học, Hà Nội, 7-118.
2. **Bùi Quang Huy, Cao Tiến Đức, Phạm Văn Mạnh (2011),** "Tâm thần phân liệt", Tâm thần phân liệt, NXB Y học, Hà Nội, 9-85.
3. **Moeini M., Khaleghi A., Amiri N., et al. (2014),** "Quantitative electroencephalogram (QEEG) spectrum analysis of patients with schizoaffective disorder compared to normal subjects", Iranian Journal of Psychiatry, 9(4): 216-221.
4. **Kim J.W., Lee Y.S., Han DH., et al. (2015),** "Diagnostic utility of quantitative EEG in un-medicated schizophrenia", Neuroscience Letters, 589: 126-131.
5. **Itoh T., Sumiyoshi T., Higuchi Y., et al. (2011),** "LORETA analysis of three-dimensional distribution of δ band activity in schizophrenia: relation to negative symptoms", Neuroscience Research, 70(4): 442-448.
6. **Ranlund S., Nottage J., Shaikh M., et al. (2014),** "Resting EEG in psychosis and at-risk populations-a possible endophenotype?", Schizophrenia Research, 153(1-3): 96-102.
7. **Kirino E. (2004),** "Correlation between P300 and EEG rhythm in schizophrenia", Clinical EEG and Neuroscience, 35(3): 137-146.
8. **Howells F.M., Temmingh H.S., Hsieh J.H., et al. (2018),** "Electroencephalographic delta/alpha frequency activity differentiates psychotic disorders: a study of schizophrenia, bipolar disorder and methamphetamine-induced psychotic disorder", Translational Psychiatry, 8(1): 75.

HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP DỊCH VỤ HỖ TRỢ CHO KHÁCH HÀNG SỬ DỤNG MA TÚY VÀ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH HỌ: NGHIÊN CỨU CAN THIỆP CỘNG ĐỒNG NGẪU NHIÊN CÓ ĐỐI CHỨNG TẠI PHÚ THỌ, 2015-2017

Lê Mạnh Hùng[1], Phạm Đức Mạnh[1], Nguyễn Anh Tuấn[2], Nguyễn Hà Lâm[3], Nguyễn Hữu Thắng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp trên nhóm cán bộ y tế (CBYT) về các dịch vụ y tế đang được cung cấp cho người sử dụng ma túy và thành viên gia đình họ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng thực hiện trên 150 CBYT xã/phường làm công tác phòng, chống HIV/AIDS tại 30 xã/phường tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Sau 12 tháng can thiệp tỷ lệ CBYT "biết lý do khách hàng sử dụng ma túy và gia đình họ không đến theo lịch hẹn" tăng gấp 2 lần; Tỷ lệ CBYT "tư vấn nhiều cho khách hàng sử dụng ma túy và gia đình họ" tăng 1,7 lần; Tỷ lệ CBYT "thường xuyên khích lệ người sử dụng ma túy và gia đình họ, cảm thấy khách hàng sử dụng ma túy như những khách hàng khác" tăng gấp hơn 1,5 lần. CBYT "biết lý do khách hàng và gia đình họ không đến theo lịch khám và thường xuyên tư vấn cho khác hàng và gia đình họ" có hiệu quả can thiệp cao nhất, đạt trên 60%. **Kết luận:** Can thiệp giúp cải thiện đáng kể các dịch vụ đang cung cấp cho người sử dụng ma túy tại TYT xã/phường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số hiệu quả ở nhóm can thiệp và đối chứng (p<0,05).

[1]Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội
[2]Viện vệ sinh Dịch tễ Trung Ương, Hà Nội
[3]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Hùng
Email: manhhunglevaac@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021
Ngày duyệt bài: 8.4.2021

Từ khóa: Hiệu quả can thiệp, dịch vụ y tế, cán bộ y tế xã, người sử dụng ma túy, thành viên gia đình.

