

# Đánh giá dự án can thiệp giảm tác hại HIV/AIDS khu vực biên giới tại Hà Giang

Đỗ Mai Hoa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bình An<sup>2</sup>, Bùi Thị Mỹ Anh<sup>3</sup>

*Đánh giá dự án "Can thiệp giảm tác hại phòng chống (PC) HIV/AIDS khu vực biên giới" tại Hà Giang" đã được tiến hành với hai mục tiêu chính: (1) Mô tả kết quả đạt được của dự án can thiệp; (2) Mô tả các rào cản của việc duy trì các hoạt động của dự án sau khi kết thúc tài trợ. Phương pháp: Đánh giá sử dụng phương pháp nghiên cứu kết hợp giữa hồi cứu các thông tin thứ cấp và thực hiện nghiên cứu định tính thông qua quan sát, phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và quan sát. Kết quả: Mặc dù, dự án đã mang lại khá nhiều kết quả tích cực về thay đổi hành vi nguy cơ trong nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) tại Hà Giang, nhưng Dự án chưa đạt được mục tiêu về hợp tác để triển khai các hoạt động PC HIV/AIDS xuyên biên giới. Việc duy trì các hoạt động dự án cũng gặp nhiều khó khăn do ngân sách của địa phương và Trung ương còn hạn chế. Bên cạnh đó, Dự án không có các hoạt động chuyển giao, chuẩn bị cho việc rút dần ngân sách dự án, khuyến khích các cán bộ địa phương tìm cách đáp ứng được những thay đổi, điều phối và huy động thêm nguồn lực từ các nguồn khác nhau. Dựa trên kết quả thu được, đánh giá này đã rút ra bài học kinh nghiệm và đề xuất các khuyến nghị cho Chương trình HIV/AIDS tại Hà Giang và các hoạt động PC HIV/AIDS qua biên giới tại Việt Nam trong tương lai.*

*Từ khóa: HIV/AIDS, can thiệp giảm hại, nghiện chích ma túy, phụ nữ mại dâm, ...*

## Evaluation of cross-border HIV/AIDS prevention project in Ha Giang

Do Mai Hoa<sup>1</sup>, Nguyen Thi Binh An<sup>2</sup>, Bui Thi My Anh<sup>3</sup>

*An evaluation of "Cross-Border HIV/AIDS prevention in Ha Giang" Project was conducted with 2 main objectives: (1) To describe achievements of the project's interventions (2) To describe barriers to insurance of the project's sustainability after the end of project funding. Methods: This evaluation used a mixed-method for secondary data review, analysis and a quantitative research using in-depth interview, focus group discussion, and observation techniques). Results: Though the Project has achieved several positive results on risk behavior change among intravenous drug users (IDU) in Ha Giang, it did not meet its objective on cross-border collaboration on HIV/AIDS prevention. The sustainability of the Projects activities has also faced many barriers due to limited local and government funding for HIV/AIDS program. In addition, this Project did not have a transition period,*

*which allows a preparation for the withdraw project funding step by step and encourages local staff to respond to the changes and mobilizes resources from other donors. Based on the findings, this evaluation provided lessons learnt and recommendations for HIV/AIDS program in Ha Giang as well as the cross-border HIV/AIDS prevention activities in Vietnam in the future.*

*Key words: HIV/AIDS, harm reduction, Injection drug users (IDUs), Female sex workers (FSWs), ...*

---

**Tác giả:**

1. Đỗ Mai Hoa: Tiến sỹ Y tế Công cộng, Phó trưởng khoa Quản lý y tế, Trưởng bộ môn Quản lý hệ thống y tế, Trường Đại học Y tế công cộng. (email: dmh@hsph.edu.vn)
2. Nguyễn Thị Bình An: Thạc sỹ Y tế Công cộng, Giảng viên, Bộ môn Quản lý bệnh viện, Khoa Quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng. (email: ntba@hsph.edu.vn)
3. Bùi Thị Mỹ Anh: Cử nhân Y tế Công cộng, Trợ giảng, Bộ môn Quản lý bệnh viện, Khoa Quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng. (email: btma@hsph.edu.vn)

