

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHAN THANH XUÂN

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP DỰ PHÒNG
LÂY TRUYỀN HIV Ở PHỤ NỮ
MANG THAI TẠI HAI QUẬN, HUYỆN
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
NĂM 2010-2012**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2015

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

PHAN THANH XUÂN

**HIỆU QUẢ CAN THIỆP DỰ PHÒNG
LÂY TRUYỀN HIV Ở PHỤ NỮ
MANG THAI TẠI HAI QUẬN, HUYỆN
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
NĂM 2010-2012**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế

Mã số : 62720164

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Trương Việt Dũng
2. PGS.TS. Đỗ Văn Dũng

HÀ NỘI – 2015

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là Phan Thanh Xuân, nghiên cứu sinh khóa 28, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy Trương Việt Dũng và Thầy Đỗ Văn Dũng.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày ... tháng...năm 2015

Người viết cam đoan ký và ghi rõ họ tên

Phan Thanh Xuân

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ARV	Antiretrovirus (Thuốc kháng vi rút)
BB	Buôn bán
BCS	Bao cao su
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ)
CI	Confident Interval (Khoảng tin cậy)
CN	Công nhân
CNV	Công nhân viên
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
ĐTV	Điều tra viên
GDĐĐ	Giáo dục đồng đẳng
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người)
HQCT	Hiệu quả can thiệp
LR	Làm ruộng
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
NVYT	Nhân viên y tế
OR	Odds Ratio (Tỉ số số chênh)
PLTMC	Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
PNMT	Phụ nữ mang thai

PPS	Probability Proportionate to Size (Chọn cụm xác suất tỉ lệ theo kích cỡ dân số)
PVS	Phỏng vấn sâu
QHTD	Quan hệ tình dục
SCT	Sau can thiệp
SL	Số lượng
TCT	Trước can thiệp
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới
TH	Tiểu học
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TL	Tỷ lệ
TLN	Thảo luận nhóm
UNAIDS	United Nations AIDS (Chương trình Phối hợp của Liên hiệp Quốc về HIV/AIDS)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

MỤC LỤC

Trang

Trang phụ bì	
Lời cam đoan	
Danh mục chữ viết tắt.....	
Mục lục.....	
Danh mục bảng.....	
Danh mục biểu đồ.....	
Danh mục sơ đồ.....	
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	4
1.1. Tổng quan về lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai trên Thế giới, Việt Nam và thành phố Hồ Chí Minh.....	4
1.1.1. Tổng quan về HIV/AIDS.....	4
1.1.2. Giai đoạn lây nhiễm HIV và đường lây truyền HIV từ mẹ sang con.....	5
1.1.3. Các yếu tố nguy cơ, chẩn đoán và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.....	9
1.1.4. Các chiến lược can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.....	13
1.1.5. Dịch tễ học HIV/AIDS trên Thế giới, Việt Nam và TP. Hồ Chí Minh...	15
1.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và các mô hình đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe.....	23
1.2.1. Một số khái niệm.....	23
1.2.2. Một số mô hình cơ bản về thay đổi hành vi sức khỏe.....	24
1.2.3. Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe.....	26
1.2.4. Hoạt động can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con huyện Bình Chánh TP. Hồ Chí Minh.....	26
1.2.5. Các mô hình đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe.....	29

1.3. Tổng quan các công trình nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành và đánh giá hiệu quả các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ trên Thế giới, Việt Nam và thành phố Hồ Chí Minh	32
1.3.1. Trên Thế giới	32
1.3.2. Tại Việt Nam	43
1.3.3. Ở thành phố Hồ Chí Minh	46
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	49
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	49
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:	49
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu	49
2.1.3. Thời gian nghiên cứu	49
2.2. Phương pháp nghiên cứu	50
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	50
2.2.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang	51
2.2.3. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng	52
2.2.4. Nghiên cứu định tính	55
2.2.5. Nghiên cứu phân tích số liệu thứ cấp	55
2.3. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu	56
2.4. Nội dung, hoạt động, mô hình và các bước tiến hành can thiệp cộng đồng	58
2.4.1. Nội dung can thiệp cộng đồng	58
2.4.2. Hoạt động can thiệp cộng đồng	59
2.4.3. Mô hình can thiệp về truyền thông nhóm nhỏ	60
2.4.4. Các bước tiến hành can thiệp cộng đồng	61
2.5. Phương pháp thu thập thông tin	62
2.6. Đối tượng, kỹ thuật xét nghiệm và tiêu chí chẩn đoán HIV	63
2.7. Phân tích và xử lý số liệu	63
2.8. Công cụ nghiên cứu	64
2.9. Phương pháp khống chế sai số	65
2.10. Tổ chức thực hiện và lực lượng tham gia	66

2.11. Đạo đức nghiên cứu.....	68
2.12. Hạn chế và điểm mạnh của đề tài.....	68
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	71
3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.....	71
3.1.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu.....	71
3.1.2. Kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	73
3.1.3. Thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	75
3.1.4. Thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	76
3.1.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	76
3.1.6. Phân tích đa biến.....	83
3.1.7. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	89
3.1.8. Đặc điểm các nguồn thông tin về ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	89
3.1.9. Lý do thai phụ xét nghiệm và không xét nghiệm HIV	91
3.2. Hiệu quả can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh (can thiệp) và quận Bình Tân (nhóm chứng) thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.....	92
3.2.1. Kết quả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.	92
3.2.2. Hiệu quả thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền	

HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012 (Đánh giá trước- sau ở nhóm can thiệp)	98
3.2.3. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012 (Đánh giá trước- sau có nhóm chứng).....	104
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	111
4.1. Phương pháp nghiên cứu.....	111
4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.....	112
4.2.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu.....	112
4.2.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.	114
4.2.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.	121
4.2.4. Đặc điểm các nguồn thông tin tiếp cận, lý do xét nghiệm, lý do không xét nghiệm và tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.....	124
4.3. Hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	127
4.3.1. Hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ.....	127
4.3.2. Công tác phát triển mạng lưới cán bộ nòng cốt và cộng tác viên.....	128
4.3.3. Hoạt động quản lý thai.....	129
4.3.4. Độ bao phủ của chương trình	129

4.3.5.	Hoạt động truyền thông đại chúng	130
4.3.6.	Hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông cho phụ nữ mang thai.....	130
4.3.7.	Hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm nhỏ, lưu động.	131
4.3.8.	Các hoạt động, lợi ích, đề xuất của nhân viên y tế về chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.	132
4.4.	Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	132
4.4.1.	Hiệu quả can thiệp về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012 ..	132
4.4.2.	Hiệu quả can thiệp về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012	136
4.4.3.	Hiệu quả can thiệp về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012	138
4.5.	Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm ở phụ nữ mang thai, lý do thai phụ làm xét nghiệm và không làm xét nghiệm HIV	140
4.6.	Quan điểm, thái độ của phụ nữ mang thai và của nhân viên y tế về việc có thai và giữ thai sinh con khi nhiễm HIV	143
	KẾT LUẬN	145
	KIẾN NGHỊ	147
	Danh mục các công trình nghiên cứu của tác giả đã công bố có liên quan đến luận án	148
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	149
	Tiếng Việt.....	149
	Phụ lục 1: Phiếu phỏng vấn.....	157
	Phụ lục 2: Hướng dẫn phỏng vấn sâu	164
	Phụ lục 3: Hướng dẫn thảo luận nhóm trọng tâm	168

DANH MỤC BẢNG

Trang

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu định lượng phỏng vấn trực tiếp thai phụ.....	56
Bảng 3.2. Đặc tính mẫu nghiên cứu (n=1.213).....	71
Bảng 3.3. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n = 1.213).....	73
Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	77
Bảng 3.5. Các yếu tố liên quan đến thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	79
Bảng 3.6. Các yếu tố liên quan đến thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	81
Bảng 3.7. Tóm tắt các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 qua phân tích đơn biến.	83
Bảng 3.8. Tương quan giữa các cặp yếu tố có liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010	84
Bảng 3.9. Các yếu tố thực sự tác động đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm	

2010 (n=1.213)	85
Bảng 3.10. Kết quả phân tích đa biến kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	86
Bảng 3.11. Kết quả phân tích đa biến thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	87
Bảng 3.12. Kết quả phân tích đa biến thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	88
Bảng 3.13. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213).....	89
Bảng 3.14. Đặc điểm các nguồn thông tin về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.212).....	90
Bảng 3.15. Lý do thai phụ xét nghiệm và không xét nghiệm HIV	91
Bảng 3.16. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ.....	93
Bảng 3.17. Kết quả phát triển mạng lưới	93
Bảng 3.18. Kết quả hoạt động quản lý thai	94
Bảng 3.19. Kết quả độ bao phủ của chương trình.....	95
Bảng 3.20. Kết quả hoạt động truyền thông đại chúng.....	95
Bảng 3.21. Kết quả hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông	96
Bảng 3.22. Kết quả hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động.....	97
Bảng 3.23. Hiệu quả thay đổi kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012	99
Bảng 3.24. Hiệu quả thay đổi thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012	101

Bảng 3.25. Hiệu quả thay đổi thực hành về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.	102
Bảng 3.26. Đặc tính mẫu nghiên cứu của phụ nữ mang thai trước can thiệp ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân (n = 1.213)	104
Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	106
Bảng 3.28. Hiệu quả can thiệp về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	107
Bảng 3.29. Hiệu quả can thiệp về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	108
Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.	109

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Trang

Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của thai phụ trong nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n = 1.213).....	73
Biểu đồ 3.2. Kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)	74
Biểu đồ 3.3. Thái độ đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)	75
Biểu đồ 3.4. Thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)	76
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012	103
Biểu đồ 3.6. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012	110

DANH MỤC SƠ ĐỒ

	<i>Trang</i>
Sơ đồ 1.1. Mô hình thiết kế một nhóm đánh giá trước- sau.....	29
Sơ đồ 1.2. Mô hình thiết kế đánh giá trước- sau có nhóm chứng	31
Sơ đồ 2.3. Sơ đồ khung can thiệp mô hình hoạt động truyền thông nhóm nhỏ.....	60

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV/AIDS được biết đến từ những năm 80 của thế kỷ trước. Hơn 30 năm trôi qua, hiện nay cả thế giới vẫn đang phải đương đầu với đại dịch nguy hiểm này [8]. Tính đến hết năm 2013, số trường hợp nhiễm HIV trên toàn cầu là 35 triệu người (33,2-37,2), số trường hợp mới phát hiện trong năm 2013 là 2,1 triệu người (1,9-2,4) và số người tử vong do AIDS là 1,5 triệu người (1,4-1,7) [98]. Ở Việt Nam, kể từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào năm 1990 ở thành phố Hồ Chí Minh, tính đến 31/11/2013 trên cả nước, số trường hợp nhiễm HIV đang còn sống là 216.254 người, số bệnh nhân AIDS đang còn sống là 66.533 người, và có 68.977 trường hợp tử vong do AIDS [5],[7]. Tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV ở Việt Nam cũng tăng từ 19% vào năm 2005 lên 31% vào năm 2011 [2], phản ánh sự lây truyền HIV ở phụ nữ có chiều hướng gia tăng, số trẻ sinh ra bị nhiễm HIV cũng ngày càng tăng, vì có tới 99% trẻ dưới 5 tuổi nhiễm HIV là do lây truyền từ mẹ bị nhiễm [1],[4]. Trong 11 tháng đầu năm 2013, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 11.567 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 5.493 bệnh nhân AIDS; có 2.097 người tử vong do AIDS [5]. Ước tính mỗi năm Việt Nam có khoảng hai triệu phụ nữ sinh con, với tỷ lệ nhiễm HIV vào khoảng 0,35%-0,4%, mỗi năm sẽ có khoảng 5.000-7.000 phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con. Nếu không can thiệp chủ động và tích cực, mỗi năm sẽ có hơn 2.000 trẻ em sinh ra bị nhiễm HIV từ mẹ [3]. Hơn nữa, mục tiêu chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 là “xóa bỏ hoàn toàn lây truyền HIV từ mẹ sang con vào năm 2015 và giảm 50% số ca tử vong ở bà mẹ bị nhiễm HIV vào năm 2015, tiếp tục duy trì không có trường hợp nhiễm HIV từ mẹ sang con đến năm 2020 và sau 2030” [12]. Mục tiêu này đang là thách thức đối với ngành y tế nói chung và chương trình phòng chống HIV/AIDS nói riêng. Nghiên cứu của Trần Tôn và cộng sự (2010) cho thấy

nếu mẹ được chăm sóc tiền sản tốt và sớm tham gia vào chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì sẽ làm giảm đáng kể khả năng lây truyền HIV cho con tỷ lệ trẻ nhiễm HIV sinh ra từ mẹ có tham gia dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đầy đủ là 5,5% và từ mẹ được dự phòng không đầy đủ là 23,8%. Nếu mẹ chỉ được xét nghiệm HIV dương tính lúc đến sinh và chỉ uống dự phòng liều duy nhất thì tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn là 17,7% [42].

Thành phố Hồ Chí Minh là một trong những địa phương có tỷ lệ nhiễm HIV dẫn đầu trong cả nước, chiếm khoảng 23% [49]. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai có sự thay đổi qua các năm nhưng vẫn còn cao và chưa ổn định, năm 2009 là 0,5 %; Năm 2010 là 6,3 %; Và năm 2011 là 0,45 % [46]. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc (2010), kết quả cho thấy cần có chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe để tránh lây nhiễm HIV cho cộng đồng; Có 75,9% phụ nữ nhiễm HIV cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh, trong đó các quận Bình Tân, quận 8, huyện Bình Chánh có tỷ lệ người nhiễm cao, người nhiễm là dân nhập cư (24,1%). Phụ nữ nhiễm HIV có học vấn thấp, mù chữ và tiểu học (39,4%), hoàn cảnh kinh tế nghèo (41,7%). Tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm HIV có kiến thức, thái độ, hành vi tốt trong việc phòng lây nhiễm cho cộng đồng là rất thấp (7,9%) [33]. Huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh, có tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ còn chiếm tỷ lệ cao và có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chiếm tỷ lệ thấp. Theo nghiên cứu của cùng tác giả (2007) tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh chiếm tỷ lệ cao (1,05%); Kiến thức đúng về phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con thấp (35%) và thực hành đúng về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng thấp (25%) [50]. Việc tăng cường các hoạt động truyền thông về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho các thai phụ là giải pháp can thiệp hiệu quả và ít tốn kém giúp giảm tỷ lệ lây

truyền HIV từ mẹ sang con [13]. Nếu các thai phụ có được kiến thức đúng, thái độ tốt và thực hành an toàn, tích cực thì sẽ giúp giảm nhanh chóng một cách có hiệu quả tốc độ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong cộng đồng, từ đó giúp giảm tỷ lệ mắc và chết vì AIDS ở thai phụ. Truyền thông giáo dục sức khỏe đóng vai trò quan trọng trong công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cần phải làm cho người thai phụ biết nguy cơ và cơ chế lây truyền đồng thời giáo dục cho mọi người cách thức phòng chống trên cơ sở đó góp phần hạn chế và ngăn cản sự lây nhiễm từ mẹ sang con [5].

Thực trạng trên cho thấy, công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con hiện nay rất cần được quan tâm và chú trọng. Vì vậy, việc nghiên cứu tìm ra các giải pháp can thiệp có hiệu quả để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là điều hết sức cần thiết để góp phần ngăn chặn đại dịch HIV/AIDS. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 như thế nào? Yếu tố nào liên quan tới kiến thức, thái độ và thực hành về dự phòng lây truyền HIV của thai phụ? Hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại địa bàn trên, năm 2010-2012 như thế nào? Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Hiệu quả can thiệp dự phòng lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai tại hai quận/huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012”***, nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại địa bàn trên, năm 2010-2012

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1. Tổng quan về lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai trên Thế giới, Việt Nam và thành phố Hồ Chí Minh.

1.1.1. Tổng quan về HIV/AIDS

HIV- Human Immunodeficiency Virus, là một loại vi rút do nhóm khoa học người Pháp thuộc viện Pasteur Paris phát hiện trong hạch bạch huyết của bệnh nhân vào năm 1983 và gọi là LAV- Lymphadenopathy Associated Virus, là vi rút có liên quan đến viêm hạch. Năm 1984, Gallo và các nhà khoa học người Mỹ cũng phân lập trong máu bệnh nhân vi rút gây hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải và đặt tên là HTLV III- Human T Cell Lymphotropic Virus III, là vi rút hướng tế bào lympho T ở người. Năm 1986, hội nghị danh Pháp quốc tế về vi rút đã thống nhất tên gọi là HIV- Human Immunodeficiency Virus týp 1 hay HIV-1. Năm 1986, nhà khoa học người Pháp lại phân lập một loại vi rút khác ở Tây Phi gây suy giảm miễn dịch ở người, có cấu trúc kháng nguyên khác với HIV-1, gọi là HIV-2. Như vậy, HIV có 2 serotype là HIV-1 và HIV-2. HIV là một vi rút sao mã ngược có chứa men quan trọng chuyển đổi RNA thành DNA, đó là men sao chép tăng sinh trong tế bào ký chủ. HIV-1 là nguyên nhân gây bệnh phổ biến nhất trên thế giới, còn HIV-2 thì chiếm ưu thế ở Tây Phi và Ấn Độ. Tuy nhiên, hiện nay HIV-2 đã được báo cáo ở Nam Mỹ, Canada và Hoa Kỳ. Một số bệnh nhân nhiễm phải vi rút HIV-2 đã có biểu hiện lâm sàng của AIDS, một số chưa có triệu chứng rõ rệt, loại siêu vi này có tính gây bệnh yếu, thời kỳ nhiễm trùng không triệu chứng thường kéo dài [51].

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome, là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do nhiễm vi rút HIV. Bệnh AIDS lần đầu tiên được phát hiện vào tháng 6 năm 1981. Trung tâm phòng chống bệnh tật Hoa kỳ xác định

từ năm nam thanh niên đồng tính luyến ái bị viêm phổi nặng do *Pneumocitis carini* ở Los Angeles. HIV tấn công và tiêu hủy dần tế bào miễn dịch, làm suy giảm hệ thống miễn dịch của cơ thể. AIDS là giai đoạn cuối của quá trình nhiễm vi rút HIV. Do hệ thống miễn dịch bị tổn thương, cơ thể không thể tự bảo vệ trước các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các biến đổi tế bào mà một người bình thường có thể chống đỡ được. Những bệnh này là nguyên nhân dẫn đến tử vong. Thời gian trung bình từ khi nhiễm HIV cho đến khi tử vong do AIDS là khoảng 10 năm. Một số rất ít sẽ bị AIDS trong vòng 2 năm sau khi nhiễm HIV [45].

1.1.2. Giai đoạn lây nhiễm HIV và đường lây truyền HIV từ mẹ sang con

1.1.2.1. Các giai đoạn nhiễm HIV

Giai đoạn tiền nhiễm: Khi cơ thể bị nhiễm HIV, HIV sẽ được sản sinh rất nhanh. Tình trạng này kéo dài nhiều tuần lễ cho đến khi hệ thống miễn dịch của cơ thể bắt đầu có phản ứng. Những tế bào chủ yếu tham gia vào việc diệt trừ các tế bào lympho nhiễm HIV là tế bào lympho CD 4. Tuy nhiên việc sản sinh đủ số lượng CD 4 kéo dài nhiều tuần, thậm chí nhiều tháng. Vào thời điểm hệ thống miễn dịch bắt đầu phản ứng, nhiều người nhiễm HIV sẽ bị một số triệu chứng sơ nhiễm như: Sốt, mệt mỏi, ớn lạnh, khó chịu. Những triệu chứng này sẽ mất đi sau khoảng 2 tuần.

Giai đoạn cửa sổ: Chỉ sau khi hệ thống miễn dịch đã phản ứng, với sự tồn tại của kháng thể sẽ có phản ứng dương tính. Giai đoạn sau nhiễm, khi mà HIV được sản sinh nhiều nhưng các xét nghiệm tìm kháng thể cho kết quả âm tính, được gọi là giai đoạn cửa sổ. Với sự phát triển của các xét nghiệm có độ nhạy cao hơn cũng như các xét nghiệm tìm kháng nguyên HIV, giai đoạn cửa sổ đang dần dần được rút ngắn lại. Tuy nhiên giai đoạn cửa sổ này vẫn là một cản trở lớn đến việc sàng lọc một cách có hiệu quả, đặc biệt là trong công tác an toàn truyền máu.

Giai đoạn nhiễm HIV không triệu chứng: Sau khi hệ thống miễn dịch đã phản ứng và xét nghiệm tìm kháng nguyên đã trở thành dương tính, người nhiễm sẽ tiếp tục sống với HIV mà không có triệu chứng gì trong thời gian trung bình là khoảng 8-9 năm. Thời gian này có thể dao động ít nhất là một năm cho đến hàng thập kỷ. Chính khoảng thời gian không có triệu chứng này đã khiến cho việc nhận biết cũng như không chế nạn dịch này trở nên khó khăn. Để xác định một người có bị nhiễm HIV hay không trong khoảng thời gian này là phải tiến hành xét nghiệm HIV [45].

1.1.2.2. Đường lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai

Đường lây truyền HIV vào cơ thể: HIV xâm nhập vào cơ thể qua đường máu, đường sinh dục và mẹ bị nhiễm HIV truyền sang con trong thời kỳ chu sinh. HIV có nhiều trong máu (từ 1.000-10.000 vi rút/1ml máu) kể đến là tinh dịch, dịch tiết âm đạo của người nhiễm HIV/AIDS. Sữa có HIV với số lượng thấp hơn. Ngoài ra cũng tìm thấy HIV trong các dịch khác của cơ thể: nước miếng, đàm, nước mắt nhưng với số lượng rất ít không đủ để lây bệnh. Vì vậy HIV có thể lây qua 3 đường: Qua quan hệ tình dục với một người bị nhiễm HIV nếu không dùng BCS (quan hệ tình dục qua đường âm đạo, qua miệng, qua hậu môn). Qua đường máu, nhận máu của người nhiễm HIV do truyền máu, dùng chung bơm kim tiêm, các vật sắc nhọn đâm qua da mà không được tiệt trùng đúng cách, bị dính máu và dịch của người nhiễm HIV qua các vết thương hở. Mẹ bị nhiễm HIV có khả năng truyền cho con qua quá trình mang thai, khi sinh và cho con bú. Ba đường lây đó phải hội đủ hai điều kiện: số lượng HIV đủ ngưỡng lây và tạo ngõ vào thẳng trong máu [45].

Đường lây truyền HIV từ mẹ sang con: Lây truyền từ mẹ sang con hay còn gọi là lây nhiễm dọc hoặc lây nhiễm bẩm sinh. Kết quả là trẻ bị sinh non, dị tật bẩm sinh, dị dạng bào thai hoặc bào thai chậm phát triển trong tử cung dẫn đến nhẹ cân hoặc nhiễm trùng bào thai kéo dài. HIV có thể từ máu

mẹ, nhau thai, nước ối, dịch tiết cổ tử cung, âm đạo hoặc từ sữa mẹ thông qua tuần hoàn nhau thai, qua da niêm mạc đường tiêu hóa và hô hấp mà truyền sang bào thai hoặc trẻ sơ sinh. HIV được truyền từ mẹ sang con qua hai phương thức là trực tiếp từ mẹ sang thai nhi và từ sữa mẹ sang con. HIV có thể lây truyền trực tiếp từ mẹ sang con khi thai còn nằm trong tử cung, khi chuyển dạ, sau khi sinh và trong thời kỳ cho bú. Tất cả những trẻ của những bà mẹ có HIV dương tính đều có khả năng bị lây nhiễm HIV nhưng thực tế chỉ có khoảng 30-35% trẻ của các bà mẹ này bị lây nhiễm HIV từ mẹ [45].

HIV truyền từ mẹ sang con khi thai còn nằm trong tử cung: HIV từ máu của mẹ qua màng nhau thai vào bào thai. Màng nhau thai trở nên mỏng hơn trong những tháng của thời kỳ thai nghén. Các tế bào CD 4 có chứa các vi rút HIV. Sự lây truyền này có thể xảy ra suốt từ quý đầu cho đến khi đủ tháng do HIV được truyền trực tiếp từ mẹ sang thai nhi qua bánh nhau. Người ta cũng thấy HIV trong tổ chức não, thận, gan của bào thai tuy nhiên cơ chế vi rút được truyền qua bánh nhau rất phức tạp và tùy thuộc vào từng cá nhân của thai phụ. Bánh nhau có một màng ngăn cách với tử cung của người mẹ để bảo vệ thai nhi. Thông thường các mầm bệnh rất khó đi qua màng ngăn cách này. Sự ngăn cách để bảo vệ thai nhi rất phức tạp và có thể có nhiều yếu tố tham gia, đặc biệt là các bạch cầu đơn nhân, các đại thực bào tại các gai nhau. Chính sự ngăn cách này đã bảo vệ cho khoảng 60-70 % con của các bà mẹ nhiễm HIV không bị lây nhiễm HIV từ những bà mẹ. Tuy nhiên khi bị nhiễm HIV, có thể có một số tác động làm giảm khả năng chống đỡ nên đã cho phép HIV trong máu mẹ trực tiếp lách qua màng ngăn cách này sang thai nhi hoặc những tháng cuối, màng ngăn cách này mỏng đi càng làm thuận lợi cho vi rút trực tiếp từ máu mẹ sang thai nhi. Vi rút cũng có thể từ các tế bào CD4 có chứa HIV, lọt qua màng ngăn cách này mà sang thai nhi. Các đại thực bào khi diệt các tế bào có HIV trong những trường hợp đặc biệt đã lọt qua màng ngăn

cách tại màng nhau truyền sang thai nhi. Trong những trường hợp viêm nhiễm ở ba tháng đầu hay ba tháng giữa, màng nhau bị thay đổi cấu trúc làm cho vi rút dễ dàng sang thai nhi. Trong ba tháng cuối bề dày của các hội bào ở các gai nhau mỏng, vi rút dễ xâm nhập vào thai nhi.

HIV lây truyền trong chuyển dạ: Tử cung co bóp và chảy máu, các vết rách ở âm đạo và cổ tử cung gây chảy máu. Chấn thương bào thai hoặc các vết rách gây chảy máu do cắt tầng sinh môn, do dùng kềm hoặc giác hút. Nuốt dịch âm đạo có chứa HIV. Trong chuyển dạ, các cơn co tử cung làm cổ tử cung xoá và mở, làm tổn thương các mạch máu nhỏ và gây chảy máu vào đường sinh dục của thai phụ. Khi máu chảy vào âm đạo làm tăng nguy cơ nhiễm HIV khi thai đi qua âm đạo người mẹ. Khi thăm khám làm xây xước thành âm đạo, cổ tử cung gây chảy máu từ người mẹ vào đường sinh dục. Nếu cuộc đẻ có can thiệp như cắt tầng sinh môn, đặt kềm hoặc giác hút thì các mạch máu lớn bị tổn thương, máu chảy nhiều làm tăng khả năng nhiễm HIV cho thai nhi. Khi thai qua đường âm đạo để ra ngoài có thể nuốt dịch âm đạo có nhiều HIV vào đường tiêu hoá. Những xây xước da và niêm mạc của trẻ sơ sinh do thăm khám hay thủ thuật, vi rút qua những chỗ xây xước đó mà xâm nhập vào thai nhi. Trong những trường hợp đặc biệt, các đại thực bào đã nuốt những tế bào có HIV ở bên trong, vì vậy khi những đại thực bào này lọt qua màng ngăn cách của bánh nhau sang được máu của thai nhi đã truyền vi rút cho thai [45].

HIV lây truyền qua sữa mẹ: Sữa mẹ có chứa HIV; Núm vú bị chấn thương và có thể bị chảy máu sẽ làm tăng nguy cơ lây truyền HIV nếu trẻ bú mẹ. Trong thời kỳ sau đẻ, HIV từ những bạch cầu trong máu mẹ qua các mạch máu thẩm thấu vào các nang sữa rồi qua sữa mẹ mà sang con. Ở Châu Phi, trẻ em bị lây truyền qua sữa mẹ chiếm tỉ lệ 16% đến 42%, vì vậy người ta khuyên những phụ nữ có HIV dương tính, khi có điều kiện và có những thức

ăn thay thế thì không nên cho con bú mà nên nuôi con bằng thức ăn thay thế để cắt nguồn lây HIV qua sữa mẹ. Sự lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể xảy ra ở ba giai đoạn của thai kỳ với tỷ lệ lây truyền khác nhau, lây truyền qua tử cung thường gặp vào 3 tháng giữa thai kỳ chiếm khoảng 30–50%. Lây truyền cao nhất là trong giai đoạn chuyển dạ 60–65%. Lây truyền sau khi sinh, trong giai đoạn cho con bú là 10-15% [8]. Trước khi đưa ARV vào chương trình điều trị dự phòng, nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con từ 15-25% ở các nước phát triển và có thể cao hơn ở những nước đang phát triển 25-35% [10]. Tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con thay đổi từ 13-40% tùy thuộc vào từng nghiên cứu, 30% theo báo cáo của WHO; 14,4% theo báo cáo của nhóm nghiên cứu tại châu Âu, 39% theo nghiên cứu ở Zambia, 23% ở Thái Lan, 27% theo báo cáo của 51 trung tâm hợp tác nghiên cứu của Pháp. Tuy nhiên, tỉ lệ lây truyền có thể thay đổi do ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ như tình trạng bệnh của mẹ, trẻ có bú mẹ hay không hoặc cũng có thể do cách tính khác nhau tùy thuộc vào độ nhạy hoặc kỹ thuật xét nghiệm được sử dụng hoặc do tình trạng loại trừ khỏi nghiên cứu khi trẻ bị tử vong sau sinh hoặc mất dấu trong quá trình theo dõi [45].

1.1.3. Các yếu tố nguy cơ, chẩn đoán và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

1.1.3.1. Các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

HIV có thể lây truyền trực tiếp từ mẹ sang con khi thai còn nằm trong tử cung, khi chuyển dạ, sau khi sinh và trong thời kỳ cho con bú. Vì vậy chúng ta phải có những can thiệp phù hợp nhằm làm giảm hành vi nguy cơ giúp đạt hiệu quả dự phòng cao nhất. HIV truyền từ mẹ sang con khi thai còn nằm trong tử cung:

Vi rút HIV từ máu mẹ qua màng nhau thai vào bào thai, màng nhau thai trở nên mỏng hơn trong những tháng cuối của thời kỳ thai nghén, các tế bào CD 4 có chứa các vi rút HIV.

Vi rút HIV lây truyền trong chuyển dạ: tử cung co bóp và chảy máu, các vết rách ở âm đạo và cổ tử cung, chấn thương bào thai hoặc các vết rách do cắt tầng sinh môn, dùng kèm hoặc giác hút, nuốt dịch âm đạo có chứa HIV.

Vi rút HIV lây truyền qua sữa mẹ: sữa mẹ có chứa HIV, núm vú bị chấn thương và có thể bị chảy máu sẽ tăng nguy cơ lây truyền HIV nếu trẻ bú mẹ.

1.1.3.2. Chẩn đoán, phân độ lâm sàng, tiêu chuẩn điều trị nhiễm HIV

Các phương pháp xét nghiệm HIV, ở người lớn mẫu huyết thanh của một người được coi là dương tính với HIV khi mẫu đó dương tính cả ba lần xét nghiệm bằng ba loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng thể khác nhau.

Chẩn đoán nhiễm HIV ở trẻ sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV:

- Trẻ < 18 tháng tuổi, xét nghiệm vi rút học (kháng nguyên p24, PCR_ADN hoặc PCR_ARN) dương tính, nếu có thể thực hiện được.
- Trẻ ≥ 18 tháng tuổi, xét nghiệm tìm kháng thể HIV dương tính bằng ba phương pháp như đối với người lớn ở thời điểm 18 tháng tuổi.

Đối với trẻ có bú mẹ, cần xét nghiệm sau khi trẻ ngừng bú mẹ hoàn toàn 6 tuần. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ sinh ra từ bà mẹ có nhiễm HIV rất cần thiết giúp các bác sĩ lâm sàng có quyết định chăm sóc và điều trị sớm cho trẻ. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, tất cả trẻ em sinh ra từ mẹ có nhiễm HIV cần được chẩn đoán sớm nhiễm HIV từ tuần 4–6 để được điều trị sớm, không cần chờ có dấu hiệu lâm sàng hoặc miễn dịch.

Phân giai đoạn nhiễm HIV

- Phân giai đoạn lâm sàng (CDC và WHO)
 - Giai đoạn 1: không triệu chứng
 - Giai đoạn 2: nhẹ; Sụt cân < 10%, Zona
 - Giai đoạn 3: tiến triển; Sụt cân > 10%, nhiễm nấm
 - Giai đoạn 4: nặng; Sốt, tiêu chảy kéo dài, nhiễm trùng cơ hội, ung thư.
- Phân giai đoạn miễn dịch học: dựa trên tế bào T-CD4
 - Bình thường tế bào T-CD4 > 500
 - Nhẹ: tế bào T-CD4 từ 350-490
 - Tiến triển: tế bào T-CD4 từ 200-349
 - Nặng: tế bào T-CD4 < 200.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển

- Tiến triển: lâm sàng giai đoạn 3-4 ± tế bào CD 4 < 350
- AIDS: lâm sàng giai đoạn 4 ± tế bào CD 4 < 200

Các nhóm thuốc kháng vi rút (ARV) được sử dụng hiện nay tại Việt Nam

- Ức chế men sao chép ngược nucleoside- nucleotide (NRTI): Zidovudin (AZT), Stavudin (d4T), Lamivudin (3TC); Tenofovir (TDF).
- Ức chế men sao chép ngược không phải là nucleoside (NNRTI): Efavirenz (EFV); Nevirapin (NVP)
- Ức chế men protease (PI): ATV/r; LPV/r.

Mục đích điều trị

- Ức chế, kìm hãm lượng vi rút
- Phục hồi chức năng miễn dịch, giảm nhiễm trùng cơ hội
- Cải thiện chất lượng cuộc sống

Tiêu chuẩn điều trị

- Trẻ em ≥ 5 tuổi và người lớn
 - Tế bào T-CD 4 ≤ 350 hoặc lâm sàng giai đoạn 3-4
- Trẻ <60 tháng: dựa vào lâm sàng và giai đoạn miễn dịch của trẻ
 - < 24 tháng: điều trị ngay
 - 24-60 tháng: điều trị khi tế bào T-CD4 < 750 hoặc lâm sàng giai đoạn 3-4

Phác đồ điều trị nhiễm HIV

- Trẻ em > 5 tuổi và người lớn
 - Phác đồ 1: TDF + 3TC + EFV hoặc TDF+ 3TC + NVP
(TDF; 3TC: 300 mg 1 lần/ngày; EFV: 600 mg tối; NVP: 200 mg/lần/ngày)
 - Phác đồ thay thế: AZT+ 3TC +EFV hoặc AZT + 3TC+ NVP
(AZT 300 mg/2 lần/ngày; 3TC 150 mg/2 lần/ngày; EVF 600 mg /1lần/tối)
- Trẻ em ≤ 5 tuổi: Phác đồ điều trị được dựa vào việc tiếp xúc với NVP trong phác đồ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
 - Trẻ < 24 tháng, đã tiếp xúc: AZT+ 3TC+ LP/r
 - Trẻ < 24 tháng, chưa tiếp xúc AZT+ 3TC + NVP.
 - Trẻ 24-36 tháng: AZT/d4T +3TC+NVP
 - Trẻ > 36 tháng: AZT+ 3TC+ NVP/EFV

Tác dụng phụ của thuốc kháng vi rút HIV (ARV)

- Zidovudin: mệt mỏi, đau đầu, buồn nôn, giảm bạch cầu, thiếu máu, viêm gan.
- Lamivudin: nôn, tiêu chảy

- Effavirenz: phát ban, mất ngủ, ác mộng, dị dạng thai
- Nevirapin: phát ban, tăng men gan
- Lopinavir: nôn, tiêu chảy, phát ban, rối loạn chuyển hóa mỡ.

Thất bại điều trị

Sử dụng đúng phác đồ 3 thuốc ít nhất 6 tháng và tuân thủ tốt

- Lâm sàng: tái phát giai đoạn 4
- Miễn dịch: tế bào T-CD 4 giảm dưới 50% hoặc dưới 100 liên tục /năm
- Vi rút: tải lượng > 5.000/ ml [6],[11],[16].

1.1.3.3. Điều trị nhiễm HIV cho phụ nữ mang thai

- Đối với người phụ nữ nhiễm HIV đang điều trị thuốc ARV phát hiện có thai.
- Trường hợp thai phụ đang sử dụng phác đồ EFV và thai dưới 12 tuần, nên tư vấn cho thai phụ về tác dụng có thể gây dị dạng thai nhi của EFV.
- Nếu giữ thai, cân nhắc chuyển sang phác đồ AZT + 3TC + NVP.
- Nếu thai phụ có tiền sử dị ứng hoặc phản ứng phụ nặng với NVP hoặc có số lượng tế bào CD4 ≥ 250 TB/mm³ thì chuyển sang phác đồ: ZDV + 3TC + LPV/r.
- Khi dùng NVP cần theo dõi chặt chẽ lâm sàng và men gan.

Chỉ dùng phác đồ AZT + 3TC + TDF khi không có các thuốc trên.

- Với con: Siro AZT 4mg/kg/lầnx2 lần/ngàyx7 ngày, được áp dụng cho sản phụ nhiễm HIV từ tuần thai thứ 14 hoặc ngay sau khi phát hiện HIV[6],[9].

1.1.4. Các chiến lược can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Giảm nồng độ HIV trong dịch và các mô của mẹ bằng cách sử dụng thuốc kháng vi rút.

Cần sử dụng trong thời kỳ mang thai để làm giảm số lượng vi rút trong dịch và mô của mẹ đồng thời ức chế sự lây truyền HIV qua nhau thai để dự phòng lây nhiễm cho con. Điều trị thuốc kháng vi rút HIV ngay trong khi mang thai có hiệu quả giảm tỷ lệ lây nhiễm sang con cao hơn so với chỉ dùng trong chuyển dạ [6],[13].

Quản lý sản khoa trong suốt thời gian sinh: có thể áp dụng phương pháp mổ lấy thai để tránh chuyển dạ và vỡ ối hoặc đặt điện cực đầu thai nhi, chọc ối nhân tạo và cắt tầng sinh môn làm giảm nguy cơ tiếp xúc.

Quản lý thời kỳ bú mẹ: không bú sữa mẹ sẽ loại trừ được nguy cơ tiếp xúc sau sinh, cai sữa sớm làm giảm thời gian tiếp xúc và bú bình hoàn toàn có thể làm giảm lây truyền từ mẹ sang con. Trường hợp trẻ bú mẹ nên sử dụng thuốc kháng vi rút HIV trong thời gian cho con bú. Tuy nhiên đối với trẻ bú bình phải tuân thủ chế độ vệ sinh như dùng nước sạch, vệ sinh trước và sau khi cho trẻ bú. Ngoài ra còn tăng cường thức ăn bổ sung để bảo đảm đủ dưỡng chất cho trẻ [13].

Truyền thông giáo dục sức khỏe đóng vai trò quan trọng trong công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cần phải làm cho người thai phụ biết nguy cơ và cơ chế lây truyền đồng thời giáo dục cho mọi người cách thức phòng chống trên cơ sở đó góp phần hạn chế và ngăn cản sự lây nhiễm từ mẹ sang con [5]. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giúp thai phụ biết tình trạng hiện tại và thảo luận để tìm ra cách giải quyết hợp lý nhất nhằm cắt đường lây truyền từ mẹ sang con hoặc giảm thiểu tối đa những tác động xấu của HIV cho mẹ và con cũng như lây nhiễm cho cộng đồng. Phụ nữ có thai thường ít khi chủ động yêu cầu làm xét nghiệm HIV khi mang thai hoặc không xem xét việc làm xét nghiệm là cần thiết cho đứa con trong bụng bởi vì họ không biết về nguy cơ của bản thân cũng như của bạn tình về nguy cơ bị nhiễm HIV trước và trong khi mang thai.

Tính sẵn có và hiệu quả của thuốc kháng vi rút và các can thiệp khác để phòng cho trẻ không bị nhiễm HIV. Tính sẵn có của dịch vụ hỗ trợ cho những người bị lây nhiễm HIV. Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là kiến thức mới, nếu không được giáo dục thì thai phụ không biết để thực hiện các biện pháp phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tăng cường hoạt động truyền thông về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho các thai phụ là giải pháp can thiệp hiệu quả và ít tốn kém giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con [13]. Nghiên cứu của Trần Tôn, Vũ Xuân Thịnh, Lương Quế Anh và cộng sự (2010), phân tích thời điểm phát hiện nhiễm HIV ở người mẹ và tỷ lệ trẻ thực nhiễm cho thấy nếu mẹ biết nhiễm HIV trước hoặc trong khi mang thai và có uống thuốc kháng vi rút HIV dự phòng thì tỷ lệ trẻ có HIV dương tính lần lượt là 3,4% và 4%. Nếu mẹ chỉ được xét nghiệm HIV dương tính lúc đến sinh và chỉ uống dự phòng một liều duy nhất thì tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn là 17,7%. Qua đó ta thấy nếu mẹ được chăm sóc tiền sản tốt và sớm tham gia vào chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì sẽ làm giảm đáng kể khả năng lây truyền HIV cho con [42].

