

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 - Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS Hà Nội
NGUYỄN THANH LONG - Cục phòng chống HIV/AIDS
LÊ VĂN BÀO - Học viện Quân y

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 1010 và 810 nam giới (trước và sau can thiệp) từ 18 tuổi trở lên, tiêm chích các loại ma túy theo đường tĩnh mạch trong 1 tháng qua, hiện đang sống tại tỉnh Hà Tây(cũ) nhằm đánh giá hiệu quả chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại Hà Tây(cũ) 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 nghiện chích ma túy. 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: ma túy, HIV/AIDS

SUMMARY

The study was carried out among 1010 và 810 men aged 18 and above who are using venus illegal drug within the last one month (before and after intervention) in Ha Tay to evaluate effectiveness of the HIV prevention programme among venus elligal drug user in Ha Tay 2007-2009. The quasi-

experimental study was used. Results shown that there is an improvement of drug user behaviour in prevention of HIV. There is a need to follow up this programme to expand the HIV prevetion programme to other provinces.

Keywords: venus illigal drug, HIV.

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 các 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 tương đối phổ biến, đặc biệt là ở các vùng thị xã, thị trấn. 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 các 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 trên 60% số xã/phường báo cáo có các trường hợp nhiễm HIV [1], [2].

Một trong những nguyên nhân lan truyền HIV/AIDS tại Hà Tây (cũ) 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 các giải pháp can thiệp giảm tác hại như chương trình trao đổi bơm kim tiêm 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 nghiên cứu chích ma túy tại Hà Tây (cũ) giai đoạn 2007-2009.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Là nam giới từ 18 tuổi trở lên, tiêm chích các loại ma túy theo đường tĩnh mạch trong 1 tháng qua, hiện đang sống tại tỉnh Hà Tây (cũ) và tự nguyện tham gia nghiên cứu giai đoạn 2007-2009.

2. Phương pháp

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

Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp: Cỡ mẫu áp dụng cho nghiên cứu can thiệp trước-sau được tính theo công thức so sánh tỷ lệ % hai nhóm can thiệp:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; z là hệ số tin cậy

α : ngưỡng xác suất; $1 - \alpha$: Lực mẫu (95%)

+ p_1 là tỷ lệ người NCMT sử dụng BKT sạch, theo điều tra trước can thiệp tại Hà Tây (cũ) (năm 2007) với kết quả là $p_1 = 63,9\%$.

+ p_2 là tỷ lệ người NCMT sử dụng BKT sạch mong muốn sau 2 năm can thiệp, chọn p_2 là 73%.

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

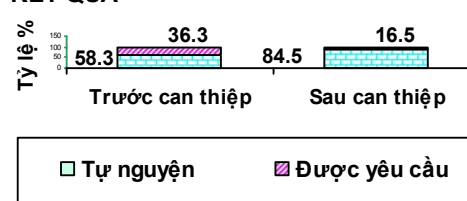
Lựa chọn đối tượng điều tra sau can thiệp: Số đối tượng điều tra của từng huyện: chọn mẫu hệ thống không tương ứng với tỷ lệ quần thể, mỗi huyện/thị chọn 93 đối tượng. Dựa trên kết quả lập bản đồ địa dư và xã hội cho người NCMT tiến hành chọn các đối tượng điều tra.

Nội dung can thiệp: Tổ chức hội nghị vận động về chương trình trao đổi BKT sạch dự phòng lây nhiễm HIV cho các ban, ngành Chính quyền địa phương. Tổ chức 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. Tổ chức các buổi 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/STI tại các tụ điểm TCMT, tụ điểm công cộng tại các huyện/thị, xã/phường. Tổ

chức tập huấn về các bệnh STIs cho nhóm thầy thuốc khám và điều trị. Thành lập đội khám STIs lưu động và khám sức khoẻ định kỳ. Tổ chức 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 các 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 các bệnh STIs cho người NCMT. Thành lập nhóm giáo dục đồng đẳng.