## **1. Đặt vấn đề và mục tiêu**

Mặc dù dịch HIV/AIDS đã được khống chế tại Việt Nam, nhưng vẫn đang tồn tại những nguy cơ tiềm ẩn và dễ có nguy cơ bùng phát làm cho dịch HIV/AIDS tăng mạnh trở lại nếu chúng ta không có những đáp ứng kịp thời [1,4]. Theo báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế đến 30/11/2013, tổng số các ca tích lũy từ khi ghi nhận ca nhiễm HIV đầu tiên cho đến thời điểm này là 278.110 ca, với 216.254 người nhiễm HIV hiện vẫn còn sống và 68.977 ca tử vong liên quan đến AIDS [5]. Phân bố người nhiễm HIV trong năm 2011 vẫn chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 20-39 tuổi, chiếm 82% số người nhiễm HIV và tỷ lệ này hầu như không thay đổi nhiều trong khoảng 5 năm trở lại đây. Người NCMT chiếm 41% trong số người nhiễm được phát hiện (2011) [5] và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT tại cộng đồng năm 2011 là 13,4% [6]. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong quần thể NCMT rất cao (56%, IBBS 2009) [12]. Lây nhiễm HIV qua TCMT có nguy cơ gia tăng trong những năm tiếp theo [1]. Dùng chung BKT trong TCMT là yếu tố nguy cơ chính làm lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT. Người NCMT cũng có hành vi quan hệ tình dục nguy cơ với nhiều bạn tình khác nhau, đặc biệt là phụ nữ mại dâm (PNMD) [2,3].

Chương trình can thiệp giảm tác hại là một trong 4 chương trình ưu tiên của Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam từ năm 2010 và tầm nhìn 2020. Chương trình can thiệp

giảm tác hại chủ yếu tập trung vào hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, cung cấp bao cao su và bơm kim tiêm sạch, chuyển gửi tới dịch vụ TVXNTN, khám và điều trị các bệnh LTQĐTĐ (STIs) và điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone.

Hà Giang là tỉnh miền núi phía Bắc có biên giới giáp với các tỉnh Vân Nam và Quảng Tây của Trung Quốc. Hà Giang có hình thái dịch tương đối giống với các tỉnh lân cận trong vùng. Nhóm NCMT và PNMD vẫn là hai đối tượng đóng vai trò chính trong hình thái dịch tại đây; Trong số những người nhiễm HIV được phát hiện thì 60,9% là người NCMT và 1,1% là GMD [10]. Do vậy, các can thiệp phòng chống HIV/AIDS tại Hà Giang vẫn cần tập trung cho 2 nhóm này.

Dự án "Can thiệp giảm tác hại phòng chống HIV/AIDS khu vực biên giới" đã được Sở Y tế tỉnh Hà Giang triển khai với sự hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia của Văn phòng Tổ chức Abt Associates tại Việt Nam và Văn phòng "Dự án Phòng chống HIV/AIDS khu vực châu Á" (HAARP) tại Thái Lan trong giai đoạn từ tháng 10/2010 đến tháng 4/2012 [7]. Dự án này được thực hiện tại thành phố Hà Giang và huyện Vị Xuyên, nơi có cửa khẩu Thanh Thủy thông thương với huyện Malipo bởi cửa khẩu Thiên Bảo, tỉnh Vân Nam, Trung Quốc. Mục tiêu của Dự án là nhằm tăng cường sự hợp tác giữa chính quyền địa phương của hai nước Việt Nam và Trung Quốc ở hai bên cửa khẩu, và xây dựng cơ

chế hợp tác trong việc giải quyết các vấn đề trong dự phòng HIV và cung cấp các dịch vụ y tế cho nhóm có hành vi nguy cơ bao gồm người tiêm chích ma túy (NTCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD), vợ hoặc bạn tình của NTCMT tại khu vực biên giới giữa 2 nước [7].

Theo yêu cầu của văn phòng Dự án HAARP tại Việt Nam và với hỗ trợ của Chương trình viện trợ của Chính phủ Úc (AusAID), nhóm nghiên cứu đã tiến hành đánh giá này sau khi Dự án kết thúc với hai mục tiêu chính như sau: (1) Mô tả một số kết quả đạt được của dự án can thiệp; (2) Mô tả các rào cản của việc duy trì các hoạt động của dự án sau khi kết thúc tài trợ.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá sử dụng phương pháp nghiên cứu kết hợp giữa hồi cứu các thông tin thứ cấp và thực hiện nghiên cứu định tính tại Hà Giang. Trong khi nghiên cứu hồi cứu phân tích các thông tin có sẵn từ các sổ sách, số liệu và báo cáo theo dõi và đánh giá của Dự án để xem xét kết quả đạt được từ các hoạt động, tiến độ triển khai và độ bao phủ của Dự án, phần nghiên cứu định tính nhằm tìm hiểu nhận định của các bên liên quan về sự phù hợp của thiết kế và quá trình triển khai Dự án, cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến tiến độ, chất lượng và khả năng duy trì của các hoạt động Dự án. Để kiểm tra mức độ tin cậy, tính phù hợp của các thông tin thứ cấp sử dụng trong nghiên cứu, nhóm đã rà soát các hệ thống báo cáo của dự án, trao đổi với cán bộ dự án tham gia chương trình đánh giá năm 2011-2012, đồng thời xác minh tính phù hợp của phương pháp đánh giá. Ba kỹ thuật thu thập thông tin được sử dụng trong nghiên cứu định tính là phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và quan sát các điểm can thiệp. Nhóm đánh giá sử dụng phương pháp chọn mẫu định tính có chủ đích và đã tiến hành 22 cuộc phỏng vấn sâu với các bên liên quan đến Dự án từ tuyến Trung ương đến địa phương, bao gồm cán bộ quản lý Dự án HAARP trung ương, cán bộ AusAID quản lý dự án HAARP, cán bộ hỗ trợ kỹ thuật Tổ chức Abt, Lãnh đạo Sở Y tế Hà Giang, các cán bộ ban ngành đoàn thể cấp tỉnh (Sở Y tế, Sở Lao động - Thương binh Xã hội), lãnh đạo Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh, cán bộ điều phối hoạt động Dự án tại Hà Giang, chủ nhiệm CLB Sức khỏe phụ nữ, giáo dục viên đồng đẳng (GDVĐĐ), người tiêm chích ma túy (NTCMT), phụ nữ là bạn tình của NTCMT, và