1.1.5. Dịch tễ học HIV/AIDS trên Thế giới, Việt Nam và thành phố Hồ Chí Minh.

1.1.5.1. Trên thế giới

Trên thế giới, đại dịch HIV/AIDS được biết đến từ đầu những năm 80 của thế kỷ trước và tính đến nay đã hơn 30 năm, cả thế giới đã và đang đương đầu với đại dịch này. Năm 1981 Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ, phát hiện năm trường hợp tử vong được ghi nhận tại Mỹ, trên những người đồng tính nam, trẻ tuổi, do suy giảm miễn dịch không rõ nguyên nhân; hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người ra đời. Năm 1983, phân lập được virus HIV, đến năm 1985 xác định rõ đường lây và biện pháp phòng chống. Năm 1995, dịch AIDS phát triển nhanh trên toàn thế giới, gây nên nhiều hậu quả

nặng nề về kinh tế, xã hội. AIDS đã vượt khỏi phạm vi một vấn đề y tế, trở thành một vấn đề kinh tế, xã hội nghiêm trọng. Năm 2000, dịch HIV/AIDS tiếp tục hoành hành ở châu Phi và phát triển nhanh ở châu Á, đe dọa sự tồn vong của nhiều dân tộc ở hai châu lục này [12]. Đến năm 2007, trên toàn thế giới, có 2,5 triệu trường hợp nhiễm mới đưa tổng số người đang sống với HIV ước tính là 33,2 triệu, và có 2,1 triệu người đã chết do AIDS. Kể từ sau tuyên bố cam kết của Liên hợp quốc về phòng chống HIV năm 2001, số người đang sống với HIV ở Đông Âu và Trung Á tăng hơn 150%, từ 630.000 lên 1,6 triệu năm 2007. Châu Phi vẫn là nơi bị ảnh hưởng nặng nề nhất, mặc dù tình hình dịch đã được cải thiện, ước tính có 1,7 triệu người mới nhiễm HIV [95]. Năm 2008, trên toàn thế giới gần 1% dân số hiện đang sống với HIV và số người nhiễm HIV chủ yếu trong độ tuổi 15-49. Đây là nhóm dân số trong độ tuổi sinh đẻ và lao động, vì thế tỷ lệ nhiễm cao ở nhóm này sẽ dẫn đến những hệ quả rất lớn về kinh tế và xã hội của mỗi quốc gia. Tỷ lệ nhiễm HIV ở khu vực kém phát triển gấp hơn hai lần khu vực phát triển. Châu Phi, nơi có tỷ lệ người đang sống với HIV cao nhất (4,5%), ước tính khoảng 4 triệu người nhiễm HIV ở các nước có thu nhập thấp và trung bình được điều trị bằng thuốc kháng vi rút HIV, tăng lên 10 lần trong vòng 5 năm. Theo nghiên cứu của Dunlap, N. và cộng sự (2011), trên toàn cầu có khoảng 34% trẻ em bị nhiễm HIV qua đường chu sinh hoặc cho con bú, tập trung ở châu Phi cận Sahara, chiếm khoảng 90% trường hợp.

Trong nguồn lực hạn chế, tính khả thi và tính bền vững của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đòi hỏi cách tiếp cận sáng tạo và bao gồm sự tham gia của người chồng qua hoạt động cộng đồng là cơ sở thúc đẩy thành công của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [62].

Nhìn chung, dịch HIV đã bị hạn chế ở mức ổn định tại nhiều khu vực trên thế giới, tuy nhiên tỷ lệ hiện nhiễm HIV vẫn tiếp tục gia tăng ở một số khu vực khác như Đông Âu, Trung Á và g của Châu Á do tỷ lệ mới nhiễm HIV còn ở mức cao. Những con số đáng chú ý về dịch HIV trên thế giới hiện nay, khoảng 430.000 trẻ em sinh ra bị nhiễm HIV, đưa tổng số trẻ em nhiễm HIV còn sống trên thế giới lên 2,1 triệu trẻ. Tuyệt đại đa số các trẻ này bị lây truyền HIV từ mẹ. Một số thách thức lớn: chưa tới 40% thanh niên có được kiến thức cơ bản về HIV/AIDS; dưới 40% số người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của mình; còn tới hơn một nửa (58%) số người nhiễm HIV cần điều trị nhưng chưa được điều trị; tỷ lệ này trong trẻ em là 62%. Số người mới nhiễm HIV vẫn vượt xa số người được tiếp cận điều trị [95].

Năm 2011, năm thứ 30 của cuộc chiến chống HIV/AIDS nhân loại có thêm 2,5 triệu người mới nhiễm HIV (2,2-2,8) và 1,7 triệu người (1,5-1,9) tử vong do các bệnh liên quan đến AIDS. Số người nhiễm HIV/AIDS hiện đang còn sống trên hành tinh là 34 triệu (31,4-35,9). Trong 34 triệu người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống có khoảng một nửa số người không biết về tình trạng nhiễm vi rút của mình. Điều này hạn chế khả năng của họ tiếp cận được các dịch vụ dự phòng và chăm sóc, và do đó làm tăng khả năng lây truyền HIV từ họ ra cộng đồng [96]. Tính đến hết năm 2012, số trường hợp nhiễm HIV trên toàn cầu là 35,3 triệu người (32,2-38,8), số trường hợp mới phát hiện năm 2012 là 2,3 triệu người (1,9-2,7) và số người tử vong do AIDS là 1,6 triệu người (1,4-1,9) [97].

Tính đến hết năm 2013, số trường hợp nhiễm HIV trên toàn cầu là 35 triệu người (33,2-37,2), số trường hợp mới phát hiện trong năm 2013 là 2,1 triệu người (1,9-2,4) và số người tử vong do AIDS là 1,5 triệu người (1,4-1,7) [98].

Theo nghiên cứu của Polo Rodriguez R., Munoz Galligo E., Iribarren J. A et al (2014), cho thấy công tác dự phòng lây truyền từ mẹ sang con cần thiết phải được cung cấp điều trị kháng vi rút đầy đủ, bất kể số lượng tế bào CD4. Tất cả phụ nữ mang thai phải nhận được thông tin đầy đủ và xét nghiệm chẩn đoán HIV ở lần đầu càng sớm càng tốt [83], kết quả này cho thấy tầm quan trọng của việc xét nghiệm HIV sớm, công tác điều trị dự phòng cũng như công tác truyền thông về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thai phụ.

Theo nghiên cứu của tổ chức Action-Aid, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 15-25% ở các nước phát triển và 25-45% ở các nước đang phát triển, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 30-35% nếu cho con bú và là 20% nếu không cho con bú. Nếu được can thiệp đúng cách tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con giảm đi còn 1-5%. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, nếu thai phụ có kiến thức nuôi con tốt và thực hiện biện pháp dự phòng đúng cách thì sẽ giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Hậu quả lây truyền HIV từ mẹ sang con là rất nhiều như: cha mẹ của những trẻ này chết sớm, trẻ mồ côi, không được tiếp cận với điều trị và chăm sóc HIV, không tuân thủ điều trị dễ làm lây nhiễm cho người khác. Các giải pháp phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã được triển khai như giải pháp về xã hội, giải pháp về chuyên môn kỹ thuật, giải pháp nâng cao năng lực [12].

1.1.5.2. Tại Việt Nam

Sau hơn 20 năm kể từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện ở thành phố Hồ Chí Minh vào tháng 12/1990. Tính đến 31/12/2011, ở tất cả 63 tỉnh, 98% số huyện và 77% số xã đều đã phát hiện có người nhiễm HIV. Tổng số các ca tích lũy từ khi ghi nhận ca nhiễm HIV đầu tiên cho đến thời điểm này là 249.660 trường hợp, với 197.335 người nhiễm HIV hiện vẫn còn sống và 52.325 trường hợp tử vong liên quan đến AIDS. Số ca nhiễm HIV được

phát hiện báo cáo về Bộ Y tế giảm nhanh chóng trong giai đoạn 2007 và 2009 và giữ ổn định ở mức khoảng 14.000 số trường hợp báo cáo mới mỗi năm trong giai đoạn 2010 và 2011 [3].

Tính đến hết năm 2012, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 208.866 trường hợp, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 59.839 và 62.184 trường hợp tử vong do AIDS. Về hình thái dịch HIV tiếp tục ghi nhận có sự thay đổi, trong số người nhiễm HIV báo cáo năm 2012 có 31,5% người nhiễm là nữ giới, đường lây truyền HIV lần đầu tiên báo cáo ghi nhận số người nhiễm HIV bị lây nhiễm qua quan hệ tình dục cao hơn lây truyền qua tiêm chích ma túy. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm trong nhóm phụ nữ bán dâm năm 2012 là 2,7% [4].

Tính đến 30/11/2013, số trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV là 216.254 trường hợp, số bệnh nhân AIDS là 66.533 và đã có 68.977 trường hợp tử vong do AIDS, các trường hợp nhiễm và bệnh đều tăng cao hơn năm 2012. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc là 248 người trên 100.000 dân, đứng sau tỉnh Điện Biên, thành phố Hồ Chí Minh là địa phương có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất so với cả nước [5].

Trong 11 tháng đầu năm 2013, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 11.567 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 5.493 bệnh nhân AIDS; có 2.097 người tử vong do AIDS [5]. Thành phố Hồ Chí Minh có số trường hợp xét nghiệm mới phát hiện dương tính lớn nhất nước. Phân bố người HIV phát hiện trong năm 2013 ở nam giới chiếm 67,5%, nữ giới chiếm 32,5%, vẫn chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 20-39 tuổi với chiếm 79% số người nhiễm HIV. Tỷ lệ người nhiễm HIV được phát hiện lây truyền qua đường tình dục ngày càng gia tăng, lây truyền qua đường máu có xu hướng giảm. Trong số người nhiễm HIV được phát hiện báo cáo trong năm 2013 cho thấy: số người lây truyền qua đường tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất 45% tiếp đến số người nhiễm

HIV lây truyền qua đường máu chiếm 42,4%, tỷ lệ người nhiễm HIV lây truyền từ mẹ sang con chiếm 2,4%, có 10,1% tỷ lệ người nhiễm HIV không rõ đường lây truyền [1].

Chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con: Vào cuối năm 2011, dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã có tại 226 điểm, trong đó có 133 điểm cung cấp các dịch vụ toàn diện, bao gồm cả cung cấp thuốc kháng vi rút HIV cho phụ nữ và trẻ em. Đây chỉ là một sự tăng nhẹ so với 223 điểm cung cấp các dịch vụ như vậy trong năm 2009. Điều này cho thấy rằng sau khi mở rộng dịch vụ nhanh chóng trong từ năm 2007-2008, chương trình hiện nay đang ở giai đoạn cải thiện chất lượng dịch vụ. Có 1.909 phụ nữ mang thai được xác định dương tính với HIV trong thời kỳ mang thai, 1.707 bà mẹ và 1.733 trẻ sơ sinh được nhận thuốc kháng vi rút HIV dự phòng trong năm 2011[3]. Mặc dù phạm vi bao phủ của chăm sóc tiền sản cao, nhiều phụ nữ mang thai chỉ được xét nghiệm khi chuyển dạ hơn là xét nghiệm từ giai đoạn sớm hơn trước đó: trong năm 2011, có 42% phụ nữ được báo cáo đã được xét nghiệm khi sinh mà không phải là trong quá trình khám thai. Việc xét nghiệm muộn cản trở các phụ nữ nhiễm HIV nhận được phác đồ điều trị tối ưu. Các con số ước tính cũng cho thấy một tỷ lệ đáng kể số người mới nhiễm HIV trong phụ nữ là do hành vi nguy cơ cao của người chồng. Hoạt động dự phòng cho những phụ nữ này do đó cần phải được cải thiện, cũng như các hoạt động nhằm làm giảm mang thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ sống chung với HIV [2],[3].

1.1.5.3. Ở thành phố Hồ Chí Minh

Từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên vào tháng 12 năm 1990 đến hết năm 2013, thành phố đã có 58.825 ca nhiễm HIV, 33.164 bệnh nhân AIDS và 9.911 bệnh nhân HIV/AIDS đã tử vong. Số trường hợp nhiễm mới HIV tiếp tục giảm từ năm 2008 đến nay. Trong giai đoạn 2006-2010, trung bình mỗi

năm có hơn 6.500 người nhiễm mới, nhưng trong 03 năm 2011-2013, trung bình mỗi năm chỉ có khoảng 2.200 người nhiễm mới. Số trường hợp tử vong do AIDS có xu hướng giảm đều qua các năm [48].

Dịch HIV/AIDS tại thành phố Hồ Chí Minh vẫn trong giai đoạn tập trung trên các nhóm đối tượng có nguy cơ cao, tuy nhiên, qua giám sát phát hiện, xu hướng lây nhiễm HIV qua đường tình dục đang gia tăng và đã vượt qua xu hướng lây nhiễm qua đường tiêm chích [47]. Năm 2010, chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã bao phủ trên quy mô toàn thành phố với 24 quận, huyện, 322 phường, xã, thị trấn, 02 bệnh viện chuyên khoa, 04 bệnh viện đa khoa có khoa sản và 01 bệnh viện tư nhân. Hiện nay chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có 56 cơ sở triển khai tư vấn xét nghiệm HIV, trong đó có 19 cơ sở cung cấp dịch vụ trọn gói dự phòng lây truyền mẹ con [47]. Đến cuối năm 2011, số nhiễm số nhiễm HIV mới là 2.371 trường hợp số bệnh nhân AIDS là 2.253 trường hợp. Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị ARV dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt 88%, tỷ lệ trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được tiếp cận ARV điều trị dự phòng sau sinh đạt 99,8%. Tỷ lệ trẻ tiếp tục được theo dõi, quản lý, chăm sóc đến 2 tháng tuổi đạt 80% [13]. Truyền thông về kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS và các hoạt động, dịch vụ phòng chống HIV/AIDS, những thành quả của các hoạt động này để người dân, trong đó có cả nhóm quần thể nguy cơ cao, hiểu rõ, đồng thuận, tham gia hỗ trợ các chương trình, tự tìm đến với các dịch vụ hỗ trợ phòng chống HIV/AIDS [47].

Phấn đấu đạt các chỉ tiêu: 60% người dân hiểu đúng về cách dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS; 90% các báo, đài thường xuyên có các chuyên mục cố định về HIV/AIDS; 100% các sở, ngành, đoàn thể, quận, huyện, phường, xã, thị trấn triển khai hoạt động thường xuyên, đều đặn; 40% người dân hiểu rõ, đồng thuận, tham gia hỗ trợ các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, nhất là

hoạt động can thiệp giảm tác hại; 40% nhóm di biến động có kỹ năng và thực hiện hành vi an toàn dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Tỷ lệ thai phụ nhiễm HIV được tiếp cận chương trình dự phòng lây truyền mẹ con đạt 86%, và có 40% thai phụ tiếp cận được thuốc kháng vi rút điều trị dự phòng vào lúc chuyển dạ [2]. Như vậy, ngoài các can thiệp về thuốc điều trị, can thiệp sản khoa, can thiệp về truyền thông là hết sức quan trọng, hiệu quả và ít tốn kém nhằm giúp thai phụ nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Từ 2005 đến 2010, chương trình đã phát hiện được 3.024 phụ nữ mang thai nhiễm HIV, bình quân phát hiện 600 thai phụ nhiễm HIV mỗi năm, tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ dao động khoảng 0,5%. Tỷ lệ thai phụ nhiễm HIV tiếp cận với thuốc điều trị kháng vi rút tăng dần qua các năm, từ 53% trong năm đầu tiên tăng đến trên 80%. Dù vậy, vẫn còn khoảng gần 15% thai phụ nhiễm HIV chưa tiếp cận được thuốc điều trị kháng vi rút do đến sanh quá trễ khi thực hiện xét nghiệm nhanh sàng lọc phát hiện HIV dương tính thì đã không kịp uống thuốc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ngay cả bằng phác đồ tối thiểu một viên Nefiramin lúc chuyển dạ [48].

Hoạt động truyền thông đã góp phần nâng cao kiến thức về HIV/AIDS cho người dân nói chung và các nhóm đối tượng gồm thanh thiếu niên, phụ nữ, lao động di biến động, từ đó giúp các đối tượng thực hiện hành vi an toàn phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Đối với nhóm lao động di biến động, tỷ lệ công nhân làm việc tại các nhà máy hiểu biết đúng về các đường lây nhiễm HIV là 46,4% năm 2009 [47].

Huyện Bình Chánh có 16 xã và 01 thị trấn, với 80 ấp và khu phố. Dân số 300.442 người, có 77.045 hộ. Nữ 154.277 người. Dân tộc Kinh chiếm 97,6%, Hoa 1,7%, Khơ me 0,7%, Chăm 0,6%, khác 0,4%, trong đó dân số nữ trong độ tuổi sinh sản từ 15-49 tuổi 110.934 người, chiếm 36% [44]. Tỷ lệ

quản lý thai của Trung tâm Y tế dự phòng huyện; Năm 2010 là 96,7%, Năm 2011 là 98,6% và năm 2012 là 97,8% [43]. Nghiên cứu của cùng tác giả (2007), cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh còn chiếm tỷ lệ khá cao là 1,05%. Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kiến thức đúng và thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chiếm tỷ lệ khá thấp lần lượt là 35% và 25% [50].

1.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và các mô hình đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe

1.2.1. Một số khái niệm

- *Truyền thông* là phương tiện giúp cho con người có mối liên hệ gần gũi với nhau trong môi trường sống, truyền thông qua ngôn ngữ cả bằng lời và không lời, với sự hỗ trợ của một số phương tiện. Truyền thông là quá trình liên tục chia sẻ thông tin, kiến thức thái độ tình cảm và kỹ năng, nhằm tạo sự hiểu biết lẫn nhau giữa bên truyền và bên nhận thông điệp, dẫn đến các thay đổi trong nhận thức và hành động.

- *Giáo dục sức khỏe* là quá trình tác động nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của con người. Phát triển những thực hành lành mạnh mang lại tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể được cho con người. Hành vi: sự tác động qua lại giữa người này với người khác, hay giữa con người với các sự việc, hiện tượng hoàn cảnh xung quanh được thể hiện qua các hành động gọi là hành vi. Hành vi là biểu hiện cụ thể của các yếu tố cấu thành nó, đó là kiến thức, thái độ và thực hành của người đó trong một tình huống hay trong một sự việc cụ thể nhất định nào đó [54].

- *Hành vi sức khỏe* là những hành vi của con người có ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến sức khỏe của chính bản thân họ, của những người xung quanh và của cộng đồng.

- *Kiến thức* là những kinh nghiệm, những sự kiện có thực phản ánh trí thông minh của con người, được hình thành qua học tập, quan sát, kinh nghiệm. Kiến thức của con người được tích lũy trong suốt đời [44].

- *Thái độ* là biểu hiện của sự bằng lòng hoặc phản đối một vấn đề nào đó. Nó là một cấu trúc tương đối bền vững của các niềm tin, kinh nghiệm, được tích lũy trong cuộc sống của chúng ta hoặc những người sống và làm việc gần gũi xung quanh chúng ta như cha mẹ, ông bà, họ hàng, đồng nghiệp. Những người sống gần gũi xung quanh chúng ta có thể làm chúng ta suy nghĩ, quan tâm đến hành vi nào đó hoặc cũng có thể làm chúng ta lo lắng về vấn đề nào đó. Ngoài ra thái độ còn có thể bắt nguồn từ kinh nghiệm của những người khác, đặc biệt là những người mà chúng ta kính trọng. Đôi khi thái độ của con người có thể được hình thành bởi kinh nghiệm chưa đầy đủ [54]. Thái độ có vai trò rất quan trọng đối với hành vi của con người. Trong công tác giáo dục sức khỏe cần xem xét phân tích rõ tại sao hầu hết mọi người đều có thái độ nhất định đối với các hành vi sức khỏe, để từ đó có tác động thích hợp nhằm làm chuyển đổi thái độ.

- *Thực hành* là công việc thực tế đã đạt được qua thực hiện các kỹ năng và kỹ xảo [44].

Sự thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành là sự đổi khác làm cho kiến thức, thái độ và thực hành trở nên khác trước, có thể theo chiều hướng tăng hoặc giảm, tích cực hoặc tiêu cực và để có sự thay đổi đó cần phải có sự tác động bằng nhiều cách khác nhau.

1.2.2. Một số mô hình cơ bản về thay đổi hành vi sức khỏe

- *Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM- Health Believe Model):*

Là mô hình về tâm lý, mô hình giải thích và dự kiến các hành vi bằng cách tập trung vào thái độ và niềm tin cá nhân. Mô hình niềm tin sức khỏe

được tác giả Rosenstok và Becker phát triển vào những năm 50 của thế kỷ XX, được vận dụng vào để khám phá sự khác nhau trong hành vi sức khỏe ngắn hạn và dài hạn, trong đó các hành vi tình dục có nguy cơ lây truyền HIV. Nghiên cứu mô hình niềm tin sức khỏe được sử dụng để khám phá những khía cạnh khác nhau của hành vi sức khỏe trong cộng đồng dân cư khác nhau. Với các nghiên cứu về HIV/AIDS, mô hình được sử dụng để hiểu biết rõ hơn các hành vi tình dục nguy cơ [24].

- *Mô hình giảm nguy cơ AIDS (AIDS Risk Reduce Model-ARRM)*: Mô hình giảm nguy cơ AIDS được giới thiệu vào năm 1990, mô hình cung cấp cho chúng ta một phác thảo để giải thích và dự kiến các nỗ lực thay đổi hành vi của các cá nhân, đặc biệt là sự liên quan đến lây truyền HIV qua đường tình dục. Các giai đoạn của mô hình:

- Giai đoạn nhận ra và xếp loại các hành vi nguy cơ cao của một người.
- Giai đoạn tạo ra cam kết với việc giảm quan hệ tình dục có nguy cơ cao và tăng cường các hành động nguy cơ thấp.
- Giai đoạn thực hiện hành động [7]

- *Mô hình lý thuyết về hành động có lý do*: Mô hình giải thích và dự kiến sự khác nhau của hành vi con người từ 1967. Dựa trên giả thuyết con người có lý trí và vì thế các hành vi được khám phá dưới sự kiểm soát của ý muốn. Lý thuyết này đã đưa ra cấu trúc về liên hệ các niềm tin, thái độ, ý định và hành vi cá nhân. Các tác giả mô hình này nêu ra là ý định của một người là các chỉ số tốt để dự kiến hành vi mong đợi có thể xảy ra. Để phát triển các chương trình can thiệp thích hợp cho một nhóm quần thể với hành vi cụ thể, điều quan trọng là xác định các yếu tố tác động đến nhận thức, niềm tin có ảnh hưởng lớn nhất đến quần thể can thiệp.

- *Mô hình BASNEF (Believe, Attitude, Subject Norm, Enabbling Factor):* Mô hình về khuynh hướng hành vi và yếu tố có thể tác động đến thay đổi hành vi. Đây là mô hình tổng hợp bao gồm việc phân tích các niềm tin, thái độ, áp lực xã hội ảnh hưởng đến khuynh hướng hành vi. Đồng thời mô hình BASNEF cũng quan tâm đến các yếu tố có thể tác động đến quá trình thay đổi hành vi [7].

1.2.3. Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe

- *Truyền thông vận động:* Chính quyền địa phương, các ban ngành, đoàn thể liên quan tham gia công tác tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS. Truyền thông đại chúng: phát động cuộc thi tìm hiểu về HIV/AIDS, tổ chức triển lãm, tuyên truyền lưu động, tổ chức các sự kiện truyền thông phòng chống HIV/AIDS, truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng.

- *Truyền thông trực tiếp:* tổ chức các buổi nói chuyện với sự tham gia của thai phụ, về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, sức khỏe sinh sản, tình dục an toàn, kế hoạch hóa gia đình, sử dụng tiếp cận BCS cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tuyển chọn và đào tạo cộng tác viên truyền thông. Xây dựng mạng lưới truyền thông tại thôn ấp. Dựa vào mạng lưới y tế thôn ấp để đưa nội dung truyền thông về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đến từng hộ gia đình. Cung cấp các tài liệu truyền thông: Tờ rơi, áp phích, pa-nô, sách nhỏ. Xây dựng các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi thích hợp với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Điều tra đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ.

1.2.4. Hoạt động can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh

- ***Các hoạt động can thiệp***

Hoạt động truyền thông thay đổi hành vi. Triển khai mô hình truyền thông nhóm nhỏ. Tư vấn về chương trình. Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện. Tập huấn kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho CBYT. Cấp phát tài liệu truyền thông và giáo dục đồng đẳng. Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho PNMT nhiễm HIV.

- ***Nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe:***

- Kiến thức cơ bản về HIV, nguyên nhân bị nhiễm HIV, các đường lây truyền HIV, các đường lây truyền HIV từ mẹ sang con trong quá trình mang thai, chuyển dạ và cho con bú. Tầm quan trọng của xét nghiệm HIV đối với thai phụ và đứa con. Giới thiệu những dịch vụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con sẵn có tại địa phương: Xét nghiệm HIV miễn phí, tư vấn miễn phí, cung cấp tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe, cung cấp thuốc và điều trị kháng vi rút HIV, điều trị nhiễm trùng cơ hội miễn phí cho thai phụ nhiễm HIV. Mối liên quan giữa HIV và thai nghén cũng như ảnh hưởng của thai nghén đến sự tiến triển của HIV. Lợi ích của việc dùng thuốc kháng vi rút cho mẹ và con. Chế độ ăn uống, cách nuôi con bằng thức ăn thay thế sữa mẹ khi mẹ bị nhiễm HIV. Cách phòng chống nhiễm trùng cơ hội, phòng lây nhiễm cho chồng, bạn tình, cho con và cho gia đình cũng như cho cộng đồng. Tư vấn và giáo dục sức khỏe về chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [35].

- ***Phương tiện, công cụ, nội dung giám sát, đánh giá hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*** [16],[24].

- Phương tiện bao gồm băng video, tivi và máy video, tờ rơi thông tin dành cho phụ nữ có thai, tờ thông tin trước xét nghiệm cho phụ nữ mang thai,

tờ thông tin về thuốc kháng vi rút HIV, tờ thông tin về cho con bú sữa bình hay bú mẹ.

- Công cụ sử dụng bao gồm bảng kiểm, bảng câu hỏi, phiếu phỏng vấn sâu, phiếu hướng dẫn thảo luận nhóm, các báo cáo.

- Các thông tin thu thập trong theo dõi, giám sát, đánh giá chủ yếu là thông tin định lượng và thông tin định tính.

- Các thông tin về định lượng là các bảng câu hỏi được thiết kế trước, các kết quả thu được từ bảng câu hỏi sẽ được phân tích và đưa ra nhận định về kết quả.

- Các thông tin định tính, được thu thập để giúp trả lời các câu hỏi về chất lượng hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các dịch vụ liên quan. Việc thu thập thông tin định tính chủ yếu qua việc tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm

- ***Nội dung giám sát:***

- Nhóm thông tin đầu vào nguồn lực để thực hiện, mô hình/ mạng lưới, cơ chế hoạt động.

- Nhóm thông tin về tiến trình thực hiện: Những hoạt động được nêu trong kế hoạch, những dịch vụ, chất lượng và phương tiện dịch vụ cung cấp.

- Hoạt động thông tin, giáo dục sức khỏe và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống lây nhiễm HIV ở phụ nữ tuổi sinh đẻ.

- Cũng cố, mở rộng các phòng tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện tại các cơ sở.

- Tập huấn, đào tạo, hệ thống, mạng lưới cán bộ trung tâm tham vấn xét nghiệm tự nguyện và kỹ thuật viên.

- Truyền thông quảng bá dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV miễn phí.

- Tư vấn cho thai phụ cách chăm sóc nuôi con khi bị nhiễm.

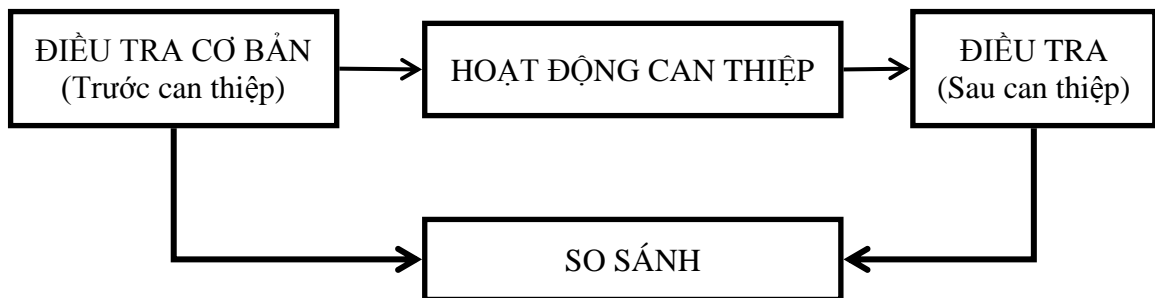
- Nhóm thông tin về đầu ra/ kết quả, số lượt truyền thông, số các phương tiện được sử dụng.

- Tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ nang thai.

1.2.5. Các mô hình đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe

- *Mô hình thiết kế một nhóm đánh giá trước-sau*

- Với thiết kế này, chúng ta có thể đo lường chiều hướng tăng hoặc giảm về kiến thức và hành vi của đối tượng trước sau khi triển khai can thiệp. Trong mô hình này điều tra cơ bản ban đầu, các thông tin thu được là cơ sở để xây dựng mục tiêu của kế hoạch hay chương trình can thiệp. Sau khi thực hiện các hoạt động can thiệp, điều tra lại với các nội dung và phương pháp như điều tra cơ bản ban đầu, kết quả của cuộc điều tra này được so sánh với kết quả điều tra ban đầu. Các thay đổi giữa hai cuộc điều tra được xem là hiệu quả của chương trình can thiệp.



Sơ đồ 1.1. Mô hình thiết kế một nhóm đánh giá trước- sau

- *Mô hình thiết kế đánh giá trước-sau có nhóm chứng*

Đây là thiết kế thực nghiệm “chuẩn” và được minh họa như sau.

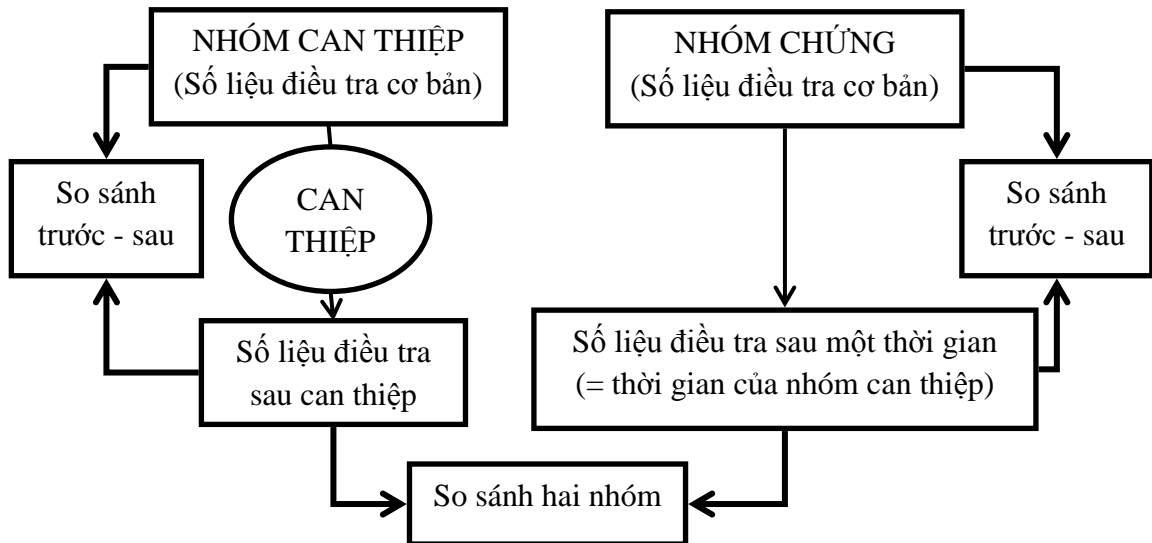
$$\begin{array}{c}
 R \ O_1 \ X \ O_2 \\
 R \ O_3 \ O_4
 \end{array}$$

Trong đó, hai chữ R cho biết các đối tượng được chọn ngẫu nhiên vào nhóm can thiệp và nhóm chứng “chuẩn” có được do việc chọn ngẫu nhiên. X là chương trình can thiệp cho nhóm can thiệp, O_1 và O_2 là đánh giá trước- sau của nhóm can thiệp. O_3 và O_4 là đánh giá trước- sau của nhóm chứng. Hiệu quả của chương trình can thiệp được đo lường bằng cách tính toán sự khác nhau về điểm trung bình giữa kiến thức và hành vi sức khỏe trước và sau của nhóm can thiệp và điểm khác nhau trung bình giữa kiến thức và hành vi sức khỏe trước và sau của nhóm chứng. Nếu chương trình thành công, thì điểm đạt được giữa nhóm can thiệp sẽ lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với điểm đạt được của nhóm chứng [15].

Ở thiết kế này các sai số được khống chế: Sai số tác động ngoại lai được kiểm soát vì các tác động ngoại lai ảnh hưởng đến nhóm can thiệp thì cũng ảnh hưởng nhóm chứng. Sai số trưởng thành cũng được loại bỏ do các đối tượng được chọn ngẫu nhiên, dẫn đến những vấn đề nảy sinh thuộc về đối tượng là tương đồng với nhau thuộc cả hai nhóm. Sai số thử nghiệm cũng được kiểm soát vì cả hai nhóm cùng nhận một thử nghiệm. Sai số do công cụ đo lường được kiểm soát nếu công cụ, quy trình đánh giá trước và sau là giống nhau. Sai số do lựa chọn được kiểm soát thông qua việc chọn ngẫu nhiên, các đối tượng tương đồng với nhau ở cả hai nhóm trước khi chương trình triển khai [17].

Người đánh giá có thể thiết kế mô hình đánh giá với một nhóm can thiệp và một nhóm chứng, bằng cách chọn nhóm chứng càng giống với nhóm can thiệp càng tốt (đặc điểm cá nhân, địa dư, đặc điểm kinh tế, văn hóa, xã hội, điều kiện làm việc, phương tiện kỹ thuật, chuyên môn) Trong mô hình này trước khi hoạt động can thiệp, cả nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp đều được điều tra cơ bản.

Sau thời gian hoạt động can thiệp cả nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp lại được điều tra lại và công cụ điều tra trước và sau can thiệp cho cả hai nhóm là giống nhau, nói cách khác các thông tin hay biến số được thu thập như nhau giữa hai nhóm có can thiệp và không can thiệp, giữa nhóm trước can thiệp và nhóm sau can thiệp [34],[39].



Sơ đồ 1.2. Mô hình thiết kế đánh giá trước- sau có nhóm chứng

Kết quả được so sánh giữa hai nhóm sau hoạt động can thiệp. Nếu nhóm can thiệp có được kết quả tốt hơn so với nhóm không can thiệp sẽ là bằng chứng khách quan thể hiện sự thành công của chương trình can thiệp. Khi so sánh trước (T) và sau (S) khi can thiệp đối với nhóm có can thiệp hay so sánh (T) và (S) một thời gian cùng kỳ với thời gian can thiệp ở nhóm chứng ta có thể tính được giá trị dự phòng (PV- Preventive value). Giá trị dự phòng được tính như sau:

$$PV = \frac{P_T - P_S}{P_T} \times 100\%$$

- P_T : tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm trước can thiệp
- P_S : tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm sau can thiệp

- PV: có thể tính bằng % hoặc bằng số tuyệt đối $P_T - P_S$

Trong quá trình can thiệp có thể tình hình đã thay đổi một cách tự nhiên hoặc do nhiều tác nhân khác, những tác động của thay đổi khách quan có thể đo lường được bằng giá trị dự phòng ở nhóm chứng.

Hiệu quả can thiệp (HQCT) thực sự được tính bằng giá trị dự phòng của nhóm can thiệp trừ giá trị dự phòng của nhóm chứng.

$$HQCT = PV_{(can\ thi\ ep)} - PV_{(ch\ ung)} [19].$$

Hiệu quả can thiệp có thể tính bằng giá trị tương đối (tỷ lệ %) hoặc giá trị tuyệt đối. Cũng có thể đánh giá một nhóm chứng với các nhóm can thiệp khác nhau. Trong phương pháp này ta có thể so sánh được hiệu quả của giải pháp can thiệp này với hiệu quả của giải pháp can thiệp khác. Đánh giá có nhóm chứng là một mô hình đánh giá mang tính khoa học, có giá trị cao, nhất là cho nghiên cứu thử nghiệm áp dụng những giải pháp hay hoạt động can thiệp mới [20].

1.3. Tổng quan các công trình nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành và đánh giá hiệu quả các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ trên Thế giới, Việt Nam và thành phố Hồ Chí Minh

1.3.1. Trên Thế giới

Nghiên cứu của Hawkins D. et al (2005) ở Ghana. Kết quả cho thấy, nguồn kiến thức dự phòng lây truyền HIV thai phụ nhận được phần lớn là từ radio (89%); kế đến là từ tivi (77,8%); 50,9% từ nhân viên sức khỏe cộng đồng; 38,9% từ báo, đài. Kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai chiếm tỷ lệ thấp; 65,6% thai phụ nhận biết “HIV/AIDS là mối đe dọa cuộc sống” và nhận thức được các dấu hiệu chính của AIDS là “sụt cân, sốt kéo dài, tiêu chảy kéo dài”; Có 51,8% cho rằng thai phụ nhiễm

HIV có thể lây truyền cho con và có 37,4% thai phụ trả lời đúng phải cần từ một đến mười năm nhiễm HIV mới xuất hiện hội chứng AIDS; 10,5% thai phụ biết AIDS không điều trị khỏi nhưng kéo dài được cuộc sống; 91,9% thai phụ cho rằng HIV lây truyền khi mang thai và 2,9% lây truyền khi chuyển dạ; 5,2% lây truyền khi cho con bú; có 5,2% thai phụ biết không nên cho con bú mẹ; 5% do yêu cầu của bạn tình; 77,8% thai phụ đồng ý điều trị nếu kết quả HIV(+). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, lý do thai phụ từ chối xét nghiệm: có 67% nghĩ rằng bản thân không có nguy cơ; 65,5% cho rằng bệnh không điều trị khỏi; Đa số 90% thai phụ hài lòng đến xét nghiệm tự nguyện giấu tên [66].

Nghiên cứu của Bii S.C (2008) ở Kenya, kết quả cho thấy thái độ chấp nhận giữ thai sinh con của thai phụ là rất thấp, 63,7% thai phụ muốn chấm dứt thai kỳ nếu xét nghiệm HIV dương tính; ngược lại thái độ ủng hộ xét nghiệm HIV cho thai phụ chiếm tỷ lệ cao; có đến 98,3% thai phụ ủng hộ việc chủ động xét nghiệm HIV cho toàn bộ thai phụ [56].

Nghiên cứu của Ugwu G.O, Iyoke C.A, Nwagbo D.F (2012) ở Nigeria, cho thấy, 82% xác định đúng nhận biết về HIV/AIDS, 93,3% nhận thức được bệnh có thể ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh, 75% biết làm thế nào bệnh được truyền từ mẹ sang con và 90% nhận thức có thể dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; 86,6% số người được hỏi chấp nhận một số biện pháp dự phòng lây truyền mẹ con. Và kết quả can thiệp cho thấy, sau khi giáo dục sức khỏe, nhận thức của bà mẹ về HIV có thể ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh tăng từ 93,3% lên 96,7%, trong khi những người chấp nhận các biện pháp phòng lây truyền mẹ con tăng từ 86,6% lên 97,3% [94].

Nghiên cứu của Malaju M. T, Alene G. D (2012) ở Gondar, Ethiopia, cho thấy có 82,5% chấp nhận xét nghiệm HIV và tư vấn xét nghiệm HIV. Kết quả cho thấy có một tỷ lệ khá cao thai phụ từ chối xét nghiệm nhanh phát hiện

HIV (17,5%), điều này cho thấy công tác chăm sóc tiền sản cần được cải thiện để giúp tăng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV [73].

Nghiên cứu của Stanton C. K, Holtz S. A (2006) ở Togo, kết quả có 93,8% phụ nữ cho rằng HIV lây qua đường quan hệ tình dục; 80,5% lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với máu và 27,1% thai phụ biết HIV lây truyền từ mẹ sang con. Phần lớn (77,1%) đồng ý quan hệ tình dục không an toàn làm tăng nguy cơ lây truyền HIV cho trẻ em, và hầu hết (61%) bày tỏ sự sẵn sàng để sử dụng BCS trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú, và 61% biết rằng nguy cơ lây nhiễm HIV cho con là cho con bú hỗn hợp cao hơn so với nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ. Tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm HIV là 92,4%. Tỷ lệ những người phụ nữ không bao giờ sử dụng bao cao su là 51% và tỷ lệ cho rằng người phụ nữ có HIV dương tính không nên có con là 29,5%. Các kết quả của nghiên cứu này cho thấy phụ nữ mang thai ở Togo có kiến thức khá tốt về HIV/AIDS. Thái độ đối với dự phòng lây truyền mẹ con khá tích cực nhưng một số hành vi như sử dụng bao cao su vẫn cần được cải thiện [92].

Nghiên cứu của De Cock K. M, Fowler M. G, Mercier E. et al (2000), cho thấy phần lớn trẻ em dưới 5 tuổi nhiễm HIV là do lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thời gian mang thai, chuyển dạ hoặc sau sinh. Nếu người mẹ không nuôi con bằng sữa mẹ, tỷ lệ lây truyền mẹ con chiếm khoảng 15-30%. Nếu người mẹ nhiễm HIV không được điều trị phòng lây truyền mẹ con và cho con bú, tỷ lệ này có thể tăng lên tới 20-45% [59].

Nghiên cứu của Stanton C. K, Holtz S. A (2006), kết quả cho thấy ở một số quốc gia do điều kiện hạn chế, các can thiệp phòng lây truyền mẹ con chủ yếu tập trung vào giai đoạn chuyển dạ và sinh để làm giảm khoảng từ một đến hai phần ba tỷ lệ lây truyền mẹ con tùy thuộc vào thực tế người mẹ có cho con bú hay không [91].

Nghiên cứu của Moses A. E, Chama C., Udo S. M et al (2009), cho thấy kiến thức đúng về nuôi con bằng sữa mẹ của thai phụ bị nhiễm HIV và kiến thức đúng về sử dụng bao cao su trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là rất thấp, chỉ có 24,4% phụ nữ mang thai biết việc sử dụng thức ăn và sữa tổng hợp thay thế sữa mẹ và 33,7% biết sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục để phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [78].

Nghiên cứu của Rahbar T., Garg S., Singh M. M et al (2009), kết quả cho thấy kiến thức đúng về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chiếm tỷ lệ trung bình; Có 69,2% số phụ nữ mang thai đã nghe nói về AIDS trước khi tư vấn. Kiến thức liên quan phòng lây truyền HIV là 53,5%. Việc sử dụng bao cao su cải thiện đáng kể sau khi tư vấn (12% TCT và 58,6% SCT). Kết quả cho thấy dịch vụ tư vấn có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức và thay đổi thái độ và hành vi của phụ nữ mang thai trong việc sử dụng BCS dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [84].

Nghiên cứu của Luo Y., He G. P (2008), phần lớn (91%) của những người phụ nữ đã nhận thức được rằng HIV/AIDS có thể tồn tại trong suốt thời kỳ mang thai, nhưng chỉ có 64% nghe nói về lây truyền HIV từ mẹ sang con. Đường lây truyền qua nhau, sinh ngã âm đạo và cho con bú được xác định là đường lây truyền từ mẹ sang con lần lượt là 85%, 60% và 20%. Kết quả cho thấy, mức độ nhận thức và kiến thức về HIV/AIDS ở phụ nữ có thai có vẻ hơi hợt; kiến thức đúng chiếm tỷ lệ thấp. Điều này cho thấy việc giáo dục kiến thức về lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thai phụ là cần thiết [71].

