

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV TRONG NHÓM NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI HÀ TÂY (CŨ), 2007 - 2009

*Nguyễn Anh Quang**; *Nguyễn Thanh Long***; *Lê Văn Bào****

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 1.010 và 810 nam giới (trước và sau can thiệp). ≥ 18 tuổi, tiêm chích các loại ma túy theo đường tĩnh mạch trong 1 tháng, sống tại tỉnh Hà Tây (cũ) nhằm đánh giá hiệu quả chương trình dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) giai đoạn 2007 - 2009. Phương pháp nghiên cứu được sử dụng là thử nghiệm cộng đồng không đối chứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: có sự cải thiện đáng kể về hành vi nguy cơ của người NCMT. Cần tiếp tục theo dõi thêm trong thời gian tới để có thể mở rộng mô hình can thiệp phòng lây nhiễm HIV/AIDS ra các tỉnh/thành khác.

* Từ khóa: Nghiện chích ma túy; Lây nhiễm HIV/AIDS; Chương trình dự phòng.

STUDY OF EFFECTIVENESS OF THE HIV PREVENTION PROGRAMME AMONG VENOUS DRUG USER IN HATAY (2007 - 2009)

SUMMARY

The study was carried out among 1,010 và 810 men aged 18 and above, who are using venus drug within the last one month (before and after intervention) in Hatay to evaluate effectiveness of the HIV prevention programme among venus drug user (2007 - 2009). The quasi-experimental study was used. Results shown that there was an improvement of drug user behaviour in prevention of HIV. There was a need to follow-up this programme to expand the HIV prevention programme to other provinces.

* *Key words: Drug users; HIV/AIDS; Preventive programme.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay do chưa có thuốc điều trị và vắc xin phòng bệnh đặc hiệu nên các nước trên thế giới đang tập trung triển khai hoạt động giảm tác hại mang tính chiến lược như

chương trình trao đổi bơm kim tiêm (BKT) sạch can thiệp trong nhóm NCMT nhằm hạn chế sự lây lan HIV ra cộng đồng.

Vấn đề tệ nạn sử dụng ma túy trong thanh niên tại Hà Tây (cũ) là một hiện tượng

* Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Nội

** Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

*** Học viện Quân y

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đoàn Huy Hậu

tương đối phổ biến, đặc biệt ở các vùng thị xã, thị trấn, thị tứ. Tính đến 31 - 12 - 2008, lũy tích các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện tại Hà Tây (cũ) là 3.472 người,

trong đó 678 trường hợp chuyển sang giai đoạn AIDS và 435 người tử vong do AIDS. Trong số những trường hợp nhiễm HIV tại Hà Tây (cũ) được phát hiện, nhóm NCMT

chiếm tỷ lệ cao nhất (75,81%). Trong đó, 100% số huyện/thị và > 60% số xã/phường có các trường hợp nhiễm HIV [1, 2].

Một trong những nguyên nhân lan truyền HIV/AIDS tại Hà Tây chủ yếu trong nhóm NCMT, có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV, nhưng thiếu hiểu biết về các biện pháp dự phòng HIV. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có một nghiên cứu nào ở Hà Tây (cũ) đề cập một cách toàn diện đến các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở người NCMT và xây dựng giải pháp can thiệp giảm tác hại như chương trình trao đổi BKT sạch dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS có hiệu quả. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả chương trình dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT tại Hà Tây (cũ) giai đoạn 2007 - 2009.*

ĐỐI T- ỜNG VÀ PH- ƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Nam giới ≥ 18 tuổi, tiêm chích các loại ma túy theo đường tĩnh mạch trong 1 tháng, hiện đang sống tại tỉnh Hà Tây (cũ) và tự nguyện tham gia nghiên cứu giai đoạn 2007 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng, so sánh trước và sau can thiệp, không có nhóm chứng.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp:* tính theo công thức so sánh tỷ lệ % 2 nhóm can thiệp:

$$n = \frac{\{Z_{(1-\alpha)}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

+ n: cỡ mẫu tối thiểu; z: hệ số tin cậy;

+ α: ngưỡng xác suất; 1 - β: lực mẫu (95%);

+ p₁: tỷ lệ người NCMT sử dụng BKT sạch, theo điều tra trước can thiệp tại Hà Tây (cũ) (năm 2007) với kết quả p₁ = 63,9%.