SUMMARY

EVALUATION OF COMMUNITY HEALTH WORKER ABOUT MEDICAL SERVICES FOR DRUG USERS AND THEIR FAMILY MEMBERS: COMMUNITY INTERVENTION STUDY IN PHU THO, 2015-2017

Objective: To evaluate the effectiveness of the intervention program on community health workers about medical services for drug users and their family members. **Subjects and methods:** A randomized controlled trial of a community intervention was conducted on 150 health workers in 30 commune health centers (CHCs), Phu Tho from 2015 to 2017. **Results:** After 12 months, the rate of community health workers knew the reasons for drug users and their families did not come to scheduled appointments increased approximately 2 times; The rate of community health workers gave advice to drug users and their families increased approximately 1.7 times; The rate of community health workers who regularly encourage drug users and their families, and feeling that drug users similar to common customers increased over 1.5 times. 2 fields have the highest effective intervention which was community health workers know why drugs users and their family members did not come to scheduled appointments, and regularly advise clients and their families. They reached over 60%. **Conclusions:** This intervention program helped to significantly improve medical services at CHCs which provided drug users. Differences of effective intervention between the

experimental group and control group were statistically significant (p<0.05).

Keywords: Effective intervention, medical services, community health workers, drug users, family members.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạm y tế xã là nơi cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cán bộ y tế xá, phường có nhiệm vụ giám sát và thực hiện các biện pháp kỹ thuật, hướng dẫn chuyên môn về các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, quản lý bệnh truyền nhiễm, trong đó có người nhiễm HIV/AIDS [1].

Cán bộ y tế tuyến xã, phường, thôn bản hoặc mạng lưới đồng đẳng viên/người hỗ trợ tại địa phương có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ nhóm nguy cơ cao tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xét nghiệm; kết nối những người nhiễm HIV trong cộng đồng với các dịch vụ y tế; tư vấn dự phòng lây nhiễm HIV; hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị và duy trì thời gian điều trị đúng hẹn; hướng dẫn xử trí các triệu chứng, vấn đề sức khỏe thông thường tại nhà và hỗ trợ vấn đề tâm lý [2].

Để đối tượng sử dụng ma túy có thể tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn, Việt Nam đã và đang triển khai nhiều chương trình phòng, phòng HIV/AIDS trong cộng đồng. Năm 2012, Bộ Y tế ban hành "Mô hình điểm tiếp cận điều trị 2.0" được áp dụng thí điểm tại Điện Biên và thành phố Cần Thơ. Các dịch vụ cung cấp tại tuyến xã bao gồm: Tư vấn xét nghiệm; Dự phòng và điều trị một số bệnh cơ hội; Khám, chẩn đoán và theo dõi điều trị bằng ARV; Tư vấn và hỗ trợ; Chăm sóc tại nhà và cộng đồng; Can thiệp giảm hại: bao cao su, bơm kim tiêm [3].

Năm 2018, tỉnh Quảng Ngãi triển khai Kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS và đề xuất sự tham gia của cán bộ y tế xã, phường, y tế thôn bản trong việc cung cấp BKT sạch, bao cao su cho nhóm đối tượng NCMT [4].

Chương trình can thiệp của chúng tôi thực hiện trên 3 nhóm đối tượng là CBYT xã/phường, người NCMT và thành viên gia đình họ. Sau 3 lần đánh giá bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, chúng tôi tiến hành đo lường sự thay đổi về thái độ và hành vi cũng như nhận thức về chất lượng dịch vụ trước và sau can thiệp. Đây là một phần của nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp về các dịch vụ y tế cung cấp cho người sử dụng ma túy tại TYT xã tại tỉnh Phú Thọ sau 12 tháng áp dụng mô hình can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Cán bộ y tế xã/phường làm công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại 30 xã/phường của tỉnh Phú Thọ từ tháng 4/2015 đến tháng 12/2017.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng trên nhóm cán bộ y tế xã.

Phương pháp nghiên cứu: định lượng

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} x \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} x \sqrt{p1(1-p1)+p2(1-p2)})^2}{(p1-p2)^2}$$

Trong đó:

n: là số cán bộ y tế tham gia vào nghiên cứu.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: Độ tin cậy ứng với giá trị α = 0,05 là 1,96; $Z_{1-\beta}$: Hệ số lực mẫu (lực mẫu 90%), $Z_{1-\beta}$=1,28. p1: Tỷ lệ cán bộ y tế xã có kiến thức đạt về điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone tại tỉnh Phú Thọ trước can thiệp ước tính là p1=0,5

p2: Tỷ lệ cán bộ y tế xã có kiến thức đạt về điều trị thay thế chất gây nghiện bằng Methadone tại tỉnh Phú Thọ mong muốn tăng lên sau 12 tháng can thiệp là p2=0,75

$\bar{p}$: Tỷ lệ trung bình (p1+p2)/2.