Nghiên cứu của Orne Gliemann J., Mukotekwa T., Perez F. et al (2006), cho thấy tỷ lệ phụ nữ nhận thức các dịch vụ tăng từ 48% lên 82,8%. Bú mẹ hoàn toàn tăng 27,1% tăng lên 55,8%. Chiến lược dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cần thực hiện ở cả cá nhân và cộng đồng. Kiến thức, thái

độ và thực hành qua các cuộc điều tra được sử dụng để theo dõi hiệu quả chương trình [81].

Nghiên cứu của Omwega A. M, Oguta T. J, Sehmi J. K (2006), cho thấy kiến thức của bà mẹ về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là thấp 8,9%. cần tăng cường giáo dục sức khỏe về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và tư vấn nuôi trẻ nhiễm bằng thực phẩm thay thế sữa mẹ [80].

Theo nghiên cứu của tác giả Mnyani C. N, McIntyre J. A (2009), lây truyền HIV từ mẹ sang con vẫn còn là một nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong trẻ sơ sinh, phụ nữ mang thai cần được điều trị dự phòng ARV thích hợp. Việc nuôi dưỡng trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm cần được kiểm soát bằng nguồn thực phẩm thay thế và dự phòng ARV thích hợp [76].

Nghiên cứu của Lallemand M., Jourdain G., Le Coeur S. et al (2004), cho thấy nhiều quốc gia trên thế giới để giảm thiểu tỷ lệ lây truyền mẹ HIV từ mẹ sang con và những gánh nặng liên quan đến trẻ nhiễm HIV đã sử dụng những phác đồ kháng vi rút HIV có hiệu quả cao bắt đầu từ ba tháng cuối của thời kỳ mang thai, có thể giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con xuống còn khoảng 2-4% [70].

Nghiên cứu của Ekabua J. E, Oyo-Ita A. E, Ogaji D. S et al (2006), ở Calaba, Nigeria. Kết quả khoảng 96,7% phụ nữ có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; 41,2% khẳng định rằng họ có kiến thức thông qua phương tiện truyền thanh, truyền hình; có 96,2% phụ nữ che giấu nhiễm HIV trước sanh. Trong khi khoảng 93,7% đồng ý giấu việc nhiễm HIV trước sanh. Nhận thức và đồng ý che giấu HIV trước sanh có liên quan đặc biệt với tuổi và tình trạng giáo dục. Tỷ lệ phụ nữ làm xét nghiệm HIV trong quá trình mang thai là 70,2%, tham vấn trước xét nghiệm được thực hiện ở 65,8% phụ

nữ. Vợ hoặc chồng phản đối chiếm tỷ lệ 23,1%, lý do chính là họ không hài lòng làm xét nghiệm HIV [63].

Nghiên cứu của Von Linstow M. L, Rosenfeldt V., Lebech A. M et al (2010), kiến thức về tình trạng nhiễm HIV trước khi mang thai tăng từ 8% lên 80%. Chỉ có 29% phụ nữ tham khảo ý kiến chuyên gia về HIV khi dự định có thai, trong khi 14% nhận được hỗ trợ để sinh. Tỷ lệ phụ nữ điều trị kháng vi rút tăng từ 76% lên 98% [99].

Nghiên cứu của Gamazina K., Mogilevkina I., Parkhomenko Z. et al (2009), kết quả cho thấy chương trình can thiệp can thiệp tập trung tăng cường và tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện, quan hệ với các tổ chức địa phương, và xóa bỏ sự kỳ thị liên quan đến HIV giúp cải thiện việc tiếp cận và chất lượng dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại các phòng khám chăm sóc tiền sản [65].

Nghiên cứu của Sahlu I., Howe C. J, Clark M. A et al (2014). Phụ nữ có HIV dương tính có kiến thức phòng lây truyền mẹ con tốt hơn phụ nữ có HIV âm tính (81,9 % và 31,6%). Tăng cường kiến thức phòng lây truyền mẹ con giúp tăng sử dụng chăm sóc tiền sản và có thể loại bỏ lây truyền HIV từ mẹ sang con [86].

Nghiên cứu của nhóm Iroezi N. D, Mindry D., Kawale P. et al (2013), Rào cản đối với việc tiếp cận chăm sóc phòng lây truyền mẹ con bao gồm: vận chuyển đến bệnh viện, kỳ thị trong cộng đồng, tiết lộ nhiễm HIV, an ninh lương thực, và thái độ của các nhà cung cấp đối với phụ nữ mang thai nhiễm HIV [68].

Nghiên cứu của Lussiana C., Clemente S. V, Ghelardi A. et al (2012), có 65,4% phụ nữ mang thai nhiễm HIV nhận được điều trị kháng vi rút trong thai kỳ, 34,6% không nhận được trong khi mang thai. Tỷ lệ lây nhiễm HIV là

8,5% với bà mẹ được điều trị ARV trong khi mang thai và tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh là 38,9% nếu mẹ không được điều trị kháng vi rút [72].

Theo nghiên cứu của Shan D., Sun J., Khoshnood K. et al (2014), từ năm 2005 đến năm 2010, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV điều trị kháng vi rút HIV đã tăng từ 63% đến 99%. Trong thập kỷ qua, những nỗ lực về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con toàn diện, cùng với sự hỗ trợ chính sách quốc gia và địa phương trong lĩnh vực này đã có hiệu quả [88].

Nghiên cứu của Djadou K. E, Koffi K. S, Saka B. et al (2011), có 76% người cung cấp dịch vụ phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được đào tạo. Về kiến thức khá tốt, 83% xác định lây truyền từ mẹ sang con là con đường chính lây nhiễm HIV ở trẻ em <15 tuổi; 87% khẳng định phụ nữ mang thai nhiễm HIV không phải luôn luôn lây truyền cho con [60].

Nghiên cứu của Merdekios B., Adedimeji A. (2011), kết quả 100% thai phụ chấp nhận tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, 92,0% có hiểu biết về lây truyền từ mẹ sang con, và 90,3% đã nhận thức được sự sẵn có của các dịch vụ về lây truyền từ mẹ sang con trong các cơ sở y tế. Các yếu tố liên quan sử dụng dịch vụ phòng lây truyền mẹ con bao gồm văn hóa, tình trạng kinh tế xã hội, và sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử [75].

Nghiên cứu của Zoung Kanyi Bissek A. C, Yakana I. E, Monebenimp F. et al (2011), cho thấy rằng phụ nữ mang thai có kiến thức tốt về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có 99% thai phụ đã nghe nói về HIV; 80,5% phụ nữ mang thai cho rằng giai đoạn cho con bú có nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở bà mẹ bị nhiễm. Sử dụng bao cao su nam, bao cao su nữ, tiết chế, và chung thủy được coi là phương pháp hiệu quả của phòng chống HIV [101].

Nghiên cứu của Bello F. A, Ogunbode O. O, Adesina O. A et al (2011); cho kết quả: Tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm HIV là 86,5%, tỷ lệ nhiễm HIV là

6,7%. Kiến thức đúng về phòng lây truyền mẹ con là 66,3%. Xét nghiệm HIV, độ đặc hiệu là 100%, độ nhạy là 85,7% [55].

Nghiên cứu của Salam R. A, Haroon S., Ahmed H. H et al (2014). Kết quả cho thấy truyền thông can thiệp cơ bản có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành. Kết quả sau can thiệp hiệu quả về kiến thức gia tăng 0,66 lần, bảo vệ quan hệ tình dục tăng 1,19 lần, sử dụng bao cao su tăng 1,58 lần [87].

Nghiên cứu của Hembah-Hilekaan S. K, Swende T. Z, Bitto T. et al (2012), kết quả cho thấy một số lượng lớn phụ nữ mang thai biết rằng quan hệ tình dục không an toàn là một yếu tố nguy cơ lây truyền HIV, với 73,2% chấp nhận có thai khi bị nhiễm HIV; trong khi 71,6% cho là HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con nếu mẹ nhiễm HIV. Chỉ có 55,7% thực hiện các xét nghiệm HIV trong thời kỳ mang thai [67].

Nghiên cứu của Morfaw F., Mbuagbaw L., Thabane L. et al (2013). Kết quả rào cản đối với sự tham gia chương trình dự phòng lây truyền mẹ con chủ yếu là ở cấp độ của xã hội, hệ thống y tế và các cá nhân như thời gian chờ đợi, bạo lực gia đình, kỳ thị, ly hôn, tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện và cung cấp các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [77].

Nghiên cứu của Falnes E. F, Tylleskar T., De Paoli M. et al (2010). Hơn 90% trẻ em sống chung với HIV đã bị lây nhiễm từ mẹ sang con. Kết quả cho thấy, gần như tất cả các bà mẹ (98%) đã được cung cấp xét nghiệm HIV. Các bà mẹ khám thai ở đô thị có xu hướng hiểu biết về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cao hơn so với những người nông thôn. Tư vấn định kỳ và xét nghiệm HIV tại các cơ sở khám thai đã được chấp nhận rất nhiều [64].

Nghiên cứu của Du Plessis E., Shaw S. Y, Gichuhi M. et al (2014), kết quả cho 60,8% phụ nữ đã tiết lộ tình trạng của mình cho các đối tác của họ, có 20% được uống liều duy nhất Nevirapine trong chăm sóc trước sinh [61].

Nghiên cứu của Asefa A., Beyene H. (2013), kết quả chỉ có 60,7% phụ nữ mang thai nhận thức được nguy cơ lây truyền mẹ con. Kiến thức về khả năng lây truyền HIV cho con trong khi mang thai, sinh đẻ và cho con bú được biết đến là 48,4%, 58,6% và 40,7%. Kiến thức của phụ nữ mang thai có liên quan đến tình trạng giáo dục. Cần tăng cường dịch vụ dự phòng lây truyền HIV trong chăm sóc thai sản và thúc đẩy sự tham gia của người chồng trong các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [52].

Theo báo cáo của UNAIDS (2010), khi không có bất kỳ can thiệp nào thì nguy cơ của sự lây truyền này là 15-30% ở quần thể không bú mẹ, bà mẹ nhiễm cho con bú làm tăng nguy cơ này lên 5-20% và nguy cơ tính chung là 20-45% [95].

Nghiên cứu của Sahlu I., Howe C. J, Clark M. A et al (2014), xác định tình trạng nhiễm HIV và kiến thức lây truyền HIV từ mẹ sang con truyền có liên quan đến chăm sóc tiền sản. Phụ nữ có HIV âm tính sử dụng chăm sóc tiền sản (31,6%) thấp hơn phụ nữ HIV dương tính (81,9%) và phụ nữ có HIV dương tính có kiến thức phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn phụ nữ có HIV âm tính [86].

Nghiên cứu của Chukwuemeka I. K, Fatima M. I, Ovavi Z. K et al (2014), kết quả cho thấy, nếu mẹ và con nhận được thuốc ARV, tỷ lệ lây truyền là 1,3%, trong khi đó nếu chỉ người mẹ nhận được điều trị ARV tỷ lệ là 4,6%, và chỉ đứa trẻ nhận được ARV tỷ lệ là 20%. Cả mẹ và con đều không nhận được điều trị ARV tỷ lệ là 66,7%. Cần đảm bảo tiếp cận của chương trình dự phòng lây truyền HIV và cung cấp dịch vụ hiệu quả để hỗ trợ bà mẹ và trẻ em bị nhiễm bệnh [58].

Nghiên cứu của Ashimi A. O, Omole-Ohonsi A., Amole T. G et al (2014), kết quả đa số (96,2%) phụ nữ mang thai đã nhận thức được HIV. Hầu hết trong số họ (78%) có kiến thức đầy đủ về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Khoảng 50% biết có thể ngăn ngừa lây truyền bằng cách không cho con bú, và đồng ý dùng thuốc kháng vi rút HIV trong thai kỳ (28%) và dùng thuốc kháng vi rút cho trẻ mới sinh (20,2%) là cách dự phòng lây truyền HIV cho con [53].

Nghiên cứu của Sagna M. L, Schopflocher D. (2014). Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng chỉ có 62% phụ nữ được tư vấn trước xét nghiệm trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và không quá 56% thai phụ đồng ý xét nghiệm HIV trong chăm sóc tiền sản. Công tác tư vấn trước xét nghiệm giúp tăng tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm HIV lên 77% [85].

Nghiên cứu của Park J. W, Yang T. W, Kim Y. K et al (2014), kết quả cho thấy, việc điều trị dự phòng kháng vi rút HIV, mổ lấy thai theo lịch trình, và không cho con bú mẹ giúp giảm đáng kể sự lây truyền HIV từ mẹ sang con [82].

Nghiên cứu của Technau K. G, Kalk E., Coovadia A. et al (2014). Kết quả cho thấy, phụ nữ được chẩn đoán HIV (+) trước khi mang thai là 12%, trong thai kỳ là 53% và sau khi sinh là 35%. Thất bại trong việc chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở mẹ là nguyên nhân làm giảm hiệu quả của chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [93].

Nghiên cứu của Sirengo M., Muthoni L., Kellogg T. A et al (2014), tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 6,1%, có 86,5% đồng ý xét nghiệm HIV và có 93,1% đã được sàng lọc HIV trong quá trình chăm sóc trước khi sinh; 97,8% nhận được kết quả xét nghiệm [89].

Nghiên cứu của Iroezi N. D, Mindry D., Kawale P. et al (2013), kết quả cho thấy rào cản đối với việc tiếp cận chăm sóc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm vận chuyển đến bệnh viện, kỳ thị trong cộng đồng, tiết lộ nhiễm HIV và thái độ của CBYT đối với thai phụ nhiễm HIV [68].

Theo nghiên cứu của Zhang X. H, Lu W., Wu Q. Y et al (2013), kết quả cho thấy, tỷ lệ tư vấn HIV trong nhóm phụ nữ mang thai đã tăng từ 84,8% lên 99%. Tỷ lệ xét nghiệm HIV cũng tăng đáng kể, từ 80,6% lên 98,5%. Hơn 70% phụ nữ bị nhiễm những người di cư. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 7,14% [100].

Theo nghiên cứu của Buchanan A. M, Dow D. E, Massambu, C. G et al (2014). Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 6,3%. Tốc độ truyền có tương quan chặt chẽ với tình trạng của mẹ: 14,9% khi phụ nữ mang thai không được điều trị, 8,8% khi phụ nữ mang thai được điều trị đơn liều Nevirapine và 3,6% nếu điều trị kết hợp [57].

Theo nghiên cứu của Kim Y. M, Chilila M., Shasulwe H. et al (2013), các nhà cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã tăng từ 58% lên 73% tại các địa điểm can thiệp, việc tư vấn kế hoạch hóa gia đình tăng từ 34% lên 75%, xét nghiệm HIV tăng từ 13% lên 48%, và kỹ năng chăm sóc thai sản đã tăng từ 67% lên 74%, giáo dục nhóm tăng từ 87% đến 91% [69].

Nghiên cứu của Soeiro C. M, Miranda A. E, Saraceni V. et al (2011), tỷ lệ nhiễm ở phụ nữ mang thai là 0,99%. Tuổi trung bình là 27 tuổi và phần lớn (54,8%) chưa hoàn thành tiểu học. Xét nghiệm HIV thực hiện trước khi mang thai là 22,6%, trong quá trình chăm sóc tiền sản là 59,3% [90].

Nghiên cứu của Oladokun R. E, Awolude O., Brown B. J et al (2010), có 99,5% phụ nữ mang thai chấp nhận xét nghiệm HIV và có 95,2% đến nhận

kết quả. Tỷ lệ nhiễm HIV là 4,2%, cho thấy có tiến bộ trong chương trình, phản ánh sự gia tăng số lượng khách hàng đến các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [79].

1.3.2. Tại Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Việt Tiên, Dương Lan Dung, Đỗ Quan Hà và cộng sự (2010), nghiên cứu tại bảy cơ sở sản khoa lớn phía Bắc, kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV là 0,34%. Dịch đang tấn công vào phụ nữ độ tuổi sinh sản, đa số ở độ tuổi từ 20-34 tuổi (90%), và phần lớn mang thai lần đầu (66,3%). Phần lớn phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ đẻ chiếm 57,9%, phát hiện trong giai đoạn mang thai là 42,1%. Lây truyền từ mẹ sang con trong giai đoạn mang thai là 77,8 % và trong khi sinh là 22,2%. Có 18,7% thai phụ chưa được tiếp cận với điều trị do vào quá muộn khi chuyển dạ [40].

Nghiên cứu của Trần Tôn, Vũ Xuân Thịnh, Lương Quế Anh và cộng sự (2010), kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nhiễm HIV sinh ra từ mẹ có tham gia phòng lây truyền mẹ con đầy đủ là 5,5% và từ mẹ được dự phòng không đầy đủ là 23,8%, nếu mẹ biết nhiễm HIV trước hoặc trong khi mang thai và có uống thuốc ARV dự phòng thì tỷ lệ trẻ có HIV dương tính là 3,4% và 4%. Nếu mẹ chỉ được xét nghiệm HIV dương tính lúc đến sinh và chỉ uống dự phòng 1 liều duy nhất thì tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn là 17,7%. Qua đó ta thấy nếu mẹ được chăm sóc tiền sản tốt và sớm tham gia vào chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thì sẽ làm giảm đáng kể khả năng lây truyền HIV sang cho con [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên Phương, Lê Thị Thanh Vân (2010), kết quả cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở sản phụ là 0,55%, ghi nhận bệnh đang tấn công vào phụ nữ trẻ, đa số ở lứa tuổi từ 20-34 tuổi chiếm 93,3%, phần lớn sản phụ có trình độ trung học phổ thông (77,1%), tỷ lệ lây truyền qua chồng là 49,5%. Tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV trong khi chuyển dạ khá cao (39%), 100% trẻ sơ sinh được chăm sóc đặc biệt và điều trị

ARV, 100% sản phụ được tư vấn không cho con bú và được cấp sữa [38]. Nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hà (2010), kết quả có 953 trường hợp đã được điều trị ARV dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (84%), 98% số trẻ phơi nhiễm được uống thuốc ARV trong tổng số 1.136 trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được đánh giá; 1.003 trẻ (89,7%) đã được nhận sữa ăn thay thế sữa mẹ. 568 (50,8%) trẻ được chuyển tiếp thành công tới các cơ sở Nhi. Kết quả đánh giá cho thấy hiệu quả chương trình làm giảm tỷ lệ lây truyền xuống còn 7%. Cần cải thiện tăng cường tiếp cận xét nghiệm HIV sớm cũng như chăm sóc theo dõi tiếp tục trẻ sau sinh [21]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức và cộng sự (2010), cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm vợ, bạn tình người nghiện ma túy là 5,2%. Tỷ lệ hiểu biết về dự phòng lây nhiễm HIV và nhận thức nguy cơ lây nhiễm rất thấp, chỉ có 63,2% biết sử dụng BCS làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV, và có 30,4% người cho rằng mình có nguy cơ nhiễm HIV [28]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiệu (2010); Có 92% biết được HIV là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, 85% nêu đúng ba đường lây truyền HIV, 90% biết được giai đoạn cửa sổ của HIV [25]. Nghiên cứu của Trương Tấn Minh (2010), kết quả cho thấy, nhiễm HIV ở nữ giới ngày càng tăng. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mại dâm năm 2009 là 4%, cao hơn những năm trước. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tăng nhẹ qua các năm, năm 2007 là 0,25%, năm 2008 là 0,5%, năm 2009 là 0,5%. Nhiễm HIV có chiều hướng tiếp tục gia tăng trong các nhóm có hành vi nguy cơ thấp. Nghiên cứu của Trần Thị Kim Dung và cộng sự (2010), cho thấy tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 16,5%. Trẻ bú mẹ có nguy cơ lây nhiễm HIV cao gấp 5,17 lần trẻ không bú mẹ. Trẻ vừa ăn dặm vừa bú mẹ có nguy cơ lây nhiễm HIV cao gấp 4,61 lần trẻ bú mẹ hoàn toàn. Tỷ lệ kiến thức đúng về cách phòng lây nhiễm HIV ở người nhiễm rất cao (100%). Tuy nhiên thực hành đúng các biện pháp phòng

ngừa lây nhiễm HIV ở người nhiễm lại rất thấp. Các biện pháp can thiệp thay đổi hành vi trong nhóm các cặp vợ chồng có người nhiễm HIV là rất quan trọng [18]. Nghiên cứu của Hoàng Huy Phương, Lê Hoàng Nam, Tạ Thị Lan Hương (2010), cho thấy phần lớn người dân đều có kiến thức tốt về đường lây, 99,5% lây truyền qua đường máu, 98,7% lây qua đường tình dục, 83,2% cho rằng HIV có thể lây từ mẹ sang con [37]. Nghiên cứu của Trần Thị Thủy Hà (2010), cho thấy nguy cơ lây nhiễm HIV do tiêm chích ma túy là 43,8%, do quan hệ tình dục là chiếm 50,6%, do mẹ truyền sang con là 3,1%, không rõ nguyên nhân là 2,1%. Hình thức truyền thông qua radio ít được quan tâm (42,6%), truyền hình được quan tâm nhiều nhất (77,8%) [22]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Chung, Trần Thị Bích Hà (2010), cho thấy, tỷ lệ lây nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ mang thai có xu hướng tăng từ 0,63% (năm 2004) lên là 1,25% (năm 2005), và cao hơn tỷ lệ nhiễm chung của cả nước (0,35%), đây là dấu hiệu báo động về tình trạng lây nhiễm HIV qua đường tình dục và khả năng lan truyền dịch ra cộng đồng [14]. Nghiên cứu của Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình (2010), kết quả thu được: 97,3% người dân có xem tivi hàng ngày, đọc báo hàng ngày chiếm 48,6% và 50,1% nghe đài hàng ngày, có 97,1% người dân hiểu biết về HIV/AIDS. Đa số người dân có thái độ đúng đối với người nhiễm HIV (87,3%) và có 73,3% người dân có hành vi đúng dùng BCS khi quan hệ tình dục với vợ/chồng bị nhiễm HIV/AIDS [32]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Chung, Trần Thị Bích Hà (2010), cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai có xu hướng tăng nhanh (từ 0,63% năm 1996 lên 1,25% năm 2005) [14]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Huỳnh và cộng sự (2010), cho thấy chương trình can thiệp giúp giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV 8,37% ở nhóm nghiện chích ma túy và 2,25% ở nhóm phụ nữ mãi dâm, giúp thay đổi nhận

thức và cho thấy sự cần thiết tham gia của các cấp chính quyền, ban ngành và cộng đồng trong hoạt động phòng chống HIV/AIDS [27].

1.3.3. Ở thành phố Hồ Chí Minh

Theo nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc (2005), kết quả cho thấy, tuổi trung bình của phụ nữ mang thai nhiễm HIV là $24,27 \pm 4,8$. Nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là 21-30 tuổi (68,5%). Nhóm dưới 20 tuổi là 19,4%. Người nhiễm trẻ nhất là 17 tuổi; (75,9%) phụ nữ nhiễm HIV cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh, trong đó các quận Bình Tân, quận 8, huyện Bình Chánh có tỷ lệ người nhiễm cao, người nhiễm là dân nhập cư (24,1%). Tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm HIV có kiến thức, thái độ, hành vi tốt trong việc phòng lây nhiễm cho cộng đồng là 7,9% [33]. Nghiên cứu của Vũ Thị Nhung (2010), kết quả cho thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV tăng hàng năm, bình quân là 0,81%. Tỷ lệ người con so nhiễm bệnh là 42,98%. Thai phụ sống ở tỉnh khác chiếm 26,4%. Tỷ lệ lây truyền mẹ con là 5,15%. Tỷ lệ này là 3,88% nếu mẹ được uống thuốc sớm trong giai đoạn tiền sản từ tuần 28 của thai kỳ. Nếu mẹ chỉ được uống thuốc khi chuyển dạ thì tỷ lệ sẽ tăng gấp đôi (6,48%). Nếu mẹ không kịp uống thuốc thì tỷ lệ tăng gần gấp ba (10,52%) [35]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tịnh, Nguyễn Thị Thanh Tâm (2010) cho thấy, bà mẹ mang thai tiếp cận thông tin về HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao (90,8%), kênh tivi chiếm tỷ lệ cao nhất 81,6%. Kiến thức đúng về đường lây: lây truyền qua đường tình dục đạt 93%, đường máu đạt 54,4%, đường từ mẹ sang con đạt 66,7%. Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thời kỳ mang thai còn thấp: qua rau thai chiếm 42,1%, qua âm đạo 24,6%, qua sữa mẹ 19,9%. Thái độ đúng của thai phụ về chấp nhận xét nghiệm HIV tự nguyện chiếm 62,3%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV tự nguyện ở thai phụ chiếm tỷ lệ rất thấp 10,1% [41]. Nghiên cứu của Nguyễn Thiện Minh, Phan Thanh Xuân (2013), kết quả nghiên cứu cho thấy có 92% khách hàng hài lòng chung về phòng tư

vấn, 94% khách hàng dự định trở lại khi có nhu cầu, 92% khách hàng sẽ giới thiệu phòng tư vấn với người khác [30]. Nghiên cứu của Trương Trọng Hoàng (2010) cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $29 \pm 5,3$. Tuổi lớn nhất là 39 và tuổi nhỏ nhất là 18, đa số là người Kinh (98%), có trình độ học vấn từ lớp 9 trở lên chiếm 60%, đang sống chung với chồng là 80%. Kiến thức nhận biết HIV tăng lên rõ rệt (TCT là 72,5% và SCT 80,7%). Kiến thức đúng về ba đường lây truyền là TCT và SCT trên 96%. Kiến thức đúng về nhận biết tình trạng nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tăng nhẹ (53% TCT và 55% SCT). Kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng rõ rệt (42% TCT và 72,3% SCT). Kiến thức xét nghiệm HIV trước khi quyết định mang thai tăng từ 93% TCT lên 97% SCT. Kiến thức về phụ nữ mang thai nên khám thai sớm để xét nghiệm HIV tăng từ 95% TCT lên 100% SCT. Kiến thức về phụ nữ mang thai nhiễm HIV có thể uống thuốc dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con tăng lên rõ rệt (90% TCT và 95% SCT). Thái độ đồng tình với việc xét nghiệm phát hiện HIV khi mang thai rất cao (95% TCT và 93% SCT), đồng tình với uống thuốc điều trị dự phòng khi mẹ nhiễm HIV mang thai và không nên cho con bú bằng sữa mẹ đều tăng lần lượt là 84% lên 90% và 69% lên 80%. Thực hành, tỷ lệ khám thai chiếm đa số với 97,5% và tỷ lệ thai phụ làm xét nghiệm HIV là 78%. Đồng thời cho biết các kênh truyền thông hiệu quả nhất là truyền hình (70%), báo chí và nhân viên y tế là 20% [26]. Nghiên cứu của Đoàn Chí Hiền, Trần Thị Ngọc, Nguyễn Lê Tâm và cộng sự (2010), kết quả khách hàng đến tư vấn HIV do thông tin đại chúng chiếm 53,4%, do có nhiều bạn tình là 34,4%, do quan hệ tình dục không an toàn là 16,4%. Khách hàng xét nghiệm là 96,9%, kết quả xét nghiệm HIV (+) là 4,8% [23]. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Phong, Nguyễn Thị Lụa (2010), kết quả thu được, đa số bệnh nhân ở các tỉnh (41,9%), nhóm tuổi từ 15-29 tuổi chiếm đa số (52,8%), tỷ lệ bệnh nhân làm nghề nội trợ chiếm 31,7%.

Trình độ học vấn chủ yếu từ trung học cơ sở trở xuống (77,6%), phần lớn bệnh nhân đang sống chung với chồng (70,3%), 37% bệnh nhân bị lây nhiễm từ chồng, đa số bệnh nhân có từ 1-2 con chiếm tỷ lệ cao (70,3%) và 63% bệnh nhân chưa từng được điều trị [36]. Nghiên cứu của Nguyễn Ban Mai, Huỳnh Thị Thu Thủy, Lê Trường Giang và cộng sự (2010), kết quả cho thấy, chỉ có 71,4% thai phụ biết chế độ chung thủy một vợ một chồng không nhiễm HIV thì phòng tránh được HIV/AIDS, có 91,0% thai phụ biết sử dụng bao cao su bảo đảm chất lượng và đúng cách khi quan hệ tình dục thì phòng tránh được HIV/AIDS. Khi hai vợ chồng đều nhiễm HIV, chỉ có 78,4% thai phụ nghĩ rằng cần tiếp tục sử dụng bao cao su [29]. Nghiên cứu của đồng tác giả (2007) cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 1,05%. Kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 35%. Thái độ đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con 63%. Thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 25% [50]. Theo báo cáo của Ủy ban phòng, chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2010), dịch HIV đã phát triển, tập trung trên nhóm người nghiện chích ma túy, nhóm gái mại dâm và phụ nữ mang thai. Hàng năm thành phố có khoảng 120.000 phụ nữ sanh, dân nhập cư chiếm 30-40%, tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ vào khoảng 0,5% [48]. Nghiên cứu của Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình (2010), tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai ngày càng gia tăng, năm 2007 là 0,25, năm 2008 là 0,5%, năm 2009 là 0,5% [31]. Nghiên cứu của Nguyễn Ban Mai, Huỳnh Thị Thu Thủy, Lê Trường Giang và cộng sự (2010), kết quả tỷ lệ nhiễm HIV của chồng thai phụ là 68,8%, các yếu tố liên quan đến chồng nhiễm HIV là tuổi, sống chung thai phụ hơn 2 năm, có quan hệ tình dục ngoài hôn nhân, sử dụng chất gây nghiện [29].

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Phụ nữ mang thai đang sinh sống tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh. Cán bộ phụ trách chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đang công tác tại trạm y tế và trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu thống kê, báo cáo về hoạt động chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.

Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

- Thai phụ có xét nghiệm HIV, đồng ý cung cấp kết quả xét nghiệm và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Cán bộ phụ trách chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở huyện Bình Chánh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn không đưa vào nghiên cứu

- Thai phụ vắng nhà hai lần hoặc đi khỏi nơi cư trú trên một tháng trong giai đoạn điều tra, thai phụ bị rối loạn tâm thần, cảm xúc hoặc không hợp tác trong quá trình phỏng vấn.
- Cán bộ phụ trách chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con công tác tại trạm y tế và trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh dưới 03 tháng kể từ ngày điều tra.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) và quận Bình Tân (nhóm chứng) thành phố Hồ Chí Minh.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2012, được chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Đánh giá ban đầu nhóm can thiệp (huyện Bình Chánh) và nhóm chứng (quận Bình Tân), mô tả thực trạng và xây dựng các giải pháp can thiệp từ tháng 1/2010 đến tháng 6/2010.
- Giai đoạn 2: Can thiệp cộng đồng từ tháng 7/2010 đến tháng 7/2012.

Điều tra, phân tích, đánh giá hiệu quả can thiệp từ tháng 8/2012 đến tháng 12/2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

– Nghiên cứu được sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng, kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính và hồi cứu số liệu sẵn có ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.

– Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai, đồng thời mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

– Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp trên đối tượng nghiên cứu là phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.

– Nghiên cứu định tính nhằm tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ, những thuận lợi, khó khăn và các đề xuất với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.2.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Được tính theo công thức:

$$n = c \times Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu
- C: hệ số thiết kế; p: tỷ lệ ước lượng của quần thể, trong trường hợp này là tỷ lệ phụ nữ mang thai có kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chọn $p=0,35$ [50]
- d: Độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d=5\%$
- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ở độ tin cậy 95% khi chọn $\alpha=0,05$.

Thay các giá trị vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là $n=350$. Ở huyện Bình Chánh, chọn hệ số thiết kế $C=2$, dự trừ 15% mất mẫu, cỡ mẫu cần thiết là 810 thai phụ. Ở quận Bình Tân (chúng), dự trừ 15% mất mẫu, cỡ mẫu cần thiết là 410 thai phụ.

2.2.2.2. Mô tả phương pháp chọn mẫu

Các thai phụ được chọn mẫu theo phương pháp chọn cụm xác suất tỷ lệ theo kích cỡ dân số (PPS - Probability Proportionate to Size).

- Bước 1: Lập bảng dân số phụ nữ mang thai cộng dồn trên địa bàn nghiên cứu. Chọn 30 cụm để nghiên cứu. Đơn vị chọn cụm là ấp/ khu phố.

Tính khoảng cách mẫu ($K =$ tổng số thai phụ/30 cụm), chọn số ngẫu nhiên A (với $A < K$), tính số thai phụ chọn từ mỗi cụm. Chọn cụm đầu tiên có dân số $\geq A$. Sau đó chọn các cụm tiếp theo với dân số cộng dồn $\geq A + (n-1) \times K$, với n là thứ tự của cụm, tiếp tục chọn cho đủ 30 cụm.

- Bước 2: Từ danh sách quản lý thai phụ ở mỗi cụm (ấp/ khu phố) chọn ngẫu nhiên đơn để chọn ra số thai phụ cần để phỏng vấn cho mỗi cụm. Điều tra viên sẽ được nhân viên y tế hướng dẫn đến từng hộ gia đình để phỏng vấn thai phụ.

- Bước 3: Các thai phụ được chọn theo mẫu, đồng ý tham gia nghiên cứu, có xét nghiệm HIV và đồng ý cung cấp kết quả xét nghiệm được phỏng vấn theo bảng câu hỏi soạn sẵn.

2.2.3. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng

– Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp trên nhóm phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012. Huyện Bình Chánh được chọn làm nơi can thiệp vì phụ nữ mang thai ở đây có tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thấp và có tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ tương đối cao so với tỷ lệ nhiễm chung của thai phụ thành phố Hồ Chí Minh [50]. Hơn nữa, quận Bình Tân được chọn làm nhóm chứng do đây là quận được tách ra từ huyện Bình Chánh cũ trước đây, có nhiều đặc điểm tương đồng với huyện Bình Chánh hiện nay về kinh tế, văn hóa và điều kiện xã hội. Đồng thời, qua kết quả nghiên cứu cắt ngang năm 2010, cho thấy đặc tính mẫu của thai phụ giữa nhóm can thiệp (huyện Bình Chánh) và nhóm chứng (quận Bình Tân), có sự đồng nhất về phần lớn các đặc tính như: nghề nghiệp của thai phụ, tôn giáo, số lần mang

thai, tình trạng có người nhiễm HIV trong gia đình, tình trạng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, với $p > 0,05$ (Bảng 3.16).

2.2.3.1. *Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng, được tính theo công thức:*

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu can thiệp
- p_1 : Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong kết quả đánh giá ban đầu, chọn $p_1 = 39,6\%$ ($p_1 = 0,396$)
- p_2 : Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con sau can thiệp, chúng tôi kỳ vọng $p_2 = 56\%$ ($p_2 = 0,56$).
- Với $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, ở độ tin cậy 95%
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ khi chọn $\alpha = 0,05$. Sử dụng phần mềm Stata 10.0, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu can thiệp là $n = 410$. Trong nghiên cứu các thai phụ được chọn mẫu theo phương pháp chọn cụm xác suất tỷ lệ theo kích cỡ dân số (PPS - Probability Proportionate to Size) và có sử dụng hệ số thiết kế để cỡ mẫu đủ lớn và mang tính đại diện cao.

2.2.3.2. *Đánh giá kết quả can thiệp*

So sánh kết quả trước sau dựa trên phương pháp kinh điển về so sánh hai tỷ lệ, dùng test χ^2 . Tính tỷ lệ % cải thiện sau can thiệp.

$$CSHQ_{(can\ thi\ e\ p)} = \frac{|p_T - p_S|}{p_T} \qquad CSHQ_{(ch\ u\ n\ g)} = \frac{|p_T - p_S|}{p_T}$$

Trong đó:

- CSHQ: là chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp và nhóm chứng.

- P_T : Tỷ lệ % chỉ số nghiên cứu trước can thiệp.
- P_S : Tỷ lệ % chỉ số nghiên cứu sau can thiệp. Hiệu quả thật sự của can thiệp được tính bằng so sánh trước- sau và so sánh với nhóm chứng.

$$\text{Hiệu quả can thiệp (HQCT)} = \text{CSHQ}_{(\text{can thiệp})} - \text{CSHQ}_{(\text{chứng})}.$$

2.2.3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào mức độ cải thiện các chỉ số sau:

- Các chỉ số về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ: Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS. Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức đúng về đường lây truyền HIV. Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức đúng về phát hiện nhiễm HIV. Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức đúng về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS. Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức đúng về điều trị HIV/AIDS. Tỷ lệ % thai phụ có kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Các chỉ số về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ: Tỷ lệ % thai phụ có thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV. Tỷ lệ % thai phụ có thái độ đúng về chấp nhận có thai khi nhiễm HIV. Tỷ lệ % thai phụ có thái độ đúng về chấp nhận giữ thai khi nhiễm HIV. Tỷ lệ % thai phụ có thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Các chỉ số về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con: Tỷ lệ % thai phụ có thực hành đúng về sử dụng dụng cụ cá nhân. Tỷ lệ % thai phụ có thực hành đúng về an toàn trong phẫu thuật. Tỷ lệ % thai phụ có thực hành đúng về xét nghiệm HIV. Tỷ lệ % thai phụ có thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Tỷ lệ (%) nhiễm HIV ở thai phụ trước và sau can thiệp, ở nhóm can thiệp và nhóm chứng.

– Các nhóm chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp về thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành, tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ.

– Các nhóm chỉ số hiệu quả về kết quả hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe: hoạt động huấn luyện đào tạo, phát triển mạng lưới, công tác quản lý thai phụ, công tác tư vấn xét nghiệm HIV, hoạt động truyền thông trên phương tiện thông tin đại chúng, hoạt động mô hình truyền thông, hoạt động cấp phát bướm truyền thông, tờ rơi.

2.2.4. Nghiên cứu định tính

– Nghiên cứu định tính được tiến hành trên 20 người, chọn mẫu theo chủ đích, bao gồm 8 cuộc phỏng vấn sâu và 2 cuộc thảo luận nhóm trọng tâm. Phỏng vấn sâu 8 người bao gồm: 02 cán bộ phụ trách chương trình phòng lây truyền mẹ con tuyến huyện, 02 cán bộ phụ trách chương trình phòng lây truyền mẹ con tuyến xã, 02 phụ nữ mang thai có HIV (+), 02 phụ nữ mang thai có HIV (-). Thảo luận nhóm trọng tâm dành cho phụ nữ mang thai: 06 người. Thảo luận nhóm trọng tâm dành cho cán bộ y tế phụ trách chương trình phòng lây truyền mẹ con ở trạm y tế: 06 người. Các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được thực hiện tại cộng đồng và theo đúng bảng hướng dẫn (Phụ lục 2 và Phụ lục 3).

– Địa điểm tổ chức phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm trọng tâm được chọn tại cộng đồng phù hợp với đối tượng, không làm ảnh hưởng đến thông tin thu thập và được thực hiện ghi chép, ghi âm nội dung đầy đủ [74].

2.2.5. Nghiên cứu phân tích số liệu thứ cấp

Các thông tin được thu thập qua hỏi cứu số liệu từ sổ sách, các báo cáo thống kê và các phiếu thu thập các thông tin về hoạt động can thiệp tại Trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh. Các thông tin thu thập bao gồm, số thai phụ quản lý trên địa bàn, số thai phụ đến khám thai, số thai phụ được tư vấn

về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, số thai phụ được tư vấn xét nghiệm HIV, số thai phụ đồng ý xét nghiệm HIV, số thai phụ nhiễm HIV được phát hiện. Kết quả chương trình truyền thông thay đổi hành vi trên các phương tiện: báo, đài phát thanh, bảng tin của quận/huyện, phường/xã. Kết quả hoạt động đào tạo, huấn luyện các cán bộ y tế, cộng tác viên tham gia chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, hoạt động cấp phát các tài liệu truyền thông, hoạt động mô hình truyền thông nhóm nhỏ.

2.3. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu định lượng phỏng vấn trực tiếp thai phụ

TT	Biến số	Chỉ số
Mục tiêu 1		
1.1	Nhiễm HIV	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm chứng
1.2	Đặc tính của thai phụ	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ nhóm tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp thai phụ, nghề nghiệp của chồng, dân tộc, tôn giáo, thu nhập, trình độ học vấn, số lần mang thai, tình trạng hôn nhân, tình trạng nhiễm HIV trong gia đình, tình trạng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục
1.3	Nguồn thông tin	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ các nguồn thông tin tiếp cận. Tỷ lệ nguồn thông tin dễ hiểu nhất. Tỷ lệ nguồn thông tin dễ tiếp cận nhất
1.4	Kiến thức	Tỷ lệ các nhóm kiến thức ở thai phụ : <ul style="list-style-type: none"> Kiến thức nhận biết HIV/AIDS Kiến thức đường lây truyền HIV Kiến thức phát hiện nhiễm HIV Kiến thức bệnh LTQĐTD và BCS Kiến thức về điều trị HIV/AIDS Kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
1.5	Kiến thức đúng	Kiến thức đúng khi đối tượng trả lời đúng 3 nội dung trong 5 nội dung của kiến thức được định nghĩa tại mục 1.4
1.6	Thái độ	Tỷ lệ các nhóm thái độ của thai phụ :

		<ul style="list-style-type: none"> • Thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV • Thái độ chấp nhận không có thai khi nhiễm HIV • Thái độ chấp nhận giữ thai khi nhiễm HIV • Thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
1.7	Thái độ đúng	Thái độ đúng khi đối tượng trả lời đúng 2 nội dung trong 3 nội dung của thái độ được định nghĩa tại mục 1.6
1.8	Thực hành	Tỷ lệ các nhóm thực hành của thai phụ : <ul style="list-style-type: none"> • Thực hành an toàn trong phẫu thuật • Thực hành xét nghiệm HIV • Thực hành tham gia chương trình PLTMC • Thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
1.9	Thực hành đúng	Thực hành đúng khi đối tượng trả lời đúng 2 nội dung trong 3 nội dung của thực hành được định nghĩa tại mục 1.8
Mục tiêu 2		Hiệu quả can thiệp
2.1	Kết quả hoạt động truyền thông	Hiệu quả về hoạt động truyền thông <ul style="list-style-type: none"> • Số lượng CTV tham gia chương trình • Số lượng CBYT được tập huấn • Số lượng tờ rơi về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được cấp phát • Tỷ lệ thai phụ được quản lý • Tỷ lệ thai phụ được tư vấn • Tỷ lệ thai phụ tham gia xét nghiệm HIV tự nguyện
2.2	Hiệu quả hoạt động can thiệp	Hiệu quả về thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành ở thai phụ
	Nhóm can thiệp	<ul style="list-style-type: none"> • Hiệu quả thay đổi về kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ ở huyện Bình Chánh (Đánh giá trước-sau nhóm can thiệp)
	Nhóm can thiệp và nhóm chứng	<ul style="list-style-type: none"> • Hiệu quả thay đổi về kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân (Đánh giá trước-sau có nhóm chứng)

2.4. Nội dung, hoạt động, mô hình và các bước tiến hành can thiệp cộng đồng

2.4.1. Nội dung can thiệp cộng đồng

– Triển khai chương trình can thiệp cộng đồng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện Bình Chánh. Thực hiện mô hình đánh giá trước-sau can thiệp có nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp sẽ được đánh giá thông qua việc so sánh sự thay đổi về kiến thức, thái độ, thực hành, tỷ lệ nhiễm HIV, độ bao phủ và mức độ tiếp cận với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi, nhằm cung cấp cho thai phụ kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

– Thực hiện truyền thông trực tiếp cho thai phụ qua đội ngũ cán bộ y tế, cộng tác viên, truyền thông gián tiếp qua các bảng tin, báo, đài phát thanh xã, thị trấn. Đồng thời tổ chức các buổi truyền thông cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại các công ty, xí nghiệp, khu công nghiệp.

