

HIỆU QUẢ CAN THIỆP THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI PHÒNG CHỐNG HIV CỦA ĐỒNG BÀO THÁI TẠI THANH HÓA (2007-2012)

PHAN THỊ THU HƯƠNG, NGUYỄN THANH LONG
Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang năm 2007 và 2012 trong nhóm dân tộc Thái gồm cả nam và nữ 15-49 tuổi tại huyện Quan Hóa và Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa được tiến hành với mục đích đánh giá kết quả can thiệp đối với các chỉ số kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống HIV/AIDS, đồng thời xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV trước và sau can thiệp. Hơn 800 người được phỏng vấn và lấy máu xét nghiệm HIV ở mỗi vòng điều tra. Kết quả nghiên cứu (NC) cho thấy kiến thức HIV/AIDS tăng lên rõ rệt: NC năm 2012 so với năm 2007: Kiến thức dự phòng HIV tăng từ 29,6% lên 58,1% ($\chi^2=132,77$; $p<0,001$); kiến thức phân biệt các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS tăng từ 36,2% lên 80,8% ($\chi^2=370,78$; $p<0,001$); hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV tăng từ 12,4% lên 50,3% ($\chi^2=458,74$; $p<0,001$); Kiến thức lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng từ 54,1% lên 86,6% ($\chi^2=202,21$; $p<0,001$). Biện pháp truyền thông tại địa bàn NC bao gồm cả truyền thông đại chúng và một số mô hình truyền thông trực tiếp, truyền thông dựa vào cộng đồng. Biện pháp truyền thông trực tiếp, dựa vào cộng đồng là mô hình phù hợp đối với đồng bào dân tộc thiểu số, thể hiện kiến thức dự phòng HIV do tác động chủ yếu từ nguồn thông tin trực tiếp của y tế xã, thôn bản (OR=2,1), hội họp thôn bản (OR=3,7) và tuyên truyền viên/đồng đảng viên (OR=1,8). Thái độ tích cực không kỳ thị đối với người nhiễm HIV tăng từ 16,8% lên 49,9% ($\chi^2=195,0$; $p<0,001$) và thái độ phân biệt đối xử với người nhiễm HIV giảm từ 85,7% xuống còn 15,5% ($\chi^2=811,11$; $p<0,001$). Những người hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV và người có kiến thức phân biệt các quan niệm sai lầm về HIV có thái độ tích cực hơn đối với người nhiễm HIV/AIDS (OR=1,6 và 6,7). Tỷ lệ người sử dụng ma túy giảm từ 1,8% xuống còn 1% năm 2012, trong đó 12,5% còn tìm kiếm chung. Phần lớn người NCMT có kiến thức dự phòng HIV (OR=5,1), đã tiếp cận chương trình BKT (OR=53,1) và xét nghiệm HIV (OR=7,3). Tỷ lệ hiện mắc HIV rất cao ở NC năm 2007 (3,6%) và giảm còn 1,0% ở NC 2012. Nhiễm HIV liên quan đến NCMT (OR=439,44) và giới tính nam (OR=1,67).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉnh Thanh Hóa có dân số 3.400.595 người bao gồm 41 dân tộc thiểu số (DTTS) sinh sống, trong đó

dân tộc Thái xếp thứ 3 với 6,6% sau Kinh và Mường [6]. Người Thái sống chủ yếu ở các huyện miền núi biên giới giáp Lào, có nơi tới gần 70% như Quan Hóa, Lang Chánh. Tính đến tháng 9/2012, toàn tỉnh có số người nhiễm HIV/AIDS còn sống là 5.014 người, trong đó có 3.320 người chuyển sang AID và 991 người tử vong do AIDS. Số liệu lập bản đồ năm 2012 cho thấy có 4.693 PNMD và khoảng 10.903 người NCMT, trong đó TP. Thanh Hóa, huyện Quan Hóa và huyện Mường Lát là những địa bàn tập trung nhiều NCMT nhất trong toàn tỉnh với 2.867 người (chiếm 61%) [5]. Tại Quan Hóa và Lang Chánh các chương trình can thiệp phòng chống HIV ưu tiên cho đồng bào DTTS được triển khai từ năm 2007. Để đánh giá hiệu quả một số mô hình truyền thông cho vùng dân tộc miền núi và tìm ra những thông tin đặc trưng phục vụ công tác xây dựng kế hoạch phòng chống phù hợp và hiệu quả, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhằm:

