năm 2007, mô hình can thiệp TCCĐ đã được áp dụng trên địa bàn TP. Bắc Giang. Sau 4 năm can thiệp TCCĐ đối với người NCMT nghiên cứu đã có những bằng chứng chứng minh được rằng can thiệp TCCĐ có lồng ghép trao đổi BKT, BCS miễn phí và tư vấn giới thiệu người NCMT đến các dịch vụ có liên quan như: xét nghiệm tự nguyện, đi cai nghiện và tìm việc làm để người NCMT tái hòa nhập với cộng đồng là có hiệu quả. Nghiên cứu sẽ góp phần đưa ra những khuyến nghị và lưu ý trong tiến hành can thiệp TCCĐ giúp duy trì và phát huy hơn nữa hiệu quả của can thiệp trong phòng chống HIV/AIDS tại Bắc Giang và nghiên cứu này cũng có thể là thông tin tham khảo cho các nghiên cứu khác liên quan đến phòng chống HIV/AIDS.

KẾT LUẬN

Thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của người NCMT tại thành phố Bắc Giang

Hầu hết người NCMT tại thành phố Bắc Giang trong độ tuổi lao động, từ 20-39 tuổi chiếm gần 90%, chủ yếu là dân tộc Kinh và có trình độ văn hóa thấp, 70% người NCMT có trình độ trung học trở xuống. Gần 90% người NCMT không có nghề nghiệp hoặc nghề nghiệp không ổn định. Tình trạng ly dị, ly thân của người NCMT chiếm tỷ lệ khá cao 17%. Trong số 50% người NCMT đang có vợ thì có khoảng 33% đang sống cùng gia đình/vợ con còn gần 60% sống cùng bạn bè hoặc lang thang.

Hành vi hút, hít, tiêm chích ma túy

Đa số người NCMT bắt đầu hút, hít ma túy ở tuổi dưới 20, thậm chí có trường hợp sử dụng ma túy khi mới 11 tuổi. Thời gian từ khi bắt đầu hút, hít ma túy cho đến khi TCMT vào khoảng 1,3 năm. Loại thuốc gây nghiện mà người NCMT dùng nhiều nhất là Heroin chiếm trên 98%, thuốc Phiện và thuốc an thần sử dụng ít hơn khoảng 6%. Hiện nay người NCMT không chỉ dùng riêng Heroin mà còn dùng kết hợp nhiều loại ma túy khác như: Đá, Hồng phiện trong cùng thời gian.

Trong số những người TCMT có khoảng 2/3 số người có tần suất TCMT trên 2 lần/ngày, trong đó có khoảng 6% tiêm chích trên 4 lần/ngày. Nguyên nhân dẫn đến NCMT chủ yếu do bạn bè rủ rê chiếm trên 83%. Địa điểm người NCMT thường tiêm chích là nơi công cộng, nhà bạn chích và các tụ điểm tiêm chích chiếm trên 90% và địa điểm tiêm chích thường không cố định.

Hành vi tình dục

Trên 84% số người NCMT đã từng có QHTD, trong số đó có khoảng trên 74% có QHTD trong vòng 12 tháng trước điều tra. Tuổi trung bình trong lần QHTD lần đầu tiên tương đối thấp (19 tuổi). Người có QHTD nhỏ tuổi nhất khi mới 13 tuổi, gần một nửa số người NCMT có QHTD ở nhóm tuổi trẻ

dưới 20 và chỉ có khoảng 2% người NCMT có QHTD lần đầu tiên trên 25 tuổi. Đa số người NCMT đã từng có QHTD ngoài hôn nhân với PNMD và bạn tình bất chợt, trong đó có trường hợp đã từng QHTD với nhiều loại bạn tình trong cùng khoảng thời gian. Mặc dù vậy tỷ lệ sử dụng BCS rất thấp vào khoảng 28% đến 67 % tùy từng loại bạn tình, trong đó thấp nhất là không sử dụng BCS với bạn tình thường xuyên, cao nhất với PNMD và với bạn tình bất chợt chiếm 52%.

Các yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

Đối với hành vi sử dụng chung BKT trong TCMT

Có 3 yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung BKT trong khoảng thời gian 6 tháng trước điều tra đó là: Yếu tố trình độ học vấn; yếu tố gia đình và khả năng tiếp cận chương trình tư vấn về TCAT. Những người NCMT không sống cùng vợ có hành vi nguy cơ sử dụng chung BKT trong vòng 6 tháng trước điều tra cao gấp 3 lần người NCMT đang sống cùng vợ.

Có 1 yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung BKT trong vòng 1 tháng trước điều tra đó là những người chưa từng nhận được tư vấn về TCAT có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn những người được tư vấn về TCAT.

Có 4 yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng BKT trong lần tiêm chích gần đây nhất đó là: Yếu tố tuổi; khả năng tiếp cận BKT miễn phí; số lần TCMT trong ngày và nhận thức về nguy cơ nhiễm HIV của bản thân.

Đối với hành vi không sử dụng bao cao su trong QHTD

Trong QHTD với vợ/người yêu, không tìm thấy mối liên quan nào ảnh hưởng đến hành vi sử dụng BCS của những người NCMT.

Có 3 yếu tố nguy cơ không sử dụng BCD trong QHTD với PNMD đó là: Tuổi của người NCMT; khả năng nhận được BCS miễn phí và những người không cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV.

Có 2 yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình bất chợt đó là: Khả năng nhận được BCS miễn phí và những người NCMT cho rằng mình không có nguy cơ lây nhiễm HIV.

Hiệu quả của can thiệp TCCĐ đối với người NCMT

Can thiệp TCCĐ đã làm thay đổi hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm của người NCMT

Chương trình can thiệp TCCĐ đã làm thay đổi về nhận thức của người NCMT sau 4 năm can thiệp: Đo lường 6 tháng trước điều tra, tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT giảm từ 46% xuống còn 17%, CSHQ đạt 56,9%; Đo lường 1 tháng trước điều tra tỷ lệ dùng chung BKT giảm từ 41,7% xuống còn 15,9%, CSHQ đạt 61,74% và đo lường trong lần TCMT gần nhất, tỷ lệ dùng chung BKT giảm từ trên 36% xuống còn 12,8% và CSHQ đạt 64,86%. Trong số những người còn sử dụng chung BKT có tới 3/4 số người NCMT đã làm sạch BKT trước khi sử dụng. Tỷ lệ người NCMT dùng chung thuốc/dụng cụ pha thuốc cũng giảm đáng kể từ 51% xuống còn 37% và CSHQ đạt 100%.

Can thiệp TCCĐ đã làm thay đổi hành vi tình dục của người NCMT

Tỷ lệ người NCMT có sử dụng BCS trong 12 tháng qua khi QHTD với vợ/người yêu đã tăng từ 7% lên 43%, CSHQ đạt 49,4%, trong đó tỷ lệ người NCMT có sử dụng BCS trong lần quan hệ gần nhất tăng từ 67% lên 79%. Trong QHTD với PNMD, tỷ lệ người NCMT có sử dụng BCS tăng từ 53% lên 72% và CSHQ đạt 34,3%. Riêng hành vi sử dụng BCS với bạn tình bất chợt không thay đổi giữa hai vòng điều tra trước và sau can thiệp (chiếm khoảng 73%).

Can thiệp TCCĐ đã gỡ bỏ rào cản đối với người NCMT thực hiện các hành vi phòng chống HIV/ADS

Tỷ lệ người NCMT biết nơi nhận/mua được BKT, BCS đã tăng từ 84% lên 93%, trong đó nguồn cung cấp BKT, BCS mới chủ yếu từ ĐĐV chiếm trên 82% và đây cũng chính là nguồn cung cấp mà người NCMT ưa thích nhất. Trên 90% người NCMT nhận được BKT, BCS đồng thời cũng nhận được tư vấn về TCAT và TDAT từ những người ĐĐV này. Hầu hết người NCMT đều đã tự tin đi làm xét nghiệm HIV khi được giới thiệu chiếm trên 91% và tỷ lệ người NCMT bị HIV mới đã giảm từ 27% xuống còn 22%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Duy trì và đẩy mạnh hoạt động TTGDĐT cho người NCMT:

Đẩy mạnh hơn nữa hoạt động tuyên truyền cho người NCMT về tác hại của ma túy, tác hại của dùng chung BKT khi tiêm chích. Khuyến khích người NCMT không sử dụng chung BKT, thuốc/dụng cụ pha thuốc trong mọi trường hợp tiêm chích, đặc biệt đối với bạn chích và PNMD. Hướng dẫn cụ thể về cách làm sạch BKT khi không có BKT mới, đồng thời hướng dẫn cho người NCMT về kỹ năng thuyết phục bạn chích, bạn tình và người bán ma túy không sử dụng chung BKT khi tiêm chích.

Vận động người NCMT sử dụng BCS khi QHTD với tất cả các đối tượng, đặc biệt là với PNMD và bạn tình bất chợt. Hướng dẫn sử dụng BCS đúng cách trên mô hình, quan sát trực quan và thảo luận nhóm với ĐĐV. Hướng dẫn người NCMT về kỹ năng thuyết phục bạn tình sử dụng BCS trong QHTD.

Cần tập trung tuyên truyền nhiều hơn vào nhóm cha/mẹ người thân, người mới NCMT hay mới từ nơi khác chuyển đến về ý thức phòng lây nhiễm HIV, các đường lây và nguy cơ lây nhiễm HIV.

Người NCMT nên được tham gia vào biên soạn nội dung tài liệu và thiết kế các hình thức tuyên truyền phù hợp với nhận thức và trình độ văn hoá của họ.

2. Cung cấp BKT và BCS cho người NMT:

Cung cấp BKT sạch cho người NCMT cần được thường xuyên hơn và có kế hoạch sát sao với nhu cầu từng tụ điểm. Đảm bảo tính sẵn có BKT khi và ở nơi người NCMT cần, tạo thói quen sử dụng BKT riêng. Mô hình cấp phát BKT cần đa dạng dưới nhiều hình thức: thông qua ĐĐV; Điểm phát BKT miễn phí cố định; Điểm cấp phát thứ cấp qua nhà thuốc, trạm y tế,

phòng VCT, điểm giáo dục sức khỏe. Ngoài việc cấp phát BKT của chương trình cần vận động các tổ chức hỗ trợ bán BKT giá rẻ tại các hiệu thuốc, tạo thói quen mua BKT sạch dần dần thay thế cấp phát BKT.

Vận động tiếp thị xã hội góp phần vào việc thay đổi quan điểm các nhà chức trách địa phương về vấn đề được xem là nhạy cảm, góp phần quá trình “bình thường hóa” BKT, BCS trong xã hội và cộng đồng. Vận động các ban ngành, đoàn thể, tổ chức chính quyền hỗ trợ người NCMT đi cai nghiện không mất tiền và tạo công ăn việc làm cho người NCMT sau cai nghiện.

3. Đối với chương trình TCCĐ và mở rộng phạm vi hoạt động:

Không nên xem chương trình TCCĐ là một chương trình đơn lẻ mà cần phải xem như một chiến lược có thể thực hiện được trong nhiều hoàn cảnh, tình huống khác nhau và gắn kết với các dịch vụ dự phòng và điều trị khác như cấp phát BKT, BCS miễn phí, giới thiệu đến phòng xét nghiệm tự nguyện và điều trị thay thế. Cụ thể đối với từng chương trình không chỉ tiếp cận người NCMT ở các tụ điểm cũ mà cần mở rộng tìm kiếm các tụ điểm mới. Tăng cường tiếp cận tại nhà, phòng trọ, nơi ở của họ, đặc biệt là người NCMT nhiễm HIV, người NCMT ít tuổi, người không có nghề nghiệp. Đề huy động nguồn lực sẵn có, thúc đẩy mặt tích cực của đối tượng, nên lựa chọn những người NCMT đã cai nghiện có trình độ và nhiệt tình tham gia vào các hoạt động như là những người hỗ trợ thêm cho các ĐĐV của chương trình.

4. Các cơ sở y tế, dịch vụ xét nghiệm tự nguyện

Hỗ trợ miễn phí thuốc điều trị thay thế cho người NCMT, tiến tới bán giá rẻ và đến bán đúng giá. Tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ khám và điều trị bệnh tại các cơ sở y tế và dịch vụ khám chữa bệnh miễn phí, tạo tâm lý thoải mái cho người NCMT đến khám, điều trị bệnh. Tăng khả năng tiếp cận của người NCMT tới các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ
ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Trịnh Thị Sang**, Lê Cự Linh, Nguyễn Thanh Nga (2007), “Thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người nghiện chích ma túy tại thành phố Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang năm 2006”, *Tạp chí Y học thực hành*, 566+567(3), tr. 5-7.
2. **Trịnh Thị Sang**, Lê Cự Linh (2011), “Đánh giá hiệu quả can thiệp tiếp cận cộng đồng trong nhóm người nghiện chích ma túy tại thành phố Bắc Giang”, *Tạp chí Y học thực hành*, 798(12), tr. 87-89.
3. **Trịnh Thị Sang**, Lê Cự Linh (2012), "Tình hình nhiễm HIV ở người nghiện chích ma túy trên thế giới và Việt Nam tính đến năm 2010", *Tạp chí Y học thực hành*, 813(3), tr. 54-57.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Lại Kim Anh, Nguyễn Thanh Long** (2007), *Nghiên cứu các hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI trên nhóm nghiện chích ma túy tại Cần thơ, 2006 - 2007*, Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS năm 2006 - 2010, Hà Nội, tr,2010 - 2014.
3. **Nguyễn Quang Anh, Nguyễn Thanh long** (2010), "Nghiên cứu hiệu quả chương trình dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại Hà Tây năm 2007 - 2009," *Tạp chí y học*.
4. **Võ Đặng Huỳnh Anh, Dương Quang Minh** (2005), *Nghiên cứu tình hình nhiễm HIV ở người nghiện ma túy và gái mại dâm đang quản lý ở thành phố Huế năm 2002*, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Ball .A, Croft. N** (2002) "*Giảm thiểu nguy cơ nhiễm HIV cho người tiêm chích ma túy (Bản dịch)*," *Chăm sóc và dự phòng HIV/AIDS tại những quốc gia thiếu nguồn hỗ trợ của Lamptey PR và Gayle H (Eds) và tổ chức Sức khoẻ Gia đình quốc tế tại Arlington, Virginia, Virginia*.
6. **Ball. A** (1998) "*Chính sách và giải pháp đối với nạn dịch nhiễm HIV chủng 1 trong nhóm người tiêm chích ma túy (Bản dịch)*," *Những phản hồi cục bộ và toàn cầu về việc nhiễm HIV và tiêm chích ma túy*, UCL London.
7. **Bộ Y tế** (2001), *Hệ thống hoá các văn bản quy phạm, pháp luật về phòng chống HIV/AIDS*, Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Bộ Y tế** (2007), *Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định số 108/2007/NĐ-CP hướng dẫn thi hành Luật phòng, chống HIV/AIDS*.
9. **Bộ y tế** (2009), "Kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/AIDS (IBBS) tại Việt Nam."