– Triển khai tập huấn mô hình truyền thông nhóm nhỏ trên địa bàn huyện Bình Chánh, qua đó cung cấp kiến thức và kỹ năng truyền thông nhóm nhỏ cho cán bộ y tế, cộng tác viên, nhân viên sức khỏe cộng đồng tham gia chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

– Triển khai công tác tư vấn về các nội dung hoạt động chương trình can thiệp và tư vấn về xét nghiệm HIV tự nguyện miễn phí trong thai kỳ cho các thai phụ. Nội dung tư vấn bao gồm: các kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, tư vấn về thái độ chấp nhận có thai hoặc giữ thai trong trường hợp bị nhiễm HIV, tư vấn khám thai định kỳ và xét nghiệm HIV trong khi mang thai giúp phát hiện tình trạng nhiễm HIV và có dự phòng sớm cho trẻ sinh ra từ bà mẹ bị nhiễm. Qua công tác tư vấn, giới thiệu và cung cấp các

dịch vụ miễn phí hỗ trợ sẵn có của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại địa phương cho các thai phụ như cung cấp tài liệu truyền thông, các địa điểm xét nghiệm HIV miễn phí, cấp thuốc và điều trị miễn phí cho thai phụ nhiễm HIV, theo dõi và điều trị nhiễm trùng cơ hội, cung cấp các dịch vụ sanh an toàn cho bà mẹ, cung cấp sữa, thức ăn thay thế cho trẻ sinh ra từ bà mẹ bị nhiễm, xét nghiệm miễn phí theo dõi tình trạng nhiễm của trẻ. Phối hợp liên ngành với các ban ngành, đoàn thể, hội phụ nữ, liên đoàn lao động, các cộng tác viên để thực hiện chương trình can thiệp dự phòng lây truyền mẹ con cho các thai phụ và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trên địa bàn huyện.

2.4.2. Hoạt động can thiệp cộng đồng

- Tổ chức hội nghị đồng thuận có sự tham gia của chính quyền, ngành y tế và các ban ngành, đoàn thể quận, huyện để thống nhất nội dung và chương trình can thiệp về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tổ chức triển khai truyền thông giáo dục sức khỏe cho thai phụ trên địa bàn huyện Bình Chánh.

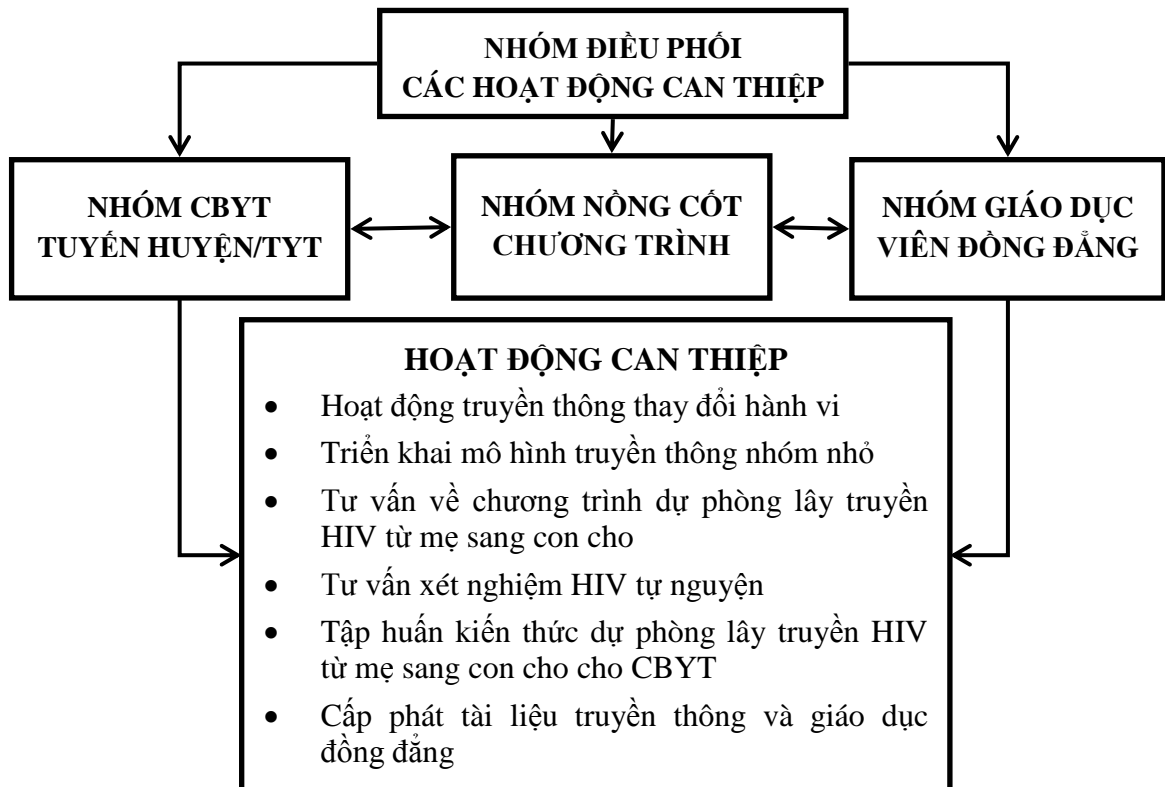
- Thành lập các nhóm cán bộ y tế nông cốt, xây dựng các nhóm giáo dục đồng đẳng có nhiệm vụ tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho các thai phụ. Tổ chức tập huấn kiến thức và kỹ năng thực hiện mô hình truyền thông nhóm nhỏ cho cán bộ y tế, cộng tác viên chương trình, nhân viên y tế thôn ấp và nhân viên sức khỏe cộng đồng về chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

- Cung cấp tài liệu truyền thông cho thai phụ, bao gồm các tờ rơi, bướm truyền thông, BCS thông qua mạng lưới của chương trình. Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp.

– Đánh giá sau can thiệp ở quận Bình Tân (nhóm chứng) được thực hiện cùng với thời gian can thiệp ở Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) với cùng bảng câu hỏi phỏng vấn như điều tra đánh giá ban đầu.

2.4.3. Mô hình can thiệp về truyền thông nhóm nhỏ

2.4.3.1. Sơ đồ khung can thiệp mô hình hoạt động truyền thông nhóm nhỏ



Sơ đồ 2.3. Sơ đồ khung can thiệp mô hình hoạt động truyền thông nhóm nhỏ

Khung can thiệp mô hình hoạt động truyền thông nhóm nhỏ dựa trên các nội dung hoạt động của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và tập trung chủ yếu vào hoạt động của bốn nhóm: Nhóm điều phối các hoạt động can thiệp, nhóm cán bộ y tế phụ trách chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tuyến huyện và trạm y tế, nhóm nông cốt, nhóm giáo dục viên đồng đẳng.

2.4.3.2. Nguyên tắc xây dựng và triển khai khung can thiệp

Khung can thiệp không thành lập các hoạt động riêng rẽ với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đang được triển khai trên địa bàn nghiên cứu trong hệ thống y tế mà được xây dựng phối hợp trên cơ sở gắn kết với mạng lưới sẵn có, do vậy không đòi hỏi kinh phí nhiều, dễ dàng đạt được sự đồng thuận cao của lãnh đạo địa phương và các cán bộ tham gia chương trình. Hơn nữa, kinh phí chương trình can thiệp chủ yếu tập trung cho công tác tập huấn và tăng cường năng lực cho cán bộ y tế và cộng tác viên và vẫn tiếp tục duy trì hoạt động khi nghiên cứu kết thúc, do vậy chương trình mang tính bền vững cao.

Khung can thiệp được triển khai tại trung tâm y tế dự phòng và các trạm y tế thuộc địa bàn huyện Bình Chánh. Các hoạt động can thiệp do khoa sức khỏe sinh sản của trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh phụ trách, nơi đây cung cấp các dịch vụ toàn diện cho phụ nữ mang thai, bao gồm công tác tư vấn xét nghiệm HIV, cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho thai phụ, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thai phụ nhiễm HIV, tham gia tập huấn cho cộng tác viên, xây dựng mạng lưới, đồng thời theo dõi, giám sát và đánh giá chương trình can thiệp về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện. Trạm y tế quản lý hồ sơ, tiếp xúc trực tiếp với thai phụ và thực hiện chương trình can thiệp, các dịch vụ hỗ trợ, tư vấn xét nghiệm HIV, tư vấn chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và xét nghiệm HIV.

2.4.4. Các bước tiến hành can thiệp cộng đồng

– Tổ chức hội nghị đồng thuận để triển khai kế hoạch nghiên cứu với sự tham gia của lãnh đạo chính quyền, ngành y tế, các đoàn thể của quận/ huyện, phường/ xã tại địa bàn nghiên cứu là huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) và quận Bình Tân (nhóm chứng) thành phố Hồ Chí Minh.

– Tiến hành nghiên cứu đánh giá ban đầu về thực trạng hoạt động chương trình phòng lây truyền mẹ con, thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, xây dựng kế hoạch can thiệp. Triển khai chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai cho tất cả cán bộ lãnh đạo, quản lý, nhân viên y tế, cộng tác viên tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện Bình Chánh.

– Tổ chức các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên các phương tiện truyền thông đại chúng đài phát thanh, bảng tin. Tập huấn mô hình hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe nhóm nhỏ cho cán bộ quản lý, nhân viên y tế, cộng tác viên tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện Bình Chánh. Cấp phát tài liệu truyền thông về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thai phụ, gia đình và cộng đồng.

– Đánh giá hiệu quả can thiệp, sử dụng mô hình đánh giá trước- sau can thiệp có nhóm chứng, với huyện Bình Chánh và quận Bình Tân

– Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ, thực hành ở thai phụ và mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin cho nghiên cứu định lượng được thu thập qua bảng câu hỏi phỏng vấn soạn sẵn, phỏng vấn trực tiếp thai phụ tại hộ gia đình, đa số là câu hỏi đóng, một số có những câu hỏi mở (phụ lục 1).

Bảng câu hỏi phỏng vấn thai phụ có cấu trúc và nội dung giống nhau cho đánh giá ban đầu và đánh giá kết thúc, ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng. Hội cứu có chọn lọc các số liệu sẵn có phù hợp với nghiên cứu, bao gồm biểu mẫu báo cáo kết quả giám sát định kỳ, giám sát trọng điểm, báo cáo tổng kết hoạt động chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.6. Đối tượng, kỹ thuật xét nghiệm và tiêu chí chẩn đoán HIV

– Phụ nữ mang thai trong danh sách quản lý thuộc địa bàn nghiên cứu, sau khi được tư vấn xét nghiệm HIV nếu đồng ý đều được xét nghiệm HIV miễn phí theo hoạt động của chương trình.

– Nhân viên trạm y tế chịu trách nhiệm tư vấn cho phụ nữ mang thai trước và sau xét nghiệm HIV, phụ trách lấy mẫu máu chuyển về trung tâm y tế dự phòng quận, huyện.

– Các khoa xét nghiệm chịu trách nhiệm về mặt kỹ thuật xét nghiệm, chuyên môn và kết quả xét nghiệm. Kết quả xét nghiệm HIV của thai phụ được tiến hành dựa trên xét nghiệm test nhanh một lần duy nhất để khẳng định đối với trường hợp HIV(-).

– Các trường hợp chẩn đoán HIV (+), được khẳng định với ba lần xét nghiệm bằng ba loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng thể khác nhau. Mẫu huyết thanh của thai phụ được chẩn đoán là dương tính đều được lưu mẫu gửi đến Trung tâm y tế dự phòng thành phố Hồ Chí Minh để tiến hành xét nghiệm khẳng định lại kết quả trước khi công bố HIV(+).

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Hiệu chỉnh và xử lý dữ liệu thô thu thập từ các bảng phỏng vấn. Kiểm tra sự hoàn chỉnh, tính chính xác và tính phù hợp của từng bảng câu hỏi. Mã hoá dữ kiện. Các số liệu trong nghiên cứu định lượng được nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 10.0.

Các dữ liệu trong nghiên cứu định tính được giải băng, ghi chép, mã hoá thông tin và phân tích trích dẫn theo chủ đề.

Thống kê mô tả các số lượng và tỷ lệ % của những biến số trong nghiên cứu định lượng. Đánh giá vai trò yếu tố nguy cơ, sử dụng kiểm định tỉ số số chênh OR, và 95% CI của OR. Sử dụng các thuật toán trong thống kê sinh học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Sử dụng kiểm định chi bình phương (test χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ. Sử dụng kiểm định chính xác Fisher để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ trong trường hợp có từ 20% số ô tần số có vọng trị < 5. Sử dụng kiểm định t (t-test) để so sánh sự khác biệt giá trị trung bình giữa 2 nhóm.

Sử dụng hồi qui logistic trong phân tích đa biến xét mối liên quan giữa các yếu tố với kiến thức, thái độ, thực hành.

2.8. Công cụ nghiên cứu

- Bảng thu thập các số liệu hồi cứu về hoạt động chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Bảng câu hỏi phỏng vấn thai phụ (phụ lục 1).
- Đặc điểm thai phụ bao gồm: nhóm tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp thai phụ, nghề nghiệp chồng thai phụ, dân tộc, tôn giáo, thu nhập, trình độ học vấn, số lần mang thai, tình trạng hôn nhân, tình trạng nhiễm HIV trong gia đình, tình trạng mắc bệnh LTQĐTD.
- Kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm: kiến thức về nhận biết HIV/AIDS, kiến thức về đường lây truyền HIV, kiến thức phát hiện nhiễm HIV, kiến thức về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS, kiến thức về điều trị.

– Thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm: thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV, thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm, thái độ chấp nhận giữ thai khi nhiễm.

– Thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm: thực hành sử dụng dụng cụ cá nhân, thực hành an toàn trong phẫu thuật, thực hành xét nghiệm HIV, thực hành tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Lý do thai phụ đồng ý và không đồng ý xét nghiệm HIV. Các nguồn thông tin về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thai phụ tiếp cận, nguồn thông tin dễ tiếp cận nhất, nguồn thông tin dễ hiểu nhất.

– Bảng câu hỏi phỏng vấn sâu thai phụ và cán bộ y tế (Phụ lục 2).

– Bảng thảo luận nhóm trọng tâm phụ nữ mang thai và cán bộ y tế (Phụ lục 3).

– Bảng câu hỏi phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm trọng tâm dành cho phụ nữ mang thai, cán bộ y tế phụ trách chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nội dung bao gồm các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ, những thuận lợi, khó khăn và các đề xuất với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.9. Phương pháp không chế sai số

- Bảng câu hỏi phỏng vấn được thiết kế rõ ràng, cấu trúc hợp lý, sử dụng từ ngữ dễ hiểu, không ẩn ý tránh sự hiểu lầm. Các giám sát viên, điều tra viên được tập huấn, hướng dẫn đầy đủ về cách phỏng vấn bằng câu hỏi, cách phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm để có sự thống nhất trong ghi chép các dữ liệu thu thập. Người thu thập dữ liệu có kinh nghiệm trong nghiên cứu xã hội học

nhiệt tình, trung thực có khả năng giao tiếp tốt, tạo sự tin tưởng và hợp tác của thai phụ.

- Bộ câu hỏi được tiến hành điều tra thử để hiệu chỉnh, bổ sung và hoàn thiện lại trước khi tiến hành điều tra chính thức. Công tác giám sát hoạt động điều tra được triển khai trong suốt quá trình thực hiện, đảm bảo quy trình, kỹ thuật và tiêu chí chọn mẫu. Các phiếu phỏng vấn được kiểm tra và làm sạch ngay tại cộng đồng trước khi đưa về nhập liệu.

- Nghiên cứu được sử dụng thiết kế can thiệp cộng đồng có nhóm chứng. Ở thiết kế này các sai số được không chế: Sai số tác động ngoại; Sai số trưởng thành; Sai số thử nghiệm; Sai số do công cụ; Sai số do lựa chọn được kiểm soát.

2.10. Tổ chức thực hiện và lực lượng tham gia

- Tổ chức thực hiện: xây dựng và trao đổi ý kiến với các chuyên gia về kế hoạch thực hiện và các công cụ thu thập dữ liệu cho nghiên cứu. Tuyển chọn cán bộ, giám sát viên, điều tra viên có đủ tiêu chuẩn và nhiệt tình tham gia nghiên cứu. Triển khai đề tài nghiên cứu và chương trình can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.

- Trong quá trình thực hiện đề tài, nghiên cứu sinh được sự giúp đỡ và hỗ trợ về chuyên môn của các chuyên gia đang công tác tại Cục phòng chống HIV/AIDS; Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công Cộng trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; Hội phòng chống HIV/AIDS Việt Nam; Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh; Trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh; Trung tâm y tế Dự phòng quận Bình Tân, cán bộ phụ trách chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các cộng tác viên chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con huyện Bình Chánh, quận Bình Tân.

– Lực lượng tham gia: Điều tra viên là các sinh viên y tế công cộng năm thứ 4 được tập huấn về nội dung và yêu cầu của cuộc điều tra, các kỹ năng tiếp cận, kỹ năng phỏng vấn để bảo đảm độ chính xác cao. Cán bộ tham gia phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm là cán bộ y tế có kinh nghiệm về nghiên cứu, có kinh nghiệm phỏng vấn bộ câu hỏi bán cấu trúc, cam kết tôn trọng người được phỏng vấn. Giám sát viên là chủ nhiệm đề tài giám sát điều phối kế hoạch nghiên cứu can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp. Xây dựng đội cán bộ nòng cốt, gồm 05 người là cán bộ tuyến huyện và tuyến xã phụ trách chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có trình độ và năng lực chuyên môn cao được huấn luyện và đào tạo chuyên nghiệp, có sự hỗ trợ của trung tâm truyền thông giáo dục thành phố Hồ Chí Minh, được tập huấn về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe, đặc biệt là phương pháp truyền thông nhóm nhỏ về các nội dung phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chịu trách nhiệm hỗ trợ, tập huấn lại cho các đơn vị trực thuộc.

– Tổ chức giao ban hàng quý với mạng lưới của chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua họp giao ban định kỳ của trung tâm y tế dự phòng huyện. Xây dựng lực lượng cộng tác viên tại các xã, thị trấn, mỗi nhóm từ 3-4 thai phụ. Tiêu chuẩn lựa chọn là các thai phụ có trình độ, thành viên của các đoàn hội, tích cực tham gia các hoạt động, đồng thời có kỹ năng tuyên truyền và thu hút các đối tượng, có nhiệm vụ tổ chức sinh hoạt nhóm định kỳ hàng tháng, báo cáo cho cán bộ phụ trách chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tuyến xã, cấp phát tài liệu tờ rơi, tờ bướm về dự phòng lây truyền mẹ con cho thai phụ trên địa bàn. Quyền lợi của các cộng tác viên đồng đẳng viên được hưởng phụ cấp theo chế độ của chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, được cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí, và nhận thêm nguồn phụ cấp của chương trình can thiệp.

2.11. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự chấp thuận bằng văn bản chính thức của Ban giám hiệu Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và được sự đồng ý của lãnh đạo Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh, Trung tâm y tế dự phòng Quận Bình Tân.

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ về trang thông tin về nội dung nghiên cứu và các vấn đề liên quan, sự tham gia của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, đối tượng được ký tên xác nhận vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia ở bất kỳ giai đoạn nào của nghiên cứu, mọi thông tin cung cấp trước đó sẽ được hủy bỏ.

- Các thông tin và danh tính cá nhân của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được bảo mật và chỉ được phục vụ cho nghiên cứu không dành cho mục đích gì khác. Băng ghi âm và ghi chép các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được bảo mật và hủy một cách an toàn cho đối tượng. Kết quả nghiên cứu và kiến nghị sẽ được đề xuất với cơ quan chức năng, góp phần trong việc lập kế hoạch dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai tại địa phương. Thù lao cho các đối tượng tham gia nghiên cứu và cán bộ tham gia được chi phù hợp theo kế hoạch đề cương nghiên cứu được duyệt.

2.12. Hạn chế và điểm mạnh của đề tài

Hạn chế của đề tài là trong nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại hộ gia đình nên có thể gặp phải các sai số trong quá trình phỏng vấn: sai số nhớ lại, sai số thu thập thông tin, sai số quan sát khi tiếp cận đối tượng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu đã có triển khai các biện pháp khắc phục, bằng cách tập huấn cho cán bộ và các điều tra viên tham gia nghiên cứu, cách phỏng vấn, cách tiếp cận đối tượng, kết hợp quan sát trong khi phỏng vấn.

Đề tài nghiên cứu chỉ mới đề cập đến các yếu tố về đặc điểm của thai phụ và các nguồn thông tin thu nhận của thai phụ, các hoạt động của chương trình can thiệp, một số kiến thức, thái độ, quan điểm, nhận thức của nhân viên y tế liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ, chưa đề cập đến các yếu tố khác như kiến thức, kỹ năng truyền thông của cán bộ y tế và cộng tác viên, chất lượng của các tài liệu truyền thông, các yếu tố này cũng đóng vai trò quan trọng mang lại hiệu quả của can thiệp. Hơn nữa, đặc thù của đối tượng nghiên cứu là thai phụ có tính biến động cao và dân số trong nghiên cứu đa phần là dân nhập cư từ nơi khác đến, các yếu tố này có ảnh hưởng đến việc đánh giá.

Các đặc tính của thai phụ trong nghiên cứu ở nhóm can thiệp và nhóm chứng mặc dù có nhiều điểm đồng nhất như về: nghề nghiệp của thai phụ, tôn giáo, số lần mang thai, tình trạng có người nhiễm HIV trong gia đình, tình trạng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, với $p > 0,05$. Bên cạnh đó vẫn còn một số đặc điểm khác chưa đồng nhất (có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$) như: nhóm tuổi, nơi cư trú, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân. Điều này cũng phần nào làm hạn chế kết quả nghiên cứu.

- Điểm mạnh của đề tài nghiên cứu là nghiên cứu được thực hiện đúng phương pháp khoa học, áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học với hai thiết kế tiếp nhau, thiết kế cắt ngang có phân tích và thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính với hồi cứu số liệu, mô hình nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng là mô hình đánh giá mang tính khoa học, có giá trị cao, kết quả đạt được thật sự là bằng chứng có sức thuyết phục nhất đối với các nhà khoa học và các nhà quản lý. Ở thiết kế này các sai số được khống chế: Sai số tác động ngoại lai được kiểm soát vì các tác động ngoại lai ảnh hưởng đến nhóm can thiệp thì cũng ảnh hưởng nhóm chứng; Sai số trưởng thành cũng được

loại bỏ do các đối tượng được chọn ngẫu nhiên, dẫn đến những vấn đề nảy sinh thuộc về đối tượng là tương đồng với nhau thuộc cả hai nhóm; Sai số thử nghiệm cũng được kiểm soát vì cả hai nhóm cùng nhận một thử nghiệm. Sai số do công cụ đo lường được kiểm soát nếu công cụ, quy trình đánh giá trước và sau là giống nhau; Sai số do lựa chọn được kiểm soát thông qua việc chọn ngẫu nhiên, các đối tượng có nhiều nét tương đồng với nhau ở cả hai nhóm trước khi chương trình triển khai

Kết quả nghiên cứu thu được cho thấy tính giá trị, tính mới và tính ứng dụng của đề tài rất cao, nhất là chứng minh được hiệu quả của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe, xác định được tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ trên địa bàn nghiên cứu, tìm ra mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các đặc tính ở phụ nữ mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh, đồng thời xác định được các chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp do chương trình can thiệp mang lại, đây cũng là cơ sở và là bằng chứng khoa học giúp cho các nhà quản lý vận dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để nâng cao hiệu quả hoạt động của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

3.1.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc tính mẫu nghiên cứu (n=1.213)

Đặc tính của thai phụ (n=1.213)		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 24	24	2,0
	25-34	882	72,7
	≥ 35	307	25,3
Nơi cư trú	Thường trú	722	59,5
	Nhập cư	491	40,5
Nghề nghiệp	LR, BB	645	53,2
	CN,CNV	568	46,8
Nghề nghiệp của chồng	LR	219	18,1
	Tài xế	82	6,7
	Công nhân	912	75,2
Dân tộc	Kinh	1.122	92,5
	Hoa	37	3,1
	Khơ me	45	3,7
	Khác	9	0,7
Tôn giáo	Có	530	43,7
	Không	683	56,3
Tình trạng kinh tế	Nghèo	713	58,8
	Không nghèo	500	41,2
Trình độ học vấn	≤ TH	348	28,7
	THCS	630	51,9
	≥ THPT	235	19,4
Số lần mang thai	≤ 1 lần	611	50,4
	≥ 2 lần	602	49,6
Tình trạng hôn nhân	Sống chung	1.176	97,0
	Ly thân	37	3,0
Người nhiễm HIV trong gia đình	Có	32	2,6
	Không	1.181	97,4
Bệnh lây truyền qua đường tình dục	Có	42	3,5
	Không	1.171	96,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phụ nữ mang thai ở nhóm tuổi từ 25–34 chiếm tỷ lệ cao nhất (72,7%), tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 25,3% và chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi ≤ 24 tuổi (2%).

Thai phụ thường trú tại địa phương chiếm tỷ lệ 59,5%, thai phụ nhập cư chiếm tỷ lệ khá cao (40,5%). Đa số phụ nữ mang thai có nghề làm ruộng, buôn bán chiếm tỷ lệ 53,2%, thai phụ là công nhân và công nhân viên chiếm tỷ lệ thấp hơn (46,8%).

Nghề nghiệp của chồng phần lớn làm nghề công nhân (75,2%), làm ruộng chiếm 18,1% và nghề tài xế có tỷ lệ thấp nhất (6,7%). Hầu hết phụ nữ mang thai là người Kinh (92,5%), người dân tộc Hoa, Khơ me, khác chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 3,1%, 3,7% và 0,7%. Phụ nữ mang thai không có tôn giáo chiếm tỷ lệ cao (56,3%), thai phụ có tôn giáo chiếm tỷ lệ thấp hơn (43,7%). Về tình trạng kinh tế, phụ nữ mang thai nghèo, có thu nhập ≤ 1 triệu đồng/người/tháng chiếm tỷ lệ cao hơn thai phụ có thu nhập > 1 triệu đồng/người/tháng lần lượt là 58,8% và 41,2%.

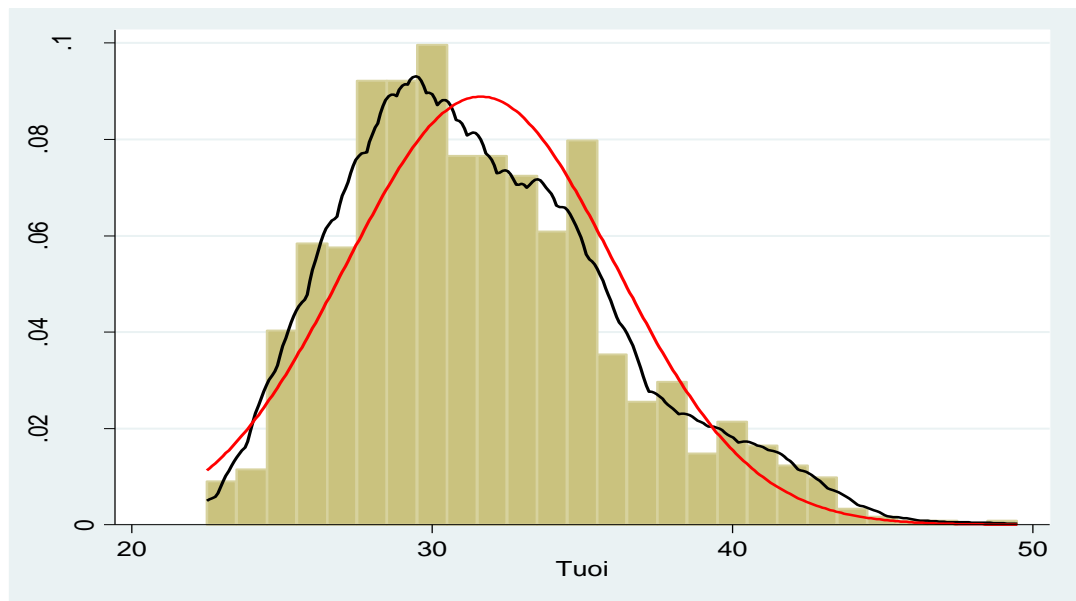
Phần lớn phụ nữ mang thai có trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ 51,5%, thai phụ có trình độ \leq tiểu học chiếm tỷ lệ 28,7% và chiếm tỷ lệ thấp nhất là thai phụ có trình độ \geq trung học phổ thông 19,4%. Phụ nữ mang thai mang thai lần đầu và mang thai từ lần thứ hai trở lên chiếm tỷ lệ gần bằng nhau, lần lượt là 50,4% và 49,6%.

Hầu hết đang chung sống với chồng (97%), có tỷ lệ thấp phụ nữ mang thai sống ly thân, ly dị với chồng (3%). Phần lớn trong gia đình không có người nhiễm HIV (97,4%), có người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ thấp (2,6%). Đa số phụ nữ mang thai không có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (96,5%) (Bảng 3.2).

Bảng 3.3. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n = 1.213)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng 25%	Trung vị	Khoảng 75%	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất
Tuổi	31,61	4,48	22	25	29	49	23

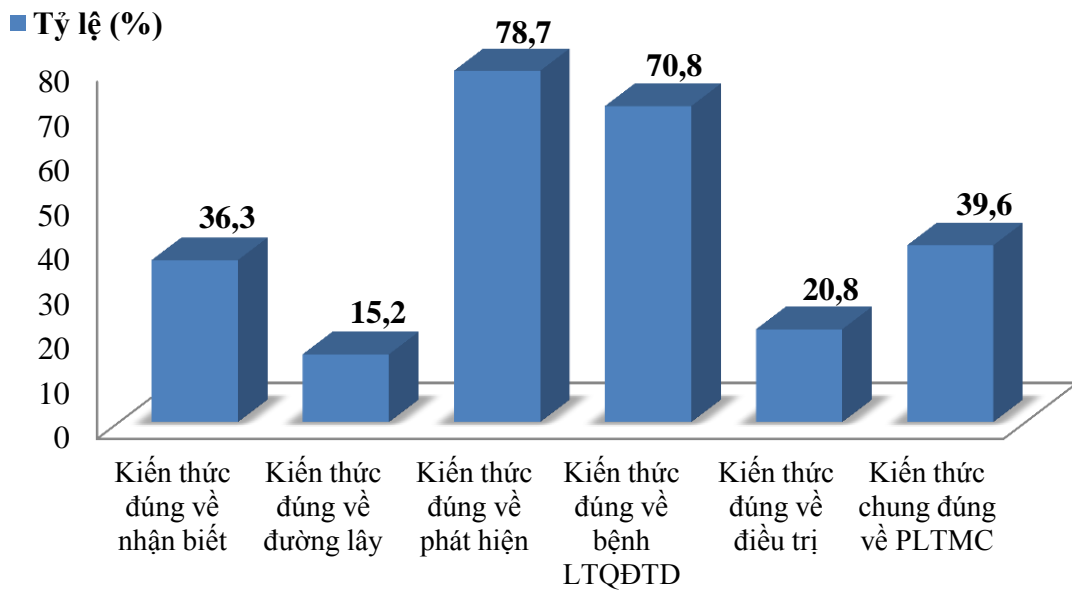
Bảng 3.3 cho thấy phụ nữ mang thai trong nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, tuổi thấp nhất là 23 tuổi, tuổi cao nhất là 49 tuổi. Độ tuổi trung bình của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu là 31,61 tuổi \pm 4,48 tuổi. (Bảng 3.3)



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của thai phụ trong nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n = 1.213)

Theo biểu đồ 3.1 cho thấy, tuổi của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu có phân phối gần với phân phối bình thường

3.1.2. Kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

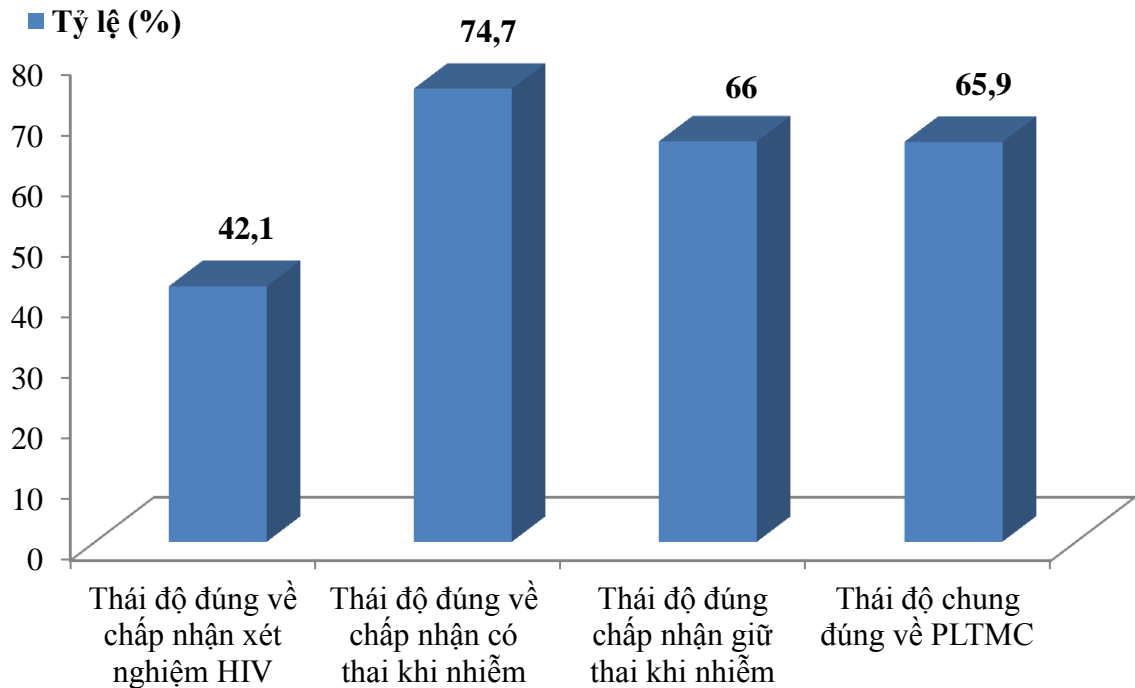


Biểu đồ 3.2. Kiến thức đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phụ nữ mang thai có kiến thức đúng về phát hiện nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất (78,7%), kế đến là kiến thức đúng về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS chiếm tỷ lệ 70,8%, kiến thức đúng về nhận biết bệnh HIV/AIDS là 36,3%, kiến thức đúng về đường lây truyền HIV và kiến thức đúng về điều trị HIV chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 20,8% và 15,2%. Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 39,6% (biểu đồ 3.2).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, thai phụ có hiểu biết và họ sẵn sàng tích cực trao đổi khi được hỏi về các đường lây truyền HIV ở thai phụ “...bệnh AIDS nguyên nhân lây bệnh là do vi rút HIV, lây qua 3 con đường, đường máu, ... quan hệ tình dục không an toàn, ... lây bệnh cho mẹ và con, ... nếu mẹ bị nhiễm thì lây truyền cho con lúc mang thai, khi đẻ và lúc cho con bú do sữa mẹ có vi rút HIV lây cho con ...” (TLN_PNMT).

3.1.3. Thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010



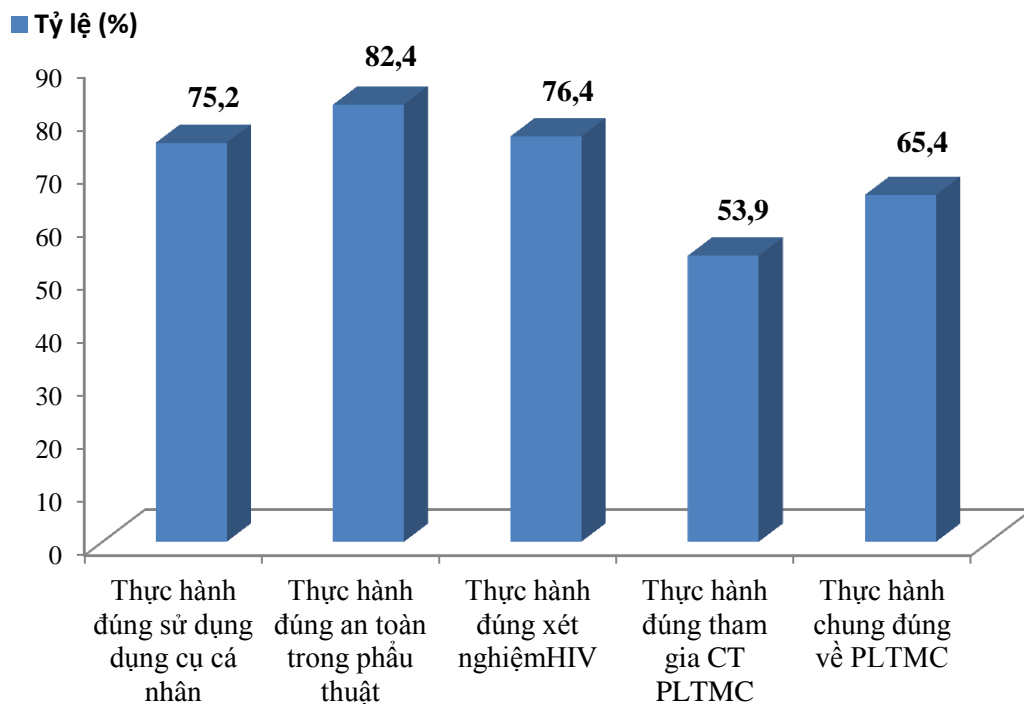
Biểu đồ 3.3. Thái độ đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phụ nữ mang thai trong mẫu nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 có thái độ đúng về chấp nhận có thai khi nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất (74,7%), kế tiếp là thái độ đúng về chấp nhận giữ thai để sinh con khi nhiễm HIV là 66% và thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV khi mang thai chiếm tỷ lệ thấp nhất (42,1%). Thai phụ có thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 65,9% (biểu đồ 3.3).

Qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, thai phụ chấp nhận không cho con bú khi bị nhiễm HIV để phòng tránh lây bệnh cho con “... không nên cho

con bú mẹ khi bị nhiễm HIV, vì khi trẻ bú có thể làm nứt vú, chảy máu, lây cho con...” (TLN_PNMT).

3.1.4. Thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010



Biểu đồ 3.4. Thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

3.1.5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

3.1.5.1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Đặc tính thai phụ	Kiến thức chung				OR; 95%CI
	Đúng		Sai		
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Nhóm tuổi					
≤ 24	15	62,5	9	37,5	1
25-34	335	38,0	547	62,0	0,4(0,2-0,8)*
≥ 35	130	42,4	177	57,7	0,4(0,2-1,0)
Nơi cư trú					
Thường trú	303	42,0	419	58,0	1
Nhập cư	177	36,0	314	64,0	0,8(0,6-0,9)*
Nghề nghiệp của thai phụ					
LR, BB	270	41,9	375	58,1	1
CN, CNV	210	37,0	358	63,0	0,8(0,6-1,0)
Nghề nghiệp của chồng					
Làm ruộng	78	35,6	141	64,4	1
Tài xế	32	39,0	50	61,0	1,2(0,7-1,9)
Công nhân	370	40,6	542	59,4	1,2(0,4-0,7)***
Dân tộc					
Kinh	464	41,3	658	58,7	1
Hoa	5	13,5	32	86,5	0,2(0,08-0,5)***
Khơ me	9	20,0	36	80,0	0,4(0,2-0,7)**
Khác	2	22,2	7	77,8	0,4(0,1-1,9)
Tôn giáo					
Không	269	39,4	414	60,6	1
Có	211	39,8	319	60,2	1,0(0,8-1,3)
Tình trạng kinh tế					
Nghèo	545	76,4	168	23,6	1
Không nghèo	254	50,8	246	49,2	0,3(0,2-0,4)***
Trình độ học vấn					
≤ TH	110	31,6	238	68,4	1
THCS	257	40,8	373	59,2	1,4(1,1-1,9)**
≥ THPT	113	48,1	122	51,9	2,0(0,4-0,6)***
Số lần mang thai					
1 lần	246	40,3	365	59,7	

	≥ 2 lần	234	38,9	368	61,1	0,9(0,7-1,2)
Tình trạng hôn nhân						
	Ly thân	2	5,4	35	94,6	1
	Sống chung	478	40,6	698	59,4	11,9(3,1-103,2) £
Người nhiễm HIV trong gia đình						
	Không	467	40,0	714	60,0	1
	Có	13	40,6	19	59,4	1,0(0,5-2,3)
Bệnh lây truyền qua đường tình dục						
	Không	460	39,3	711	60,7	1
	Có	20	47,6	22	52,4	1,4(0,7-2,7)

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$. £: $< 0,05$.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc tính của phụ nữ mang thai như: nhóm tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp của chồng, dân tộc, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân của thai phụ, với $p < 0,05$.

Theo đó, thai phụ ở nhóm tuổi 25-34 có kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thấp hơn thai phụ trẻ ở nhóm tuổi ≤ 24 . Thai phụ là người nhập cư từ nơi khác đến có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con kém hơn thai phụ thường trú tại địa phương. Thai phụ có chồng làm nghề công nhân có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn thai phụ có chồng làm nghề ruộng. Thai phụ là người dân tộc ít người: Hoa, Khơ me, khác thì có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con kém hơn thai phụ là người dân tộc Kinh. Thai phụ có trình độ học vấn là trung học cơ sở và trung học phổ thông trở lên có kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn thai phụ có học vấn từ bậc tiểu học trở xuống. Thai phụ sống chung với chồng có kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn thai phụ sống ly thân với chồng.

Các đặc tính khác ở thai phụ, mỗi liên quan với kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ (Bảng 3.4).