1. Mô tả thực trạng về kiến thức, thái độ, hành vi và tiếp cận dịch vụ phòng chống lây nhiễm HIV của nhóm người Thái 15 – 49 tuổi tại hai huyện thuộc tỉnh Thanh Hóa.

2. Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống HIV/AIDS của người dân tộc Thái tại địa bàn nghiên cứu, 2007-2012.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế can thiệp: Xây dựng các mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng cho 2 huyện NC Quan Hóa và Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa

2. Thiết kế điều tra: Điều tra cắt ngang TCT năm 2007 và SCT năm 2012.

2. Địa điểm điều tra: 4 xã đại diện của 2 huyện Quan Hóa và Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa.

3. Thời gian điều tra: tháng 7-9/2007 và tháng 7-9/2012.

4. Đối tượng điều tra: Nhóm dân tộc Thái được chọn bao gồm cả nam lẫn nữ tuổi 15-49 sống tại địa bàn huyện triển khai dự án.

5. Cỡ mẫu điều tra: cỡ mẫu cho mỗi vòng điều tra là 800 người.

6. Lấy máu làm xét nghiệm HIV.

7. Các chỉ số điều tra: Chỉ số điều tra được lựa chọn dựa trên bộ chỉ số theo dõi và đánh giá chương trình Quốc gia phòng chống HIV/AIDS.

8. Nhập và phân tích số liệu: Phần mềm thống kê EPI-INFO và SPSS được sử dụng nhập và phân tích số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các thông tin cơ bản:

Bảng 1. Đặc trưng nhân khẩu - xã hội của đối tượng nghiên cứu.

Đặc trưng của ĐTNC		Năm 2007	Năm 2012
Tuổi	15-24t	33,7%	30,0%
	25-34t	24,0%	30,3%
	35-49t	42,3%	39,8%
Tình trạng hôn nhân:	Chưa lập gia đình	2,5%	18,3%
	Đang sống cùng vợ chồng	94,0%	78,4%
	Khác	3,5%	3,2%
Trình độ học vấn	Chưa bao giờ đi học	1,8	2,1%
	Tiểu học	32,8%	22,2%
	THCS	39,9%	46,6%
	PTTH	21,9%	25,5%
	Cao đẳng, Đại học trở lên	3,5%	3,6%
Tỷ lệ hộ gia đình có tivi		62,9%	89,9%

Hầu hết người Thái trong NC có trình độ văn hoá tiểu học và trung học cơ sở và tỷ lệ chưa từng đi học cũng rất thấp, riêng tỷ lệ TTPT có tăng lên ở NC 2012. Nghề nghiệp chính là làm ruộng và ương rẫy (trên 90%). Người Thái sử dụng tiếng Thái trong sinh hoạt hàng ngày là 100% tuy nhiên khả năng đọc và viết tiếng Thái chỉ 1,8%. Hiện nay họ sử dụng tiếng phổ thông rất tốt (>93%) cả đọc và viết.

