

ĐIỀU TRA HÀNH VI NGUY CƠ LÂY TRUYỀN HIV CỦA NAM GIỚI TẠI HÀ NỘI, ĐÀ NẴNG VÀ CẦN THƠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHÒNG VẤN VỚI SỰ HỖ TRỢ CỦA MÁY TÍNH

Lê Tựu Hoàng; Vũ Thị Hoàng Lan*; Lê Cự Linh**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp phỏng vấn với sự hỗ trợ của máy tính (ACASI) trên 561 đối tượng là nam giới, tuổi từ 15 - 49, tại 3 thành phố lớn là Hà Nội, Đà Nẵng và Cần Thơ nhằm mô tả các hành vi nguy cơ lây truyền HIV, mô tả thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và việc tư vấn và xét nghiệm HIV của những đối tượng này. Kết quả: tỷ lệ quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân 29,1%, QHTD với gái mại dâm (GMD) 9,6% và QHTD bất chột 6,1%. Tỷ lệ có xét nghiệm HIV 18,3%. Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV có sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị và giữa các trình độ học vấn khác nhau. Có thể thấy, nam giới trong quần thể chung hiện đang dần trở thành cầu nối cho việc lây truyền HIV từ nhóm nguy cơ cao sang quần thể, do vậy, các biện pháp can thiệp cần quan tâm hơn tới nhóm đối tượng này.

* Từ khóa: HIV; Hành vi nguy cơ; Nam giới; Hỗ trợ của máy tính.

SURVEY OF HIV-RELATED RISK BEHAVIORS OF MALE AMONG GENERAL POPULATION IN HANOI, DANANG AND CANTHO USING AUDIO COMPUTER ASSISTED SELF INTERVIEW

SUMMARY

A cross-sectional descriptive study using Audio-Computer Assisted Self-Interview method (ACASI) was conducted on 561 males, aged 15 - 49 in 3 cities (Hanoi, Danang and Cantho) aimed to describe their high-risk behaviors and describe stigma and discrimination on people living with HIV and current facts of HIV testing and counseling them. Results showed that: the percentage of male had sex before marriage was 29.1%, having sex with sex workers was 9.6% and having non-consensual sex was 6.1%. Results indicated that 18.3% of subjects reported that they ever had HIV testing. The level of stigma and discrimination towards HIV/AIDS seems to be different between urban and rural respondents, between different education levels. Male in the general population are becoming a bridge for HIV transmission from high - risk groups into general population, so interventions of HIV/AIDS should be more focused on these objects.

* *Key words: HIV; Related risk behaviors; Male; ACASI.*

Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Đoàn Huy Hậu
PGS. TS. Lê Văn Bào

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam hiện vẫn chủ yếu tập trung vào can thiệp cho các đối tượng có nguy cơ cao như người nghiện chích ma túy, GMD [1], đã có nhiều nghiên cứu đo lường các hành vi nguy cơ trong những đối tượng này [2, 3]. Bên cạnh đó, mặc dù HIV/AIDS ở Việt Nam vẫn còn trong giai đoạn dịch tập trung, nhưng đã xuất hiện những dấu hiệu về tình trạng dịch lây lan ra cộng đồng, ví dụ như số liệu về tình hình nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ có thai tại Việt Nam gia tăng trong những năm gần đây [1]. Trong số những hành vi nguy cơ lây truyền HIV, việc nam giới có quan hệ với GMD được coi là “*cầu nối*” của sự lây truyền HIV từ đối tượng có nguy cơ cao sang các đối tượng khác trong cộng đồng. Tuy nhiên, các số liệu về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS của nhóm này trong cộng đồng rất ít được quan tâm nghiên cứu, cũng như chưa có công cụ thu thập thông tin nhạy cảm có độ tin cậy cao.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp phỏng vấn với sự hỗ trợ của máy tính (Audio-Computer Assisted Self-Interview - gọi tắt là ACASI) nhằm:

- *Mô tả hành vi nguy cơ lây truyền HIV của nam giới tuổi từ 15 - 49 tại Hà Nội, Đà Nẵng và Cần Thơ năm 2011.*

- *Mô tả thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và việc tư vấn, xét nghiệm HIV của những đối tượng này.*

**□□I T- □NG VÀ PH- □NG PH□P
NGHI□N C□U**

1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 561 nam giới, tuổi từ 15 - 49. Thời gian từ tháng 6 đến 12 - 2011.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Áp dụng phương pháp lấy mẫu cụm nhiều giai đoạn. Trong đó, giai đoạn một,

chọn ngẫu nhiên 2 quận của 3 thành phố được nghiên cứu; giai đoạn hai, xây dựng khung mẫu, sau đó lấy ngẫu nhiên các đối tượng nghiên cứu từ danh sách đó. Cỡ mẫu cần thiết được tính bằng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{\epsilon^2}$.