PNMD đã và đang sang Trung Quốc để hành nghề mại dâm, chủ cơ sở giải trí, chủ hiệu thuốc có tham gia vào hoạt động trao đổi phiếu dịch vụ sức khỏe của Dự án. Bên cạnh đó, 6 cuộc thảo luận nhóm với NTCMT, PNMD, GDVĐĐ và quan sát tại năm điểm cung cấp dịch vụ của Dự án (02 quầy thuốc và 03 cơ sở giải trí có ký cam kết với Dự án) tại 2 địa bàn can thiệp của dự án là thành phố Hà Giang và huyện Vị Xuyên. Tại các điểm này, nhóm nghiên cứu đã sử dụng bảng kiểm để đánh giá về việc sử dụng các dịch vụ của các nhóm đối tượng đích và xem xét việc tuân thủ các tiêu chí đã cam kết với dự án có được thực hiện không. Thông qua nhóm đồng đẳng viên, nhóm nghiên cứu đã tiếp cận và phỏng vấn sâu với 4 phụ nữ mại dâm đã từng sang Trung Quốc làm nghề mại dâm. Đồng thời, nhóm đã qua cửa khẩu Thanh Thủy và thực hiện PVS với 3 phụ nữ đang hành nghề mại dâm tại khu "đèn đỏ" tại cửa khẩu Thiên Bảo (Trung Quốc) nhằm thu thập các thông tin về các can thiệp mà dự án đã triển khai. Các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều được ghi âm và gỡ băng. Các bản ghi từ gỡ băng được tổng hợp với các ghi chép trong khi phỏng vấn và quan sát và phân tích theo chủ đề nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức nghiên cứu Trường Đại học Y tế công cộng, đảm bảo các khía cạnh đạo đức của nghiên cứu.

## 3. Kết quả

### 3.1. Kết quả chính của dự án can thiệp

Trong thời gian 18 tháng, Dự án đã triển khai được khá nhiều hoạt động can thiệp giảm hại cho các nhóm có hành vi nguy cơ cao như NTCMT, PNMD và vợ hoặc bạn tình của NTCMT. Các hoạt động diễn ra chủ yếu tại hai địa điểm nằm trong địa phận tỉnh Hà Giang là TP. Hà Giang và huyện Vị Xuyên, với các hoạt động cụ thể như sau:

Cung cấp bơm kim tiêm (BKT) và bao cao su (BCS) trực tiếp thông qua đội ngũ GDVĐĐ và thông qua phiếu DVSK tại các nhà thuốc: Một phiếu DVSK thông thường đổi được 03 BCS/02 BKT; hoặc 01 BKT và 01 lọ nước cất Tổng số phiếu DVSK đã được trao đổi là 90.091 phiếu [15]. Tổng số BKT sạch được phát ra thông qua các GDVĐĐ và thông qua hiệu thuốc ở cả Hà Giang và Vị Xuyên trong thời gian từ 01/09/2010 đến 30/04/2012 là 201.829 BKT sạch [17].

Mô hình trao đổi BKT, phát BCS thông qua GDVĐĐ đã chứng tỏ được khả năng tiếp cận và sự chấp nhận của NTCMT và PNMD. Tính chủ động trong mô hình tiếp cận thông qua GDVĐĐ rất cao, trên nguyên tắc chương trình chủ động tìm đến đối tượng đích để phân phát BCS và BKT sạch, cung cấp kiến thức và hỗ trợ thay đổi hành vi.

*"Trước đây 1 tuần 2-3 lần GDVĐĐ gặp cá nhân, trực tiếp đến nhà mình hoặc quán nước tặng BTK. Ở quán nước có thể ngồi trò chuyện, sau đó đứng dậy ra cùng nhau rồi cán bộ đưa cho mình. Số xi lanh cũng đủ dùng"* - (NTCMT, Vị Xuyên).