2. Tiếp cận các nguồn thông tin truyền thông.

Các can thiệp phòng chống HIV/AIDS của NC đã được thực hiện từ 2007 đến 2012, bao gồm truyền thông đại chúng qua đài phát thanh truyền hình huyện, hệ thống loa xã, các đội truyền thông lưu động và trực tiếp thông qua mô hình truyền thông dựa vào cộng đồng với các hình thức truyền thông nhóm nhỏ tại bản, truyền thông kết hợp các cuộc họp thôn bản, phân phát tài liệu truyền thông, văn nghệ. Mạng lưới thực hiện gồm các y tế xã/ thôn bản, các cộng tác viên như già làng, trưởng bản, phụ nữ, thanh niên, các giáo dục viên đồng đẳng nhóm NCMT được đào tạo về kiến thức HIV và kỹ năng truyền thông.

Bảng 2. Tiếp cận các nguồn thông tin đại chúng

	NC 2007	NC 2012	p
Đọc báo ít nhất một lần/tuần	36,6%	46,1%	<0,001
Nghe đài ít nhất một lần/tuần	24,9%	43,4%	<0,001
Xem TV ít nhất một lần/tuần	89,4%	98,1%	<0,001

Tivi là một trong những phương tiện thông tin đại

chúng được mọi người ưa chuộng nhất, xem tivi ít nhất 1 lần trong tuần tăng lên 98% năm 2012. Tỷ lệ người nghe đài và đọc báo thấp vì báo chí khó tiếp cận đối với người DTTS và đài càng ngày càng ít người sử dụng.

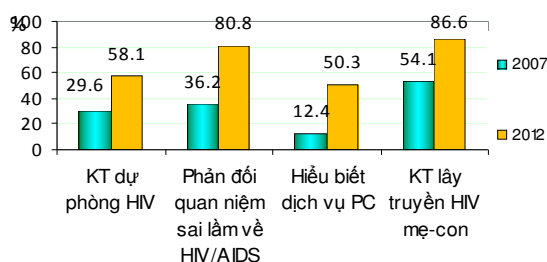
Bảng 3. Nhận được thông tin truyền thông phòng chống AIDS trong 12 tháng qua.

	NC 2007(%)	NC 2012(%)	p
Tiếp cận thông tin từ tivi	95,2	92,6	-
Tiếp cận thông tin từ sách, báo, tạp chí	64,2	48,6	-
Tiếp cận thông tin từ loa truyền thanh	50,8	59,4	<0,001
Tiếp cận tờ rơi, tờ bướm	55,4	40,9	-
Tiếp cận thông tin từ cuộc họp thôn bản	26,2	63,4	<0,001
Tiếp cận thông tin từ cán bộ y tế xã, thôn bản	70,4	78,0	<0,001
Tiếp cận thông tin từ CTV/tuyên truyền viên	13,0	83,3	<0,001

Nguồn thông tin người dân tộc Thái nhận được chủ yếu là qua tivi, cán bộ y tế xã, thôn bản, hội họp thôn bản và qua các cộng tác viên/tuyên truyền viên thôn bản. Tiếp cận tờ rơi cũng có tăng nhưng vẫn còn thấp. Loa truyền thanh xã hay sách báo chỉ bao phủ được các bản khu vực trung tâm xã nơi có điều kiện phủ sóng.

3. Thay đổi kiến thức về HIV/AIDS của cộng đồng dân tộc Thái tại các huyện NC ở Thanh Hóa.

Tỷ lệ người trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức HIV/AIDS tăng lên có ý nghĩa thống kê ở NC 2012 bao gồm: kiến thức phòng lây nhiễm HIV, kiến thức không hiểu sai - phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS, và hiểu biết các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS tại địa phương. Các nhóm kiến thức HIV/AIDS tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) ở NC 2012 so với NC 2007 (xem biểu đồ 1). Hiệu quả can thiệp (HQCT) ở nhóm kiến thức dự phòng là 96,3%, nhóm phản đối các quan niệm sai lầm là 123% và nhóm hiểu biết dịch vụ y tế là 306%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thay đổi đối với các nhóm kiến thức HIV/AIDS 2007-2012

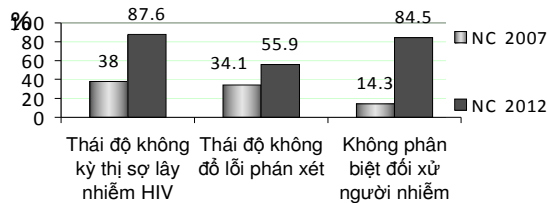
Bảng 4. Tác động của can thiệp và một số yếu tố đến kiến thức về HIV/AIDS ở NC 2012.