Trong đó: độ tin cậy $(1-\alpha) = 95\%$, $p = 0,1$, độ chính xác tương đối $\epsilon = 0,25$, ước tính số đối tượng bỏ cuộc khoảng 10%, theo tính toán cỡ mẫu là 609 người. Trên thực tế, tỷ lệ tham gia nghiên cứu này là > 90% với 561 người.

Sử dụng phương pháp ACASI để thu thập thông tin. Đối tượng đọc câu hỏi trên màn hình máy tính, đồng thời được nghe câu hỏi qua tai nghe, sau đó, gõ câu trả lời của mình mà không chịu sự giám sát của điều tra viên.

Bộ câu hỏi sử dụng trong nghiên cứu tập trung chủ yếu vào hành vi nguy cơ lây truyền HIV, thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và việc xét nghiệm, tư vấn. Các câu hỏi được mã hóa thành cơ sở dữ liệu cài đặt vào máy tính xách tay dùng để phỏng vấn, kết hợp ghi âm lại và tích hợp vào phần mềm phỏng vấn ACASI (đây là một phần mềm chạy trên ngôn ngữ lập trình DotNet sử dụng cơ sở dữ liệu MySQL).

Phân tích và xử lý thông tin bằng phần mềm SPSS 19.0. Sử dụng thống kê mô tả và phân tích đôi biến để tìm hiểu tỷ lệ về các hành vi nguy cơ, việc tư vấn xét nghiệm HIV, cũng như thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử của đối tượng phân theo tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và khu vực sinh sống.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

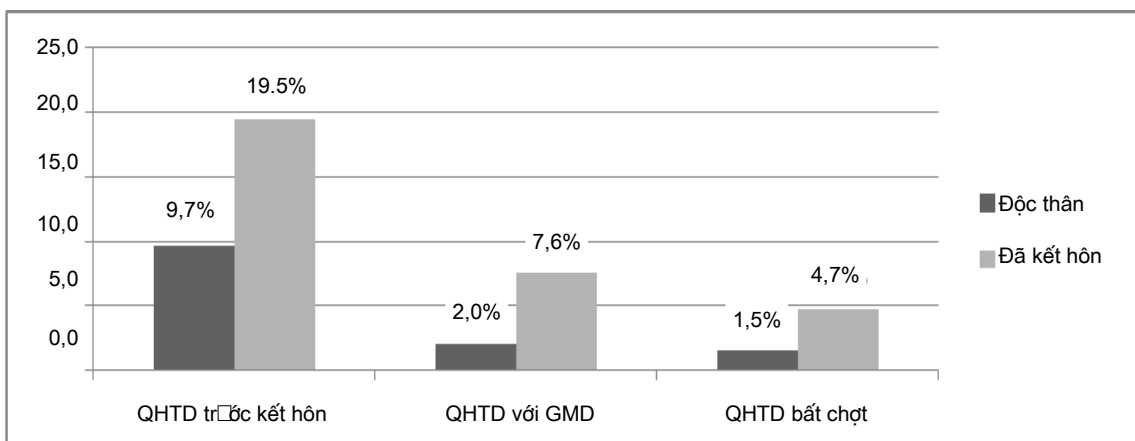
Số đối tượng tham gia nghiên cứu xấp xỉ 33% tại mỗi thành phố, khoảng 55% đối tượng ở nông thôn, còn lại ở thành thị. Khoảng 54% đã kết hôn. Về nghề nghiệp, thất nghiệp chiếm 28%, công nhân chiếm 1/4, nông dân và cán bộ viên chức đều xấp xỉ 13%. Về trình độ học vấn, học hết cấp 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%), tiếp đó là trình độ cấp 2 (28,9%), trình độ đại học trở lên 25,8%, chỉ có 6,4% mới học hết cấp 1.

2. Hành vi nguy cơ lây truyền HIV/AIDS.

Bảng 1: Hành vi nguy cơ lây truyền HIV/AIDS theo vùng.