Chính thông qua kênh truyền thông này, các nhóm đối tượng đích của Dự án đã hiểu được nguy cơ của bản thân, dám bộc lộ mình và đặc biệt là nhận thức được trách nhiệm cũng như quyền lợi của họ, từ đó họ có thái độ đúng đắn để thay đổi và duy trì hành vi an toàn trong tiêm chích và tình dục.

*"Lúc trước chồng em làm lái xe, đi sớm về muộn không mua được (bơm kim tiêm) ở hiệu thuốc, nên nhiều khi không mua được thì phải dùng nhờ của người khác. Bây giờ được phát rồi không phải dùng chung, nên tiện sử dụng hơn"* (Vợ NTCMT, Vị Xuyên).

Mô hình phát BCS, BKT sạch thông qua phiếu DVSK: đã khá phổ biến ở Hà Giang do kết quả đạt được từ các dự án trước đây và được đánh giá là khá hiệu quả do độ bao phủ của hiệu thuốc khá rộng, là nơi NTCMT dễ dàng tiếp cận để để mua BKT, nước cất hoặc Novocain.

**Các hình thức trao đổi BKT và phát BCS thứ cấp:** Bao cao su được GDVĐĐ phát trực tiếp cho đối tượng PNMD/ bạn tình của người NCMT, hoặc được phát tại các buổi sinh hoạt của CLB sức khỏe phụ nữ. Tổng số BCS được phát trực tiếp cho các đối tượng trong thời gian Dự án là 245,203 [17]. Hình thức này đã được khuyến khích như là phương pháp tăng cường hơn nữa sự tiếp cận của các nhóm đối tượng đích với BKT và BCS được cung cấp bởi Dự án.

Như vậy, thông qua nhiều kênh và các hình thức khác nhau, Dự án đã đảm bảo được nguyên tắc cơ bản là tính sẵn có và tính dễ tiếp cận với BKT và BCS dành cho các nhóm đối tượng đích trong thời gian Dự án triển khai.

**Tiếp cận cộng đồng và truyền thông thay đổi hành vi:** Dự án đã xây dựng và đào tạo khá bài bản được một đội ngũ GDVĐĐ, có 20 người thực hiện

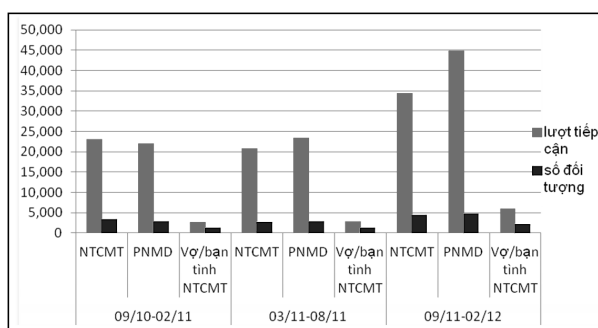
các hoạt động tiếp cận cộng đồng và truyền thông thay đổi hành vi cho NTCMT và PNMD thông qua nhiều hình thức đa dạng và phong phú là: tư vấn trực tiếp cá nhân hoặc theo nhóm tại nhiều địa điểm như: tại cộng đồng, các điểm nóng, nhà của đối tượng, CLB sức khỏe phụ nữ, các cơ sở vui chơi giải trí... truyền thông tư vấn tại CLB sức khỏe phụ nữ cho vợ và bạn tình của người NCMT cũng được thực hiện.

*"Trong các buổi tư vấn đấy thì các chị đấy tư vấn về HIV này, dùng bao cao su này, các bệnh lây qua đường tình dục này, với lại tiêm chích"* - (PNMD, TP Hà Giang)

Bên cạnh đó, họ còn trợ giúp người nhiễm HIV khi họ cần hỗ trợ về tâm lý, hỗ trợ và chăm sóc về HIV/AIDS, điều trị lạm dụng ma túy và chăm sóc sức khỏe tại nhà. Giới thiệu và khuyến khích người NCMT đến trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) và các dịch vụ y tế cần thiết khác.

Hoạt động theo dõi đánh giá của Dự án cũng được thực hiện khá tốt với lịch sinh hoạt nhóm GDVĐĐ định kỳ hàng tuần, hệ thống báo cáo tiến độ và kết quả đạt được từ các hoạt động dự án, sự giám sát hỗ trợ chặt chẽ bởi các cán bộ điều phối dự án và các chuyên gia của Tổ chức Abt. Tất cả những hoạt động trên được triển khai với sự hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia của Tổ chức Abt Associates và Văn phòng Dự án HAARP khu vực tại Thái Lan.