+ p₂: tỷ lệ người NCMT sử dụng BKT sạch mong muốn sau 2 năm can thiệp, chọn p₂ là 73%.

+ $\bar{P} = (p_1 + p_2)/2$. Thực tế đã điều tra 838 đối tượng.

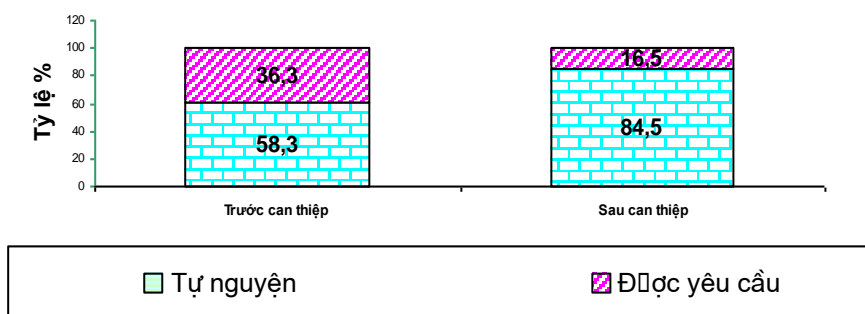
* *Lựa chọn đối tượng điều tra sau can thiệp:* đối tượng điều tra của từng huyện: chọn mẫu hệ thống không tương ứng với tỷ lệ quần thể, mỗi huyện/thị chọn 93 đối tượng. Dựa trên kết quả lập bản đồ địa dư và xã hội cho người NCMT, chọn đối tượng điều tra theo phương pháp vết dầu loang.

* *Nội dung can thiệp:* tổ chức hội nghị vận động về chương trình trao đổi BKT sạch dự phòng lây nhiễm HIV, tập huấn về HIV/AIDS và chương trình trao đổi BKT sạch dự phòng lây nhiễm HIV cho các ban ngành chính quyền địa phương. Tổ chức diễn đàn trên Đài Phát thanh Truyền hình Hà Tây (cũ) về chương trình trao đổi BKT sạch, dự phòng lây nhiễm HIV với sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể liên quan. Nói chuyện về chương trình trao đổi BKT sạch dự phòng lây nhiễm HIV với nhân dân tại khu phố, thôn xóm. Lập bản đồ địa dư và xã hội có liên quan đến HIV/AIDS/bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) tại các tụ điểm tiêm chích ma túy (TCMT), tụ điểm công cộng tại các huyện/thị, xã/phường. Tập huấn về các bệnh STI cho nhóm thầy thuốc khám và điều trị. Thành lập đội khám STI lưu động và khám sức khỏe định kỳ, giao ban định kỳ các thành viên Ban chỉ đạo và nhóm thực hiện chương trình. Đánh giá tiến độ, giải quyết những khó khăn và tồn tại. Xây dựng cơ sở trao đổi BKT sạch tại các tụ điểm TCMT, tụ điểm công cộng, nhà thuốc, trạm

y tế xã/phường. Tổ chức các buổi phát sóng trên Đài phát thanh các huyện/thị và xã phường. In ấn tài liệu, tờ rơi, tranh, đặt panô tại các tụ điểm công cộng. Tổ chức truyền thông thay đổi hành vi tại các tụ điểm công cộng. Giám sát chương trình trao đổi BKT sạch và khám chữa bệnh STI cho người NCMT. Thành lập nhóm giáo dục đồng đẳng.