10. **Bộ Y tế, Dự án hợp tác Việt Nam - Hoa kỳ/CDC chương trình AIDS toàn cầu về dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam (2004), Chương trình tiếp cận cộng đồng dự phòng lây nhiễm HIV đối với nhóm Tiêm chích ma túy & nhóm người bán dâm: Tài liệu dành cho giảng viên, NXB Y học, Hà Nội.**
11. **Bộ Y tế, Dự án hợp tác Việt Nam - Hoa kỳ/CDC chương trình AIDS toàn cầu về dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam (2005), Kỹ yếu hội thảo các bằng chứng khoa học và thực hiện về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm tiêm chích ma túy, NXB Y học, Hà Nội.**
12. **Bộ Y tế, FHI (2007), Báo cáo chương trình giám sát hành vi HIV/AIDS Việt Nam năm 2006, Hà Nội.**
13. **Bộ Y tế Ấn Độ, Tình hình HIV/AIDS tại Ấn Độ, <http://www.unaids.org>, in 2009.**
14. **Bộ Y tế Trung Quốc (2002), Dự phòng và giảm thiểu nguy cơ STD/HIV/AIDS: Tài liệu tập huấn về an ninh công cộng và nhân viên hành pháp (Bản dịch), Bắc Kinh.**
15. **Bộ Y tế Trung Quốc, Tình hình nhiễm HIV ở Trung Quốc, <http://www.unaids.org>, 2009.**
16. **Bộ y tế Uruguay (2009), Tình hình nhiễm HIV ở người nghiện ma túy (Bản dịch), <http://www.unaids.org>.**
17. **Brandsmaa. R (1999), Khuyến khích sự tiếp cận và tuân thủ việc sử dụng liệu pháp tổng hợp kháng HIV cho những người sử dụng ma túy (Bản dịch), Geneva.**
18. **Broadhead. RS, Heckathorn. D (1997), "Khai thác hệ thống đồng đẳng viên như một công cụ đặc lực dự phòng AIDS: Kết quả từ giải pháp sử dụng đồng đẳng viên (Bản dịch)," Báo cáo sức khoẻ công cộng (113), 42-57.**

19. **Burrows. D** (1997), *Giảm thiểu nguy cơ và một xã hội có kiểm soát: Một đánh giá về Dự án Bakti Kasih của Persatuan, Pengasih Malaysia tại Kuala Lumpur (Bản dịch)*, Hiệp hội các tổ chức phòng chống AIDS Sydney, Sydney.
20. **Burrows. D** (1999), *Khoá tập huấn về phòng chống ức chế và tình trạng suy sụp khi làm việc với những người nhiễm HIV/AIDS: Tài liệu tập huấn (Bản dịch)*, Medecins Sans Frontieres – Hà lan, Liên Bang Nga, Mascova.
21. **Burrows.D** (2000), *Thiết lập và quản lý chương trình phát bơm tiêm và kim tiêm: Tài liệu hướng dẫn cho các nước Trung âu và Đông âu/Các quốc gia mới độc lập (Bản dịch)*, Phát triển chương trình giảm thiểu nguy cơ quốc tế/Viện nghiên cứu xã hội mở rộng, Jakarta.
22. **Burrows.D** (2002), *Mô hình thực hành tốt nhất về giảm thiểu nguy cơ trong cộng đồng và trong nhà tù ở Liên bang Nga (Bản dịch)*, Dự án của Ngân hàng Thế giới, Washington/Mascova.
23. **Burrows.D, Holmes.D** (2002), *Tình hình nhiễm HIV/AIDS tại Liên bang Xô Viết cũ (Bản dịch)*, 2-3.
24. **Burrows.D, M. Bijl, F. Trautmann, Y. Sarankov** (1999), *Tài liệu tập huấn về dự phòng HIV/AIDS trong nhóm tiêm chích ma túy ở Liên bang Nga (Bản dịch)*, Medecins Sans Frontieres – Hà lan và Liên Bang Nga, Mascova.
25. **Burrows.D, Wodak.A** (2001), *Sự ủng hộ cho việc giảm thiểu nguy cơ: Mục đích, chiến lược và hành động - Các bước triển khai hệ thống nghiên cứu toàn cầu về tình hình nhiễm HIV/AIDS và sử dụng ma túy (Bản dịch)*, Durban.
26. **Lưu Thị Minh Châu, Trần Như Nguyên** (2005), *Kinh nghiệm và kết quả bước đầu triển khai chương trình tiếp cận cộng đồng dự án LIFE - GAP, Thành phố Hồ Chí Minh.*

27. **Nguyễn Hữu Chí** (2005), *Nhiễm HIV/AIDS trên người nghiện ma túy*, Thành phố Hồ Chí Minh.
28. **Chương trình Phát triển giảm thiểu tác hại quốc tế (IHRD)** (2001), *Giảm thiểu tác hại và ma túy, AIDS: Làm sao để giảm tốc độ lan truyền dịch HIV ở Đông Âu và Liên Bang Xô Viết cũ*, IHRD, Viện nghiên cứu xã hội mở rộng.
29. **Công an tỉnh Bắc Giang** (2006), *Báo cáo thực trạng và các giải pháp phòng chống tội phạm ma túy, tỉnh Bắc Giang*, Công an tỉnh Bắc Giang, Bắc Giang.
30. **Công an tỉnh Bắc Giang** (2007), *Báo cáo thực trạng và các giải pháp phòng chống tội phạm ma túy, tỉnh Bắc Giang*, Công an tỉnh Bắc Giang, Bắc Giang.
31. **Công an tỉnh Bắc Giang** (2008), *Báo cáo thực trạng và các giải pháp phòng chống tội phạm ma túy, tỉnh Bắc Giang*, Công an tỉnh Bắc Giang, Bắc Giang.
32. **Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam** (2008), *Tình hình dịch HIV ở Việt Nam* Cục phòng chống HIV/AIDS, Hà Nội.
33. **Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam** (2009), *Tình hình nhiễm HIV/AIDS trong toàn quốc năm 2008*, Cục phòng chống HIV/AIDS, Hà Nội.
34. **Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam** (2008), *Báo cáo chương trình tiếp cận cộng đồng, tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.
35. **Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam** (2008) "*Tình hình dịch HIV/AIDS và kết quả hoạt động chương trình TCCĐ tại Hà Nội, Giai đoạn II (10/2003 – 9/2007)*," *Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc, tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.

36. **Lưu Thị Minh Châu, Trần Như Nguyên** (2005), *Tỷ lệ nhiễm và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy tại thành phố Hà Nội, năm 2004*, Thành phố Hồ Chí Minh.
37. **Desembriartista. YE** (2001), *Kết quả của dự án đánh giá về dự phòng HIV/AIDS thông qua một nghiên cứu lồng ghép và dự án về can thiệp về giảm thiểu nguy cơ cho người lạm dụng chất gây nghiện ở Denpasar và Kuta, Bali (Bản dịch)*, Delhi.
38. **Dave. Burrows, Wright. Linda, De. Agyero** (2008), *Những thực hành tốt nhất của quốc tế trong việc thực hiện chương trình tiếp cận cộng đồng (Bản dịch)*, Trung tâm dự phòng và Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ, Hà Nội.
39. **De Jarlais. DC** (2002), *Những ảnh hưởng tiềm tàng của việc lây nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy và tình dục khác giới ở Ấn Độ (Bản dịch)*, Ljubljana.
40. **Dehne.K** (2001), *Tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy và tình hình dịch lan tràn tại Đông Á: Dịch tễ học và những chiến lược đối phó (Bản dịch)*, Melbourne.
41. **A D Dorabjee.J, Kumar.RP** (2001), *Đánh giá về chương trình can thiệp cho nhóm tiêm chích ma túy tại Delhi*, Melbourne.
42. **Drummond. N** (2002), *Chỉ số Y tế Quốc tế (HOI), đầu tư vào chương trình BKT tại Australia, 2002*, Sở Y tế Liên Bang: Canberra
43. **Dự án hợp tác Việt Nam – Hoa kỳ** (2004), *Chương trình tiếp cận cộng đồng dự phòng lây nhiễm HIV đối với nhóm Tiêm chích ma túy & nhóm người bán dâm: Tài liệu tập huấn dành cho giảng viên*, Hà Nội.
44. **Dự án hợp tác Việt Nam – Hoa kỳ chương trình AIDS toàn cầu về dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam** (2005), *Kỷ yếu Hội thảo các bằng chứng khoa học và thực tiễn về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm tiêm chích ma túy*, Thành phố Hồ Chí Minh.

45. **Trần Tiên Đạt, NguyễnTất Thắng và CS** (2005), *Xét nghiệm và tư vấn tự nguyện ở Việt Nam: Kinh nghiệm 3 năm thực hiện chương trình được hỗ trợ bởi CDC/MOH LIFE - GAP*, Thành phố Hồ Chí Minh.
46. **Trần Mẫn Em** (2008) "*Báo cáo kinh nghiệm triển khai chương trình tiếp cận cộng đồng tại tỉnh Khánh Hòa,*" *Báo cáo chương trình tiếp cận cộng đồng, tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.
47. **FAO - Hiệp hội các tổ chức phòng chống AIDS của Úc** (1998), *Tài liệu hướng dẫn phòng chống HIV/AIDS: Tài liệu cho các giảng viên HIV/AIDS*, Sydney.
48. **Nguyễn Trần Hiền** (1995), *Phương thức lây truyền HIV và giám sát dịch tễ học nhiễm HIV*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
49. **Nguyễn Trần Hiền, NguyễnThu Anh và CS** (2005), *Đánh giá các nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong số những người tiêm chích ma túy ở các tỉnh Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Tĩnh, Bình Phước, Bình Dương, Long An và Sóc Trăng, năm 2002*, Thành phố Hồ Chí Minh.
50. **Trần Quốc Hùng, Lưu Thị Minh Châu** (2005), *Thực trạng và nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở đối tượng nghiện chích ma túy, gái mại dâm tại Đồng Tháp – 4/2003*, Thành phố Hồ Chí Minh.
51. **Trần Quốc Hùng, Lưu Thị Minh Châu** (2005), *Thực trạng và nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở đối tượng nghiện chích ma túy, gái mại dâm tại Hà Nội - 2/2003*, Thành phố Hồ Chí Minh.
52. **Trần Quốc Hùng, Lưu Thị Minh Châu và CS** (2005), *Thực trạng và nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở đối tượng nghiện chích ma túy, gái mại dâm tại Kiên Giang - 12/2003*, Thành phố Hồ Chí Minh.
53. **Trần Thị Thủy Hà** (2005), *Nghiên cứu sự liên hệ giữa kiến thức và thực hành sử dụng bao cao su trong việc phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS của giới mại dâm*, Thành phố Hồ Chí Minh.

54. **Vũ Thị Minh Hạnh và CS** (2008), *Nhận thức thái độ lòng tin, thực hành của các nhóm dân cư tại 3 tỉnh Quảng Ninh, Bình Định, Cần Thơ đối với việc phòng chống HIV/AIDS*, Hà Nội, Việt Nam.
55. **Jankins.P, Aggleton.P** (2001), *Những can thiệp thông tin, giáo dục truyền thông về HIV (IEC) cho người tiêm chích ma túy (bản dịch)*, Melbourne.
56. **Kuchenbecker. R, D. Siqueira, C. Brasil** (2000), *Dự phòng lây truyền HIV trong nhóm người tiêm chích cocaine: Kinh nghiệm của chương trình giảm thiểu tác hại của Porto Alegre (Bản dịch)*, Durban.
57. **KRC (Trung tâm Kirketon)** (2001), *Tài liệu tập huấn tiếp cận cộng đồng Sydney (Bản dịch)*, KRC, Sydney.
58. **Kumar M.S., Mudaliar. S** (1998), *Giải pháp tiếp cận cộng đồng thông qua những người sử dụng ma túy tuyến dụng từ đường phố ở Madras, Ấn Độ (Bản dịch)*, Báo cáo Y tế số 113, Ấn Độ, Phụ lục 1, trang 58-66.
59. **Nguyễn Thanh Long** (2010), "Báo cáo điều tra hành vi nguy cơ lây nhiễm và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại địa bàn triển khai dự án phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010, Tạp chí Y học Thực hành*, 12/2010.
60. **Nguyễn Thanh Long** (2010), "Kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến HIV/AIDS của người nghiện chích ma túy tại 7 tỉnh thành phố Việt Nam sau 5 năm triển khai hoạt động can thiệp," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr.171-175.
61. **Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Minh Tâm** (2010), "Tính sẵn có và khả năng tiếp cận các mô hình can thiệp giảm tác hại của nhóm nghiện chích ma túy tại 5 tỉnh/thành phố ở Việt Nam," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr.175-195.

62. **Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương** (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," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr.200-203.
63. **Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, và cs** (2010), "Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại khu vực nông thôn miền núi tỉnh Bắc Giang năm 2010," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr.197-200.
64. **Vũ Mạnh Lợi** (2005), "Tình hình tiêm chích ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong những người có tiêm chích ma túy ở Hải Phòng," *Hội nghị khoa học quốc gia về HIV/AIDS lần thứ III ngày 24-26/11/2005*.
65. **Nguyễn Hữu Minh** (2005), *Tình hình tiêm chích ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong những người có tiêm chích ma túy ở Hà Giang năm 2004*, Thành phố Hồ Chí Minh.
66. **Nguyễn Lê Minh, Lê Ái Kim Anh** (2005), *Mô tả thực trạng hành vi nguy cơ của người nhiễm HIV/AIDS và sự chăm sóc, hỗ trợ của cộng đồng tại tỉnh Thái Nguyên năm 2004*, Thành phố Hồ Chí Minh.
67. **Hà Đình Ngu, Nguyễn Đăng Ngoạn, Lê Trường Sơn** (2005), *Đặc điểm dịch tễ học và lây nhiễm HIV/AIDS đối với phạm nhân nghiện ma túy tại các trại giam tỉnh Thanh Hóa (1998 – 2000)*.
68. **Lê Bích Ngọc, Nguyễn Hoàng Tùng** (2005), *Mô tả quá trình sử dụng heroin của thanh thiếu niên nguy cơ cao và một số yếu tố ảnh hưởng tại Hà Nội năm 2005*, Thành phố Hồ Chí Minh.
69. **Pelles, C. Sampaio, J. Saldanha** (2000), *Programa de reducao de danos do Rio de Janeiro, conquistas e desafios (Bản dịch)*, Diễn đàn năm 2000, số 1, trang 371.

70. **Trần Văn Quang, Trần Quốc Kham, Nguyễn Thanh Long** (2007 - 2009), "Hiệu quả can thiệp thay đổi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cho nhóm TCMT tại ba huyện tỉnh Nam Định," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr,106-110.
71. **Reilly B, Burrows D, Melnikov T** (2000), "Tiêm chích ma túy và HIV ở Moscova: Kết quả khảo sát," *Tạp chí về ma túy (Bản dịch)* (30), 305-322.
72. **Lê Trường Sơn** (2005), *Báo cáo chia sẻ kinh nghiệm hoạt động của dự án giảm tác hại do MBI tài trợ tại Thanh Hóa, Thành phố Hồ Chí Minh.*
73. **Solpicelli, P. Marca, G. Calvi** (2000), *Đánh giá về các hoạt động tiếp cận cộng đồng ở các nước Nam Âu: Quan điểm của khách hàng (bản dịch)*, Dự án MIRO (Phương pháp, Tác động, Nghiên cứu, Tiếp cận cộng đồng), Jersey.
74. **Semaam, và cs** (2002) "*Dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục trong nhóm TCMT (Bản dịch)*," *Kỷ yếu Hội thảo các bằng chứng khoa học và thực tiễn về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm tiêm chích ma túy*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
75. **Semaan S, và cộng sự** (2002), "Phân tích lồng ghép hiệu quả dự phòng HIV thông qua can thiệp thay đổi hành vi tình dục ở nhóm sử dụng ma túy tại Hoa Kỳ (Bản dịch)," *Tạp chí journal of Acquired immune Deficiency Syndrome*, 2002.30 (suppl), 73-93.
76. **Sergeyev B, Oparina T** (1999), "Dự phòng HIV ở Yaroslavl, Nga: Giải pháp sử dụng giáo dục đồng đẳng và chương trình trao đổi bơm kim tiêm(Bản dịch)," *Tạp chí về các vấn đề sử dụng ma túy số 29*, tr.777 - 804.

77. **Stover.H, Trautmann.F** (2001), *Giảm thiểu nguy cơ cho những người sử dụng ma túy trong nhà tù: Khuyến khích nâng cao sức khỏe cho người sử dụng ma túy trong hệ thống quản thúc tội phạm (Bản dịch)*, Tài liệu tập huấn của Viện Trimbos, Utrecht.
78. **Strathdee.S** (2001), *Chương trình trao đổi bơm kim tiêm trong thế kỷ 21: Tạo ra một thay đổi diện mạo xã hội (Bản dịch)*, Delhi.
79. **Trịnh Thị Sang** (2006), *Thực trạng hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan ở người nghiện ma túy tại thành phố Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang, năm 2006*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế Công Cộng, Hà Nội.
80. **Tiểu ban giám sát HIV/AIDS** (2003), "Phân bố nhiễm HIV theo tỉnh," *Bản tin HIV/AIDS 157*, tr14-15.
81. **Tổ chức Y tế thế giới** (1964), *Định nghĩa về sự lệ thuộc vào ma túy*, WHO, Geneva.
82. **Tổ chức Y tế thế giới** (2000), *Hợp tác với trẻ em đường phố: Giới thiệu một bộ tài liệu tập huấn về sử dụng chất gây nghiện, sức khỏe tình dục và khả năng tái hồi sức khỏe, bao gồm cả người nhiễm HIV/AIDS và STIs*, WHO, Geneva.
83. **Tổ chức Y tế thế giới** (2002), *Chương trình tập huấn cho việc sử dụng bao cao su 100%*, Văn phòng khu vực chuyên trách về các chương trình phòng chống HIV/AIDS và STIs cho khu vực Tây Thái Bình Dương, Manila.
84. **Trung tâm kiểm soát ma túy và tình hình nghiện ma túy Châu Âu - EMCDDA** (1999), *Công việc tiếp cận cộng đồng trong nhóm người sử dụng ma túy tại Châu Âu: Khái niệm, thực hành*, Ấn phẩm nội bộ định kỳ cập nhật tình hình của EMCDDA số 2, Lisbon.

85. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS thành phố Hải Dương (2008)**
"Báo cáo hoạt động tiếp cận cộng đồng tại thành phố Hải Dương giai đoạn 2003-2008," Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008., NXB Y học, Hà Nội.
86. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS thành phố Hải Phòng (2005),**
Bài học kinh nghiệm thực hiện tiếp cận cộng đồng TP Hải Phòng, Thành phố Hồ Chí Minh.
87. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS thành phố Hải Phòng (2008)**
"Bài học kinh nghiệm triển khai can thiệp tiếp cận cộng đồng thành phố Hải Phòng," Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008, NXB Y học, Hà Nội.
88. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS thành phố Thái Nguyên (2008)**
"Báo cáo hoạt động tiếp cận cộng đồng tại thành phố Thái Nguyên giai đoạn 2002-2008," Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008, NXB Y học, Hà Nội.
89. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang (2005),** *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2004, Sở Y tế Bắc Giang.*
90. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang (2006),** *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2005, Sở Y tế Bắc Giang.*
91. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang (2007),** *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2006, Sở Y tế Bắc Giang.*
92. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang (2008)** *"Bài học kinh nghiệm triển khai can thiệp tiếp cận cộng đồng tỉnh Bắc Giang," Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008 NXB Y học, Hà Nội.*

93. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang** (2008), *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2007*, Sở Y tế Bắc Giang.
94. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bắc Giang** (2010), *Báo cáo tình hình nhiễm HIV/AIDS năm 2010 và phương hướng nhiệm vụ năm 2011*.
95. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nam Định** (2008) "*Báo cáo hoạt động chương trình tiếp cận cộng đồng từ 2003 – 2006 tiểu dự án Life gap, tỉnh Nam Định*," *Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.
96. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Nghệ An** (2008) "*Bài học kinh nghiệm triển khai can thiệp tiếp cận cộng đồng tỉnh Nghệ An*," *Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.
97. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Quảng Ninh** (2005), *Bài học kinh nghiệm thực hiện tiếp cận cộng đồng tỉnh Quảng Ninh*, Báo cáo tại hội nghị các bằng chứng khoa học và thực tiễn về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm tiêm chích ma túy - 2005, Thành phố Hồ Chí Minh.
98. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Thái Bình** (2008) "*Bài học kinh nghiệm triển khai can thiệp tiếp cận cộng đồng tỉnh Thái Bình*," *Báo cáo tiếp cận cộng đồng các tỉnh phía Bắc tháng 4/2008*, NXB Y học, Hà Nội.
99. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2002), *Mạng lưới đào tạo và tư vấn sức khỏe cộng đồng (2002)*, *Dịch tễ học và thống kê trong nghiên cứu khoa học*, Hà Nội.

100. **Vũ Công Thảo** (2008) "*Báo cáo kinh nghiệm triển khai chương trình tiếp cận cộng đồng tại thành phố Hà Nội,*" *Kỷ yếu Hội thảo các bằng chứng khoa học và thực tế về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho nhóm tiêm chích ma túy*, NXB Y học, Hà Nội.
101. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS năm 2007 – một số kết luận cơ bản*, <http://www.unaids.org>, 2007.
102. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS khu vực Bắc Mỹ, Tây và Trung Âu*, <http://www.unaids.org>, 2008.
103. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS khu vực Châu Á*, <http://www.unaids.org>, 2008.
104. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS khu vực Châu Đại Dương*, <http://www.unaids.org>, 2008.
105. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS khu vực Châu Mỹ La Tinh*, <http://www.unaids.org>, 2008.
106. **UNAIDS**, *Cập nhật tình hình dịch AIDS khu vực Đông Âu và Trung Á*, <http://www.unaids.org>, 2008.
107. **UNAIDS**, *Tình hình dịch HIV khu vực Trung Đông và Bắc Phi*, <http://www.unaids.org>, 2008.
108. **UNAIDS**, *Tình hình nhiễm HIV/AIDS trong toàn quốc đến tháng 8 năm 2008*, <http://www.unaids.org>, 2008.
109. **UNAIDS**, *Tóm tắt tình hình dịch AIDS toàn cầu*, <http://www.unaids.org>, 2008.
110. **UNAIDS**, *Tóm tắt tình hình dịch các khu vực trên thế giới*, <http://www.unaids.org>, 2008.
111. **UNAIDS**, *Tóm tắt tình hình dịch các khu vực trên thế giới*, <http://www.unaids.org>, 2010.

112. **UNAIDS, FHI** (2007), *Tổng quan chung về tình hình HIV tại Việt Nam*, tr.12 - 13.
113. **UNAIDS, WHO** (2005), *Chương trình phối hợp của liên hợp quốc về HIV/AIDS - Tổ chức y tế thế giới*, UNAIDS Việt Nam, Hà Nội.
114. **UNAIDS/WHO** (2007), *Cập nhật tình hình dịch AIDS: tháng 12 năm 2007*, UNAIDS Việt Nam, Hà Nội.
115. **Ủy ban quốc gia phòng- chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy- mại dâm** (2010), *Báo cáo đánh giá chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*, Hà Nội.
116. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS** (2007), *Báo cáo đánh giá công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2006*, Hà Nội.
117. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS** (2008), *Báo cáo đánh giá công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2007*, Hà Nội.
118. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS** (2009), *Báo cáo đánh giá công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2008*, Hà Nội.
119. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS** (2006), *Báo cáo đánh giá công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2005*, Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS, Hà Nội.
120. **Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống ma túy và mại dâm** (2001), *Làm sao để trở thành một đồng đảng viên tốt: Tài liệu tập huấn giáo dục đồng đảng cho những nhóm tiêm chích ma túy*, Văn phòng TT PC AIDS Quốc gia, Hà Nội.
121. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm** (2010), *Kỷ yếu hội nghị 20 năm phòng, chống HI/AIDS ở Việt Nam 1990-2010*, NXB Y học, Hà Nội.
122. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm** (2010), "Tiếp cận cộng đồng là chiến lược dự phòng HIV: mục tiêu và hành động," *Nghiên cứu giáo dục sức khỏe*, 7, tr.533 - 546.

123. **Trịnh Hữu Vách, Đoàn Trọng Trung** (2010), "Thái độ được hưởng lợi và nhóm cung cấp dịch vụ đối với các mô hình can thiệp giảm tác hại cho nhóm nghiện chích ma túy,," *Các công trình nghiên cứu khoa học giai đoạn 2006-2010*, tr.179-184.
124. **Viện Vệ sinh dịch tễ học Trung ương** (2002), *Chiều hướng nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma túy*, Hội thảo quốc gia về giám sát trọng điểm HIV/AIDS

Tiếng Anh

125. **Bankole, akiminola et al** (2004), *Youth and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, the Alan Guttmacher Institute*, New York & Washington, 2004.
126. **Bonnie. L.Yegidis, Robert. W.Weinbach** (1996), *Research Methods for Social Workers*, Allyn and Bacon press, USA.
127. **Brow. B, Needle. R** (1994), "Modifying the process of treatment to meet the threat of AIDS," *International Journal of Addiction* (29), 1739-1752.
128. **Coyle. S, Needle. R** (1998), *Community-based outreach risk-reduction strategy to prevent HIV risk behavior in out-of-treatment injection drug users*, NIH Consensus Development Conference on interventions to prevent HIV Risk Behaviors, US National Institutes of Health.
129. **Des Jarlais.D, et al** (2002), "HIV risk behavior among participants of syringe exchange programmes in central/ eastern Europe and Russia," *International Journal of Drug Policy* (13), 165 - 170.
130. **Granich, R., J. Mermin** (2004), *HIV, Health and your community: A Gui for action*, Berkeley, California, USA.
131. **Jarlais D, Hang.H, Friedman S.R., et al.** (1998) "*Dự phòng dịch HIV chủng 1 trong nhóm tiêm chích ma túy* " *Lây nhiễm HIV khi tiêm chích ma túy*, WHO, London.

132. **National, Committee for AIDS** (2005), *Drugs and Prostitution Prevention and Control (1/2006). Second country report on Following up to the declaration of commitment on-Declaration commitment on HIV/AIDS adoted at the 26th United Nations General assembly special session in jun 20021 (UNGASS). Reporting period: January 2003-December 2005*
133. **National Committee for AIDS** (2005), *Drugs and Prostitution Prevention and Control (1/2006). Second country report on Following up to the declaration of commitment on-Declaration commitment on HIV/AIDS adoted at the 26th United Nations General assembly special session in jun 20021 (UNGASS). Reporting period: January 2003-December 2005*
134. **Needle, R.** (2003), *Comprehensive Strategy to prevent HIV among IDUs*, 14-15.
135. **Rasmussen. H** (2002), *A Preliminary Evaluation of Night*.
136. **Riono.P, Jazant.S** (2004), "The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indnesia," *AIDS Education and Prevention* (16), 78-90.
137. **Roeland Monasch, Mary Mahy** (2006), "*Young people: Center of the HIV epidemic*", *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*, WHO, Geneva, pp 15-36.
138. **Rowden.D, et al.** (1999), "HIV outreach for hard-to-reach populations: a cross-site perspective," *Evaluation and program Planing* (22), 251-258.
139. **Semaan.S., e. al.** (2002), "A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the Uniteds States," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 30 (1), pp.75-93.

140. **UNAIDS** (2000), "Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges (Best Practice-key Material)."
141. **UNAIDS** (2010), *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*, UNAIDS.
142. **UNAIDS/WHO** (2010), "Report on the Global AIDS Epidemic," *UNAIDS, November 2010*, .
143. **Wiebel. W, et al** (2002), "Risk behavior and HIV Seroincidence among out of treatment drug users: a four-year prospective study," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* (12), 282-289.

PHỤ LỤC

1. Công cụ định lượng:

PHIẾU PHÒNG VẤN NHÓM NGƯỜI NCMT

Tỉnh Bắc Giang

Phường/ xãTụ điểm:.....

Mã số người được phỏng vấn:

(Đánh số thứ tự từ 01 đến 320)

Họ tên người phỏng vấn:.....

Giới thiệu cho người được phỏng vấn: Chúng tôi làm việc tại Viện Chiến lược và Chính sách y tế, bộ Y tế. Chúng tôi đang có đợt phỏng vấn những người ở khu vực này để tìm hiểu thông tin về phòng chống HIV/AIDS. Trong 1 tháng qua, bạn đã được phỏng vấn cho nghiên cứu này chưa? (**Nếu người đó đã được phỏng vấn cho nghiên cứu này rồi thì không phỏng vấn lại người này nữa.** Nói với họ rằng bạn không thể phỏng vấn họ lần thứ hai, cảm ơn họ và kết thúc phỏng vấn. Nếu họ chưa được phỏng vấn cho nghiên cứu này thì tiếp tục).

Tôi sẽ hỏi bạn một vài câu hỏi đã được in sẵn trong bộ câu hỏi này. Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Trong khi phỏng vấn. Nếu bạn thấy câu hỏi nào khó trả lời đề nghị bạn không trả lời chứ không trả lời một cách thiếu chính xác. Việc bạn trả lời chính xác là vô cùng quan trọng đối với chúng tôi. Vì vậy chúng tôi mong rằng bạn hãy hợp tác và giúp đỡ chúng tôi có được những thông tin trung thực nhất.

Để đảm bảo tính riêng tư, toàn bộ thông tin của bạn cung cấp sẽ được chúng tôi tổng hợp cùng với thông tin của những người khác và không ghi tên người trả lời. nên không ai khác biết bạn đã trả lời những gì.

Tên điều tra viên:Chữ ký: _____

Chữ ký của điều tra viên khẳng định rằng người tham gia nghiên cứu đồng ý bằng miệng việc trả lời phỏng vấn)

Mã hoá kết quả:

Hoàn thành cuộc phỏng vấn	1
Không gặp người được phỏng vấn	2
Từ chối phỏng vấn	3

Hoàn thành một phần cuộc phỏng vấn 4
Khác (ghi cụ thể)..... 5

Giám sát viên đã kiểm tra:

Ngày kiểm tra: ____/____/

20...

Tên giám sát viên: _____

Chữ ký: _____

PHẦN 1: ĐẶC ĐIỂM CHUNG

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C101	Bạn sinh vào tháng năm nào? Ghi 2 số cuối cùng của năm sinh	Tháng __ __ Năm __ __ Không nhớ 99	
C102	Bạn thuộc Dân tộc nào?	Kinh 1 Dân tộc thiểu số (ghi rõ)..... 2	
C103	Trình độ học vấn cao nhất của bạn? * Đọc các khả năng xảy ra và khoanh vào một câu trả lời.	Mù chữ 1 Tiểu học (Lớp 1-5) 2 Trung học cơ sở (Lớp 6-9) 3 Phổ thông trung học (Lớp 10-12) 4 Trung cấp, cao đẳng, đại học (>lớp 12) 5	
C104	Bạn đã sống ở tỉnh Bắc Giang bao lâu rồi?	__ __ tháng __ __ năm Không nhớ 9	
C105	Trong 12 tháng qua , bạn có đi đâu xa khỏi tỉnh Bắc Giang liên tục trong vòng một tháng trở lên không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C106	Hiện nay , bạn đang sống với ai? * Đọc các khả năng xảy ra và khoanh vào một câu Người trả lời cho là chính.	Một mình 1 Sống cùng vợ/bạn gái 2 Sống cùng với người thân 3 Sống cùng với bạn 4 Không cố định (lang thang) 5 Khác(ghi rõ)..... 6	
C107	Trong 1 tháng qua , bạn có thường xuyên uống rượu. bia không? * Đọc các khả năng xảy ra và khoanh một câu trả lời.	Hàng ngày 1 ít nhất 1 lần trong 1 tuần 2 ít hơn 1 lần trong 1 tuần 3 Không uống 4	

C108	<u>Trong 12 tháng qua</u> , thu nhập trung bình 1 tháng của bạn là bao nhiêu? (Ghi chú: thu nhập từ tất cả các nguồn).	Bằng số: _____ ngàn đồng Không nhớ, không trả lời 99																					
C109 (**)	<u>Hiện nay</u> bạn đang làm nghề gì? (Gợi ý trả lời: còn nghề gì khác không?) Giải thích: Nghề tự do: lái xe ôm, bán nước.... Việc bất hợp pháp: cờ bạc, bán ma túy... Không đọc các khả năng xảy ra, chỉ gợi ý và khoanh vào tất cả các phương án trả lời.	<table border="1"> <tr> <td>Làm ruộng</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nhân viên nhà nước</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nhân viên phục vụ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nhân viên bán hàng</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Chủ kinh doanh/buôn bán</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sinh viên</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nghề tự do</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Việc bất hợp pháp</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hiện tại thất nghiệp</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Khác (ghi rõ).....</td> <td>10</td> </tr> </table>	Làm ruộng	1	Nhân viên nhà nước	2	Nhân viên phục vụ	3	Nhân viên bán hàng	4	Chủ kinh doanh/buôn bán	5	Sinh viên	6	Nghề tự do	7	Việc bất hợp pháp	8	Hiện tại thất nghiệp	9	Khác (ghi rõ).....	10	
Làm ruộng	1																						
Nhân viên nhà nước	2																						
Nhân viên phục vụ	3																						
Nhân viên bán hàng	4																						
Chủ kinh doanh/buôn bán	5																						
Sinh viên	6																						
Nghề tự do	7																						
Việc bất hợp pháp	8																						
Hiện tại thất nghiệp	9																						
Khác (ghi rõ).....	10																						

PHẦN 2: TIÊM CHÍCH MA TÚY.

