

**ĐÁNH GIÁ MÔ HÌNH “THAM VẤN PHỐI HỢP GIỮA  
NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ NHÂN VIÊN XÃ HỘI”  
CỦA CHƯƠNG TRÌNH  
PHÒNG NGỪA LÂY TRUYỀN HIV/AIDS  
TỪ MẸ SANG CON TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG  
(2010-2011)**

*PGS.TS Vũ Thị Nhung  
BV Hùng Vương*

1

## **NỘI DUNG**

1. Đặt vấn đề – Mục tiêu nghiên cứu
2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu
3. Kết quả và Bàn luận
4. Kết luận
5. Đề nghị

2

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

- TP Hồ Chí Minh đã có số người nhiễm HIV cao nhất so với những tỉnh thành phố khác
- Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở nhóm phụ nữ mang thai năm 1998 là 0,2% . Thống kê năm 2008 : tỷ lệ PNMT tại TP HCM có HIV/AIDS là 0,52%
- **Lây truyền từ mẹ sang con** là nguyên nhân chính gây nhiễm HIV ở trẻ em.
- **Từ năm 2005**, chương trình PLTMC đã được thực hiện có qui mô tại TP HCM.

3

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

- Tình trạng mất dấu những trường hợp mẹ có HIV (+) rất cao (khoảng 30%) → chưa đánh giá được hiệu quả thật của chương trình PLTMC.
- Nguyên nhân : bệnh nhân mặc cảm, sợ bị phân biệt đối xử, tham vấn chưa tốt....
- **Một mô hình tham vấn mới** đã bắt đầu triển khai tại BV Hùng Vương do chương trình PLTMC của TP HCM tài trợ từ cuối năm 2008 : công tác tham vấn và tiếp cận do cán bộ y tế thực hiện có sự tham gia hỗ trợ của nhân viên xã hội .

4

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Đánh giá mô hình “Tham vấn phối hợp giữa nhân viên y tế và nhân viên xã hội” của chương trình phòng ngừa lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con tại bệnh viện Hùng Vương (2010-2011)

### Đánh giá dựa vào sự xác định:

- Tỷ lệ các trường hợp bệnh nhân theo dõi được đến 6 tháng sau sanh.
- Tỷ lệ trẻ được làm xét nghiệm PCR – RNA sau 1 tháng tuổi tại BV Nhi Đồng I hoặc II .

5

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Thiết kế nghiên cứu :

Nghiên cứu dọc tiền cứu (Longitudinal study).

### 2.2 Đối tượng nghiên cứu :

Những sản phụ có HIV (+) đồng ý sanh con tại BV Hùng Vương, có được điều trị dự phòng cho mẹ hay không (con được uống thuốc dự phòng)

### 2.3 Tiêu chuẩn loại trừ :

- Những người không có đủ 3 test HIV (+) theo qui định
- Những trường hợp HIV (+) phá thai , thai chết lưu.
- Mẹ bệnh nặng tiên lượng xấu

6

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.4. Thời gian nghiên cứu** : từ 01/09/2010 đến 30/11/2011

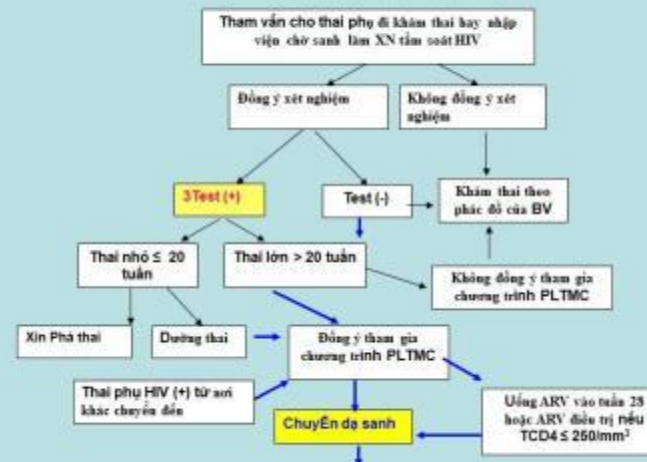
### 2.5. Cỡ mẫu :

\* Lấy mẫu toàn bộ tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn được đưa vào chương trình phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con đến sanh tại Bệnh viện Hùng Vương thời gian từ 1/9/2010 đến 15/5/2011 . Ước lượng khoảng **200 thai phụ** Kết thúc NC ngày 30/11/2011.

\* Trong phần phỏng vấn 6 tháng sau sanh, chọn 20 bệnh nhân để phỏng vấn sâu bằng cách chọn trong danh sách ĐTNC cứ 10 người chọn một

7

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



8

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.6. Phương pháp tiến hành :



9

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Nội dung mô hình “Tham vấn phối hợp giữa nhân viên y tế và nhân viên xã hội”

Trong mô hình tham vấn mới này, tham vấn viên gồm :

- Nhân viên Y tế làm công tác tham vấn chuyên môn, hành chánh.
- Nhân viên xã hội (NVXH)

10

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### • Nhân viên xã hội (NVXH):

Là nhân viên của một tổ chức xã hội là Mái ấm Mai Tâm chuyên chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS giới thiệu đến BV .