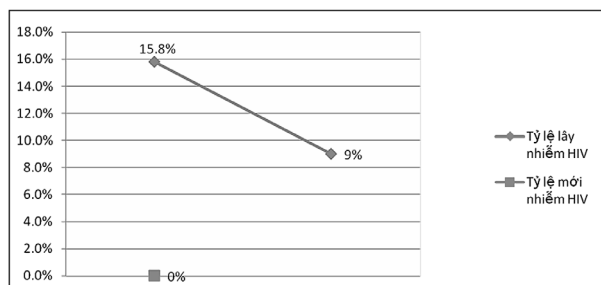
Kết quả thu được từ các hoạt động theo dõi Dự



**Biểu đồ 1. Số đối tượng đích được tiếp cận thông qua kênh GDVĐĐ [10]**

án và hai đợt đánh giá vào tháng 2/2011 và tháng 3/2012 cho thấy các nỗ lực của dự án cũng đã đạt được những kết quả rất tích cực như số lượng nhóm đối tượng đích được tiếp cận, số BKT và BCS được phân phát, số người nhiễm HIV được giới thiệu đến

các dịch vụ phù hợp đều tăng theo thời gian dự án được triển khai. Biểu đồ 1 trình bày số đối tượng đích được tiếp cận thông qua kênh GDVĐĐ [9, 7]. Đặc biệt, sau thời gian 12 tháng can thiệp, hành vi dùng chung BKT ở nhóm NCMT trong 6 tháng qua đã giảm từ 9% xuống còn 1%, tỷ lệ hiện mắc HIV trong nhóm NCMT đã giảm từ 16,7% xuống còn 9%, tỷ lệ mới mắc HIV trong nhóm này là 0%. Biểu đồ 2 trình bày tỷ lệ lây nhiễm và mới nhiễm tại Hà Giang từ 01/2011 đến 01/2012 [10].



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ lây nhiễm và mới nhiễm tại Hà Giang từ 01/2011 đến 01/2012[10]**

Với nhóm PNMD, sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ sử dụng BCS trong nhóm này đã tăng từ 50% lên 92,3% và tỷ lệ hiện mắc HIV đã giảm từ 1,4% xuống còn 0% [10]. Các kết quả này đã cho thấy hiệu quả tác động của các hoạt động dự án lên nhóm đối tượng NCMT và PNMD.

Đối với hoạt động phối hợp với khu vực biên giới Trung Quốc để triển khai các hoạt động qua biên giới dường như không đạt được mục tiêu đề ra do Dự án đã gặp phải cản trở đến từ chính sách không có người NCMT trong cộng đồng của huyện Malipo, do vậy tất cả các hoạt động triển khai trên đối tượng người NCMT không thực hiện được ở bên Trung Quốc mà chủ yếu chỉ thực hiện được trên địa bàn tỉnh Hà Giang. Đối tượng chính của các hoạt động PC HIV/AIDS qua biên giới của dự án phải điều chỉnh thành đối tượng PNMD Việt Nam hành nghề tại cửa khẩu Thiên Bảo bên Trung Quốc với một số hoạt động như các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tư vấn nhóm và cá nhân, phát BCS, xây dựng tờ rơi bằng hai thứ tiếng, và xây dựng các cụm panô dọc theo hai bên đường sang cửa khẩu Thanh Thủy.

### **3.2. Các rào cản của việc duy trì dự án sau khi kết thúc tài trợ**

Hoạt động cung cấp BKT và BCS trực tiếp

thông qua đội ngũ GDVĐĐ cũng được chính quyền địa phương chấp nhận và ủng hộ, đặc biệt là ngành công an. Việc GDVĐĐ thu nhật và tiêu hủy BKT đã sử dụng cũng góp phần quan trọng để đạt được sự ủng hộ của cộng đồng cho Dự án. Tuy nhiên, với chi phí để xây dựng và duy trì mạng lưới GDVĐĐ (chủ yếu lương tháng cho GDVĐĐ) đã trở thành một thách thức lớn đối với việc duy trì hoạt động này tại Hà Giang.

Cung cấp BKT và BCS trực tiếp thông qua phiếu DVSK tại các nhà thuốc cũng gặp nhiều khó khăn trong việc xây dựng hệ thống các nhà thuốc tham gia vào hoạt động này do sự kỳ thị của một số chủ hiệu thuốc với nhóm TCMT. Họ thường không muốn hợp tác với chương trình do ngại tiếp xúc với các đối tượng mà họ cho là "tệ nạn xã hội".

*"Người chích ma túy chỉ thích qua hình thức Đồng đẳng viên phát hoặc điểm phát BKT cố định vì họ cảm thấy an toàn hơn. Chì cảm nhận các hiệu thuốc không mặn mà lắm khi phục vụ cho người tiêm chích ma túy. Ở Hà Giang, ít người nên mọi người biết nhau nhiều. Nếu thấy các đối tượng này thường xuyên xuất hiện ở các nhà thuốc thì dân xung quanh không thích, không mặn mà với nhà thuốc đó nữa làm giảm uy tín của nhà thuốc và giảm thu nhập."* (Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS)

Bên cạnh đó, khả năng duy trì của mô hình cũng đang là vấn đề phải cân nhắc vì phải trả phụ cấp hàng tháng cho hiệu thuốc và sự phụ thuộc vào nguồn cung cấp phiếu DVSK cho người NCMT thông qua nhóm GDVĐĐ.