Có tiếp cận can thiệp truyền thông	Kiến thức dự phòng (n=796)				
	n	%	OR	95% CI	p
Các nguồn thông tin đại chúng	437	94,4	0,91	0,48-1,71	0,776
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	176	38,0	0,75	0,56-1,00	0,057
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	432	93,3	3,70	2,35-5,80	<0,001
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	392	84,5	2,12	1,49-3,00	<0,001
Nhận được thông tin từ Tuyên truyền viên, Đồng đảng viên	368	79,5	1,82	1,31-2,51	<0,001
Hiểu biết về dịch vụ phòng chống					
Các nguồn thông tin đại chúng	386	97,5	5,79	2,70-12,38	<0,001
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	171	43,0	5,02	3,13-8,06	<0,001
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	335	84,6	0,35	0,18-0,68	0,001
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	293	73,6	0,57	0,37-0,88	0,01
Nhận được thông tin từ Tuyên truyền viên, Đồng đảng viên	324	81,8	0,20	0,09-0,43	0,000
Phản đối quan niệm sai lầm về HIV (n=774)					
Các nguồn thông tin đại chúng	662	96,9	5,59	2,98-10,48	<0,001
Nhận được tờ rơi, tờ bướm	284	44,2	2,14	1,45-3,16	<0,001
Nhận được thông tin từ các cuộc họp thôn bản	554	86,4	0,60	0,32-1,10	0,099
Nhận được thông tin từ cán bộ y tế	528	82,1	2,23	1,50-3,30	<0,001
Nhận được thông tin từ Tuyên truyền viên, Đồng đảng viên	519	81,0	0,30	0,15-0,59	0,000

Kiến thức dự phòng HIV của ĐTNCC do tác động truyền thông chủ yếu từ các nguồn trực tiếp: các cuộc họp thôn bản (OR=3,7), cán bộ y tế (OR=2,1) và TTV/ĐĐV (OR=1,8). Hiểu biết về các dịch vụ phòng chống HIV do tác động chủ yếu từ thông tin đại chúng (OR=5,8) và tờ rơi (OR=5,0). Người có kiến thức phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS do tác động chính từ thông tin đại chúng (OR=5,6), tờ rơi (OR=2,1) và từ cán bộ y tế (OR=2,2).

4. Thay đổi về thái độ đối với HIV/AIDS.

NC cũng phân tích theo các nhóm thái độ để xác định mức độ thay đổi của người dân, bao gồm thái độ kỳ thị sợ lây nhiễm HIV; thái độ kỳ thị đổ lỗi, phán xét và thái độ phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Kết quả cho thấy thái độ đúng đắn với HIV/AIDS tăng lên có ý nghĩa thống kê ở cả 3 nhóm (xem biểu đồ 2). Hiệu quả can thiệp (HQCT) ở nhóm thái độ không kỳ thị sợ lây nhiễm là 130,5%, nhóm không kỳ thị đổ lỗi phán xét là 64% và nhóm không phân biệt đối xử là 491%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thay đổi thái độ đối với HIV/AIDS của ĐTNCC từ 2007-2012

5. Hành vi sử dụng ma túy:

Tại địa bàn NC, tỷ lệ ĐTNCC báo cáo có NCMT là 1,8% năm 2007 giảm xuống 1% năm 2012. Phần lớn là tiêm chích ma túy.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến hành vi NCMT của ĐTNCC ở NC 2012