3.1.5.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

Bảng 3.5. Các yếu tố liên quan đến thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Đặc tính thai phụ	Thái độ chung				OR; 95%CI
	Đúng		Sai		
	Số lượng	TL (%)	Số lượng	TL (%)	
Nhóm tuổi					
≤ 24	19	79,2	5	20,8	1
25-34	563	63,8	319	36,2	0,5(0,2-1,3)
≥ 35	217	70,7	90	29,3	0,6(0,2-1,8)
Nơi cư trú					
Thường trú	508	70,3	214	29,7	1
Nhập cư	291	59,3	200	40,7	0,6(0,5-0,8)***
Nghề nghiệp của thai phụ					
LR, BB	444	68,8	201	31,2	1
CN, CNV	355	62,5	213	37,5	0,8(0,6-0,9)*
Nghề nghiệp của chồng					
Làm ruộng	123	56,2	96	43,8	1
Tài xế	57	69,5	25	30,5	1,8(1,1-3,1)*
Công nhân	619	67,9	293	32,1	1,6(1,2-2,2)**
Dân tộc					
Kinh	766	68,3	356	31,7	1
Hoa	16	43,2	21	56,8	0,34(0,2-0,7) [‡]
Khơ me	15	33,3	30	66,7	0,2(0,1-0,4) [‡]
Khác	2	22,2	7	77,8	0,1(0,02-0,6) [‡]
Tôn giáo					
Không	435	63,7	248	36,3	1
Có	364	68,7	166	31,3	1,2(0,9-1,6)

Tình trạng kinh tế						
	Nghèo	545	76,4	168	23,6	1
	Không nghèo	254	50,8	246	49,2	0,3(0,2-0,4)***
Trình độ học vấn						
	≤ TH	224	64,4	124	35,6	1
	THCS	423	67,1	207	32,9	1,1(0,9-1,5)
	≥ THPT	152	64,7	83	35,3	1,8(1,5-2,2)
Số lần mang thai						
	1 lần	402	65,8	209	34,2	1
	≥ 2 lần	397	66,0	205	34,0	1(0,8-1,2)
Tình trạng hôn nhân						
	Ly thân	17	46,0	20	54,0	1
	Sống chung	782	66,5	394	33,5	2,3(1,1-4,8)**
Người nhiễm HIV trong gia đình						
	Không	779	66,0	402	34,0	1
	Có	20	62,5	12	37,5	0,9(0,4-1,9)
Bệnh lây truyền qua đường tình dục						
	Không	773	66,0	398	34	1
	Có	26	61,9	16	38,1	0,8(0,4-1,7)

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$; £: $< 0,05$

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai có liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc tính về nơi cư trú, nghề nghiệp của thai phụ, nghề nghiệp của chồng, dân tộc, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân, với $p < 0,05$.

Theo đó, thai phụ là người nhập cư từ nơi khác đến có thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thấp hơn thai phụ thường trú tại địa phương. Thai phụ là công nhân, công nhân viên có thái độ thấp hơn thai phụ làm nghề làm ruộng, buôn bán. Thai phụ có chồng làm nghề công nhân, tài xế có thái độ tốt hơn thai phụ có chồng nghề làm ruộng. Thai phụ là người dân tộc Hoa, Khơ me, khác có thái độ kém hơn thai phụ là người Kinh. Thai phụ không nghèo có thái độ kém hơn thai phụ nghèo. Thai phụ đang chung sống với chồng có thái độ tốt hơn thai phụ sống ly thân với chồng.

Các đặc tính khác của thai phụ, mỗi liên quan với thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ (bảng 3.5).

3.1.5.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

Bảng 3.6. Các yếu tố liên quan đến thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Đặc tính thai phụ	Thực hành chung				OR; 95%CI
	Đúng		Sai		
	Số lượng	TL (%)	Số lượng	TL (%)	
Nhóm tuổi					
≤ 24	14	58,3	10	41,7	1
25-34	571	64,7	311	35,3	1,3(0,5-2,9)
≥ 35	208	67,8	99	32,2	1,5(0,6-3,4)
Nơi cư trú					
Thường trú	510	70,6	212	29,4	1
Nhập cư	283	57,6	208	42,4	0,57(0,4-0,7)**
Nghề nghiệp của thai phụ					
LR, BB	434	67,3	211	32,7	1
CN, CNV	359	63,2	209	36,8	0,8(0,6-1,1)
Nghề nghiệp của chồng					
Làm ruộng	153	69,9	66	30,1	1
Tài xế	49	59,8	33	40,2	0,6(0,4-1,0)
Công nhân	591	64,8	321	35,2	0,7(0,6-1,0)
Dân tộc					
Kinh	731	65,2	391	34,9	1
Hoa	24	64,9	13	35,1	0,9(0,4-1,9)
Khơ me	31	68,9	14	31,1	1,2(0,6-2,3)
Khác	7	77,8	2	22,2	1,8(0,4-9,1)

Tôn giáo						
	Không	433	63,4	250	36,6	1
	Có	360	67,9	170	32,1	1,2(0,9-1,6)
Tình trạng kinh tế						
	Nghèo	473	66,3	240	33,7	1
	Không nghèo	320	64,0	180	36,0	0,9(0,7-1,2)
Trình độ học vấn						
	≤ TH	217	62,4	131	37,6	1
	THCS	418	66,4	212	33,6	1,2(0,9-1,5)
	≥ THPT	158	67,2	77	32,8	1,2(0,9-1,8)
Số lần mang thai						
	1 lần	401	65,6	210	34,4	1
	≥ 2 lần	392	65,1	210	34,9	0,9(0,8-1,2)
Tình trạng hôn nhân						
	Ly thân	19	51,4	18	48,6	1
	Sống chung	774	65,8	402	34,2	1,8(0,9-3,7)
Người nhiễm HIV trong gia đình						
	Không	768	65,0	413	35,0	1
	Có	25	78,1	7	21,9	1,9(0,8-5,3)
Bệnh lây truyền qua đường tình dục						
	Không	774	66,1	397	33,9	1
	Có	19	45,2	23	54,8	0,4(0,2-0,8)**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, về thực hành chung dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ có liên quan đến các đặc tính về: Nơi cư trú và tình trạng mắc bệnh lây qua đường tình dục, với $p < 0,05$.

Theo đó, về yếu tố nơi cư trú: Thai phụ nhập cư có thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con kém hơn thai phụ thường trú. Về đặc điểm mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục: Thai phụ có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục có thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con kém hơn thai phụ không có mắc bệnh.

Các đặc tính khác của thai phụ, mối liên quan với thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.1.6. Phân tích đa biến

Bảng 3.7. Tóm tắt các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 qua phân tích đơn biến.

Đặc điểm	p (χ^2)		
	Kiến thức	Thái độ	Thực hành
Nhóm tuổi (1)	0,027	0,035	0,484
Nơi cư trú (2)	0,039	< 0,001	< 0,001
Nghề nghiệp của thai phụ (3)	0,082	0,020	0,136
Nghề nghiệp của chồng (4)	0,402	0,004	0,199
Dân tộc (5)	< 0,001	< 0,001	0,829
Tôn giáo (6)	0,880	0,069	0,100
Tình trạng kinh tế (7)	< 0,001	< 0,001	0,399
Trình độ học vấn (8)	< 0,001	0,622	0,364
Số lần mang thai (9)	0,620	0,955	0,851
Tình trạng hôn nhân (10)	< 0,001	0,009	0,069
Người nhiễm trong gia đình (11)	0,902	0,684	0,124
Bệnh LTQĐTD (12)	0,278	0,581	0,005
Kiến thức (13)	//	< 0,001	0,013
Thái độ (14)	< 0,001	//	0,018
Thực hành (15)	0,013	0,018	//

Theo kết quả bảng 3.7, tóm tắt giá trị p của kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố đơn lẻ với kiến thức chung, thái độ chung, thực hành chung, và mối liên quan giữa kiến thức chung, thái độ chung, thực hành chung với nhau. Qua đó cho thấy, các yếu tố được đánh số (1), (2), (5), (7), (8), (10),

(14), (15) có liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức, các yếu tố được đánh số (1), (2), (3), (4), (5), (7), (10), (13), (15) có liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ, và chỉ có các yếu tố được đánh số (2), (12), (13), (14) có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành.

Bảng 3.8. Tương quan giữa các cặp yếu tố có liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(10)	(12)
2)									
r	-0,067								
p	0,020								
3)									
r	-0,044	0,047							
p	0,124	0,099							
4)									
r	-0,054	-0,014	0,145						
p	0,062	0,625	< 0,001						
5)									
r	-0,022	0,072	-0,038	-0,033					
p	0,448	0,012	0,181	0,249					
7)									
r	-0,070	0,139	0,104	-0,034	0,163				
p	0,014	< 0,001	< 0,001	0,241	< 0,001				
8)									
r	0,009	-0,101	0,096	0,066	0,092	0,092			
p	0,764	< 0,001	< 0,001	0,022	0,001	0,001			
10)									
r	0,007	-0,069	0,042	0,050	-0,113	-0,037	0,095		
p	0,822	0,017	0,148	0,081	< 0,001	0,204	0,001		
12)									
r	0,031	0,064	0,021	-0,012	-0,022	-0,021	0,019	0,007	
p	0,283	0,025	0,463	0,688	0,445	0,461	0,506	0,798	

Bảng 3.8 thể hiện mối tương quan giữa các cặp yếu tố có liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành. Qua đó cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các cặp yếu tố với $p < 0,05$. Như vậy các yếu tố cần đưa vào mô hình hồi qui đa biến để tìm ra các yếu tố thực sự tác động đến kiến thức, thái độ, thực hành là các yếu tố được trình bày trong bảng 3.9.

Bảng 3.9. Các yếu tố thực sự tác động đến kiến thức, thái độ, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 ($n=1.213$)

Đặc điểm	Biến phụ thuộc		
	Kiến thức	Thái độ	Thực hành
Nhóm tuổi (1)	x	x	
Nơi cư trú (2)	x	x	x
Nghề nghiệp của thai phụ (3)		x	
Nghề nghiệp của chồng (4)		x	
Dân tộc (5)	x	x	
Tình trạng kinh tế (7)	x	x	
Trình độ học vấn (8)	x		
Tình trạng hôn nhân (10)	x		
Bệnh LTQĐTD (12)			
Kiến thức (13)		x	x
Thái độ (14)	x		x
Thực hành (15)	x	x	

Phân tích đa biến tìm các yếu tố thực sự tác động đến tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đúng được kết quả trình bày trong các bảng 3.10, bảng 3.11 và bảng 3.12.

Bảng 3.10. Kết quả phân tích đa biến kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Kiến thức chung	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95%CI	p	OR	95% CI	p
Nhóm tuổi (1)	1,1	0,8-1,3	0,705	0,9	0,7-1,2	0,667
Nơi cư trú (2)	0,8	0,6-1,0	0,039	1,1	0,8-1,4	0,608
Dân tộc (5)	0,6	0,4-0,8	< 0,001	0,8	0,6-1,1	0,225
Tình trạng kinh tế (7)	0,5	0,4-0,6	< 0,001	0,6	0,4-0,8	< 0,001
Trình độ học vấn (8)	1,4	1,2-1,7	< 0,001	1,5	1,2-1,8	< 0,001
Tình trạng hôn nhân (10)	12,0	3,1-103,2	< 0,001	8,3	1,9-35,4	0,004
Thái độ (14)	4,3	3,2-5,7	< 0,001	3,6	2,7-4,9	< 0,001
Thực hành (15)	1,4	1,1-1,8	0,013	1,3	1,0-1,6	0,101

Tiến hành phân tích đa biến xem xét mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố (1), (2), (5), (7), (8), (10), (14), (15) với kiến thức. Qua đó, mối liên quan giữa các yếu tố (1), (2), (5), và (15) với kiến thức thay đổi từ có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến thành không có ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến; mối liên quan giữa các yếu tố (7), (10), và (14) với kiến thức có thay đổi đáng kể (OR thay đổi hơn 10%); và mối liên quan giữa yếu tố (8) với kiến thức là gần như không thay đổi.

Như vậy, qua phân tích đa biến cho thấy kiến thức có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố và OR tương ứng sau: Tình trạng kinh tế (OR = 0,6); Trình độ học vấn (OR = 1,4); Tình trạng hôn nhân (OR = 8,3); Thái độ (OR = 3,6). Theo đó, thai phụ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở

lên có kiến thức tốt hơn thai phụ có trình độ bậc tiểu học, thai phụ chung sống với chồng có kiến thức tốt hơn thai phụ sống ly thân, ly dị với chồng.

Các đặc tính khác của thai phụ mỗi liên quan với kiến thức không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Kết quả phân tích đa biến thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Thái độ	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Nhóm tuổi (1)	1,2	0,9-1,6	0,134	1,1	0,8-1,5	0,432
Nơi cư trú (2)	0,6	0,5-0,8	< 0,001	0,8	0,6-1,0	0,049
Nghề nghiệp thai phụ (3)	0,8	0,6-1,0	0,020	0,8	0,6-1,0	0,077
Nghề nghiệp của chồng (4)	1,3	1,1-1,5	0,002	1,3	1,1-1,5	0,007
Dân tộc (5)	0,5	0,4-0,6	< 0,001	0,6	0,5-0,7	< 0,001
Tình trạng kinh tế (7)	0,3	0,3-0,4	< 0,001	0,4	0,3-0,6	< 0,001
Tình trạng hôn nhân (10)	2,3	1,2-4,8	0,009	1,2	0,6-2,5	0,583
Kiến thức (13)	4,3	3,2-5,7	< 0,001	3,5	2,6-4,7	< 0,001
Thực hành (15)	1,4	1,0-1,7	< 0,018	1,2	0,9-1,6	0,125

Tiến hành phân tích đa biến xem xét mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố (1), (2), (3), (4), (5), (7), (10), (13), (15) với thái độ.

Qua phân tích cho thấy, mối liên quan giữa các yếu tố (1), (2), (3), (10), và (15) với thái độ thay đổi từ có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến thành không có ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến; mối liên quan giữa các yếu tố (5), (7), và (13) với thái độ có thay đổi đáng kể (OR thay đổi hơn 10%); và mối liên quan giữa yếu tố (4) với thái độ là gần như không thay đổi.

Như vậy, qua phân tích đa biến cho thấy thái độ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố và OR tương ứng sau: Nghề nghiệp của chồng (OR = 1,3); dân tộc (OR = 0,6); Tình trạng kinh tế (OR = 0,4); Kiến thức (OR = 3,5).

Theo đó, thai phụ có chồng làm nghề công nhân, công nhân viên có thái độ tốt hơn thai phụ có chồng làm nghề làm ruộng, thai phụ là người dân tộc Hoa, Khơ me, dân tộc ít người có thái độ kém hơn thai phụ người Kinh, thai phụ nghèo có thái độ kém hơn thai phụ không nghèo. Thai phụ kiến thức cao thì có thái độ tốt hơn thai phụ kiến thức thấp.

Các đặc tính khác của thai phụ mỗi liên quan với thái độ không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Kết quả phân tích đa biến thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Thực hành	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Nơi cư trú (2)	0,6	0,4-0,7	< 0,001	0,6	0,5-0,8	< 0,001
Bệnh LTQĐTD (12)	0,4	0,2-0,8	0,005	0,5	0,2-0,8	0,012
Kiến thức (13)	1,4	1,1-1,8	0,013	1,3	1,0-1,7	0,061
Thái độ (14)	1,4	1,0-1,7	0,018	1,2	0,9-1,5	0,235

Tiến hành phân tích đa biến, xem xét mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố (2), (12), (13), (14) với thực hành.

Qua đó, mối liên quan giữa các yếu tố (13) và (14) với thực hành thay đổi từ có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến thành không có ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến; mối liên quan giữa yếu tố (12) với thực hành

có thay đổi đáng kể (OR thay đổi hơn 10%); và mối liên quan giữa yếu tố (2) với thực hành là gần như không thay đổi.

Như vậy, qua phân tích đa biến cho thấy thực hành có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố và OR tương ứng sau: Nơi cư trú (OR = 0,6); Bệnh LTQĐTD (OR = 0,5).

Theo đó, thai phụ nhập cư có thực hành kém hơn thai phụ thường trú tại địa phương. Thai phụ có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục thực hành kém hơn thai phụ không có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Các đặc tính khác của thai phụ mối liên quan với thực hành không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.1.7. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

Bảng 3.13. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.213)

Số thai phụ nhiễm	Cỡ mẫu	Tỷ lệ nhiễm	95% CI
12	n=1.213	0,98	(0,4-1,5)

Qua kết quả nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại địa bàn nghiên cứu là 0,98%, với 95% CI (0,4-1,5).

3.1.8. Đặc điểm các nguồn thông tin về ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010

Bảng 3.14. Đặc điểm các nguồn thông tin về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 (n=1.212)

Nguồn thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nguồn thông tin tiếp cận		
Internet	59	4,9
Tivi	1.078	88,9
Radio	611	50,4
Sách, báo	742	61,2
Tranh ảnh, tờ rơi	611	50,4
Nhân viên y tế	661	54,5
Gia đình, bạn bè	571	47,1
Nguồn thông tin dễ tiếp cận nhất		
Internet	1	0,1
Tivi	773	63,8
Radio	36	3,0
Sách, báo	137	11,3
Tranh ảnh, tờ rơi	92	7,6
Nhân viên y tế	118	9,7
Gia đình, bạn bè	55	4,5
Nguồn thông tin dễ hiểu nhất		
Tivi	537	44,3
Radio	40	3,3
Sách, báo	130	10,7
Tranh ảnh, tờ rơi	84	6,9
Nhân viên y tế	346	28,6
Gia đình, bạn bè	75	6,2

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, nguồn thông tin về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thai phụ tiếp nhận được từ tivi chiếm tỷ lệ cao nhất (88,9%), kế đến là sách, báo 61,2%; Nhân viên y tế 54,5%, radio 50,4%;

Tranh ảnh 50,4% và có một tỷ lệ nhỏ thai phụ tiếp nhận thông tin từ nguồn internet 4,9%. Bên cạnh đó, nguồn thông tin thai phụ dễ tiếp cận nhất là tivi chiếm tỷ lệ 63,8%, kế đến là sách, báo chiếm tỷ lệ 11,3%; Tranh ảnh, tờ rơi chiếm 7,6%; Nhân viên y tế 9,7%; Gia đình, bạn bè là 4,5% và thấp nhất là internet chiếm 0,1%. Nguồn thông tin giúp thai phụ dễ hiểu nhất là tivi chiếm tỷ lệ 44,3%, kế đến là nhân viên y tế chiếm tỷ lệ 28,6%; Sách báo là 10,7%, tranh ảnh, tờ rơi là 6,9%; Gia đình bạn bè là 6,2% và thấp nhất là radio chiếm tỷ lệ 3,3%.

3.1.9. Lý do thai phụ xét nghiệm và không xét nghiệm HIV

Bảng 3.15. Lý do thai phụ xét nghiệm và không xét nghiệm HIV

Các yếu tố	Số lượng	Tỷ lệ %
Lý do thai phụ không xét nghiệm HIV (n=99)		
Không được tham vấn	42	42,4
Lo sợ không được bảo mật	38	38,4
Cho rằng không có nguy cơ	35	35,4
Cho rằng không cần thiết	17	17,2
Lý do khác	11	11,1
Lý do thai phụ xét nghiệm HIV (n = 1.112)		
Được tham vấn	745	67,0
Muốn biết bệnh của mình	932	83,8
Đề lo cho con nếu bị nhiễm	663	59,6
Đề được tham gia chương trình PLTMC	486	43,7
Theo yêu cầu của chồng	334	30,0
Lý do khác	4	0,4

Lý do thai phụ không làm xét nghiệm (n=99): Kết quả nghiên cứu cho thấy có 42,4% thai phụ không làm xét nghiệm với lý do là không được tham vấn; 38,4% thai phụ lo sợ việc xét nghiệm HIV không được bảo mật; 35,4% thai phụ không làm xét nghiệm do tự tin cho rằng bản thân không có nguy cơ

mắc bệnh; 17,2% thai phụ cho rằng việc làm xét nghiệm HIV là không cần thiết và 11,1% thai phụ không làm xét nghiệm vì các lý do khác.

Lý do thai phụ xét nghiệm HIV: Qua kết quả nghiên cứu cho thấy 67% thai phụ quyết định làm xét nghiệm HIV để được tham vấn về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; 83,8% thai phụ muốn xét nghiệm để biết tình trạng bệnh của mình; 59,6% xét nghiệm với lý do để lo điều trị cho đứa con trong bụng nếu phát hiện nó bị nhiễm và 43,7% thai phụ chấp nhận xét nghiệm HIV để được tham gia chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bên cạnh đó có tỷ lệ đáng kể (30%) thai phụ làm xét nghiệm theo yêu cầu đề nghị của người chồng.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn cho thấy phần nào sự tin tưởng, mong muốn và đề xuất của thai phụ “...*nên làm xét nghiệm ... tại trạm y tế chỉ xét nghiệm cho mình một lần, mình muốn thử lại phải đóng tiền, nếu được giảm luôn thì tốt hơn ...*”(PVS-PNMT). “... *mình mong muốn chương trình hỗ trợ lâu dài xét nghiệm miễn phí tự nguyện cho thai phụ, mình thấy mỗi lần đi xét nghiệm máu ở bệnh viện tốn tiền lắm, thường xuyên truyền thông cho phụ nữ mang thai, đặc biệt là phụ nữ chuẩn bị lập gia đình ...*” (TLN_PNMT).

3.2. Hiệu quả can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) và quận Bình Tân (nhóm chứng) thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

3.2.1. Kết quả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.

3.2.1.1. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ

Bảng 3.16. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ

Hoạt động tập huấn	Năm 2010 (người)	Năm 2011 (người)	Năm 2012 (người)
Cán bộ tuyến xã	16	34	42
Cán bộ tuyến huyện	4	6	8
Cộng tác viên	16	30	62

Kết quả nghiên cứu cho thấy, số lượng cán bộ được tập huấn tăng dần qua các năm. Cán bộ tuyến huyện tham gia tập huấn năm 2010 có 4 người; Năm 2011 tập huấn được 6 người; Năm 2012 tập huấn được 8 người. Cán bộ tuyến xã, năm 2010 tập huấn được 16 người, Năm 2011 tập huấn được 34 người; Năm 2012 tập huấn được 42 người. Cộng tác viên; Năm 2010 tập huấn được 16 người; Năm 2011 tập huấn được 30 người; Năm 2012 tập huấn được 62 người.

3.2.1.2. Kết quả phát triển mạng lưới

Bảng 3.17. Kết quả phát triển mạng lưới

Hoạt động phát triển mạng lưới	Năm 2010 (người)	Năm 2011 (người)	Năm 2012 (người)
Cán bộ nòng cốt	2	6	9
Cán bộ phụ trách tuyến xã	16	32	64
Cộng tác viên	16	32	64

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đội ngũ cán bộ được phát triển tăng dần qua các năm về chất lượng và cả số lượng. Cán bộ nòng cốt của chương trình; Năm 2010 phát triển được 2 cán bộ; Năm 2011 phát triển được 6 cán bộ; Năm

2012 phát triển được 9 cán bộ. Cán bộ phụ trách tuyến xã; Năm 2010 phát triển được 16 cán bộ; Năm 2011 phát triển được 32 cán bộ; Năm 2012 phát triển được 64 cán bộ. Cộng tác viên của chương trình, Năm 2010 phát triển được 16 người; Năm 2011 phát triển được 32 người; Năm 2012 phát triển được 64 người.

3.2.1.3. Kết quả hoạt động quản lý thai

Bảng 3.18. Kết quả hoạt động quản lý thai

Hoạt động	Năm 2010 (thai phụ)	Năm 2011 (thai phụ)	Năm 2012 (thai phụ)
Số thai phụ quản lý	3.862	3.929	4.152
Số thai phụ đến khám	3.476	3.654	3.995
Số thai phụ tư vấn xét nghiệm	3.176	3.525	3.934
Số thai phụ đồng ý xét nghiệm	2.364	3.156	3.867

Qua chương trình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện Bình Chánh, kết quả nghiên cứu cho thấy, số lượng thai phụ được quản lý, số thai phụ đến khám thai tại các cơ sở y tế trên địa bàn huyện, số thai phụ được tư vấn và xét nghiệm miễn phí tăng dần qua các năm. Số lượng thai phụ quản lý trên địa bàn năm 2010 là 3.862 thai phụ; Năm 2011 quản lý được 3.929 thai phụ; Năm 2012 quản lý tăng lên 4.152 thai phụ. Số thai phụ đến khám thai tại các cơ sở y tế trên địa bàn huyện Bình Chánh cũng tăng dần qua các năm. Năm 2010 có 3.476 thai phụ đến khám. Năm 2011 có 3.654 thai phụ đến khám. Năm 2012 có 3.995 thai phụ đến khám. Số thai phụ được tư vấn và đồng ý xét nghiệm HIV cũng tăng dần, năm 2010 có 3.176 thai phụ được tư vấn. Năm 2011 có 3.525 thai phụ được tư vấn. Năm 2012 có 3.934 thai phụ được tư vấn xét nghiệm. Số thai phụ đồng ý xét nghiệm HIV cũng tăng dần, năm 2010 có

2.364 thai phụ đồng ý xét nghiệm. Năm 2011 có 3.156 thai phụ đồng ý xét nghiệm. Năm 2012 có 3.867 thai phụ đồng ý xét nghiệm.

3.2.1.4. Kết quả về độ bao phủ của chương trình

Bảng 3.19. Kết quả độ bao phủ của chương trình

Nội dung	Năm 2010 (%)	Năm 2011 (%)	Năm 2012 (%)
Độ bao phủ chương trình	68	86,3	96,7

Kết quả hoạt động cho thấy, độ bao phủ của chương trình tăng dần qua các năm; Năm 2010 là 68%; Năm 2011 là 86,3%; Năm 2012 tăng lên 96,7% và chỉ số hiệu quả đạt 42,2%.

3.2.1.5. Kết quả hoạt động truyền thông đại chúng

Bảng 3.20. Kết quả hoạt động truyền thông đại chúng

Hoạt động	Năm 2010 (tin bài)	Năm 2011 (tin bài)	Năm 2012 (tin bài)
Bảng tin huyện	36	56	96
Đài truyền thanh huyện	66	152	220
Đài truyền thanh xã	886	1.260	1.750

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai được thực hiện trên các phương tiện truyền thông đại chúng như bảng tin, đài truyền thanh huyện, đài truyền thanh xã với số lượt phát, tin bài được tăng dần qua các năm. Hoạt động đài truyền thanh huyện Bình Chánh; Năm 2010 có 66 lượt phát; Năm 2011 có 152 lượt phát; Năm 2012 tăng lên 220 lượt phát. Đài truyền thanh xã số lượt phát sóng cũng tăng dần qua các năm; Năm 2010 có 886 lượt phát; Năm 2011 có 1.260 lượt phát; Năm 2012 có 1.750 lượt phát. Bảng tin huyện

Bình Chánh; Năm 2010 có 36 tin bài; Năm 2011 có 56 tin bài; Năm 2012 tăng lên 96 tin bài. Lợi ích mà chương trình can thiệp mang lại trong thời gian qua cũng được khẳng định “... *Chương trình can thiệp được cung cấp tài liệu và xét nghiệm hoàn toàn miễn phí, giúp cho thai phụ có tài liệu để biết cách phòng tránh bệnh cho bản thân và cho gia đình, tổ chức mô hình thảo luận nhóm nhỏ, giúp cho thai phụ tìm hiểu về AIDS, cung cấp cảm nang, tờ rơi, túi sách, bao cao su, tài liệu rất đa dạng, phong phú, nhưng có lúc thiếu cuốn cảm nang,...*” (TLN_CBYT)

3.2.1.6. Kết quả hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông

Bảng 3.21. Kết quả hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông

Hoạt động	Năm 2010 (tờ, cuốn)	Năm 2011 (tờ, cuốn)	Năm 2012 (tờ, cuốn)
Tờ rơi, bướm truyền thông	5.000	8.000	10.500
Sổ tay, tranh lật	200	500	1.500

Qua kết quả ghi nhận, hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông cho các thai phụ được tăng dần qua các năm;. Năm 2010 cấp phát 5.000 tờ rơi, bướm truyền thông; Năm 2011 cấp phát được 8.000 tờ; Năm 2012 cấp phát được 10.500. Số lượng sổ tay, tranh lật được cung cấp cũng tăng dần qua các năm. Năm 2010, cung cấp được 200 quyển; Năm 2011 cung cấp được 1.200 quyển; Năm 2012 cung cấp được 1.500 quyển.

Nhìn chung, chương trình can thiệp đã cung cấp một số lượng lớn các tài liệu truyền thông đến cho các thai phụ trên địa bàn của huyện “... *mình đến trạm y tế được các chị hộ sinh nói cho mình nghe về cách lây truyền bệnh, cách phòng bệnh, cho mình cuốn sổ tay, bao cao su, giỏ sách, khăn, tờ rơi để mình mang về nhà coi thêm cho biết bệnh AIDS,...*” (PNMT-TLN).

Tìm hiểu về các lợi ích của chương trình can thiệp đem lại cho địa phương, ghi nhận “... *chương trình can thiệp cung cấp kiến thức qua truyền thông, tờ rơi, thực hiện xét nghiệm HIV miễn phí tại Trạm Y tế thuận tiện cho thai phụ, cung cấp tài liệu truyền thông miễn phí, tờ rơi, tờ bướm, bao cao su, giỏ xách, khăn, ...thai phụ nhiễm được cấp thuốc điều trị miễn phí, trẻ sinh ra từ bà mẹ bị nhiễm được xét nghiệm miễn phí, cấp sữa từ lúc sinh đến trẻ 12 tháng tuổi ...*” (PVS_CBYT)

3.2.1.7. Kết quả hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động

Bảng 3.22. Kết quả hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động

Hoạt động	Năm 2010 (lượt)	Năm 2011 (lượt)	Năm 2012 (lượt)
Truyền thông cá nhân	1.254	1.821	1.960
Truyền thông nhóm	1.220	3.210	4.620
Truyền thông lưu động	1.850	3.610	3.230

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hiệu quả của các hình thức truyền thông cũng rất rõ rệt. Về truyền thông cá nhân; Năm 2010 thực hiện 1.254 lượt; Năm 2011 thực hiện được 1.812 lượt; Năm 2012 thực hiện được 1.960 lượt. Về truyền thông nhóm nhỏ số lượt các cuộc truyền thông tăng nhanh qua các năm; Năm 2010 thực hiện 1.220 lượt; Năm 2011 thực hiện 3.210 lượt; Năm 2012 thực hiện 4.620 lượt. Về hoạt động truyền thông lưu động, tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề tại các công ty, xí nghiệp, khu công nghiệp, số lượt truyền thông ít thay đổi qua các năm. Năm 2010 thực hiện 4 cuộc với 1.850 lượt người tham dự. Năm 2011 thực hiện 5 cuộc với 3.610 lượt người tham dự; Năm 2012 thực hiện được 4 cuộc với 6.230 lượt người tham dự.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giúp nâng cao kiến thức, mang lại lợi ích thiết thực cho các thai phụ, nhất là hiệu quả của mô hình truyền thông nhóm nhỏ. “... *chương trình can thiệp mang lại hiệu quả cao, có nhiều ý kiến được thai phụ trao đổi làm sáng tỏ, cung cấp nhiều kiến thức, ít tốn thời gian, kinh phí mà hiệu quả, hiệu quả chương trình sẽ được duy trì vì cung cấp cho cán bộ y tế các phương pháp, kỹ thuật truyền thông, nên nó mang tính bền vững, lâu dài,...*” (PVS_CBYT). Các hoạt động, lợi ích, đề xuất của thai phụ và nhân viên y tế về chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Về các hoạt động hỗ trợ điều trị của chương trình hiện nay, ghi nhận “... *hiện nay chương trình luôn có thuốc điều trị, thuốc cấp miễn phí, cấp đầy đủ cho thai phụ, nhân viên y tế tư vấn đầy đủ lợi ích, tác dụng phụ của thuốc, nơi cấp thuốc,...*” (PVS_CBYT).

Mô hình truyền thông nhóm nhỏ được đánh giá là có hiệu quả hơn các mô hình truyền thông khác theo quan điểm của các cán bộ y tế “...*mô hình truyền thông nhóm nhỏ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có hiệu quả hơn tư vấn cá nhân ...*” (PVS_CBYT). Các cán bộ y tế được phỏng vấn cũng đưa ra một số lý do thể hiện hiệu quả của mô hình truyền thông nhóm nhỏ. “... *mô hình truyền thông nhóm nhỏ ... dễ áp dụng và phù hợp, đỡ mất nhiều thời gian, chọn phương pháp truyền thông nhóm nhỏ là hợp lý, khuyến khích thai phụ tự nói và các thai phụ trao đổi với nhau giúp họ dễ tìm hiểu ra vấn đề hơn, một lần truyền thông nhóm được nhiều người nghe hơn ...*” (PVS_CBYT).

3.2.2. Hiệu quả thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012 (Đánh giá trước- sau ở nhóm can thiệp)

3.2.2.1. Hiệu quả thay đổi kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010- 2012.

Bảng 3.23. Hiệu quả thay đổi kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012

Kiến thức	Huyện Bình Chánh				χ^2	Chỉ số hiệu quả (%)
	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)		
Kiến thức nhận biết HIV/AIDS						
Sai	392	48,5	183	25,6		
Đúng	417	51,5	532	74,4	84,4***	22,9
Kiến thức về đường lây truyền HIV (n=1.524)						
Sai	667	82,5	223	31,2		
Đúng	142	17,5	492	68,8	410***	51,3
Kiến thức về phát hiện nhiễm HIV (n=1.524)						
Sai	125	15,5	68	9,5		
Đúng	684	84,5	647	90,5	12,1**	6
Kiến thức về bệnh lây qua đường tình dục và sử dụng BCS (n=1.524)						
Sai	106	13,1	62	8,7		
Đúng	703	86,9	653	91,3	7,6**	4,4
Kiến thức về thuốc điều trị HIV (n=1.524)						
Sai	598	73,9	234	32,7		
Đúng	211	26,1	481	67,3	259***	41,2
Kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (n=1.524)						
Sai	364	45,0	42	5,8		
Đúng	445	55,0	673	94,1	297***	39,1

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức nhận biết về HIV/AIDS, kiến thức về đường lây truyền HIV, kiến thức về phát hiện nhiễm HIV, kiến thức về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS, kiến thức về thuốc điều trị HIV và kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS từ 51,5% trước can thiệp tăng lên 74,4% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 22,9%. Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV từ 17,5% trước can thiệp tăng lên 68,8% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 51,3%. Kiến thức đúng về phát hiện nhiễm HIV từ 84,5% trước can thiệp tăng lên 90,5% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 6%.

Kiến thức đúng về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS từ 86,9% trước can thiệp tăng lên 91,3% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 4,4%. Kiến thức đúng về điều trị HIV từ 26,1% trước can thiệp tăng lên 67,3% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 41,2%. Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 55% trước can thiệp tăng lên 94,1% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 39,1%. Đối với phụ nữ mang thai, chương trình can thiệp đã giúp cung cấp kiến thức, giúp thay đổi thái độ và nhận thức của họ về điều trị dự phòng và phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.

Hoạt động can thiệp của chương trình trong thời gian qua đã ít nhiều giúp cho phụ nữ mang thai biết lợi ích của việc xét nghiệm máu tầm soát HIV “... phụ nữ mang thai cần thiết phải xét nghiệm máu, chỉ có xét nghiệm máu mới phát hiện được bệnh, nên làm xét nghiệm trước khi mang thai, ...” (PVS_PNMT)

3.2.2.2. *Hiệu quả thay đổi thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.*

Bảng 3.24. Hiệu quả thay đổi thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012

Thái độ	Huyện Bình Chánh				χ^2	Chỉ số hiệu quả (%)
	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
	Số lượng	TL (%)	Số lượng	TL (%)		
Thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV (n=1.524)						
Sai	384	47,5	106	14,8		
Đúng	425	52,5	609	85,2	185,4***	32,7
Thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm HIV (n=1.524)						
Sai	104	12,9	122	17,1		
Đúng	705	87,1	593	82,9	5,3*	//
Thái độ chấp nhận giữ thai khi nhiễm HIV (n=1.524)						
Sai	236	29,2	170	23,8		
Đúng	573	70,8	545	76,2	5,6*	5,4
Thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (n=1.524)						
Sai	161	19,9	60	8,4		
Đúng	648	80,1	655	91,6	40,5***	11,5

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thái độ của thai phụ về chấp nhận xét nghiệm HIV, thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm HIV, thái độ chấp nhận giữ thai sinh con khi nhiễm và thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có sự khác biệt trước và sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV từ 52,5% trước can thiệp tăng lên 85,2% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 32,7%. Thái độ đúng về chấp nhận giữ thai khi nhiễm HIV từ 70,8% trước can thiệp tăng lên 76,2% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 5,4%. Thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 80,1% trước can thiệp lên 91,6% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 11,5%.

3.2.2.3. *Hiệu quả thay đổi thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.*

Bảng 3.25. Hiệu quả thay đổi thực hành về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.

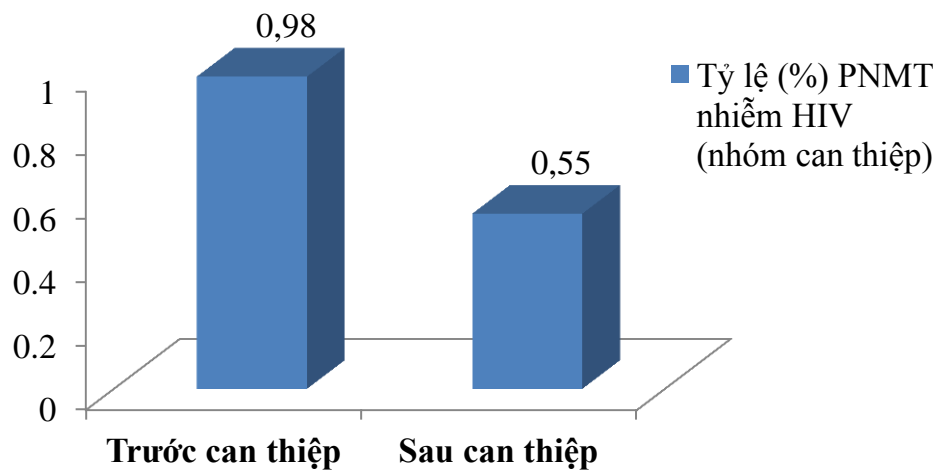
Thực hành	Huyện Bình Chánh				χ^2	Hiệu quả can thiệp (%)
	Trước can thiệp (n=809)		Sau can thiệp (n= 715)			
	SL	TL (%)	SL	TL (%)		
Thực hành sử dụng dụng cụ cá nhân						
Sai	166	20,5	0	0,0		
Đúng	643	79,5	715	100,0	164,6 [‡]	20,5
Thực hành an toàn trong phẫu thuật						
Sai	125	15,6	19	2,5		
Đúng	684	84,4	696	97,5	74,6***	13,1
Thực hành xét nghiệm HIV						
Sai	219	27,1	22	3,1		
Đúng	590	72,9	693	96,9	164,1***	24
Thực hành tham gia chương trình PLTMC						
Sai	415	51,3	87	12,2		
Đúng	394	48,7	628	87,8	263,1***	39,1
Thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con						
Sai	295	36,5	19	2,7		
Đúng	514	63,5	696	97,3	265,2***	33,8

[‡]: Fisher's exact; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, về thực hành sử dụng dụng cụ cá nhân, thực hành an toàn trong phẫu thuật, thực hành về xét nghiệm HIV, thực hành tham gia chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ, có sự khác biệt trước và sau can thiệp, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Sau can thiệp, thực hành đúng về sử dụng dụng cụ cá nhân tăng từ 79,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 20,5%. Thực hành đúng về an toàn trong phẫu thuật từ 84,4% trước can thiệp tăng lên 97,5% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 13,1%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV từ 72,9% trước can thiệp tăng lên 96,9% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 24%. Thực hành đúng về tham gia chương trình PLTMC từ 48,7% trước can thiệp tăng lên 87,8% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 39,1%. Thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 63,5% trước can thiệp tăng lên 97,3% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 33,8%.

3.2.2.4. Hiệu quả thay đổi tỷ lệ nhiễm HIV của phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012.



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ ở huyện Bình Chánh, năm 2010-2012

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012, giảm rõ rệt từ 0,98 % TCT; 95% CI (0,3-1,7) xuống còn 0,55% SCT; 95% CI (0,01-1,1) và chỉ số hiệu quả đạt 43%.

3.2.3. *Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012 (Đánh giá trước- sau có nhóm chứng)*

3.2.3.1. *Đặc tính mẫu nghiên cứu của phụ nữ mang thai trước can thiệp ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân.*

Bảng 3.26. Đặc tính mẫu nghiên cứu của phụ nữ mang thai trước can thiệp ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân (n = 1.213)

Đặc tính thai phụ	Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp)		Quận Bình Tân (nhóm chứng)		p
	Số lượng	TL (%)	Số lượng	TL (%)	
Nhóm tuổi					
≤ 24	24	3,1	0	0,0	
25-34	554	68,4	328	81,2	
≥ 35	231	28,5	76	18,8	< 0,001
Nơi cư trú					
Thường trú	528	65,3	194	48,0	
Nhập cư	281	34,7	210	52,0	< 0,001
Nghề nghiệp					
LR, BB	444	54,8	201	49,7	
CN, CNV	365	45,2	203	50,3	0,09
Nghề nghiệp chồng					
LR	126	15,5	93	23,0	
Tài xế	54	6,7	28	6,9	
Công nhân	629	77,8	283	70,1	0,005
Dân tộc					
Kinh	796	98,4	326	80,7	
Hoa	4	0,5	33	8,2	
Khơ me	5	0,6	40	9,9	
Khác	4	0,5	5	1,2	< 0,001 [‡]
Tôn giáo					
Không	455	56,2	228	56,4	

Đặc tính thai phụ	Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp)		Quận Bình Tân (nhóm chứng)		p
	Số lượng	TL (%)	Số lượng	TL (%)	
Có	354	43,8	176	43,6	0,9
Tình trạng kinh tế					
Nghèo	629	77,8	84	20,8	
Không nghèo	180	22,2	320	79,2	< 0,001
Trình độ học vấn					
≤ TH	209	25,8	139	34,4	
THCS	435	53,7	195	48,3	
≥ THPT	165	20,5	70	17,3	0,008
Số lần mang thai					
1 lần	398	49,2	213	52,7	
≥ 2 lần	411	50,8	191	47,3	0,2
Tình trạng hôn nhân					
Ly thân	14	1,7	23	5,7	
Sống chung	795	98,3	381	94,3	< 0,001
Người nhiễm HIV trong gia đình					
Không	791	97,8	390	96,5	
Có	18	2,2	14	3,5	0,2
Bệnh lây truyền qua đường tình dục					
Không	778	96,2	393	97,3	
Có	31	3,8	11	2,7	0,3

Kết quả phân tích, so sánh mẫu nghiên cứu trước can thiệp cho thấy, giữa nhóm can thiệp (huyện Bình Chánh) và nhóm chứng (quận Bình Tân) có sự đồng nhất về phần lớn các đặc tính của thai phụ: Nghề nghiệp của thai phụ, tôn giáo, số lần mang thai, tình trạng có người nhiễm HIV trong gia đình, tình trạng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, với $p > 0,05$.