Cỡ mẫu tính theo công thức cho cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là 154 CBYT. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu được trên 150 CBYT (Nhóm can thiệp gồm 75 CBYT và Nhóm đối chứng gồm 75 CBYT). Tỷ lệ phản hồi đạt 97,4%.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

*Chọn xã: 30 xã/phường có số lượng người NCMT từ 20 tuổi trở lên trong danh sách quản lý mới được tham gia nghiên cứu, đảm bảo đủ số lượng người NCMT tại mỗi xã/phường và được chọn ngẫu nhiên bằng phần mềm phân bố ngẫu nhiên để hạn chế yếu tố nhiễu. Kết quả chọn ra 15 xã tham gia can thiệp và 15 xã đối chứng.

**Chọn CBYT xã/phường.* Từ danh sách 30 TYT xã/phường, tại mỗi TYT tiến hành chọn 5 CBYT tham gia nghiên cứu.

Cán bộ can thiệp được tuyển chọn dựa vào kỹ năng giao tiếp xã hội và kinh nghiệm thực hiện các hoạt động với các nhóm mục tiêu. Ngoài ra, cán bộ can thiệp cũng phải là CBYT và có kiến thức cơ bản về dự phòng và điều trị HIV, ma túy. Nhóm cán bộ nghiên cứu của Viện VSDTTƯ chịu trách nhiệm chính trong việc tuyển chọn cán bộ can thiệp. Để đảm bảo tính bền vững, ưu tiên tuyển chọn CBYT tại địa phương vào nhóm này.

2.6. Biến số nghiên cứu

Các nhóm biến số/chỉ số bao gồm:

- Thông tin chung của CBYT: giới, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, chuyên môn, thời gian làm việc trong ngành y và TYT xã.
- Các dịch vụ y tế cung cấp cho người sử dụng ma túy và thành viên gia đình họ tại TYT xã/phường.
- Hiệu quả can thiệp về các dịch vụ y tế cung cấp cho người sử dụng ma túy và thành viên gia đình họ.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin. Tất cả CBYT được lựa chọn, được phỏng vấn để đánh giá thực trạng ban đầu các dịch vụ mà CBYT xã cung cấp của cả hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng; sau 12 tháng cán bộ can thiệp, bộ câu hỏi phỏng vấn tiếp tục được sử dụng để đánh giá hiệu quả sau can thiệp.

Nội dung can thiệp là các khóa tập huấn đề cập đến các vấn đề cơ bản của chương trình can thiệp như nội dung can thiệp, hình thức, quy trình, vai trò của cán bộ can thiệp, tính bảo mật thông tin, tuân thủ yêu cầu đạo đức và xử trí các trường hợp bất ngờ xẩy ra.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu. Các phiếu điều tra được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 (nhập liệu 2 lần và kiểm tra chéo) và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả can thiệp (CSHQ). Các tỷ lệ được tính theo công thức:

$$\text{CSHQ (can thiệp)} = \frac{|P_t - P_s|}{P_t}$$

Trong đó: CSHQ: là chỉ số hiệu quả.

P_t: là tỷ lệ % trước can thiệp

P_s: là tỷ lệ % sau can thiệp.

Hiệu quả can thiệp bằng: HQCT = CSHQ % can thiệp – CSHQ % đối chứng

Sử dụng test kiểm định X^2 để kiểm định sự khác biệt về CSHQ của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của chính quyền và các cơ quan y tế tỉnh Phú Thọ, đối tượng tham gia nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương ngày 20/9/2012 với mã số 16/HĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên 150 CBYT xã/phường có độ tuổi dao động từ 21- 69 tuổi với tuổi trung bình là 39,6±10,9 tuổi. Trong đó, chiếm gần 80% CBYT là nữ giới.