C201	Bạn bắt đầu sử dụng ma túy vào tháng năm nào?	Tháng __ __ Không nhớ 99 Năm __ __ __ __ Không nhớ 9999	
C202	Bạn bắt đầu tiêm chích ma túy vào tháng năm nào?	Tháng __ __ Không nhớ 99 Năm __ __ __ __ Không nhớ 9999	
C203 (**)	<u>Trong 1 tháng qua</u> , bạn đã tiêm chích những loại ma túy nào dưới đây? **Đọc các khả năng xảy ra và khoanh vào tất cả các câu trả lời có.	a.Thuốc phiện 1 b.Hê rô in 2 c.Thuốc an thần/giảm đau (seduxen....) 3	

		d. Khác (ghi rõ).....	4
C203a (**)	Trong 1 tháng qua, bạn có dùng loại ma túy tổng hợp nào không? (Hồng phiến, thuốc Lắc, Đá...) **Đọc các khả năng và khoanh vào tất cả các câu trả lời nếu có.	a.Hồng phiến (Amphetamine) b.Thuốc lắc (Ecstasy) c. Đá (ice) d. Khác (Ghi rõ)..... d. Không dùng	1 2 3 4 5
C204 *	Trong 1 tháng qua, bạn có thường xuyên tiêm chích ma túy không? Gợi ý cho trả lời (Khoanh vào một câu trả lời duy nhất)	≥ 4 lần 1 ngày 2 đến 3 lần trong 1 ngày Khoảng 1 lần trong 1 ngày Ít hơn 1 lần trong 1 ngày Không biết/không trả lời	1 2 3 4 9
C205 **	Trong 1 tháng qua, bạn thường mua/nhận được bơm kim tiêm (xi-lanh, ống chích) từ đâu? (Không đọc các câu trả lời. Khoanh vào tất cả các câu trả lời nếu có)	Hiệu thuốc Các cơ sở y tế Người bán ma túy Bạn cùng tiêm chích Cán bộ y tế Đồng đảng viên Câu lạc bộ. điểm giáo dục Khác (ghi rõ)	1 2 3 4 5 6 7 8

PHẦN 3: DÙNG CHUNG BƠM KIM TIÊM

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyên
C30 1 *	Trong 6 tháng qua, khi tiêm chích ma túy, bạn có khi nào sử dụng lại bơm kim tiêm mà người khác đã hoặc vừa dùng xong HOẶC đưa cho người khác dùng lại bơm kim tiêm mà bạn vừa dùng không?	Tất cả các lần Đa số các lần Đôi khi Không bao giờ Không trả lời	1 2 3 4 9 →307

C30 2 *	Trong 1 tháng qua, bạn có đưa cho ai dùng bơm kim tiêm (xi-lanh, ống chích) mà bạn vừa dùng để tiêm chích không?	Tất cả các lần 1 Đa số các lần 2 Đôi khi 3 Không bao giờ 4 Không trả lời 9	
C30 3 *	Trong 1 tháng qua, khi tiêm chích ma túy, bạn có lần nào sử dụng lại bơm kim tiêm (xi-lanh, ống chích) mà người khác đã hoặc vừa dùng xong không?	Tất cả các lần 1 Đa số các lần 2 Đôi khi 3 Không bao giờ 4 Không trả lời 9	→306
C30 4 *	Trong 1 tháng qua, trước khi bạn sử dụng lại bơm kim tiêm mà người khác đã hoặc vừa dùng xong, bạn có thường làm sạch bơm kim tiêm này không?	Tất cả các lần 1 Đa số các lần 2 Đôi khi 3 Không bao giờ 4 Không trả lời 9	→306
C30 5 (**)	Nếu có, bạn thường làm sạch như thế nào? **Đọc các lựa chọn – khoanh tất cả trả lời	Súc nước nguội 1 Súc nước nóng 2 Súc nước sát khuẩn 3 Súc cồn 4 Khác(ghi rõ)..... 5	
C30 6 (**)	Trong 6 tháng qua, bạn đã từng dùng chung bơm kim tiêm (BKT) với những người nào? (giải thích: Dùng chung BKT tức là sử dụng lại BKT vừa dùng xong của người khác HAY đưa cho người khác dùng lại BKT bạn vừa dùng xong) **Đọc các lựa chọn- Khoanh tất cả các câu trả lời nếu có.	Vợ / Bạn gái 1 Gái mại dâm 2 Người mua dâm bạn 3 Bạn tình khác 4 Bạn chích khác 5 Người bán ma túy 6 Khác(ghi rõ)..... 7	
C30 7 *	Trong 6 tháng qua, khi bạn tiêm chích, bạn có thường dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc cùng với những người khác không? (Dùng chung thuốc nghĩa là lấy thuốc từ cùng 1 lọ chứa).	Tất cả các lần 1 Đa số các lần 2 Đôi khi 3 Không bao giờ 4 Không trả lời 9	→309

C308 (**)	Trong 6 tháng qua , bạn đã từng dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc cùng với những ai? <i>(Dùng chung thuốc nghĩa là lấy thuốc từ cùng 1 lọ chứa).</i> **Đọc các lựa chọn- Khoanh tất cả các câu trả lời có.	Vợ / Bạn gái 1 Gái mại dâm 2 Người mua dâm bạn 3 Bạn tình khác 4 Bạn chích khác 5 Người bán ma túy 6 Khác (ghi rõ)..... 7	
C309 *	Trong 12 tháng qua , bạn có tiêm chích ma túy ở tỉnh khác không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 8 Không trả lời 9	→311
C310	Nếu có , bạn tiêm chích ở những tỉnh /thành phố nào (bao gồm cả các tỉnh. thành phố ở nước ngoài)? Ghi rõ tên tỉnh, thành phố và tên nước	
C311	Bạn có biết nơi có thể nhận/mua được bơm kim tiêm (xi-lanh. ống chích) mới không?	Có 1 Không 2	→401
C312 (**)	Nếu có , ở đâu? **Đọc các lựa chọn – khoanh tất cả trả lời thích hợp	Hiệu thuốc 1 Các cơ sở y tế 2 Người bán ma túy 3 Bạn cùng tiêm chích 4 Đồng đảng viên 5 Cán bộ y tế 6 Câu lạc bộ. điểm giáo dục 7 Khác(ghi rõ)..... 8	
C313 *	Bạn có thể nhận/mua được bơm kim tiêm sạch bất cứ khi nào cần không? (Đọc các lựa chọn. chỉ khoanh vào 1 trả lời duy nhất.)	Có 1 Không 2 Không trả lời 9	→401 →401

C313a (**)	<p>Nếu bạn không nhận được bơm kim tiêm sạch thì vì lý do gì?</p> <p>**<i>(Không đọc mà chỉ gắng hỏi còn lý do nào khác không – Khoanh vào tất cả các câu trả lời)</i></p>	Không có tiền	1
		Không muốn bỏ tiền mua	2
		Bơm kim tiêm quá đắt	3
		Nơi bán đóng cửa	4
		Không có loại vừa ý	5
		Nơi bán hết hàng	6
		Nơi bán nằm quá xa	7
		Không biết nơi mua/nhận	8
		Khác(ghi rõ).....	9

PHẦN 4: HÀNH VI TIÊM CHÍCH LẦN GẦN ĐÂY NHẤT

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C401	Bạn tiêm chích lần gần đây nhất cách đây mấy ngày? <i>(Nếu hôm nay điền 00)</i>	Cách đây _ _ Ngày Không nhớ 99	
C402 *	<u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u> , bạn đã sử dụng loại ma túy nào là loại chính <i>(Không đọc các lựa chọn – Khoanh vào 1 câu trả lời duy nhất)</i>	Hê-rô-in 1 Thuốc phiện 2 Thuốc giảm đau/an thần(seduxen..) 3 Khác(ghi rõ)..... 4 Không biết / Không nhớ 9	
C403	<u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u> , bạn đã mua ma túy hết bao nhiêu tiền?	(Nếu không mất tiền điền 00) Mất tiền: đồng	

C404 *	<p><u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u>, bạn đã tiêm chích ở đâu?</p> <p>- Nơi công cộng gồm: đường phố, chợ, công viên, bến xe...những điểm không cố định. - Tự điểm tiêm chích là nơi có từ 3 người trở lên đã ngầm hẹn nhau *(Không đọc các lựa chọn – Khoanh vào 1 câu trả lời)</p>	<p>ở nhà mình 1</p> <p>ở nhà bạn tình 2</p> <p>ở nhà bạn cùng tiêm chích 3</p> <p>Nơi công cộng 4</p> <p>Tại tụ điểm tiêm chích 5</p> <p>ở chỗ người bán ma túy 6</p> <p>ở chỗ gái mại dâm 7</p> <p>ở chỗ khác(ghi rõ).... 8</p>	
C405 *	<p><u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u>, bạn có dùng bơm kim tiêm mới không? (là bơm kim tiêm còn nguyên trong bao chưa từng được bóc ra)?</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không biết 9</p>	
C406 *	<p><u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u>, bạn có dùng chung bơm kim tiêm với ai không?</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không trả lời 9</p>	<p>→411</p> <p>→411</p>
C407	<p><u>Trong lần đó</u>, có bao nhiêu người tiêm chích khác cùng dùng chung một bơm kim tiêm với bạn?</p>	<p>Số người tiêm chích _ _ _ _ </p> <p>Không nhớ/Không trả lời 99</p>	
C408 *	<p><u>Trong lần đó</u>, bạn dùng chung bơm kim tiêm vì lý do chính là gì?</p> <p>*(không đọc các lựa chọn – lựa chọn theo nghĩa gần nhất mà người trả lời đưa ra – khoanh 1 trả lời duy nhất)</p>	<p>Bơm kim tiêm quá đắt 1</p> <p>Thích dùng chung cùng bạn 2</p> <p>Bạn NCMT khác muốn dùng chung 3</p> <p>Không đủ tiền để chích một mình 4</p> <p>Không thể tự chích cho bản thân 5</p> <p>Không có đủ bơm kim tiêm 6</p> <p>Khác (ghi rõ)..... 7</p> <p>Không trả lời 9</p>	

C409 *	<u>Trong lần đó</u> bơm kim tiêm dùng chung có được làm sạch không?	Có 1 Không 2 Không biết 9	→ 411 → 411
C410 *	<u>Nếu có</u> , thì bạn làm sạch bơm kim tiêm bằng cách nào? (<i>Không đọc các lựa chọn – Khoanh vào 1 câu trả lời duy nhất</i>)	Súc nước nguội 1 Súc nước nóng 2 Súc nước sát khuẩn 3 Súc cồn 4 Khác(ghi rõ)..... 6	
C411 *	<u>Trong lần tiêm chích gần đây nhất</u> , bạn có dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc cùng với những người khác không? (<i>Dùng chung thuốc nghĩa là lấy thuốc từ cùng 1 lọ chứa.</i>)	Có 1 Không 2 Không biết 9	→ 501 → 501
C412	<u>Trong lần đó</u> , có bao nhiêu người khác cùng dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc với bạn?	Người tiêm chích <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> người Không nhớ, không trả lời 99	

PHẦN 5: MẠNG LƯỚI NHỮNG NGƯỜI TIÊM CHÍCH MA TUÝ

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C501	Bạn biết bao nhiêu người tiêm chích ma túy khác mà họ cũng biết bạn (bạn biết tên của họ và họ cũng biết tên bạn)?	Ghi rõ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> người	
C502	<u>Trong 1 tháng qua</u> , bạn đã gặp bao nhiêu người trong số kê trên (số người ở câu 501)?	Ghi rõ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> người	

C503	<p>Có bao nhiêu người tiêm chích ma túy theo bạn biết là thuộc các dạng sau đây? (Đọc gợi ý và ghi câu trả lời không được lớn hơn số người trong câu 501):</p>	<p>Dưới 16 tuổi _ _ _ người nay đang đi cai nghiện _ _ _ người Đã từng đi cai nghiện _ _ _ người Không nhà cửa _ _ _ người Là phụ nữ _ _ người</p>	
------	--	---	--

PHẦN 6: LỊCH SỬ QUAN HỆ TÌNH DỤC: SỐ LƯỢNG VÀ CÁC LOẠI BẠN TÌNH:

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C601 *	Bạn đã từng lập gia đình bao giờ chưa?	Chưa bao giờ 1 Đang có vợ 2 Đã ly dị 3 Đã ly thân 4 Goá vợ 5	→(PV vợ NCMT)
C602	Bạn đã từng quan hệ tình dục bao giờ chưa? (gồm quan hệ tình dục qua âm đạo và hậu môn.)	Có 1 Không 2	→1102
C603	Bạn bắt đầu quan hệ tình dục lần đầu tiên năm bạn bao nhiêu tuổi?	Tuổi _ _ Không nhớ 99	
C604	<p><i>Trong 12 tháng qua</i>, bạn đã quan hệ tình dục với bao nhiêu bạn tình khác nhau?</p> <p><i>Gợi ý: Xin hãy dành thời gian suy nghĩ về câu trả lời. Thông tin này hoàn toàn bí mật.</i></p>	Số bạn tình trong 1 năm qua _ _ _ _ (Nếu không có ai ghi 00) Không nhớ 99	→1101
C605	<p><i>Trong 12 tháng qua</i>, bạn đã có quan hệ tình dục với bao nhiêu người là: (<i>Điều tra viên phải đọc rõ từng phần sau</i>):</p> <p>"Vợ, người yêu" là người có quan hệ tình dục thường xuyên không trả tiền. (người mà bạn cưới hoặc sống cùng với bạn)</p> <p>"Gái mại dâm" là người mà bạn quan hệ tình dục có trả tiền.</p>	<p>605.1 - Vợ/người yêu _ _ Không nhớ 99</p> <p>605.2 -Số gái mại dâm _ _ Không nhớ 99</p> <p>605.3 -Số bạn tình bắt chột không trả tiền - _ _ Không nhớ 99</p>	

	<p>"Bạn tình bất chợt không trả tiền" là người mà bạn có quan hệ tình dục nhưng không phải là <u>vợ</u>, người yêu hay <u>gái mai dâm</u></p> <p>"Bạn tình nam giới": Nam giới mà bạn có quan hệ tình dục qua đường hậu môn</p>	<p>605.4 Số bạn tình nam giới <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Không nhớ 99</p> <p><u>Chú ý:</u> kiểm tra số bạn tình trong C604 và C605 để đảm bảo các con số khớp nhau.</p>	
C606	<p>Trong lần quan hệ tình dục gần nhất với người KHÔNG PHẢI LÀ VỢ HAY NGƯỜI YÊU bạn có dùng bao cao su không?</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	

C802	<u>Trong</u> lần quan hệ tình dục với gái mại dâm gần đây nhất, bạn có sử dụng bao cao su không? Gợi ý: Xin hãy dành thời gian suy nghĩ về câu trả lời. Thông tin này hoàn toàn bí mật.	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→804 →804
C803 *	<u>Nếu có</u> , Ai là người đã gợi ý sử dụng bao cao su trong lần quan hệ đó?	Tự bản thân 1 Gái mại dâm 2 Cùng quyết định 3	
C804 *	<u>Trong 12 tháng qua</u> , bạn có thường xuyên sử dụng BCS với gái mại dâm không?	Tất cả các lần 1 Đa số các lần 2 Thỉnh thoảng 3 Không bao giờ 4	
C805	<u>Trong 12 tháng qua</u> , bạn có nghĩ hay biết ai trong số bạn tình là gái mại dâm nghiện chích ma túy không?	Có 1 Không 2 Không biết 9	

PHẦN 9: LỊCH SỬ QUAN HỆ TÌNH DỤC VỚI BẠN TÌNH BẤT CHỢT KHÔNG TRẢ TIỀN

Chỉ hỏi phần này đối với những người có câu trả lời 605.3 lớn hơn hay bằng 1 hay không nhớ.

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C901	<u>Trong 1 tháng qua</u> , bạn có quan hệ tình dục (đường âm đạo hay hậu môn) với bạn tình bất chợt không trả tiền (<i>không phải vợ, người yêu hay gái mại dâm</i>) bao nhiêu lần?	Số lần _ _ _ Không nhớ 99	
C902	<u>Trong</u> lần quan hệ tình dục với bạn tình bất chợt gần đây nhất, bạn có sử dụng bao cao su không? Gợi ý: Xin hãy dành thời gian suy nghĩ về câu trả lời. Thông tin này hoàn toàn bí mật.	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→905
C903	<u>Nếu có</u> , Ai là người đã gợi ý sử dụng bao cao su trong lần quan hệ đó?	Tự bản thân 1 Bạn tình 2 Cùng quyết định 3	

*			
C904	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn có thường xuyên sử dụng BCS với bạn tình bất chợt không?	Tất cả các lần Đa số các lần Thỉnh thoảng Không bao giờ	1 2 3 4
C905	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn có nghĩ hay biết ai trong số bạn tình bất chợt của bạn nghiện chích ma túy không?	Có Không Không biết	1 2 9

PHẦN 10: LỊCH SỬ QUAN HỆ TÌNH DỤC VỚI BẠN TÌNH LÀ NAM GIỚI

Chỉ hỏi phần này đối với những người có câu trả lời 605.4 lớn hơn hay bằng 1 hay không nhớ.