Mai Tâm hợp đồng làm việc với Bệnh viện, thù lao do chương trình PLTMC tài trợ.

NVXH là người có HIV được huấn luyện làm công tác tham vấn HIV/AIDS

Vai trò: Tham vấn hỗ trợ với nhân viên y tế và tạo mối liên hệ mật thiết với bệnh nhân

11

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nhân viên xã hội có nhiệm vụ cụ thể :

- Theo dõi bệnh nhân và con của bệnh nhân cho đến 6 tháng sau sanh.
- Nhắc nhở bà mẹ cho con đi làm xét nghiệm PCR-DNA khi bé được 4 tuần tuổi .
- Đến 6 tháng sau sanh: bà mẹ sẽ được mời đến Bệnh viện để khám trẻ và trả lời một bảng câu hỏi về sự hiểu biết , thái độ và hành vi của họ đối với chương trình PLTMC.
- Liên lạc bằng điện thoại nếu bà mẹ không đến BV. Có thể phỏng vấn qua điện thoại

12

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tổng số trường hợp sản phụ có HIV (+) đến sinh tại Bệnh viện Hùng Vương đủ tiêu chuẩn được đưa vào chương trình phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con : **200 người**

13

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3.1 Đặc điểm thai phụ HIV (+) /AIDS (2010-2011)**

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ % 2005-2008 <sup>[12]</sup>
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			
Có chồng	180	90	92,93
Góa chồng, ly hôn	11	5,5	1,88
Hoang thai	9	4,5	3,09
Nhiều bạn tình	90	45	2,10
Kết hôn > 1 lần	57	28,5	
<b>Số lần mang thai</b>			
0	58	29	61,13
1	73	36,5	26,89
≥ 2	69	34,5	11,98

Đa số (71%) đã từng mang thai từ 1 lần. trở lên, 36,5% đã có ít nhất 1 con sống. Lấy chồng lần 2. : 28,5%)

Có quan hệ với nhiều bạn tình (kể cả tình trạng có 2 chồng) là 45% nhiều gấp 21,4 lần so với năm 2005-2008

15

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3.1 Đặc điểm thai phụ HIV (+) /AIDS (2010-2011)**

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ % 2005-2008 <sup>[12]</sup>
<b>Tuổi</b>			
15 – 19	10	5	9,50
20 – 24	40	20	42,43
25 – 29	98	49	32,93
30 – 34	47	23,5	12,60
≥ 35	5	2,5	2,54
<b>Địa chỉ</b>			
Nội thành			56,24
Ngoại thành	35	17,5	17,35
Tỉnh khác	58	29	26,41

Nguyễn Ban Mai (2010) :  
26,5 ± 4,1

Đa số bệnh nhân trẻ dưới 30 tuổi (74%). Tuổi trung bình là 27 ± 0,3

(KTC 95% : 26,4 – 27,6) . Bệnh nhân ở Tỉnh khác chiếm # 29% làm tăng tỷ lệ mất dấu so với ĐTNC sống tại TP HCM (3,4% so với 2,8% ở ngoại thành và 0,9% ở nội thành)

14

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3.2: Đặc điểm thai phụ HIV (+) /AIDS (2010-2011) liên quan đến thai kỳ**

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ % 2005-2008
<b>Thời điểm XN</b>			
Khám thai	160	80	54,5
Chuyển dạ sanh	40	20	45,6
<b>Cách sanh</b>			
Sanh thường	122	61	74
Mổ sanh	70	35	8,5
VE, sanh kèm	8	4	6

Xét nghiệm tầm soát HIV ở thai phụ ở giai đoạn tiền sản khá cao so với trước đây: 80% vì có nơi khác chuyển về chiếm 41,5% .

Đa số sản phụ sanh thường (61%) nhưng số trường hợp mổ sanh tăng hơn trước đây hơn 4 lần (35%)

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3.5 :Kết quả PCR của con và tình trạng mất dấu**

Nhóm điều trị	KẾT QUẢ PCR				
	Dương tính	Âm tính	Tổng cộng	Mất dấu	Không XN
ARV> 4 tuần	3 (3,4%)	85(96,6%)	88/195 (45,1%)	0%	0%
ARV Chưa	2 (6,3%)	25 (78,1%)	32/195 (16,4 %)	4 (12,5%)	1 (3,2%)
Không kịp uống ARV	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8/195 (4,1%)	0%	0%
ARV điều trị	1 (1,4%)	71 (98,6%)	72/195 (37%)	0%	0%
<b>Tổng cộng</b>	<b>7/195 (3,6%)</b>	<b>188/195 (96,4%)</b>	<b>195/200 (98%)</b>	<b>4/200 (2%)</b>	<b>1/200 (0,5%)</b>

(Fisher hiệu chỉnh)  $P = 0,010 < 0,05$

Trong cùng thời điểm này ngoài BV Hùng Vương toàn thành phố có thêm 232 trường hợp thai phụ nhiễm HIV đi sanh. Sau 1 tháng có 184 trường hợp đưa con làm xét nghiệm, mất dấu chiếm tỷ lệ 20,7%. (số liệu do UBPC AIDS TPHCM cung cấp) 17