*"Dự án có lúc bị chậm cung cấp 1-2 tháng, cũng may nhà chú luôn có sẵn BKT để phát cho họ, sau khi dự án chuyển BKT về thì mình lại được bù lại"* (Chủ hiệu thuốc, TP Hà Giang).

Mặt hạn chế của hoạt động truyền thông tư vấn trực tiếp cho vợ/bạn tình của người NCMT thông qua CLB "Sức khỏe phụ nữ" là lại tách rời hoàn toàn với việc tương tác với người NCMT là chồng/bạn tình của các đối tượng này. Từ đó có thể dẫn đến việc giảm hiệu quả của can thiệp, do thiếu sự phối hợp và đồng thuận của nhóm NCMT. Việc bắc cầu qua người vợ/bạn tình để tư vấn cho cả cặp vợ chồng/bạn tình cũng vì thế mà thiếu đi tính chủ động và đồng nhất. Như việc vợ/bạn tình người NCMT gặp khó khăn khi thuyết phục chồng/bạn trai sử dụng BCS khi quan hệ, hay đi khám STIs và xét nghiệm HIV. Thêm một khó khăn nữa đó là

nhân lực của CLB còn ít, nhân lực chính thức của câu lạc bộ chỉ có một chủ nhiệm câu lạc bộ và 02 nhóm trưởng của các GDVĐĐ. Điều này sẽ gây khó khăn cho việc duy trì hoạt động của CLB khi dự án kết thúc.

*"Nhân lực thì mình muốn thêm một người vì thực ra rất nhiều việc vì đôi lúc phải di chuyển đến các nhà hàng để xem họ có nhận BKT, BCS không"* (Chủ nhiệm CLB SKPN, TP Hà Giang)

Hoạt động giới thiệu và khuyến khích người NCMT đến trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT) và các dịch vụ y tế cần thiết khác gặp phải rào cản lớn nhất vẫn đến từ sự thiếu hiểu biết, kỳ thị của xã hội và tự ti của bản thân các đối tượng. Họ ngại xuất hiện ở nơi công cộng, sợ bị điều tiếng và sợ mình mắc bệnh mà không cứu chữa được.

## 4. Bàn luận

### 4.1. Kết quả đạt được của Dự án

Mặc dù Dự án không thực hiện được các hoạt động PC HIV/AIDS qua biên giới với nhóm TCMT như mục tiêu ban đầu đề ra trong đề cương Dự án, nhưng những kết quả mà Dự án mang lại cho hai địa bàn thành phố Hà Giang và huyện Vị Xuyên là rất có ý nghĩa. Dự án đã gây ảnh hưởng tích cực, giúp tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS có xu hướng giảm khá rõ rệt trong các nhóm NCMT và PNMD trên hai địa bàn can thiệp. HIV không chỉ là một vấn đề y tế, mà quan trọng hơn là mối quan tâm về sự phát triển thông qua việc đón đầu ngăn chặn sự lan tràn của dịch bệnh, đảm bảo sự phát triển cho kinh tế - xã hội tại địa phương [1].

Sau thời gian 12 tháng can thiệp hành vi dùng chung BKT ở nhóm NCMT trong 6 tháng qua đã giảm từ 9% xuống còn 1%, tỷ lệ hiện mắc HIV trong nhóm NCMT đã giảm từ 16,7% xuống còn 9%, tỷ lệ mới mắc HIV trong nhóm này là 0% [9]. Kết quả này cũng tương tự với kết quả đánh giá các mô hình can thiệp giảm hại của Cục phòng chống HIV/AIDS, tỷ lệ người NCMT có sử dụng chung BKT giảm dần 16% đến 2% [3,8,11]. Kết quả đầu ra của Dự án cho thấy xu hướng chỉ số về hành vi nguy cơ và tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT và PNMD giảm theo thời gian tại hai địa bàn nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả tích cực của Dự án. Tuy nhiên, cũng giống như nhiều đánh giá khác, do thiết kế đánh giá cuối kỳ của Dự án này là cắt ngang tại hai thời điểm trên địa bàn can thiệp do vậy chúng

ta chưa hoàn toàn loại bỏ được tác động của các yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến những thành quả này [9, 8, 14]. Bên cạnh đó, các nhóm NCMT và PNMD thường là những nhóm ẩn, có tính chất di biến động lớn, việc đánh giá mức độ tiếp cận của các nhóm đối tượng đích đến các can thiệp của Dự án còn gặp nhiều khó khăn [14], nhưng điều có thể khẳng định rằng Dự án đã mang lại hiệu quả với bằng chứng là sự gia tăng về số lượng người hưởng lợi của dự án và sự giảm bớt hành vi nguy cơ trong các nhóm NCMT và PNMD, tiếp theo đó là không có người nhiễm HIV mới, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT và PNMD giảm.