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C1001	<i>Trong 1 tháng qua</i> , bạn quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam giới bao nhiêu lần?	Số lần quan hệ tình dục __ __ Không nhớ	99
C1002	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam giới bao nhiêu lần?	Số lần quan hệ tình dục __ __ __ Không nhớ	99
C1003	<i>Trong</i> lần quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam giới gần đây nhất, bạn có sử dụng bao cao su không? <i>Gợi ý: Xin hãy dành thời gian suy nghĩ về câu trả lời. Thông tin này bí mật</i>	Có Không Không nhớ	1 2 →1005 3
C1004	<i>Nếu có</i> , ai là người đã gợi ý sử dụng bao cao su trong lần	Tự bản thân	1

*	quan hệ đó?	Bạn tình	2	
		Cùng quyết định	3	
C1005 *	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn có thường xuyên sử dụng BCS với bạn tình nam giới không?	Tất cả các lần	1	
		Đa số các lần	2	
		Thỉnh thoảng	3	
		Không bao giờ	4	
C1006	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn có nghĩ hay biết ai trong số bạn tình nam giới của bạn nghiện chích ma túy không?	Có	1	
		Không	2	
		Không biết	9	
C1007	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn đã từng bao giờ được trả tiền để quan hệ tình dục với một người nam giới khác chưa?	Có	1	
		Không	2	

PHẦN 11: SỬ DỤNG BAO CAO SU

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C1101 (**)	Bạn có biết những nơi nào mà bạn có thể lấy hay mua được bao cao su không? <i>**Không đọc. Chỉ gợi ý trả lời thêm. Khoanh vào tất cả các lựa chọn thích hợp.</i>	1	
		Hiệu thuốc	
		Cửa hàng	2
		Các cơ sở y tế	3
		Bar/nhà hàng/k.sạn	4
		Đông đồng viên	5
		Cán bộ y tế	6
		Câu lạc bộ. điểm giáo dục	7
		Không biết	8
		Khác(ghi rõ).....	9
C1102	Bạn đã từng bao giờ sử dụng bao cao su chưa?	Có 1 Chưa bao giờ 2 Không trả lời 9	→1201

C1103 *	Bạn có thể lấy được bao cao su bất cứ khi nào bạn cần không?	Có 1 Không bao giờ cần BCS Không trả lời	Không 2 3 9	→1201
C1104 (**)	Bạn thường có được BCS từ đâu? **Không đọc, chỉ gọi ý trả lời thêm. Khoanh vào tất cả các lựa chọn thích hợp.	Hiệu thuốc Cửa hàng Các cơ sở y tế Bar/nhà hàng/k.sạn Đồng đảng viên Cán bộ y tế Câu lạc bộ. điểm giáo dục Không biết (ghi rõ).....Khác	1 2 3 4 5 6 7 8 9	

PHẦN 12: CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyển
C1201 (**)	Bạn có thể kể ra các triệu chứng hay biểu hiện của bệnh lây qua quan hệ tình dục không? ** không đọc. Chỉ gọi ý trả lời thêm. Khoanh vào tất cả các lựa chọn thích hợp.	Đau vùng bụng Chảy mủ/dịch niệu đạo Tiểu tiện đau. buốt Loét. sùi bộ phận sinh dục Ngứa bộ phận sinh dục Biểu hiện khác (Ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6
C1202	<u>Trong 12 tháng qua</u> , bạn có bị chảy mủ/dịch bộ phận sinh dục không?	Có 1 Không Không biết	2 3
C1203	<u>Trong 12 tháng qua</u> , bạn có bị đau hay loét, sùi bộ phận sinh dục không?	Có 1 Không Không biết	2 3
Nếu KHÔNG bị chảy mủ hay đ., loét bộ phận sinh dục chuyển sang câu →1301			

C1204 (**)	<u>Trong lần gần đây nhất</u> , khi bạn bị đau, loét, sùi, chảy mủ bộ phận sinh dục, bạn đã làm gì? **Hỏi từng ý một. Khoanh những câu trả lời có	
	a. Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước?	1
	b. Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế tư nhân?	2
	c. Đến các nhà thuốc để mua thuốc	3
	d. Đi khám, chữa tại các thầy lang	4
	e. Tự chữa ở nhà	5
	f. Nói cho bạn tình biết về các triệu chứng của mình	6
	g. Ngừng quan hệ tình dục khi bạn có các triệu chứng	7
	h. Dùng BCS để quan hệ tình dục trong thời gian có triệu chứng trên	8
	i. Không làm gì cả	9

PHẦN 13: KIẾN THỨC. HIỂU BIẾT VỀ HIV

STT	Câu hỏi	Mã hóa trả lời	Chuyên	
C1301	Trước cuộc phỏng vấn này, bạn đã bao giờ nghe nói về HIV/AIDS (hay SIDA) chưa?	Có	1	
		Không	2	
		Không trả lời	9	
C1302	Theo bạn, một người nhìn bình thường có thể bị nhiễm HIV hay không?	Có	1	
		Không	2	
		Không biết	9	
C1303	<i>Bây giờ tôi sẽ đọc cho bạn nghe một số câu trong đó một số câu là đúng và một số câu không đúng. Những câu này mang ý nghĩa tổng quát và không ám chỉ đến bản thân bạn. Hãy nói cho tôi biết là bạn đồng ý hay không đồng ý với từng câu dưới đây.</i>			
	Câu	Trả lời		
A	Quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.	Đúng	Sai	Không biết
B	Một người có thể bị nhiễm HIV nếu họ sử dụng nhà vệ sinh công cộng.	Đúng	Sai	Không biết

C	Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục đường âm đạo sẽ phòng được lây nhiễm HIV.	1	2	9	
D	Muối hay các côn trùng khác đốt/cắn có thể truyền HIV.	1	2	9	
E	Dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.	1	2	9	
F	Rửa sạch bơm kim tiêm giữa các lần tiêm chích làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.	1	2	9	
G	Một người có thể tránh không bị nhiễm HIV bằng cách không quan hệ tình dục.	1	2	9	
H	Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục đường hậu môn sẽ phòng được lây nhiễm HIV.	1	2	9	
C1304 *	Bạn tự đánh giá như thế nào về khả năng nhiễm HIV của bản thân? <i>*(PPV tìm hiểu thêm về Nguy cơ của đối tượng)</i>		Nguy cơ cao Nguy cơ thấp Không có nguy cơ Không biết	1 2 3 9	→1306
C1305 **	Tại sao bạn nghĩ rằng bạn có nguy cơ nhiễm HIV? <i>Không đọc mà chỉ gắng hỏi: còn lý do nào khác không? Khoanh những câu trả lời có.</i>		Nhiều bạn tình QHTD không dùng BCS Tiêm chích ma túy Nhận máu truyền Lý do khác(Ghi rõ).....	1 2 3 4 5	
C1306 **	<i>Nếu đã hỏi 13.05 thì bỏ qua</i> Tại sao bạn nghĩ rằng bạn không có nguy cơ nhiễm HIV? <i>Không đọc mà chỉ gắng hỏi: còn lý do nào khác không? Khoanh những câu trả lời thích hợp.</i>		Chung thủy Dùng bao cao su Không tiêm chích Bạn tôi không bị nhiễm HIV Không QHTD đường hậu môn Không QHTD với GMD Không nhận máu truyền Lý do khác(Ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6 7 8	

PHẦN 14: CÁC CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

STT	Câu hỏi	Mã số cho câu trả lời	Chuyển
C1401	Bạn đã từng được cai nghiện tập trung bao nhiêu lần?	[__] lần Không nhớ/không chắc chắn 99 Chưa bao giờ 00	→1405
C1402 (*)	<u>Lần cai nghiện tập trung gần đây nhất</u> , bạn đã vào đó như thế nào? <i>(Chỉ gặng hỏi. Khoanh vào 1 câu trả lời duy nhất)</i>	Bị chính quyền bắt buộc 1 Gia đình bắt buộc 2 Tự xin vào 3 Lý do khác (ghi rõ)..... 4	
C1403	<u>Lần đó</u> , bạn ở trong TT cai nghiện tập trung bao lâu?	[__] tháng	
C1404	<u>Lần gần đây nhất</u> bạn ra khỏi TT cai nghiện tập trung là tháng năm nào?	Tháng [__]__] Năm [__]__[__]__	
C1405	<u>Trong 6 tháng vừa qua</u> , bạn có nhận được bơm kim tiêm sạch miễn phí không?	Có 1 Không 2	→1407
C1406	<u>Trong 1 tháng vừa qua</u> , bạn có nhận được bơm kim tiêm sạch miễn phí không?	Có 1 Không 2	→1407
1406a	<u>Nếu có</u> , bạn nhận được bao nhiêu lần trong 1 tháng qua?	Số lần [__]__	
1406b	Trung bình mỗi lần bạn nhận được bao nhiêu chiếc bơm kim tiêm?	Số chiếc bơm kim tiêm [__]__[__]	

1406c (**)	Bạn nhận được bom kim tiêm miễn phí từ đâu (nguồn nào)? **<i>(Có thể lựa chọn nhiều khả năng nhưng không đọc ra các khả năng)</i>	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Má mì. quản lý 3 Bạn cùng hành nghề 4 Trung tâm tư vấn xét nghiệm 5 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 6 Bạn tình 7 Khác (ghi rõ)..... 8	
1406d	Bạn nhận được bom kim tiêm miễn phí chủ yếu từ đâu (nguồn nào)? <i>(chọn một khả năng)</i>	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Má mì. quản lý 3 Bạn cùng hành nghề 4 Trung tâm tư vấn xét nghiệm 5 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 6 Bạn tình 7 Khác (ghi rõ)..... 8	
C140 7	<u>Trong 6 tháng vừa qua.</u> bạn có nhận được bao cao su miễn phí?	Có 1 Không 2	→1409
C1408	<u>Trong 1 tháng vừa qua.</u> bạn có nhận được bao cao su miễn phí ?	Có 1 Không 2	→1409
1408a	<u>Nếu có,</u> bạn nhận được bao nhiêu lần trong 1 tháng qua?	Số lần [][][][]	
1408b	Trung bình mỗi lần bạn nhận được bao nhiêu chiếc BCS?	Số chiếc BCS [][][][]	
1408c (**)	Bạn nhận bao cao su miễn phí từ những nguồn nào? **<i>(Có thể lựa chọn nhiều khả năng nhưng PVV không đọc ra các khả năng)</i>	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Bạn cùng hành nghề 3 Trung tâm tư vấn xét nghiệm 4 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 5 Bạn tình 6 Khác(ghi rõ)..... 7	

1408d *	Bạn nhận Báo cáo su miễn phí <u>chủ yếu</u> từ nguồn nào? *(Chỉ lựa chọn một khả năng)	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Bạn cùng hành nghề 3 Trung tâm tư vấn xét nghiệm 4 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 5 Bạn tình 6 Khác (ghi rõ)..... 7	
C1409	<u>Trong 6 tháng vừa qua</u> , có ai nói với bạn về tình dục an toàn không?	Có 1 Không 2	→1411
C1410	<u>Trong 1 tháng vừa qua</u> , có ai nói với bạn về tình dục an toàn không?	Có 1 Không 2	→1411
1410a	<u>Nếu có</u> , bạn nhận được bao nhiêu lần trong 1 tháng qua?	Số lần [][][][]	
1410b (**)	Ai là người nói với bạn về tình dục an toàn và phòng chống bệnh lây truyền đường tình dục ?	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Cbộ xã phường, người quản lý 3 Bạn cùng nghiệp 4 CBộ Trung tâm tư vấn xét nghiệm 5 Cbộ tại Câu lạc bộ, điểm giáo dục 6 Bạn tình 7 Khác (ghi rõ).....8	
C141 1	<u>Trong 6 tháng vừa qua</u> , có ai nói với bạn về tiêm chích ma túy an toàn không?	Có 1 Không 2	→1413
C1412	<u>Trong 1 tháng vừa qua</u> , có ai nói với bạn về tiêm chích ma túy an toàn không?	Có 1 Không 2	→1413
1412a	<u>Nếu có</u> , bạn nhận được bao nhiêu lần trong 1 tháng qua?	Số lần [][][][]	

1412b (**)	Ai là người nói với bạn về tiêm chích an toàn và phòng chống HIV/AIDS ?	Đồng đảng viên, tuyên truyền viên 1 Cán bộ y tế 2 Cbộ xã phường, người quản lý 3 Bạn cùng nghiệp 4 CBộ Trung tâm tư vấn xét nghiệm 5 Cbộ tại Câu lạc bộ, điểm giáo dục 6 Bạn tình 7 Khác (ghi rõ)..... 8	
C1413	<u>Trong 6 tháng vừa qua</u> , bạn có nhận được những thông tin, tài liệu về tình dục, tiêm chích an toàn không?	Có 1 Không 2	→1415
C1414	<u>Trong 1 tháng vừa qua</u> , bạn có nhận được những thông tin, tài liệu về tình dục, tiêm chích an toàn không?	Có 1 Không 2	→1415
1414a	<u>Nếu có</u> , bạn nhận được bao nhiêu lần trong 1 tháng qua?	Số lần [][]	
1414b (**)	Bạn nhận được những thông tin này từ nguồn nào? **Hỏi từng ý một, khoanh những câu trả lời có	Ti-vi 1 Đài radio 2 Báo, tạp chí 3 Tranh quảng cáo 4 Tờ rơi 5 Khác 6 (ghi rõ).....	
TIẾP CẬN CHƯƠNG TRÌNH TƯ VẤN XÉT NGHIỆM TỰ NGUYỆN (VCT)			
C1415 *	Bạn có biết nơi nào trong tỉnh mà người ta có thể đến xét nghiệm bí mật để biết có nhiễm HIV hay không? (giải thích: Bí mật có nghĩa là không ai biết kết quả XN trừ khi người được XN muốn cho họ biết)	Có 1 Không 2 Không trả lời 9	→1418 →1418

C141 6 (**)	Nếu có , xin bạn hãy kể một vài nơi trong tỉnh có Phòng Tư vấn xét nghiệm tự nguyện mà bạn biết? <i>(giải thích: Phòng TVXNTN là nơi vừa XN vừa tư vấn về HIV miễn phí cho người tự nguyện)</i> ** Ghi & khoanh vào ý trả lời có	TTYT tỉnh hoặc BV tuyến tỉnh... 1 <i>Ghi rõ.....</i> TTYT huyện hoặc BV tuyến huyện 2 <i>Ghi rõ</i>	
C141 7 (**)	Bạn biết được thông tin trên từ nguồn nào? <i>(gợi ý và khoanh những câu trả lời thích hợp)</i>	Giới thiệu của đồng đảng viên 1 Giới thiệu của nhân viên y tế 2 Bạn tình 3 Bạn chích 4 Thông tin đại chúng 5 Khác Ghi rõ..... 6	
C141 8 *	Bạn đã bao giờ đi nghe tư vấn và làm xét nghiệm HIV chưa? <i>(Giải thích rằng người phỏng vấn không cần biết kết quả xét nghiệm)</i>	Có 1 Không 2 Không biết/Không trả lời 9	->1429 ->1429
C141 9	Nếu có , thì bạn đã đến nghe tư vấn và làm xét nghiệm HIV tại những cơ sở nào	Ghi rõ tên phòng VCT.....	
C142 0 *	Lần gần nhất bạn làm xét nghiệm tại các cơ sở trên là khi nào?	Trong năm vừa qua 1 Hơn một năm trước đây 2 Không nhớ 3 Không biết/ Không trả lời 9	
C142 1 *	Lần đó là do bạn tự đi hay là do người khác đề nghị?	Tự nguyện đi (biết thông tin và tự đi) 1 Người khác đề nghị 2 Khác (ghi rõ)..... 3 Không biết/Không trả lời 9	
C142 2 (**)	Lần đó , cán bộ y tế có trao đổi/tư vấn gì với bạn về HIV/AIDS trước khi lấy máu xét nghiệm? <i>(Hỏi từng ý một)</i>	Giới thiệu những nội dung sẽ được thảo luận 1 Trao đổi về tính bí mật 2 Thảo luận về nguy cơ lây nhiễm HIV của bạn 3 Thảo luận về các biện pháp giảm nguy cơ 4 Hướng dẫn/trình diễn cách sử dụng BCS 5 Xây dựng kế hoạch (KH) giảm nguy cơ (GNC) 6 Trao đổi về người sẽ hỗ trợ bạn thực hiện KH GNC 7 Trao đổi về ý nghĩa của kết quả XN HIV 8	