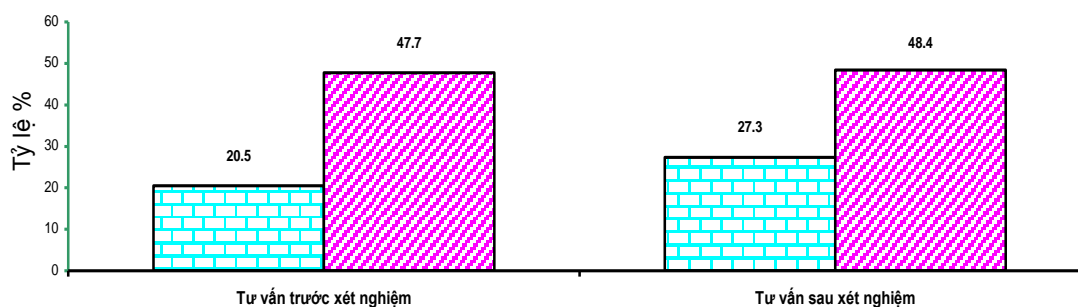
* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm Epi.info 6.04, SPSS, phần mềm chuyên dụng quản lý số liệu HIV/AIDS “HIV/AIDS Data Management” phiên bản 1.0. Sử dụng các thuật toán trong thống kê y sinh học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Đánh giá vai trò yếu tố nguy cơ: tính P, tính tỷ suất chênh (OR).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Hiệu quả về loại hình xét nghiệm HIV của người NCMT.

Sau 2 năm can thiệp, tỷ lệ người NCMT tự nguyện đi làm xét nghiệm HIV tăng từ 58,3% lên 84,5%. Tỷ lệ người NCMT được yêu cầu xét nghiệm HIV đã giảm đáng kể (từ 36,3% xuống 16,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 2: Hiệu quả về tư vấn trước và sau xét nghiệm HIV của đối tượng.

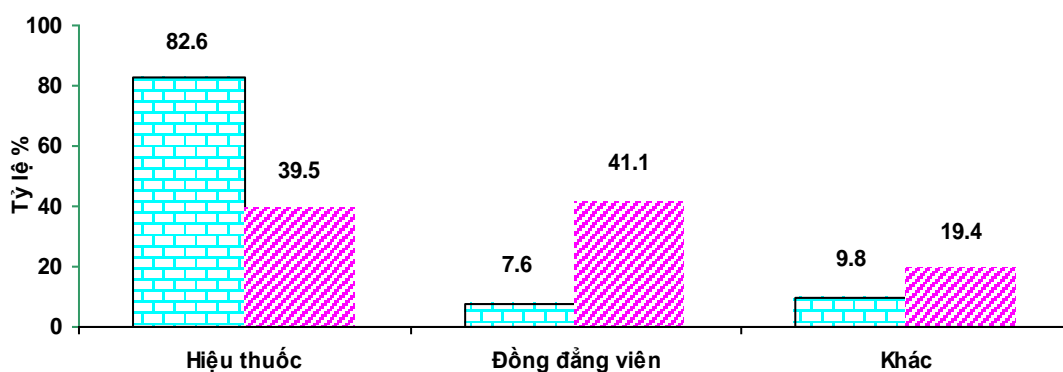
Tỷ lệ người NCMT được tư vấn trước xét nghiệm tăng từ 20,5% lên 47,7% ($p < 0,001$) và chỉ số hiệu quả (CSHQ) là 132,7%. Tỷ lệ người NCMT được tư vấn đúng sau xét nghiệm tăng từ 27,3% lên 48,4% ($p < 0,001$) và CSHQ là 77,3%.

Bảng 1: Hiệu quả truyền thông thay đổi hành vi về tiêm chích an toàn trong 6 tháng.