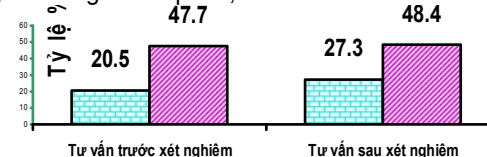
Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm EPI - INFO 6.04, SPSS, phần mềm chuyên dụng quản lý số liệu HIV/AIDS "HIV/AIDS Data Management" phiên bản 1.0. Sử dụng các thuật toán trong thống kê y sinh học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Đánh giá vai trò yếu tố nguy cơ: tính P,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

KẾT QUẢ



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 với $p < 0,001$.



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

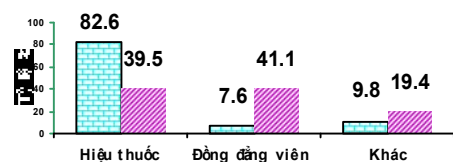
Tỷ lệ người NCMT được tư vấn trước xét nghiệm tăng từ 20,5% lên 47,7% với $p < 0,001$ và CSHQ là 132,7%. Tỷ lệ người NCMT được tư vấn đúng sau xét nghiệm tăng từ 27,3% lên 48,4% với $p < 0,001$ và CSHQ là 77,3%.

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

Chỉ số	Trước can thiệp (n = 1.010)		Sau can thiệp (n = 810)		p	CSHQ (%)
	SL	(%)	SL	(%)		
Có	546	54,1	645	79,6	<0,001	47,1
Không	464	45,9	165	20,4		

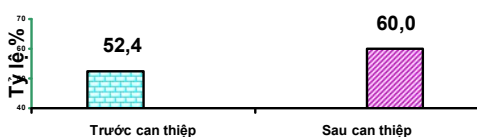
Tỷ lệ đối tượng được nghe nói về tiêm chích an toàn đã tăng lên rõ rệt từ 54,1% (trước can thiệp) lên

79,6% (sau can thiệp) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và CSHQ đạt 47,1%.



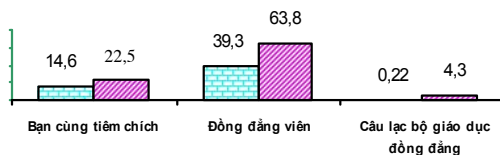
Biểu đồ 3. Nguồn cung cấp BKT sạch miễn phí cho người NCMT trong tháng qua

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%).



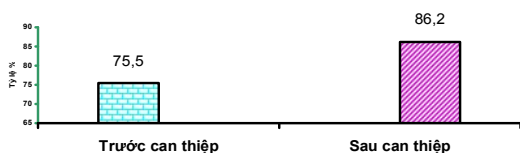
Biểu đồ 4. Kết quả tự đánh giá của đối tượng về nguy cơ nhiễm HIV

Khi được hỏi về khả năng tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV, có 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 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ với CSHQ đạt 1,2%.

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

Chỉ số	Trước can thiệp (n = 1010)		Sau can thiệp (n = 810)		p	CSHQ (%)
	SL	(%)	SL	(%)		
Đến khám chữa bệnh	483	47,8	473	58,4	<0,001	22,2
Tư vấn phòng chống bệnh STIs	330	32,7	385	38,1	<0,001	16,5
Tư vấn sử dụng BCS	253	25,0	372	45,9	<0,001	83,5

Tỷ lệ khám chữa bệnh LTQĐTD 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) với $p < 0,001$ 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