	**khoanh câu trả lời có	Cung cấp phiếu hẹn 9 Không biết/không trả lời 10	
C142 3	<u>Lần đó</u> , bạn có đến lấy kết quả XN không?	Có 1 Không 2	→1425
C142 4 (**)	<u>Lần đó</u> , cán bộ y tế có trao đổi/tư vấn gì với bạn về HIV/AIDS khí bạn đến lấy kết quả xét nghiệm? **<i>(Hỏi từng ý một. khoanh câu trả lời có)</i>	Thông báo kết quả 1 Kế hoạch tương lai nếu XN dương tính 2 Kế hoạch làm giảm nguy cơ 3 Những gì đã được thực hiện tốt/chưa tốt 4 Lập lại kế hoạch giảm nguy cơ phù hợp 5 Nội dung khác (ghi rõ)..... 6	
C142 5 (**)	<u>Lần đó</u> , bạn có được giới thiệu đến những nơi nào khác để được hỗ trợ tiếp theo không? **<i>(Hỏi từng ý một. khoanh câu trả lời có)</i>	Dịch vụ y tế khác 1 Chương trình tiếp cận cộng đồng 2 Phòng khám ngoại trú 3 Sinh hoạt đồng đẳng 4 Các dịch vụ khác (ghi rõ) 5 Không được giới thiệu 6	
C142 6 (**)	<u>Lần đó</u> , nhân viên Phòng tư vấn viên có cung cấp hoặc khuyên bạn nhận những vật tư sau không? **<i>(Hỏi từng ý một. khoanh câu trả lời có)</i>	Loại gì ?	Cấp tại chỗ khuyên đi nhận
		1426.1-Bơm kim tiêm 1426.2-Bao cao su 1426.3.Tờ rơi. tờ gấp	1 2 3
C142 7 (**)	<u>Nhân xét</u> của bạn về dịch vụ tại phòng tư vấn ở đó? **<i>(Hỏi từng ý một. khoanh câu trả lời có)</i>	Đảm bảo tính riêng tư 1 Đảm bảo tính bí mật 2	
C142 8 (**)	<u>Nhân xét</u> của bạn về nhân viên phòng tư vấn? **<i>(Hỏi từng ý một. khoanh câu trả lời có)</i>	Nhân viên có thái độ tôn trọng bạn không? 1 Nhân viên có quan tâm sức khỏe của bạn không? 2 Có cảm thông về nguy cơ của bạn không? 3	

		Có lắng nghe ý kiến và khuyến khích bạn không? 4	
C142 9 *	<u>Nếu chưa</u> , thì bạn có ý định sẽ đến phòng TVXNTN trong thời gian sắp tới không?	Có 1 Không 2 Không biết/Không trả lời 9	→ C1501 → C1501
C143 0 (**)	<u>Nếu không</u> thì lý do tại sao? (không đọc. chỉ gợi ý.) **khoanh câu trả lời thích hợp.	Bản thân thấy sợ biết kết quả 1 Bản thân thấy không cần thiết 2 Sợ bị kỳ thị 3 Sợ lộ tình trạng bản thân (có HIV) 4 Điểm xét nghiệm tư vấn ở xa 5 Điểm XN tư vấn không đảm bảo tính bí mật 6 Khác (ghi rõ)..... 7 Không biết/Không trả lời 9	
C14 31	<i>Bạn có ý kiến đề nghị gì:</i> Với Dự án	
	với Chính quyền. đoàn thể Xã hội địa phương	

Đọc và kiểm tra lại toàn bộ bảng câu hỏi
(Chú ý: Câu có dấu * chỉ lấy 01 ý; các câu ** lấy 1 hoặc nhiều ý trả lời có)

Cuộc phỏng vấn kết thúc lúc.....giờ... ..ngày.....tháng.....năm 2010

Điều tra viên ký
(ghi rõ họ tên)

2. Công cụ nghiên cứu định tính**MẪU 1****HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU****LÃNH ĐẠO UBND TỈNH/ THÀNH PHỐ/PHƯỜNG/ XÃ****Mã số người được phỏng vấn:****Mục đích phỏng vấn:** Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;**Giới thiệu:***Thưa Ông/bà,**Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.***Thông tin chung về cuộc phỏng vấn**

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

*Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.**(Xin phép ghi âm)*

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

1. Xin ông/bà vui lòng cho biết một số thông tin chung của địa phương?

- Đặc điểm tự nhiên: diện tích, dân số, địa hình...
- Đặc điểm về phát triển kinh tế: Các ngành nghề chính đem lại thu nhập cho người dân, mức độ phát triển kinh tế so với các địa phương khác trong tỉnh?
- Đặc điểm về xã hội: thành phần dân tộc; tôn giáo; mức sống dân cư so với các địa phương khác trong tỉnh; các tệ nạn xã hội tại địa phương như nghiện chích ma túy, mại dâm; tình hình di biến động dân cư như thế nào?
- Mạng lưới Y tế tại địa bàn và khả năng cung cấp các dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV như thế nào?

2. Xin được biết thông tin về tình hình sử dụng, buôn bán ma túy, mại dâm và lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương?

- Ông/bà có biết thông tin về tình hình sử dụng, buôn bán ma túy và lây nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn không? Nếu có thì trên địa bàn ông/bà có khoảng bao nhiêu người NCMT? Số đối tượng có hồ sơ quản lý là bao nhiêu? Có bao nhiêu người nhiễm HIV, bao nhiêu người đã chuyển sang giai đoạn AIDS?
- Đặc điểm của người nghiện chích ma túy và hành nghề mại dâm tại địa phương như thế nào? Họ thuộc lứa tuổi nào? Trình độ học vấn và nghề nghiệp ra sao?
- Tình trạng di biến động của nhóm người này như thế nào, thường họ lưu trú tại địa phương trong thời gian bao lâu?
- Thực trạng quản lý các đối tượng nguy cơ trên địa bàn như thế nào? Xin được biết những thuận lợi và khó khăn của địa phương trong việc quản lý các nhóm nguy cơ?

3. Xin ông/bà cho biết hoạt động của các tụ điểm có thể dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS?

- Các tụ điểm có thể gây nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương hiện nay? (buôn bán tàng trữ và sử dụng ma túy, mại dâm, quán giải trí trá hình...) Nhận xét của ông/bà về vị trí, thời gian hoạt động, quy mô hoạt động, mức độ hoạt động, loại hình hoạt động, nhóm đối tượng tham gia

tại các tụ điểm?

- Địa phương đã có những hoạt động gì trong kiểm soát các tụ điểm nguy cơ? Những thuận lợi và khó khăn trong quản lý các điểm nóng như thế nào?

4. Xin được biết một số thông tin về các hoạt động phòng chống HIV/AIDS đã và đang triển khai tại địa phương?

- Đó là những hoạt động nào? Do đơn vị nào chủ trì? Đơn vị nào tài trợ? Mục đích chính của hoạt động là gì? Thời gian triển khai hoạt động như thế nào? Kết quả đạt được ra sao? Những khó khăn và bất cập trong triển khai các hoạt động?
- Hoạt động truyền thông, tư vấn, xét nghiệm và điều trị, chăm sóc người có HIV/AIDS được triển khai như thế nào?
- Các hoạt động của các nhóm đồng đẳng có được triển khai tại địa phương không? Nếu có đã diễn ra như thế nào? Kết quả đạt được ra sao?

5. Xin được biết ý kiến của ông/bà về sự phối hợp hoạt động giữa các cơ quan chức năng cũng như chính quyền địa phương trong phòng chống HIV/AIDS và quản lý các tụ điểm về tệ nạn xã hội, quản lý tình trạng di biến động?

- Các hoạt động phối hợp đã được triển khai trong phòng chống HIV/AIDS và trong quản lý các tụ điểm về tệ nạn xã hội, quản lý tình trạng di biến động như thế nào?
- Những khó khăn và bất cập trong phối hợp triển khai các hoạt động trên?
- Trong thời gian tới định hướng phối hợp giữa các ngành như thế nào?

6. Những khuyến nghị và đề xuất nhằm giảm thiểu khả năng buôn bán, sử dụng ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV tại địa phương?

Xin cảm ơn ông/bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 2A
HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
LÃNH ĐẠO TT PC HIV/AIDS TỈNH

Mã số người được phỏng vấn:

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh bắc giang;

Giới thiệu:

Thưa Ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn:

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

(Xin phép ghi âm)

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

1. Xin ông/bà cho biết một số thông tin về:

- Mạng lưới y tế làm công tác phòng chống HIV/AIDS từ tỉnh, huyện đến xã/phường như thế nào?
- Tổng số người nhiễm HIV/AIDS tích lũy? Số người mới nhiễm qua

những năm 2007, 2008, 2009 và 6 tháng đầu năm 2010.

- Tổng số người nghiện chích ma túy có hồ sơ quản lý và dự tính số người NCMT trong cộng đồng của toàn tỉnh, của các huyện/thành phố/xã/phường?
- 2. Ông/bà có nhận xét gì về tình hình sử dụng ma túy trong cộng đồng tại địa phương nói chung và đối với người nghiện ma túy nói riêng?**
- Xu hướng sử dụng ma túy tăng giảm qua các năm tại tỉnh như thế nào? Nguyên nhân gì dẫn đến tình hình như hiện nay?
 - Các hoạt động phòng chống sử dụng, buôn bán ma túy, mại dâm của Trung tâm trong 3 năm từ 2007 đến nay như thế nào?
 - Dự báo về tình hình sử dụng và buôn bán ma túy, mại dâm trên địa bàn tỉnh trong thời gian tới?
- 3. Ông/Bà có nhận xét gì về tình hình lây nhiễm HIV trong cộng đồng tại địa phương nói chung và đối với người nghiện ma túy nói riêng?**
- Mức độ lây nhiễm HIV tăng, giảm qua các năm tại tỉnh như thế nào? Nguyên nhân?
 - Các hoạt động phòng chống lây nhiễm HIV của các cấp chính quyền và các Ngành có liên quan tại tuyến tỉnh và các huyện, đặc biệt là ở thành phố Bắc Giang?
 - Dự báo tình hình lây nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh trong thời gian sắp tới?
- 4. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS của tỉnh có trao đổi thông tin, chia sẻ kinh nghiệm về triển khai các hoạt động về phòng, chống HIV/AIDS với các Ban, Ngành, đoàn thể khác như Công an, Phụ nữ, Thanh niên... không? Nếu có thì về những nội dung gì?**
- 5. Trong thời gian qua, công tác phối hợp của Trung tâm phòng chống HIV/AIDS với các đơn vị có liên quan trong việc triển khai các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS diễn ra như thế nào?**
- Ký kết các thỏa thuận; Xây dựng kế hoạch phối hợp trong phòng, chống HIV/AIDS tại tỉnh; Tổ chức các buổi họp định kỳ hoặc trao đổi thông tin, chia sẻ kinh nghiệm giữa các ban, ngành liên quan?
 - Điều tra, khảo sát về thực trạng tình hình lây truyền HIV/AIDS tại các khu vực trọng điểm trong tỉnh?
 - Phối hợp quản lý các đối tượng có nguy cơ cao về lây nhiễm HIV/AIDS?
 - Thông tin, giáo dục truyền thông nhằm thay đổi hành vi bằng các hình

thức phong phú, đa dạng, bằng ngôn ngữ của các dân tộc sinh sống tại địa bàn?

- Cung cấp miễn phí hoặc bán trợ giá bao cao su, bơm kim tiêm sạch thông qua các chương trình, dự án?
- Khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục cho người nghiện ma túy và gái mại dâm?
- Tư vấn, chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS đã được quản lý như thế nào?
- Lòng ghép các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS khi tiến hành các hoạt động phối hợp về phòng, chống ma túy, mại dâm và các tệ nạn xã hội như thế nào?
- Các nội dung phối hợp khác (nếu có)

6. Những thuận lợi khó khăn trong việc triển khai chương trình TCCĐ đối với người NCMT trên địa bàn tỉnh?

7. Những đề xuất, kiến nghị với các cấp, ngành có liên quan trong công tác phòng chống sử dụng ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS?

Xin cảm ơn ông/bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 2B
HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y TẾ PHƯỜNG/XÃ

Mã số người được phỏng vấn:

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;

Giới thiệu:

Thưa Ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn:

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

(Xin phép ghi âm)

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

- 1. Xin ông/bà vui lòng cho biết một số thông tin về mạng lưới các cơ sở Y tế tại địa bàn, khả năng đáp ứng các dịch vụ y tế trong khám và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS như thế nào?**
- 2. Xin được biết thông tin về buôn bán, sử dụng ma túy, mại dâm và tình hình lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương? (So sánh với thời điểm cách đây 3 năm)**
 - Ông/bà có biết thông tin về tình hình sử dụng, buôn bán ma túy và lây nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn không? Nếu có, xin được biết số đối tượng đã được phát hiện? Số đối tượng đang được quản lý? Số ca nhiễm mới và số tích lũy hàng năm? Số trường hợp chuyển sang giai đoạn AIDS?
 - Đặc điểm của người nghiện chích ma túy và hành nghề mại dâm tại địa phương: theo giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp...?
 - Đặc điểm của người nhiễm HIV/AIDS tại địa phương: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hành vi nguy cơ cao (nghiện chích ma túy, mại dâm, mức độ di chuyển qua các tỉnh...)?
 - Tình trạng di biến động: các nhóm thường xuyên di chuyển? Mục đích di chuyển? Thời gian lưu trú tại địa phương?
 - Thực trạng quản lý các đối tượng nguy cơ trên địa bàn như thế nào? Những thuận lợi, khó khăn trong việc quản lý các nhóm nguy cơ?
- 3. Xin ông/bà cho biết hoạt động của các tụ điểm có thể dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS?**
 - Trên địa bàn ông bà quản lý có bao nhiêu tụ điểm NCMT? Mỗi tụ điểm có bao nhiêu đối tượng? Họ hoạt động như thế nào? Vị trí, thời gian hoạt động, quy mô hoạt động, mức độ hoạt động, loại hình hoạt động, nhóm đối tượng tham gia...?
 - Đặc điểm của các nhóm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS, các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV như tiêm chích chung BKT, quan hệ tình dục? Các biểu hiện trong cuộc sống để kiếm tiền mua thuốc chích...?
 - Các hoạt động của địa phương trong việc kiểm soát các tụ điểm là gì? Những thuận lợi và khó khăn trong quản lý các điểm nóng như thế nào?
- 4. Xin ông/bà cho biết thói quen sử dụng dịch vụ y tế của người nghiện chích ma túy, mại dâm, người nhiễm HIV/AIDS?**

- Thói quen tìm kiếm dịch vụ y tế của người nhiễm HIV/AIDS, người NCMT, mại dâm, lao động tự do, lái xe như thế nào? Họ thường đến y tế công hay tư? Họ đến khi bệnh nặng hay nhẹ? Thường ở độ tuổi nào? Những dịch vụ mà các đối tượng thường sử dụng là gì?
- Đặc điểm của đối tượng đến sử dụng các dịch vụ y tế?
- Những khó khăn và thuận lợi trong tiếp cận dịch vụ y tế của họ như thế nào?
- Khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cơ sở Y tế, những dịch vụ y tế nào chưa đáp ứng được?

5. Những hoạt động phòng chống HIV/AIDS đã và đang triển khai tại địa phương? (so sánh hiện tại và cách đây 3 năm)

- Đó là những hoạt động nào? Do đơn vị nào chủ trì? Đơn vị nào tài trợ? Mục đích chính của hoạt động? Thời gian triển khai hoạt động từ bao giờ? Kết quả đạt được như thế nào? Những khó khăn và bất cập trong triển khai các hoạt động?
- Cơ quan ông/bà có phòng truyền thông riêng không? Do ai phụ trách? Các hình thức truyền thông của đơn vị ông /bà là gì? (tư vấn, xét nghiệm và điều trị, chăm sóc người có HIV/AIDS)
- Trên địa bàn ông/bà có câu lạc bộ sinh hoạt của những người NCMT không? Các hoạt động của nhóm đồng đẳng như thế nào, có hiệu quả không?