### 4.2. Khả năng duy trì các hoạt động của Dự án

Mặc dù nhận được sự ủng hộ mạnh mẽ của Ban ngành đoàn thể đặc biệt là Lãnh đạo ngành Y tế, Công an, Lao động Thương binh Xã hội và Chính quyền địa phương các cấp trong việc đề ra các nguyên tắc nhằm duy trì các hoạt động của Dự án, nhưng do điều kiện tỉnh Hà Giang là một trong những tỉnh nghèo nhất cả nước với 100% nguồn ngân sách được cấp từ trung ương nên nguồn kinh phí từ tỉnh để duy trì các hoạt động là hết sức hạn chế [10]. Nguồn kinh phí chủ yếu để duy trì các hoạt động hầu hết dựa vào chương trình PC HIV/AIDS quốc gia. Nguồn ngân sách này chỉ đủ để hỗ trợ cho 2 GDVĐĐ tại mỗi địa điểm can thiệp với một vài hoạt động truyền thông can thiệp giảm hại khá mờ nhạt. Điều này đặt ra nguy cơ cho Hà Giang sẽ dần mất đi các thành quả mà Dự án mang lại và nguy cơ dịch HIV/AIDS có thể quay trở lại nếu không có bất kỳ nỗ lực nào khác để tiếp tục thực hiện các hoạt động CTGH tại địa phương này. Đây cũng là khó khăn gặp phải của các chương trình can thiệp giảm hại phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam hiện nay, theo báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS về kết quả đánh giá mô hình can thiệp giảm hại PC HIV/AIDS cho thấy, các chương trình can thiệp giảm hại PC HIV/AIDS tại Việt Nam mặc dù được sự quan tâm của lãnh đạo các tỉnh/thành mới chỉ dừng lại ở khía cạnh phối hợp, tạo điều kiện để triển khai hoạt động giảm hại mà chưa có sự quan tâm đầu tư kinh phí thích đáng cho chương trình [3, 17]. Tại hầu hết các tỉnh, chương trình đã và đang dựa vào nguồn viện trợ nước ngoài, do đó đứng trước thách thức về khả năng duy trì sự bền vững khi các chương trình viện trợ kết thúc vào năm 2011 [3].

*Dựa trên kết quả thu được từ đánh giá này, các khuyến nghị đã được đề ra như sau:*

Với Chương trình PC HIV/AIDS của Hà Giang, và các tỉnh và địa bàn dự kiến triển khai các hoạt động giảm tác hại của HIV/AIDS qua biên giới: Nguyên nhân của sự chưa thành công của dự án trong các hoạt động hợp tác qua biên giới chủ yếu là do chưa đánh giá kỹ tình hình và các chính sách đang được triển khai tại địa bàn bên nước đối tác và chưa có sự tham gia của họ trong khâu thiết kế dự án. Do vậy, điều hết sức quan trọng là những hoạt động PC HIV/AIDS qua biên giới cần có sự tham gia của cả hai bên ngay từ giai đoạn thiết kế dự án để xác định nội dung hoạt động phù hợp và cách thức phối hợp một cách cụ thể. Trước khi bắt đầu hoạt động hợp tác nên có sự chia sẻ thông tin về tình hình dịch HIV/AIDS và các hoạt động PC HIV/AIDS ở khu vực biên giới giữa hai nước. Trong quá trình triển khai các hoạt động qua biên giới cần tiến hành theo dõi và duy trì trao đổi thường xuyên giữa hai bên về các hoạt động đã làm được và hoạt động nào chưa làm được và đưa ra các giải pháp khắc phục kịp thời, phù hợp với tình hình của cả hai bên.

Để tăng cường khả năng duy trì của các hoạt động dự án, ngay từ khi thiết kế, các dự án phải có giai đoạn chuyển giao, rút dần các hoạt động để địa phương tìm cách đáp ứng được những thay đổi, điều phối và huy động thêm nguồn lực từ các nguồn khác nhau. Trong thời gian chuyển giao này, một nội dung hết sức quan trọng cần thực hiện là tăng cường nhận thức của các nhóm đối tượng hưởng lợi và cộng đồng về tầm quan trọng và ý nghĩa của các hoạt động CTGH là mang lại lợi ích cho chính bản thân họ, do vậy họ cần có trách nhiệm đóng góp để duy trì thực hiện các hoạt động đó. Ngay từ đầu, các dự án cũng cần tìm ra biện pháp phù hợp để tránh tạo ra "thói quen ỉ lại" và chờ đợi "sự bao cấp của

dự án" của các nhóm đối tượng hưởng lợi và của cả cộng đồng.