Bảng 1. Trình độ học vấn và chuyên môn của cán bộ y tế xã/phường (n=120)

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bậc đào tạo về y học cao nhất	< Đại học	120	80,0
	≥ Đại học	30	20,0
Trình độ chuyên môn	Bác sỹ	26	17,3
	Y sỹ/Y tá/Hộ sinh	89	59,4
	Dược sỹ	26	17,3
	Khác	9	6,0
Thời gian làm việc trong ngành y	TB±ĐLC	14,3±9,8 (năm)	
	<5 năm	33	22,0
	≥ 5 năm	117	78,0
Thời gian làm việc tại TYT xã	TB±ĐLC	11,4±10,1 (năm)	
	<5 năm	54	36,0
	≥ 5 năm	96	64,0

Trình độ học vấn cao nhất của CBYT xã/phường là đại học (chiếm 20%). 80% CBYT có trình độ Cao đẳng, Trung cấp, Sơ cấp hoặc được đào tạo ngắn hạn với trình độ chuyên môn chủ yếu là y sĩ/y tá/hộ sinh (chiếm 59,4%). Tỷ lệ bác sĩ và dược sĩ tương đương nhau (chiếm 17,3%).

Thời gian làm việc trung bình trong ngành y của CBYT là hơn 14 năm, thời gian làm việc tại trạm y tế xã là hơn 11 năm. Trong đó, đa số CBYT có thời gian công tác từ 5 năm trở lên trong ngành y tại TYT xã.

3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp về các dịch vụ cung cấp cho khách hàng sử dụng ma túy và thành viên gia đình họ tại TYT xã (%)

Nội dung	Nhóm CT (n=75) Số lượng (%)		Nhóm ĐC (n=75) Số lượng (%)		CSHQ CT (%)	CSHQ ĐC(%)	HQCT (%)	p-value
	TCT	SCT	TCT	SCT				
Tư vấn cho khách hàng và gia đình họ	32 (42,7)	55 (73,3)	27 (36,0)	30 (40,0)	71,7	11,1	60,8	**<0,01**
Trả lời câu hỏi của khách hàng và gia đình họ	38 (50,7)	55 (73,3)	31 (41,3)	32 (42,7)	44,6	3,4	41,5	**<0,01**

Hỏi khách hàng và gia đình họ về mối quan tâm của họ	35 (46,7)	57 (76,0)	25 (33,3)	25 (33,3)	62,7	0,0	62,9	-
Cố gắng thân thiện	49(65,3)	63(84,0)	35(46,7)	33(44,0)	28,6	5,8	22,9	**<0,01**
Biết lý do khách hàng và gia đình không đến theo lịch hẹn	18 (24,0)	36 (48,0)	13 (17,3)	17 (22,7)	100,0	31,2	69,2	**<0,01**
Cần giao tiếp ngoài việc cung cấp thuốc men	42 (56,0)	52 (69,3)	28 (37,3)	32 (42,7)	23,8	14,5	9,5	**<0,01**
Khích lệ	40(53,3)	61(81,3)	27(36,0)	34(45,3)	52,5	25,8	26,6	**<0,01**
Thoải mái khi làm việc gần gũi	34(45,3)	45(60,0)	28(37,3)	19(25,3)	32,5	32,2	0,2	0,94
Khách hàng sử dụng ma túy hơn khách hàng bình thường một chút	15 (20,0)	18 (24,0)	7 (9,3)	12 (16,0)	20,0	72,0	51,4	**<0,01**
Khách hàng sử dụng ma túy như khách hàng khác	22 (29,3)	34 (45,3)	17 (22,7)	22 (29,3)	54,6	29,1	25,1	**<0,01**
Cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng như khách hàng khác	43 (57,3)	54 (72,0)	37 (49,3)	34 (45,3)	25,7	8,1	17,5	**<0,01**
Giao tiếp giống khách hàng khác	44 (58,7)	53 (70,7)	34 (45,3)	29 (38,7)	20,4	14,6	5,7	**0,01**