6. Xin ông/bà cho biết thái độ phục vụ của cán bộ y tế trạm đối với những người có HIV/AIDS như thế nào? Những biểu hiện khác nhau trong khi khám bệnh của cán bộ y tế đối với người có HIV và người bình thường? Biểu hiện của người dân khi đi khám bệnh cùng người có HIV như thế nào?

7. Những khuyến nghị và đề xuất nhằm giảm thiểu khả năng buôn bán, sử dụng ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV tại địa phương?

Xin cảm ơn ông/bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 2C
HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN CƠ SỞ Y TẾ TƯ NHÂN

Mã số người được phỏng vấn:

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;

Giới thiệu:

Thưa ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

(Xin phép ghi âm)

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

1. Xin ông/bà cho biết một số thông tin về cơ sở y tế của ông/bà?
 - Cơ sở của ông/bà bắt đầu đăng ký hoạt động vào thời điểm nào? Thời điểm bắt đầu hoạt động là khi nào?
 - Ông/bà đăng ký các dịch vụ chăm sóc sức khỏe gì? Trên thực tế các dịch vụ đó có đáp ứng được nhu cầu người dân địa phương không?
 - Số lượt bệnh nhân bình quân/ngày/tháng là bao nhiêu?
 - Khách hàng thường xuyên đến khám tại cơ sở của ông/bà là ai? (cộng đồng dân cư; tiếp viên nhà hàng khách sạn; người tiêm chích ma túy; người nhiễm HIV...). So sánh trong 3 năm gần đây, khách hàng của cơ sở có gì thay đổi về số lượng cũng như về thành phần của các nhóm khách hàng?
2. Ông/bà có được cung cấp thông tin về tình hình lây nhiễm HIV/AIDS của địa phương không?
 - Nếu có thì từ nguồn nào?
 - Ông/bà có thấy lo ngại về tình hình lây nhiễm HIV ở địa phương hiện nay không? Vì sao?
 - Khách hàng của cơ sở ông/bà có biết thông tin về tình hình này không? Họ có biểu lộ thái độ lo ngại với Ông/bà không?
3. Ông/bà nhận xét như thế nào về kiến thức, kỹ năng phòng ngừa lây nhiễm HIV của cộng đồng dân cư ở địa phương, của các nhóm đối tượng có nguy cơ cao, đặc biệt là trong nhóm khách hàng của ông/bà?
4. Theo ông/bà, hiện nay các nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS ở địa phương là nhóm nào?
 - Những nhóm này gặp phải khó khăn gì trong tiếp cận dịch vụ phòng lây nhiễm cũng như khám chữa bệnh? Nếu có, đó là những khó khăn gì? Nếu không, tại sao?
 - Ông/bà nhận xét như thế nào về nguy cơ lây nhiễm HIV đối với các nhóm: tiêm chích ma túy, mại dâm, lao động di chuyển tự do?
5. Ông/bà có biết các hoạt động/dự án/chương trình can thiệp giảm tác hại cho các

nhóm đối tượng nêu trên triển khai ở địa bàn không? Nếu có, đó là những chương trình gì? Tác dụng của các chương trình như thế nào?

6. Cơ sở của ông/bà có tham gia các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS ở địa phương không? Nếu có, đó là các hoạt động gì? Do ai điều phối?
7. Để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở địa phương, theo ông/bà, địa phương cần triển khai các hoạt động gì? Triển khai như thế nào?

Xin cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 3A
HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
**ĐẠI DIỆN CÔNG AN PHÒNG PHÒNG CHỐNG TỆ NẠN XÃ HỘI/
 CÔNG AN PHƯỜNG /XÃ**

Mã số người được phỏng vấn:

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;

Giới thiệu:

Thưa ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

- 1. Xin ông/bà vui lòng cho biết một số thông tin chung của địa phương?**
 - Tổng dân số trên địa bàn?
 - Tình hình di biến động dân số, đặc biệt những người đang trong tuổi lao động, những người làm nghề tự do, không có công ăn việc làm, lái xe...trên địa bàn ông/bà quản lý?
- 2. Xin được biết thông tin về tình hình sử dụng, buôn bán ma túy, mại dâm và lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương?**
 - Trên địa bàn ông/bà quản lý có bao nhiêu tụ điểm buôn bán sử dụng ma túy? Bao nhiêu tụ điểm có hồ sơ quản lý và bao nhiêu tụ điểm chưa quản lý được?
 - Theo ông/bà trên địa bàn có bao nhiêu người NCMT? Có bao nhiêu người đã có hồ sơ quản lý? Họ thường ở độ tuổi nào? Lý do nghiện là gì? Chủ yếu họ làm nghề gì?
 - Tình hình lây nhiễm HIV của người NCMT như thế nào? Hiện tại có bao nhiêu người NCMT bị HIV, bao nhiêu người đã chuyển sang AIDS?
 - Những hành vi nguy cơ nào của người nghiện ma túy dễ dẫn đến lây nhiễm HIV trong cộng đồng?
- 3. Xu hướng hoạt động của các tụ điểm ma túy, mại dâm diễn ra theo chiều hướng nào? Gia tăng hay giảm? Tính chất tinh vi của những người buôn bán và NCMT như thế nào?**
- 4. Xin ông/bà cho biết công tác triệt phá các tụ điểm ma túy, mại dâm diễn ra tại địa phương như thế nào?**
 - Việc phối hợp với công an các tỉnh lân cận trong triệt phá các tụ điểm ma túy, mại dâm diễn ra như thế nào? So sánh với thời điểm cách đây 3 năm?
 - Xin ông/bà cho biết việc phối hợp với Trung tâm phòng chống HIV/AIDS trong việc quản lý các tụ điểm ma túy, mại dâm như thế nào?
 - Trong quá trình phối hợp hoạt động có những thuận lợi và khó khăn gì?
- 5. Hiện tại ông/bà đang tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS nào?**
 - Đó là những hoạt động nào? Do đơn vị nào chủ trì? Đơn vị nào tài trợ? Mục đích chính của hoạt động? Thời gian triển khai hoạt động? Kết quả đạt được? Những khó khăn và bất cập trong triển khai các hoạt động?

- Hoạt động truyền thông, tư vấn, xét nghiệm và điều trị, chăm sóc người có HIV/AIDS được triển khai như thế nào? So sánh với thời điểm cách đây 3 năm?
- 6. Xin ông/bà cho biết những phối hợp giữa các cơ quan chức năng cũng như chính quyền địa phương trong phòng chống HIV/AIDS và quản lý các tụ điểm về tệ nạn xã hội, quản lý tình trạng di biến động? (So sánh với thời điểm cách đây 3 năm)**
- Các hoạt động phối hợp đã được triển khai trong phòng chống HIV/AIDS và trong quản lý các tụ điểm về tệ nạn xã hội, quản lý tình trạng di biến động như thế nào?
 - Những khó khăn và bất cập trong phối hợp hoạt động trên?
 - Trong thời gian tới định hướng phối hợp giữa các ngành như thế nào?
- 7. Những khuyến nghị và đề xuất của ông/bà nhằm giảm thiểu hoạt động buôn bán, sử dụng ma túy và nguy cơ lây nhiễm HIV tại địa phương?**

Xin cảm ơn ông/bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 3B
HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
CHỦ NHÀ HÀNG/KHÁCH SẠN/NHÀ TRỌ

Mã số người được phỏng vấn:

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;

Giới thiệu:

Thưa ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn

Ngày thực hiện phỏng vấn:.....

Thời gian bắt đầu:.....

Thời gian kết thúc:.....

Địa điểm:.....

Họ và tên người phỏng vấn:.....

Họ và tên người trả lời:.....

Tuổi:.....

Trình độ học vấn:.....

Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Tên file ghi âm:.....

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà.

(Xin phép ghi âm)

NỘI DUNG TRAO ĐỔI

1. Xin ông/bà vui lòng cho biết một số thông tin về cơ sở dịch vụ của ông/bà?
 - Thời điểm bắt đầu hoạt động?
 - So sánh với các cơ sở khác trên địa bàn thì quy mô cơ sở của ông/bà ở mức độ nào (lớn, trung bình, hay nhỏ hơn)
 - Cơ sở có bao nhiêu nhân viên? Trong đó có bao nhiêu nhân viên nam, bao nhiêu nữ? Bao nhiêu người trực tiếp phục vụ khách hàng?
 - Nhân viên được lựa chọn theo những tiêu chí gì? Độ tuổi trung bình?
 - Nhân viên của cơ sở chủ yếu là người địa phương hay ngoại tỉnh?
 - Thời gian làm việc trung bình của nhân viên tại cơ sở là mấy tiếng?
 - Trước khi đến làm việc tại cơ sở của ông/bà, họ đã đi làm ở cơ sở nào khác chưa? Các cơ sở đó thường ở đâu? (cùng trên địa bàn, ở các địa phương khác...)
 - Chất lượng dịch vụ cơ sở của ông/bà so với các cơ sở khác trên địa bàn thế nào?
 - Cơ sở có bao nhiêu phòng? Sức chứa lớn nhất được bao nhiêu khách? Trung bình mỗi ngày có bao nhiêu khách?
 - Thời điểm nào cơ sở của ông/bà đông khách nhất?
 - Khách hàng của cơ sở thường là những ai (viên chức nhà nước, người kinh doanh buôn bán hay lao động tự do)?
 - Giá dịch vụ của cơ sở so với các cơ sở khác trên địa bàn? So với những địa phương khác như thế nào?
2. Việc kiểm tra và theo dõi sức khỏe của nhân viên trong cơ sở của ông/bà được thực hiện như thế nào?
 - Có kiểm tra sức khỏe khi tuyển dụng không? Tại sao? Kiểm tra những gì? Bằng cách nào?
 - Có yêu cầu tiếp viên kiểm tra sức khỏe định kỳ không? Tại sao? Nếu có, định kỳ là bao lâu? Kiểm tra những gì? Bằng cách nào?
 - Nhân viên của cơ sở có quan tâm đến việc đi kiểm tra sức khỏe định kỳ hay đột xuất không? Tại sao?
 - Cán bộ y tế tại địa phương có yêu cầu cơ sở về việc khám sức khỏe định kỳ đối với tiếp viên không? Nếu có, định kỳ bao lâu? Kiểm tra bằng hình thức nào?
 - Cán bộ y tế tại địa phương có tổ chức các lớp tập huấn cho nhân viên của cơ sở ông/bà không? Nếu có thì nội dung là gì? Định kỳ mấy lần /năm? Họ có cấp phát bao cao su thường xuyên cho cơ sở của ông/bà không? Nếu có thì số lượng

- mỗi lần là bao nhiêu? Ngoài cung cấp BCS, cán bộ y tế còn hỗ trợ gì?
3. Khi có dấu hiệu bất thường về sức khỏe, nhân viên của cơ sở thường đi khám và điều trị tại đâu? Vì sao?
 4. Ông/bà và nhân viên của cơ sở có biết những thông tin về tình trạng lây nhiễm HIV trên địa bàn không? Nếu biết, từ nguồn nào? Ông/bà và các nhân viên của mình có thấy lo ngại về tình trạng này không?
 5. Nhân viên trong cơ sở của ông/bà có biết cách phòng ngừa lây nhiễm không? Có muốn được nghe hoặc được nghe thêm nữa không? Muốn nghe qua kênh nào? bằng cách nào? Những nội dung gì?
 6. Ông/bà và nhân viên trong cơ sở có biết làm cách nào để phòng lây nhiễm HIV không? Khi tiêm chích và trong quan hệ tình dục, theo ông/bà nên làm như thế nào để không bị lây nhiễm HIV?
 7. Từ trước đến nay đã có cá nhân hoặc cơ quan nào tới cơ sở của ông/bà để tuyên truyền về phòng chống HIV chưa? Nếu có, họ đã làm những gì? Ông/bà và các nhân viên có thấy cần thiết và bổ ích không? Nếu không thì ông/bà và các nhân viên có sẵn sàng tiếp đón cán bộ đến tuyên truyền về chủ đề này không?
 8. Khi có nhu cầu, có dễ tìm được bao cao su và bơm kim tiêm ở địa phương của ông/bà cũng như ngay tại cơ sở của ông/bà không? Nếu dễ tìm thì tìm ở đâu? Nếu khó thì vì sao?
 9. Khi có nhu cầu kiểm tra sức khỏe, nhân viên có thể dễ dàng đi kiểm tra và xét nghiệm HIV không? Thường xét nghiệm ở đâu? Khó thì vì sao? (sợ dư luận hay sợ tốn tiền hoặc không biết nơi xét nghiệm, hoặc do khoảng cách quá xa...)?
 - 10.10. Để đảm bảo sức khỏe của nhân viên cũng như khách hàng? ông/bà đã làm những việc gì? Xin được biết những thuận lợi và khó khăn của việc làm này?

Xin cảm ơn ông/bà đã dành thời gian trao đổi cùng chúng tôi!

MẪU 4A
HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM
NGƯỜI ĐANG SỬ DỤNG MA TÚY

Mã số nhóm thảo luận:

Mục đích thảo luận nhóm: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;

Giới thiệu:

Xin chào các anh/chị

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin anh/chị vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin anh/chị cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong anh/chị hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc thảo luận nhóm

Tên file ghi âm:.....

Ngày thảo luận:

Thời gian bắt đầu: Thời gian kết thúc.....

Người hướng dẫn 1: Người hướng dẫn 2.....

Số của băng ghi âm:

Tên băng ghi âm:

Địa điểm thảo luận:

Thành phần tham dự:

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Thời gian sử dụng ma túy
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(Xin phép được ghi âm)

NỘI DUNG THẢO LUẬN

Câu 1. Xin bạn cho biết một số thông tin về lần đầu tiên bạn sử dụng ma túy:

- Lần đầu tiên bạn sử dụng ma túy vào năm nào? Khi đó bạn bao nhiêu tuổi?
- Lần đầu tiên sử dụng ma túy, bạn hút, hít hay tiêm chích?
- Bạn duy trì cách sử dụng ma túy như lần đầu trong thời gian bao nhiêu lâu? Nếu phải chuyển sang hình thức sử dụng khác thì tại sao?

Câu 2. Nguyên nhân gì làm cho bạn NCMT: do ý thích; gia đình; bạn bè hay bị ép buộc...?

Câu 3. Bạn hay dùng loại thuốc gì nhất? Nếu không có loại này thì bạn có chuyển sang dùng loại nào khác không? Mức độ hút, chích ma túy của bạn hiện nay như thế nào? (theo ngày, theo tuần hay tháng)

Câu 4. Bạn thường sử dụng ma túy ở đâu? Ở tại nhà, nhà nghỉ, nhà trọ hay các tụ điểm?

Câu 6. Nếu bạn sử dụng ma túy theo đường tiêm chích thì bạn thường chích như thế nào? (tự chích hay nhờ người khác chích?)

Câu 7. Bạn có sử dụng chung dụng cụ tiêm chích không? Nếu có, mỗi lần bạn thường chích chung với mấy người? Bạn chích của bạn là ai (tuổi, nghề nghiệp, mức sống, nơi cư trú, quốc tịch...)?

Câu 8: Bạn có thường làm sạch bơm kim tiêm trước khi chích không?

- Mức độ làm sạch như thế nào (trong tất cả các lần chích hay thỉnh thoảng)?
- Làm sạch bằng cách nào? Bạn có thể mô tả cách làm sạch BKT?
- Bạn thường xuyên làm sạch bơm kim tiêm, hay thỉnh thoảng? Tại sao?
- Theo bạn việc làm sạch bơm kim tiêm khi chích là khó hay dễ?
- Những người thân và bạn chích của bạn có mong bạn làm việc này không?
- Bạn có tin tưởng rằng việc làm sạch bơm kim tiêm khi chích sẽ giúp bạn không bị lây nhiễm HIV/AIDS hay không?
- Có bao nhiêu bạn chích của bạn thường làm sạch bơm kim tiêm khi chích?
- Bạn nghĩ rằng từ nay trở đi bạn sẽ làm sạch bơm kim tiêm khi chích không?

Câu 9. Khi chích bạn thường lấy bơm kim tiêm ở đâu? Nơi đó có thuận tiện không? Ở đó bạn phải mua hay được cấp phát?