3.2.3.2. *Hiệu quả can thiệp về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.*

Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Kiến thức	Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp)			Quận Bình Tân (nhóm chứng)			HQCT (%)
	TCT (n=809)	SCT (n=715)	CSHQ (%)	TCT (n=404)	SCT (n=727)	CSHQ (%)	
Kiến thức nhận biết HIV/AIDS							
Sai	392(48,5)	183(25,6)		381(94,3)	599(82,4)		
Đúng	417(51,5)	532(74,4)	22,9	23(5,7)	128(17,6)	11,9	11
Kiến thức về đường lây truyền HIV							
Sai	667(82,5)	223(31,2)		362(89,6)	469(64,5)		
Đúng	142(17,5)	492(68,8)	51,3	42(10,4)	258(35,5)	25,1	26,2
Kiến thức về bệnh LTQĐTD và BCS							
Sai	106(13,1)	62(8,7)		248(61,4)	214(29,4)		
Đúng	703(86,9)	653(91,3)	54,4	156(38,6)	513(70,6)	32	22,4
Kiến thức về điều trị HIV							
Sai	598(73,9)	234(32,7)		363(89,9)	535(73,6)		
Đúng	211(26,1)	481(67,3)	41,2	41(10,2)	192(26,4)	16,2	25
Kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con							
Sai	364(45)	42(5,8)		369(91,3)	438(60,3)		
Đúng	445(55)	673(94,1)	39,1	35(8,7)	289(39,8)	31,1	8

Kết quả nghiên cứu, khi so sánh chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp và nhóm chứng cho thấy, kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS của thai phụ ở nhóm can thiệp chỉ số hiệu quả là 22,9%, ở nhóm chứng là 11,9% và hiệu quả can thiệp đạt 11%. Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả là 51,3% , nhóm chứng là 25,1% và hiệu quả can thiệp đạt 26,2%. Kiến thức đúng về bệnh LTQĐTD và BCS, ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả là 54,4% , nhóm chứng là 32% và hiệu quả can thiệp đạt 22,4%.

Kiến thức đúng về điều trị HIV, ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả là 41,2% , nhóm chứng là 16,2% và hiệu quả can thiệp đạt 25%.

Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả là 39,1% , nhóm chứng là 31,1% và hiệu quả can thiệp đạt 8%.

3.2.3.3. Hiệu quả can thiệp về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Bảng 3.28. Hiệu quả can thiệp về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Thái độ	Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp)			Quận Bình Tân (nhóm chứng)			HQCT (%)
	TCT (n=809)	SCT (n=715)	CSHQ (%)	TCT (n=404)	SCT (n=727)	CSHQ (%)	
Thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV							
Sai	384(47,5)	106(14,8)		318(78,7)	360(49,5)		
Đúng	425(52,5)	609(85,2)	32,7	86(21,3)	367(50,5)	29,2	3,5
Thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm							
Sai	104(12,9)	122(17,1)		203(50,3)	169(23,3)		
Đúng	705(87,1)	593(82,9)	-4,2	201(49,7)	558(76,7)	27	//
Thái độ chấp nhận giữ thai sinh con							
Sai	236(29,2)	170(23,8)		177(43,8)	235(32,3)		
Đúng	573(70,8)	545(76,2)	5,4	277(56,2)	492(67,7)	11,5	//
Thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con							
Sai	162(20)	60 (8,4)		253(62,6)	212(29,2)		
Đúng	648(80)	656(91,6)	11,6	151(37,4)	515(70,8)	33,4	//

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV của phụ nữ mang thai ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả là 32,7%, nhóm chứng là 29,2% và hiệu quả can thiệp đạt được 3,5%. Các thái độ khác của

thai phụ có sự thay đổi trước và sau can thiệp, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.3.4. *Hiệu quả can thiệp về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012*

Bảng 3.29. Hiệu quả can thiệp về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Thực hành	Huyện Bình chánh (nhóm can thiệp)			Quận Bình Tân (nhóm chứng)			HQCT (%)
	TCT (n=809)	SCT (n=715)	CSHQ (%)	TCT (n=404)	SCT (n=727)	CSHQ (%)	
Thực hành sử dụng dụng cụ cá nhân							
Sai	166(20,5)	0		135(33,4)	59 (8,1)		
Đúng	643(79,5)	715(100)	20,5	269(66,6)	668(91,9)	25,3	//
Thực hành an toàn trong phẫu thuật							
Sai	126(15,6)	19(2,5)		88(21,8)	246(33,8)		
Đúng	684(84,4)	697(97,5)	15,5	316(78,2)	481(66,2)	-12	27,5
Thực hành xét nghiệm HIV							
Sai	219(27,1)	22(3,1)		61(15,1)	94(12,9)		
Đúng	590(72,9)	693(96,9)	32,9	343(84,9)	633(87,1)	2,2	30,7
Thực hành tham gia chương trình PLTMC							
Sai	415(51,3)	87 (12,2)		144(35,6)	235(32,3)		
Đúng	394(48,7)	628(87,8)	39,1	260(64,4)	492(67,7)	3,3	35,8
Thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con							
Sai	295(36,5)	19 (2,7)		125(30,9)	163(22,4)		
Đúng	514(63,5)	696(97,3)	33,8	279(69,1)	564(77,6)	8,5	25,3

Khi so sánh chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp với chỉ số hiệu quả ở nhóm chứng chúng ta có được hiệu quả can thiệp thật sự của chương trình can

thiệt mang lại. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thực hành đúng an toàn trong phẫu thuật chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 15,5%, ở nhóm chứng giảm 12% và hiệu quả can thiệp đạt 27,5%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV, CSHQ ở nhóm can thiệp là 32,9%, ở nhóm chứng là 2,2% và hiệu quả can thiệp đạt 30,7%. Thực hành đúng về tham gia chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; CSHQ ở nhóm can thiệp đạt 39,1%, ở nhóm chứng là 8,5% và hiệu quả can thiệp đạt 35,8%.

Thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, CSHQ ở nhóm can thiệp là 33,8%, ở nhóm chứng là 8,5% và hiệu quả can thiệp đạt 25,3%.

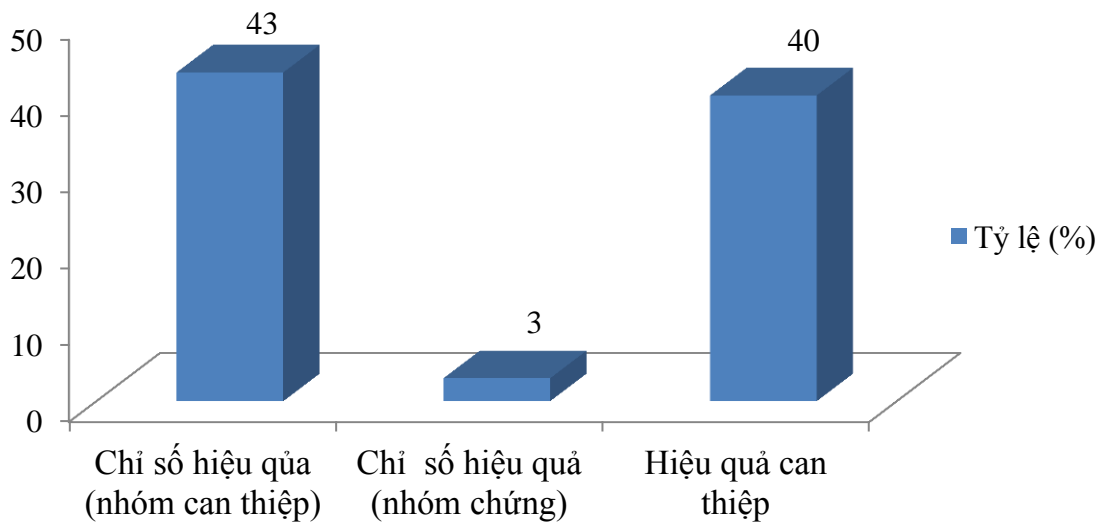
3.2.3.5. Hiệu quả can thiệp về thay đổi tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012.

Tình trạng nhiễm	Huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp)			Quận Bình Tân (nhóm chứng)			HQCT (%)
	TCT (n=809)	SCT (n=715)	CSHQ (%)	TCT (n=404)	SCT (n=727)	CSHQ (%)	
Số ca nhiễm	8	4		4	7		
Tỷ lệ nhiễm (%)	0,99	0,56	43	0,99	0,96	3	40
95% CI	(0,3-1,7)	(0,01-1,1)		(0,02-1,9)	(0,3- 1,7)		

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp), trước can thiệp phát hiện có 8 trường hợp thai phụ nhiễm, sau can thiệp phát hiện có 4 trường hợp thai phụ nhiễm và chỉ số hiệu quả đạt 43%. Ở Bình Tân

(nhóm chứng) trước can thiệp phát hiện 4 trường hợp thai phụ nhiễm, sau can thiệp phát hiện 7 trường hợp thai phụ nhiễm và chỉ số hiệu quả đạt 3%. Khi so sánh chỉ số can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm chứng cho thấy hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh, năm 2010-2012 đạt 40%.



Biểu đồ 3.6. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp là 43%, chỉ số hiệu quả ở nhóm chứng là 3% và hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm của phụ nữ mang thai, năm 2010-2012 đạt 40%.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học với hai thiết kế kế tiếp nhau, đó là thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích và nghiên cứu can thiệp thử nghiệm cộng đồng có nhóm chứng, kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính và hồi cứu số liệu sẵn có. Hai thiết kế nghiên cứu này có mối liên quan, biện chứng hỗ trợ lẫn nhau. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, giúp mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai, đồng thời giúp xác định tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ trên địa bàn nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp thử nghiệm cộng đồng có nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe giúp thay đổi tỷ lệ thai phụ có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai trên địa bàn nghiên cứu. Hiệu quả can thiệp dựa trên sự thay đổi về kết quả các hoạt động truyền thông, sự thay đổi về kiến thức, thái độ, thực hành và tỷ lệ nhiễm HIV của thai phụ trước và sau can thiệp. Hiệu quả can thiệp thật sự là bằng chứng khách quan thể hiện sự thành công của mô hình can thiệp, bên cạnh đó các kết quả thu được từ nghiên cứu định tính và các số liệu hồi cứu hồ sơ giúp bổ sung và minh chứng cho kết quả nghiên cứu định lượng. Hoạt động can thiệp cộng đồng, đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng được chọn ngẫu nhiên theo cỡ mẫu xác định, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm xác suất tỉ lệ theo kích cỡ dân số (PPS-Probability Proportionate to size), có sử dụng hệ số thiết kế đảm bảo cho cỡ mẫu đủ lớn và có tính đại diện cao. Phương pháp tiến hành, thời gian tiến hành và bộ câu hỏi phỏng vấn sử dụng trong đánh giá ban đầu và đánh giá kết thúc là giống nhau cho cả nhóm can

thiệt và nhóm chứng, nên hạn chế được các sai lệch và kết quả thu được có tính giá trị cao. Thiết kế nghiên cứu can thiệp thử nghiệm cộng đồng có nhóm chứng là mô hình đánh giá mang tính khoa học, có giá trị cao, kết quả đạt được thật sự là bằng chứng có sức thuyết phục nhất đối với các nhà khoa học và các nhà quản lý.

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

4.2.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

Phụ nữ mang thai trong nghiên cứu tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, đa số ở nhóm tuổi 25-34 tuổi (72,7%); kết quả này phù hợp với mẫu nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên Phương và Lê Thị Thanh Vân (2008), đa số thai phụ ở lứa tuổi từ 20-34 tuổi chiếm 93,3% [38]. Thai phụ là người nhập cư chiếm tỷ lệ khá cao (40,5%), điều này phù hợp với tình hình phát triển kinh tế, xã hội với tốc độ đô thị hóa nhanh của thành phố Hồ Chí Minh hiện nay, ngày càng có nhiều người dân nhập cư từ các vùng miền khác đến để làm ăn, sinh sống và sinh con. Thai phụ có nghề làm ruộng, buôn bán chiếm 53,2%, tỷ lệ này phù hợp vì huyện Bình Chánh và quận Bình Tân được chia tách ra từ một huyện Bình Chánh trước đây, chủ yếu sống bằng nghề nông nghiệp, và hiện nay vẫn là quận, huyện ngoại thành của thành phố Hồ Chí Minh.

Hầu hết thai phụ trong mẫu nghiên cứu là dân tộc Kinh (92,5%), tỷ lệ này phù hợp với cơ cấu dân số chung của cả nước dân tộc Kinh chiếm 85,7% [44]; thai phụ không có tôn giáo chiếm 56,3%, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ về người dân có tôn giáo ở thành phố Hồ Chí Minh (28%), có thể do dân số nghiên cứu ở đây là thai phụ, không phải là người dân nói chung [44].

Thai phụ nghèo, có thu nhập thấp ≤ 1 triệu đồng/người/tháng chiếm tỷ lệ cao (58,8%), phần lớn thai phụ có trình độ học vấn trung học cơ sở (51,9%), phù hợp với cơ cấu học vấn chung của người dân tại thành phố Hồ Chí Minh, người có học vấn phổ thông cơ sở là 81,7% [44] và cũng phù hợp hơn với nghiên cứu nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên Phương và Lê Thị Thanh Vân (2008), kết quả cho thấy, phần lớn sản phụ có trình độ trung học phổ thông (77,1%) [38]. Về tình trạng hôn nhân, hầu hết thai phụ đang chung sống với chồng (97%), có 3% thai phụ sống trong hoàn cảnh ly thân, ly dị với chồng, tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ phụ nữ giá, ly hôn chung của cả nước là 8,7% [51]. Nghiên cứu của Trương Trọng Hoàng và cộng sự (2009) cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu $29 \pm 5,3$. Tuổi lớn nhất là 39 và tuổi nhỏ nhất là 18, đa số là người Kinh (98%), có trình độ học vấn từ lớp 9 trở lên chiếm 60%, đang sống chung với chồng là 80% [26].

Theo khai báo, trong gia đình không có người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao (97,4%), có thể thai phụ che giấu thông tin, hoặc đôi khi thai phụ chưa biết rõ tình trạng nhiễm HIV của người thân trong gia đình. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc (2005) cho thấy nhóm phụ nữ ở độ tuổi 21- 30 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất (68,5%); phụ nữ có học vấn thấp, mù chữ và tiểu học là 39,4%, phổ thông cơ sở là 42,6%, làm nghề nội trợ là 41,2%, kinh tế khó khăn, nghèo (41,7%) [33].

Đặc điểm mẫu nghiên cứu cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Duy Phong, Nguyễn thị Lụa (2010), kết quả thu được, đa số bệnh nhân ở các tỉnh (41,9%), nhóm tuổi từ 15-29 tuổi chiếm đa số (52,8%), tỉ lệ bệnh nhân làm nghề nội trợ chiếm 31,7%. Trình độ học vấn chủ yếu từ trung học cơ sở trở xuống (77,6%), phần lớn bệnh nhân đang sống chung với chồng (70,3%), 37% bệnh nhân bị lây nhiễm từ chồng, đa số bệnh nhân có từ 1-2 con chiếm tỷ lệ cao (70,3%) [36].

4.2.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

Về kiến thức, kết quả nghiên cứu cho thấy, ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, một số kiến thức đúng của thai phụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có tỷ lệ thấp như: Kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS (36,3%); Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV (15,2%); Kiến thức đúng về điều trị HIV (20,8%), điều này có thể do định nghĩa biên số đòi hỏi cao, các kiến thức khảo sát mới và tương đối chuyên sâu đối với thai phụ. Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV thấp (15,2%) có thể do thai phụ ngoài việc phải biết các đường lây truyền HIV ở người bình thường, thai phụ còn phải biết thêm các đường lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Omwega A. M, Oguta T. J., Sehmi J. K (2006), cho thấy kiến thức của bà mẹ về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là thấp 8,9%, cần tăng cường giáo dục sức khỏe về kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thai phụ [80]. Kiến thức bệnh lây truyền qua đường tình dục và sử dụng bao cao su đạt tỷ lệ tương đối cao là 70,8%, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ban Mai, Huỳnh Thị Thu Thủy, Lê Trường Giang và cộng sự (2009), kết quả cho thấy, chỉ có 71,4% thai phụ biết chế độ chung thủy một vợ một chồng không nhiễm HIV thì phòng tránh được HIV/AIDS, có 91,0% thai phụ biết sử dụng bao cao su bảo đảm chất lượng và đúng cách khi quan hệ tình dục thì phòng tránh được HIV/AIDS. Khi hai vợ chồng đều nhiễm HIV, chỉ có 78,4% thai phụ nghĩ rằng cần tiếp tục sử dụng bao cao su [29]. Tuy nhiên, kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt tỷ lệ tương đối là 39,6% (biểu đồ 3.2). Kết quả

nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hawkins D., Blott M., Clayden P. et al (2005), kiến thức của thai phụ cũng thấp, có 2,9% thai phụ cho rằng HIV lây truyền khi chuyển dạ, 5,2% cho rằng HIV lây truyền khi cho con bú [66]. Kiến thức đúng về điều trị HIV chiếm tỷ lệ thấp (20,8%), có thể do thai phụ đa số chưa mắc bệnh và chưa sử dụng thuốc, nên chưa quan tâm nhiều đến các kiến thức có liên quan đến điều trị, hơn nữa đây là những kiến thức tương đối chuyên sâu đối với thai phụ.

Kiến thức về phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ cao (78,7%) so với các kiến thức khác của thai phụ, có thể vì thai phụ quan tâm hơn vấn đề là làm sao để biết mình có bệnh hay không có bệnh, so với các vấn đề khác, điều này rất hữu ích trong công tác phát hiện bệnh trong cộng đồng, kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu ở viện trường Komfo Anokye, Kumasi, Ghana; có 65,6% thai phụ trước sinh đều nhận biết “HIV/AIDS là mối đe dọa cuộc sống và họ nhận thức được các triệu chứng và dấu hiệu chính của AIDS là sụt cân, sốt kéo dài, tiêu chảy kéo dài”, có 51,8% cho rằng thai phụ nhiễm HIV(+) có thể lây truyền được HIV cho con; và có 37,4% thai phụ trả lời đúng phải cần từ một đến mười năm nhiễm HIV mới xuất hiện hội chứng AIDS; 10,5% biết AIDS không điều trị khỏi nhưng kéo dài được cuộc sống; và một tỷ lệ rất thấp (2,9%) cho rằng HIV lây truyền khi chuyển dạ; 5,2% lây truyền khi cho con bú [66].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cần phải đẩy mạnh hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm tăng cường kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai, đặc biệt là các nhóm kiến thức còn chiếm tỷ lệ thấp như: kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS (36,3%), kiến thức đúng về đường lây truyền HIV (15,2%), kiến thức đúng về điều trị HIV (20,8%).

Qua nghiên cứu còn ghi nhận thai phụ có hiểu biết về về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và họ sẵn sàng tích cực trao đổi khi được hỏi về các đường lây truyền HIV ở thai phụ “ *...bệnh AIDS nguyên nhân lây bệnh là do vi rút HIV, lây qua đường máu, ... quan hệ tình dục không an toàn, ... nếu mẹ bị nhiễm thì lây truyền cho con lúc mang thai, khi đẻ lúc chuyển dạ, sang chân khi sanh, khi ối vỡ và lúc cho con bú...* ” (TLN_PNMT).

Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ năm (2009), kết quả 92% biết được HIV là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, 85% nêu đúng 3 đường lây truyền HIV, 90% biết được giai đoạn cửa sổ của HIV [25]; và kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Zoung-Kanyi Bissek A. C., Yakana I. E., Monebenimp F. et al (2011), cho thấy phụ nữ mang thai có kiến thức tốt về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có 99% thai phụ đã nghe nói về HIV; 80,5% phụ nữ mang thai cho rằng giai đoạn cho con bú có nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở bà mẹ bị nhiễm. Sử dụng bao cao su nam, bao cao su nữ, tiệt chế, và chung thủy được coi là phương pháp hiệu quả của phòng chống HIV [101]. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Lallemand M., Jourdain G., Le Coeur S. et al (2004), cho thấy nhiều nước trên thế giới để giảm thiểu tỷ lệ lây truyền mẹ HIV từ mẹ sang con và những gánh nặng liên quan đến trẻ nhiễm HIV đã sử dụng những phác đồ kháng vi rút HIV có hiệu quả cao bắt đầu từ ba tháng cuối của thời kỳ mang thai, có thể giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con xuống còn khoảng 2-4% [70].

Qua phỏng vấn cũng ghi nhận: “*... phụ nữ mang thai cần thiết phải xét nghiệm máu, chỉ có xét nghiệm máu mới phát hiện được bệnh, nên làm xét nghiệm trước khi mang thai, ...*” (PVS-PNMT). Kết quả này cho thấy, hoạt động của chương trình can thiệp trong thời gian qua đã ít nhiều đã đem lại kết quả, giúp cho phụ nữ mang thai biết kiến thức phát hiện trường hợp nhiễm HIV và biết lợi ích của việc xét nghiệm máu tầm soát HIV khi mang thai. Đây

là một trong những yếu tố quyết định đến sự thành công của chương trình can thiệp, việc đồng ý tự nguyện tham gia xét nghiệm HIV sẽ giúp cho công tác giám sát phát hiện đạt hiệu quả cao, phát hiện sớm các trường hợp thai phụ nhiễm HIV và từ đó có hướng điều trị dự phòng tốt, kịp thời và thích hợp, giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Về thái độ, phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, có thái độ đúng về chấp nhận có thai khi nhiễm HIV là 74,7%, có thái độ đúng về chấp nhận giữ thai khi nhiễm HIV là 66% và có thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV khi mang thai là 42,1%. Thai phụ có thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 65,9% (biểu đồ 3.3).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ có thái độ đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tương đối cao, phần lớn các thai phụ chấp nhận xét nghiệm HIV khi có thai và có thái độ đúng không có thai khi nhiễm HIV và không giữ thai khi phát hiện nhiễm HIV, đây là thái độ tốt, vì nếu có thái độ tốt sẽ giúp thai phụ có thực hành tốt và giúp công tác dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con hiệu quả hơn.

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ekabua JE và cộng sự, (2006) có 77,8% thai phụ đồng ý giữ thai và điều trị dự phòng lây truyền HIV nếu kết quả xét nghiệm dương tính [63]. Kết quả cũng tương đồng với một nghiên cứu khác của Tatagan, et al, (2011), có 93,8% phụ nữ cho rằng HIV lây qua đường quan hệ tình dục, 80,5% lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với máu và 27,1% thai phụ biết HIV lây truyền từ mẹ sang con, và 61% biết rằng nguy cơ lây nhiễm HIV cho con là do cho con bú hỗn hợp cao hơn so với nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ, hầu hết (61%) bày tỏ sự sẵn sàng sử dụng BCS trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú. Tỷ lệ chấp nhận xét

nghiệm HIV là 92,4%. Tỷ lệ phụ nữ mang thai cho rằng phụ nữ có HIV dương tính không nên có con là 29,5% [92].

Qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, thai phụ chấp nhận không cho con bú khi bị nhiễm HIV để phòng tránh lây bệnh cho con. “... *không nên cho con bú mẹ khi bà mẹ bị nhiễm HIV vì trong sữa mẹ có HIV lây cho con, khi trẻ bú có thể làm nứt vú, chảy máu, lây cho con...*”. (TLN_PNMT).

Việc có những kiến thức đúng đã giúp cho các thai phụ có được thái độ đúng, từ đó có thực hành đúng, hợp tác không cho con bú sữa mẹ trong trường hợp phát hiện mẹ bị nhiễm HIV và chấp nhận thực hành nuôi con bằng các sản phẩm thay thế, từ đó giúp hạn chế tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Chính vì biết được tác hại của bệnh nhiễm HIV/AIDS đối với bản thân người nhiễm, gia đình và cả cộng đồng xã hội. Điều này cũng có tác động đến thái độ của thai phụ khi nhiễm HIV trong việc quyết định có nên có thai, có nên giữ thai để sinh con hay không. “... *nếu nó sinh ra mà không bị nhiễm giống mình thì phước đức cho nó lắm...*” (PVS_PNMT).

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy mong muốn về một đứa con khỏe mạnh, không bị nhiễm HIV là rất lớn. “... *nên sinh con vì nhu cầu của gia đình, vì có thể con sinh ra nó không bị nhiễm, vì bây giờ đã có thuốc rồi, mình cố gắng tham gia điều trị, mong cho nó đừng bị nhiễm, mình chết mà nó sống nói dối tông đường thì hay lắm...*”. (TLN_PNMT). Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Von Linstow, M. L. (2010), chỉ có 29% phụ nữ tham khảo ý kiến một chuyên gia về HIV khi dự định có thai, trong khi 14% nhận được hỗ trợ để sinh [99].

Về thực hành, kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân năm 2010 có thực hành đúng về an toàn trong phẫu thuật đạt tỷ lệ cao nhất (82,4%), kế đến là thực hành đúng về xét nghiệm HIV (76,4%) và thực hành đúng về sử dụng dụng cụ cá nhân (75,2%). Thai phụ có

thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt 65,4% (biểu đồ 3.4).

Nhìn chung, tỷ lệ thực hành của thai phụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đa số đều đạt tỷ lệ tương đối cao, có thể do các thực hành này được khuyến cáo và cảnh báo nhiều trong cộng đồng từ khi xuất hiện căn bệnh này trên thế giới, nên được nhiều người biết tới, chính vì vậy kết quả khảo sát cho tỷ lệ tương đối cao. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy vẫn còn khoảng 34,6% thai phụ có thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV chưa đúng, vì thực hành là quan trọng để giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con, chính vì sự thiếu hiểu biết về đường lây truyền của HIV đưa tới thực hành sai, đây là mối nguy hại tiềm ẩn làm gia tăng tốc độ lây truyền HIV trong gia đình và trong cộng đồng. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV khá cao, đạt tỷ lệ 76,4%, kết quả nghiên cứu này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Malaju M. T., Alene G. D. (2012), cho thấy có 82,5% thai phụ có xét nghiệm HIV và đồng ý tư vấn xét nghiệm HIV [73]. Thực hành đúng về tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chiếm tỷ lệ thấp nhất (53,9%), có thể do chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con mới triển khai nên chưa được nhiều thai phụ biết đến, hơn nữa đa số thai phụ trong mẫu nghiên cứu là dân nhập cư từ nơi khác đến, nên có thể họ chưa biết đến hoạt động của chương trình đang triển khai trên địa bàn. Kết quả này cũng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Thị Nhung (2008), có 91,5% thai phụ tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [35]; càng phù hợp hơn với nghiên cứu của Trần Tôn, Vũ Xuân Thịnh, Lương Quế Anh và cộng sự (2010), cho thấy tỷ lệ trẻ nhiễm HIV sinh ra từ mẹ có tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 5%, nhóm trẻ sinh ra từ mẹ không tham gia chương trình là 69,2%, trong nhóm dự phòng không đầy đủ là 23,1% [42].

Kết quả nghiên cứu này cho thấy cũng phù hợp với nghiên cứu của Sahlu I., Howe C. J., Clark M. A. et al (2014). Phụ nữ có HIV dương tính có kiến thức phòng lây truyền mẹ con tốt hơn tốt hơn phụ nữ có HIV âm tính (81,9 % và 31,6%). Tăng cường kiến thức phòng lây truyền mẹ con giúp tăng sử dụng chăm sóc tiền sản và có thể loại bỏ lây truyền mẹ con [86]. Các tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Tatagan A., Mouhari-Toure A., Saka B. et al (2011) ở Togo, có 77,1% thai phụ đồng ý quan hệ tình dục không an toàn làm tăng nguy cơ lây truyền HIV cho trẻ em và có 61% sẵn sàng sử dụng bao cao su trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú. Tỷ lệ phần trăm của những người phụ nữ không bao giờ sử dụng BCS là 51% [92].

Kết quả cũng phù hợp với một nghiên cứu khác của Bii, S.C., et al. (2008) ở Kenya, kết quả cho thấy có 51% không phản đối việc lấy máu xét nghiệm HIV; 95% muốn được biết kết quả xét nghiệm, 98,3% thai phụ ủng hộ việc chủ động xét nghiệm HIV cho toàn bộ thai phụ [56].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, các thai phụ biết các biện pháp phòng ngừa lây truyền HIV “ ... *nếu có chích phải sử dụng bơm kim tiêm riêng, nếu mẹ bị nhiễm thì lây truyền cho con lúc mang thai, khi đẻ lúc chuyển dạ, khi sanh, khi ối vỡ và lúc cho con bú...*(TLN_PNMT). Từ việc hiểu biết rõ cơ chế lây bệnh và đường lây truyền bệnh đã giúp thai phụ có thực hành dự phòng lây nhiễm HIV tốt hơn, đặc biệt khi có nhu cầu phải sử dụng các dụng cụ tiêm chích và việc cần thiết phải dự phòng tránh lây truyền HIV cho con trong suốt quá trình mang thai, khi sinh con và cho con bú. Tìm hiểu những yếu tố làm hạn chế sự tiếp cận của thai phụ với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, ghi nhận “... *do kiến thức thai phụ còn hạn chế, tình hình dân nhập cư trên địa bàn nhiều, chưa nắm rõ các thông tin về chương trình,...*” (PVS_CBYT). “... *có thể mình bị lây do chồng...(ngập ngừng 1-2 phút).., có thể chồng mình không chung thủy với mình, ...*”

(PVS_PNMT). Một số thai phụ cho rằng mình bị nhiễm HIV do chồng không chung thủy. Khi đề cập đến vấn đề đó, thai phụ có biểu hiện ngập ngừng như muốn giấu và còn e ngại khi thổ lộ vấn đề này. Kết quả này một lần nữa khẳng định vai trò của người chồng không kém phần quan trọng trong hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều này chỉ ra một hướng nghiên cứu cần được bổ sung thêm trong hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

4.2.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

Yếu tố liên quan đến kiến thức

Qua kết quả phân tích đơn biến cho thấy, kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có liên quan đến nhóm tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp của chồng, dân tộc, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân của thai phụ, với $p < 0,05$. Theo đó, thai phụ từ 25-34 tuổi có kiến thức thấp hơn thai phụ trẻ ≤ 24 tuổi. Thai phụ nhập cư có kiến thức kém hơn thai phụ thường trú tại địa phương. Thai phụ có chồng làm nghề công nhân có kiến thức tốt hơn thai phụ có chồng nghề làm ruộng. Thai phụ là người dân tộc Hoa, Khơ me hoặc khác có kiến thức kém hơn thai phụ là người Kinh. Thai phụ có trình độ học vấn là THCS và THPT trở lên có kiến thức tốt hơn thai phụ có học vấn bậc tiểu học. Thai phụ sống chung với chồng có kiến thức tốt hơn thai phụ sống ly thân với chồng. Các đặc tính khác ở thai phụ mối liên quan với kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ (bảng 3.4).

Tuy nhiên qua phân tích đa biến cho thấy kiến thức chung chỉ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với các yếu tố và OR tương ứng sau: tình trạng kinh tế (OR = 0,6); trình độ học vấn (OR = 1,4); tình trạng hôn nhân

(OR=8,3); thái độ (OR=3,6) (Bảng 3.10). Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ có học vấn cao thì có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn thai phụ có học vấn thấp, kết quả này cũng phù hợp vì thai phụ có học vấn cao sẽ dễ dàng tiếp cận với các kiến thức từ các phương tiện truyền thông. Thai phụ thường trú tại địa phương có kiến thức tốt hơn thai phụ nhập cư, có thể do các thai phụ thường trú có thời gian tiếp cận với các hoạt động can thiệp trên địa bàn nhiều hơn các thai phụ mới nhập cư, điều này cũng cho thấy phần nào hiệu quả của các hoạt động can thiệp trên địa bàn nghiên cứu. Thai phụ có tôn giáo có kiến thức kém hơn thai phụ không có tôn giáo, điều này có thể do thai phụ có tôn giáo họ có sinh hoạt khép kín hơn, các qui định và công việc sinh hoạt tôn giáo có thể làm hạn chế điều kiện tiếp cận với các phương tiện truyền thông, từ đó làm hạn chế kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Thai phụ mang thai ≥ 2 lần, có kiến thức kém hơn thai phụ mang thai lần đầu, điều này có thể do thai phụ mang thai lần đầu, đa số là phụ nữ trẻ, họ thường có học vấn tốt hơn, họ thường quan tâm đến đứa con đầu tiên của họ nhiều hơn so với các bà mẹ mang thai nhiều lần. Thai phụ là người Kinh có kiến thức tốt hơn thai phụ người dân tộc ít người: Hoa, Khơ me, điều này cũng phù hợp, vì hầu hết các phương tiện truyền thông và ngôn ngữ truyền thông đều sử dụng tiếng Việt, nên người Kinh thường có lợi điểm hơn, dễ tiếp thu các kiến thức hơn, nhất là các kiến thức chuyên sâu về dự phòng lây truyền mẹ con. Thai phụ đang chung sống với chồng có kiến thức tốt hơn thai phụ sống ly thân, ly dị, có thể do các thai phụ đang chung sống với chồng, được chăm sóc tốt hơn, hơn nữa yếu tố hạnh phúc gia đình làm cho các thành viên quan tâm hơn đến thai phụ và thai nhi, từ đó họ tìm kiếm đến những kiến thức giúp chăm sóc bà mẹ và thai nhi tốt hơn, từ đó giúp họ có kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn.

Yếu tố liên quan đến thái độ

Qua phân tích đơn biến cho thấy thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai có liên quan với các đặc tính về nơi cư trú, nghề nghiệp, nghề nghiệp của chồng, dân tộc, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân của thai phụ với $p < 0,05$. Theo đó, thai phụ nhập cư có thái độ kém hơn thai phụ thường trú tại địa phương. Thai phụ làm nghề công nhân, công nhân viên thì có thái độ kém hơn thai phụ làm nghề làm ruộng, buôn bán. Thai phụ có chồng làm nghề công nhân, tài xế có thái độ tốt hơn thai phụ có chồng nghề làm ruộng. Thai phụ là người dân tộc Hoa, Khơ me, khác có thái độ kém hơn thai phụ là người Kinh. Thai phụ không nghèo có thái độ kém hơn thai phụ nghèo. Thai phụ đang chung sống với chồng có thái độ tốt hơn thai phụ sống ly thân với chồng (Bảng 3.5).

Tuy nhiên, qua phân tích đa biến cho thấy thái độ chung có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố và OR tương ứng sau: Nghề nghiệp của chồng (OR=1,3); Dân tộc (OR=0,6); Tình trạng kinh tế (OR=0,4); Kiến thức (OR =3,5). Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy. Thai phụ có chồng làm nghề công nhân, tài xế, có thái độ tốt hơn thai phụ có chồng làm nghề ruộng. Thai phụ là người Kinh có thái độ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn thai phụ người dân tộc, có thể do họ có kiến thức tốt hơn, từ đó giúp cho họ có thái độ tốt hơn. Thai phụ nghèo có thái độ kém hơn thai phụ không nghèo. Thai phụ có kiến thức tốt thì có thái độ tốt hơn thai phụ có kiến thức kém.

Yếu tố liên quan đến thực hành

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, về thực hành chung dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ có liên quan đến các đặc tính về: nơi cư trú và tình trạng mắc bệnh lây qua đường tình dục, với $p < 0,05$. Theo đó, thai phụ nhập cư có thực hành kém hơn thai phụ thường trú. Thai phụ có tiền

sử mắc bệnh lây qua đường tình dục có thực hành kém hơn thai phụ không có mắc bệnh lây qua đường tình dục. Tuy nhiên, kết quả phân tích đa biến cho thấy, thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố và OR tương ứng sau: Nơi cư trú (OR=0,6); Bệnh LTQĐTD (OR=0,5). Nhìn chung, qua kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ thường trú tại địa phương có thực hành tốt hơn thai phụ nhập cư, có thể do thai phụ thường trú có mối quan hệ tốt với cán bộ y tế và các cộng viên từ đó họ có sự tin tưởng hơn về các các nội dung truyền thông, từ đó giúp cho họ có thực hành tốt hơn thai phụ là người nhập cư. Thai phụ có tiền sử mắc bệnh LTQĐTD có thực hành kém hơn thai phụ không có tiền sử mắc bệnh LTQĐTD, có thể vì HIV/AIDS cũng là bệnh LTQĐTD, chính vì thai phụ thực hành kém về bệnh LTQĐTD nên dễ mắc bệnh LTQĐTD hơn. Hơn nữa, thai phụ không mắc bệnh LTQĐTD, có thể họ có kiến thức về bệnh LTQĐTD tốt hơn, từ đó họ thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tốt hơn.

Kết quả phân tích đa biến trong nghiên cứu này đã giúp cho kết quả nghiên cứu mang tính chính xác và độ tin cậy cao. Việc làm này giúp cho các yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến kết quả được loại bỏ. Các yếu tố đưa vào mô hình phân tích đa biến là các đặc tính của đối tượng nghiên cứu, kiến thức, thái độ và thực hành của thai phụ nhằm xem xét ảnh hưởng của các yếu tố đến mối liên quan của đặc tính nghiên cứu với kiến thức, thái độ và thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ.

4.2.4. Đặc điểm các nguồn thông tin tiếp cận, lý do xét nghiệm, lý do không xét nghiệm và tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, nguồn thông tin về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thai phụ tiếp nhận được từ tivi chiếm tỷ lệ cao nhất

(88,9%), kể đến là sách, báo 61,2%, nhân viên y tế 54,5%, radio 50,4%; tranh ảnh 50,4% và có một tỷ lệ nhỏ thai phụ tiếp nhận thông tin từ nguồn internet 4,9%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình (2008), kết quả thu được: 97,3% người dân có xem tivi hàng ngày, đọc báo hàng ngày chiếm 48,6% và 50,1% nghe đài hàng ngày, có 97,1% người dân hiểu biết về HIV/AIDS. Đa số người dân có thái độ đúng đối với người nhiễm HIV (87,3%) và có 73,3% người dân có hành vi đúng dùng BCS khi quan hệ tình dục với vợ/chồng bị nhiễm HIV/AIDS [32].

Bên cạnh đó, nguồn thông tin thai phụ dễ tiếp cận nhất là tivi chiếm tỷ lệ 63,8% và nguồn thông tin giúp thai phụ dễ hiểu nhất cũng là tivi chiếm tỷ lệ 44,3%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trương Trọng Hoàng và cộng sự, (2009), kết quả cho thấy các kênh truyền thông hiệu quả nhất cũng là truyền hình, chiếm 70%; báo chí và nhân viên y tế chiếm 20% [26].

Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Ekabua J. E., Oyo-Ita A. E., Ogaji D. S. et al (2006) ở Calaba, Nigeria; có 41,2% phụ nữ mang thai khẳng định rằng họ có kiến thức thông qua phương tiện truyền thanh, truyền hình [63].

Lý do thai phụ không làm xét nghiệm: Có 42,4% thai phụ không làm xét nghiệm với lý do là không được tham vấn; 38,4% lo sợ không được bảo mật; 35,4% cho rằng bản thân không có nguy cơ mắc bệnh; 17,2% thai phụ cho rằng không cần thiết làm xét nghiệm.

Về lý do thai phụ làm xét nghiệm HIV: Có 67% thai phụ làm xét nghiệm HIV để được tham vấn; 83,8% thai phụ muốn xét nghiệm để biết tình trạng bệnh của mình; 59,6% xét nghiệm với lý do để lo cho con nếu phát hiện bị nhiễm và 43,7% thai phụ chấp nhận xét nghiệm để được tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bên cạnh đó có 30% thai

phụ làm xét nghiệm theo yêu cầu của chồng, điều đó cho thấy thai phụ đánh giá cao hoạt động tham vấn, các nội dung tham vấn cũng là vấn đề thai phụ quan tâm, từ đó chương trình cũng cần điều chỉnh và cập nhật những kiến thức mà thai phụ cần có. Bên cạnh đó, có 83,8% thai phụ làm xét nghiệm vì muốn biết tình trạng bệnh của mình, như vậy nếu chương trình hoạt động tốt, thai phụ biết được lợi ích của việc xét nghiệm HIV, thì tỷ lệ xét nghiệm HIV tự nguyện sẽ tăng lên rất nhiều. Có 59,7% xét nghiệm với lý do để lo cho con nếu bị nhiễm và 43,8% thai phụ xét nghiệm vì được tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều này cho thấy có một bộ phận lớn thai phụ có hiểu biết về hoạt động của chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Có 30,2% thai phụ xét nghiệm theo yêu cầu của chồng, điều này cho thấy để chương trình đạt hiệu quả tốt hơn, ngoài đối tượng chính là thai phụ, cần quan tâm thêm các đối tượng khác trong gia đình của thai phụ. Kết quả cho thấy cũng phù hợp với nghiên cứu của Hawkins D., Blott M., Clayden P. et al (2005) ở Ghana, Có 77,3% xét nghiệm theo yêu cầu của nhà thờ như là điều kiện tất yếu cho việc kết hôn; 5% do yêu cầu của bạn tình [66].

Về lý do thai phụ không làm xét nghiệm HIV: Có 42,4% thai phụ không làm xét nghiệm với lý do là không được tham vấn; 38,4% lo sợ không được bảo mật; 35,4% cho rằng bản thân không có nguy cơ mắc bệnh; 17,2% thai phụ cho rằng không cần thiết làm xét nghiệm (Bảng 3.19).

Lý do chiếm tỷ lệ cao nhất là không được tư vấn (42,2%), cho thấy công tác tư vấn trước xét nghiệm vẫn là một công tác quan trọng cần phải được thực hiện thường xuyên, và đúng chuyên môn kỹ thuật để đạt được hiệu quả. Có 38% thai phụ không làm xét nghiệm với lý do lo sợ không được bảo mật; như vậy nội dung bảo mật cần được đề cập đến trong chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và nên đưa vào nội dung tham vấn của

chương trình để thai phụ hiểu, biết và yên tâm tham gia chương trình và nhất là yên tâm đến trạm y tế thực hiện xét nghiệm máu tầm soát HIV. Bên cạnh đó, vẫn còn tỷ lệ khá cao thai phụ cho rằng bản thân không có nguy cơ mắc bệnh (35,4%).