Kết quả cho thấy, can thiệp giúp cải thiện đáng kể các dịch vụ đang cung cấp cho người sử dụng ma túy tại TYT xã can thiệp so với nhóm chứng. Tại nhóm can thiệp: Tỷ lệ CBYT "biết lý do khách hàng sử dụng ma túy và gia đình họ không đến theo lịch hẹn" tăng gấp 2 lần; Tỷ lệ CBYT "tư vấn nhiều cho khách hàng sử dụng ma túy và gia đình họ" tăng 1,7 lần; Tỷ lệ CBYT "thường xuyên khích lệ người sử dụng ma túy và gia đình họ, cảm thấy khách hàng sử dụng ma túy như những khách hàng khác" tăng gấp hơn 1,5 lần. Có sự khác biệt về CSHQ của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jacson J Ong và cộng sự (2019) tại Trung tâm y tế cộng đồng tại Trung với 81% NVYT là nữ giới và độ tuổi của NVYT dao động từ 28-73 tuổi, tuổi trung bình là 35 tuổi [5]. Ngoài ra, nghiên cứu này chỉ ra thực trạng cán bộ y tế được đào tạo liên quan đến HIV tương đối thấp và đối tượng tiếp nhận đào tạo chủ yếu là bác sĩ. Trong đó, đào tạo về tư vấn trước và sau khi xét nghiệm chỉ đạt 34%; đào tạo về chẩn đoán lâm sàng HIV đạt 37%; đào tạo về điều trị và điều dưỡng cho người nhiễm HIV đạt 33%; đào tạo về phòng chống HIV chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 56% [5].

Can thiệp có tác động lên hầu hết các dịch vụ đang được cung cấp cho người sử dụng ma túy và thành viên gia đình tại TYT xã. Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả can thiệp về dịch vụ chăm sóc ở cả các thành viên trong gia đình người sử dụng ma túy bởi vì đối với họ gia đình là trụ cột, nguồn hỗ trợ chính về vật chất, tinh thần và phần lớn đối tượng lựa chọn sẽ tiết lộ tình trạng của bản thân cho các thành viên trong gia đình đầu tiên [6]. Từ đó có thể thấy phần nào tầm ảnh hưởng của các thành viên trong gia đình đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc, tâm lý và hiệu quả điều trị của khách hàng sử dụng ma túy.

Sau 12 tháng, CBYT thuộc nhóm can thiệp cho biết các dịch vụ đang được triển khai tại TYT được cung cấp thường xuyên hơn đến khách hàng sử dụng ma túy. Trong khi đó, nhóm đối chứng không cho sự thay đổi nhiều, thậm trí một số dịch vụ còn được cho rằng được cung cấp ít thường xuyên hơn như cố gắng thân thiện, thoải mái khi gần gũi, cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người sử dụng ma túy như khách hàng khác. Nghiên cứu tại 3 trung tâm y tế vùng nông thôn Zimbabwe cho thấy NVYT luôn cố gắng cung cấp thông tin chính xác, đầy đủ, cố gắng tư vấn cho đến khi đối tượng chấp nhận tình trạng của mình và những trải nghiệm của bản thân giúp họ nhận ra tầm quan trọng của việc tư vấn, hiểu được bệnh nhân khó tuân thủ điều trị ART như thế nào. Ngoài ra, trải nghiệm về HIV/AIDS trong gia đình CBYT có ảnh hưởng tích cực đến công việc, thúc đẩy họ trong quá trình tham gia phòng, chống HIV/AIDS và có sự thấu hiểu nhiều hơn, không kỳ thị, và thoải mái khi tiếp xúc đối với bệnh nhân dương tính với HIV [7].

Cách tiếp cận khách hàng sử dụng ma túy tại Việt Nam cho thấy sự hiệu quả trong công tác phòng, chống và điều trị cho nhóm đối tượng này. Người nhiễm HIV/AIDS hay khách hàng sử dụng ma túy có thể sử dụng dịch vụ chăm sóc

sức khỏe tại TYT xã cùng với các đối tượng khác tại cùng một địa điểm và không bị phân chia thời gian. Điều này cho thấy, hệ thống y tế Việt Nam đã tích hợp dịch vụ y tế cho nhóm đối tượng nhạy cảm này vào hệ thống y tế chung không chỉ giảm chi phí quản lý mà còn giảm sự kỳ thị của những người xung quanh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước can thiệp, gần 60% CBYT cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng và giao tiếp cho khách hàng sử dụng ma túy như những khác hàng khác. Điều này cho thấy phần lớn CBYT không phân biệt đối xử khách hàng sử dụng ma túy so với các khách hàng khác và tỷ lệ này tăng lên hơn 70% sau 12 tháng can thiệp.