Bạn có nghĩ rằng bạn có thể bị nhiễm HIV không? Bạn đã đi làm xét nghiệm HIV chưa? Nếu có thì sau xét nghiệm bạn có đến lấy kết quả không. Khi đến lấy kết quả xét nghiệm bạn có được tư vấn về tình dục và tiêm chích an toàn không? Cán bộ y tế có gây phiền hà cho bạn không? Bạn có hài lòng với dịch

vụ xét nghiệm này không?

Câu 10. Bạn đã quan hệ tình dục với ai chưa?

- Nếu có, lần đầu tiên bạn quan hệ tình dục khi bao nhiêu tuổi?
- Bạn quan hệ tình dục lần đầu với ai?
- Trong 3 tháng qua, bạn có quan hệ tình dục bao nhiêu lần với bao nhiêu bạn tình? Có bao nhiêu người là gái mại dâm?
- Bạn đã bao giờ sử dụng bao cao su chưa?
- Bạn sử dụng với mục đích gì (tránh thai hay đề phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục)?
- Bạn sử dụng bao cao su tất cả các lần quan hệ tình dục hay thỉnh thoảng? Nếu thỉnh thoảng thì tại sao?
- Bạn sử dụng bao cao su trong mỗi lần quan hệ như thế nào (ngay từ đầu hay chỉ vào giai đoạn cuối)?
- Nếu bạn không sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục thì vì sao?
- Vợ/chồng hoặc bạn tình của bạn có muốn bạn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không?
- Từ nay trở đi, bạn có nghĩ rằng mình sẽ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không?
- Bạn có tin rằng việc sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục sẽ giúp bạn phòng ngừa được sự lây nhiễm của HIV không?
- Những người xung quanh bạn có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không?

Câu 11. Trong 12 tháng vừa qua, bạn có bị đau buốt khi đi tiểu hoặc có dịch tiết ra ở đầu dương vật không? Nếu có, thì bao nhiêu lần và bạn đã làm gì khi bị như vậy? Lần bị gần đây nhất bạn có nói cho bạn tình, vợ/chồng biết không?

Câu 12. Bạn đã xét nghiệm HIV chưa?

- Nếu có bạn xét nghiệm ở đâu?
- Bạn xét nghiệm trong hoàn cảnh nào (bắt buộc hay tự nguyện)?
- Bạn có biết kết quả không? ai là người thông báo cho bạn?
- Nếu đã bị nhiễm, xin được biết thái độ ứng xử của người thân, cán bộ các cơ quan chức năng (Y tế, LĐTBXH, Công an...) và mọi người xung quanh với bạn như thế nào? Hiện nay bạn tiếp xúc nhiều nhất với ai? Ai là người hiện đang thường xuyên hỗ trợ bạn?

- Bạn đã bao giờ được tư vấn về phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS chưa? Nếu có thì từ ai? Hình thức tư vấn như thế nào? Bạn thấy có bổ ích không?

Câu 13. Trong 6 tháng qua, bạn được tiếp cận với những kênh truyền thông giáo dục nào về phòng chống HIV/AIDS (tranh, khẩu hiệu, Panô, áp phích, đài, báo, tivi, sân khấu, phim,...)

- Nội dung các thông điệp mà bạn nhận được là gì (tình hình lây nhiễm, mức độ nguy hiểm, con đường lây nhiễm, cách thức phòng ngừa....)?
- Bạn thích loại hình truyền thông nào?

Câu 14. Trong 6 tháng qua có ai tuyên truyền trực tiếp cho bạn về cách phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS hay không? Nếu có là ai? Họ nói với bạn có dễ hiểu, dễ nhớ không? Nội dung họ trao đổi với bạn là gì? Bạn thích cách truyền đạt của người nào?

Câu 15. Trong 6 tháng qua bạn có trao đổi với người thân và những người xung quanh về vấn đề này không? Nếu có, nội dung trao đổi là gì?

Câu 16. Trong 6 tháng qua, bạn có nhận được những phương tiện liên quan đến việc phòng ngừa HIV/AIDS không? (Ví dụ như tài liệu tuyên truyền, thuốc diệt trùng bơm kim tiêm, Bao cao su, bơm kim tiêm mới,...)

- Nếu có, ai là người đưa cho bạn?
- Bạn thích cá nhân, tổ chức nào hỗ trợ bạn những phương tiện này?

Câu 17. Theo bạn nguyên nhân nào dẫn đến việc lây nhiễm HIV/AIDS

- 6 tháng qua bạn đã làm gì để phòng ngừa sự lây nhiễm của HIV/AIDS?
- Bạn hút, chích và bạn tình của bạn đã làm gì để phòng ngừa lây nhiễm HIV?

Câu 18. Khi có vấn đề về sức khỏe, bạn thường xin lời khuyên của ai?

Câu 19. Xin được biết các nguyện vọng của bạn và các bạn hút, chích hiện nay?

Câu 20. Để giúp bạn và các bạn hút, chích phòng tránh được sự lây nhiễm của HIV/AIDS, bạn mong nhận được sự hỗ trợ từ cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân nào? Hỗ trợ những gì? Tổ chức cá nhân nào hỗ trợ bạn là phù hợp?

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của các bạn.

MẪU 4B**HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM GÁI MẠI DÂM****Mã số nhóm thảo luận:****Mục đích thảo luận nhóm:** Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang;**Giới thiệu:***Xin chào các anh/chị**Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin anh/chị vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin anh/chị cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong anh/chị hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.***Thông tin chung về cuộc thảo luận nhóm**

Tên file ghi âm:.....

Ngày thảo luận:

Thời gian bắt đầu: Thời gian kết thúc.....

Người hướng dẫn 1: Người hướng dẫn 2.....

Số của băng ghi âm:

Tên băng ghi âm:

Địa điểm thảo luận:

Thành phần tham dự:

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Thời gian sử dụng ma túy
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Xin phép ghi âm

NỘI DUNG THẢO LUẬN

Câu 1. Xin bạn vui lòng cho biết bạn có phải là người địa phương không?

- Nếu không, bạn đã đến đây từ bao giờ? Hiện tại bạn đang cư trú ở đâu? Bạn có sống cùng với ai không?
- Trong thời gian qua, bạn đã từng di chuyển qua những địa phương nào để hành nghề (sang huyện khác, tỉnh khác?) Nếu có, bạn di chuyển bao nhiêu lần? Kể tên những nơi mà bạn đã từng di chuyển đến?

Câu 2. Hoàn cảnh gia đình bạn như thế nào (hoàn cảnh kinh tế, đời sống tình cảm, sự quan tâm giữa các thành viên, các dấu ấn trong quá trình trưởng thành của bản thân...)?

Câu 3. Bạn QHTD lần đầu tiên vào năm bao nhiêu tuổi? Bạn QHTD lần đầu với ai? Trong hoàn cảnh như thế nào (tự nguyện, bị bắt buộc hay cưỡng hiếp)?

Câu 4. Lần đầu tiên bạn tiếp khách vào khi nào? Khi ấy bạn bao nhiêu tuổi? Trong hoàn cảnh như thế nào?

Câu 5. Bạn thường tiếp khách ở đâu (tại nhà/nơi nghỉ trọ, tại quán giải trí, tại nhà hàng, khách sạn, nơi công cộng)? Hình thức như thế nào? (Khai thác kỹ quá trình diễn ra hành vi mua bán dâm từ hẹn/bắt khách đến thỏa thuận giá cả, địa điểm hành sự...)

- Mức độ tiếp khách của bạn? (theo ngày, theo tuần, theo tháng) khi bắt đầu hành nghề và hiện tại?
- Khách hàng của bạn thường là những ai (độ tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, quốc tịch...)? Trong số khách hàng của bạn có người nghiện ma túy hay bị nhiễm HIV không? Có sự khác nhau về khách hàng nghiện ma túy và không nghiện ma túy không?
- Bạn bè, người thân có ai biết bạn làm nghề này không? Thái độ của họ thế nào? Họ có lời khuyên gì đối với bạn? Bạn suy nghĩ gì về những lời khuyên đó? Có khó khăn cản trở gì khi thực hiện lời khuyên của mọi người?

Câu 6. Ngoài khách hàng, bạn có QHTD với ai nữa không? (chồng, người yêu, bạn tình...)? Mức độ quan hệ như thế nào?

Câu 7. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV

- Khi QHTD bạn có sử dụng BCS không? Đã có lần nào không sử dụng? Kỹ năng sử dụng ra sao (có kiểm tra hạn sử dụng, độ nguyên vẹn của BCS hay

không, sử dụng ngay từ đầu trong các lần quan hệ hay chỉ sử dụng vào giai đoạn cuối)?

- Bạn thường dùng BCS trong QHTD với ai (bạn tình, chồng, người yêu hay khách hàng...)? Bạn dùng BCS theo yêu cầu của ai (của khách hàng, chồng, người yêu hay của chính mình)?
- Bạn lấy BCS từ đâu (tự mua, của chồng, của người yêu, của khách hàng hay được cấp phát miễn phí)? Nếu tự mua thì bạn mua ở đâu? Giá cả có phù hợp không? Có thuận tiện và đầy đủ các chủng loại không?
- Bạn có thể so sánh sự khác nhau trong việc tìm kiếm và sử dụng BCS hiện tại và những năm trước đây?

Câu 8. Bạn có tin rằng việc dùng BCS trong QHTD sẽ giúp bạn phòng ngừa được sự lây nhiễm HIV/AIDS hay không?

Câu 9. Bạn đã bao giờ bị mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục chưa? Nếu có thì bị mấy lần? Mức nặng hay nhẹ? Khi mắc bệnh có ngừng tiếp khách không?

- Bạn đã làm gì khi mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục? Nếu có đi khám thì thường khám ở đâu? Khám khi tình trạng bệnh ở mức độ nào?
- Khi có nhu cầu tiếp cận với các dịch vụ tư vấn, chăm sóc sức khỏe bạn thấy có dễ dàng không (sự sẵn có của các dịch vụ? thời gian? khoảng cách? kinh phí)?

Câu 11. Bình quân thu nhập 1 tháng hiện nay của bạn khoảng bao nhiêu?

- Với mức thu nhập như vậy bạn có thấy đảm bảo được cuộc sống của bản thân và gia đình không?
- Khi tiếp khách bạn có phải chịu sự kiểm soát của ai không? Bạn có phải chia sẻ bớt phần thu nhập của mình cho những người khác không? Vì sao?
- Mức độ thu nhập khi bạn mới vào nghề so với hiện nay có khác nhau?

Câu 12. Bạn đã bao giờ được nghe nói về cách phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS chưa? Ai tuyên truyền? Bằng hình thức nào? Bạn có thấy dễ hiểu và dễ nhớ không? Bạn có cho rằng mình đã có đầy đủ thông tin để có thể tự phòng ngừa cho bản thân không? Bạn đã bao giờ trao đổi cùng bạn bè về vấn đề này chưa?

Câu 13. Theo bạn, việc hành nghề trong khách sạn, nhà hàng thuận lợi hơn hay đứng đường thuận lợi hơn? Vì sao?

Câu 14. Bạn đã bao giờ sử dụng ma túy chưa? Nếu có, trong hoàn cảnh nào?

Bạn sử dụng ma túy bằng cách nào (hút, hít, tiêm chích)?

Câu 15. Theo bạn nên làm gì và làm như thế nào để có thể phòng ngừa lây nhiễm HIV cho bản thân, cho các bạn gái có chung hoàn cảnh như bạn, cho người sử dụng ma túy và khách hàng của bạn?

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của các bạn!

MẪU 4C**HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM****BỐ/MẸ/NGƯỜI THÂN CỦA NGƯỜI ĐANG SỬ DỤNG MA TUÝ**

Mục đích phỏng vấn: Đánh giá hiệu quả can thiệp Tiếp cận cộng đồng đối với hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên đối tượng nghiện ma túy tại tỉnh Bắc Giang

GIỚI THIỆU:

Xin chào các ông/bà

Chúng tôi là cán bộ của Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Chúng tôi được giao nhiệm vụ tìm hiểu về tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Xin ông/bà vui lòng cho chúng tôi được biết một số thông tin xung quanh vấn đề này. Mọi thông tin ông/bà cung cấp với chúng tôi sẽ hoàn toàn được giữ kín và chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Vì vậy, mong ông/bà hãy trao đổi với chúng tôi nhiệt tình và cởi mở.

Thông tin chung về cuộc phỏng vấn

Ngày thảo luận:

Thời gian bắt đầu: Thời gian kết thúc.....

Người hướng dẫn 1: Người hướng dẫn 2.....

Số của băng ghi âm:

Tên băng ghi âm:

Địa điểm thảo luận:

Thành phần tham dự:

STT	Họ và tên	Tuổi	Bố/mẹ/người thân của người NCMT
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

(Xin phép ghi âm)

NỘI DUNG THẢO LUẬN

Câu 1. Xin ông/bà cho biết một số thông tin về lần đầu tiên con/em của ông bà sử dụng ma túy:

- Con/em của ông bà sử dụng ma túy cách đây bao lâu? Khi đó chúng bao nhiêu tuổi?
- Lần đầu tiên con/em của ông bà sử dụng ma túy như thế nào (hút, hít hay tiêm chích)?
- Con/em của ông bà duy trì cách sử dụng ma túy như lần đầu trong thời gian bao nhiêu lâu? Nếu phải chuyển sang hình thức sử dụng khác thì vì sao?

Câu 2. Theo ông/bà, nguyên nhân gì dẫn đến việc con/em của ông bà NCMT? Ông/bà biết con/em mình nghiện khi nào? Tại sao ông bà biết?

Câu 3. Khi biết con/em mình bị NCMT, ông/bà đã đối xử như thế nào? Ngược lại chúng đối xử với ông/bà như thế nào? Ông/bà có bị họ hàng người quen xa lánh không?

Câu 4. Con/em của ông bà hay dùng loại thuốc gì nhất? Nếu không có loại này thì con/em của ông bà chuyển sang dùng loại nào? Mức độ hút, chích ma túy như thế nào (theo ngày, theo tuần hay tháng)?

Câu 5. Con/em của ông bà thường sử dụng ma túy ở đâu? Ở tại nhà, nhà nghỉ, nhà trọ hay các tụ điểm? Con/em của ông bà thường tự chích hay nhờ người khác chích?

Câu 6. Con/em của ông bà có chích chung không? Nếu có, mỗi lần con/em của ông bà thường chích chung với mấy người? Bạn chích của con/em của ông bà là ai (tuổi, nghề nghiệp, mức sống, nơi cư trú,...)? Nếu lúc lên cơn nghiện không có BKT mới chúng đã làm như thế nào?

Câu 7. Con/em của ông/bà có nhận được hỗ trợ BKT mới không? Nếu có thì ở đâu, do ai cấp? Nơi đó có thuận tiện không?

Câu 8. Ông/bà có nghĩ rằng con/em của ông bà có thể bị nhiễm HIV không? Con/em của ông bà đã đi làm xét nghiệm chưa? Nếu có thì kết quả xét nghiệm như thế nào?

Câu 9. Trong 6 tháng qua, ông/bà có được tiếp cận với những kênh truyền tin nào về phòng chống HIV/AIDS (tranh, khẩu hiệu, Panô, áp phích, đài, báo, tivi, sân khấu, phim,..)

- Nội dung các thông tin mà ông/bà nhận được là gì (tình hình lây nhiễm, mức độ nguy hiểm, con đường lây nhiễm, cách thức phòng ngừa....)?

- Ông/bà thích loại hình truyền thông nào?

Câu 10. Trong 6 tháng qua có ai tuyên truyền trực tiếp cho ông/bà về cách phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS hay không? Nếu có là ai? Họ nói với ông/bà có dễ hiểu, dễ nhớ không? Nội dung họ trao đổi với ông/bà là gì? Ông/bà thích cách truyền đạt của người nào?

Câu 11. Theo ông/bà nguyên nhân nào dẫn đến việc lây nhiễm HIV/AIDS

- 6 tháng qua ông/bà đã làm gì để phòng ngừa sự lây nhiễm của HIV/AIDS?
- Con/em của ông/bà đã làm gì để phòng ngừa lây nhiễm HIV?

Câu 12. Khi có vấn đề về sức khỏe, ông/bà thường xin lời khuyên của ai?

Câu 13. Để giúp con/em của ông /bà phòng tránh được sự lây nhiễm của HIV/AIDS, ông/bà mong nhận được sự hỗ trợ từ cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân nào? Hỗ trợ những gì? Tổ chức cá nhân nào hỗ trợ ông/bà là phù hợp?

Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của các ông/bà!