CHỈ SỐ	TRƯỚC CAN THIỆP (n = 1.010)		SAU CAN THIỆP (n = 810)		CSHQ (%)	p
	n	(%)	n	(%)		

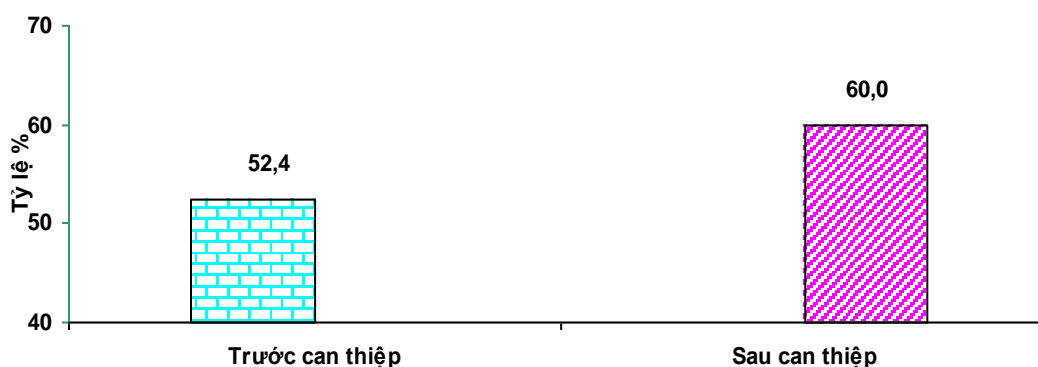
Có	546	54,1	645	79,6	47,1	<0,001
Không	464	45,9	165	20,4		

Tỷ lệ đối tượng được nghe nói về tiêm chích an toàn đã tăng lên rõ rệt (từ 54,1% trước can thiệp lên 79,6% sau can thiệp), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và CSHQ đạt 47,1%).



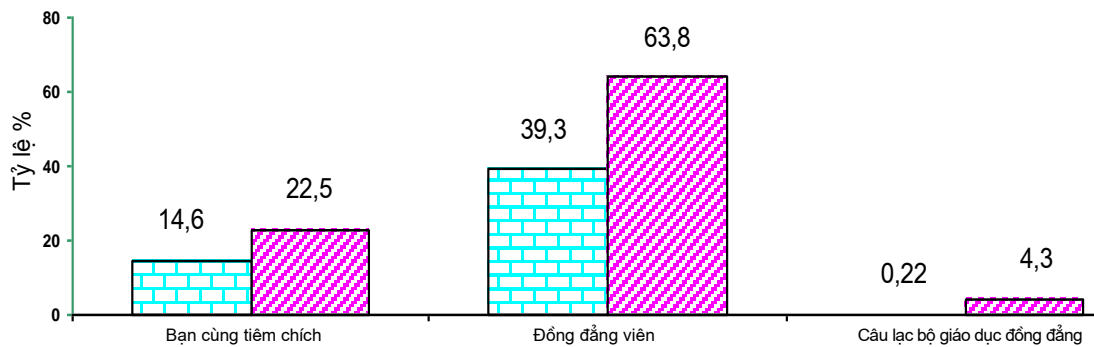
Biểu đồ 3: Nguồn cung cấp BKT sạch miễn phí cho người NCMT trong tháng.

Tỷ lệ người NCMT nhận được BKT sạch từ đồng đảng viên tăng từ 7,6% lên 41,1% ($p < 0,001$ và CSHQ đạt 440,8%). Tỷ lệ người NCMT nhận được BKT sạch từ những nguồn khác (y tế thôn, đoàn thể) tăng từ 9,8% lên 19,4% ($p < 0,001$ và CSHQ đạt 97,9%).