Đặc trưng	Có sử dụng ma túy (n=8)	
	OR	95% CI
Kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV	5,10	0,62-41,65
Kiến thức phản đối quan niệm sai lầm	1,67	0,20-13,65
Tiếp cận DV cung cấp BKT	53,07	10,39-270,93
Tiếp cận DV cung cấp BCS	1,31	0,31-5,54
Tư vấn-xét nghiệm HIV	7,34	1,80-29,84

6. Tỷ lệ nhiễm HIV: NC 2007 phát hiện 27 trường hợp nhiễm HIV trong nhóm ĐTNCC (3,6%) và ở NC 2012 có 08 trường hợp (1,0%). Nhiễm HIV liên quan đến giới tính nam (OR=1,7), tình trạng TCMT (OR=439,8 và p<0,001).

Bảng 5. Liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng nhiễm HIV ở NC 2012.

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

BÀN LUẬN

Kết quả NC cho thấy sau quá trình can thiệp bằng nhiều biện pháp truyền thông gián tiếp và trực tiếp, kiến thức HIV của người ĐTNCC đã tăng có ý nghĩa thống kê. Mô hình truyền thông trực tiếp, truyền

thông dựa vào cộng đồng thông qua mạng lưới y tế xã/thôn bản với sự cộng tác của các già làng, trưởng bản, phụ nữ, thanh niên và một số đối tượng nguy cơ cao tại địa bàn là phù hợp có hiệu quả cao.

Điểm mạnh của mô hình là đơn giản, cộng đồng dễ thực hiện, người dân dễ tiếp cận và dễ tiếp nhận nội dung truyền thông, dễ hiểu, dễ nhớ. Thuận lợi là sự hưởng ứng của người DTTS với các chương trình chăm sóc sức khỏe dựa trên quan hệ người dân và cán bộ y tế địa phương, tính chia sẻ của cộng đồng dân tộc cao. Tuy nhiên còn một số điểm yếu là nội dung truyền thông phụ thuộc rất lớn vào kiến thức, năng lực và kỹ năng của cán bộ y tế cơ sở và các tuyên truyền viên, để cộng đồng tự làm được cần nhiều thời gian đào tạo bồi dưỡng và giám sát hỗ trợ trong quá trình thực hiện.

Báo cáo của UNESCO-External Review Mision năm 2002 về chương trình phòng chống HIV/AIDS cho người dân tộc thiểu số ở vùng thượng nguồn sông Mê-kông tại các nước Thái lan, Lào và Trung Quốc cho thấy chương trình giáo dục thông tin về HIV/AIDS dựa vào cộng đồng theo kênh truyền thông chính thức và không chính thức rất có ý nghĩa. Kết quả cho thấy một số yếu tố văn hoá, rào cản về ngôn ngữ, khó khăn về đời sống kinh tế đều ngăn cản người DTTS nâng cao nhận thức về HIV/AIDS cũng như có cơ hội thực hành hành vi an toàn phòng chống HIV/AIDS. NC cho thấy SCT, kiến thức HIV/AIDS được cải thiện ít nhất 0,64%, cao nhất 26,78% và trung bình 7,69% tùy từng nhóm đối tượng và từng khu vực tại vùng DTTS [8].

NC MICS 2011 cho thấy trình độ học vấn của phụ nữ và mức sống của hộ gia đình cũng ảnh hưởng tới hiểu biết về HIV/AIDS, tỷ lệ phụ nữ sống ở Tây Nguyên có kiến thức về lây nhiễm HIV thấp nhất, chỉ 46,6%. Phụ nữ sống trong các hộ gia đình có chủ hộ là người dân tộc thiểu số có kiến thức hiểu biết về lây nhiễm HIV (39,5%) thấp hơn so với phụ nữ trong các hộ gia đình có chủ hộ là người Kinh/Hoa (59,6%). Mức sống của hộ có liên quan trực tiếp đến hiểu biết về dịch vụ phòng chống, chỉ có 37,7% phụ nữ trong nhóm hộ nghèo nhất biết được nơi xét nghiệm [36].