Công tác truyền thông cần nhấn mạnh cho thai phụ hiểu, đối tượng nào cũng có thể nhiễm HIV, không có đối tượng nguy cơ mà chỉ có hành vi nguy cơ, việc nhận thức và hiểu được đường lây truyền của bệnh sẽ giúp thai phụ có thực hành xét nghiệm tốt hơn. Kết quả cũng phù hợp với một nghiên cứu của Ekabua J. E., Oyo-Ita A. E., Ogaji D. S. et al (2006), ghi nhận có việc che giấu nhiễm HIV trước sanh được quan sát thấy ở 96,2% phụ nữ. Trong khi khoảng 93,7% đồng ý giấu việc nhiễm HIV trước sanh. Tỷ lệ phụ nữ làm xét nghiệm HIV trong quá trình mang thai là 70,2%, tham vấn trước xét nghiệm được thực hiện ở 65,8% phụ nữ. Vợ hoặc chồng phản đối 23,1% không hài lòng làm xét nghiệm HIV. Trong một nghiên cứu khác của Bii S.C. (2008), ở Kenya, có 98,3% thai phụ ủng hộ việc chủ động kiểm tra HIV cho toàn bộ thai phụ. Trong khi 54% thai phụ muốn cho họ đồng ý trước khi thực hiện xét nghiệm; 44,8% không xem cần thiết phải được cho phép; 97% thai phụ cho biết họ sẽ ủy quyền cho người của bệnh viện thông báo các kết quả [56].

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hawkins D., Blott M., Clayden P. et al (2005) ở Ghana, về lý do thai phụ từ chối xét nghiệm: có 67% nghĩ rằng bản thân không có nguy cơ; 65,5% cho rằng bệnh không điều trị khỏi [66].

4.3. Hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

4.3.1. Hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ

Qua 2 năm triển khai chương trình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về chương trình dự phòng lây lây truyền HIV từ mẹ sang con tại địa bàn huyện Bình Chánh, được sự hỗ trợ, giúp đỡ của lãnh đạo địa phương và lãnh đạo Trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh, công tác đào tạo, huấn luyện cán bộ tuyến huyện, cán bộ tuyến xã, cộng tác viên được triển khai tăng dần về số lượng và chất lượng qua các năm; Công tác tập huấn cán bộ tuyến xã từ 16 người vào năm 2010, tăng lên 42 người năm 2012; Công tác tập huấn cán bộ tuyến huyện từ 4 người vào năm 2010, tăng lên 8 người vào năm 2012; Công tác tập huấn cộng tác viên từ 16 người vào năm 2010, tăng lên 62 người năm 2012. Công tác huấn luyện, đào tạo đã góp phần rất nhiều vào việc nâng cao hiệu quả hoạt động của chương trình can thiệp. Trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe, yếu tố nhân lực là rất quan trọng, vì đây là kênh truyền thông chính thống, trực tiếp với thai phụ, đội ngũ cán bộ y tế được cung cấp kiến thức đầy đủ và có kỹ năng tốt sẽ giúp chương trình chuyển tải đầy đủ các thông tin cần thiết đến cho thai phụ, từ đó giúp thai phụ có kiến thức tốt và giúp thay đổi thái độ, thực hành về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

4.3.2. Công tác phát triển mạng lưới cán bộ nòng cốt và cộng tác viên

Công tác phát triển mạng lưới cán bộ nòng cốt và cộng tác viên là công việc quan trọng đáp ứng yêu cầu hoạt động của mô hình can thiệp, chính lực lượng này là nòng cốt để thực hiện các nội dung chương trình can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đội ngũ cán bộ được xây dựng, củng cố và phát triển tăng dần qua các năm về chất lượng và cả số lượng. Cán bộ nòng cốt của chương trình, năm 2010 có 2 người; Năm 2010 tăng lên 9 người; Cán bộ phụ trách tuyến xã, năm 2010 có 16 người, năm 2012 tăng lên 64 người; Cộng tác viên năm 2010 có 16 người; Năm 2012 tăng lên 64 người. Sự phát triển của

mạng lưới cán bộ nòng cốt và cộng tác viên đã góp phần tạo nên thành công của chương trình can thiệp.

4.3.3. Hoạt động quản lý thai

Kết quả thu thập qua báo cáo của chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trung tâm y tế dự phòng huyện Bình Chánh cho thấy, số lượng thai phụ quản lý trên địa bàn huyện Bình Chánh cũng tăng dần theo các năm; Công tác quản lý thai phụ; Năm 2010 quản lý được 3.862 thai phụ; Năm 2012 tăng lên 4.152 thai phụ. Số thai phụ đến khám thai tại các cơ sở y tế trên địa bàn huyện Bình Chánh tăng dần qua các năm; Năm 2010 có 3.476 thai phụ đến khám, Năm 2012 tăng lên 3.995 thai phụ

Số thai phụ được tư vấn và đồng ý xét nghiệm HIV cũng tăng dần theo các năm; Năm 2010 có 3.176 thai phụ được tư vấn và có 2.364 thai phụ đồng ý xét nghiệm, Năm 2012 tăng lên 3.934 thai phụ được tư vấn xét nghiệm và có 3.867 thai phụ đồng ý xét nghiệm. Tỷ lệ thai phụ đến khám thai và xét nghiệm HIV tự nguyện tăng lên thể hiện thành công của chương trình can thiệp. Đây cũng là yếu tố giúp chương trình phát hiện sớm các trường hợp thai phụ nhiễm HIV để đưa vào chương trình điều trị dự phòng sớm, nhằm giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Zhang, X. H. (2013), tỷ lệ tư vấn HIV trong nhóm phụ nữ mang thai đã tăng từ 84,8% lên 99,0%. Tỷ lệ xét nghiệm HIV cũng tăng đáng kể, từ 80,6% lên 98,5%. [100].

4.3.4. Độ bao phủ của chương trình

Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ bao phủ của chương trình dự phòng lây truyền HIV mẹ sang con cũng tăng dần qua các năm; Năm 2010 độ bao phủ là 68%; Năm 2012 tăng lên 96,7% và chỉ số hiệu quả đạt 42,2%. Điều này cho thấy, số lượng thai phụ đến khám thai và thực hành xét nghiệm tự

nguyện tâm soát HIV ngày càng gia tăng, cho thấy ngày càng có nhiều thai phụ biết đến hoạt động của chương trình dự phòng lây truyền HIV mẹ sang con và tích cực tham gia, đây cũng là yếu tố quan trọng giúp cho chương trình thành công.

4.3.5. Hoạt động truyền thông đại chúng

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai được thực hiện trên các phương tiện truyền thông đại chúng: bảng tin, đài truyền thanh huyện, đài truyền thanh xã với số lượt phát, tin bài được tăng dần qua các năm. Hoạt động đài truyền thanh huyện Bình Chánh; Năm 2010 có 66 lượt phát; Năm 2012 tăng lên 220 lượt phát. Đài truyền thanh xã số lượt phát sóng cũng tăng dần qua các năm; Năm 2010 có 886 lượt phát; Năm 2012 tăng lên 1.750 lượt phát. Bảng tin huyện Bình Chánh; Năm 2010 có 36 tin bài; Năm 2012 tăng lên 96 tin bài. Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trên các phương tiện truyền thông đại chúng: bảng tin, đài truyền thanh huyện, xã đã góp phần đưa các thông tin về nội dung chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đến với thai phụ và các thành viên trong cộng đồng, từ đó giúp nâng cao kiến thức của thai phụ.

4.3.6. Hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông cho phụ nữ mang thai

Qua kết quả ghi nhận, hoạt động cung cấp tài liệu truyền thông cho các thai phụ được tăng dần qua các năm. Năm 2010 cấp phát được 5.000 tờ rơi, bướm truyền thông; Năm 2012 cấp phát tăng lên 10.500 tờ. Số lượng sổ tay, tranh lật được cung cấp cũng tăng dần qua các năm. Năm 2010, cung cấp được 200 quyển; Năm 2012 cung cấp tăng lên 1.500 quyển. Chương trình can thiệp đã cung cấp một số lượng lớn các tài liệu truyền thông đến cho các thai phụ trên địa bàn của huyện. “... mình đến trạm y tế được các chị hộ sinh nói cho mình nghe về cách lây truyền bệnh, cách phòng bệnh, cho mình cuốn sổ

tay, bao cao su, giỏ sách, khăn, tờ rơi để mình mang về nhà coi thêm cho biết bệnh AIDS,...” (PNMT-TLN)

4.3.7. Hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm nhỏ, lưu động.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các hình thức truyền thông cá nhân, truyền thông nhóm nhỏ, truyền thông lưu động đem lại kết quả rất rõ rệt. Về truyền thông cá nhân; Năm 2010 thực hiện 1.254 lượt; Năm 2012 thực hiện tăng lên 1.960 lượt. Về truyền thông nhóm nhỏ số lượt các cuộc truyền thông cũng tăng nhanh qua các năm; Năm 2010 thực hiện 1.220 lượt; Năm 2012 thực hiện tăng lên 4.620 lượt. Về hoạt động truyền thông lưu động, tổ chức các buổi nói chuyện chuyên đề tại các công ty, xí nghiệp, khu công nghiệp, số lượt truyền thông ít thay đổi qua các năm; Năm 2010 thực hiện 4 cuộc với 1.850 lượt người tham dự; Năm 2012 thực hiện được 4 cuộc với 3.230 lượt người tham dự. Nhìn chung, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đã giúp nâng cao kiến thức, mang lại lợi ích thiết thực cho các thai phụ, nhất là hiệu quả của mô hình truyền thông nhóm nhỏ đem lại nhiều lợi ích thiết thực nhất và phù hợp nhất với đối tượng là thai phụ.

Qua mô hình truyền thông nhóm nhỏ, cán bộ y tế phát huy được hiệu quả về thời gian, phát huy được hiệu quả tương tác nhóm giữa các thành viên trong nhóm và giúp thai phụ nắm bắt nội dung truyền đạt tốt hơn, và hơn nữa phương pháp truyền thông nhóm nhỏ giúp cho chương trình can thiệp mang tính bền vững, lâu dài, kể cả khi chương trình kết thúc “...mô hình truyền thông nhóm nhỏ rất hiệu quả, thai phụ trao đổi làm sáng tỏ, cung cấp nhiều kiến thức, ít tốn thời gian, kinh phí mà hiệu quả, hiệu quả chương trình sẽ được duy trì vì cung cấp cho cán bộ y tế các phương pháp, kỹ thuật truyền thông, nên nó mang tính bền vững, lâu dài,...” (PVS_CBYT)

4.3.8. Các hoạt động, lợi ích, đề xuất của nhân viên y tế về chương trình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

“... hiện nay chương trình luôn có thuốc điều trị thuốc cấp miễn phí, cấp đầy đủ cho thai phụ, nhân viên y tế tư vấn đầy đủ lợi ích, tác dụng phụ của thuốc, nơi cấp thuốc, ...” (PVS_CBYT). Mô hình truyền thông nhóm nhỏ được đánh giá là có hiệu quả hơn các mô hình truyền thông khác theo quan điểm của các cán bộ y tế “...Mô hình truyền thông nhóm nhỏ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có hiệu quả hơn tư vấn cá nhân...” (PVS_CBYT). Các cán bộ y tế được phỏng vấn cũng đưa ra một số lý do thể hiện hiệu quả của mô hình truyền thông nhóm nhỏ như dễ áp dụng, phù hợp cho tư vấn trước xét nghiệm, tiết kiệm thời gian, kích thích sự tương tác giữa các thành viên trong nhóm và tìm kiếm tiếng nói chung “...Mô hình truyền thông nhóm nhỏ ... dễ áp dụng và phù hợp cho tư vấn trước xét nghiệm, đỡ mất nhiều thời gian, hợp lý, khuyến khích thai phụ tự nói và các thai phụ trao đổi với nhau giúp họ dễ tìm hiểu ra vấn đề hơn, một lần truyền thông nhóm được nhiều người nghe hơn, ...” (PVS_CBYT).

4.4. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

4.4.1. Hiệu quả can thiệp về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012

Theo kết quả nghiên cứu của Orne-Gliemann J., Mukotekwa T., Perez F. et al (2006), cho thấy chiến lược dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cần thực hiện ở cả cá nhân và cộng đồng. Kiến thức, thái độ và thực hành các cuộc điều tra có thể được sử dụng để theo dõi hiệu quả chương trình [81].

Kết quả nghiên cứu đánh giá trước - sau can thiệp ở huyện Bình Chánh cho thấy ở phụ nữ mang thai kiến thức nhận biết về HIV/AIDS, kiến thức về đường lây truyền HIV, kiến thức về phát hiện nhiễm HIV, kiến thức về bệnh LTQĐTD và sử dụng BCS, kiến thức về thuốc điều trị HIV và kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có sự khác biệt rõ rệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$ (Bảng 3.23).

Trong mô hình nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm chứng, hiệu quả can thiệp thật sự có được khi so sánh chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp và nhóm chứng. Theo đó, khi so sánh chỉ số hiệu quả ở huyện Bình Chánh và quận Bình Tân kết quả cho thấy, hiệu quả can thiệp về kiến thức đường lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai đạt hiệu quả cao nhất là 26,2%, kế đến là kiến thức về điều trị HIV, hiệu quả can thiệp đạt 25%; Kiến thức về bệnh lây truyền qua đường tình dục và kiến thức về sử dụng bao cao su, hiệu quả can thiệp đạt 22,4%. Các nhóm kiến thức này có hiệu quả can thiệp cao có thể do phụ nữ mang thai quan tâm nhiều hơn đến đường lây truyền của bệnh và vấn đề điều trị sao cho khỏi bệnh. Bên cạnh đó; Kiến thức về nhận biết HIV/AIDS và kiến thức chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có hiệu quả can thiệp đạt hiệu quả thấp lần lượt là 11% và 8%, điều này cho thấy nhóm kiến thức nhận biết HIV/AIDS có thể là kiến thức chuyên sâu nên phụ nữ mang thai chưa biết nhiều (Bảng 3.27).

Hơn nữa, kết quả này còn khẳng định việc can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai hiện nay vẫn hết sức cần thiết, cũng như theo kết quả nghiên cứu của Luo Y., He G. P. (2008), phần lớn (91%) của những người phụ nữ đã nhận thức được rằng HIV/AIDS có thể tồn tại trong suốt thời kỳ mang thai, nhưng chỉ có 64% nghe nói về lây truyền từ mẹ sang con. Đường lây truyền

qua nhau, sinh ngã âm đạo và cho con bú được xác định là đường lây truyền từ mẹ sang con lần lượt là 85%, 60% và 20%. Mức độ nhận thức và kiến thức về HIV/AIDS ở phụ nữ có thai có vẻ hơi hợt; điều này cho thấy giáo dục kiến thức về lây truyền từ mẹ sang con cho thai phụ là cần thiết [71].

Kiến thức về đường lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh tăng lên rõ rệt từ 17,5% trước can thiệp lên 68,8% sau can thiệp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$; đồng thời hiệu quả can thiệp đạt tỷ lệ cao nhất là 26,2% (Bảng 3.23 và Bảng 3.27). Kết quả này cho thấy hiệu quả rõ rệt mà chương trình can thiệp mang lại, đồng thời cho thấy thai phụ huyện Bình Chánh có sự thay đổi rõ rệt về kiến thức đường lây truyền HIV. Tuy nhiên kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu can thiệp của Trương Trọng Hoàng và cộng sự (2009) tại thành phố Hồ Chí Minh; Kiến thức đúng về ba đường lây truyền là trước can thiệp và sau can thiệp là trên 96% [26], Mặc dù vậy, kết quả này lại phù hợp hơn với kết quả nghiên cứu của Hembah-Hilekaan S. K., Swende T. Z., Bito T. et al (2012), có 71,6% thai phụ cho là HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con nếu mẹ bị nhiễm [67].

Kiến thức đúng về điều trị HIV tăng lên rất rõ rệt, từ 26,1% trước can thiệp tăng lên 67,3% sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; và hiệu quả can thiệp đạt 41,2% (Bảng 3.23 và Bảng 3.27). Kết quả này cho thấy chương trình can thiệp đã đem lại hiệu quả rõ rệt và thai phụ ở huyện Bình Chánh đã quan tâm nhiều hơn đến việc điều trị HIV làm sao để khỏi bệnh và giảm được sự lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu can thiệp của Trương Trọng Hoàng và cộng sự (2009) tại thành phố Hồ Chí Minh; kiến thức ở phụ nữ mang thai về điều trị dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con tăng lên rõ rệt (90% TCT và 95% SCT) [26].

Kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh cũng có sự thay đổi theo chiều hướng tăng lên, từ 51,5% trước can thiệp tăng lên 74,4% sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; Và hiệu quả can thiệp đạt 11% (Bảng 3.23 và Bảng 3.27); Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hawkins D., Blott M., Clayden P. et al (2005) ở Ghana, có 65,6% thai phụ đều nhận biết “HIV/AIDS là mối đe dọa cuộc sống” và nhận thức được các dấu hiệu chính của AIDS là “sụt cân, sốt kéo dài, tiêu chảy kéo dài” [66]. Kết quả này cũng phù hợp hơn với nghiên cứu của Von Linstow M. L., Rosenfeldt V., Lebech A. M. et al (2010), kiến thức về tình trạng nhiễm HIV ở thai phụ trước khi mang thai tăng từ 8% trước can thiệp lên 80% sau can thiệp [99]. Kiến thức đúng về phát hiện nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh tăng từ 84,5% trước can thiệp lên 90,5% sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; Và chỉ số hiệu quả đạt tỷ lệ thấp 6% (Bảng 3.23), điều này cho thấy có thể do trước can thiệp nhóm kiến thức này đã chiếm tỷ lệ cao, nên sau can thiệp kiến thức có tăng thêm nhưng không đáng kể. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kim Y. M., Chilila M., Shasulwe H. et al (2013); Kiến thức phát hiện nhiễm HIV ở thai phụ bằng cách xét nghiệm HIV tăng từ 13% lên 48% [69].

Tuy nhiên khi so sánh với phụ nữ mang thai ở nhóm chứng (quận Bình Tân), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; và không thấy có hiệu quả can thiệp. Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh tăng lên rất rõ rệt, từ 55% trước can thiệp tăng lên 94,1% sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; và hiệu quả can thiệp đạt 39,1% (Bảng 3. 23 và Bảng 3.27). Kết quả này tương đối phù hợp so với nghiên cứu can thiệp của Trương Trọng Hoàng và cộng sự, (2009) cho thấy, kiến thức “AIDS gây suy giảm khả

năng chống lại bệnh tật” tăng từ 70% lên 78%; kiến thức nhận biết tình trạng nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai, tăng từ 53% lên 55%; kiến thức về khả năng dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng từ 42% lên 72,3% [26]; và kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ugwu G. O., Iyoke C. A., Nwagbo D. F. (2012) ở Nigeria, sau khi giáo dục sức khỏe kiến thức của bà mẹ về HIV tăng lên từ 93,3% trước can thiệp lên 96,7% sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [94].

Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Salam, R. A., cho thấy truyền thông can thiệp cơ bản có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành, kết quả sau can thiệp hiệu quả về kiến thức gia tăng 0,66 lần, bảo vệ quan hệ tình dục tăng 1,19 lần, sử dụng bao cao su tăng 1,58 lần [87]. Điều này cho thấy chương trình can thiệp bằng các phương pháp truyền thông, tư vấn cho thai phụ về HIV/AIDS, cung cấp tài liệu truyền thông đã đem lại hiệu quả rất rõ rệt cho phụ nữ mang thai trên địa bàn huyện Bình Chánh, giúp thai phụ nâng cao được kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

4.4.2. Hiệu quả can thiệp về thái độ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp), thái độ của thai phụ về chấp nhận xét nghiệm HIV, thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm HIV, thái độ chấp nhận giữ thai sinh con khi nhiễm và thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, có sự khác biệt rõ rệt trước và sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV ở thai phụ có chỉ số hiệu quả cao nhất là 32,7%; có thể do đây là thái độ giúp phát hiện có mắc bệnh không, đây là nhu cầu thật sự của mỗi cá nhân nên dễ dàng được thai phụ chấp nhận hơn. Thái độ chấp nhận giữ thai khi nhiễm và thái độ chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt chỉ số hiệu quả thấp hơn lần lượt là 5,4% và 11,5%), có thể do việc giữ thai để sinh con ở phụ nữ nhiễm HIV còn phụ thuộc rất nhiều yếu tố như: bản thân thai phụ, tác động của chồng, gia đình và xã hội, vấn đề điều trị dự phòng cũng như các yếu tố khác, có thể vì vậy mà thái độ về chấp nhận giữ thai sinh con khi nhiễm ở thai phụ có tỷ lệ thấp (Bảng 3.24).

Tuy nhiên khi so sánh chỉ số hiệu quả giữa nhóm can thiệp (Bình Chánh) và nhóm chứng (Bình Tân) kết quả nghiên cứu ghi nhận, chỉ có thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV của phụ nữ mang thai ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt là 32,7%, nhóm chứng là 29,2% và hiệu quả can thiệp đạt được 3,5%. Bên cạnh đó các thái độ khác của thai phụ cũng có sự thay đổi trước và sau can thiệp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ và không thấy có hiệu quả. Mặc dù chương trình đã cung cấp cho thai phụ một khối lượng lớn kiến thức về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thể hiện qua hiệu quả về kiến thức của thai phụ, tuy nhiên từ việc có kiến thức đến thay đổi thái độ là cả một quá trình lâu dài, và nó chịu tác động rất lớn của các yếu tố khác, hơn nữa đây là những thái độ rất nhạy cảm, thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV, thái độ chấp nhận có thai khi nhiễm HIV, thái độ chấp nhận giữ thai sinh con khi nhiễm HIV, do vậy khi đánh giá ít thấy có hiệu quả (Bảng 3.28).

Tuy nhiên, kết quả chấp nhận xét nghiệm HIV ở thai phụ cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Trương Trọng Hoàng và cộng sự, cho thấy

sau can thiệp, thái độ xét nghiệm HIV trước khi quyết định mang thai tăng lên rõ rệt (93% TCT và 97% SCT), phụ nữ mang thai nên khám thai sớm để xét nghiệm HIV (95% TCT và 100% SCT), thái độ đồng tình với việc xét nghiệm phát hiện HIV khi đã mang thai rất cao (95% TCT và 93% SCT) [26].

Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Ugwu G. O., Iyoke C. A., Nwagbo D. F. (2012), cho thấy trước can thiệp có 86,6% thai phụ chấp nhận một số biện pháp dự phòng lây truyền mẹ con, sau khi giáo dục sức khỏe, thái độ về phòng lây truyền mẹ con tăng từ 86,6% lên 97,3% [94]. Kết quả nghiên cứu này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Tatagan A., Mouhari-Toure A., Saka B. et al (2011) ở Togo, có 77,1% đồng ý quan hệ tình dục không an toàn làm tăng nguy cơ lây truyền HIV cho trẻ em, có 61% bày tỏ sự sẵn sàng sử dụng bao cao su trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú, tỷ lệ chấp nhận xét nghiệm HIV là 92,4%; có 29,5% cho rằng người phụ nữ có HIV dương tính không nên có con [92].

4.4.3. Hiệu quả can thiệp về thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở thai phụ tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân, năm 2010-2012

Ở nhóm can thiệp (huyện Bình Chánh), kết quả nghiên cứu cho thấy, về thực hành sử dụng dụng cụ cá nhân, thực hành an toàn trong phẫu thuật, thực hành về xét nghiệm HIV, thực hành tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và thực hành chung về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của thai phụ, có sự khác biệt trước và sau can thiệp, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Sau can thiệp, thực hành đúng về sử dụng dụng cụ cá nhân tăng từ 79,5% trước can thiệp lên 100% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 20,5%. Thực hành đúng về an toàn trong phẫu thuật từ 84,4% trước can thiệp tăng lên

97,5% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 13,1%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV từ 72,9% trước can thiệp tăng lên 96,9% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 24%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Orne-Gliemann J., Mukotekwa T., Perez F. et al (2006), cho thấy tỷ lệ phụ nữ tham gia các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tăng từ 48% lên 82,8%. [81]. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Kim Y. M., Chilila M., Shasulwe H. et al (2013) cho thấy tại các địa điểm can thiệp, thai phụ xét nghiệm HIV tăng từ 13% lên 48% [69].

Thực hành đúng về tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 48,7% trước can thiệp tăng lên 87,8% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 39,1%. Thực hành đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 63,5% trước can thiệp tăng lên 97,3% sau can thiệp và chỉ số hiệu quả đạt 33,8% (Bảng 3.19). Theo nghiên cứu của Trần Tôn, Vũ Xuân Thịnh, Lương Quế Anh và cộng sự (2010), kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nhiễm HIV sinh ra từ mẹ có tham gia phòng lây truyền mẹ con đầy đủ là 5,5% và từ mẹ được dự phòng không đầy đủ là 23,8%, nếu mẹ biết nhiễm HIV trước hoặc trong khi mang thai và có uống thuốc ARV dự phòng thì tỷ lệ trẻ có HIV dương tính là 3,4% và 4%. Nếu mẹ chỉ được xét nghiệm HIV dương tính lúc đến sinh và chỉ uống dự phòng một liều duy nhất thì tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn là 17,7%. Qua đó ta thấy nếu mẹ được chăm sóc tiền sản tốt và sớm tham gia vào chương trình phòng lây truyền mẹ con thì sẽ làm giảm đáng kể khả năng lây truyền HIV sang cho con.

Kết quả nghiên cứu khi so sánh với nhóm chứng ở quận Bình Tân cho thấy, thực hành đúng an toàn trong phẫu thuật ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt 15,5%, ở nhóm chứng giảm 12% và hiệu quả can thiệp đạt 27,5%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt 32,9%, ở nhóm chứng là 2,2% và hiệu quả can thiệp đạt 30,7%. Thực hành

đúng về tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt 39,1%, ở nhóm chứng là 8,5% và hiệu quả can thiệp đạt 35,8%. Thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở nhóm can thiệp, chỉ số hiệu quả đạt 33,8%, ở nhóm chứng là 8,5% và hiệu quả can thiệp đạt 25,3% (Bảng 3.22).

Thực hành chung về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, hiệu quả can thiệp đạt 25,3%, chứng tỏ mô hình can thiệp đã thành công giúp gia tăng độ bao phủ của chương trình, số lượng thai phụ tham gia xét nghiệm HIV tăng lên đáng kể, hoạt động truyền thông can thiệp đã giúp thai phụ tiếp cận nhiều hơn với chương trình và hiệu quả hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trương Trọng Hoàng và cộng sự (2009), cho thấy thực hành khám thai chiếm đa số với 97,5% và tỉ lệ thai phụ làm xét nghiệm HIV là 78% [26]. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Tatagan A., Mouhari-Toure A., Saka B. et al (2011), 61% có thực hành sử dụng BCS trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú và 61% nhận biết rằng nguy cơ lây nhiễm HIV cho con là do cho con bú hỗn hợp cao hơn so với nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ [92].

4.5. Hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm ở phụ nữ mang thai, lý do thai phụ làm xét nghiệm và không làm xét nghiệm HIV

Qua nghiên cứu cắt ngang có phân tích tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010, cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 0,98%; 95%CI (0,4 -1,5). Với khoảng tin cậy có giá trị tương đối hẹp (0,4-1,5) cho thấy cỡ mẫu nghiên cứu đủ lớn và tỷ lệ nhiễm ước lượng được trong cộng đồng của nghiên cứu là khá chính xác (bảng 3.19).

Tỷ lệ nhiễm này tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của cùng tác giả (2007) là 1,05% [50]. Đánh giá sau can thiệp năm 2012, kết quả

ngiên cứu cho thấy, ở nhóm can thiệp (huyện Bình Chánh), tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ giảm còn 0,55% (biểu đồ 3.5). Kết quả này tương đối phù hợp so với kết quả công bố của các nghiên cứu khác gần đây. Nghiên cứu của Trương Tấn Minh (2009), tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 0,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên Phương, Lê Thị Thanh Vân (2010), tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ là 0,55%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Việt Tiến, Dương Lan Dung, Đỗ Quan Hà và cộng sự (2010) cho thấy, tỷ lệ nhiễm chung của cả nước là 0,34%, bệnh viện phụ sản Trung ương 0,4%, Hải Phòng 0,43%, Quảng Ninh 0,68% [40].

Bên cạnh đó kết quả còn cho thấy, ở nhóm can thiệp (Huyện Bình Chánh), tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ chỉ số hiệu quả đạt 43%. Ở nhóm chứng (quận Bình Tân), tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ, chỉ số hiệu quả đạt 3% và hiệu quả can thiệp về tỷ lệ nhiễm đạt 40% (bảng 3.30). Điều này cho thấy các hoạt động can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe triển khai tại huyện Bình Chánh trong thời gian qua rất hiệu quả.

Về lý do thai phụ làm xét nghiệm và không làm xét nghiệm HIV, qua nghiên cứu ghi nhận có 67,1% thai phụ muốn làm xét nghiệm để được tham vấn về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều đó cho thấy thai phụ đánh giá cao hoạt động tham vấn, các nội dung tham vấn cũng là vấn đề thai phụ quan tâm, từ đó chương trình cũng cần điều chỉnh và cập nhật những kiến thức mà thai phụ cần có. Bên cạnh đó, có 83,8% thai phụ làm xét nghiệm vì muốn biết tình trạng bệnh của mình, như vậy nếu chương trình hoạt động tốt, thai phụ biết được lợi ích của việc xét nghiệm HIV, thì tỷ lệ xét nghiệm HIV tự nguyện sẽ tăng lên rất nhiều. Có 59,7% thai phụ xét nghiệm HIV với lý do để lo cho con nếu bị nhiễm và 43,81% thai phụ xét nghiệm vì muốn được tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều này cho thấy có một bộ phận lớn thai phụ có hiểu biết về hoạt động của chương

trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Có 30,2% thai phụ xét nghiệm theo yêu cầu của chồng, điều này cho thấy để chương trình đạt hiệu quả tốt hơn, ngoài đối tượng chính là thai phụ, cần quan tâm thêm các đối tượng khác trong gia đình của thai phụ. Khác với kết quả nghiên cứu của Ekabua J. E., Oyo-Ita A. E., Ogaji D. S. et al (2006), vợ hoặc chồng phản đối, không hài lòng làm xét nghiệm HIV là 23,1%; lý do chính là họ không hài lòng làm xét nghiệm HIV. Lý do chính là họ không hài lòng làm xét nghiệm HIV [63]. Kết quả nghiên cứu cho thấy phù hợp với nghiên cứu của Hawkins D., Blott M., Clayden P. et al (2005), có 77,3% thai phụ xét nghiệm theo yêu cầu của nhà thờ như là điều kiện tất yếu cho việc kết hôn; 5% do yêu cầu của bạn tình; có 8% bạn tình của thai phụ có làm xét nghiệm HIV; 77,8% thai phụ đồng ý điều trị nếu kết quả HIV(+). Lý do thai phụ từ chối xét nghiệm: có 67% nghĩ rằng bản thân không có nguy cơ; 65,5% cho rằng bệnh không điều trị khỏi; 90% thai phụ hài lòng đến xét nghiệm tự nguyện giấu tên [66].

Về lý do thai phụ không làm xét nghiệm, qua nghiên cứu ghi nhận, lý do thai phụ không làm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là không được tư vấn (42,2%), cho thấy công tác tư vấn trước xét nghiệm vẫn là một công tác quan trọng cần phải được thực hiện thường xuyên. Có 38% thai phụ không làm xét nghiệm với lý do lo sợ không được bảo mật; như vậy nội dung bảo mật cần được đề cập đến trong chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và nên đưa vào nội dung tham vấn của chương trình để thai phụ hiểu, biết và yên tâm khi tham gia chương trình và nhất là yên tâm đến trạm y tế thực hiện xét nghiệm máu tầm soát HIV. Vẫn còn tỷ lệ khá cao thai phụ cho rằng bản thân không có nguy cơ mắc bệnh (35,4%), công tác truyền thông cần nhấn mạnh cho thai phụ hiểu, đối tượng nào cũng có thể nhiễm HIV, không có đối tượng nguy cơ mà chỉ có hành vi nguy cơ, việc nhận thức và hiểu được đường lây truyền của bệnh sẽ giúp thai phụ có thực hành xét nghiệm tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với một nghiên cứu ở Kenya của Bii, S.C., et al.,(2008), có 98,3% thai phụ ủng hộ việc chủ động kiểm tra HIV cho toàn bộ thai phụ. Trong khi 54% thai phụ muốn cho họ đồng ý trước khi thực hiện xét nghiệm; 44,8% không xem cần thiết phải được cho phép; 97% thai phụ cho biết họ sẽ ủy quyền cho người của bệnh viện thông báo các kết quả [56].

4.6. Quan điểm, thái độ của phụ nữ mang thai và của nhân viên y tế về việc có thai và giữ thai sinh con khi nhiễm HIV

Tuy có kiến thức cũng như thái độ và thực hành đúng đắn, nhưng cán bộ y tế lại có một số quan điểm chưa thực sự phù hợp. Trong các trường hợp thai dưới 12 tuần, họ vẫn khuyên thai phụ nhiễm HIV bỏ thai để giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Quan điểm này thực sự cần được cân nhắc và can thiệp bởi có khả năng họ vẫn chưa nhận thức thực sự đúng đắn về đường lối chiến lược của chương trình “không nên sinh con ở thai phụ nhiễm”. Ngược lại, với quan niệm của cán bộ y tế phụ trách chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con về việc nên hay không nên mang thai ở phụ nữ bị nhiễm, các cán bộ lại thể hiện thái độ hoàn toàn đúng đắn về việc không nên mang thai khi bị nhiễm. Đây cũng rất hợp lý với trình tự logic trong tư duy hệ thống của nhóm đối tượng liên quan này. Các thai phụ bị nhiễm cũng như các cán bộ y tế cũng đã thể hiện một góc độ tích cực phản ánh quyền và lợi ích của con người. Họ đã có một tiếng nói chung, nói lên mong muốn và nguyện vọng mang thai, sinh con của người phụ nữ, đặc biệt là người phụ nữ nhiễm HIV. Ngoài bản thân thai phụ, các thúc đẩy từ gia đình do chính các thai phụ nêu lên cũng thể hiện nguyện vọng của toàn thể người dân, các bậc làm cha, mẹ, mong muốn thực hiện thiên chức của người phụ nữ, là sinh con. Như vậy, chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tập trung vào việc phòng ngừa sự lây nhiễm cho đứa con được sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV cũng thực sự là một trong những biện pháp đáp ứng nhu cầu thực tế của xã

hội. Chính chương trình này, bản thân nó, cũng đã và đang tiến tới một thành quả lớn lao là giảm tỷ lệ những đứa trẻ nhiễm HIV được sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV theo tiêu chí của Cục phòng chống HIV Việt Nam.

Ngoài ra, mong muốn và nguyện vọng của các thai phụ nhiễm HIV được sinh con và được điều trị dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con cũng được tổ chức CARE International (Tổ chức phi chính phủ hoạt động trong lĩnh vực HIV) cụ thể hóa trong dự án “We are Women” triển khai năm 2012. Mặt khác, ngoài những suy nghĩ tích cực, một số thai phụ vẫn còn các suy nghĩ tiêu cực, mà xuất phát điểm cũng từ tình trạng thiếu kiến thức, thông tin, hay đơn thuần bởi những suy nghĩ rất “con người”. Các thai phụ, cả không nhiễm HIV lẫn nhiễm HIV, đều lo sợ lây nhiễm cho con mình, và khi mình chết đi thì không ai lo cho con. Chính vì vậy, một số thai phụ quyết định không sinh con, không mang thai mặc dù bản thân họ rất mong muốn sinh con. Chương trình phòng chống HIV quốc gia đã có nhiều nỗ lực trong suốt thời gian qua. Chính nhờ các nỗ lực trong truyền thông về HIV và phòng chống HIV, thành quả trong việc nâng cao nhận thức của thai phụ tương đối rõ nét. Hầu hết phụ nữ đều có kiến thức rất tốt, họ biết rất rõ và họ tích cực trao đổi khi được hỏi về đường lây truyền. Bên cạnh đối tượng đích mà chương trình truyền thông nhắm đến, các đối tượng có liên quan như cán bộ y tế, người trực tiếp hoặc gián tiếp đóng góp cho các thành quả đó, cũng cho thấy có kiến thức, nhận thức đúng đắn về HIV. Đây cũng là yếu tố góp phần thúc đẩy cho quá trình nâng cao kiến thức, nhận thức của thai phụ, đặc biệt đối với việc điều trị dự phòng lây nhiễm HIV cho con ở các thai phụ nhiễm HIV.

KẾT LUẬN

Đề tài nghiên cứu được thực hiện tại hai Quận, Huyện của thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012 với huyện Bình Chánh (nhóm can thiệp) và quận Bình Tân (nhóm chứng), qua nghiên cứu kết luận như sau:

1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010.

Tỷ lệ thai phụ có kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 39,6%. Tỷ lệ thai phụ có thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 65,9%. Tỷ lệ thai phụ có thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con là 65,4%. Nguồn thông tin thai phụ tiếp cận nhiều nhất là tivi (88,9%). Tivi là nguồn thông tin thai phụ dễ tiếp cận nhất (63,8%) và cũng là nguồn thông tin dễ hiểu nhất đối với thai phụ (44,2%). Tỷ lệ nhiễm HIV của phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 là tương đối cao (0,98%).

Kiến thức có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố tình trạng kinh tế (OR=0,6); Trình độ học vấn (OR=1,4); Tình trạng hôn nhân (OR=8,3); Thái độ (OR=3,6). Thái độ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố nghề nghiệp của chồng (OR=1,3); Dân tộc (OR =0,6); Tình trạng kinh tế (OR=0,4); Kiến thức (OR=3,5). Thực hành có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố nơi cư trú (OR=0,6); Bệnh LTQĐTD (OR=0,5).

2. Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai huyện Bình Chánh và quận Bình Tân thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012

Đánh giá trước-sau ở nhóm can thiệp; Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; CSHQ đạt 39,1%. Thái độ chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; CSHQ đạt 11,5%. Thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; CSHQ đạt 33,8%. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai giảm rõ rệt từ 0,98 % (TCT) xuống còn 0,55% (SCT); Chỉ số hiệu quả đạt 43%.

Đánh giá trước-sau có nhóm chứng, Kiến thức đúng về nhận biết HIV/AIDS; Hiệu quả can thiệp đạt 11%. Kiến thức đúng về đường lây truyền HIV; Hiệu quả can thiệp đạt 26,2%. Kiến thức đúng về bệnh LTQĐTD; Hiệu quả can thiệp đạt 22,4%. Kiến thức đúng về điều trị HIV; Hiệu quả can thiệp đạt 25%. Kiến thức chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; Hiệu quả can thiệp đạt 8%. Thái độ đúng về chấp nhận xét nghiệm HIV; Hiệu quả can thiệp đạt 3,5%. Thực hành đúng về an toàn trong phẫu thuật; Hiệu quả can thiệp đạt 27,5%. Thực hành đúng về xét nghiệm HIV; Hiệu quả can thiệp đạt 30,7%. Thực hành đúng về tham gia chương trình về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; Hiệu quả can thiệp đạt 35,8%. Thực hành chung đúng về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; Hiệu quả can thiệp đạt 25,3%. Tỷ lệ nhiễm HIV ở thai phụ; Hiệu quả can thiệp đạt 40%.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi đề xuất như sau:

1. Cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông can thiệp thay đổi hành vi, giúp nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành đúng của thai phụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, từ đó giúp giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Đồng thời nên nhân rộng mô hình truyền thông nhóm nhỏ, phù hợp với đối tượng đích là thai phụ, giúp tiết kiệm được thời gian, ít tốn kém và đem lại hiệu quả cao.

2. Xây dựng chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng, cần chú trọng đối tượng đích là phụ nữ mang thai có học vấn thấp, kinh tế nghèo, người nhập cư, có nghề làm ruộng, người không có tôn giáo, dân tộc ít người, không chung sống với chồng, hoặc trong gia đình có người nhiễm. Nội dung cần chú trọng các kiến thức mới và chuyên sâu, thái độ chấp nhận xét nghiệm HIV khi mang thai và thực hành tham gia chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

3. Hoạt động truyền thông về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cần tập trung nhiều hơn vào kênh tivi. Bên cạnh đó cần nâng cao kỹ năng và chuyên môn cho nhân viên y tế và cộng tác viên vì đây là nguồn thông tin chính thống, hoạt động cần chú ý đến công tác bảo mật và vai trò của người chồng giúp thai phụ yên tâm xét nghiệm HIV và tham gia các hoạt động hữu ích của chương trình.

4. Để chương trình can thiệp mang tính bền vững cần tiếp tục củng cố mạng lưới và nguồn lực cần thiết để duy trì các hoạt động chính của chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

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

1. **Phan Thanh Xuân, Trương Việt Dũng (2012).** Đặc điểm của phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012. *Tạp chí Y học thực hành*, 8(877), 115-120.

2. **Phan Thanh Xuân, Trương Việt Dũng (2012).** Thực trạng về kiến thức, thái độ, thực hành trong đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012. *Tạp chí Y học thực hành*, 8(877), 109-114.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2006). Quản lý chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. *Hội nghị quốc gia về quản lý chăm sóc và điều trị HIV/AIDS*, Hà Nội.
2. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2011). Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2011, Hà Nội.
3. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2011). *Hướng dẫn thực hiện dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*, Hà Nội
4. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2012). Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2012, Hà Nội
5. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2013). Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2013, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2005). *Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị nhiễm HIV/AIDS, ban hành kèm theo Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT ngày 7/3/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
7. Bộ Y tế (2007). *Giáo dục và nâng cao sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2007). *Chương trình hành động quốc gia về thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS đến 2010*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2008). *Hướng dẫn Phác đồ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng vi rút, ban hành kèm theo Quyết định số 3821/QĐ-BYT ngày 03/10/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế*, Hà Nội.
10. Nguyễn Hữu Chí (2000). *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*, 90-105.
11. Chính phủ (2006). Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), Hà Nội.
12. Chính phủ (2012). Quyết định số 608/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ về việc phê duyệt chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, Hà Nội.
13. Chính phủ (2012). Quyết định số 1202/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ về việc phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015, Hà Nội.
14. Nguyễn Đức Chung, Trần Thị Bích Hà (2010). Tỷ lệ nhiễm HIV ở các nhóm đối tượng nguy cơ tại Hà Nội trong 10 năm 2005. *Tạp chí Y học thực hành, Bộ Y tế*, (742, 743), 26-29.
15. Dự án hợp tác Việt Nam-Hà Lan (2011) Phương pháp đánh giá tác động chương trình y tế. *Phương pháp đánh giá tác động chương trình y tế*. Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
16. Dự án Quỹ Toàn cầu - Bộ Y tế (2006). *Lây truyền HIV từ mẹ sang con: Thời điểm, các yếu tố nguy cơ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 21-25.