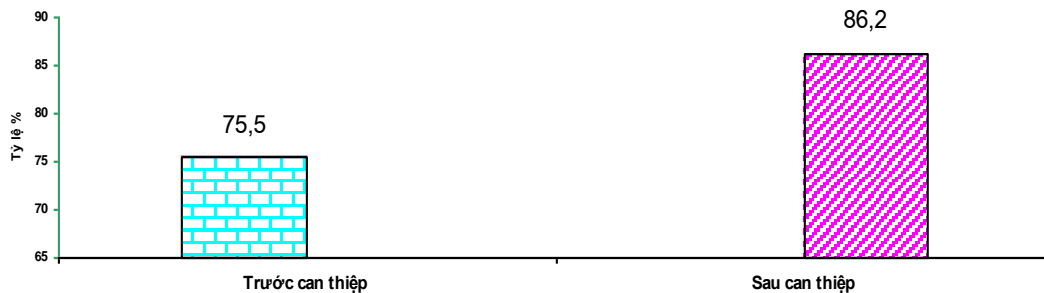
Biểu đồ 4: Kết quả tự đánh giá của đối tượng về nguy cơ nhiễm HIV.

Khi được hỏi về khả năng tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV, 60,0% người NCMT (sau can thiệp) cho rằng có nguy cơ nhiễm HIV khi TCMT cao hơn trước can thiệp (52,4% với $p < 0,001$ và CSHQ đạt 14,5%).



Biểu đồ 5: Tỷ lệ người NCMT biết địa điểm có thể mua/nhận BKT sạch.

Sau can thiệp, tỷ lệ người NCMT biết nơi có thể mua/nhận BKT sạch đều tăng lên so với trước can thiệp: từ đồng đảng viên 63,8% (sau can thiệp) so với 39,3% (trước can thiệp); từ bạn cùng tiêm chích 22,5% (sau can thiệp) so với 14,6% (trước can thiệp) và từ câu lạc bộ giáo dục đồng đảng 4,3% (sau can thiệp) so với 0,22% (trước can thiệp).



Biểu đồ 6: Tỷ lệ người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí trước và sau can thiệp.

Tỷ lệ người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí từ 75,5% (trước can thiệp) tăng lên 86,2% (sau can thiệp). Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ với CSHQ đạt 1,2%).

Bảng 2: Tỷ lệ khám chữa bệnh STI của người NCMT tại các cơ sở y tế tư nhân.

CHỈ SỐ	TRƯỚC CAN THIỆP (n = 1.010)		SAU CAN THIỆP (n = 810)		CSHQ (%)	P
	n	%	n	%		
Đến khám chữa bệnh	483	47,8	473	58,4	22,2	< 0,001
Tư vấn phòng chống bệnh STIs	330	32,7	385	38,1	16,5	< 0,001
Tư vấn sử dụng BCS	253	25,0	372	45,9	83,5	< 0,001

Tỷ lệ khám chữa bệnh STI của người NCMT tại các cơ sở y tế tư nhân tăng lên đáng kể, từ 47,8% (trước can thiệp) lên 58,4% (sau can thiệp) ($p < 0,001$) và CSHQ đạt 22,2%, được tư vấn phòng chống bệnh STI từ 32,7% (trước can thiệp) lên 38,1% (sau can thiệp), với $p < 0,001$ và CSHQ đạt 16,5%, tư vấn sử dụng BCS từ 25,0% (trước can thiệp) lên 45,9% (sau can thiệp) với $p < 0,001$ và CSHQ đạt 83,5%.

BÀN LUẬN

1. Hiệu quả về tư vấn xét nghiệm HIV.

Sau 2 năm can thiệp, hoạt động tư vấn xét nghiệm tự nguyện (TVXNTN) đã thay đổi đáng kể. Trong khu vực Đông Nam Á, nghiên cứu trên 3.570 khách hàng tìm kiếm dịch vụ TVXNTN tại Bệnh viện huyện Sansai - miền Bắc Thái Lan cho thấy: dịch vụ TVXNTN triển khai tại cộng đồng có thể tiếp cận tốt với những người NCMT có hành vi nguy cơ cao. Tại một trung tâm TVXNTN ở Campuchia, theo dõi tình trạng chuyển đảo huyết thanh của 5.541 người NCMT trong 5 năm nhận thấy: tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh giảm từ 8,5% năm 1996 xuống còn 3,1% năm 1999. Kết quả này có thể phản ánh những thay đổi hành vi nguy cơ, ảnh hưởng tích cực của hoạt động tư vấn tại cộng đồng [3, 4].