Với Dự án HAARP Trung ương và nhà tài trợ: có thể cân nhắc tiếp tục hỗ trợ Hà Giang duy trì những hoạt động can thiệp đã triển khai, cụ thể là đề nghị Trung tâm Phòng Chống HIV/AIDS tỉnh Hà Giang xây dựng kế hoạch cho giai đoạn chuyển giao, bên cạnh đó trung tâm nghiên cứu lồng ghép tối đa các hoạt động của dự án vào các hoạt động của chương trình PC HIV/AIDS của tỉnh để duy trì một số hoạt động thiết yếu và có hiệu quả của dự án (như hoạt động của đội ngũ GDVĐĐ, trao đổi BKT, BCS) để ngăn chặn sự quay lại của dịch HIV/AIDS tại địa phương. Mặt khác, các bộ phận hỗ trợ kỹ thuật cũng nên hỗ trợ trung tâm PC HIV/AIDS Hà Giang xây dựng kế hoạch cụ thể cho việc huy động nguồn lực tại địa phương và các nguồn hỗ trợ khác để duy trì hoạt động của chương trình can thiệp khi dự án kết thúc, đảm bảo tính bền vững của dự án.

### **Lời cảm ơn**

Nhóm đánh giá xin bày tỏ lòng biết ơn đối với Chương trình viện trợ của Chính phủ Úc (AusAID) và Dự án PC HIV/AIDS khu vực Châu Á (HAARP) đã hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho đánh giá này. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đặc biệt tới các cán bộ hỗ trợ kỹ thuật của Abt. Associates đã cung cấp nhiều tài liệu, thông tin quan trọng liên quan đến dự án và luôn nhiệt tình hỗ trợ chúng tôi trong suốt quá trình triển khai đánh giá này. Chúng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới các cựu thành viên của Ban Quản lý Dự án PC HIV/AIDS khu vực biên giới tại Hà Giang đã giúp đỡ chúng tôi trong việc tổ chức và liên hệ mời người tham gia đánh giá tại Hà Giang. Đặc biệt, xin chân thành cảm ơn đến những người đã dành thời gian tham gia phỏng vấn và hỗ trợ cho đánh giá này.

## Tài liệu tham khảo

### Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2012), Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến 2020 và tầm nhìn 2030.
2. Bộ Y tế, Cục phòng chống HIV/AIDS (2009), Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam 2007 - 2012.
3. Bộ Y tế, Cục Phòng chống HIV/AIDS (2009), Kết quả đánh giá mô hình can thiệp giảm tác hại phòng chống HIV tại Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Cục Phòng chống HIV/AIDS, Báo cáo quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến 2020
5. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2012), Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm và trọng tâm kế hoạch 6 tháng cuối năm 2012.
6. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2011), Báo cáo Chương trình thí điểm giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao ở Việt Nam năm 2011.
7. Sở Y tế Hà Giang và Văn phòng "Dự án Phòng chống HIV/AIDS khu vực Châu Á" tại Thái Lan (2010), Văn kiện dự án "Can thiệp phòng chống HIV/AIDS khu vực biên giới"
8. Tổ chức Abt. Absociate, (2012), The last report of Ha Giang Cross Border project.
9. Tổ chức Abt. Absociate, (2011), Progress report of Ha Giang Cross Border project.
10. Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hà Giang

(2012), Báo cáo kết quả hoạt động phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hà Giang.

11. Trung tâm nghiên cứu dân số và sức khỏe nông thôn (2012). Đánh giá cuối kỳ: Dự án phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam, 11/2012

12. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương (2012), Kết quả giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam - vòng II - 2009, Hà Nội.

### Tiếng Anh

13. Cairney, Liita-Iyaloo, and Anuj Kapilashrami (2014), Confronting "scale-Down": Assessing Namibia's Human Resource Strategies in the Context of Decreased HIV/AIDS Funding. *Global Public Health* 9(1-2): 198-209.
14. Gray R, Tuan NM, Neukom J. , Rapid assessment of needle and syringe types used by people who inject drugs in Hanoi and Ho Chi Minh City. Vietnam: Population Services International, 2012.
15. Ha Giang Department of Health (2012), HAARP Cross-Border project report
16. Ngo AD, Schmich L, Higgs P, Fischer A (2009), Qualitative evaluation of a peer-based needle syringe programme in Vietnam. *International Journal of Drug Policy*; 20:179-182.
17. Walsh N, Gibbie TM, Higgs P., The development of peer educator-based harm reduction programmes in northern Vietnam. *Drug and Alcohol Review* 2008; 27: 200-203.