Mặc dù triển khai cùng một mô hình can thiệp, nhưng nhìn chung hiệu quả còn chưa cao. Với nội dung TVXNTN, sự thay đổi trước và sau can thiệp, tỷ lệ đi xét nghiệm tự nguyện và tỷ lệ được tư vấn trước và sau xét nghiệm có hiệu quả rõ rệt, ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người NCMT được tư vấn trước xét nghiệm có sự thay đổi tăng từ 20,5% trước can thiệp lên 47,7% sau can thiệp với $p < 0,001$ và CSHQ là 132,7%. Tỷ lệ người NCMT được tư vấn đúng sau xét nghiệm tăng từ 27,3% lên 48,4% với $p < 0,001$ và CSHQ là 77,3%. Sau 2 năm can thiệp, hoạt động TVXNTN đã có thay đổi đáng kể. Trong khu vực Đông Nam á, kết quả nghiên cứu trên 3.570 khách hàng tìm kiếm dịch vụ TVXNTN tại bệnh viện huyện Sansai thuộc 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 đổi huyết thanh của 5.541 người NCMT trong 5 năm nhận thấy: tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh giảm từ 8,5% năm 1996 xuống còn 3,1% năm 1999. Kết quả này có thể đã 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 các bất cập trước đây, do đó đã 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 sự tiến bộ như vậy, nhưng hoạt động tư vấn vẫn còn nhiều điểm hạn chế. Đối tượng tư vấn hiện nay chủ yếu vẫn tập trung vào những người NCMT, GMD, 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 qui 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. Các tỷ lệ theo dõi về số người NCMT nhận được BKT sạch miễn phí trong 6 tháng qua từ 75,5% trước can thiệp tăng lên 86,2% sau can thiệp. Kết quả này với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và chỉ số hiệu quả đạt 131,4%. Trong đó, từ đồng đẳng viên chiếm đại đa số từ 85,7% trước can thiệp tăng lên 90,9% sau can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số hiệu quả đạt 6,1%. Bạn cùng tiêm chích từ 2,1% trước can thiệp tăng lên 21,4% sau can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và chỉ số hiệu quả đạt 919,0%. Tỷ lệ người NCMT đến khám chữa bệnh STIs tại các cơ sở y tế nhà nước có xu hướng tăng lên (năm 2007 là 34,4%; năm 2009 là 42,7%), kết quả này với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và chỉ số hiệu quả đạt 24,1%. Việc cung cấp BCS, nhận được tờ rơi; được hỗ trợ đồng đẳng; khám, chữa các BLTQĐTD (chỉ số 32 – 37) đều tăng rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, việc bố trí các dịch vụ tại xã/phường rõ ràng đã gắn gũi, thân thiện hơn đối với người NCMT. Kết quả 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 đã tăng rõ rệt so với điều tra cơ bản (từ 46,7% lên 79,1%) [5].

3. Sử dụng BKT trong 1 tháng qua

Hành vi người NCMT không dùng chung BKT trong 1 tháng qua có sự thay đổi đáng kể sau khi thực hiện chương trình can thiệp, tỷ lệ người NCMT dùng chung BKT khi TCMT trong một tháng qua giảm từ 2,6% trước can thiệp xuống 0,9% sau can thiệp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ dùng chung BKT của người NCMT sau can thiệp là 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 rất nhiều so với các 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 cùng cộng sự, tỷ lệ dùng chung BKT tại TP Hải Phòng và TP Hà Nội

tương đương là 2,4% và 2,5% [6]. Kết quả này thấp hơn rất 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 là 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 nghiện chích ma túy: Có sự cải thiện đáng kể về hành vi nguy cơ của người nghiện chích ma túy: Tỷ lệ người nghiện chích ma túy có dùng chung bơm kim tiêm 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 bơm kim tiêm sạch đầy đủ hơn: Tỷ lệ người nghiện chích ma túy nhận được bơm kim tiêm sạch miễn phí trong 6 tháng qua tăng từ 35,7% (trước can thiệp) lên 82,6% (sau can thiệp). Tỷ lệ người nghiện chích ma túy biết nơi có thể nhận hoặc mua được bao cao su 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 (cũ) (2008), Báo cáo tổng kết công tác giám sát trọng điểm HIV/AIDS tỉnh Hà Tây (cũ) năm 2008.
2. Nguyễn Văn Thường, Trịnh Quân Huấn và cộng sự (2000), Sổ tay hướng dẫn phòng chống AIDS, Nhà xuất bản Y học tr. 9 - 17.
3. Michael Farrell, MD (2003) - National Addiction Center, Are Drug dependence treatment Programs Effective in preventing HIV among IDUs.
4. Genci A.S, Lance H.C (1997), "Acquired Immunodeficiency Syndrome", Harisons: Principles of internal, 1 (14), pp 1787-95.
5. Bộ Y tế - Ngân hàng Phát triển Châu á (2002), 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, tr. 12-137
6. Bộ Y tế (2000), Báo cáo tổng kết chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam, Hà Nội, tr1-15.
7. Bộ Y tế (2006), Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam 2005-2006, Hà Nội, tr 12- 37.