Tại Việt Nam, từ năm 2004 với mô hình TVXNTN triển khai lồng ghép tại tuyến huyện đã giải quyết được những bất cập trước đây, do đó thu hút ngày càng nhiều người NCMT đến tư vấn, xét nghiệm HIV và chất lượng tư vấn cũng chuyển biến đáng kể. Mặc dù có tiến bộ như vậy, nhưng hoạt động tư vấn vẫn còn nhiều điểm hạn chế. Đối tượng tư vấn hiện nay chủ yếu tập trung vào người NCMT, gái mại dâm, người nhiễm HIV. Việc tiếp cận với đối tượng tư vấn còn thụ động từ cả hai phía: tư vấn viên và đối tượng tư vấn. Người NCMT nguy cơ không muốn đến các phòng TVXNTN do kỳ thị xã hội, không hiểu được lợi ích của việc tư vấn. Tư vấn viên chưa được đào tạo đầy đủ về kỹ năng tiếp cận người NCMT và quy trình tư vấn chuẩn. Địa điểm phòng tư vấn chưa thực sự phù hợp, phương tiện truyền thông nghèo nàn, dụng cụ trực quan thiếu... Hoạt động tư vấn trong thời gian tới cần giải quyết những nội dung trên để đáp ứng được nhu cầu tư vấn cho mọi đối tượng, đặc biệt là người NCMT và làm tăng chất lượng, hiệu quả tư vấn.

2. Hiệu quả tiếp cận dịch vụ của người NCMT.

Sau 2 năm can thiệp, người NCMT tại các địa bàn nghiên cứu đã có khả năng tiếp cận với các dịch vụ dễ dàng hơn. Qua theo dõi về số người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí trong 6 tháng từ 75,5% trước can thiệp tăng lên 86,2% sau can thiệp. Kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và CSHQ đạt 131,4%. Trong đó, từ đồng đẳng viên chiếm đa số (85,7% trước can thiệp tăng lên 90,9% sau can thiệp), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và CSHQ đạt 6,1%. Bạn cùng tiêm chích từ 2,1% trước can thiệp tăng lên 21,4% sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và CSHQ đạt 919,0%. Tỷ lệ người NCMT đến khám chữa bệnh STI tại các cơ sở y tế nhà nước có xu hướng tăng lên (năm 2007 là 34,4%; năm 2009 là 42,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và CSHQ đạt 24,1%. Việc cung cấp BCS, nhận được tờ rơi; được hỗ trợ đồng đẳng; khám, chữa các bệnh STI (chỉ số 32 - 37) đều tăng rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, việc bố trí dịch vụ tại xã/phường đã gần gũi, thân thiện hơn đối với người NCMT. Đánh giá sau 2 năm can thiệp của Ngân hàng Phát triển châu Á: những can thiệp đã làm thay đổi nhận thức cộng đồng đối với người nhiễm HIV. Tỷ lệ người nhiễm nhận được hỗ trợ của cộng đồng tăng rõ rệt so với điều tra cơ bản (từ 46,7% lên 79,1%) [5].