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### Kinh nghiệm rút ra từ kết quả nghiên cứu

- Mô hình "Tham vấn phối hợp giữa nhân viên y tế và nhân viên xã hội" của chương trình phòng ngừa lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con tại bệnh viện Hùng Vương (2010-2011) đã mang lại kết quả rất tốt vì:

\* Giúp xác định được chính xác tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 3,6% (KTC 95%: 0,01 – 0,07)

- \* Giảm tỷ lệ mất dấu : 2% (KTC 95%:0,94 – 0,99)% sau 1 tháng và sau 6 tháng là 5,5% (KTC 95%: 0,90 – 0,97). Cùng thời điểm nghiên cứu tỷ lệ mất dấu ở các cơ sở Y tế khác trong TP chiếm tỷ lệ 20,7% sau sanh 1 tháng .

19

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Bảng 3.8 : Một số tình huống đặc biệt của đối tượng NC**

Nội dung	Số trường hợp	Ty lệ %
<b>Thời điểm thai phụ biết HIV (+)</b>		
Trước khi có thai	99	49,5
Khi đi khám thai	72	36
Khi chuyển dạ	29	14,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>200</b>	
<b>Mất dấu</b>		
Sau 1 tháng	4	2,0
Sau 6 tháng	11	5,5

18

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 2. Thuận lợi khi áp dụng mô hình:

- Được sự ủng hộ của BGĐ BV và CBYT của BV
- Không có sự kỳ thị, phân biệt đối xử của nhân viên BV với NVXH
- NVXH không làm nhiệm vụ chăm sóc chuyên môn nên không sợ sự lây nhiễm từ NVXH cho người khác
- Ngoài nhiệm vụ là tham vấn hỗ trợ, NVXH còn là nhân viên của tổ chức XH có nhận lương và phải làm nhiệm vụ do tổ chức giao (tìm người khó khăn để Mai Tâm giúp đỡ).
- NVXH nhiệt tình, có trình độ học vấn cấp 3
- Kinh phí cho mô hình này thấp ngay khi không phải là NC

20

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3. Bất lợi khi thực hiện mô hình

- Không kiểm soát được hoàn toàn nội dung tiếp xúc giữa NVXH và bệnh nhân ngoài những nội dung mô tả trong bảng kiểm.
- Tiêu cực : Nhận tiền bồi dưỡng của bệnh nhân. Gian lận tiêu chuẩn của bệnh nhân mà BN không biết .

→ Kiểm tra qua Bệnh nhân để phát hiện tiêu cực

21

### VI. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các trường hợp bệnh nhân theo dõi được đến 6 tháng sau sanh là **94,5%** (KTC 95% : 0,90-0,97)
- Tỷ lệ trẻ được làm xét nghiệm PCR – RNA sau 1 tháng tuổi tại BV Nhi Đồng I hoặc II là **98%** (KTC 95%: 0,94 – 0,99)
- số trường hợp trẻ có **HIV RNA (-)** là 188/195 = **96,4%** (KTC 95% : 0,92 -0,98)

23

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 4. Điều kiện thực hiện mô hình :

- Có sự hỗ trợ của BGD cơ sở Y tế cần thực hiện mô hình để tạo điều kiện làm việc thuận lợi cho NVXH.
- Có hợp đồng dịch vụ với một tổ chức xã hội uy tín hoạt động liên quan đến Phòng chống HIV/AIDS. Ngân sách chi cho dịch vụ này không quá cao để khả thi.
- NVXH là nhân viên của tổ chức xã hội nói trên, phải được chọn lựa theo tiêu chuẩn về đạo đức, trình độ học vấn, là người nhiễm HIV hay có người thân nhiễm HIV, đã được tham dự các khóa huấn luyện tham vấn cho bệnh nhân HIV/AIDS.
- Có sự quản lý giám sát của cơ sở YT đối với NVXH

22

### V. ĐỀ NGHỊ

Nên nhân rộng mô hình sử dụng nhân viên xã hội làm công tác tham vấn hỗ trợ , tiếp cận với bệnh nhân nhiễm HIV trong cơ sở y tế .

24

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Nhung (2010). "Đánh giá tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV tại Bệnh viện Hùng Vương 2005-2008" Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010, Y học thực hành số 742+743 Tháng 12/2010 Tr 377- 380
2. Nguyễn Ban Mai, Huỳnh thị Thu Thủy (2010) "Tỷ lệ nhiễm HIV của chồng thai phụ có 1 HIV dương tính tại Bệnh viện Từ Dũ 2008-2009". Y học TP Hồ Chí Minh phụ bản của tập 14, số 2, 2010, trang 23-28
3. Available from: <http://www.cidrz.org/pmtct> "Prevention of Mother-to-child HIV transmission (PMTCT) 2009
4. Avinash K Shetty, Caroline Marangwada et al (2008) "The feasibility of preventing mother-to-child transmission of HIV using peer counselors in Zimbabwe" AIDS Research and Therapy 2008,5:17 doi: 10.1186/1742-6405-5-17