Tỷ lệ nhiễm HIV cao trong cộng đồng dân tộc Thái tại Thanh Hóa và đã giảm rõ rệt sau can thiệp (3,6% xuống 1,0%) thể hiện hiệu quả của chương trình can thiệp giảm hại. Tỷ lệ nhiễm HIV liên quan chặt chẽ tới nhóm NCMT (OR=439,4, p<0,001). Ở NC SCT, trên 90% người NCMT được tiếp cận và trung bình hộ nhân được trên 30-60 BKT/tháng (OR=28,8).

KẾT LUẬN

- Tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái tại Thanh Hóa là rất cao TCT (3,6%) và đã giảm rõ rệt ở NC SCT 2012 (1,0%). Có mối tương quan giữa nhiễm HIV với tiêm chích ma túy (OR=439,4; p<0,001).

- Kiến thức HIV/AIDS với mức rất thấp ở NC 2007 đã được cải thiện rõ rệt sau quá trình can thiệp với những mô hình truyền thông phù hợp cho vùng đồng bào DTTS. Kiến thức HIV/AIDS tăng lên liên quan chặt chẽ tới hoạt động dựa vào cộng đồng bao gồm

mạng lưới cán bộ can thiệp tại thôn bản như y tế, cộng tác viên/tuyên truyền viên, phụ nữ, thanh niên và sự tham gia trực tiếp của các đối tượng nguy cơ cao, người nhiễm HIV. Từ đó khả năng tiếp cận các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS của nhân dân cũng tăng lên đáng kể, đặc biệt đối với nhóm NCMT.

- Thái độ đúng đắn với HIV/AIDS trong cộng đồng dân tộc Thái cũng tăng lên tỷ lệ thuận với kiến thức đúng về HIV.

- Đối với vùng khó khăn về địa hình, giao thông, kinh tế và dân trí còn thấp, phòng chống HIV/AIDS với những mô hình phù hợp được bà con DTTS hưởng ứng đã đem lại hiệu quả rất cao.

KHUYẾN NGHỊ

1. Có thể sử dụng mô hình can thiệp truyền thông dựa vào cộng đồng cho các địa phương khác, nhất là các xã vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số.

2. Nhân rộng mô hình tư vấn xét nghiệm HIV lưu động kết hợp khám điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho đồng bào vùng sâu vùng xa.

3. Giải quyết vấn đề nguy cơ lây nhiễm HIV vùng dân tộc thiểu số cần sự đầu tư trong thời gian dài của địa phương và Nhà nước.

4. Cần có các nghiên cứu tiếp theo về một số mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng cho dân tộc thiểu số và theo dõi thuần tập trong thời gian can thiệp để chứng minh rõ hiệu quả và tính bền vững của can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng thế giới tài trợ, (2007). Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên nhóm đồng bào dân tộc thiểu số tại Việt Nam. Hà Nội 2007.

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

3. Nguyễn Thanh Long, Tỷ lệ nhiễm HIV, Giang mai và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm đồng bào dân tộc Thái tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí y học thực hành*. 2010; (742+743):271-276.

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

5. Dự án phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam tỉnh Thanh Hóa. (2012). Kế hoạch phòng chống HIV năm 2013. Hà Nội, 2013.

6. Viện dân tộc, Ủy ban dân tộc Việt Nam (2010), *Số liệu thống kê 2010*, <http://viendantoc.org.vn/>.

7. Tổng cục thống kê, UNICEF, UNFPA, (2011), *MICS Việt Nam (Điều tra đánh giá Các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011)*. Báo cáo kết quả, 2011, Hà Nội, Việt Nam.

8. UNESCO Asia Pacific Regional Bureau for Education, (2002), *Prevention of HIV/AIDS among Ethnic Minorities of the Upper Mekong Region through Community-based Non-Formal and Formal Education*. Bangkok, Thailand