HÀNH VI NGUY CƠ	TỶ LỆ % ĐỐI TƯỢNG TRẢ LỜI "CÓ"					
	Thành thị		Nông thôn		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Tiêm chích ma túy	14	2,5	10	1,8	24	4,3
QHTD trước hôn nhân	77	13,7	86	15,3	163	29,1
QHTD với GMD	19	5,6	14	4,1	33	9,6
QHTD bất chợt	11	3,2	10	2,9	21	6,1
Bị ép buộc QHTD	18	5,2	8	2,3	26	7,6
QHTD đồng giới	2	0,6	4	1,2	6	1,8

30% đối tượng có QHTD trước hôn nhân, 7,6% từng bị ép buộc QHTD và 6,1% từng QHTD bất chợt. 9,6% từng QHTD với GMD.



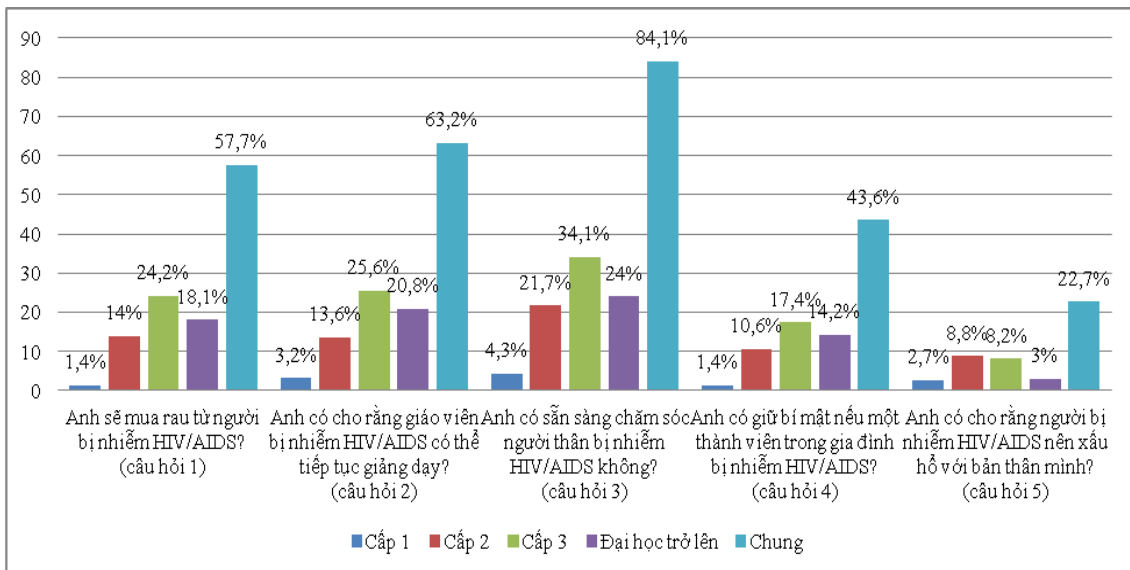
Biểu đồ 1: Hành vi QHTD của các đối tượng phân theo tình trạng hôn nhân.

Phân tích sâu hơn hành vi QHTD theo tình trạng hôn nhân, có tới gần 20% đối tượng đã kết hôn có QHTD trước hôn nhân, con số này gấp đôi tỷ lệ độc thân có QHTD trước hôn nhân, sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ nam giới đã kết hôn có quan hệ “ngoài luồng” như QHTD với GMD và QHTD bất chợt lần lượt là 7,6% và 4,7%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm nam giới độc thân chỉ là 2,0% và 1,5%.

3. Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người bị nhiễm HIV/AIDS.

Sử dụng câu hỏi dạng dương tính (câu 1, 2, 3) và âm tính (câu 4, 5) nhằm đánh giá thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử của các đối tượng nghiên cứu với người bị nhiễm HIV/AIDS.



Biểu đồ 2: Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS theo trình độ học vấn.

Khoảng 45% sẽ giữ bí mật nếu một thành viên trong gia đình bị nhiễm HIV/AIDS và khoảng 1/4 cho rằng người bị nhiễm HIV/AIDS nên xấu hổ với bản thân.

Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS có sự khác biệt khi phân theo trình độ học vấn. Đối tượng có trình độ văn hóa cấp 3 có xu hướng trả lời “Có” với câu hỏi dương tính nhiều hơn so với đối tượng có trình độ từ đại học trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ kỳ thị và phân biệt đối xử với

người nhiễm HIV/AIDS giữa nam giới ở nông thôn và thành thị, tuy nhiên, rất khó để kết luận khu vực nào có tỷ lệ cao hơn. Ở câu hỏi 4 và 5, tỷ lệ nam giới ở thành thị sẽ giữ bí mật nếu một thành viên trong gia đình bị nhiễm HIV/AIDS cao hơn ở nông thôn (24% so với 19,5%); tuy nhiên, tỷ lệ nam giới ở nông thôn cho rằng người bị nhiễm HIV/AIDS nên xấu hổ với bản thân lại cao hơn ở thành thị (15,0% so với 7,7%).

4. Tư vấn và xét nghiệm HIV.

103/561 (18,3%) đối tượng tham gia nghiên cứu đã từng làm xét nghiệm HIV.

Bảng 2: Thông tin về việc tư vấn và xét nghiệm HIV của đối tượng nghiên cứu.

	CÁC TIÊU CHÍ	THÀNH THỊ	NÔNG THÔN	CHUNG
Lý do làm xét nghiệm	Quan tâm tới sức khỏe và tự nguyện làm xét nghiệm (%)	23 (22,3)	29 (28,2)	52 (50,5)
	Được mời và chấp thuận làm xét nghiệm (%)	4 (3,9)	5 (4,9)	9 (8,7)
	Được yêu cầu làm xét nghiệm (xét nghiệm sàng lọc HIV) (%)	4 (3,9)	2 (1,9)	6 (5,8)
	Khi đang làm các xét nghiệm khác (%)	6 (5,8)	12 (11,7)	18 (17,5)
	Khi đang hiến máu/bán máu (%)	9 (8,7)	9 (8,7)	18 (17,5)
Biết được kết quả xét nghiệm	Có (%)	40 (38,8)	53 (51,5)	93 (90,3)
	Không (%)	6 (5,8)	4 (3,9)	10 (9,7)
Nhận được tư vấn trước/sau khi làm xét nghiệm	Có (%)	22 (23,7)	29 (31,2)	51 (54,8)
	Không (%)	18 (19,4)	24 (25,8)	42 (45,2)
Nơi làm xét nghiệm	Bệnh viện nhà nước (%)	16 (18,8)	22 (25,9)	38 (44,7)
	Trung tâm VCT (%)	8 (9,4)	6 (7,1)	14 (16,5)
	Trung tâm Kế hoạch hóa gia đình (%)	2 (2,4)	0 (0,0)	2 (2,4)
	Cơ sở y tế tư nhân (%)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,4)
	Trung tâm y tế (%)	9 (10,6)	16 (18,8)	25 (29,4)

Lý do chính các đối tượng làm xét nghiệm là do quan tâm tới sức khỏe của bản thân và tự nguyện làm xét nghiệm (50,5%), nơi họ thường xuyên đến làm xét nghiệm nhất là các bệnh viện nhà nước (44,7%). Mặc dù tư vấn trước/sau khi xét nghiệm HIV là một việc bắt buộc trong quy trình xét nghiệm, tuy nhiên, chỉ có 54,8% đối tượng trả lời họ nhận được tư vấn trước hoặc sau khi làm xét nghiệm HIV.

BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng phương pháp ACASI. Tổng quan tài liệu tại Việt Nam và trên thế giới cho thấy những nghiên cứu sử dụng phương pháp này có tỷ lệ tham gia cao hơn so với nghiên cứu sử dụng phương pháp truyền thống như phỏng vấn trực tiếp hay tự điền phiếu [5, 6]. Nói chung, tỷ lệ tham gia trong nghiên cứu này cao hơn so với các phương pháp truyền thống khác, đặc biệt, phương pháp này cung cấp một giao diện trực quan nhất khi đối tượng có thể kết hợp nghe câu hỏi qua tai nghe và xem câu hỏi trên màn hình máy tính.