Thực tế tại Nigeria đã chứng minh việc cung cấp dịch vụ thông qua các chương trình dọc với nhân viên chuyên môn, phòng xét nghiệm riêng biệt và có ngày khám cụ thể vừa tốn kém, không bền vững và gây ra sự kì thị, phân biệt đối xử giữa người nhiễm HIV/AIDS và các đối tượng khác [8] từ đó có thể ảnh hưởng đến tâm lý, hạn chế sử dụng dịch vụ chăm sóc và duy trì điều trị của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp làm tăng đáng kể mức độ thường xuyên nhận được các dịch vụ đang cung cấp tại trạm y tế xã cho người sử dụng ma túy và thành viên gia đình họ. Do có tác động của chương trình, nhóm can thiệp cho kết quả thay đổi rõ ràng hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CSHQ ở nhóm can thiệp và đối chứng (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Thông tư số 33/2015/TT-BYT** về việc Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn, 2015.
2. **Bộ Y tế, Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS** (Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 của Bộ Y tế), Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 2019.
3. **Bộ Y tế,** Quyết định số 1039/QĐ-BYT về việc Ban hành "Mô hình thí điểm tiếp cận điều trị 2.0", 2012.
4. **UBND tỉnh Quảng Ngãi,** Kế hoạch số 41/KH-UBND về Phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2018, 2018.
5. **Ong J.J., Peng M.H., Wong W.W. et al.,** "Opportunities and barriers for providing HIV testing through community health centers in mainland China: a nationwide cross-sectional survey,". BMC Infect Dis, 2019.
6. **Go V.F., Latkin C., Le Minh N. et al.,** "Variations in the role of social support on disclosure among newly diagnosed HIV-infected people who inject drugs in Vietnam," AIDS Behav, 2016.
7. **C C., K S., C M. et al.**, "Sources of motivation and frustration among healthcare workers administering antiretroviral treatment for HIV in rural Zimbabwe," AIDS Care, 2011.
8. **Oleribe OO, Oladipo O, Osita-Oleribe P et al.,** "Commonization of HIV/AIDS services in Nigeria: the need, the processes and the prospects," Pan Afr Med J, 2014.

NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA GIÁO VIÊN MẦM NON VỀ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI CẦN THƠ NĂM 2020

Nguyễn Minh Phương[1], Thái Huỳnh Ngọc Trân[1], Trần Nhã Uyên[1], Đinh Phú Thọ[1], Nguyễn Việt Nhựt Minh[1], Võ Ngọc Trang Đài[1], Nguyễn Thị Phương Hiền[1], Trần Thiện Thắng[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một rối loạn phức tạp đặc trưng bởi sự suy giảm trong giao tiếp và phản xạ xã hội. Việc nhận biết và phát hiện sớm trẻ có nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ để được tư vấn, theo dõi và can thiệp sớm là hết sức cần thiết và quan trọng, đặc biệt đối với giáo viên mầm non. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá thực trạng kiến thức và thái độ của giáo viên mầm non tại quận Ninh Kiều TP. Cần Thơ về rối loạn phổ tự kỷ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả 104 giáo viên mầm non, công tác tại 43 trường ở quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** 49,1% giáo viên trên 33 tuổi, 31% có kinh nghiệm giáo dục đặc biệt (GDĐB). Tỷ lệ giáo viên mầm non (GVMN) hiểu biết đúng kiến thức về trẻ tự kỷ ở mức trung bình đến tốt; tỷ lệ trả lời đúng về kiến thức chung về RLPTK thấp nhất là 37% và cao nhất là 97%; có sự khác biệt về kiến thức nhận biết dấu hiệu báo động ở hai nhóm giáo viên có và không có kinh nghiệm giáo dục đặc biệt (p<0,001). Phần lớn các giáo viên có thái độ tích cực đối với trẻ, về thái độ cho rằng trẻ tự kỷ đều bị thiểu năng trí tuệ ở nhóm giáo viên <33 tuổi có thái độ đúng hơn (p<0,001). **Kết luận:** Kiến thức chung về RLPTK của giáo viên mầm non tương đối tốt và đồng đều ở các nhóm nhưng tỷ lệ về nhận biết dấu hiệu báo động chỉ đạt ở mức trung bình. Thái độ của giáo viên mầm non với trẻ tự kỷ phần lớn ở mức tích cực.

Từ khóa: Rối loạn phổ tự kỷ, giáo viên mầm non, kiến thức, thái độ.

[1]*Trường Đại học Y dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Huỳnh Ngọc Trân
Email: ngoctranthaihuynh2016@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 26.3.2021
Ngày duyệt bài: 2.4.2021