17. Dự án Việt Nam - CDC (2009). Tài liệu Hội thảo đánh giá chương trình truyền thông phòng chống HIV/AIDS. *Hội thảo đánh giá chương trình truyền thông phòng chống HIV/AIDS*, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
18. Trần Thị Kim Dung, Trương Tấn Minh, Nguyễn Văn Hải và cộng sự (2010). Nghiên cứu tình hình lây nhiễm HIV giữa vợ chồng và con của người có HIV tại Khánh Hòa 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742, 743), 19-22.
19. Trương Việt Dũng (1998). *Phương pháp nghiên cứu khoa học về Y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 83-87.
20. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật (2007). *Tổ chức và Quản lý Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. Trần Thị Thanh Hà (2010). HIV-1 lây truyền từ mẹ sang con các tỉnh Phía Nam Việt Nam. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 523-525.
22. Trần Thị Thủy Hà (2010). Đặc điểm lâm sàng và tình trạng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế và sức khỏe của người nhiễm HIV tại Tiền Giang năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742, 743), 430-436.
23. Đoàn Chí Hiền, Trần Thị Ngọc, Nguyễn Lê Tâm và cộng sự (2010). Nghiên cứu kiến thức và một số yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV đến tại phòng tư vấn, xét nghiệm HIV tự nguyện trung tâm phòng chống HIV/AIDS Thừa Thiên Huế năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 147-152.
24. Nguyễn Văn Hiến (2006). *Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
25. Nguyễn Thị Hiệu (2010). Đánh giá kiến thức về HIV/AIDS của cán bộ chuyên trách, cán bộ thông kê báo cáo tuyến xã, phường trong tỉnh Phú Yên năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 116-120.
26. Trương Trọng Hoàng, Lê Thị Kim Phượng, Phạm Thị Hải Ly và cộng sự (2010). Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về HIV/AIDS và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai và phụ nữ tuổi sinh đẻ tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế (742,743), 231-235.
27. Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thị Huỳnh và cộng sự (2010). Đánh giá kết quả dự án phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 184-188.
28. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức và cộng sự (2010). Nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm vợ, bạn tình người nghiện chích ma túy tại Lai Châu năm 2010. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742-743), 203-210.
29. Nguyễn Ban Mai, Huỳnh Thị Thu Thủy, Lê Trường Giang và cộng sự (2010). Tỷ lệ nhiễm HIV của chồng thai phụ có HIV dương tính tại bệnh viện Từ Dũ 2008-2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y Tế, (742, 743), 653-657.
30. Nguyễn Thiện Minh, Phan Thanh Xuân (2013). Mức độ hài lòng của khách hàng tại phòng tư vấn xét nghiệm HIV Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí

- Minh năm 2012. *Tạp chí Y học thực hành*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, (17), 109-114.
31. Trương Tấn Minh (2009). Mô tả Đặc điểm dịch tễ học nhiễm HIV/AIDS tỉnh Khánh Hòa từ năm 1993-2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742, 749), 11-22.
 32. Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình và cộng sự (2008). Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống nhiễm HIV trên người dân 15-49 tuổi tại Khánh Hòa. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 66-69.
 33. Hồ Thị Ngọc (2005). Kiến thức, thái độ, hành vi của phụ nữ mang thai nhiễm HIV. *Tạp chí Y học thực hành*, (528,529), 95-101.
 34. Nguyễn Đỗ Nguyên (2005). *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y khoa*, Bộ môn Dịch tễ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 26-29.
 35. Vũ Thị Nhung (2010). Nghiên cứu đánh giá chương trình phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con tại bệnh viện Hùng Vương 2005-2008. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 377-380.
 36. Nguyễn Duy Phong, Nguyễn Thị Lượm (2010). Mô tả các đặc điểm về dân số-xã hội, đường lây nhiễm, tiền sử thai nghén, tiền sử điều trị thuốc kháng HIV vợ bệnh nhân nữ nhiễm HIV/AIDS nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện Nhiệt Đới thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, (17), 119-123.
 37. Hoàng Huy Phương, Lê Hoàng Nam, Tạ thị Lan Hương và cộng sự (2010). Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống HIV/AIDS của người dân từ 15-49 tuổi ở Huyện Hoa Lư và thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 124-127.
 38. Nguyễn Thị Liên Phương, Lê Thị Thanh Vân (2010). Nhận xét về thái độ xử trí trong chuyển dạ của sản phụ có HIV/AIDS tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế (742,743),458-462.
 39. Nguyễn Minh Sơn (2010). *Dịch tễ học*, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, 32-35.
 40. Nguyễn Việt Tiến, Dương Lan Dung, Đỗ Quan Hà và cộng sự (2010). Nghiên cứu tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV và các biện pháp can thiệp điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại một số cơ sở sản khoa phía Bắc trong giai đoạn 2006-2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế (742,743), 408-413.
 41. Nguyễn Thị Thanh Tịnh, Nguyễn Thị Thanh Tâm (2010). Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến việc xét nghiệm HIV tự nguyện của bà mẹ mang thai tại thị xã Đông Hà và thị xã Quảng Trị, Tỉnh quảng trị năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 394-400.
 42. Trần Tôn, Vũ Xuân Thịnh, Lương Quế Anh và cộng sự (2010). Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV ở khu vực phía Nam. *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, (742,743), 477-480.

43. Trung tâm y tế Dự phòng huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh (2011). Báo cáo tổng kết chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con năm 2010.
44. Ủy Ban Nhân Dân thành phố Hồ Chí Minh (2011). *Niên giám thống kê 2005-2010*, 45-76.
45. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2007). *Chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*, 36-52.
46. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2010). Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện chương trình thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi phòng chống HIV/AIDS 2006-2010 tại thành phố Hồ Chí Minh.
47. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2012). Báo cáo tổng kết chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con năm 2012.
48. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2013). Báo cáo tổng kết 5 năm chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thành phố Hồ Chí Minh.
49. Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2009). Báo cáo kế hoạch dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại thành phố Hồ Chí Minh.
50. Phan Thanh Xuân (2008). Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh năm 2007. *Tạp chí Y Học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*, (12), 94-100.
51. Acquir J. (1995). Rates of mother to child transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies. The Working Group on Mother To Child Transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, (5), 506-510.
52. Asefa A., Beyene H. (2013). Awareness and knowledge on timing of mother to child transmission of HIV among antenatal care attending women in Southern Ethiopia: a cross sectional study. *Reprod Health*, (10), 66.
53. Ashimi A. O, Omole-Ohonsi A, Amole T. G et al (2014). Pregnant Women's Knowledge and Attitude to Mother To Child Transmission of Human Immuno Deficiency Virus in a Rural Community in Northwest Nigeria. *West Afr J Med*, 33(1), 68-73.
54. Atwiine B. R, Rukundo A., Sebikali J. M et al (2013). Knowledge and practices of women regarding prevention of mother to child transmission of HIV in rural south west Uganda. *Int J Infect Dis*, 17(3), e211-e212.
55. Bello F. A, Ogunbode O. O, Adesina O. A et al (2011). Acceptability of counselling and testing for HIV infection in women in labour at the University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Afr Health Sci*, 11(1), 30-35.
56. Bii S.C et al (2008). Infant feeding practices among HIV infected women receiving prevention of mother to child transmission services at Kitale District Hospital, Kenya. *East African Medical Journal*, 156-161.

57. Buchanan A. M, Dow D. E, Massambu C. G et al (2014). Progress in the prevention of mother to child transmission of HIV in three regions of Tanzania: a retrospective analysis. *PLoS One*, 9(2), e88679.
58. Chukwuemeka I. K, Fatima M. I, Ovavi Z. K et al (2014). The impact of a HIV prevention of mother to child transmission program in a nigerian early infant diagnosis centre. *Niger Med J*, 55(3), 204-208.
59. De Cock K. M, Fowler M. G, Mercier E. et al (2000). Prevention of mother to child HIV transmission in resource poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 283(9), 1175-1182.
60. Djadou K. E, Koffi K. S, Saka B. et al (2011). Knowledge, attitudes and practices of healthcare providers in Togo regarding prevention of mother to child transmission of HIV in 2010. *Med Trop (Mars)*, 71(6), 608-612.
61. Du Plessis E., Shaw S. Y, Gichuhi M. et al (2014). Prevention of mother to child transmission of HIV in Kenya: challenges to implementation. *BMC Health Serv Res*, 14(1), S10.
62. Dunlap J., Foderingham N., Bussell S. et al (2014). Male involvement for the prevention of mother to child HIV transmission: A brief review of initiatives in East, West, and Central Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*, 11(2), 109-118.
63. Ekabua J. E, Oyo-Ita A. E, Ogaji D. S et al (2006). Knowledge, attitudes and practices of HIV prevention and screening among pregnant women attending specialist antenatal clinics in Calabar, Nigeria. *Niger J Med*, 15(4), 409-412.
64. Falnes E. F, Tylleskar T., de Paoli M. M et al (2010). Mothers' knowledge and utilization of prevention of mother to child transmission services in northern Tanzania. *J Int AIDS Soc*, 13, 36.
65. Gamazina K., Mogilevkina I., Parkhomenko Z. et al (2009). Improving quality of prevention of mother to child HIV transmission services in Ukraine: a focus on provider communication skills and linkages to community based non governmental organization. *Cent Eur J Public Health*, 17(1), 20-24.
66. Hawkins D. et al (2005). Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother to child transmission of HIV. *HIV Med*, 6(2), 107-148.
67. Hembah Hilekaan S. K, Swende T. Z, Bito T. T (2012). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of mother to child transmission of HIV among women attending antenatal clinics in Uyam District of Zaki Biam in Benue State, Nigeria. *Afr J Reprod Health*, 16(3), 28-35.
68. Iroezi N. D, Mindry D., Kawale P. et al (2013). A qualitative analysis of the barriers and facilitators to receiving care in a prevention of mother to child program in Nkhoma, Malawi. *Afr J Reprod Health*, 17(4), 118-129.
69. Kim Y. M, Chilila M., Shasulwe H. et al (2013). Evaluation of a quality improvement intervention to prevent mother to child transmission of HIV at Zambia defence force facilities. *BMC Health Serv Res*, 13, 345.

70. Lallemand M., Jourdain G., Le Coeur S. et al (2004). Single dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother to child transmission of HIV-1 in Thailand. *N Engl J Med*, 351(3), 217-228.
71. Luo Y., He G. P (2008). Pregnant women's awareness and knowledge of mother to child transmission of HIV in South Central China. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87(8), 831-836.
72. Lussiana C., Clemente S. V, Ghelardi A. et al (2012). Effectiveness of a prevention of mother to child HIV transmission programme in an urban hospital in Angola. *PLoS One*, 7(4), 36381.
73. Malaju M. T, Alene G. D (2012). Assessment of utilization of provider initiated HIV testing and counseling as an intervention for prevention of mother to child transmission of HIV and associated factors among pregnant women in Gondar town, North West Ethiopia. *BMC Public Health*, 12, 226.
74. Marshall C., Gretchen B. Rossman (1989). *Designing Qualitative Research*, Sage Publication, Newbury Park London.
75. Merdekios B., Adedimeji A. A (2011). Effectiveness of interventions to prevent mother to child transmission of HIV in Southern Ethiopia. *Int J Womens Health*, 3, 359-366.
76. Mnyani C. N, McIntyre J. A (2009). Preventing mother to child transmission of HIV. *BJOG*, 116 (1), 71-76.
77. Morfaw F., Mbuagbaw L., Thabane L. et al (2013). Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. *Syst Rev*, 2, 5.
78. Moses A. E, Chama C., Udo S. M et al (2009). Knowledge, attitude and practice of ante natal attendees toward prevention of mother to child transmission of HIV infection in a tertiary health facility, Northeast Nigeria. *East Afr J Public Health*, 6(2), 128-135.
79. Oladokun R. E, Awolude O., Brown B. J et al (2010). Service uptake and performance of the prevention of mother to child transmission programme in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*, 39(2), 81-87.
80. Omwega A. M, Oguta T. J, Sehmi J. K (2006). Maternal knowledge on mother to child transmission of HIV and breastmilk alternatives for HIV positive mothers in Homa Bay District Hospital, Kenya. *East Afr Med J*, 83(11), 610-618.
81. Orne Gliemann J., Mukotekwa T., Perez F. et al (2006). Improved knowledge and practices among end-users of mother to child transmission of HIV prevention services in rural Zimbabwe. *Trop Med Int Health*, 11(3), 341-349.
82. Park J. W, Yang T. W, Kim, Y. K et al (2014). Ten years of experience in the prevention of mother to child human immunodeficiency virus transmission in a university teaching hospital. *Korean J Pediatr*, 57(3), 117-124.
83. Polo Rodriguez R., Munoz Galligo E., Iribarren J. A et al (2014). Executive summary of the Consensus Statement on monitoring HIV: pregnancy, birth,

- and prevention of mother to child transmission. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32(5), 311-319.
84. Rahbar T., Garg S., Singh M. M et al (2009). Effectiveness of HIV counseling services on knowledge, attitude, behavior and practice among pregnant women attending program. *J Commun Dis*, 41(3), 175-182.
 85. Sagna M. L, Schopflocher, D. (2014). HIV Counseling and Testing for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV in Swaziland: A Multilevel Analysis. *Matern Child Health J*, 19(1), 170-179.
 86. Sahlu I., Howe C. J, Clark M. A et al (2014). HIV status, knowledge of mother to child transmission of HIV and antenatal care use among Ethiopian women. *J Epidemiol Glob Health*, 4(3), 177-184.
 87. Salam R. A, Haroon S., Ahmed, H. H et al (2014). Impact of community-based interventions on HIV knowledge, attitudes, and transmission". *Infect Dis Poverty*, 3(6).
 88. Shan D., Sun J., Khoshnood K. et al (2014). The impact of comprehensive prevention of mother to child HIV transmission in Dehong prefecture, Yunnan province, 2005-2010: a hard hit area by HIV in Southern China. *Int J STD AIDS*, 25(4), 253-260.
 89. Sirengo M., Muthoni L., Kellogg T. A et al (2014). Mother to child transmission of HIV in Kenya: results from a nationally representative study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 66(1), S66-S74.
 90. Soeiro C. M, Miranda A. E, Saraceni V. et al. (2011). Mother to child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 44(5), 537-541.
 91. Stanton C. K, Holtz S. A (2006). Levels and trends in cesarean birth in the developing world, 37(1), 41-48.
 92. Tatagan A., Mouhari Toure A., Saka B. et al (2011). Knowledge, attitudes and practices about prevention of mother to child transmission of HIV among pregnant women in antenatal clinic at 2010 in Togo. 71(5), 472-476.
 93. Technau K. G, Kalk E., Coovadia A. et al (2014). Timing of maternal HIV testing and uptake of prevention of mother to child transmission interventions among women and their infected infants in Johannesburg, South Africa. 65(5), e170-e178.
 94. Ugwu G. O, Iyoke C. A, Nwagbo D. F (2012). The impact of health education on the awareness and acceptability of strategies for preventing mother to child transmission of HIV in Enugu, Nigeria. *Niger J Med*, (4), 441-444.
 95. UNAIDS (2010). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010, WHO Library Cataloguing in Publication Data.
 96. UNAIDS (2012) Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012.
 97. UNAIDS (2013). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.

98. UNAIDS (2014). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2014.
99. Von Linstow M. L, Rosenfeldt V., Lebech A. M (2010). Prevention of mother to child transmission of HIV in Denmark, 1994-2008. *HIV Med*, (7), 448-456.
100. Zhang X. H, Lu W., Wu Q. Y, Jiang et al (2013). Progress in Prevention of Mother to Child Transmission of HIV-1 in Zhejiang Province, China, 2007-2013. *Curr HIV Res*, (8), 652-657.
101. Zoung Kanyi Bissek A. C, Yakana I. E, Monebenimp F. et al (2011) Knowledge of Pregnant Women on Mother to Child Transmission of HIV in Yaounde. *Open AIDS J*, 25-28.

Phụ lục 1: Phiếu phỏng vấn

PHIẾU PHỎNG VẤN KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH Ở THAI PHỤ VỀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON TẠI HAI QUẬN, HUYỆN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2010-2012

Tên Xã, Phường: Ấp, khu phố:

Họ và tên thai phụ Mã số: □□□□

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	MÃ SỐ
1.	Xin chị cho biết ngày tháng năm sinh của mình?	Ngày...tháng...năm	
2.	Chị thường trú tại địa phương hay nhập cư từ nơi khác?	<input type="checkbox"/> Thường trú <input type="checkbox"/> Nhập cư	0 1
3.	Hiện nay chị làm nghề gì? (chọn nghề chiếm nhiều thời gian nhất trong ngày)	<input type="checkbox"/> Nội trợ <input type="checkbox"/> Làm ruộng, buôn bán <input type="checkbox"/> Công nhân, thợ <input type="checkbox"/> Công nhân viên <input type="checkbox"/> Khác	0 1 2 3
4.	Hiện nay chồng chị làm nghề gì? (chọn nghề chiếm nhiều thời gian nhất trong ngày)	<input type="checkbox"/> Tài xế <input type="checkbox"/> Làm ruộng <input type="checkbox"/> Công nhân, thợ, làm mướn <input type="checkbox"/> Công nhân viên <input type="checkbox"/> Khác	0 1 2 3
5.	Dân tộc của chị là gì?	<input type="checkbox"/> Kinh <input type="checkbox"/> Hoa <input type="checkbox"/> Khơ me <input type="checkbox"/> Chăm <input type="checkbox"/> Khác	0 1 2 3 4
6.	Tôn giáo của chị là gì?	<input type="checkbox"/> Phật giáo <input type="checkbox"/> Công giáo <input type="checkbox"/> Tin lành <input type="checkbox"/> Cao đài <input type="checkbox"/> Thờ ông bà <input type="checkbox"/> Tôn giáo khác <input type="checkbox"/> Không	0 1 2 3 4 5
7.	Chị học lớp mấy rồi?	<input type="checkbox"/> Mù chữ <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> THCS	0 1 2

		<input type="checkbox"/> THPT <input type="checkbox"/> Trên THPT	3
8.	Tổng thu nhập bình quân / tháng trong gia đình của chị là bao nhiêu?	
9.	Trong gia đình của chị hiện có bao nhiêu người cùng chung sống?	
10.	Xin cho biết tình trạng hôn nhân của chị?	<input type="checkbox"/> Chung sống với chồng <input type="checkbox"/> Chung sống với bạn tình <input type="checkbox"/> Ly thân, ly hôn	
11.	Chị mang thai lần này là lần thứ mấy?	<input type="checkbox"/> Lần 2 <input type="checkbox"/> \geq Lần 3	0 1
12.	Từ trước đến nay, chị có mắc bệnh lây qua đường tình dục: lậu, giang mai, mồng gà, huyết trắng ở sinh dục không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	0 1
13.	Những người sống trong chung nhà của chị, có ai bị nhiễm HIV không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không trả lời	0 1 2 3
14.	“ HIV/AIDS là căn bệnh của Thế kỷ và là hiểm họa của loài người” theo chị có đúng không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đúng	0 1
15.	Bệnh nhiễm HIV/AIDS có đặc điểm là? (Đọc đáp án)	<input type="checkbox"/> Bệnh đe dọa cuộc sống <input type="checkbox"/> Bệnh lây qua đường tình dục <input type="checkbox"/> Bệnh lây qua đường máu <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Ý kiến khác, ghi cụ thể	0 1 2 3 4
16.	Tác nhân gây bệnh HIV/AIDS là gì ?	<input type="checkbox"/> Vi rút <input type="checkbox"/> Vi trùng <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
17.	Theo chị các dấu hiệu gợi ý nhiễm HIV ở thời kỳ cuối của bệnh- Giai đoạn AIDS là gì? (chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Sụt cân nhiều <input type="checkbox"/> Sốt kéo dài <input type="checkbox"/> Tiêu chảy kéo dài <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Ý kiến khác, ghi cụ thể	0 1 2 3 4
18.	Từ lúc bị nhiễm HIV đến khi chuyển sang giai đoạn AIDS thường là bao lâu?	<input type="checkbox"/> 1-10 năm <input type="checkbox"/> < 1 năm	0 1

		<input type="checkbox"/> Không biết	2
19.	Làm thế nào để phát hiện thai phụ có bị nhiễm HIV hay không?	<input type="checkbox"/> Nhìn <input type="checkbox"/> Khám <input type="checkbox"/> Xét nghiệm máu <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2 3
20.	Theo chị phụ nữ mang thai có cần thiết làm xét nghiệm HIV không?	<input type="checkbox"/> Cần thiết (hỏi qua câu 21) <input type="checkbox"/> Không cần thiết (hỏi qua câu 22) <input type="checkbox"/> Không biết (hỏi qua câu 22)	1 0 2
21.	Thai phụ nên làm xét nghiệm HIV/máu khi nào? (chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Trước khi mang thai <input type="checkbox"/> Trong lúc mang thai <input type="checkbox"/> Khi sanh <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2 3
22.	Khi người bệnh bị nhiễm vi-rút HIV thì làm xét nghiệm máu sẽ phát hiện được ngay hay phải một thời gian sau mới phát hiện được?	<input type="checkbox"/> Phát hiện được ngay <input type="checkbox"/> Sau 3-6 tháng mới phát hiện được HIV <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
23.	HIV có thể lây truyền từ người này sang người khác theo những đường nào? (Chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Quan hệ tình dục <input type="checkbox"/> Đường tiêm chích <input type="checkbox"/> Đường máu <input type="checkbox"/> Dụng cụ cá nhân (kềm cắt móng, dao cạo) <input type="checkbox"/> Ngồi ghế chung <input type="checkbox"/> Bắt tay <input type="checkbox"/> Ăn uống chung <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2 3 4 5 6 7
24.	Thai phụ bị nhiễm HIV có thể lây truyền sang cho con không?	<input type="checkbox"/> Có (hỏi tiếp câu 25) <input type="checkbox"/> Không (hỏi qua câu 27) <input type="checkbox"/> Không biết (hỏi qua câu 27)	1 0 2
25.	Thai phụ bị nhiễm HIV có thể lây truyền cho con khi nào? (Chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Giai đoạn mang thai <input type="checkbox"/> Trong lúc sinh <input type="checkbox"/> Giai đoạn mẹ cho con bú <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2 3
26.	Thai phụ bị nhiễm HIV có nên cho con bú mẹ không?	<input type="checkbox"/> Không cho con bú mẹ <input type="checkbox"/> Có thể cho con bú mẹ <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
27.	Những bệnh nào sau đây có thể lây qua đường quan hệ tình dục? (Chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Giang mai <input type="checkbox"/> Lậu <input type="checkbox"/> Mồng gà <input type="checkbox"/> HIV/AIDS	0 1 2 3

		<input type="checkbox"/> Bệnh nấm sinh dục	4
		<input type="checkbox"/> Không biết	5
28.	Bệnh HIV/AIDS có thể điều trị khỏi không? (đọc đáp án)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không chữa khỏi bệnh, nhưng kéo dài được thời gian sống	0 1 2
29.	Thai phụ nhiễm HIV cần phải làm gì để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con? (Chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Không cho con bú mẹ <input type="checkbox"/> Điều trị thuốc dự phòng khi mang thai <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
30.	Theo chị, hiện nay đã có thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không?	<input type="checkbox"/> Không (hỏi qua câu 34) <input type="checkbox"/> Có (hỏi tiếp câu 31, 32, 33) <input type="checkbox"/> Không biết (hỏi qua câu 34)	0 1 2
31.	Việc điều trị thai phụ nhiễm HIV có giúp giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
32.	Thuốc điều trị dự phòng cho thai phụ bị nhiễm HIV phải mua hay được cấp miễn phí?	<input type="checkbox"/> Cấp miễn phí <input type="checkbox"/> Phải mua <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
33.	Xin chị cho biết tác dụng phụ thường gặp khi sử dụng thuốc trị bệnh nhiễm HIV/AIDS? (Đọc đáp án và chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Nổi mẩn ngoài da <input type="checkbox"/> Thiếu máu <input type="checkbox"/> Đau đầu <input type="checkbox"/> Tiêu chảy <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2 3 4
34.	Xin chị cho biết, khi có vợ hoặc chồng bị nhiễm HIV thì quan hệ tình dục có cần thiết dùng BCS không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
35.	Xin chị cho biết, khi cả hai vợ chồng đều bị nhiễm HIV thì quan hệ tình dục có cần thiết dùng BCS không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không biết	0 1 2
36.	Theo chị những người nào sau đây có thể bị nhiễm HIV ? (Chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Gái mại dâm <input type="checkbox"/> Người nghiện ma túy <input type="checkbox"/> Người làm thuê <input type="checkbox"/> Công nhân viên chức <input type="checkbox"/> Sinh viên <input type="checkbox"/> Phụ nữ mang thai	0 1 2 3 4 5

37.	Những kiến thức hiểu biết về HIV/AIDS, chị thu nhận được từ đâu? (Đọc đáp án, chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tivi <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Sách, báo <input type="checkbox"/> Tranh ảnh, panô, áp phích, tờ rơi <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> Người thân, bạn bè	0 1 2 3 4 5 6
38.	Trong những nguồn thông tin đó, nguồn nào chị thường tiếp cận nhất? (Đọc đáp án và chọn 1 câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tivi <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Sách, báo <input type="checkbox"/> Tranh ảnh, panô, áp phích, tờ rơi <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế, cộng tác viên <input type="checkbox"/> Người thân, bạn bè.	0 1 2 3 4 5 6
39.	Trong những nguồn thông tin đó, nguồn nào chị thấy dễ hiểu nhất? (Đọc đáp án và chọn 1 câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Tivi <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Sách, báo <input type="checkbox"/> Tranh ảnh, panô, áp phích, tờ rơi <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế, cộng tác viên <input type="checkbox"/> Người thân, bạn bè	0 1 2 3 4 5 6
40.	Theo chị, xét nghiệm HIV/máu trước khi quyết định mang thai, có cần thiết hay không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	0 1
41.	Chị có đồng ý nên xét nghiệm HIV trước khi quyết định có thai không?	<input type="checkbox"/> Không đồng ý <input type="checkbox"/> Đồng ý <input type="checkbox"/> Không ý kiến	0 1 2
42.	Chị có đồng ý nên xét nghiệm HIV trong khi mang thai không ?	<input type="checkbox"/> Không đồng ý <input type="checkbox"/> Đồng ý <input type="checkbox"/> Không ý kiến	0 1 2
43.	Lần mang thai này, chị có xét nghiệm HIV/máu không?	<input type="checkbox"/> Không (hỏi qua câu 44 và hỏi tiếp từ câu 50) <input type="checkbox"/> Có (hỏi qua câu 45)	0 1
44.	Lý do nào khiến chị không làm xét nghiệm HIV? (Đọc đáp án và chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Không được tham vấn <input type="checkbox"/> Lo ngại không được bảo mật <input type="checkbox"/> Không có nguy cơ mắc bệnh <input type="checkbox"/> Không cần thiết xét nghiệm <input type="checkbox"/> Lý do khác.....	0 1 2 3 4
45.	Lý do nào khiến chị làm xét	<input type="checkbox"/> Được tham vấn	0

	<p>nghiệm HIV? (Đọc đáp án và chọn nhiều câu trả lời)</p>	<input type="checkbox"/> Để biết mình có bị nhiễm không <input type="checkbox"/> Để điều trị cho thai nhi nếu bị nhiễm <input type="checkbox"/> Để được tham gia chương trình PLTMC <input type="checkbox"/> Theo yêu cầu của chồng <input type="checkbox"/> Lý do khác, ghi cụ thể	<p>1 2 3 4 5</p>
46.	Xin chị cho biết đã làm xét nghiệm HIV lúc nào?	<input type="checkbox"/> Trước khi mang thai <input type="checkbox"/> Trong khi mang thai	<p>0 1</p>
47.	Xin chị cho biết đã làm xét nghiệm HIV ở đâu?	<input type="checkbox"/> Tại Trạm Y tế <input type="checkbox"/> Nơi khác, ghi cụ thể.....	<p>0 1</p>
48.	Trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm HIV, cảm giác của chị như thế nào?	<input type="checkbox"/> Không yên tâm <input type="checkbox"/> Yên tâm <input type="checkbox"/> Ý kiến khác, ghi cụ thể	<p>0 1 2</p>
49.	Chị có biết kết quả xét nghiệm của mình hay không?	<input type="checkbox"/> Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/> Chưa có kết quả <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời	<p>0 1 2 3 4</p>
50.	Trong lần mang thai này chồng (hoặc bạn tình) của chị có xét nghiệm HIV không, kết quả ra sao?	<input type="checkbox"/> Không xét nghiệm <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Âm tính <input type="checkbox"/> Dương tính <input type="checkbox"/> Chưa có kết quả <input type="checkbox"/> Không biết	<p>0 1 2 3 4 5</p>
51.	Chị có từng dùng chung bàn chải đánh răng với người khác không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<p>0 1</p>
52.	Chị có từng dùng chung kèm cắt móng với người khác không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<p>0 1</p>
53.	Chị có từng dùng chung dao cạo với người khác không ?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<p>0 1</p>
54.	Chị có từng phẫu thuật thẩm mỹ không? Việc này được thực hiện ở đâu?	<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Cơ sở y tế (bệnh viện, thẩm mỹ) <input type="checkbox"/> Các dịch vụ chăm sóc sắc đẹp (tiệm uốn tóc, người làm dạo) <input type="checkbox"/> Nơi khác, ghi cụ thể.	<p>0 1 2 3</p>

55.	Chị có từng xăm trên da, mi mắt, môi không? Việc này được thực hiện ở đâu?	<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Cơ sở y tế (bệnh viện, thẩm mỹ) <input type="checkbox"/> Các dịch vụ chăm sóc sắc đẹp (tiệm uốn tóc, người làm dạo) <input type="checkbox"/> Nơi khác, ghi cụ thể	0 1 2 3
56.	Chị có từng xỏ lỗ trên da (xỏ lỗ tai, mũi, rốn, ...), niêm mạc không? Việc này được thực hiện ở đâu?	<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Cơ sở y tế (bệnh viện, thẩm mỹ viện) <input type="checkbox"/> Các dịch vụ chăm sóc sắc đẹp (tiệm uốn tóc, người làm dạo) <input type="checkbox"/> Nơi khác, ghi cụ thể	0 1 2 3
57.	Nếu cho rằng: phụ nữ bị nhiễm HIV thì không nên có thai, chị có đồng ý không?	<input type="checkbox"/> Không đồng ý <input type="checkbox"/> Đồng ý <input type="checkbox"/> Không ý kiến	0 1 2
58.	Nếu cho rằng: phụ nữ bị nhiễm HIV có thai thì không nên giữ thai, chị có đồng ý không?	<input type="checkbox"/> Không đồng ý <input type="checkbox"/> Đồng ý <input type="checkbox"/> Không ý kiến	1 0 2
59.	Chị có tham gia chương trình phòng lây truyền mẹ con không?	<input type="checkbox"/> Có (qua câu 61) <input type="checkbox"/> Không (hỏi tiếp)	1 0
60.	Chị có nghe nói chương trình PLTMC đang triển khai tại địa phương không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	0 1
61.	Chị có nhận được những gì từ chương trình phòng lây truyền mẹ con? (tờ bướm, tờ rơi,...) (chọn nhiều câu trả lời)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	0 1

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của bạn trong quá trình phỏng vấn!

Phụ lục 2: Hướng dẫn phỏng vấn sâu

HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU

Mã số bảng – Mã số phiếu:

- (---) (S): Phỏng vấn sâu; (N): Thảo luận nhóm
- (---) Mã trạm y tế: 1- Tân Túc; 2 – Tân Kiên; 3 – Tân Nhựt; 4 – An Phú Tây; 5 – Tân Quý Tây; 6 – Bình Chánh; 7 – Bình Hưng; 8– Phong Phú; 9 –Đa Phước; 10-Quy Đức, 11- Vĩnh Lộc A; 12- Vĩnh Lộc B; 13-Hung Long; 14-Bình Lợi; 15-Lê Minh Xuân
- (---) 1: Phụ nữ có HIV (+); 2: Phụ nữ có HIV (-), 3: NVYT

Phần giới thiệu

Tên đề tài nghiên cứu: “Hiệu quả can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại hai Quận, Huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012”.

- Ngày phỏng vấn:
- Địa điểm phỏng vấn:
- Người phỏng vấn, chúng tôi tên là:

Chúng tôi thuộc nhóm nghiên cứu Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, đang thực hiện khảo sát để tìm hiểu thông tin về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Chúng tôi trân trọng mời bạn tham gia trả lời phỏng vấn. Sự hợp tác của bạn thông qua việc trả lời các câu hỏi phỏng vấn này sẽ là những đóng góp quan trọng đối với sức khỏe của cộng đồng. Chúng tôi đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp chỉ nhằm phục vụ cho nghiên cứu và hoàn toàn không sử dụng cho mục đích nào khác.

Thông tin về người tham gia trả lời phỏng vấn:

- Họ và tên:
- Tuổi:
- Trình độ:
- Nghề nghiệp:

1. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

– Bệnh HIV/AIDS lây truyền qua đường nào? Nguyên nhân gây bệnh là gì? (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền: Quan hệ tình dục không an toàn không an toàn, tiêm chích ma túy, mẹ lây truyền sang con). Thai phụ bị nhiễm có lây truyền bệnh cho con không? Lây truyền qua thời kỳ nào (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền HIV từ mẹ sang con, khi mang thai, giai đoạn chuyển dạ và khi cho con bú)

– Phụ nữ có thai có nên làm xét nghiệm HIV không? Nên làm ở đâu? Nơi nào được miễn phí? Khi làm xét nghiệm thai phụ có được tư vấn về kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không? Ai tư vấn? Tư vấn những nội dung gì? (tìm hiểu công tác tư vấn trước xét nghiệm, sau xét nghiệm, lý do thai phụ làm và không làm xét nghiệm)

– Mô hình truyền thông nhóm nhỏ về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có hiệu quả như thế nào so với truyền thông cá nhân? Cho ý kiến cụ thể? (nên tìm hiểu rõ lợi ích của truyền thông nhóm nhỏ so với truyền thông cá nhân)

– Phụ nữ bị nhiễm HIV có nên sinh con không? Tại sao? (tìm hiểu kỹ về tâm lý, tình cảm, nguyên nhân, các yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán dẫn đến quyết định giữ thai sinh con của thai phụ). Phụ nữ mang thai bị nhiễm có nên giữ thai để sinh con không? Tại sao? Phụ nữ mang thai có thể

lây truyền HIV cho con không? Nên làm gì để đưa con sinh ra không bị nhiễm? Ngành y tế nên làm gì để sự giúp đỡ họ? (tìm hiểu kỹ về các yếu tố dẫn đến quyết định giữ thai sinh con, những công việc làm được và chưa làm được của chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con)

2. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

– Khi mang thai bạn có đi khám thai định kỳ không? Khám ở đâu? Bạn có nghe nói gì về bệnh HIV/AIDS không? Nguyên nhân gây bệnh là gì? Bệnh HIV/AIDS lây truyền qua đường nào? (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền: quan hệ tình dục không an toàn, tiêm chích ma túy, mẹ lây truyền sang con lúc mang thai, lúc chuyển dạ, cho con bú)

– Thai phụ bị nhiễm có lây truyền bệnh cho con không? Lây truyền qua thời kỳ nào (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền HIV từ mẹ sang con lúc mang thai, lúc chuyển dạ và khi cho con bú)

– Phụ nữ có thai có nên làm xét nghiệm HIV không? Nên làm ở đâu? Có được miễn phí không? Khi làm xét nghiệm có được ai tư vấn về kiến thức phòng lây truyền mẹ con không? Họ nói những gì? (tìm hiểu công tác tư vấn trước xét nghiệm, sau xét nghiệm lý do thai phụ làm xét nghiệm)

– Theo bạn phụ nữ bị nhiễm có nên sinh con không? Tại sao? (tìm hiểu kỹ về tâm lý, tình cảm, nguyên nhân, các yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán dẫn đến quyết định giữ thai sinh con). Phụ nữ mang thai bị nhiễm có nên giữ thai để sinh con không? Tại sao? Phụ nữ mang thai nhiễm HIV có lây truyền cho con không? Nên làm gì để đưa con sinh ra không bị nhiễm? Nên tìm kiếm sự giúp đỡ ở đâu? (tìm hiểu kỹ về tâm lý, tình cảm,

nguyên nhân, các yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán dẫn đến quyết định giữ thai sinh con)

– Bạn cho biết có thuốc dự phòng lây truyền từ mẹ sang con không? Tìm kiếm nguồn thuốc điều trị ở đâu? Có được miễn phí không? Bạn có biết tác dụng phụ của thuốc là gì không? Nêu ra? (tìm hiểu cách tiếp cận nguồn thuốc điều trị và các tác dụng phụ của thuốc kháng vi rút). Phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV có nên cho con bú mẹ không? Tại sao?

3. Tìm hiểu các nguyện vọng và đề xuất của phụ nữ mang thai với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

– Cho biết những lợi ích mà chương trình phòng lây truyền mẹ con mang lại cho phụ nữ mang thai là gì ? Kể ra ? (tìm hiểu kỹ về các lợi ích: kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, xét nghiệm miễn phí, cung cấp tài liệu truyền thông, bướm, tờ rơi, BCS, thuốc điều trị nếu bị nhiễm, sữa cho con....)

– Xin cho biết các mong muốn hoặc đề xuất liên quan đến chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con? (tập trung các đề xuất liên quan đến ngành y tế, cán bộ y tế, cộng tác viên)

Xin chân thành cảm ơn bạn đã tham gia trả lời phỏng vấn

GIÁM SÁT VIÊN

(Ký tên và ghi rõ họ tên)

PHỎNG VẤN VIÊN

(Ký tên và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 3: Hướng dẫn thảo luận nhóm trọng tâm

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TRỌNG TÂM

Mã số bảng – Mã số phiếu:

- (...) (S): Phỏng vấn sâu; (N): Thảo luận nhóm
- (...) Mã trạm y tế: 1- Tân Túc; 2 – Tân Kiên; 3 – Tân Nhựt; 4 – An Phú Tây; 5 – Tân Quý Tây; 6 – Bình Chánh; 7 – Bình Hưng; 8– Phong Phú; 9 –Đa Phước; 10-Quy Đức, 11- Vĩnh Lộc A; 12- Vĩnh Lộc B; 13-Hung Long; 14-Bình Lợi; 15-Lê Minh Xuân
- (...) 1: Phụ nữ có HIV (+); 2: Phụ nữ có HIV (-), 3: NVYT

Phần giới thiệu

Tên đề tài nghiên cứu:

“Hiệu quả can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai tại hai Quận, Huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010-2012”.

- Ngày phỏng vấn:
- Địa điểm phỏng vấn:
- Người phỏng vấn, chúng tôi tên là:

Chúng tôi thuộc nhóm nghiên cứu Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, đang thực hiện khảo sát để tìm hiểu thông tin về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Chúng tôi trân trọng mời bạn tham gia trả lời phỏng vấn. Sự giúp đỡ của bạn thông qua việc trả lời các câu hỏi phỏng vấn này sẽ là những đóng góp quan trọng đối với sức khỏe của cộng đồng. Chúng tôi đảm bảo rằng các thông tin bạn cung cấp chỉ nhằm phục vụ cho nghiên cứu và hoàn toàn không sử dụng cho mục đích nào khác.

Thông tin về người tham gia trả lời phỏng vấn:

- Họ và tên:
- Tuổi
- Trình độ chuyên môn
- Chức vụ
- Đơn vị công tác

1. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT về chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

- Bệnh HIV/AIDS lây truyền qua đường nào? Nguyên nhân gây bệnh là gì? (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền: Quan hệ tình dục không an toàn, tiêm chích ma túy, mẹ lây truyền sang con)

- Thai phụ bị nhiễm có lây truyền bệnh cho con không? Lây truyền qua thời kỳ nào (tìm hiểu kỹ các đường lây truyền: từ mẹ sang con lúc mang thai, lúc chuyển dạ, cho con bú)

- Phụ nữ có thai có nên làm xét nghiệm HIV không? Nên làm ở đâu? Có được miễn phí không? Khi khám thai thai phụ có được tư vấn về kiến thức phòng lây truyền mẹ con không? Ai tư vấn? Tư vấn những nội dung gì? (tìm hiểu công tác tư vấn trước xét nghiệm, lý do thai phụ làm xét nghiệm)

Mô hình truyền thông nhóm nhỏ về phòng lây truyền mẹ con cho các thai phụ được có hiệu quả như thế nào so với truyền thông cá nhân? Nêu các nhận xét cụ thể? (tìm hiểu rõ lợi ích của truyền thông nhóm nhỏ so với truyền thông cá nhân)

- Theo anh, chị phụ nữ bị nhiễm có nên sinh con không? Tại sao? (tìm hiểu kỹ về tâm lý, tình cảm, nguyên nhân, các yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán dẫn đến quyết định giữ thai sinh con)

– Phụ nữ mang thai bị nhiễm có nên giữ thai để sinh con không? Tại sao? Phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV có lây truyền HIV cho con không? Nên làm gì để đưa con sinh ra không bị nhiễm? Nên tìm kiếm sự giúp đỡ ở đâu? (tìm hiểu kỹ về tâm lý, tình cảm, nguyên nhân, các yếu tố văn hóa, xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán dẫn đến quyết định giữ thai sinh con)

– Xin cho biết có thuốc dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con không? Tìm kiếm nguồn thuốc điều trị ở đâu? Thuốc có được miễn phí không? Cho biết tác dụng phụ của thuốc là gì? Kể ra (tìm hiểu cách tiếp cận nguồn thuốc điều trị và các tác dụng phụ của thuốc kháng vi rút).

– Phụ nữ mang thai bị nhiễm có nên cho con bú mẹ không? Tại sao? Chương trình có cung cấp nguồn thực phẩm thay thế sữa mẹ cho trẻ sinh ra từ bà mẹ bị nhiễm không?

2. Tìm hiểu các nguyện vọng và đề xuất của cán bộ y tế với chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

– Cho biết những lợi ích mà chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con mang lại cho phụ nữ mang thai là gì ? Kể ra? (tìm hiểu kỹ về các lợi ích: kiến thức dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, xét nghiệm miễn phí, cung cấp tài liệu truyền thông, bú sữa, tờ rơi, BCS, thuốc điều trị nếu bị nhiễm, sữa cho con....)

– Xin cho biết các nhận xét và đề xuất để chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt kết quả tốt hơn? (tập trung các đề xuất liên quan đến ngành y tế, cán bộ y tế, cộng tác viên)

Xin chân thành cảm ơn bạn đã tham gia trả lời phỏng vấn

GIÁM SÁT VIÊN

(Ký tên và ghi rõ họ tên)

PHỎNG VẤN VIÊN

(Ký tên và ghi rõ họ tên)