Trong nghiên cứu này, đối tượng điều tra của chúng tôi là nam giới, tuổi từ 15 - 49, tại 3 thành phố lớn, tỷ lệ QHTD trước hôn nhân 29,1%, cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trên đối tượng thanh thiếu niên ở Chí Linh, Hải Dương [4], hay Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam 2009 (SAVY2) [7]. Điều này được giải thích là do khoảng tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi rộng hơn so với các nghiên cứu trước, bên cạnh đó, phương pháp điều tra đảm bảo tính bí mật, điều này cho phép chúng tôi thu thập được số liệu phản ánh tính thực tế cao hơn những nghiên cứu khác. Một lý do khác, đó là cỡ mẫu của chúng tôi đều được chọn từ các thành phố

lớn, nơi mà đối tượng có điều kiện tiếp xúc tốt hơn với nhiều nguồn thông tin chứ không bao gồm cả vùng sâu vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn như điều tra SAVY2. Một điều đáng chú ý là trong nghiên cứu này, nam giới đã kết hôn có xu hướng trả lời các hành vi nguy cơ như QHTD trước hôn nhân, QHTD với GMD, QHTD bất chột đều cao hơn hẳn so với nam giới chưa kết hôn. Kết quả này có thể do tâm lý nam giới sau khi đã kết hôn thường cởi mở và ít e ngại hơn so với nam giới độc thân khi nói về hành vi tình dục trong quá khứ của mình.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy, việc QHTD trước hôn nhân là một trong những hành vi nguy cơ chính lây truyền HIV/AIDS ở đối tượng nam giới (gần 30%); ngoài ra, các hành vi nguy cơ không thể không kể đến đó là việc QHTD với GMD (9,6%), QHTD bất chột (6,1%) và tiêm chích ma túy (4,3%). Bên cạnh đó, các hành vi nguy cơ của nam giới đã kết hôn có xu hướng cao hơn so với nam giới chưa kết hôn. Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử của nam giới có sự khác biệt khi phân theo trình độ học vấn, tuy nhiên, hầu như không có sự khác biệt khi phân theo vùng thành thị và nông thôn. Mặc dù đã có những biến chuyển tích cực trong thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV của nam giới tại 3 thành phố lớn, nhưng việc tăng cường các chương trình truyền thông để thay đổi hành vi, đặc biệt cho nam giới vẫn rất cần thiết. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cho thấy, hiện nay nam giới đã có ý thức tự đi làm xét nghiệm vì quan tâm tới sức khỏe của mình (50%), tuy nhiên, tỷ lệ nhận được tư vấn khi xét nghiệm chưa cao (khoảng 50%), do vậy, quy trình tư vấn và xét nghiệm HIV cần có sự điều chỉnh nhằm đảm bảo mọi người đều có thể tiếp nhận được tất cả hiệu quả mà nó mang lại. Kết quả từ nghiên cứu này một lần nữa chứng minh tầm quan trọng

của việc cần thiết phải tiến hành các nghiên cứu về hành vi nguy cơ lây truyền HIV trong quần thể chung - nơi vẫn còn nhiều đối tượng thường bị bỏ ngỏ trong can thiệp nhằm giảm thiểu lây truyền HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Báo cáo tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2010. 3 - 2010.
2. Bộ Y Tế. Ước tính tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam và phương hướng giai đoạn 2007 - 2012. 2009.
3. Trịnh Thị Sang, Lê Cự Linh, Nguyễn Thanh Nga. Một số yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên người nghiện ma túy ở thành phố Bắc Giang. Tạp chí Y tế Công cộng. 2007, 8, p.36.
4. Lê Cự Linh, Nguyễn Thanh Nga, Nguyễn Đức Thành, Đào Hoàng Bách. Thực trạng sức khỏe thanh thiếu niên huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương: Các kết quả sơ bộ từ dự án nghiên cứu dọc tại CHILILAB. Tạp chí Y tế Công cộng. 2008, 10 (10), pp.18-25.
5. Roger T, WST. Asking sensitive questions: The impact of data collection mode, question format and question content. Public Opinion Quarterly. 1996, 60, pp.275-304.
6. David SM, K Beryl, T Charles, N Helen, V Francesc, H Sarah et al. Randomized controlled trial of Audio Computer - Assisted Self - Interviewing: Utility and acceptability in longitudinal studies. American Journal of Epidemiology. 2000, 152, pp.99-106.
7. Loi VM. Thematic report: Knowledge and attitudes of Vietnamese youth on HIV/AIDS and people living with HIV. Specific topic report, SAVY2. 2010.

Ngày nhận bài: 12/4/2012

Ngày giao phôi biên: 26/7/2012

Ngày giao bản thảo in: 31/8/2012