3. Sử dụng BKT trong 1 tháng.

Hành vi người NCMT không dùng chung BKT trong 1 tháng có thay đổi đáng kể sau khi thực hiện chương trình can thiệp, tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT khi TCMT giảm từ 2,6% trước can thiệp xuống 0,9% sau can thiệp, $p < 0,01$. Tỷ lệ dùng chung BKT của người NCMT sau can thiệp rất thấp, chỉ có 0,9% người NCMT dùng chung BKT của người khác. Việc triển khai chương trình trao đổi BKT sạch làm tăng nhận thức đúng về nguy cơ lây nhiễm HIV qua việc sử dụng chung BKT và thực hành tiêm chích an toàn đã phần nào giải thích tỷ lệ nhiễm HIV thấp trong nhóm đối tượng nghiên cứu sau can thiệp. Kết quả này thấp hơn nhiều so với những nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước. So với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu "Tỷ lệ nhiễm và nguy cơ lây nhiễm HIV trong người NCMT tại TP.Hải Phòng và TP.Hà Nội" năm 2004 của Lưu Thị Minh Châu và CS: tỷ lệ dùng chung BKT tại TP.Hải Phòng và TP.Hà Nội tương đương 2,4% và 2,5% [6]. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học

HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005 - 2006: tỷ lệ dùng chung BKT của người NCMT cao tại Đà Nẵng, TP.Hồ Chí Minh, Cần Thơ và An Giang, khoảng 25 - 37% [7].

Kết quả nghiên cứu này phù hợp vì tại tỉnh Hà Tây (cũ), chương trình can thiệp giảm tác hại được sự quan tâm của các cấp chính quyền địa phương, đồng thời công tác truyền thông thay đổi hành vi được tổ chức thường xuyên liên tục và sâu rộng, đạt độ bao phủ truyền thông cao, tiếp cận đến người NCMT. Hơn nữa, mạng lưới cộng tác viên, đồng đẳng viên hoạt động tích cực, có hiệu quả, kết quả trên cũng cho thấy độ bao phủ, tính sẵn có và khả năng tiếp cận được với BKT sạch của người NCMT thông qua nhóm đồng đẳng viên cung cấp trực tiếp BKT sạch và thông qua mạng lưới y tế thôn, trạm y tế để trao đổi BKT sạch tương đối tốt.

KẾT LUẬN

Có sự cải thiện đáng kể về hành vi nguy cơ của người NCMT: tỷ lệ người NCMT có dùng chung BKT trong lần tiêm chích gần đây giảm từ 2,6% (trước can thiệp) xuống 0,9% (sau can thiệp). Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ với chương trình trao đổi BKT sạch đầy đủ hơn, tỷ lệ người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí trong 6 tháng tăng từ 35,7% (trước can thiệp) lên 82,6% (sau can thiệp). Tỷ lệ người NCMT biết nơi có thể nhận hoặc mua được BCS tại hiệu thuốc là 97%. Cần tiếp tục theo dõi thêm trong thời gian tới để có thể mở rộng mô hình can thiệp phòng lây nhiễm HIV/AIDS ra các tỉnh/thành khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hà Tây* Báo cáo tổng kết công tác giám sát trọng điểm HIV/AIDS tỉnh Hà Tây năm 2008. 2008.
2. *Nguyễn Văn Thường, Trịnh Quân Huân và CS.* Sổ tay hướng dẫn phòng chống AIDS. Nhà xuất bản Y học. 2000, tr.9-17.
3. *Bộ Y tế - Ngân hàng Phát triển châu Á.* Kết quả điều tra cơ bản dự án “Cộng đồng hành động phòng chống AIDS tại: Lai Châu, Quảng Trị, Đồng Tháp, An Giang và Kiên Giang”. Hà Nội. 2002, tr.12-137.
4. *Bộ Y tế.* Báo cáo tổng kết chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Hà Nội. 2000, tr1-15.
5. *Bộ Y tế.* Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005-2006. Hà Nội. 2006, tr.12-37.
6. *Michael Farrell, MD - National Addiction Center.* Are drug dependence treatment programs effective in preventing HIV among IDUs. 2003.
7. *GenciA.S, Lance H.C.* Acquired immunodeficiency syndrome. Harisons: Principles of Internal. 1997, 1 (14), pp.1787-795.